

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Курбаниязов З.Б., Ғозибеков Ж.И.

**Буқоқнинг токсик шаклида хирургик
давони клиник-морфологик асослаш**

Монография

Самарқанд - 2024

Қурбаниязов Зафар Бабажанович., Ғозибеков Жамшид Исанбаевич
“Буқоқнинг токсик шаклида хирургик даври клиник-морфологик асослаш”.
Монография. Самарқанд, 2024. - 129 б.

Тузувчилар:

Қурбаниязов З.Б. Самарқанд давлат тиббиёт университети 1 сон
хирургик касалликлар, транспланталогия ва урология кафедраси мудири т.ф.д.
профессор.

Ғозибеков Ж.И. Самарқанд давлат тиббиёт университети 1 сон хирургик
касалликлар, транспланталогия ва урология кафедраси ассистенти т.ф.н.

Такризчилар:

Сафоев Б.Б. Бухоро давлат тиббиёт институтининг умумий
хирургия кафедраси профессори, т.ф.д.

Арзиев И.А. Самарқанд давлат тиббиёт университети 1 сон
хирургик касалликлар, транспланталогия ва
урология кафедраси доценти т.ф.н.

*Монографияда буқоқнинг токсик шаклини даволашнинг замановий
тенденциялари ва қайталанишларининг олдини олишга, операциядан кейин жисмоний
реабилитацияга ва косметик самарага эришишга асосланган. Қониқарсиз
натижаларнинг сезиларли фойизи оптимал даволаш усулини танламаслик, ушбу
соҳадаги кейинги тадқиқотларни рағбатлантиради. Юқоридагилардан келиб чиққан
ҳолда буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда
айниқса беморларни операцияга тайёрлашда оптимал ёндашувларни ишлаб чиқиш ва
морфологик тузилиши ўрганилиб мақбул операция усулини танлаш ва амалда қўллаш
зарурлигини тақозо этади.*

*Монография жарроҳлар, магистратура резидентлари, врач клиник ординаторлар ва
тиббиёт олийгоҳи талабалари учун мўлжалланган.*

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

“КЕЛИШИЛДИ”

Фан ва илмни ривожлантириш
Бўлими бошлиғи, т.ф.д., профессор
_____ Б.О. Худанов
«_____» _____ 2024 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Фан ва таълим бошқармаси
бошлиғи, т.ф.д., доцент
_____ А.Т. Махмудов
«_____» _____ 2024 й.

Курбаниязов З.Б., Ғозибеков Ж.И.

**Буқоқнинг токсик шаклида хирургик
давони клиник-морфологик асослаш**

(Монография)

Тошкент - 2024

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР	
РЎЙХАТИ.....	6
МУҚҚАДИМА.....	7
I-БОБ. ТОКСИК ШАКЛДАГИ БУҚОҚНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ).....	23
§1.1. Буқоқнинг токсик шаклини клиник кўриниши ва уларниг диагностикаси.....	24
§1.2. Тиреотоксикозда қалқонсимон бездаги морфологик ўзгаришлар.....	24
§1.3. Буқоқнинг токсик шаклини медикаментоз даволаш.....	30
§1.4. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни хирургик даволаш.....	35
1.4.1. Операцияга кўрсатма.....	35
1.4.2. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни операция олди тайёргарлиги.....	37
1.4.3. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларда операциялар техникаси.....	42
§1.5. Боб бўйича хулоса.....	46
II-БОБ. ФОЙДАЛАНИЛГАН МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.....	48
§ 2.1. Клиник материалнинг умумий тавсифи.....	48
§ 2.2. Фойдаланилган тадқиқот усуллариинг хусусиятлари.....	55
III БОБ. БУҚОҚНИНГ ТОКСИК ШАКЛИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ СТРУМЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИК АСПЕКТЛАРИ.....	63
§3.1. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш усуллариини асослаш.....	63

§3.2. Плазмаферезнинг қалқонсимон без гормонлари даражасига таъсири ва консерватив тайёрлаш билан оператив даволашнинг турли босқичларида беморларнинг ҳолатини солиштириш.....	71
§3.3. Хулоса боб.....	78
IV БОБ. БУҚОҚНИНГ ТОКСИК ШАКЛИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОНИ МОРФОЛОГИК АСОСЛАШ.....	80
§ 4.1. Буқоқнинг токсик шаклини морфологик асослаб операция ҳажмини танлаш.....	80
§4.2. Буқоқнинг токсик шаклларида струмэктомиянинг техник жиҳатларини такомиллаштириш.....	90
§ 4.3. Боб бўйича хулоса.....	103
V БОБ. БУҚОҚНИНГ ТОКСИК ШАКЛИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.....	105
§5.1 Операциядан кейинги эрта даврда хирургик даволаш натижалари.....	105
§5.2.Операциядан кейинги кечки даврда буқоқнинг токсик шаклларини хирургик даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш.....	109
§5.3. Буқоқнинг токсик шакллари билан ўтказилган операциялардан сўнг беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш.....	113
§5.4. Боб бўйича хулоса.....	118
Хотима.....	119
Хулоса.....	125
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	126
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ.....	127

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ИОУТТ - интраоперацион ультратовуш текшируви

ИЭБ – интраоперацион экспресс-биопсия

КТ - компьютерная томография

ҲС – ҳаёт сифати

БЭКО - билвосита электрокимёвий оксигенация

МРТ - магнит-резонанс томография

МСКТ – мультиспирал компьютер томография

КТБ – кўп тугунли буқоқ

РИТБ –реанимация ва интенсив терапия бўлими

ПФ - плазмаферез

ҚБР – қалқонсимон без раки

ЭЧТ –эритроцитлар чўкиш тезлиги

ИИАБ – ингичка игнали аспирацион биопсия

УТТ – ультратовуш текшируви

ТКБ – тугунли коллоид буқоқ

ҚБТҲ – қалқонсимон безни тугунли ҳосилалари

ҚБ- қалқонсимон без

ЭКГ - электрокардиография

SF-36 – The Short Form-36

МУҚАДДИМА

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра “дунёда қалқонсимон без патологияси билан 750 миллиондан ортиқ одам касалланган, қалқонсимон без касалликлари (ҚБ) орасида диффуз токсик буқоқ (ДТБ) ва аралаш (АТБ) токсик буқоқли беморлар биринчи ўринни эгаллайди”. Касаллар сонининг камайиши йўқлиги ва касалланишнинг мавжудиги 100000 аҳолига 1,2 дан 9,0 тагача бўлган оралиқда ўзгариб турадиган эндемик ҳудудлар борлиги сабабли, қалқонсимон без касалликлари йод танқислиги билан кўп йиллик курашларга қарамасдан жумладан Ўзбекистонда ҳам жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунда буқоқнинг токсик шакллариغا диагноз қўйиш сезиларли қийинчиликларни келтириб чиқармайди, асосан ноинвазив текшириш усуллариининг пайдо бўлиши туфайли, уларни комплекс қўлланилишининг информативлиги 95-100% га етади. Шу билан бирга, эҳтиёткорликнинг етишмаслиги кеч диагноз қўйишга ва ўз навбатида касалликнинг асоратланган шакллариини кўпайишига олиб келади. Буқоқнинг токсик шакллариини даволаш хирургиянинг мураккаб муаммосидир. Қалқонсимон бездан турли хил усулларда тугунлариини олиб ташлаш операцияси ва струмэктомия энг кенг тарқалган усули бўлиб, у буқоқнинг токсик шакллариининг кўпгина (90,6%) ҳолларида амалга оширилади. Натижада операциядан сўнги асоратларнинг кўпайиши, операциядан кейинги тиреотоксикознинг қайталаниши (15-44%) ва операциядан кейинги гипотиреоз (25-63%) бу оммавийлашган жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги ва ишонччилигини етишмаслиги тўғрисида гувоҳлик беради. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, ушбу касалликнинг олдини олиш ва даволашнинг маълум усуллариини такомиллаштириш ҳамда янги самарали чоралариини ишлаб чиқиш зарурлиги аён бўлди.

Жаҳон амалиётида, касалликнинг оғирлик даражасига кўра кичик касалликлардан тортиб то қалқонсимон без ракигача (ҚБР) коллоид буқоқнинг қалқонсимон бездаги морфофункционал ўзгаришларга таъсириини ўрганишда,

касалликнинг оғирлигини баҳолашга қаратилган бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. ҚБ нинг сақлаб қолинган тўқималарининг морфофункционал ҳолати ва ҳажмини баҳолаш масалалари алоҳида аҳамиятга эга. Жарроҳларнинг асосий вазифаси токсик буқоқнинг рецидивланишини олдини олиш учун, қалқонсимон безни интраоперацион босқичда без қолдиқ тўқима функциясини сақлаб қолиш орқали жарроҳлик ҳажми танлашдир. Шу билан бирга, баъзи муаллифлар қалқонсимон безни олиб ташлашнинг субфациал усулини яъний операциядан кейинги асоратларнинг камайишини таклиф қилиб ўз фикрларини тасдиқлашади, бошқалари экстрафациал операцияни таклиф қилиб бу рецидивларнинг олдини олиш усули сифатида тавсия қиладилар.

Кўп йиллар давомида буқоқнинг токсик шакллари бўйича бажарилган операциялар ҳажми зарарланган бўлакни резекциясидан то тиреоидэктомиягача ўзгариши мумкинлигини кўрсатади (Wolinski К. 2014). Адабиётларга кўра, 96,8% беморда рецидив токсик буқоқ билан бирламчи орган сақловчи операция қилинган, шу билан бирга кўп тугунли буқоқ бўлган беморларда энг кўп рецидивланиш кузатилган (Ванушко В.Э. 2012). Буқоқнинг токсик шакллариининг рецидивланишида оператив аралашувлар техник жиҳатдан мураккаб бўлиб, кўп ва кўп марта (икки ва ундан ортиқ) рецидивланиш операция кўлами ва характери билан боғлиқ тактик ва техник муаммолар пайдо қилади.

Замонавий адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, буқоқнинг токсик шакллариини даволашда бир неча йўналишлар мавжуд. “Бироқ, кундалик амалиётда энг мақбул йўналиш бу буқоқнинг токсик шакллари учун қалқонсимон безга очик усулдаги жарроҳлик аралашувидир” (Макаров И.В. 2016). Замонавий таснифлаш позицияларини ҳисобга олган ҳолда ягона диагностик алгоритмнинг йўқлиги етакчи мезонларни баҳолашга ва жарроҳлик аралашувнинг оқилона вариантыни асослаб танлашга имкон бермайди. Ҳозирги кунга қадар қалқонсимон безга очик усулда киришни амалга оширишда, аксарият ҳолларда, Кохернинг ёқасимон кесмаси қўлланилади. Ушбу кириш усули кенг операцион майдонни яратишни таъминлайди, аммо бу жуда

травматик бўлиб косметик жиҳатдан кам натижа беради. Сўнгги 10-15 йил ичида бўйин олд юзасига, аксилляр, кўкрак олди, параареоляр, орқа мия, трансорал линиялар орқали, миниинвазив робот ёрдамида турли хил вариантларда кириш йўллари мавжуд (Anuwong A., 2018).

Жарроҳлик ёндашуви турларини танлаш билан боғлиқ масалалар адабиёт ва илмий форумларда доимий равишда муҳокама қилинади.

Ушбу аралашувларни қўллаш бўйича умумэътироф этилган ва тасдиқланган тавсиялар (протоколлар) ҳали ҳам мавжуд эмас ва уларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар баҳс-мунозара бўлиб қолмоқда. Натижада мос операция усулини танлаш ҳамда уни бажариш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда буқоқнинг токсик шаклларининг диагностикаси ва даволаш тактикаси замонавий соғлиқни сақлаш соҳасининг долзарб ва охиригача ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан, операциядан олдинги босқичда тугун тузилишининг хусусиятларини баҳолашга имкон берадиган маълумотлар ва морфологик текширишларнинг хулосасига қараб буқоқнинг токсик шаклларида радикал жарроҳлик аралашуви мезонларини қайта кўриб чиқиш зарурати мавжуд ва касалликнинг тиреотоксик белгиларини аниқлаш ҳамда ҳар бир ҳолатда хирургик даволашнинг муайян тактикасини танлаш мақсадида диагностик алгоритмининг такомиллаштириш лозим.

I-БОБ. ТОКСИК ШАКЛДАГИ БУҚОҚНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ

Қалқонсимон без касалликлари кенг тарқалган эндокрин патологиялар каторига киради [Белобородов В.А. 2010]. Канада Республикасининг ҚБ тадқиқот жамғармаси маълумотларига кўра, дунёда 200 миллион одам қалқонсимон без функциясининг бузилиши билан кечадиган касалликлардан азият чекмоқда [Горбачева Н.С. 2012]. Қалқонсимон без патологиясининг ўсиши асосан буқоқ ва қалқонсимон без саратонининг тугунли ҳосилалари туфайли юзага келиши аниқланди. Эндемик ҳудудларда касаллик аҳолининг 4-50 % да аниқланади, радиация таъсирига учрайдиган жойлардаги одамларда тугунларнинг малигнизацияси 32-57 % ни ташкил этади [Барсуков А.Н., Родин А. Н 2010].

Ўзбекистонда эса 2010-йилда 1 миллиондан ортиқ киши қалқонсимон без патологияси билан ҳисобга олинган. Ўзбекистонда эндемик буқоқ, болалар ва ўсмирларнинг 15-25 % да, айрим ҳудудларда эса 33-56 % да учрайди. Қалқонсимон без касалликлари барча ёш вакилларида кузатилади, асосан 16-50 ёшда дигноз қўйилади [Исмаилов С.И., Рашитов М.М. 2017.]. Қалқонсимон без патологияси бўлган эркеклар ва аёллар нисбати 1:4-1:7 ни ташкил қилади. Аёлларда буқоқнинг токсик шакли эркекларга қараганда 10-17 марта кўп учрайди. Бироқ, эркекларда қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари аёлларга қараганда 2 марта кўпроқ кузатилади. Самарқанд вилояти (Ургут, Нуробод, Пахтачи туманлари) қалқонсимон без касалликлари бўйича эндемик ҳудудга мансублиги олимларнинг ушбу патологияни ўрганишга катта эътибор қаратаётганлигини белгилайди [Исмаилов С.И., Камилджанова Б. Р. 2015.].

1.1. Буқоқнинг токсик шаклини клиник кўриниши ва уларнинг диагностикаси.

Токсик буқоқнинг (ТБ) клиник кўриниши хилма-хилдир. Беморлар вазн йўқотишга, тана температурасини ошишига, терлашга, иштаҳанинг кучайишига, мушакларнинг кучсизлигига, руҳий кўзгалувчанликга, кўз ёшланишига, тирноқларни мўртлашишига, соч тўкилишига, бармоқларнинг

титрашига (Мари симптоми) ҳамда танасининг титрашига (телеграф устун
симптоми) каби симптомлар билан шикоят қиладилар. Вегетатив нерв
системасининг бузилиши натижасида кўз белгилари - эндокрин офтальмопатия
(ЭОП) пайдо бўлади. Касалликнинг асорати претибиал микседема, акропатия,
ошқозон-ичак тракти (ОИТ) функциясини бузилиши, пароксизмал синусли
тахикардия, экстрасистолия, титроқ аритмия, гипертония,
миокардиодистрофия, юрак етишмовчилигининг ривожланиши бўлиши
мумкин. Ҳомиладорлик даврида ҳомиланинг она қорнида ривожланиш
аномалиялари ёки ўлик ҳомиланинг туғилиши ҳам кузатилиши мумкин
[Абрамова Н.А. 2006.].

Токсик аденома ва аралаш токсик буқоқнинг клиник кўриниши нафақат
тиреотоксикоз даражасига, тугунларнинг ҳажмига ва локализациясига ҳам
боғлиқ. Беморларни текшириш без ўлчами, шакли ва консистенцияси,
жойлашган тугунларнинг сони, ҳажми ҳамда зичлигини аниқлашда имкон
беради. Одатда пайпаслаш усулининг диагностик қиймати атиги 38% ни
ташkil қилади. Амалиётда диаметри 1 сантиметргача бўлган тугунларни
пайпаслаш қийин. 1см-ли тугунни пайпаслаш бир мунча осон. [Ахмедова Ю.С.
2019]. Тугун безнинг орқа томонида жойлашиши олдингига қараганда
шунингдек узун ва йўғон бўйинли беморларда текширув анча қийинроқ
аниқланади. Қисқа ва йўғон бўйинли беморларга ҳам диагноз мураккаб.
Аксинча, ингичка бўйинли беморларда кўзга кўринадиган нормал ўлчамдаги
қалқонсимон безни шифокор патологик кенгайган деб ҳисоблаши мумкин [15;
99-б.].

Қалқонсимон без касаллигига бўлган беморларни текшириш асосан
ультратовуш, радиоизотоп сканерлаш, радиометрия, қалқонсимон без
гормонларини аниқлаш, бўйин ва кўкс оралиғи юқори қисмини рентгенологик
текшириш, ингичка игнали пункцион аспирацион биопсия (ИИПАБ) каби
усуллар ҳисобланади [Белобородов В.А., Олиферова О. С. 2010.]. УТТ билан
тугунли ҳосилаларни аниқлаш даражаси 10-60%, сцинтиграфия билан - 40% ни
[Белоконев В.И., Старостина А.А. 2012] ташkil этади.

Ультратовуш ёрдами билан ҚБ даги объектни морфологик текшириш керак, чунки УТТ фақат патологияни аниқлай олади [Гурсой А., Эрдоган М.Ф. 2012.]. Қалқонсимон безда ёмон сифатли ҳосилалар пайдо бўлишида биопсиянинг аниқлиги 56%, ўзига хослик - 94%, диагностик қиймати - 88% ни ташкил қилади. Тестдаги башоратларнинг манфий қиймати 92%, ижобий (мусбат)- 63% > [Зубов А.Д., Сенченко О.В. 2016.]. Қалқонсимон бездаги мавжуд ўчоқли ҳосилаларни морфологик ўрганиш лозим жарроҳлик тактикани танлашда имкон беради. Бироқ қалқонсимон безда икки ва ундан ортиқ тугунлар мавжуд бўлса, ультратовуш назорати остида пункцион биопсия самарадорлиги 62-75% гача камаяди [Ванушко В.Э., Фадеев В.В. 2012.].

