



Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Ахмедов Адхам Ибодуллаевич, Махмудов Сайдинжон Ботиржон ўгли, Султанбоев Шахбоз Ахмаджонович
Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛО ВСТРЕЧАЮЩЕГОСЯ ГИГАНТСКОГО УЗЛОВОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Ахмедов Адхам Ибодуллаевич, Махмудов Сайдинжон Ботиржон угли, Султанбоев Шахбоз Ахмаджонович
Городское медицинское объединение, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CLINICAL FEATURES OF THE RARE GIANT NODULAR NON-TOXIC GOITER

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Akhmedov Adham Ibodullaevich, Makhmudov Saidinjon Botirjon ugli, Sultanboev Shahboz Akhmadjonovich
Medical Association of the City of Samarkand, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада қалқонсимон безнинг тугунли патологиялари орасида кам учрайдиган гигант тугунли нотоксик бўқоқнинг клиник хусусиятлари келтирилган. Гигант тугунли нотоксик бўқоқда қалқонсимон безнинг йод дефицити ҳолатидаги катталашishiнинг клиник кўриниши спорадик ёки оддий нотоксик бўқоқдан фарқ қилмайди. Гигант тугунли нотоксик бўқоқларда қалқонсимон безнинг катталашishi организмга йоднинг кам тушиши ва унинг тиреоид гормонлар синтези учун етишмаслигига жавобан компенсатор гиперплазияси билан ҳарактерланиши баён қилинган.

Калит сўзлар: қалқонсимон без, тугунли бўқоқ, тотал струмэктомия, гипотиреоз, гипопаратиреоз.

Abstract. The article presents the clinical features of non-toxic goiter with a giant node, which is rare among nodular pathologies of the thyroid gland. In nontoxic goiter with giant nodules, the clinical picture of an enlarged thyroid gland due to iodine deficiency does not differ from that in sporadic or normal nontoxic goiter. In nontoxic goiter with giant nodules, enlargement of the thyroid gland is characterized by compensatory hyperplasia in response to insufficient iodine intake in the body and its deficiency for the synthesis of thyroid hormones.

Key words: thyroid gland, nodular goiter, total goiterectomy, hypothyroidism, hypoparathyroidism.

Нотоксик бўқоқ аҳолининг касалланиш тизимида муҳим ўрин эгаллайди ва эндокрин касалликлари орасида кўп учрашига кўра, қандли диабетдан кейинги ўринда туради. 25% беморларнинг эндемик бўқоқ билан касалланишида қалқонсимон безнинг 3 ва 4 даражада катталашishi учрайди. Тугунли ва аралаш турдаги бўқоқларни аҳоли ўртасида учраши 21% ташкил қилади ва уларнинг барчаси хирургик давога мухтож. Охириги йиллардаги текширувлар қалқонсимон без касалликлари билан касалланиш кўрсаткичининг ошганлигини кўрсатмоқда [4,11,16,25].

Ҳозирги кунда тиреопатияларнинг кўпайиши асосан ноқулай экологик шароит ва атроф муҳитда йод дефицити, радиация, токсинлар, бошқа ноқуш экологик омиллар таъсири, генетик омиллар, аутоиммун жараёнлар, антителоларнинг қалқонсимон безга таъсир қилиши, гипоталамо-гипофизар соҳа дисфункцияси, медикаментоз каби омиллар билан боғлиқ. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

маълумотларига кўра қалқонсимон без (ҚБ) патологиялари билан 300 млн.дан ортиқ одамлар касалланган [2,9,17,28]. Охириги 5 йилда янгидан аниқланган қалқонсимон без касалликлари сонининг абсолют ошиши иқтисодий ривожланган мамлакатларда аёллар ўртасида 83,3% ва эркеклар ўртасида 16,7% ташкил қилди [5,13,20,26]. Кам учрайдиган ҚБ касалликлари орасида гигант тугунли нотоксик бўқоқнинг клиник кўриниши бизнинг амалиётимизда куйидаги бемор мисолида намоён бўлди.