Радиоизотоп Тс-99 ва I-131 ёрдамида текшириш автоном ишлайдиган ҳажми 1 см гача бўлганларни тугунларни аниқлашда фойдаланилади. Радиоизотопли сканерлаш барча “иссиқ” тугунларнинг 10% да функционал фаол бўлган ҚБ саратонини истисно қилишда рухсат этилади. Сутка давомида бездан тахминан 90 мкг тироксин (T_4) ва 10 мкг трийодотиронин (T_3) секреция қилинади. Қонда эркин ҳолатда T_4 0,03-0,05% ва T_3 0,15-0,3% мавжуд. Одатда қон зардобидида T_4 60-160 нмоль/л ва T_3 1,2-2,8 нмоль/л., қон зардобидидаги гипофиз безининг гормони (ТТГ) даражаси одатда 0,17-4,05 мМЕ /л ни ташкил қилади [Александров Ю.К., Сергеева Е. Д., Сенча А. Н. 2015.]. Гормонлар секрециясини тартибга солишда манфий ва мусбат, қарама-қарши механизмга асосланади. Юқори концентрациясида эркин T_4 ва T_3 ни ингибиторлайди ва паст концентрацияда ТТГ чиқарилишини рағбатлантиради (стимуллайди) [13; 17-22-б.]. Қондаги T_4 ва T_3 концентрацияси қалқонсимон безнинг гормон ишлаб чиқарувчи функциясида асосий мезон бўлиб ҳисобланади [Александров Ю.К., Пампутис С.Н. 2010.].

Одатда гипертиреоз келиб чиқишида қонда иккала гормоннинг T_3 тиреотоксикоз ҳатто камдан-кам ҳолларда T_4 тиреотоксикоз кўпайиши билан характерланади. T_3 -тиреотоксикоз (T_4 нормал билан T_3 ошиши) асосан йод эндемияси бўлган туманларда, кўп тугунли буқоқ билан узоқ анамнезга эга бўлган беморлар, тугунли токсик буқоқ билан оғриган беморлар ҳаттоки кекса

беморларда ҳам кўп тугунли буқоқ аниқланади. Ушбу синдром, қонда, тугунлардан бирининг автоном гиперфункциясининг натижасидир. T_3 -тиреотоксикоз тугунли буқоқ билан оғриган беморларни тироксин билан даволаш мутлақ қарши кўрсатма. T_4 -тиреотоксикоз (нормал T_3 билан T_4 кўтарилиши) қўшимча оғир касалликлари бўлган ва T_4 нинг T_3 га ўтишига таъсир кўрсатадиган дори препаратларини қабул қилган беморларда пайдо бўлиши мумкин [Блувштей Г.А., Греков В.В. 2012.].

УТТ, радиоизотоп текшириш ва қалқонсимон без гормонларини аниқлаш беморларни комплекс даволаш тактикасини ҳал қилишга имкон беради. Шу пайтда ҳам агар диагностика қийин бўлса компьютер ва магнит-резонанс томографиядан фойдаланиш, тугунли ҳосилаларни ва қалқонсимон без саратонини эрта аниқлашга ёрдам беради [Каримова М.М., Исмаилов С.И. 2019.].

§1.2. Тиреотоксикозда қалқонсимон бездаги морфологик ўзгаришлар

ҚБ микроскопик тузилмаси нормада ички секреция безлари учун хос бўлиб, уларда чиқариш йўллари мавжуд бўлмайдиган ва ҳар бир функционал тузилма қон айланиш тизими билан чамбарчас боғлиқдир. Қалқонсимон фолликулалар капиллярлар билан ўралган ва коллоид билан тўлдирилган ичи ковак аъзодир. ҚБ фолликулларининг ўртача ҳажми ёшга боғлиқ ҳолда 20-40 микронни ташкил қилади [Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э. 2014.]. ҚБ паренхимасида бир-биридан фарқ қиладиган уч турдаги ультраструктурали, гистокимёвий ва функционал хужайралар мавжуд.

ҚБ паренхимасининг асосий қисмини фолликуляр хужайралар ташкил қилиб (ёки А-хужайралар) асосий гормон - тироксин ишлаб чиқаради. Фолликулларнинг кубсимон эпителийси функционал ҳолатига қараб ўзгариши мумкин. Юқори фолликуляр эпителийнинг хужайралари яссиланган ва қуйидагидан фарқли ўлароқ фаол ҳисобланади [Бородина Н.В. 2012.].

Ашкинази-Гюртля хужайралари (Б-хужайралар) катта ҳажмли фолликуляр эпителий, эозинофил цитоплазмасидан ва марказий ўрнашган юмалоқ ядроси билан кескин фарқланади. Токсик буқоқда ва аутоиммун

тиреоидитда Ашкиназа хужайралари полиморф ва атипик бўлиши мумкин, бу ҳолат эса ёмон сифатли ўсмага шубҳа туғдиради. С-хужайралар (парафолликуляр хужайралар) юмалоқ шаклга, очик рангли цитоплазмага эга. Улар одатда фолликуллар орасида оролчалар шаклида жойлашган бўлиб, фолликуллар бўшлиқ фолликуляр хужайралар билан чегараланган. Б- ва С-хужайралар APUD-тизимининг хужайралари (amine precursors uptake and decarboxylation), яъни полипептид гормонларини ишлаб чиқарадиган ва моноамин прекурсорларини тўплаш қобилиятига эга бўлган хужайраларга, шунингдек, биоген аминларга тааллуқли.

Буқоқ - қалқонсимон безнинг катталашиши бўлиб, у ҳар бир фолликулада коллоиднинг кўп тўпланиши ёки қалқонсимон без тўқималарининг қалқонсимон эпителийсининг гиперплазияси туфайли юзага келади [Гостимский А.В. 2018.].

Фолликуляр эпителий гиперплазиясида фолликулаларни қоплайдиган тўқималар сонининг ошиши сабабли бўлиши мумкин, бу фолликулада эпителия ўсимталарининг пайдо бўлиши натижасида эпителийнинг сўрғичсимон пролиферациясига олиб келади бу ҚБ функционал фаоллигининг ошишини кўрсатади ушбу ҳолат ДТБ учун характерлидир.

Диффуз токсик буқоқда морфологик ўзгаришлар ҳар-хил кечади. Токсик буқоқнинг муҳим морфологик белгиси без эпителийсининг гиперплазияси – фолликулаларнинг янгиланиши билан сут беzi ўсмаларининг ривожланиши, паренхемадаги дегенератив ўзгаришлар, “суyoқ” ҳолатдаги коллоид – гормонлар секрециясининг кучайишидан даракдир. Стромадаги дистрофик ўзгаришлар қон томирдаги бузилишларнинг натижаси бўлиб, адабиётларда келтирилганидек диффуз токсик буқоқга хосдир [Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С. 2018].

Токсик буқоқда одатда эпителия хужайралари аниқланиб безнинг бошқа хужайраларидан тубдан фарқ қилади - Ашкинази хужайралари ёки Б-хужайралардан тугун ёки аденомалар ҳосил бўлиши мумкин. Атипик ва полиморф хўжайраларнинг аниқланиши табиийки ўсмага шубҳа туғдириди. ДТБ

туфайли радиоактив йод (йод-131) билан даволанган беморларнинг ҚБ да ҳархил ўлчамдаги кичик бўлақлар мавжуд бўлиб қалин чизиклар билан ажратилган гиалин толали фиброз тўқималардан иборат. Бўлақлар бир хил ўлчамдаги кичик фолликулалардан таркиб топган бўлиб, бири кейингисидан фарқ қиладиган эпителий хужайралари билан қопланган. ҚБ паренхимасида “бўлақлар-тугунлар” шаклланиши, уларнинг атипик тузилиши ва полиорм хужайралар ривожланиши малигнизацияга шубҳа ўйғотади.

Гиперфункцияли тугун токсик аденома тиреотоксикознинг манбаи бўлиб, ҚБ атрофидаги тўқималарнинг функциясини сусайтиради [Селиверстов О.В. 2003.].

Ушбу касалликга диагноз қўйиш учун ҚБ ни радиологик текшириш - сцинтиграфия, гарчи гиперфункцияли тугуннинг мутлақо ишончли морфологик белгилари мавжуд бўлмасада муҳим аҳамиятга эга. ҚБ аденомасининг морфологик белгилари аниқ капсуласи бўлади, капсулада ҚБ ўсимтанинг мономорф тузилиши, ўсма ва ҚБ тўқималарининг тузилишидаги фарқида ўсимтага туташган қўшни тўқималарнинг атрофияси кузатилади. Макроскопик пролиферацияловчи микрофолликуляр аденомалар ҚБ микрофолликуляр саратонига ўхшаш бўлиб, ундан фарқли равишда тугун чегараларининг контурлари ва инфилтратив ўсишнинг йўқлиги билан ажралиб туради. Шунинг сабабли, гистологик текшириш тугун чегарасида ёруғлик билан чиқадиган ўчоқларни олиш ҳар доим муҳимдир. Кўп ўчоқли токсик аденоманинг сабаби операциядан кейин унинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин [Александров Ю.К., Сергеева Е. Д. 2004.].

Тугунли буқоқни ҚБ аденомасидан ажратиш жуда қийин. Тугунли буқоқга кўпроқ паренхиманинг бўлақланиши хос бўлиб, полиорм тўқимани, аниқ капсуланинг йўқлиги, ҚБ атрофидаги тўқималарнинг босилиши билан характерланади. Тугунлар ривожланиши ҚБ эпителийсининг ўчоқли пролиферацияда нотекис коллоиднинг тўпланиши билан бошланади. Бир безда битта ёки кўп сонли турли ўлчам ва гистологик тузилишдаги функционал фаол тугунлар пайдо бўлиши мумкин. Яхши сифатли тугунлар орасида қалқонсимон

без саратони бўлиши ҳам мумкин. ҚБ пункцион биопсияси натижаларини баҳолашда бир безда турли тузилишдаги тугунларнинг мавжудлигини ҳисобга олиш керак [Тимофеева Л.А. 2012].

Г.Г. Автандиловнинг (1990), Д.С. Саркисов ва Ю.Л. Перова (1996) хулосасига кўра шошилиш морфологик текшириш кўпинча диагностик хатоларга олиб келади, чунки экспресс биопсия ҳолатида музлатилган гистологик кесмаларнинг сифати ҚБ тўқималарининг бўлакларини парафинга қуйишдан кейин қилинган кесмаларнинг сифатига қараганда анча паст бўлади. Қалқонсимон безнинг ёмон сифатли ўсмалари ҳар-хил даражадаги саратонидан барча А, Б ва С қалқонсимон ҳужайраларини қиёсий фарқлаш керак. Кўпинча папилляр, фолликуляр ва аралаш саратон А-ҳужайралардан ривожланади. Бундай ҳолда ўсма ўз капсуласига эга эмас. Б-ҳужайралари саратони тузилиши жиҳатидан А-ҳужайралари саратонидан кам фарқ қилади, аммо уларни Б-ҳужайралардаги аденомалардан ажратиш турадиган аниқ цитологик белгилар йўқлиги сабабли уларни ташхислаш қийин, аденокарциномалар қалқонсимон бездаги барча пайпасланадиган неоплазмаларнинг 1% дан 30% гача бўлади. ҚБ саратонига кўпинча ўлчами 1-1,5 см бўлган дифференциялашган тугунлар шубҳа туғдиради, улар клиник усулларда, баъзан қалқонсимон безни сканерлашда ҳам аниқлаб бўлмайди. Яширин саратоннинг ягона кўриниши бўйин лимфа тугунларидаги метастазлар бўлиб, улар катта ўлчамларгача (6-9 см) бориб етиши ҳам мумкин. Кичик саратон ўчоқлари бир нечта бўлиши мумкин [Grasberger H., Deken X. 2012].

Макроскопик жиҳатдан кичик саратон фақат кесиб олинган қалқонсимон без тўқимасида аниқланади ва кўпинча 3-6 мм ўлчамдаги орқага ботиқ юзаси бўлган юлдузсимон оқ чандиқ шаклида бўлиб, тугун унинг марказида сарғиш майда донали ўсимта тўқимасини ажратиш кўрсатиш мумкин. Бундан ташқари, без тўқималарида ўзгармаган ўсимта ўчоқлари, тугунлар орасида турли тузилмалар, капсуласида катта тугунлар ёки диффуз токсик ўсма тўқимаси жойлашган бўлиши мумкин. ҚБ патологияси тузилишининг гистологик

шакллари хилма-хиллиги морфологик материални ўрганиш босқичида ҳам якуний ташхис қўйишни қийинлаштиради.

§1.3. Буқоқнинг токсик шаклини медикаментоз даволаш

Токсик буқоқни даволаш асосан учта усул қўлланилади: дори препаратлари (тиреостатикларни қабул қилиш), жарроҳлик ва радиологик (радиоактив йодни буюриш). Ҳозирги вақтда Россия федерациясида тиреотоксикозни даволаш икки усулга (доривор ва хирургик) қисқартирилган [Горбачева Н.С., Харитонов Б.С. 2012].

Тарихга назар соладиган бўлсак токсик буқоқни консерватив даволаш 3 даврни ўз ичига олади. 1-давр - XX асрнинг 20-йилларигача, қалқонсимон безнинг фаолиятини сусайтириш учун махсус дорилар ишлатилмаган. 2-давр 1922 йилдан 1943 йилгача йод препарати тиреотоксикозни даволашда қўлланила бошланди. 3-давр 1943 йилда Э. Аствуд томонидан тироурацилнинг тиреостатик таъсири тўғрисидаги илк маълумотларнинг эълон қилинишидан бошланди, бу тиреотоксикознинг 30-55 фоизида даволаниб чиқишига имкон беради [Косарев В.В., Бабанов С.А. 2011.].

Мамлакатимизда ва хорижда йод препаратлари билан тиреотоксикозни даволаш кенг қўламда қўлланилади [Вельшер Л.З. 2013]. Аммо беморларнинг 10-15 фоизида йод кутилган самарани бермайди, айрим беморларда эса толерантлик кузатилади [Галкина Н.В., Трошина Е.А. 2008].

Йод билан даволашнинг бир тури радиойод терапиясидир. Бироқ уни амалга оширишнинг мураккаблиги шундаки ҚБ массасини тахминан аниқлаш препаратнинг дозасини танлаш қийинлиги билан боғлиқ. Бундан ташқари, ушбу усул етарли даражада мураккаб ва қимматбаҳо радиацион гигиеник қоидаларга риоя қилишни, стационар шароитни талаб қилади. Радиоактив йод билан болалар ва ўсмирлар, ҳомиладор ва эмизикли аёллар, катта ўлчамдаги буқоқ компрессион босилиш чақирганда; ретростернал буқоқда, лейкопенияда даволаш мумкин эмас [Carle A., Krejbjerg A. 2014.].

Радиоактив йод билан даволаш экзофтальмга, радиотиреоидитга, кўнгил айланиши, қусиш, тромбоцитопения, лейкопения, ўткир гастрит, аменория, ярали

цистит, паротит, аллопеция, ҚБ соҳасида теридаги реактив ўзгаришлар, ҳалқум ва ҳиқилдоқ шиллиқ қавати саратони, лейкомияга ҳам олиб келади. Йодни қабул қилиш тиреотоксикозни мустақил даволаш сифатида, шу жумладан йод ва тиреостатиклар билан биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки йод тиреостатик дориларнинг таъсирини сусайтиради.

Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, безда тугунлар мавжуд бўлганда ва токсик аденомада радиоактив йод билан даволаш қарши кўрсатма саналади. Йоднинг кичик дозаларини қўллаш ва курслар оралиғини танлаб даволаш одатда узоқ муддатли таъсир кўрсатмайди ва препарат тўхтатилгандан кейин бир мунча вақт ўтгач, тиреотоксикознинг қайталаниши содир бўлади [Taft C., Karlsson J. 2001]. Қалқонсимон безнинг функционал автономияси бўлган беморларда иммуноген тиреотоксикоз даволанишдан кейинги дастлабки 2-12 ой ичида қайталаниш частотаси 0,05 дан 2,5% га бориб етди.

Тиреотоксикозни даволаш асосан тиреостатик дорилар кенг қўлланилади. Булар имидазол гуруҳи - мерказолил, метимазол, карбимазолдан ташкил топган, улар йодланган тирозинлар даражасида ҚБ гормонлари синтезини тўхтатади. Камдан кам ҳолларда даволаш пропилурацил ва калий перхлорат билан амалга оширилади, бу ҚБ да йоднинг сўрилишини блоклайди. 1970-йиллардан бошлаб литий препаратлари тиреотоксикозни даволашда қўлланила бошланди [Ахмедова Ю.С. 2019].

Амалиёт шуни кўрсатдики, турли тиббиёт муассаса шифокорлари тиреостатикларни буюришда муддати ва бошланғич дозалари бўйича ягона ёндашув йўқ. Консерватив даволаш натижаларига кўра мерказолилнинг бошланғич дозаси левотироксиннинг қўшимча киритилишига эмас, балки узлуксиз даволаш давомийлигига боғлиқлиги ишонарли даражада аниқланган [Галушко Д.А. 2013]. Мерказолил 0,005-0,01 г дан 2-3 ҳафта давомида овқатдан сўнг суткасига 3-4 маҳал буюрилади ва ремиссия бошланганидан кейин 3-4 кун ичида дозани аста-секин 0,005 г гача камайтиради. Препаратни муддатидан олдин бекор қилиш касалликнинг қайталанишига олиб келиши мумкин. Базедов-Грейвес касаллигида тиреостатиклар узоқ вақт мобайнида (1-2 йил)

қўлланилади, чунки аутоиммун касаллик қайталанишга мойил бўлади [Бабажанов А.С., Жониев С.Ш., Рахимов А.У. 2017].

Аксарият муаллифлар тиреостатикларни қўллаш бўйича тўғри белгиланган кўрсатмалар тиреотоксикоз билан беморларнинг атиги 50% ни даволаш мумкинлигини кўрсатади. Шу билан бирга, даволаниш самарадорлиги атиги 5-10% гача эришиш мумкин деган маълумотлар ҳам мавжуд.

Тиреостатик терапиянинг салбий томонлари - даволаниш муддати (2 йилгача) ва унинг нозуя таъсири юзага чиқиши билан намоён бўлади. Мерказолилни қабул қилиш агранулоцитоз, лейкопения, кўнгил айланиши, жигар дисфункцияси, гипотиреоз, тошмалар келтириб чиқаради. Тиреотоксикозни даволашда қалқонсимон без томонидан сўриладиган ва йодга рақобатбардош калий перхлорат ва литий препаратлари ҳам қўлланилади. Бу йоднинг сўрилишини блоклайди натижада ишлаб чиқарилишининг пасайишига қонда тироксин ва трийодотиронин камайишига олиб келади. Бироқ, улар қўшимча реакцияларни ҳам келтириб чиқариши мумкин.

И.С. Брейдо 1998 й тиреостатикларни қабул қилиш мумкин бўлмаган ҳолатларни таърифлаб берди: катта ўлчамдаги буқоқ, безда тугунларнинг мавжудлиги, ретростернал буқоқ, тиреостатиклар билан даволанишдан кейин тиреотоксикознинг рецидивланиши, лейкоцитлардаги сезиларли ўзгаришлар ҳамда антитиреоид препаратларни қабул қилишдан кейинги бошқа реакциялар. Замонавий тиббиётга кўра, тиреостатиклар билан даволаш 18 ойдан кўп бўлмаслиги керак, аммо улардан фойдаланиш тўхтатилгандан сўнг, тиреотоксикознинг рецидивланиш даражаси 60% га бориб етади.

Эутиреоид ҳолатига эришиш кўпинча тиреостатик ва глюкокортикоидлар бирга қўлланилади. Кейин ТТГ секрециясининг кучли ингибиторлари иммунодепрессант таъсирга эга бўлиб, иммуноглобулинларнинг шаклланишига тўсқинлик қилади, ҚБ функциясини стимуллаб тироксиннинг трийодотиронинга айланишини ва ҚБ да лимфоид инфильтрацияни камайтиради. Глюкокортикоидларни қўллашга қарши кўрсатма: меъда ёки ўн

икки бармоқ ичак яра касаллиги, панкреатит, артериал гипертензия, тромбофлебит, қон ивишининг бузилиши, онкологик ва руҳий касалликлар.

Юқоридаги дориларни комплекс даволашда унинг самарадорлигини ошириш учун симпатик нерв тизимининг юракка таъсирини блокловчи, тахикардия ва миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтирувчи Р-адреноблокаторлардан фойдаланилади. Ушбу дориларнинг ножуя таъсири бронхоспазм, синусли брадикардия ва атриовентрикуляр блокада ривожланишига сабаб бўлади.

Юқорида қайд этилган дори воситаларидан ташқари, 1999 йилда К.К. Khurana ва бошқалар ҚБ функциясига таъсир қиладиган яна 50 та ҳолатни таърифлаб берди, сўнгги 20 йил ичида бу рўйхат икки бараварга ошди. Оғир даражали тиреотоксикозда допамин, литий, холестирамин, холецистографик контраст препаратлар, амиодарон, а-интерферон, гамма-интерферон, интерлейкин-1, интерлейкин-2 препаратлардан фойдаланилади.

Агар диффуз токсик буқоқ билан оғриган беморларнинг консерватив терапияси батафсил ишлаб чиқилсада, қалқонсимон безнинг токсик аденомаси бўлган беморларни даволаш ҳанузгача муаммо бўлиб қолмоқда. Инструментал диагностика усулларини такомиллаштириш паренхимада кичик (1 см дан кам) тугунлар ва кисталарни аниқлаш имконини беради. Бундай ҳосилалар учун терапевтик тактикалар ҳали ишлаб чиқилмаган. Буқоқнинг тугунли шакли билан тиреотоксикоз енгил даражаси бўлган беморларда консерватив терапияга кўрсатма: диаметри 10 мм гача бўлган бир хил тузилишга эга бўлган бир ёки кўп сонли майда тугунлар; аутоиммун тиреоидит фонида турли ўлчамдаги битта ва бир нечта яхши сифатли коллоид тугунлар; тугунли буқоқнинг рецидивланиши операция қилинган кундан бошлаб 1,5-3 йил кузатилиши мумкин.

Шундай қилиб, адабиётларнинг гувоҳлик беришича токсик буқоқ билан беморларни консерватив даволашда барча беморлар даволанишдан ижобий натижага эриша олмайди деган хулосага келинди. Шу билан бирга,

қўлланиладиган дорилар асоратларни келтириб чиқаради, янги касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

§1.4. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни хирургик даволаш

1.4.1. Операцияга кўрсатма

Диффуз ва тугунли токсик буқоқ билан оғриган беморларга операцияга кўрсатма катта ўлчамдаги буқоқ, касалликнинг оғир даражаси, шунингдек узок муддатда самарасиз консерватив даволанганлар, тиреотоксикознинг қайталаниши, антитиреоид дориларга қарши кўрсатманинг мавжудлиги ва улар таъсирида бартараф этилмаслиги, аёлларда ҳомиладорлик ва лактация даврида, токсик аденома ва аралаш токсик буқоқ билан 1 см дан ортиқ тугунли ҳосилалар бўлганда; тиреотоксикоз қандли диабет билан қўшилиб келганда, гематопоезга токсик таъсирнинг намоён бўлишида, беморларни доимий тиббий назорат қилиб бўлмаганда ва санаб ўтилган хавф омилларининг комбинацияси мавжуд бўлганда. Болалар ва ўсмирларда ҳам хирургик даво зарур деб ҳисобланади, чунки бу ёшда катталарга қараганда кўпроқ хавфли ўсмалар кузатилади, уларнинг частотаси 24,6% га етади [Черников Р.А., Воробьев С. Л. 2013].

Енгил даражали диффуз токсик буқоқда, ҚБ катта ўлчамда бўлмаганида, бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишидан кейин ҳамда миокард инфарктида, юқумли касалликлар (тонзиллит, грипп, пневмония ва бошқалар) кабиларда операция бажарилмайди. Беморларнинг сўнгги икки гуруҳида эса соғайганидан 1-1,5 ой ўтиб операция бажарилади. Болаларда ДТБ билан безда тугунлар мавжуд бўлганида, катта ўлчамдаги буқоқда, консерватив даволанишдан кейин буқоқнинг қайталанишида ва қабул қилинган дори воситаларининг самарасизлиги кузатилганида операцияга кўрсатма бўлади Н.В. Латкина ва бошқалар. (2001).

Айни пайтда ҳомиладор аёлларда жарроҳлик амалиёти ўтказиш учун кўрсатмалар аниқ белгиланмаган. Ҳомиладор аёлларда оператив даво фақатгина оғир даражали тиреотоксикозда бажарилади, енгил ҳолатларда эса

О.В. Николаев (1998) фикрига кўра индивидуал ёндашиш мумкин, ҳомиладорлик даврида уни сақлаб қолиш учун барча тиббий муолажааларни қилиш ва тиреотоксикозни бартараф этиш керак. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки ҳомиладор аёлларда ДТБ, токсик аденома ташхиси қўйилганида бундай беморларни ҳамда ҳомилани кутилиши мумкин бўлаган жиддий асоратлардан сақлаш мақсадида операция қилиниши шарт. [Рыбачков В.В. 2014].

Яқин вақтгача токсик буқоқ билан бир вақтда оғир кўшимча касалликлари бўлган беморлар операция қилинмаган. Ҳозирги вақтда кўшимча касалликлари туфайли ҚБ жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатма деярли йўқ ёки вақтинчалик бўлиши мумкин. Сўнгги йилларда, ҳатто оғир ҳолдаги миястения каби касаллик билан ҳам, қалқонсимон без ва айрисимон без операциялари бир вақтнинг ўзида бажариш масалалари кўриб чиқилмоқда. Мамлакатимизда жарроҳларнинг аксарияти ва онкологлар тугунли буқоқни даволашнинг ягона усули операция деб ҳисоблашади, 100% беморларда ҚБ саратонини истисно қилиб бўлмайди [Заривчацкий М.Ф., Богатырев О.П. 2014]. Бундан ташқари касалликнинг ривожланиши натижасида яллиғланиш, трахея ва бўйиннинг бошқа органларини босилиши юзага чиқади. Буқоқнинг токсик, кўп тугунли ва тугунли ҳосилалари операцияга мутлақо кўрсатма. Хирурглар нуқтаи назаридан тугунли буқоқ, юрак ва неврологик симптомлар ҳатто эутиреоз билан ҳам ҚБ патологиясининг намоён бўлиши деб ҳисоблайдиган терапевтлар ҳам тугунли олиб ташламагунча патологияни даволаш бефойда дейди [Воскобойников В.В., Кузнецов Н.С. 2000.].

Рецидив буқоқ ва кўпроқ хавфли бўлган барча турдаги атипик ва аберрант буқоқларда хирургик даволаш ягона усул ҳисобланади. Бундан ташқари, гипотиреоз ҳолати операция учун қарши кўрсатма эмас О.В. Николаев (1966), чунки тугунлар таъсирида босилиб озод қилинган ҚБ нинг қолган қисми функцияси операциядан кейин яхшиланади.

Кузатишлардан маълум бўлишича, ҳар қандай клиник белгилар (тугун мавжудлиги, унинг зичлиги, ўлчами, пункцион биопсия, УТТ, КТ,

радионуклидли сканерлаш, лимфография) тугуннинг яхши ёки ёмон сифатли эканлигини аниқлаб бераолмайди. Интраоперацион босқичда тугунлардан олинган шошилинич биопсия ҳам, афсуски доимо бу муаммони ҳал қилмайди. 1989 йилда Р. Кох ва бошқалар ҳар бир “совук” тугунни хавфли ўсма деб қабул қилишни ёзган, чунки барча мавжуд диагностика усуллари ҳар доим ҳам мутлақо ишончли натижа бермайди. Статистик маълумотларга кўра, “совук” тугунлар малигнизация бўлиши эҳтимоли кўпроқ, гарчи саратон ўсиши “иссиқ” тугунларда ҳам аниқланиши мумкин.

J.D.Wilson et al. (1998), R.Vaiana et al. (1999) Тугунли токсик буқоқ бўлган беморларни хирургик даволашга кўрсатмалар; тугуннинг тезда ўсиши, зич консистенцияси, тугун қирраларининг нотекислиги ва ҳаракатсизлиги, тугун жойлашган томонда овоз бойламларининг парези, тугун контурларининг ноаниқлиги, эхогенлигининг пасайиши билан гиперэхогенлиги, бўйин лимфаденопатияси, 25 ёшгача бўлганларда, анамнезидан бош ёки бўйин соҳасидан радиация олганларда, яқин қариндошларида қалқонсимон саратони мавжуд бўлганларда.

1.4.2. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни операция олди тайёргарлиги

Тиреотоксик ва нотоксик буқоқ бўлган беморларни операциягача тайёрлаш консерватив ва эфферент терапияга бўлинади. Токсик буқоқ билан оғриган беморларга операциядан олдинги даволаш кўрсатма тиреотоксикозни бартараф этишга йўналтирилади бу эса операция вақтида ва операциядан кейинги тиреотоксик криз ривожланишининг олдини олади ва ўлим кўрсаткичини камайтиради. Ҳозирда жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмалар аниқ белгиланган. Булар консерватив терапиянинг самарасизлиги, тиреостатиклар таъсирида бартараф этилмаганда, ЭОП ва тиреотоксик юракда, токсик буқоқни тугунли ҳосилалар билан қўшилиб келишида, қалқонсимон без ўлчамининг катталаниши (40 мл ёки ундан кўп), атрофдаги анатомик тўқималарнинг механик босилишида ҳамда ҳомиладорликни режалаштирганларда [Гурсой А., Эрдоган М.Ф. 2012].

Токсик буқоқни оператив даволашда қарши кўрсатма ҳар қандай режалаштирилган жарроҳлик аралашувига нисбатан қуйидагича. Миокард инфаркти ва руҳий касалликларнинг ўткир даврида, бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишларида, онкологик ва юқумли касалликларда, [Семкина Г.В., Смирнова В.А. 2012.].

Тиреотоксикознинг субкомпенсация босқичи нисбий қарши кўрсатма бўлади. Бундай беморни операциягача тайёрлашдан мақсад компенсациялашган тиреотоксикозга эришишдир. Дастлаб лаборатория кўрсаткичларини (эркин T_4), юрак-қон томир тизими ва моддалар алмашинуви жараёнларини нормаллаштиришни талаб этади. Беморларни операцияга тайёрлаш асосан ихтисослаштирилган эндокринологик марказларда, баъзан амбулатор шароитда ҳам амалга оширилади. [Гулов М.В., Расулов А.В. 2015].

Беморни операциядан олдин албатта тиреостатик, цитостатик ва бета-адреноблокаторлар билан айна муддао бўлиб операцияга тайёргарлик муддати ўртача 3-6 ҳафтагача чўзилади. Гормонларни текшириш натижалари назоратда солиштирилиб борилади, тасдиқланган тиббий эутиреозга кейинроқ эришилади [Трошина Е.А. 2011.].

Тиреостатик препаратлар безда гормонлар синтезини сусайишига, ҚБ дан йоднинг чиқарилишини тезлашишига, тиреоглобулиннинг йодланиши ва унинг тироксинга айланишига олиб келади. Калий перхлорат ҳам тиреостатик восита сифатида ишлатилади. Ушбу препарат ҚБ да йоднинг сўрилишини блоклаш учун буюрилади. Бета - адреноблокаторлар ортикча тиреоид гормонларнинг юрак-қон томир тизимида токсик таъсирининг пасайишига T_4 нинг T_3 га периферик конверсиясига олиб келади. Бироқ, барча беморларда, ушбу икки гуруҳ дори воситаларини тайинлаш орқали компенсациялашган тиреотоксикозга эришиш мумкин эмас. Бу асосан доимий рецидивланувчи касаллиги бўлган беморларга мос келади.

Адабиётларда йод сақловчи препаратлар (Люгол эритмаси, калий йодид) захиравий терапия сифатида тилга олинмоқда [Eastman С.Ј. 2012.]. Улар ҚБ нинг гиперфункциясини, гормонлар ажралишини ва безда қон айланишини

камайтиради. Аммо, ушбу препаратларни монотерапия сифатида қўллаш ҳар сафар ҳам компенсациялашган тиреотоксикозга эришиш имконини бермайди. Шунинг учун сўнгги йилларда ушбу дорилар гуруҳи қўлланилмайди.

Баъзи муаллифлар ривожланган гипертиреозда глюкокортикостероидларни қўллашни маслаҳат беради. Ушбу дорилар простагландинларнинг синтезини ингибиторлайди. Улар буйрак усти безининг иккиламчи етишмовчилигини ва иммуносупрессияни компенсация қилиш мақсадида фойдаланилади [Кротова А.В., Макарова И.В. 2015.].

Бундан ташқари, гипербарик кислородли терапия, рентгеноконтраст препаратлар, калликrein-кинин тизимининг ингибиторлари (контрикал, гордокс, трасилол), иглорефлексотерапия, тиреотоксикознинг компенсациясига эришиш мақсадида магниттерапиядан ҳам қўллаш мумкин [Eastman С.Ј. 2012].

Замановий тиббиётда клиник амалиётга экстракорпорал детоксикациянинг бир неча усуллари - плазмаферез (ПФ), гемосорбция, энтеросорбция кенг қўлланилмоқда. Ушбу усуллар ёрдамида умумий айланма қондан аутоантитела ва иммун комплекслар, метаболик маҳсулотлар тезда ажратилиб чиқарилади. Беморларни тиреотоксикоз билан операцияга тайёрлашда тиреостатик препаратларни кўтараолмаган, консерватив терапия самарасиз бўлган беморларга экстракорпорал детоксикация усуллари қўллаш қисқа муддатда тиреотоксикознинг компенсация ёки субкомпенсация босқичига эришиб операцияга тайёрлаш имконини беради. [Krejbjerg А., Bjergved L. 2014.].

Клиник амалиётда кўпинча плазмаферездан фойдаланилади. Баъзи муаллифлар дискрет ПФ дан фойдаланишни маъқул кўрадилар [Самсонова Л.Н. 2009.]. Шу ўринда ёт оқсилларга ва плазма ўрнини босувчи дориларга аллергия реакциялар ривожланиши мумкин. Бу камчиликлар плазма оқсилларини гепаринни экстракорпорал чўктириш билан ажратиб олинади [Dauer L.Т., Zanzonico P., Tuttle R.М. 2011]. Ушбу усул беморларни жарроҳлик амалиётига тайёрлашда тезда эутиреоз ҳолатига эришиш, хужайра ва гуморал иммунитет параметрларини нормаллаштириш ҳамда операциядан кейинги босқичда

тиреотоксик реакцияларнинг олди олишга ёрдам берди [Seaberg RM., Eski S., Freeman J.L. 2009].

Адабиётларда ёзилишича беморларни операция олди тайёргарлиги сифатида озон терапиясидан муваффақиятли фойдаланиш тўғрисида ҳам маълумотлар келтирилган [Гурсой А., Эрдоган М.Ф. 2012]. Унинг ижобий томони озоннинг антигипоксик ва иммуномодуляцион таъсирга эга эканлиги билан изоҳланади. Сўнгги йилларда тиббиёт дунёсида мавжуд бўлган электрокимёвий ҳодисалар ва қонуниятларни ўрганишга асосланган янги йўналиш ишлаб чиқилди ва шу асосда органлар функциясини алмаштира оладиган ва уларнинг фаолиятини оsonлаштирадиган сунъий электрокимёвий тизимларни қайта тиклаш кабиларни айтиш мумкин.