Клиник мисол: Бемор Ш.Э. 80 ёшида, эркек, бўйин соҳасида гигант ишили ҳосила борлигига, бўйин деформацияси сабабли бўйин ҳаракатининг чап томонга чекланганлигига, чап ёнбошига қараб ётганда ишили ҳосиланинг ҳалақит беришига, охириги ойларда доимий ҳаво етишмаслиги, сув ичиши ва овқат истеъмол қилишидаги ноқулайликка, ютиниши вақтида томоқда бир нарса тиқилиши ҳиссига, доимий бош оғришига, холсизликка шикоят қилади. **Анамнездан:**

Бемор ўзини олтинчи йилдан бери хаста деб билади. Касаллигини бўқоқ борлиги билан боғлайди. Беморнинг яшаи жойида даволаниши тавсия қилинган. Шу вақтгача бемор операцияни рад этиб келган. Охириги бир йил ичида беморнинг ҳаёти учун ҳар хил ноқулайликлар келтириб чиқарганлиги учун эндокринологга мурожаат қилган ва эндокринолог томонидан кўрилиб, оператив даволаш тавсия этилган. Бемор Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасига мурожаат қилди ва юқоридаги шикоятлар билан жарроҳлик бўлимига ётқизилди.

Беморнинг ҳаёт анамнезига кўра, қониқарли шароитда яшаб келган. Дори препаратларига ва озиқ-овқат маҳсулотларига алергик реакция кузатилмаган. Ўзида ва яқинларида юқумли касалликлар борлигини инкор қилади. Оператив даволаниши ўтказилмаган.

Объектив кўриқда: Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Тана тузилиши нормостеник. Эс-хуши ўзида. Тери ва шиллиқ пардалари оқимтир ран-

гда. Нафас олиши бурун орқали, 18 марта бир дақиқада. Ўпкасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак товушлари аниқ. Пульси 64 марта, ритмик. А/Б-150/90мм.с.у. Тили нам. Ютиниши равон. Қорни симметрик, нафас олишида қатнашади. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигари ва талози пайпасланмайди. Бўйрақлар пайпасланмайди. Пастернацкий белгиси икки томондан манфий. Нажаси ўз меърида. Сийиши эркин.

Status localis: Бўйин олд соҳаси ассиметрик шаклда, бўйин деформацияга учраган, тери рангги қон томирлар димланиши ҳисобига бироз қизарган. Қалқонсимон без тугунлар ҳисобига катталашган, чап бўлак бўйин олд соҳасини тўлиқ эгаллаган. Шу сабабли бўйин ҳаракати чап томонга чекланган. Бўйин ва бош соҳасида қон-томирлари димланиб бўртганлиги кўринадди. Шу соҳалар коллатерал қон-томирларнинг бир оз кенгайиб кўкимтир рангдалиги аниқланади. Пайпаслаганда қалқонсимон безнинг ўнг бўлагиди 50,0x40,0x30мм.ли ва чап бўлагиди 220,0x180,0x120,0мм.гача бўлган тугунлар аниқланади.



А.

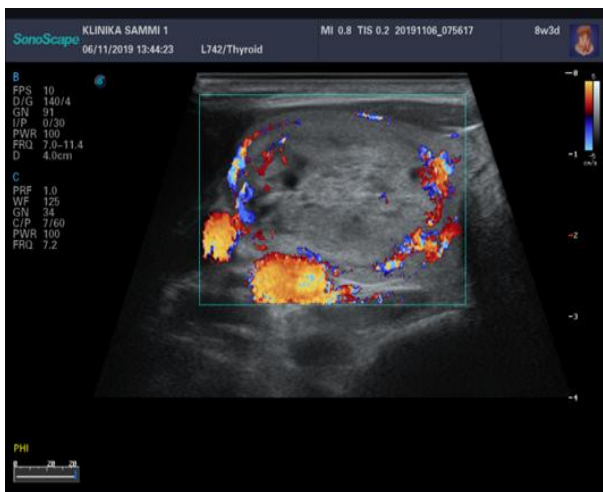


Б.