Клиник кузатишлар ва тадқиқотлар шуни кўрсатдики, агар беморларда тиреотоксикознинг 2-3 даражаси бўлса, анъанавий даволаш комплексида натрий гипохлорит ёрдамида қонни билвосита электрокимёвий детоксикация қилиш тавсия этилади. Аниқланишича, детоксикация таъсири қанчалик юқори бўлса, NaClO концентрацияси шунчалик юқори бўлади.

In vitro, тажрибаларида кўрсатилган фаол кислород ташувчиси сифатида НГХ дан фойдаланган ҳолда билвосита электрокимёвий оксидланиш усули уни клиникада кенг қўллаш имкониятини ўрганиш зарурлигига олиб келди. Бунинг учун, биринчи навбатда, натрий гипохлорит эритмаси инфузияларининг бутун ҳайвон танасига таъсири ўрганилди. Ретикулоэндотелиал тизим блокадаси бўлган сичқонлардан фойдаланган ҳолда натрий гипохлорит эритмасининг 0,1-0,25% вена ичига, мушак ичига, қорин бўшлиғига ва тери остига юборилганда амалда токсиклиги йўқ, [Герасимов Г.А. 2011.].

Маълумки, натрий гипохлоритни боғлайдиган моддалар турли таркибдаги моно-, ди-, трипептидлардир. Бу NH₂, SH ва бошқа пептидлар ва аминокислоталарнинг хлорланиши туфайли SH нинг ўрта молекулаларга нисбатан детоксификация қилувчи таъсирини тушунтириш учун асос бўлди. Уларнинг тузилишида терминал NH₂- гуруҳининг мавжудлиги хлорамин комплексининг ҳосил бўлиш имкониятидан далолат беради. М.И. Баталов ва

бошқаларнинг (2001) сўзларига кўра SH деярли барча аминокислоталар, сульфокислота таурин ва дипептид карнозин β - аланин - L - гистидин) билан ўзаро таъсирида бундай комплексларнинг шаклланиши қайд этилган.

Шундай қилиб, оксидловчи таъсирга қўшимча равишда, НГХ барқарор хлорамин комплексларини ҳосил қилиш билан турли хил таркибдаги пептидлар билан ўзаро таъсир ўтказди [Белякова Н.А., Килейников Д.В., Лясникова М.Б. 2012.].

Операциядан олди тайёргарликнинг муҳим мезонлари биринчи навбатда, юрак қисқарувчанлик функцияси, артериал қон босими ва эркин T_4 ва T_3 ни нормаллаштиришга эришишдир. Узоқ вақт давомида компенсацияланмаган тиреотоксикоз операцияга мутлоқ қарши кўрсатма бўлади. Сўнгги йилларда қалқонсимон без жарроҳлигида анестезиологик ёрдам кўрсатиш имкониятлари сезиларли даражада яхшиланди. Адабиётларда келтирилишича субкомпенсациялашган тиреотоксикозда ўтказилган тайёргарликдан кейин операция бажариш мумкинлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд [Румянцев П.О., Ильин А.А., Румнцева У.В., Саенко В.А. 2009].

Шундай қилиб, токсик буқоқ бўлган беморларни операциягача тайёрлаш мураккаб ҳисобланиб, ихтисослашган ва кўп қиррали вазифа бўлиб қолмоқда. Бундай беморларни операцияга тайёрлаш натижаси асосан оператив даволашнинг муваффақиятини белгилайди.

1.4.3. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларда операциялар техникаси

Токсик буқоқни жарроҳлик йўли билан даволашда мақсад ҚБ ни резекция қилишда, унинг тўқимасидан беморни эутиреоид ҳолатини таъминлайдиган ҳажмда қолдиришдир (Gharib H., 1997). А.В. Мартиновга кўра операциянинг учта асосий усули фарқланади қалқонсимон безнинг икки томонлама қисман резекцияси, бир бўлакни бўйинчаси билан олиб ташлаш ва қарама-қарши бўлакнинг юқори қутбидан қолдириб, қалқонсимон безнинг субтотал субфасциал резекцияси.

Ҳозирги пайтда А.В. Мартинов операцияси касалликнинг рецидивланиш частотаси кўп бўлганлиги туфайли қўлланилмайди. XX асрнинг 60-йилларида

Э.С. Драчинский ҚБ ни субтотал олиб ташлаш билан безнинг чап бўлак юқори кутбидан озгина қолдиришни таклиф қилди, аммо гипопаратиреоз ва ҳиқилдоқ юқори нерви парези кузатилганлиги сабабли усул деярли қўлланилмайди. ДТБ ва буқоқнинг аралаш шаклларида кўпчилик мамлакат жарроҳлари О.В. Николаев усули бўйича қалқонсимон безнинг субтотал субфасциал резекциясини амалга оширадилар, бунда трахеянинг латерал юзаси бўйлаб ҚБ тўқимасидан минимал микдорда қолдириб паратиреоид безлар ва ҳиқилдоқ юқори нерви тахминий визуализация қилинади. Операциянинг моҳияти шундан иборатки, бўйин фасциясининг 4 висцерал варағи майдони чегарасида ва безнинг томирларини фасциядан ташқарида боғлаш, минимал травма етказиш билан қон йўқотиш ва операциядан кейинги тиреотоксикознинг олди олинди. Қалқонсимон безда бажарилган операциялар шуни кўрсатдики, қайтувчи нервни ажратиш, паратиреоид безларни ҳимоялаш каби усуллар асоратларни камайтиришда кафолатланмаган, аммо аралашувни қийинлаштиради.

ҚБ нинг патологияси бўйича олиб борилган операция бу қийин масала бўлиб резекция ҳажми ва қолган тўқима қисмига боғлиқ. Беморларда операция ҳажмини кенгайтириш ёки камайтириш учун кўрсатмаларга қатъий асосланиши керак. Фақатгина ушбу ёндашув интраоперацион асоратлар эҳтимолини камайтириши мумкин [Горбачева Н.С., Харитонов Б.С., Лагун М. А. 2012.].

Буқоқнинг токсик шакли фақатгина тотал тиреоидэктомияга кўрсатма бўлади, чунки ҚБ тўлиқ олиб ташланмаган беморларда ТТГ рецепторларига антителоларнинг доимий ошиши ва операциядан кейин эндокрин офтальмопатиянинг ривожланишига олиб келиши шунингдек, тиреотоксикозни қайталанишига сабаб бўлиши мумкин. Токсик буқоқнинг тугунли ҳосилалари фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. Бироқ, бажариладиган операция ҳажми бўйича ҳали ҳам ягона фикр авжуд эмас. Баъзи муаллифлар операция имкон қадар радикал бўлиши керак деб ҳисоблашса, бошқалари орган сақлаш операцияларини тавсия қиладилар. Биринчи вариант тарафдорлари ўзларининг фикрларини ҚБ саратони, шу жумладан микрокарциномалар частотаси ортади деб изоҳлашади. ҚБ нинг тугунли ҳосилалари учун операциянинг минимал

ҳажми гемитиреоидэктомия, бўйинча қисми резекцияси билан бажарилади. Бундан ташқари, Р.А. Галкин ва И.И. Стрелников (1997), Ю.К. Александров (1997) касалликнинг рецидивланишида хавfli соҳа сифатида соғлом бўлакнинг пастки қутбидан қўшимча равишда резекция қилишни таклиф қиладилар. ҚБ операцияларидан кейин буқокни рецидивланиши ҳамда гипотиреоз энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади. Тиреотоксикозда рецидив кўпроқ касалликнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, тугунли буқок ва сурункали аутоиммун тиреоидит билан оғриган беморларда - радикал бўлмаган операциялар бажарилади.

Тиреотоксикоз қайталаниши одатда тиреостатик терапия якунидан кейин 1 йил ичида ва операциядан кейин 5 йил ўтиб ривожланади, кўпинча 39% гача бориб етади [Кахаров А.Н., Ибодова Г.Х. 2016.].

М.И. Балаболкин ва бошқалар (2000) операция қилинган 0,85% беморларда 2 йилдан 10 йилгача бўлган даврда тиреотоксикознинг қайталанишини 0,75 фоизда эса доимий гипотиреоз кузатган. М. Marchesi ва бошқалар (1998) - 1,2%., Н.Д. Петрова (2000) беморларнинг 35% да рецидив, 36% гипотиреоз, 29% да эутиреоз кузатган. Р. Micalli ва бошқаларнинг (1998) маълумотларига кўра операциядан кейин токсик буқокнинг қайталаниш даражаси 1 дан 25-27% гача ташкил этган.

Тугунли токсик шаклдаги буқокда рецидивланишининг сабаби ҚБ морфологик ўзгаришлар табиати, операция ҳажми, давом этаётган тиреостатик терапиянинг етарлилиги билан боғлиқ [Медведев А.П., Хавина Е.М., Федаев А.А. 2007.].

Ю.К. Александрова ва бошқалар (2000) илмий тадқиқотларига кўра безнинг кўп қисмини олиб ташлангандан сўнг, унинг қолган қисмида регенерация содир бўлади ва бу ҳолат кўпинча ҚБнинг регенерациясини, тугунли буқокнинг рецидивланиши билан хато қилишади. Рецидив тугунли токсик ва нотоксик буқок фақат хирургик даволанади. Рецидив буқок 2 дан 5 тагача операция ўтказган беморларда кузатилди, шунинг учун рецидивланганда операция ҳажми субтотал струмэктомиядан то тиреоидэктомиягача бориб

етади. Рецидив буқоқ билан операциялар топографик ва анатомик ўзаро боғлиқликнинг бузилиши, жароҳатда чандиқ ва қайтувчи нерв мавжудлиги, паратиреонид безлар, қон томирлар, қизилўнгач ва трахея иштирокида доимо кийин кечади. Қайта операциялар беморда асоратлар сонини янада орттиради. Шундай қилиб, қайтувчи нервнинг бир томонлама парези 2% да; икки томонлама парези - 0,1% да; гипопаратиреоз - 1,2% да; трахеянинг шикастланиши - 2% да; қизилўнгачнинг шикастланиши - 0,1% да; уйқу артерияси ва ички бўйинтуруқ венасининг шикастланиши - беморларнинг 1% да кузатилиши мумкин [Рахманов К.Э. 2017.].

Сўнгги йилларда ҚБ патологиясини даволашда мини-инвазив технологиялар қўлланилмоқда. Буларга тугун тўқималарига тери орқали склерозловчи препаратлар юбориш, диатермокоагуляция ва тугунларнинг криодеструкцияси, тугунни лазерли деструкция кабилар киради. Ю.К. Александров маълумотларига кўра (1997), ультратовуш назорати остида майда тугун ва кисталарни мини-инвазив деструкция қилиш, абластик тамойилларга риоя қилган ҳолда патологик ўчоқни тўлиқ бартараф қилишни таъминлаш ушбу патология билан оғриган беморларни консерватив даволашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Ўсма термотерапияси, электрокоагуляция ёрдамида маҳаллий гипертермия ва микротўлқинли гипертермия атрофдаги тўқималарга зарарли таъсири кўп бўлганлиги сабабли кенг қўлланилмайди [Сандриков В.А., Фисенко Е.П., Стручкова Т.Я. 2008].

Қалқонсимон бездаги хавфли ва хавсиз ўсмаларни даволашда тери орқали этил спирти инъекцияси, жарроҳлик йўли билан даволаганда асоратлар кузатилмаслиги учун алтернатив усул сифатида фойдаланилади.

Э.А. Валдина (2001) ва D. Erickson ва бошқалар (1998) нинг сўзларига кўра ҚБ тугунли ҳосилаларида, диффуз ва тугунли токсик буқоқда, малигнизацияга шубҳа қилинганда ёки бўйин аъзоларининг тугун томонидан босилишининг кучайиб боришида, рецидив тугунли буқоқ билан ҚБ тўлиқ олиб ташлаганида тери орқали этил спирти инъекцияси қилиш қарши кўрсатма бўлади. Қалқонсимон без тўқималарига тери орқали этил спирти юборилганда

қуйидаги асоратлар тери ости гематомаси ва 2-5% ҳолатда фонация бузилиши, қизилўнгач ва трахея деворининг маҳаллий некрози, магистрал томирлар ва нерв устунларининг шикастланиши, токсик аденома билан беморларда тиреотоксикозни вақтинчалик кучайиши пайдо бўлиши мумкин. [Корымасов Е.А., Иванов С.А., Горбунов Ю.В. 2013.].

Қалқонсимон без касалликларини даволашда этил спиртидан фойдаланиш натижалари шуни кўрсатадики, тиббиёт тарихида уни қўллаш бўйича салбий тажриба аллақачон содир бўлган. В.И. Разумовский “Қалқонсимон без касалликлари ва жароҳатланишлари” (1903) монографиясида этил спирти терапиясининг асоратларидан тўпланган материалга асосланиб, “1903 йилга келиб, ушбу усулдан деярли воз кечилди ва фақат истисно ҳолларда қўлланилди”, деб ёзади. 1993 йилдан 1998 йилгача бўлган даврда Э.В. Галкин томонидан рентгенэндоваскуляр функционал тиреоидэктомия натижалари келтирилган асарларини нашр этди. Ушбу янги усулнинг моҳияти ҚБ да периферик ва магистрал қон ҳаракатини тўхтатиш орқали функциясини сусайтириш эди. Бунинг учун муаллиф парчаланмайдиган синтетик, органик ва ноорганик материаллар ва ҳатто метал спираллар ёрдамида ўнг ва чап қалқонсимон артерияларни кетма-кет катетеризация ва эмболизация қилди. Материални алоҳида тола, бўлак, шарик ва шарлар шаклида ўлчагандан сўнг, у гидравлик усул билан идишга киритилди. Контраст модданинг токсик таъсирини камайтириш ва муолажа муддатини қисқартириш мақсадида муаллиф операцияни икки босқичда, ҚБ нинг аввал ўнг, кейин эса чап бўлакларида қон ҳаракатини тўхтатиш йўли билан амалга оширди.

Ўз асарларида муаллиф тиреотоксикоз мавжуд бўлган беморларда ушбу даволаш усулининг ижобий томонини кўрсатувчи клиник материалларни келтирди (Галкин Э.В., 1996). Фойдали таъсири ҚБ гормонлари динамикада такрорий рентгенологик текшириш билан тасдиқланган, аммо асоратлар ҳам тасвирланган (Галкин Э.В., 1996). Муаллиф буқоқнинг токсик шакли бўлган беморлар учун худди шундай даволаш вариантини мустақил усул сифатида қўллайди, уни жарроҳ муқобил сифатида кўриб чиқади. Шу билан бирга,

даволанишга бундай ёндашув ҚБ ги морфофункционал ўзгаришларга асосланган ҳолда самарадорликни экспериментал текшириш ва тасдиқлашни талаб қилади. Ҳозирги вақтда тиреотоксикоз бўлган беморларда сақланиб қолинган ҚБ ҳажми ва касалликнинг қайталаниши ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқликни кўриб чиқадиган тадқиқотлар ўтказилди. Агар ҚБ чап бўлагининг ҳажми 10 мг дан ошса, кўпчилик беморларга кунига 200 мкг дозада йод монотерапияси буюрилганлиги аниқланди. Ушбу даволаш усули қолдирилган чўлтоқда тугунларнинг ривожланишини олдини олишга қаратилган [Фадеев В.В. 2014.].

§1.5. Боб бўйича хулоса

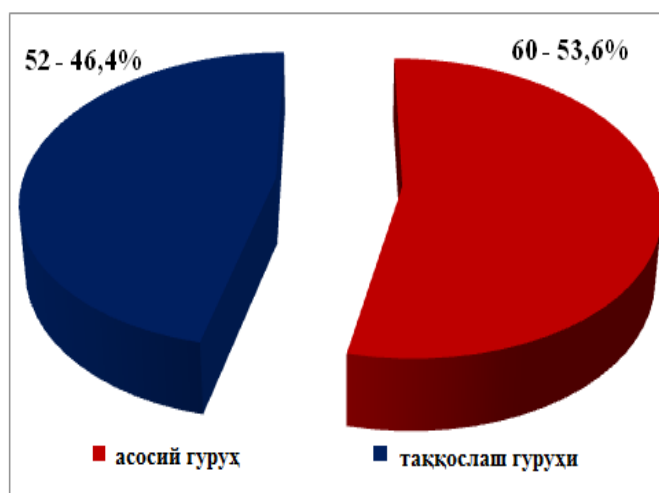
Адабиётлар таҳлили натижасига кўра ҚБ касалликлари муаммосида кўшимча ўрганишлар ва тушунтиришларни талаб қиладиган бир қатор масалалар мавжудлигини кўрсатди. Буларга токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни холисона консерватив даволаш шартлари, тиреостатик препаратларни кўтараолмаган беморларни жарроҳлик амалиётига самарали тайёрлаш усуллари ва уларни қўллашдан келиб чиқадиган асоратлар, қон томирларини боғлаш (эмболизация) орқали қалқонсимон без функциясини сусайтиришнинг экспериментал асослари киради. Бундан ташқари, диффуз, токсик ва аралаш буқоқ бўлган беморларда жарроҳлик техникасини янада такомиллаштириш керак, бу касалликнинг қайталаниши олдини олишга қаратилган бўлиши шарт. Ушбу тадқиқот маълум саволларнинг баъзиларини ҳал қилишга бағишланган.

II-БОБ. ФОЙДАЛАНИЛГАН МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

§ 2.1. Клиник материалнинг умумий тавсифи

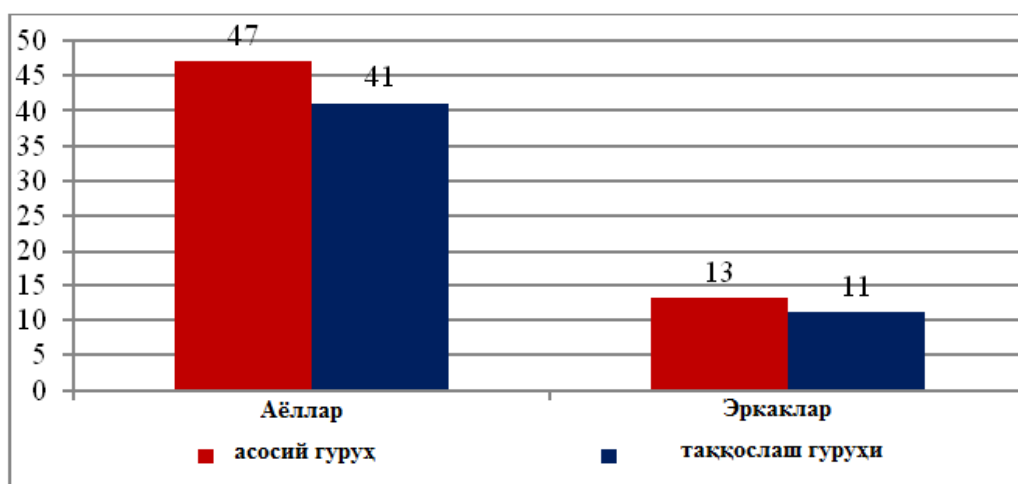
Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси хирургия бўлимида 2012-2021-йилларда буқоқнинг токсик шакли билан ётқизилган 112 нафар беморнинг даволаш натижалари асосида олиб борилди.

Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди. 2012-2016 йилларда 52 (46,4%) нафар бемор операция қилиниб улар таққослаш гуруҳига киритилди. 2017 - 2021 йиллардаги 60 (53,6%) нафар бемор эса назоратдаги асосий гуруҳга киритилди (2.1-расм).



2.1-расм. Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши (n=112)

Аёл беморлар кўпчилиқни ташкил қилди: аёллар - 88 (78,6%), эркаклар - 24 (21,4%). Асосий гуруҳда 47 (53,4%) аёллар ва 13 (54,2%) эркак мавжуд. Таққослаш гуруҳида 41 (46,6%) аёллар ва 11 (45,8%) эркаклар бор. Беморларнинг ёши 21 ёшдан 70 ёшгачани ташкил этди. Беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли 31 ёшдан 50 ёшгача, бироқ, 10 (8,9%) нафар бемор 50 ёшдан ошган ва кексалар бўлиб ҳисобланади. Иккала тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши бир хил (2.2-расм, 2.1-жадвал).



2.2-расм. Тадқиқот гуруҳида беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши

2.1 жадвал

Тадқиқот гуруҳларида беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Беморлар		Текшириш гуруҳи		жами
Жинси	ёши	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	
Эркак	21-30	1	1	2
	31-40	5	3	8
	41-50	6	5	11
	51-60	1	1	2
	61-70		1	1
Аёл	21-30	3	4	7
	31-40	18	17	35
	41-50	21	18	39
	51-60	4	2	6
	61-70	1		1
Жами		60	52	112

112 нафар беморнинг 102 нафарида (91,1%) токсик буқоқ биринчи марта аниқланган, 10 (8,9%) нафар беморда токсик буқоқ қайталанган. Улардан 8 нафар беморда бирламчи рецидивланиш кузатилган. 10 нафар бемордан 6 нафари турли йилларда клиникамизда биринчи марта операция қилинган. Анамнезидан Республикамизнинг бошқа шифохоналарида 4 нафар беморда

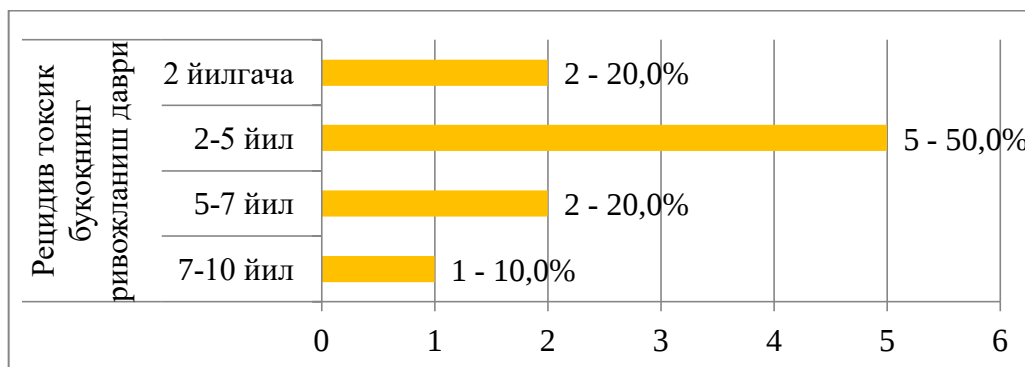
струмэктомия операцияси ўтказилган. Касалликнинг морфологик ҳолатига кўра тадқиқот гуруҳларида беморларнинг тақсимланиши 2.2-жадвалда келтирилган.

2.2-жадвал

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда касалликнинг морфологик ҳолатига кўра тақсимланиши.

Этиологияси	Текшириш гуруҳлари				Жами	
	Асосий Гуруҳ		Таққослаш гуруҳи			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диффуз-токсик буқоқ	24	40,0	26	50,0	50	44,6
Аралаш токсик буқоқ	23	38,3	16	30,8	39	34,8
Токсик аденома	6	10,0	7	13,5	13	11,6
Рецидив токсик буқоқ	7	11,7	3	5,8	10	8,9
Жами	60	100	52	100	112	100

Операциядан кейинги рецидив буқоқ 10 йилгача бўлган даврда аниқланган, асосан 7 (70,0%) нафар беморда 5 йилгача ва 3 (30,0%) нафар беморда 5 йилдан 10 йилгача бўлган даврда кузатилган (2.3-расм).



2.3-расм. Рецидив токсик буқоқнинг ривожланиш даврига қараб беморлар тақсимланиши

Шуни айтиб ўтиш керакки, 10 нафар рецидив токсик буқоқ билан беморларнинг 3 та бирламчи кўп тугунли нотоксик буқоқ охирги 3 йилда

токсик шаклга ўтган (базедофицировался). Қолган 7 нафари ДТБ сабабли операция қилинган. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда қалқонсимон безнинг катталиқ даражаси О.В. Николаев (1955) таснифи бўйича, ультратовуш ва пальпация текширувига асосланган ҳолда баҳоланди. Токсик буқоқ билан 43 (38,4%) нафар беморда II-III даражаси, 69 нафарда эса (61,6%) IV-V даражаси (2.3-жадвал) аниқланган.

2.3-жадвал

Қалқонсимон безнинг ўлчамига кўра беморларни тақсимланиши (О.В. Николаев бўйича, 1955 йил)

ҚБ катталашиш даражасига кўра	Текшириш гуруҳи				Жами	
	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи			
	мутлоқ	%	мутлоқ	%	абс.	%
II	3	5,0	5	9,6	8	7,1
III	19	31,7	16	30,8	35	31,2
IV	24	40,0	20	38,5	44	39,3
V	14	23,3	11	21,1	25	22,3
Жами	60	100	52	100	112	100

В.Г. Баранов (1956) таснифи бўйича жисмоний мезонларга асосланиб тиреотоксикознинг оғирлик даражаси баҳоланди. Шу билан бирга, 35 (31,2%) беморда тиреотоксикознинг енгил даражаси, 52 (46,4%) беморда ўртача, 25 (22,3%) беморда оғир даражаси аниқланган (2.4-жадвал).

4-жадвал

Беморларда тиреотоксикознинг оғирлик даражасига кўра тақсимланиши
(Г.В. Баранов бўйича, 1956 йил)

Тиреотоксикознинг оғирлик даражасига кўра	Текшириш гуруҳи				Жами	
	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи			
	мутлоқ.	%	мутлоқ.	%	абс.	%
Енгил даражаси	17	28,3	18	34,6	35	31,2
Ўрта оғир даражаси	30	50,0	22	42,3	52	46,4
Оғир даражаси	13	21,7	12	23,1	25	22,3
Жами	60	100	52	100	112	100

2.5-жадвал

Беморларда қалқонсимон безнинг клиник шакли, катталашиш даражаси
О.В. Николаев бўйича ва В.Г. Барановга кўра тиреотоксикоз
даражасининг тақсимланиши

Катталашиш даражаси	Тиреотоксикоз даражаси	Клиник шакллари								Жами
		Асосий гуруҳ				Таққослаш гуруҳи				
		диффуз-токсик буқоқ	аралаш токсик буқоқ	токсик аденома	рецидив токсик буқоқ	диффуз- токсик буқоқ	аралаш токсик буқоқ	токсикаденома	рецидив токсик буқоқ	
II	Ўрта	-	-	1	-	1	1	-	-	3
	Оғир	1	-	-	1	-	1	2	-	5
III	Енгил	2	1	1	-	2	1	-	1	8
	Ўрта	3	5	-	2	4	3	1	-	18
	Оғир	2	1	2	-	2	1	1	-	9
IV	Енгил	3	2	1	-	4	2	-	2	14
	Ўрта	3	6	1	2	5	1	1	-	19
	Оғир	4	1	-	1	3	1	1	-	11

V	Енгил	3	3	-	1	2	3	1	-	13
	Ўрта	3	4	-	-	3	2	-	-	12
Жами		24	23	6	7	26	16	7	3	112

Токсик буқоқнинг патоморфологик шаклига кўра диффуз токсик буқоқ 50 (44,6%) беморда, аралаш токсик буқоқ 39 (34,8%) беморда, токсик аденома - 13 (11,6%) беморда ва рецидив токсик буқоқ 10 (8,9%) беморда қайд қилинган. Беморларда ҚБ нинг катталашиш даражаси, тиреотоксикоз даражаси ва токсик буқоқнинг патоморфологик шакли бўйича тақсимланиши 2.5-жадвалда келтирилган. Беморлар операцияга юборилишидан олдин узок вақт давомида кузатилди шунингдек консерватив даволанди. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда консерватив терапия давомийлиги 2.6-жадвалда келтирилган. Шундан 1 йилгача 7 (6,2%) беморда, 1 йилдан 3 йилгача - 29 (25,9%) беморда, 3 йилдан ортиқ - 76 (67,8%) беморда даволаш курси ўтказилди.

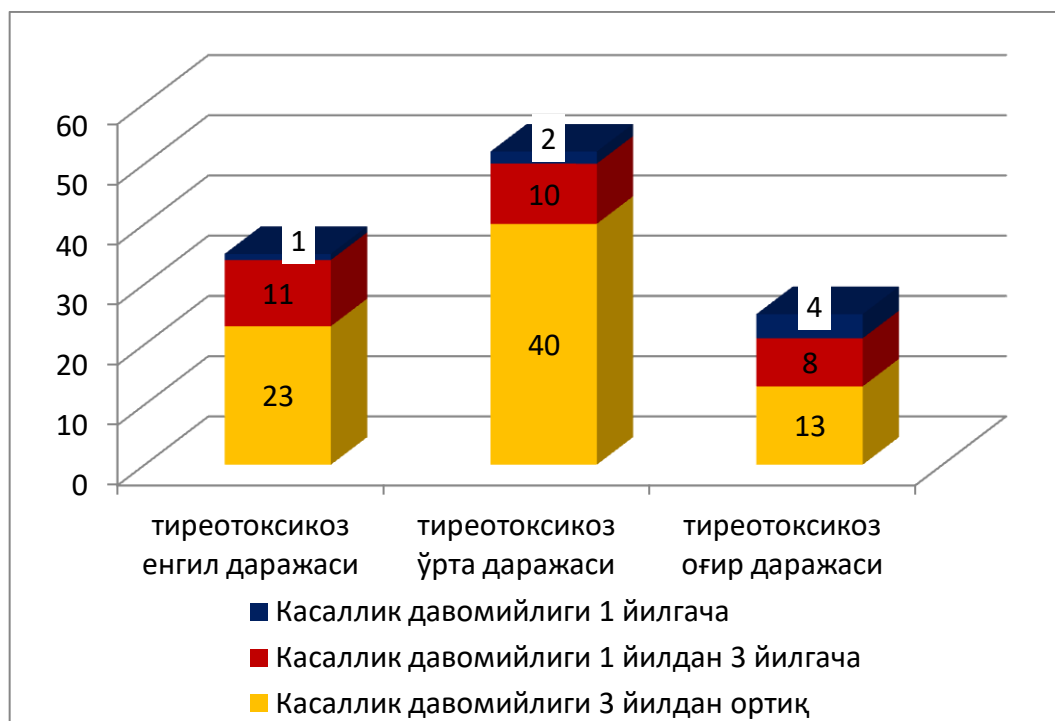
2.6-жадвал

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни узок вақт консерватив даволашдан кейин операцияга йўналтиришнинг тақсимланиши

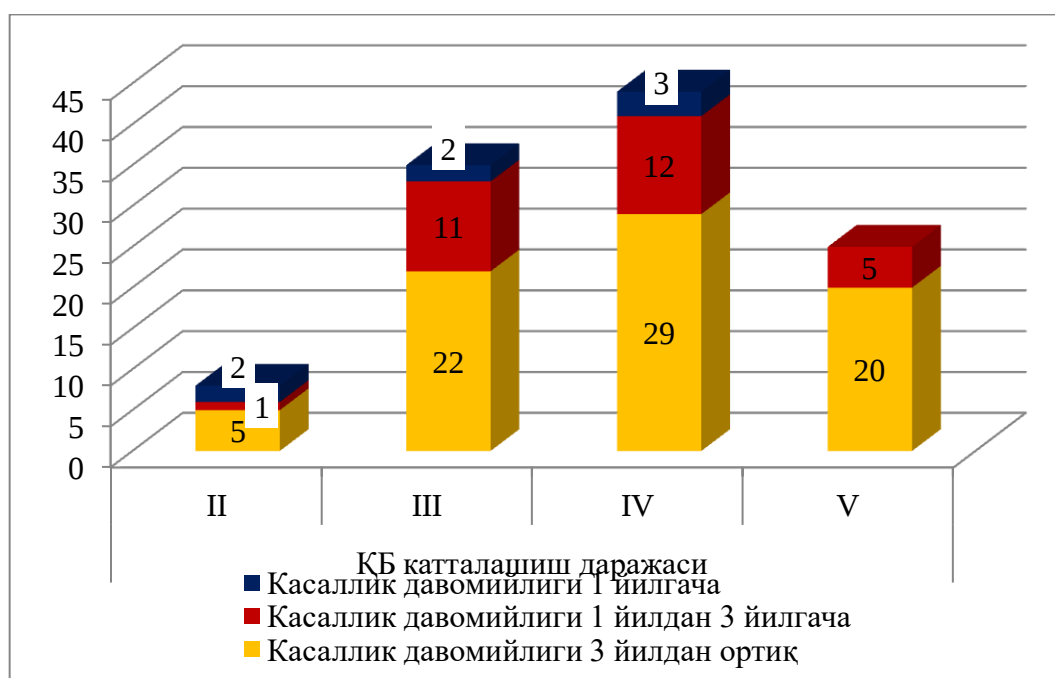
Касаллик характериға кўра	Консерватив терапия давомийлиги бўйича					
	3-6 ой	7-12 ой	1-3 йил	4-6 йил	7-9 йил	Жами
	Беморлар сони					
Диффуз-токсик буқоқ	-	1	11	25	13	50
Аралаш токсик буқоқ	1	2	8	19	9	39
Токсик аденома	1	1	6	3	2	13
Рецидив токсик буқоқ	-	1	4	5	-	10
Жами	2 (1,8%)	5 (4,5%)	29 (25,9%)	52 (46,4%)	24 (21,4%)	112 (100%)

Консерватив даволаш давомийлиги, тиреотоксикознинг оғир ва ҚБ катталики даражасини таққослаш 2.4 ва 2.5. расмда кўрсатилган. Уларнинг таҳлиллари тиреотоксикознинг оғир даражаси билан 1 йилгача консерватив

даво олган 4 нафар, 1 йидан 3 йилгача – 8 нафар, 3 йилдан ортиқ – 13 нафар беморни кўрсатди. ҚБ нинг IV-V даражали катталашиши билан оғриган 3 нафар бемор 1 йилгача -, 17 нафари 1 йилдан 3 йилгача, 49 нафар бемор эса 3 йилдан ортиқ муддатда консерватив даволанган.



2.4 - расм. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда тиреотоксикоз оғирлик даражасига кўра консерватив терапия давомийлигини солиштириш.



2.5- расм. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда қалқонсимон без ўлчами ҳамда консерватив терапия давомийлигини таққослаш.

§ 2.2. Фойдаланилган тадқиқот усулларининг хусусиятлари

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларнинг барчасини кўриқдан ўтказиш, анамнез йиғиш, лаборатор таҳлиллар учун қон намуналарини олиш, аппаратлардан ўтказиш ва инструментал текширишлар ягона жадвал бўйича олиб борилди.

Беморларни анамнез йиғишда уларнинг касби, иш фаолияти ва яшаш жойи, шикоятлари, касалликнинг клиник белгилари пайдо бўлиш вақти ҳамда яқин-қариндошларида ҚБ касалликлари мавжудлиги ҳисобга олинди. Текширув пайтида бўйин ўлчамлари ва деформацияси (унинг конфигурация), кўз олмаларининг ҳолати, бармоқлар титраши ёки йўқлигига ва терининг ҳолати (қуруқлик, намлик, шиш, пигментация) эътибор олинди (2.6-расм).



а)



б)

2.6-расм. Бемор З., 49 ёш. Диагноз: Аралаш токсик буқоқ V даражаси (О.В.

Николаев бўйича): а) олдиндан кўриниши, б) ёндан кўриниши

Кўриқ пайтида бўйин пальпацияси ва ўлчамларига эътибор бериш текширувнинг муҳим элементиدير. Беморни текшириш тик турган, ўтирган ёки ётган ҳолатида амалга оширилади. “Шифокор билан юзма-юз” ҳолатда палпация иккала қўлнинг бош бармоқлари бўйин олд юзасига, қолган тўртда бармоқ бўйиннинг орқа юзасига қўйилган ҳолатда бажарилади. Бемор “шифокорга орт соҳаси” туради палпация иккала қўлнинг тўрт бармоғи бўйин олд юзасига бош бармоқлар эса орқа юзасига қўйилиб амалга оширилди.

Қалқонсимон безнинг ҳаракатчанлиги ва унинг пастки чегаралари беморга ютиниш ҳаракатини буюриш орқали аниқланди.