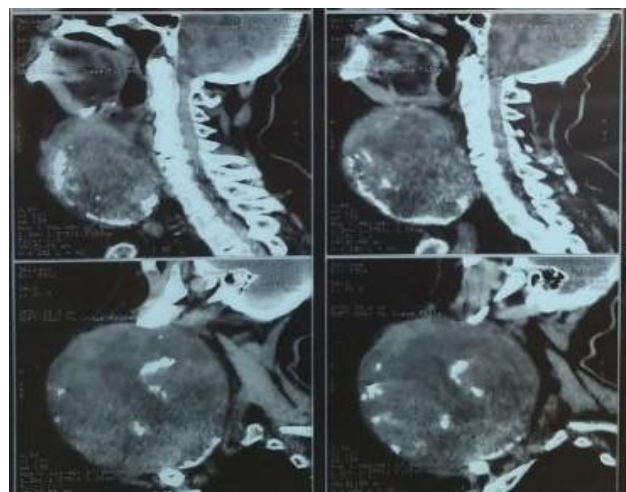


В.

Расм 1. А. Беморнинг олд томондан кўриниши; Б. Беморнинг ўнг томондан кўриниши; В. Беморнинг чап томондан кўриниши



А.



Б.

Расм 2. Бемор Ш.Э., 80 ёшда. Эхограммада қалқонсимон безнинг чап бўлагининг V даражали гигант тугуни (А); Бўйин МСКТда қалқонсимон безнинг чап бўлагининг V даражали гигант тугуни (Б)



Расм 3. Қалқонсимон бездан олинган аралаш генезли тугун



А.



Б.

Расм 4. А. Операциядан кейинги ҳолат; Б. Операциядан кейинги биринчи сутка; Операциядан кейинги давр асоратсиз ўтди. Жароҳат бирламчи битди

Қалқонсимон бездан ўсиб чиққан тугунли ҳосила зич эластик консистенцияли, оғриксиз, кам ҳаракатчан, олдинги контурлари аниқ, орқа ва латерал контурларини аниқлаб бўлмайди. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган (1-расм).

Бемор клиникада умумий қабул қилинган барча клиник ва лаборатор текширувлардан ўтди. Беморнинг умумий ва биохимик қон таҳлиллари ҳамда сийдик таҳлиллари нормал ҳолатга келтирилди.

ЭКГ хулосаси: ЮКС-62 марта, чап қоринчада гипертрофия белгилари. Миокардда метаболик ўзгаришлар.

ЭхоКГ хулосаси: Чап қоринчада гипертрофия белгилари. Миокард орқа деворида нисбий гипокинезия. Юрак тўсиқларида нуқсон аниқланмайди. Юрак бўшлиғида тромб аниқланмайди. Миокард етишмовчилиги I-II даражаси. Диастолик дисфункция I-даражаси. Аорта деворининг атеросклеротик калинлашуви I тип. ЮКС 66 марта. ҚФ-55%.

Кардиолог хулосаси: Гипертония касаллиги II босқич. АГ 2 Хавф 3

Қалқонсимон без гормонлари таҳлили: ТТГ-3,3Ме/л(0,4-4,0); Т3-3,9нг/мг(0,69-2,02); Т4-88,3нг/мг(52-127)- эутиреоид ҳолат:

Ларингоскопия: Ҳалқумнинг ҳиқилдоқ қисми ва ҳиқилдоқ ташқаридан ҳажмли жараён билан босилиб чапга силжиши.

Ингичка игнали пункцион аспирацион биопсия: (РИО ва РИАТМ Самарқанд вилоят филиали №14600): Эритроцитлар фонида 1-2 сегмент ядроли нейтрофиллар аниқланади.

Патологагистологик хулоса: (Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси №3395-98): Фолликуляр коллоид буқоқ, кўп тугунли шакли.

Бўйин соҳасининг УТТ хулосаси: Қалқонсимон без ўнг бўлагиди 54,0x27,0x34,0мм.ли ва чап бўлагиди 220,0x180,0x140,0мм.гача бўлган тугунлар аниқланади (2а-расм).

Бўйин соҳаси МСКТ хулосаси. Бўйин олд соҳасини эгаллаган овал шаклдаги қалқонсимон без чап бўлагидан ўсган тугунли ҳосила, ўлчами 156x142x152,0мм., ҳосиланинг контурлари аниқ, медиал томондан трахея ва ҳиқилдоқни деформацияга олиб келган. Орқа томондан бўйиннинг йирик томирларини босган ва уларнинг димланиши аниқланади. Қалқонсимон без ўнг бўлагиди 51x21x26,0мм.ли тугунли ҳосила аниқланади. Бўйин лимфа тугунлари катталашмаган. (2б-расм).