Безда неопластик ўсманинг цитологик белгилари бўлмаса ютиниш пайтида, қалқонсимон без проекциясида у ёки бу зичликдаги ҳаракатчан тугунли ҳосилалар мавжудлиги тугунли буқоқ ҳақида ўйлаш мумкин. Шу билан бир қаторда, қалқонсимон безда кўплаб тугунларнинг мавжудлиги, бўйин тўқималарида инфильтрация белгилари ҚБ саратони белгиларидан далолат беради, бу эса синчковлик билан қиёсий ташхислашни талаб қилади.

Анамнез йиғиш ва физикал текширувдаги офтальмопатия, ҚБ функциясининг бузилиши ва унинг ўлчамларини аниқлашга имкон беради. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни шикоятлари ва патологик синдромларнинг учраш частотаси 2.7-жадвалда келтирилган.

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморлар асосан бўйин соҳасида ҳосилалар борлигига (44,6%), оёқ-қўлларининг титрашига (63,4%), юрак ўйнашига (56,2%), юрак нотекст уришига (49,1%), қон босимининг кўтарилишига (64,3%), озишга (48,2%) ва кўз томонидан бўладиган ўзгаришларга шикоят қилади. Қалқонсимон без патологияси бўлган беморларнинг аҳволи оғирлиги асосан қўшимча касалликлар билан белгиланади (2.8 жадвал).

Юрак ишемик касаллиги (22,3%), гипертония касаллиги (20,5%) ва қандли диабет (4,5%) касалликнинг оқибатига сезиларли таъсир кўрсатди. Антитиреоид препаратлар қабул қилган токсик буқоқли беморлар орасида ўт тош касалликлари юқори фоизни - 25,0%, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги - 16,9%, сурункали панкреатит – 13,4%, ичакнинг сурункали касалликлари-14,3% қайд этилган.

Қалқонсимон бездаги ўзгаришларни тасдиқлаш учун инвазив ва ноинвазив тадқиқот усулларидадан фойдаланилди.

2.7-жадвал

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларнинг шикоятлари ва патологик синдромлар

Шикоятлари ва патологик синдромлар	Касалликни морфологик характери					
	ДТБ (n=50)	АТБ (n=39)	ТА (n=13)	РТБ (n=10)	Жами (n=112)	
					абс.	%
ҚБ катталашини даражасига кўра шикоятлари						
Бўйин соҳасида ҳосилани мавжудлиги	20	18	5	7	50	44,6
Бўйин соҳасида босилиш сезгиси	16	12	3	5	36	32,1
Тиреотоксикознинг намоён бўлиши билан боғлиқ шикоятлар						
Тана ва қўл-оёқлар қалтираши	36	24	4	7	71	63,4
Катта ҳолатнинг тезлашиши	30	21	4	7	62	55,3
Озиш	26	19	4	5	54	48,2
Кўп терлаш	24	17	3	2	46	41,1
Уйқунинг бузилиши	19	14	3	2	38	33,9
Сержаҳллик (Асабийлашиш)	20	13	4	3	40	35,7
Гипертермия	20	18	1	1	40	35,7
Юрак, қон-томир тизими томонидан шикоятлари						
АҚБ кўтарилиши	35	24	7	6	72	64,3
Юрак ўйнаши	31	21	6	5	63	56,2
Юрак соҳасида оғриқ	25	13	5	1	44	39,3
Юрак нотекст уриши	29	18	3	5	55	49,1
Кўз симптомлари						
Мебиус симптоми	22	11	3	5	41	36,6
Грефе симптоми	17	12	4	2	35	31,2
Треце симптоми	14	12	1	2	29	25,9

Кохер симптоми	16	9	1	2	28	25,0
Дельрамплъ симптоми	15	10	2	1	28	25,0

2.8-жадвал

Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларда қўшилиб келадиган касалликлар

Қўшимча касалликлари	Жами беморлар (n=112)	
	абс.	%
Юрак ишемик касаллиги	25	22,3
Гипертония касаллиги	23	20,5
Меъда, ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги	19	16,9
Ўт тош касаллиги (ЎТК)	28	25,0
Ичакнинг сурункали касалликлари	16	14,3
Сурункали панкреатит	15	13,4
Қандли диабет	5	4,5
Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги	3	2,7
Эндокрин семириш	1	0,9

Ультратовуш текшируви (УТТ) “ALOKA SD 1400” ва “ALOKA SSD 500” ультратовуш аппаратларидан фойдаланган ҳолда барча беморлар учун ультратовуш текшируви ўтказилди (2.7-расм). Қалқонсимон безда реал вақтда маҳаллий лимфа оқимини аниқлаш шунингдек касалликнинг дастлабки босқичида ва операциядан кейинги турли вақтларда ультратовуш текшируви бажарилди (2.8-расм).

ҚБ патологияси мавжуд бўлган беморларни диагностик алгоритмида УТТ етакчи ўринни эгаллади, бу ҚБ нинг ўлчами, анотомик топографияси, эхоструктураси ва унда аниқланган патологик ҳосилалар ҳақида ноинвазив ишончли маълумотларни ва маҳаллий лимфа оқими ҳолатини ўрганиш имконини ҳам берди. Токсик буқоқ билан касалланган барча беморларда ультратовуш текшируви ўтказилди.

112 беморнинг барчасида ультратовуш текшируви бажарилди, қалқонсимон безда тугунли ҳосилалар бўлган 49 (43,7%) беморда ингичка

игнали пункцион биопсия усули ўтказилди. Пункция қўшимча анестезияларсиз бир марта ишлатиладиган игна билан мушак ичига инъекция қилиш йўли орқали амалга оширилади.



2.7- расм. ҚБ ультратовуш текшируви.

Қалқонсимон без чап бўлагининг тугунлари. Қалқонсимон без чап бўлагиди ҳажми 20 см³ гача бўлган тугунли ҳосилалар аниқланади.

2.8-расм. Қалқонсимон безнинг ультратовуш текшируви.

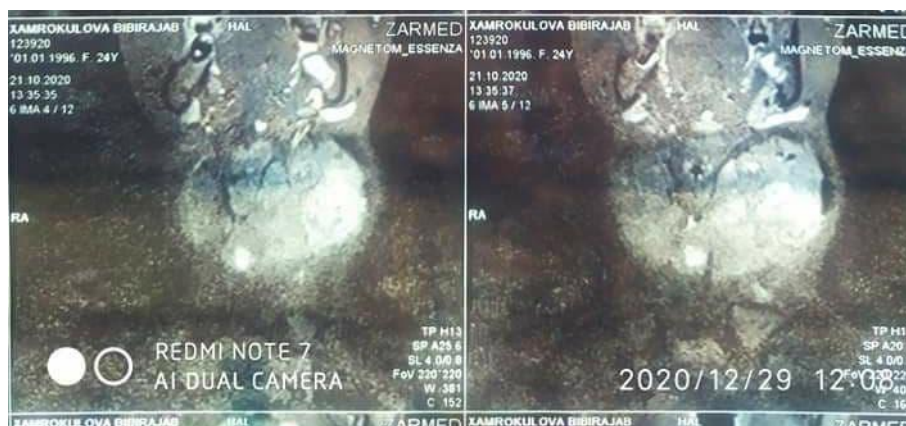
Субтотал тиреоидэктомия операциясидан кейин.

Пункция пайтида олинган материал врач-цитолог томонидан ўрганилди ва қайта ишланди. Агар тугунни текшириш пайтида фолликуляр тузилма аниқланса, у ҳолда сцинтиграфия бажаришга кўрсатма берилди.

Компютер томография (КТ) Қалқонсимон безни “НІТАСНІ W-450” компьютер томографиядан фойдаланган ҳолда 52 (46,4%) беморда ўтказилди (2.9-расм). КТ текшируви ҚБТХ да ёмон сифатли ўсмаларни инкор этиш, ҚБ да бирламчи кўплаб зарарланишлар мавжудлигини, шунингдек, тактик муаммолар ечимини қиёсий таққослаш учун ўтказилди (патологиянинг ривожланиш босқичига, локализациясига, асоратларнинг хусусиятига қараб струмэктомия операциясига кўрсатма аниқланди) (2.10-расм).



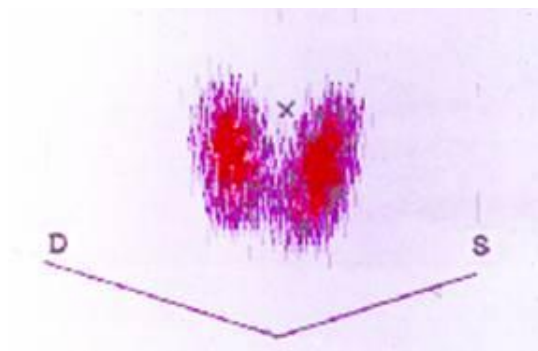
2.9-расм. ҚБ КТ. Кўп тугунли буқоқ.



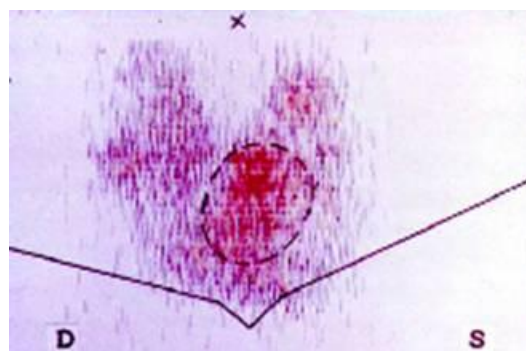
2.10- расм. ҚБ КТ. ҚБ ўнг бўлагининг тугунлари (IV даражали токсик аденома).

Радионуклидли сканирлаш ва сцинтиграфия: ^{131}I ёки $^{99\text{m}}\text{Tc}$ радионуклидлардан фойдаланган ҳолда 37 (33,0%) беморда радионуклидларни сканерлаш ва сцинтиграфия ўтказилди.

ҚБ сканерлаш ёки гамма-камера (сцинтиграфия) текширишидан ўтказиш ёрдамида унинг жойлашиши аниқланди. ҚБ да радионуклидларнинг тўпланиши унинг ўлчамлари, тарқалиш чегаралари ва интенсивлиги безнинг диффуз ёки локал зарарланиши, тугунли ҳосилаларнинг функционал фаоллигини кўрсатди. Сканерда аниқланган тугунли ҳосилаларнинг минимал ўлчами 1 см.



2.11-расм. ҚБ сканограммасы.
Диффуз токсик буқоқ



2.12-расм. ҚБ сканограммасы. “Иссиқ
туғун” ҚБ чап бұлағи. Токсик
аденома

Сканерлаш скрининг усули бұлмағанлиги сабабли кўрсатма кўра амалга оширилди: 1. ҚБ автоном тугуни (токсик аденома, тугунли ёки кўп тугунли токсик буқоқ). 2. ҚБ операциясидан кейин тиреотоксикоз ёки буқоқнинг рецидивланиши. 3. ҚБ тўқималарининг атипик жойлашиши ёки ҚБ ривожланишидаги аномалиялар (ретростернал буқоқ, ҚБ дистопияси, шу жумладан тил ости буқоғи, ҚБ гемагенезияси ёки агенезияси).

Изотопларни сканерлаш усулидан фойдаланиб, қалқонсимон без тугунли неоплазмаларининг морфологик хусусиятлари ҳақида тўлиқ хулоса чиқариш мумкин эмас (2.11-2.12-расм).

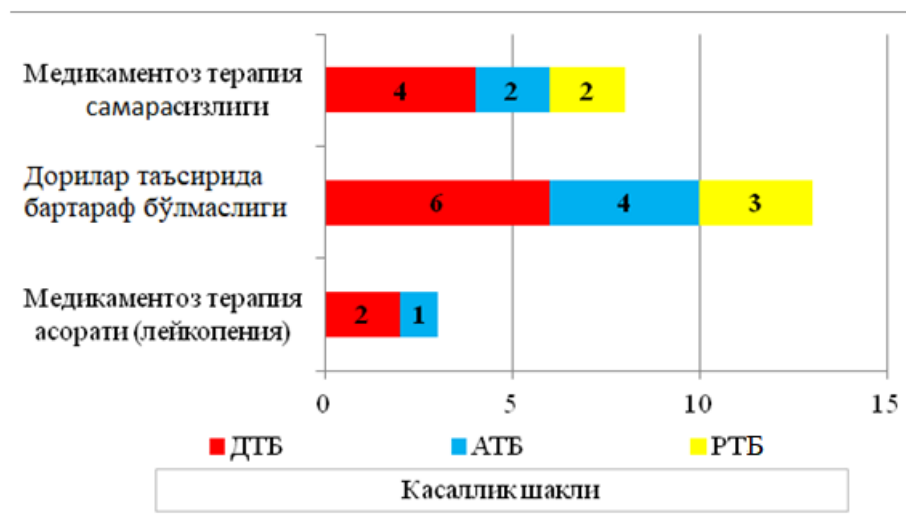
ҚБнинг гормонал функциясини текшириш. ҚБ гормонал функциясини ўрганиш барча 112 беморда ўтказилди. Бунинг учун ТТГ, T_3 , T_4 , концентрацияси, тиреоглобулин боғловчи ва тиреоглобулинда антитело титри аниқланди. ТТГ даражасининг ошиши гипотиреоз фойдасига ва тиреотоксикознинг пасайишига олиб келди. T_3 ва T_4 концентрациясининг ошиши тиреотоксикознинг мавжудлигини тасдиқлади. T_3 , T_4 ва ТТГ гормонлари IMMUNOTECH (Чехия) аппарати фойдаланилиб аниқланди. T_3 нинг нормал қиймати 1,2-2,8 нмол/л; T_4 - 60-160 нмол/л; ТТГ - 0,17-4,05 мМЕ/л. Морфологик тадқиқотлар Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси патологоанатомик лабораториясида 400 мартагача катталаштирган ёруғлик микроскопида гематоксилин-эозин билан бўялган

ҳолда ўтказилди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида Microsoft Office Excel-2016 дастуридан фойдаланган ҳолда статистик ишловдан жумладан, ўрнатилган статистик ишлов бериш функцияларидан фойдаланишдан ўтказилди. Ўрганилаётган кўрсаткичнинг арифметик ўртача қийматини (M), стандарт оғиш (σ), ўртача стандарт хатосини (m), нисбий қийматларни (частота, %) ҳисоблаш билан вариацион параметрик ва параметрик бўлмаган статистика усулларида фойдаландик. Ўртача қийматларни таққослашда олинган ўлчовларнинг статистик аҳамияти Стъюдент мезонлари (t) билан тақсимланишнинг нормаллигини текширишда хатолик эҳтимолини (P) ҳисоблаш билан (ўта (эксцесс мезон бўйича) аниқланди. Ишончлилиқ қиймати $P < 0,05$ статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар сифатида қабул қилинди.

III БОБ. БУҚОҚНИНГ ТОКСИК ШАКЛИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ СТРУМЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИК АСПЕКТЛАРИ

§3.1. Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш усуллари асослаш

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни операцияга тайёрлашнинг мураккаблиги шундаки, 112 беморнинг 24 (21,4%) нафарида тиреотоксикоз хуружини бартараф бўлмаслиги ёки консерватив даволанишнинг асоратлари, узоқ муддатли консерватив давланишнинг самарасизлиги билан боғлиқ. Консерватив давланишнинг салбий натижалари бўлган 24 беморнинг 10 (41,7%) нафари такқослаш гуруҳидан, 14 (58,3%) нафари эса асосий гуруҳдан эди.



3.1. расм. Стационаргача бўлган босқичда буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда консерватив терапиянинг салбий оқибатлари

Стационаргача бўлган босқичда токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда консерватив терапиянинг натижалари таҳлили ўтказилди. Назоратдаги 8 беморда - консерватив терапия самарасиз бўлди, 5 нафар бемор тиреостатик препаратларни кўтараолмади, 3 нафар беморда асоратлар (лейкопения, ошқозон-ичак тракти патологияси) кузатилди (3.1 расм). Касалхонага олдинги босқичда консерватив даво олган беморлардан анамнез тўплаш тиреостатиклар: мерказолил, тиразол, преднизолон, дексаметазон билан амалга оширилганлигини кўрсатди, касалликнинг барқарор ремиссияга эришиш

учун бериладиган дозада препаратни қабул қилиш давомийлигига қарата консерватив даволанишнинг асоратлари частотасини таҳлил қилдик. Асосан асоратлар узок муддатда консерватив даво олган беморларда кузатилган бўлиб бу самарасиз бўлишига қарамай, дори препаратлари қўлланилган. Таққослаш гуруҳидаги 10 нафар беморда медикаментоз терапиянинг салбий натижаларига қарамасдан, жарроҳлик ёндашуви ўтказилди. Операциядан олдинги тайёргарлик самарасизлиги сабабли, ДТБ билан касалланган беморларда 3 та (таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 5,8%) ҳолатда операция давомида оғир қон кетиш қайд этилган ва операциядан кейинги дастлабки даврда беморларнинг 4 (7,7%) нафарида ўртача ва оғир даражали тиреотоксик криз юзага келган.

Ушбу ҳолатларда токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни операциягача тайёрлаш натижаларини яхшилаш бўйича янги ечимлар таклиф қилинди. Асосий гуруҳдаги тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларни консерватив даволаш қарши кўрсатма бўлиб ушбу ҳолатда плазмаферез (ПФ) плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенацияси (БЭХО) орқали натрий гипохлорит ёрдамида қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикацияланган плазмани қайта қуйиш мақсадга мувофиқ бўлади. Натрий гипохлорит кучли оксидловчи восита бўлиб, эксфузия қилинган плазмага қўшилганда, оғир тиреотоксикоз пайтида ҳосил бўлган органик моддалар гидроксилланиш реакциясини амалга оширади. Плазмани қайта ишлашда натрий гипохлорит трийодотиронин ва тироксинни оксидлаш орқали “фаол” кислородни чиқаради.