Беморга диффуз кўп тугунли гигант нотоксик бўқоқ V даражаси ташхиси қўйилди ва режали равишда оператив даволаш амалиёти бажарилди. Операция умумий эндотрахеал наркоз остида «Тотал струмэктомия» операцияси бажарилди (Оператор: Самарқанд ШТБ бошлиги, проф. А.С.Бабажанов). Операция баёни: Бўйин олд соҳаси асептик ишлов берилгандан сўнг, бўйин олд соҳасида Кохер кесмаси бўйича яримойсимон шаклда узунлиги 15,0 см.лар атрофида кесма бажарилди. Претиреоид мушаклар каватма-кават то қалқонсимон безгача очилди. Гемостаз. Ревизия қилинганда, қалқонсимон безнинг ўнг бўлаги 60,0x40,0x30,0 мм. ҳажмда ретротрахеал жойлашиб катталашганлиги ва ичида 10,0x10,0 мм.ли тугунлар борлиги аниқланди. Қалқонсимон безнинг ўнг бўлаги пастки полюси ўнг ўмров суяги орқа соҳасига ўсиб ўтган. Медиал томондан қалқонсимон без бўйинчаси қисмига ва трахеяга, латерал томондан умумий уйқу артерияси ва ички бўйинтуруқ венаси (a. carot. comminus and v. jugularis interna dextra) билан битишма ҳосил қилиб ёпишган. Кейинги ревизияда қалқонсимон без чап бўлагига 220,0x180,0x120,0 мм ҳажмдаги бўйин олд соҳасини тўлиқ эгаллаган гигант тугун аниқланади. Тугуннинг 1/3 қисми орқа томонида ретротрахеал ўсиб диффуз катталашган ва ичида 20,0x30,0мм.ли майда кўплаб тугунлар борлиги аниқланади. Қалқонсимон безнинг чап бўлаги пастки полюсида жойлашган тугун чап ўмров суяги орқа соҳасига ўсиб ўтган. Медиал томондан қалқонсимон без бўйинчаси қисмига ва трахеяга, латерал томондан умумий уйқу артерияси ва ички бўйинтуруқ венаси (a. carot. comminus and v. jugularis interna sinistra) билан битишма ҳосил қилиб ёпишган. Лимфа тугунлари ўзгармаган. Беморга тотал струмэктомия операцияси бажаришга келишилди. Қалқонсимон без чап бўлаги ажратилди, а. Thyroidea sup. et. inf. sinistra мобилизация қилиниб, тикиб боғланди. Кейинги босқичда ўнг бўлаги ажратилди, а. Thyroidea sup. et inf. dextra мобилизация қилиниб, тикиб боғланди. Тотал струмэктомия операцияси бажарилди. Қизилўнғач, трахея ва атроф лимфа тугунларида ўзгаришлар аниқланмади. Гемостаз. Претиреоид мушаклар каватма-кават тикилди. Жароҳатга Холстед бўйича тери ичи косметик чоки қўйилди, асептик боғлам (З-расм).

Операциядан кейинги диагноз: Диффуз кўп тугунли гигант нотоксик бўқоқ. V даражаси. Тугунларнинг ретростернал ва ретротрахеал жойлашуви. Макропрепарат гистологик текширишга берилди.

Мулоҳаза: Диффуз нотоксик бўқоқ ва тугунли бўқоғи мавжуд беморларнинг асосий қисмида нерв системасининг (кайфиятнинг бузилиши, эмоционал лабиллик, юрак тез уриши, қон босимининг ўзгариб туриши) ўзгаришлари кўп учрайди [1,8,15,23].

Қалқонсимон безнинг йод дефицити натижасида энг кўп ривожланган касаллик тури йод дефицити ёки эндемик бўқоқ ҳисобланади. Йоднинг суткалик эҳтиёжи 150-250 мкг (Европа мамлакатларида 300 мкг/суткагача, АҚШ да – 400-500 мкг/сутка ва ундан кўп). Йод организмга кун давомида 100 мкг.дан кам тушганда қалқонсимон безнинг компенсатор катталашishi кузатилади [7,10,18,27].

Қонда тиреоид гормонлар камайганда тиреотроп гормон (ТТГ) секрецияси ошади, натижада без диффуз гиперплазияси, кейинчалик тугунлар пайдо бўлади. Организмга йод кам тушиши натижасида хужайра ичи супероксиддисмутазаси етишмовчилиги ривожланади, бу эса безнинг гиперплазиясига олиб келади [6,14,24]. Бундан ташқари, йод дефицит ҳолатларда қалқонсимон без функцияси етишмовчилиги эркин радикаллар умри ва деструктив таъсир вақтини узайтирувчи метаболик фон ҳисобланади. Нормада қалқонсимон без 1,0 гр. тўқимасига 500,0 мкг. йод тўғри келса, йод дефицитли бўқоқда – 100,0 мкг йод тўғри келади [12,21].

Йод дефицитли бўқоқга характерли: 1) 24 соат давомида радиоактив йоднинг ютилиши 50% дан юқори (радиойод диагностика ўтказилганда); 2) сийдик билан йод экскрецияси камайиши, 24 соатда ёки 1 литрда 50 мкг.дан камлиги; 3) тиреолиберин билан стимуллашда ТТГ юқори жавоб реакцияси. Қонда тиреотропин ошган ёки нормада, қон зардобиди Т₄ камайган, Т₃ миқдори ошган [4,15].

Йод дефицитли бўқоқнинг асосий этиологик омилли йод етишмовчилиги бўлсада, бошқа омиллар ҳам пермиссив ахамиятга эга (аҳолининг яшаш шароити, маънавий ва ижтимоий даражаси, овқат билан қабул қилинадиган микроэлементлар миқдори). Текширувлар давомида йод етишмовчилигининг қалқонсимон без фаолиятига таъсирини кучайтирувчи ва камайтирувчи ташқи муҳит омиллари аниқланган. Уларнинг айримлари, масалан, флавоноидлар, тиреоид пероксидазани ингибирлайди, бошқалари – қалқонсимон безда йод ушланиши, унинг транспорти ва органификациясини кучайтиради. Ичак таёқчаси ўз ҳаёт фаолияти давомида номаълум оксиллар ёки ферментлар ишлаб чиқаради, улар қалқонсимон безнинг йодни ушлаш қобилиятини пасайтиради [14,22]: шунингдек, йод дефицит касалликлар ва оддий нотоксик бўқоқ патогенезида аутоиммун жараёнлар иштирок этиши кўрсатилган. Тиреоид стимулловчи ва ТТГ рецептор билан боғланишини ингибирловчи иммуноглобулинлар топилган [19]. Катталарда безнинг диффуз катталашishi фониди битта ёки бир нечта тугунлар пайдо бўлади, қалқонсимон без ўлчамлари жуда катталашиб, кўкс оралиғи органларининг босилиш симптомлари кўшилади. Тугунли бўқоқ йод дефицит жойларда бошқа худудларга қараганда кўпинча ёмон сифатли ўсмага ўтиши кузатилади, бунда кўпинча фолликуляр рак ва анапластик карцинома кузатилади, уларнинг кечиши жуда агрессив ҳисобланади.

Охириги ўн йил давомида ҚБ тугунли касалликларининг асосий даволаш усули бўлган хирургик аралашувлар сони ҳам ошиб бормоқда [24]. Ҳар йили ривожланган мамлакатларда ҚБ турли патологиялари юзасидан 40 мингдан ортик операциялар амалга оширилади [17,28].

Хирургияда операциялар техник жиҳатдан замонавийлашиши ривожланиб бораётган бир вақтда қалқонсимон без патологияларини хирургик усулда даволашни кенгайтириш, оптимал операция усулини тўғри танлаш ва ҚБ функционал фаолиятини сақлашга қаратилган оператив тактикалар зарурлигини кўрсатмоқда [3,12,22].

Диффуз гигант тугунли нотоксик бўқоқларда оператив даво усулини танлашда ҳар хил фикрлар

мавжуд. Бир гуруҳ муаллифлар операциядан кейинги асоратларнинг минимал даражадалиги учун О.В.Николаев томонидан таклиф қилинган ҚБни субфасциал усул билан мобилизация қилишни маъқуллашади. Яна бир гуруҳ муаллифлар эса, онкологик нуқтаи назардан ҳавфсиз деб ҚБни экстрафасциал усул билан мобилизация қилишни маъқуллашади. Экстрафасциал усулнинг афзаллиги шуки, унда қалқон олди безлар ажратилиб хикилдоқнинг қайтувчи ва юқори нервлари ҚБ мобилизацияси вақтида сақланиб қолинмоқда [8,25].