Ҳужайрада мембраналарнинг липид қатламини оксидлаш орқали у кучли бактерицид таъсирини кўрсатади. Шунингдек бу оксидланиш маҳсулотларини, масалан гидропероксидларни ҳосил қилади, уларнинг парчаланиши натижасида эркин радикаллар ҳосил бўлади, бу қоннинг муайян элементларига ва бутун танага зарарли таъсир кўрсатади. Натрий гипохлорит эритмаси қўшилгандан сўнг эксфузияланган плазманинг қўшимча озонлаш детоксикация таъсирини оширишга, плазма ва эритроцитлар токсиклигини камайтиришга ва натрий гипохлоритнинг ножўя таъсирининг олдини олишга имкон беради. Озон

органик субстратларга - оксилларга, липидларга, углеводларга нисбатан аниқ биологик метаболик фаолликка эга ва улар билан юқори доимий ўзгармас тезлик намоиш этади. Озоннинг органик субстратлар билан ўзаро таъсири кислородга боғлиқ жараёнларнинг фаоллашиши ва биологик мембраналарнинг физик-кимёвий хусусиятларининг ўзгариши билан бирга келади. Натрий гипохлорит эритмаси қўшилгандан сўнг озоннинг эксфузияланган плазма билан ўзаро таъсири pO_2 ортиши билан метаболизмнинг ўзгариши, оксидланиш-кайтарилиш жараёнларининг кучайиши, - энергия субстратларини ишлаб чиқариш ва улардан фойдаланиш, трансформация ва синтез билан боғлиқ ҳўжайралардан ташқари ва ҳўжайра ичидаги жараёнлар билан бирга келади, биологик фаол моддаларни (катехоламинлар, серотонин, гистамин ва бошқалар) периферик қоннинг иммунокомпетент ҳўжайралари фаоллигини ошириш, эндоген детоксификация механизмларини киритиш (натрий гипохлорит таъсирида ҳосил бўлган оксидланмаган маҳсулотларни бартараф этиш, рН ни тиклаш, қонда азот алмашинувининг охирги маҳсулотларини камайитириш шунингдек жигар, буйрак ва ўпка фаолиятини яхшилайтиди). Плазманинг қўшимча озонланиши детоксификация қилувчи таъсирнинг кучайишига олиб келади, бу қалқонсимон гормонларининг пасайиши билан намоён бўлади. Бутун организмда марказий қон айланиши, нафас олиш, қоннинг транспорт хусусиятлари, периферик қон айланишининг яхшиланиши билан намоён бўлади.

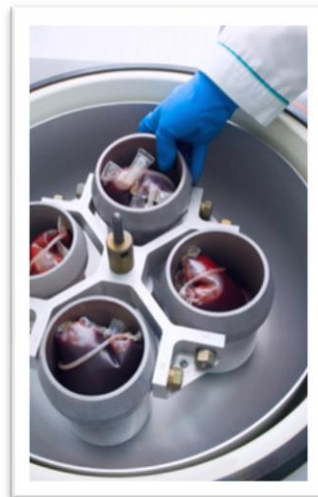
Қонга таъсир қилганда озоннинг биологик таъсири етарлича паст концентрацияда намоён бўлади $[O_3] = 8-200 \text{ МКТ } O_3/\text{л}O_2$ оралиғида ва 10 дақиқа кифоя қилади, плазмани озон билан тўйинтириш мақсадида плазма мавжуд бўлган флаконга босим остида озон-кислород газ аралашмаси юборилади. Бундан ташқари озон билан қўшимча таъсир этиш натижасида плазма тиниш вақти 4-16 соатдан (ўртача 8-12 соат) 3-4 соатгача қисқаради.

Тиреотоксикозда организмни детоксикация қилиш усули таклиф қилинган бўлиб қуйидаги тартибда амалга оширилади.

Беморларда даволовчи плазмаферез ўтказишда жами 1200-1400 мл ҳажмда плазмаэкстракция қилинади. Эксфузияланган қон плазмаси белгиланган ҳажмдаги 0,9% NaCl эритмаси солинган асептик шароитда тозаланган стерил флаконларга йиғилади (3.2-3.4 расм).



а)



б)

3.2. расм. Плазмаэкстракция босқичлари: а) бемордан олинган қон;
б) центрифугалаш



а)



б)

3.3. расм. Плазмаэкстракция босқичлари: а) Плазмани қон хўжайраларидан ажратиши; б) плазмаэкстрактор ёрдамида плазмани ажратиши



3.4.расм. Эксфузия қилинган плазма

Асептик қоидаларига риоя қилган ҳолда, эксфузия қилинган плазма солинган идишга 0,12% (1200 мг/л) натрий гипохлорит эритмаси шприц билан (натрий гипохлорит ЭДО-4 электрохимический kurulmasida натрий хлориднинг изотоник эритмасини оксидлаш орқали олинган) 10:1 нисбатда қўшимча (яъни 400 мл плазмага 40 мл NaClO қўшилган) қилинди (3.5 расм).



3.5.расм. Натрия гипохлорит қўшилган.

Олинган эритма идишда 2-3 дақиқа давомида чайкатилиб аралаштирилди ва натрий гипохлорит билан плазма эритмаси бўлган флакон орқали озон-кислородли газ аралашмаси озонатор клиник “Азия-р” ни ўрнатиш ёрдамида 10 дақиқа тўйинтирилди, сўнгра флакон уй совутгичига жойлаштирилди (6-8°C) (3.6 расм).



3.6. расм. Озонлаш (Озонга тўйинтирилган)

Лаборатория текширишлар натижаси (эксперимент) шуни кўрсатдики, токсик плазма таркибий қисмларнинг оксидланиш жараёни одатда инкубацион 3-4-соатларга бориб тугайди. 4 соатдан кейин 500 мл шиша флакондан плазмаэкстрактор ёрдамида ёки аспирация қилиш йўли билан (50-70 мл) чўкма олиб ташланди (3.7^а расм).



а)



б)



в)

3.7.расм. Плазмани реинфузияга тайёрлаш босқичлари: а) токсик чўкма; б) детоксификация қилинган плазма; в) аутоплазмани (реинфузияси) қайта қуйиши

Детоксикацияланган плазма идишидан (3.7^б расм) биокимёвий текширишлар учун 10 мл плазма олинди. Унинг детоксикация қилинганлигига етарли даражада ишонч ҳосил қилганимиздан сўнг (албуминнинг самарали концентрацияси 1,9 мартадан кўпроқ ошади), ушбу аутоплазмани кейинги дастурлаштирилган плазмаферез сеанси давомида плазма ўрнини босувчи

восита сифатида қайта қуйиш мумкинлиги тўғрисида қарор қабул қилинди. Эксфузия қилинган плазмани детоксикация қилиш ва уни қайта қуйиш имкониятини яратиш мезонлари Н.М. Федоровский (2004) томонидан аниқланган (3.7^б расм).

Беморларнинг аҳволи яхшиланганида периферик қон кўрсаткичлари нормаллашади сўнг оператив ёндашув ўтказилди.

Клиник мисол 1.

Бемор Х., 50 ёш, КТ№ 6395/584 Диффуз токсик буқоқ IV даражаси, оғир даражали тиреотоксикоз, тиреотоксик офтальмопатия IV даражаси, лейкопения, гипохром анемия, лимфоаденопатия, миокард дистрофияси H2A, гипертония касаллиги 2^A босқич таъхиси билан даволанган (3.8 расм):

У дармонсизлик, юрак ўйнаши, терлаш, қўлларининг титраши ва вазн йўқотиш каби шикоятлар билан мурожаат қилиб келган.



3.8. расм. Бемор Х., 50 ёш, КТ№ 6395/584 Диффуз токсик буқоқ IV даражаси, тиреотоксикоз оғир даражаси, тиреотоксик офтальмопатия IV даражаси таъхиси билан даволанган.

Бемор анамнезидан 2008 йилдан буён юрак ўйнаши, ҳансираш, кўзларининг чақчайишига шикояти билан келди. 24.12.2008 йилда биринчи марта эндокринолог томонидан текширилди ва унда қалқонсимон без касаллиги борлиги тасдиқланди кейин беморга 1,5 йил давомида қунига 30 мг-дан мерказолил буюрилди. Бироқ, касалликнинг тўлиқ ремиссиясига эришиш мумкин бўлмади. 2011 йилда бемор қони текширилганда лейкопения (лейкоцитлар - $2,1 \times 10^9$ /л) ва гипохромик анемия (эритроцитлар - $2,1 \times 10$ /л; Hg 84 г/л) аниқланди, препаратлар таъсирида ўтмайдиган эшак еми пайдо

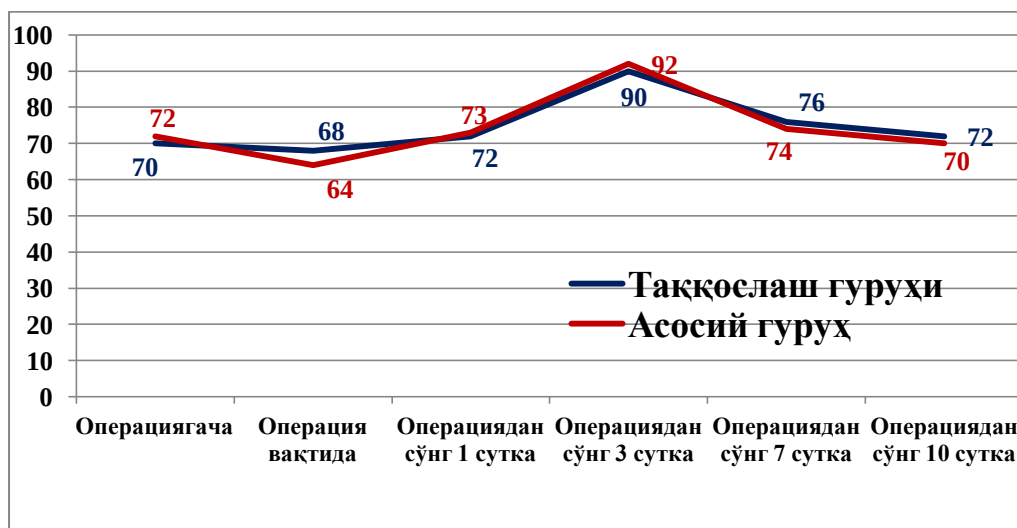
бўлди. Шундан сўнг. препарат бекор қилиниб преднизолон икки ҳафта давомида кунига 60 мг дозада буюрилди. Аммо даволашнинг таъсири вақтинчалик бўлди, бундан ташқари, препаратни қабул қилишда эшак еми ҳам пайдо бўлди. 2012 йилда эса гормон терапияси бекор қилинди, шундан сўнг тиреотоксикоз хуружи ривожлана бошлади. Беморда вазн йўқотиш қайд этилиб (8 ой ичида 15 кг гача), қўлларининг титраши, юрак ўйнаши, кўзнинг чақчайиши кузатилди. Касалликнинг ушбу даврида меъда яраси аниқланди. Беморни жарроҳлик даволаш масаласи фақат 2013 йилда ҳал қилиниб шу сабабли у касалхонага ётқизилган. Бемор стационарга қабул қилинганида, умумий аҳволи оғир, тана вазни нормадан паст, териси нам ранги оқарган. Шиш аниқланмайди. Юрак-қон томир тизими: юрак тонлари бўғиқ, аритмик, юрак уриш сони 1 дақиқада 130 та. АҚБ 180/100 мм сим устунига тенг. Периферик қон томирларида пулсация сақланган. Ўтказилган текшириш натижалари: ЭКГ – қоринчалар экстрасистолияси қайд этилди, ST сегменти динамикада ўзгармади, юрак уриш сони дақиқасига 110-116 та. Локал кўрганда: қалқонсимон без катталашган, палпация қилинганда оғриқсиз, қирралари ноаниқ, ҳаракатчан. Бўйин лимфа тугунлари пайпасланмайди. Грефе, Мебиус, Диль-Рица симптомлари мусбат. ҚБ гармонлари: T_4 - 250 нмол/л (норма 60-160 нмол/л); T_3 - 5.6 нмол /л (норма 1.2 - 2.8 нмол/л); ТТГ - 0.1 мМЕ/л (0.17 - 4.05 нмол/л). Беморга 5 марта плазмаферез сеансини ўтказилди, бу ҚБ гармонларини кескин пасайишига имкон берди: T_4 - 154 нмол/л; T_3 - 2,5 нмол/л; ТТГ - 0,12 мМЕ/л. Натижада 2013 йил 17 апрел ойида ҚБ субтотал субфасциал резекцияси операцияси ўтказилди. Беморда операция вақти ва операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди. 7-кунда уйига жавоб берилди. 2 йилдан кейин қайта текширилганда касалликнинг қайталаниши кузатилмади.

Ушбу кузатув тиреостатик ва гормонал воситалардан фойдаланганда узок муддатли консерватив даво самарасиз эканлигини аниқ кўрсатиб турибди. Бундан ташқари, беморлардаги хуруж дори таъсирида ўтмаслиги, қон ва ошқозон-ичак тракти томонидан асоратларининг ривожланишига олиб келди. Беморларни операцияга дискрет плазмаферез усулида тайёрлаш самарали

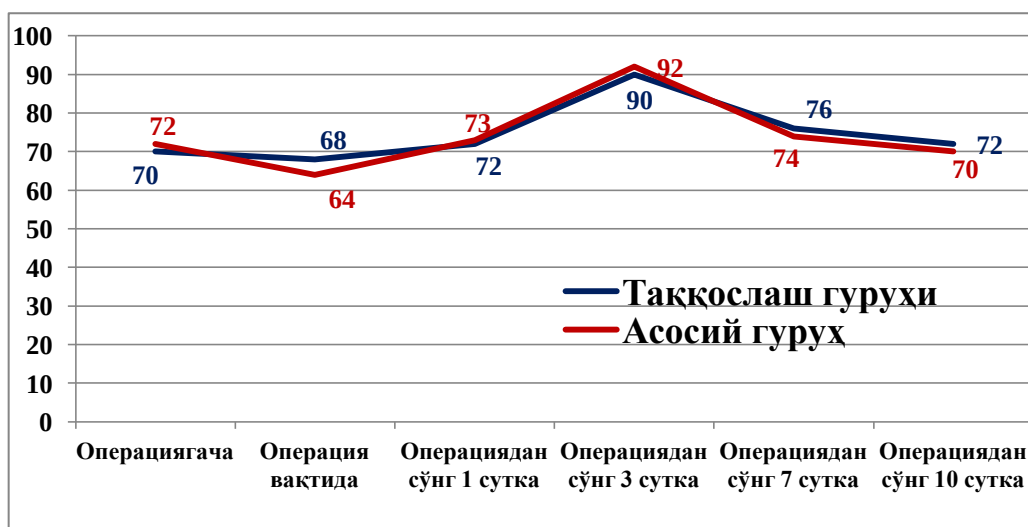
бўлди, бу операция вақтидаги ва операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмаслигидан дарак берди. Буқоқнинг токсик шакллари билан оғриган беморларни даволашда уларни кузатган эндокринологлар консерватив даволашни самарадорлиги паст бўлсада юзага келадиган асоратларга қарамасдан даволашни давом эттиришганини пайқадик. Ҳатто гормонал қарамлилик пайдо бўлганида ҳам эрта жарроҳлик даволашнинг имконияти ҳақидаги саволлар деярли муҳокама қилинмади, натижада мавжуд бўлган кўшимча касалликлари кучайди ва янгиларини келтириб чиқарди.

§3.2. Плазмаферезнинг ҚБ гормонлари даражасига таъсири ва консерватив тайёрлаш билан оператив даволашнинг турли босқичларида беморларнинг ҳолатини солиштириш

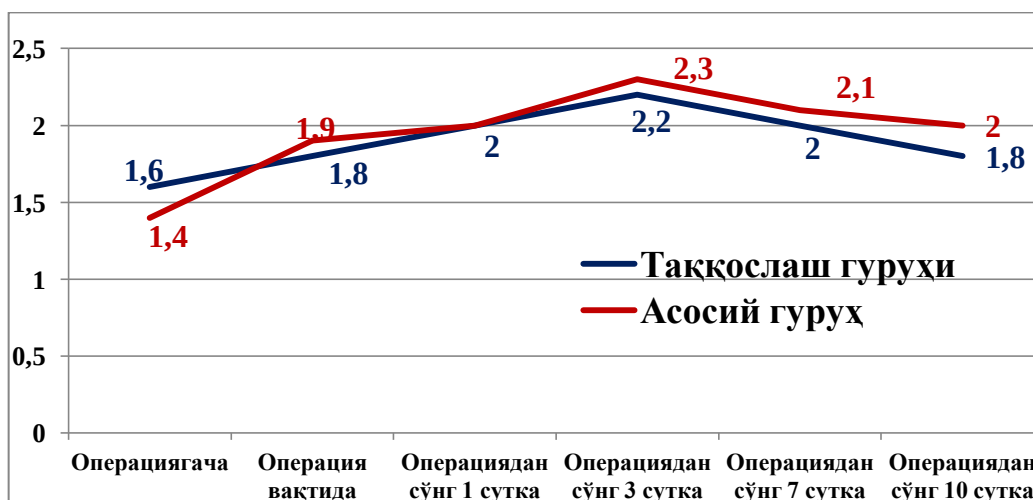
Кўплаб тавсияларга кўра, токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни операцияга тайёрлаш учун 5 тадан 7 тагача плазмаферез сеансларининг ўзи етарли бўлди. Ушбу муолажаалар сони беморларимизни даволашда ҳам қўлланма бўлиб хизмат қилди. Плазмаферез самарадорлигини назорат қилиш T_4 ; T_3 ; ТТГ гормонлари динамикасини ўрганиш орқали амалга оширилди;. 3.9-3.11-расмларда дискрет плазмаферездан олдин ва кейин 14 нафар беморда ушбу гормонлар концентрацияси жадвалдаўз аксини топган.