ҚБнинг тотал резекциясида гигант тугунли бўқоқларда ташқи тўқиманинг бўйиннинг IV фасция билан бирлашиб кетганлиги сабабли операциядан кейинги асоратлар (хикилдоқ нервнинг парези, гипопаратиреоз) учраш ҳавфи жуда юқори. Компрессион синдром ривожланганда (ҳавфли зона) трахеянинг ҳар иккала томонидан кам миқдордаги тўқимани қолдириб ҚБни субтотал резекция қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. А.А.Знаменский ва бошқа муаллифларнинг фикрича гигант тугунли бўқоқларда қулай операция бу тиреоидэктомия ёки ҚБнинг субтотал резекцияси ҳисобланади [19,26].

Катта ҳажмли операцияларнинг негатив томонлари ҳам бор:

- 1) Операциядан кейинги асоратларнинг кўп бўлиши;
- 2) Гормонларнинг синтетик аналоглари билан тўлиқ ўринбосар даво курсини ўтказишнинг мажбурийлиги.

ҚБда ўтказилган ҳар қандай операциядан кейин шу аъзонинг функционал етишмовчилиги келиб чиқади. Операциядан кейинги гипотиреознинг ривожланиши жинс, ёш, касаллик муддати, қалқонсимон бездаги патологик жараённинг характери, шунингдек ўтказилган операциянинг ҳажмига боғлиқ. Операциядан кейинги гипотиреоз ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу ҚБ субтотал резекциясида қолдиқ тиреоид тўқиманинг кам миқдорда қолдирилишидир. Операциядан кейинги гипотиреоз диагностикасида бемор зардобидан тиреотроп гормон ва эркин тироксинни аниқлаш керак бўлади. Гипофиздан тиреотроп гормон ва ҚБ тироксин ишлаб чиқарилиши тесқари лагориформик боғлиқлик билан характерланади, яъни тироксинни минимал пасайишида, лаборатор усулда пасайгани сезилмаганда ҳам, ТТГ аҳамиятли даражада кўпайиши кузатилади. ТТГ миқдори тироксин гормони миқдорини 2 ой давомида интеграл равишда акс эттириб туради. Шунга боғлиқ ҳолда тироксин миқдорининг нормадан пасайиши ТТГ миқдорининг кўпайишига олиб келади [10,21]. Замонавий қарашларга кўра гипотиреозни компенсация қилиш учун ТТГ нормал (0,4-4,0 мМЕ/л) миқдорига эмас, балким операциядан кейинги даврда нормал (0,5-1,5 мМЕ/л) миқдорига эришиш керак. Бундай ҳулоса қилишга сабаб, ТТГ миқдорининг ўзгариши амалий жиҳатдан соғлом одамларда юқоридаги кўрсаткичга нисбатан баъзи ўзгаришлар бўлиб туради, бироқ бу борада қуйидаги мулоҳаза ҳам бор. ТТГ паст миқдори суякларни деминерализация қилиб, патологик синишлар ҳавфини оширади [13,18,27].

Хулоса. Гигант тугунли нотоксик бўқоқларда қалқонсимон безнинг катталаниши организмга

йоднинг кам тушиши ва унинг тиреоид гормонлар синтези учун етишмаслигига жавобан компенсатор гиперплазияси билан характерланади. Гигант тугунли нотоксик бўқоқда қалқонсимон безнинг йод дефицити ҳолатидаги катталанишининг клиник кўриниши спорадик ёки оддий нотоксик бўқоқдан фарқ қилмайди.

Касалликнинг рецидивланиши бўйича қилган таҳлиллардан шу аниқланадики, гигант тугунли бўқоқнинг рецидивда қилинган операция ҳажми эмас, балки касалликнинг этиологияси ва тугуннинг морфологик структурасига боғлиқ.

Қалқонсимон безнинг тугунли хосилалар бўлганда, кўп маълумот берувчи радиологик текширувлардан фойдаланиш ва индивидуал ёндошган ҳолда жарроҳлик амалиётини танлаш керак бўлади. Шунингдек, ҳар бир беморлар шифокорлар тавсиясига тўлиқ риоя қилишлари ва 40 ёшдан ошган кишилар эса, ҳар 6 ойда тор мутахассислар кўригидан ўтишлари тавсия этилади.

Адабиётлар:

1. Алибоев М.Р., Эгамов С.Ш., Хожиметов Д.Ш., Отакузиев А.З. Особенности хирургического лечения заболеваний щитовидной железы // Re-health Journal. – 2020. – № 2(6). – С. 114–122.
2. Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Рузибаев С.А. [и др.]. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Вопросы науки и образования. – 2021. – С. 53–58.
3. Бабажанов, А.С. [и др.]. Дифференцированный подход к хирургическому лечению узлового зоба // Достижения науки и образования. – 2022. – № 5. – С. 33-40.
4. Бабажанов, А.С., Зайниев А.Ф., Алимов Ж.И. Дифференцированный подход к хирургическому лечению узлового зоба // FRANCE international scientific-online conference: "Scientific approach to the modern education system" 2023. с.293-294.
5. Babajanov A.S., Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S. Qalqonsimon bez kasalliklarini zamonaviy davolash usullari // Tibbiyot universitetining magistratura ordinarlari, klinik ordinarlari va yuqori kurs talabalari uchun uslubiy tavsiyanoma. Toshkent – 2012.
6. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Михайличенко В.Ю. [и др.]. Эволюция взглядов на патогенез и хирургическое лечение патологии щитовидной железы в Крыму // Таврический медико-биологический вестник. – 2022. – Т. 25. № 3. – С. 163–167.
7. Гостимский А.В., Карпатский И.В., Матвеева З.С. Диагностика и выбор хирургической тактики при шейно-загрудинном зобе // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. –Т. 23, № 2. – С. 52–58.
8. Гостимский А.В., Селиханов Б.А., Кузнецова Ю.В., Лисовский О. В. Компрессионный синдром при заболеваниях щитовидной железы как причина urgentных операций // Медицина: теория и практика. – 2020. – Т.5, № 2. – С. 16–21.
9. Григорьев Е.Г., Ильичева Е.А., Берсенев Г.А. [и др.]. Клиническое наблюдение токсического многоузлового зоба со сдавлением органов шеи // Эндокринная хирургия. – 2020. – № 14 (2). – С. 10–15.

10. Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Ахрамеев В.Б. [и др.]. Меры предупреждения интраоперационных кровотечений при больших и гигантских доброкачественных новообразованиях щитовидной железы // Таврический медико-биологический вестник. – 2021. – Т. 24, №2. – С. 35–39.
11. Гумерова Г.Т., Губайдуллина Г.М., Нагаев Ф.Р. [и др.]. Мини-инвазивные способы лечения доброкачественных узлов щитовидной железы // Креативная хирургия и онкология. – 2022. – Т. 12, № 1. – С. 43–47.
12. Ильичева Е. А., Берсенев Г. А., Махутов В. Н. [и др.]. Хирургическое лечение большой многоузловой зобом с компрессионным синдромом шеи и выраженной коморбидной патологией // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2020. – № 179 (4). – С. 76–78.
13. Исмаилов С.И., Нугманова Л.Б., Рашитов М.М., Кулиббетов М.Т., Алимджанов Н.А., Бабаханов Б.Х. Динамика йододефицитных состояний в Узбекистане. // Международный эндокринологический журнал. – №4(16) 2016. – С. 142–145.
14. Кузьмичев А.С., Акинчев А.Л., Ломакин В.И. [и др.]. Хирургическое лечение рецидивного зоба, локализованного в заднем средостении // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2020. – № 179 (1). – С. 63–65
15. Кухтенко Ю.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А., Абрамян Е.И. Тиреоидэктомия у больной с гигантским многоузловым нетоксическим шейно-грудным зобом // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – № 1. – С. 97–99.
16. Кухтенко Ю.В., Рясков Л.А., Косивцов О.А. Особенности хирургических подходов к диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы у пациентов старших возрастных групп // Вестник ВолгГМУ. – 2020. – Выпуск 3 (75). – С. 26–33.
17. Макаров И.В., Письменный И.В., Карпова Д.О., Романов Р.М., Фадейчева С.Н. Хирургическое лечение пациентки с многоузловым токсическим зобом V степени, тиреотоксикозом тяжелой степени, компрессионным синдромом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2023; №1: С.94–98.
18. Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Безруков О.Ф. [и др.]. Компрессионный синдром при патологии щитовидной железы // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. – Т. 23, № 2. – С. 143–147.
19. Сергейко С.В., Лукьянов С.А., Титов С.Е. [и др.]. Современные тенденции, парадигмы и заблуждения в диагностике и лечении узловых образований щитовидной железы // Таврический медико-биологический вестник. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 150–155.
20. Слепцов И.В., Черников Р.А., Саблин И.В. [и др.]. Медиальная тиреоидэктомия – результаты первых 77 операций // Эндокринная хирургия. – 2021. – Т. 15, № 2. – С. 13–21.
21. Фадеев В.В., Моргунов Т.Б., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. Проект клинических рекомендаций по гипотиреозу // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2021. – Т. 17, № 1. – С. 4–13.
22. Якубовский С.В., Кондратенко Г.Г., Салко О.Б., Кузьменкова Е.И. Эпидемиология доброкачественных заболеваний щитовидной железы у взрослого населения Республики Беларусь: анализ общенациональных статистических данных за период 2009–2019 гг. // Проблемы эндокринологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 30–43.
23. Astl J., Plzák J., Betka J. Morbidity and mortality associated with thyroid surgery - retrospective analysis 1991–2020 // Rozhl Chir. – 2021. – № 100 (3). – P. 118–125.
24. Babajanov A.S., Axmedov A.I. [et al.] The states the thyroid residue in the postoperative period in patients with multimodal nontoxic goiter // European science review. Avstriya. Vena. 2018. №9–10. –P. 33–35.
25. Baloch Z. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytology (TBSRTC): From look-backs to look-ahead // Diagn Cytopathol. – 2020. – Vol. 48 (10). – P. 862–866
26. Latif S., Altaf H., Waseem S. [et al.] A retrospective study of complications of total thyroidectomy; is it a safe approach for benign thyroid conditions // J. Pak. Med. Assoc. – 2019. – Vol. 69 (10). – P. 1470–1473.
27. Paschke R., Eszlinger M., Kopp P. Euthyroid and hyperthyroid nodules and goiter. In: Robertson RP, ed. DeGroot's Endocrinology. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; –2023: –P. 77.
28. Pearce E.N., Hollenberg A.N. Thyroid. In: Goldman L, Cooney KA, eds. Goldman-Cecil Medicine. 27th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; –2024: –P. 207.
29. Rochau U., Qerimi Rushaj V., Schaffner M., Schönhensch M., Stojkov I., Jahn B., Hubalewska-Dydejczyk A., Erlund I., Thuesen B.H, Zimmermann M., Moreno-Reyes R., Lazarus J.H, Völzke H., Siebert U. Decision-Analytic Modeling Studies in Prevention and Treatment of Iodine Deficiency and Thyroid Disorders: A Systematic Overview. Thyroid. –2020. –May; 30(5): – P.746–758.
30. Zheng R., Rios-Diaz A.J., Thibault D.P., Crispo J.A., Willis A.W., Willis A.I. A contemporary analysis of goiters undergoing surgery in the United States. Am J Surg. – 2020. –Aug; 220(2): –P.341–348.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛО ВСТРЕЧАЮЩЕГОСЯ ГИГАНТСКОГО УЗЛОВОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

*Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Махмудов С.Б.,
Султанбоев Ш.А.*

Резюме. В статье представлены клинические особенности нетоксического зоба с гигантским узлом, который встречается редко среди узловых патологий щитовидной железы. При нетоксическом зобе с гигантскими узелками клиническая картина увеличения щитовидной железы при дефиците йода не отличается от таковой при спорадическом или нормальном нетоксическом зобе. При нетоксическом зобе с гигантскими узелками увеличение щитовидной железы характеризуется компенсаторной гиперплазией в ответ на недостаточное поступление йода в организм и его дефицит для синтеза тиреоидных гормонов.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловой зоб, тотальная струмэктомия, гипотиреоз, гипопаратиреоз.