3.9. расм. Дискрет плазмаферездан олдин ва кейин токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда T_4 даражаси



3.10. расм. Дискрет плазмаферездан олдин ва кейин токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда T_3 даражаси



3.11. расм Дискрет плазмаферездан олдин ва кейин токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда ТТГ даражаси

Таҳлиллар натижасига кўра, даволанишдан олдин T_4 ва T_3 гормонларининг концентрацияси токсик шаклдаги буқоқ бўлган барча беморларда нормадан 1,5-2 баравар юқори бўлган. Шу ўринда ушбу беморларда ТТГ меъёридан паст ёки унинг қуйи чегарасида эди. ТТГ қиймати тиреотоксикознинг оғирлиги оралиғидаги тўғридан тўғри бевосита боғлиқлигини кузатмадик. Даволаш давомида T_4 ва T_3 концентрацияси норма ёки унинг юқори чегарасига яқинлашди, ТТГ бир хил даражада қолди ёки бироз ошди, шуни гувоҳи бўлдик.

Тиреотоксикознинг оғир шакли билан плазмаферез қабул қилган (14 бемор) беморлар гуруҳи операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлиги мезонлари, консерватив тайёрланган (10 бемор) беморларга нисбатан операциядан олдин, операция пайтида ва ундан кейин қон босими ва пулс кўрсаткичлари солиштирилди. АҚБ кўтарилиши ва пульснинг тезлашиши ҳар бир бемор учун индивидуал нормага нисбатан таққослаганда, ушбу касаллик туфайли келиб чиққан гипертония ва тахикардияни хуруж деб ҳисобладик. Беморни тайёрлаш усулига қараб операциядан олдинги босқичда ва операция босқичларида қон босими ва пулс кўрсаткичларининг динамикаси 3.1-3.2-жадвалларда келтирилган. Консерватив терапиянинг самарасизлиги бўлган барча беморлар қабул қилинганда гипертония ва тахикардия белгилари қайд этилган, таққослаш гуруҳида 3 нафар беморда гипертония, 4 нафар беморда ривожланган тахикардия бўлган. Асосий гуруҳдаги 14 нафар беморда ПФ дан сўнг, БЭКО плазмаси билан биргаликда натрий гипохлорит қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикацияланган плазмани қайта қуйишдан сўнг тахикардия (дақиқасига 90 мартагача) ва гипертония фақат 2 нафар беморда сақланиб қолди (3.1 жадвал).

3.1- жадвал

Операциягача бўлган тайёргарлик самарадорлиги (операция олди)

Таққослаш гуруҳи	Ўрганилган самара (натижа), тахикардия ва гипертония		
	Самарасиз	Самарали	Жами
Асосий гуруҳ (плазмаферез)	2	12	14
Таққослаш гуруҳи (консерватив тайёрлаш)	6	4	10
Жами беморлар	8	16	24

Операция пайтида ПФ ёрдами билан тайёрланган ва медикаментоз тайёрланганларнинг мутлақ кўрсаткичлари 3.2-жадвалда келтирилган. Ушбу маълумотларга кўра, ПФ ёрдами билан тайёрланган беморлар гуруҳида

операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлигини асосий кўрсаткичларини медикаментоз йўл билан тайёрланган таққослаш гуруҳига нисбатан солиштирдик. Жадвалда келтирилган маълумотлар ПФ билан тайёрланган беморларда қалқонсимон безни резекция қилиш пайтида консерватив йўл билан тайёрланган беморларга нисбатан салбий натижалар жуда пастлигини кўрсатди (3.2 жавал).

3.2 - жадвал

Операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлиги (операция вақтида)

Таққослаш гуруҳи	Ўрганилган самара (натижа), тахикардия ва гипертония		
	Самарасиз	Самарали	Жами
Асосий гуруҳ (плазмаферез)	2	12	14
Таққослаш гуруҳи (медикаментоз тайёрлаш)	8	2	10
Жами беморлар	10	14	24

Операциядан кейинги даврда беморлар нисбати ва аралашув самарадорлигининг баҳолаш кўрсаткичлари ўзгаришларсиз қолди.

Клиник мисол 2.

Бемор Л., 50 ёш к/т 6397/585, 06/08/2017 дан 28/06/2017 гача диффуз токсик буқоқ III даражаси, оғир даражали тиреотоксикоз, экзофтальм II даражаси, тиреотоксик юрак, параксизмал тахикардия, ЮИК зўриқиш стенокардияси ф.с. I., атеросклеротик кардиосклероз, меъда яра касаллиги диагнози қўйилган.

Қабул қилинганда бемор бўйнинг йўгонлашишига, бир йил мобайнида 15 кг вазн йўқотишига, кўзларида ёт жисм тиқилиши ҳисси борлигига, тез-тез катта ҳожатга чиқишига (кунига 4-5 мартагача) шикоят қилиб келди (3.12 расм). Касаллик тарихи: 1995 йилдан бери юрак соҳасидаги оғриқ, юрак ўйнаши каби клиник белгилар безовта қилиб келган. Эндокринолог томонидан

назоратда турган. Даволаш курслари: суткасига мерказолил 40 мг дозада, суткасига преднизолон 30 мг гача, йод препаратлари, нитратлар, верапамил, аспирин, пирацетам ва седатив препаратлар қабул қилган. 3 йил давомида вақтинча яхшиланиш, сўнгра тиреотоксикознинг қайталаниши кузатилди. Бундай ҳолда, мерказолил ва преднизолон дозалари аста-секин оширилди. 1998 йилдан бошлаб овқатлангандан сўнг қориннинг юқори соҳасида оғриқ безовта қила бошлади. ЭГДФС да ошқозон яраси аниқланди.



3.12 - расм. Бемор Л., 50 ёш к/т б 6397/585, Диффуз токсик буқоқ

III даражаси, оғир даражаси тиреотоксикоз, экзофтальм II даража, тиреотоксик юрак, параксизмал тахикардия, ЮИК зўриқиш стенокардияси ф.с. I., атеросклеротик кардиосклероз, меъда яра касаллиги диагнози билан даволанаётган эди:

Локал қараганда: ҚБ кўринади, палпацияда консистенцияси эластик, қаттиқ, оғриқсиз. Мобиус, Мерфи, Грефе симптомлари мусбат.

УТТда: бўйинча қисми 9,1 мм, ўнг бўлак ҳажми 2,2 см, чап бўлак 28,7 см, гетероген экоструктурали, қўшимча ҳосилалар аниқланмайди

Операцияга кўрсатма қўйилди. Тайёрлаш учун 4 маратоба ПФ сеанси БЭКО плазмаси биргаликда натрий гипохлорит ёрдамида қўшимча озонлаш ва детоксикация қилинган плазмани қайта қуйиш билан биргаликда буюрилади. Плазмаферез сеансларидан олдин қалқонсимон без гормонларининг кўрсаткичлари: T_4 - 290 нмол/л (норма 60-160 нмол/л); T_3 - 5,1 нмол/л (норма 60

1,2-2,8 нмол/л); ТТГ - 0,17 мМЕ/л. (норма 0,17 - 4,05 мМЕ/л.). Плазмаферезнинг 6 сеансидан кейин: T_4 - 170 нмол/л; T_3 - 2,4 нмол/л; ТТГ-0,19 мМЕ/л.

2017 йил 20-июн куни беморга “Қалқонсимон без субтотал субфасциал резекцияси” операцияси бажарилди. Қабул вақтида, операция пайтида ва ундан кейин пульс ва артериал қон босимининг динамикаси 3.3-жадвалда келтирилган. Операциядан кейинги давр асоратларсиз ўтди, беморга 2017 йил 28 июн санасида уйига қониқарли аҳволда жавоб берилди.

3.3-жадвал

Беморда АҚБ ва пулснинг динамикадаги кўрсаткичлари Бемор Л. (к/т 6397/585) операция ва операциядан кейин

Операции босқичлари	АҚБ мм сим уст	Пулс минутига
Қабул қилинганда	160/90	116
Плазмаферез сеансидан кейин	140/80	88
Операция бошланганда	120/70	86
ҚБ резекцияси	140/80	94
Жароҳатни тикиш	130/80	88
Операция якунида	120/80	80

Бемор В ни даволашда келтирилган мисол оғир даражали тиреотоксикоз ва унинг асоратларига (тиреотоксик юрак) қарамасдан, операциягача бўлган даволаш, шу жумладан плазмаферез сеанслари билан тайёрлаш беморда ҳеч қандай салбий оқибатларсиз операцияни бажариш имконини берди.

3.4-жадвал

Буқоқнинг токсик шакли бўлган беморларни операцияга тайёрлаш учун балл тизими

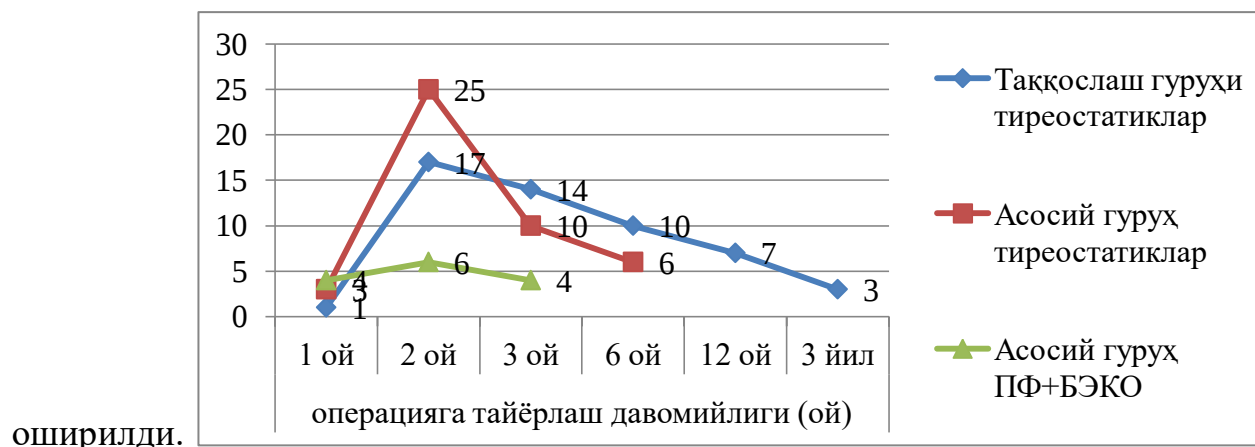
№	Даволаш танловига таъсир қилувчи омиллар	Омиллар хусусиятлари	Балл
1	ҚБ катталашиш даражасига кўра О.В. Николаев классификацияси	I	0
		II	1
		III	2

		IV	3
		V	4
2	Тиреотоксикоз	I	1
		II	2
		III	3
3	Консерватив даво самарасизлиги	3 ой.	0
		6 ой.	1
		1 йил	2
		3 йилдан кўп	3
4	Буқоқнинг морфологик шакллари	Токсик аденома	0
		Аралаш буқоқ	1
		Диффуз буқоқ	2
5	ҚБ яллиғланиши	мавжуд	0
		Аниқланмайди	1
6	Ҳаётий муҳим органларнинг ҳамроҳ касалликлари	мавжуд	0
		Аниқланмайди	1

Токсик шаклдаги буқоқ мавжуд бўлган беморларни операциягача тайёрлаш натижалари асосида операциядан олдин тайёрлаш дастурлари ишлаб чиқилган шунингдек. операция жараёнида ва жарроҳлик аралашув натижаларига таъсир қилувчи асосий омиллар ҳисобга олинган (3.4 жадвал).

Операциядан олдинги даврда беморларга тиреостатиклар мерказолил 5 мг ёки тирозол кунига 2 таблеткадан 3 маҳал буюрилган. Тахикардия β-адреноблокаторлар, асосан анаприлин 40 мг 2 таблеткадан кунига берилиб бартараф этилди. Белгиланган дори терапиясидан сўнг, бир ой ичида тиреоид ҳолат эутиреозгача, 2 ой ичида эса гипотиреозга бориб етди. Ушбу беморлар жами 9 баллга (60 бемордан 46 (76,7%) эга бўлган беморлар эди. Муваффақиятли эришилган эутиреоздан бир ой ўтгач, операциягача 15 кун давомида овқатдан кейин люголнинг 1% эритмаси 10 томчидан томизилди. Операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг, ушбу беморлар ПФ ўтказилмаган

ҳолда операция қилинди. 9 (14-23,3%) дан юқори балл тўплаган тиреотоксикознинг оғир даражаси ва 3 ойдан ортиқ муддатда консерватив даволанган эутиреоз самарасизлиги ёки тиреостатик препаратлар таъсирида ўтмаган беморларга, β-адреноблокаторлар ва Люголнинг 1% эритмаси 2 ҳафта давомида ва операциягача 6 сеанс плазмаферез қўшимча БЭКО қўшимча озонлаш билан натрий гипохлорит операциядан олдин буюрилган ва детоксификация қилинган плазмани қайта қуйиш билан биргаликда амалга



3.13-расм. Тадқиқот гуруҳларида операциядан олдинги тайёргарлик давомийлиги (ой ҳисобида)

Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни даволаниш натижаларига таъсир қилувчи омилларни баҳолаш учун ишлаб чиқилган дастур операциядан олдинги тайёргарликнинг мақбул усулини танлашга имкон берди. Натижада, беморларни жарроҳлик амалиётига тайёрлаш муддатини таққослаш гуруҳида 12 ойга асосий гуруҳдаги 1 ойгача қисқартиришга эришилди (3.13-расм).

Бундан ташқари, тиреостатикларнинг ножўя таъсири, лейкопения, агранулоцитоз ва овқат ҳазм қилиш трактидаги ўзгаришлар бартараф этилди.

§3.3. Хулоса боб

Ушбу касалликнинг барқарор ремиссиясига эришиш учун тиреостатикларни қабул қилиш давомийлигига қараб консерватив терапия пайтида асоратларнинг частотасини таҳлил қилдик.

Асосан, бу асоратлар натижа йўқлигига қарамасдан узоқ муддатда консерватив терапия қабул қилган беморларда пайдо бўлди. Таққослаш

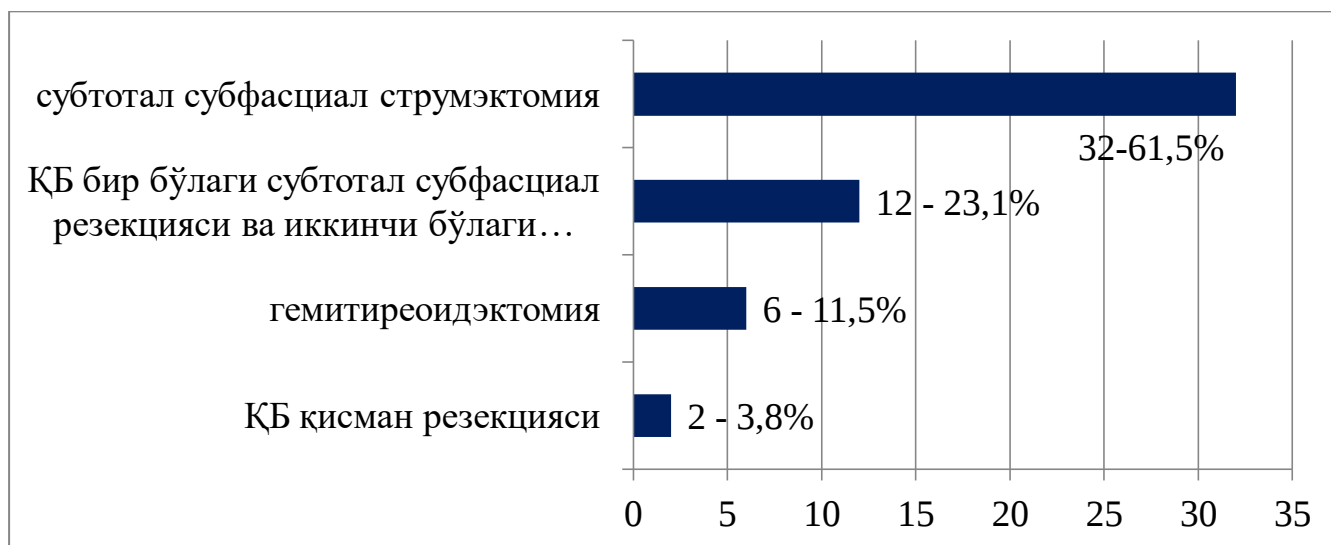
гуруҳининг 10 нафар беморида, консерватив терапиянинг салбий натижаларига қарамасдан, жарроҳлик аралашувлари ўтказди. Операциядан олдинги тайёргарлик самарасизлиги сабабли, ДТБ билан касалланган 3 беморда (таққослаш гуруҳидаги беморларнинг 5,8%) операция давомида оғир қон кетиш қайд этилган ва операциядан кейинги эрта даврда беморларнинг 4 (7,7%) нафарида ўртача ва оғир даражали тиреотоксик криз қайд этилган.

Ушбу ҳолатларда буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш натижаларини яхшилаш бўйича янги ечимларни таклиф қилинди. Таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларга консерватив терапия қарши кўрсатма ҳисобланади, шунингдек ушбу беморларга ПФ плазма БЭКО билан биргаликда натрий гипохлорит ёрдамида қўшимча озонланиш ва кейинчалик детоксификация қилинган плазмани қайта қуйиш орқали мақсадга эришилди.

IV БОБ. БУҚОҚНИНГ ТОКСИК ШАКЛИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОНИ МОРФОЛОГИК АСОСЛАШ

§ 4.1. Буқоқнинг токсик шаклини морфологик асослаб операция ҳажмини танлаш

Буқоқнинг токсик шакли билан таққослаш гуруҳидаги барча (n=52) бемордан 45 (86,5%) нафарининг тиреотоксик статуси эутиреозгача камайтирилди ва 7 (13,5%) нафар бемор тиреотоксикоз I даражаси билан консерватив даволаниб операция қилинди. 32 (61,5%) беморда субтотал субфасциал струмэктомия, 12 (23,1%) беморда ҚБ битта бўлагининг субтотал субфасциал резекцияси ва иккинчи бўлагининг понасимон резекцияси, 6 (11,5%) беморда гемитиреоидэктомия ва 2 (3,8%) беморда ҚБ нинг қисман резекция бажарилди (4.1-расм).



4.1. расм. Таққослаш гуруҳида бажарилган операциялар

Таққослаш гуруҳидаги 37 (71,1%) беморни жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижалари буқоқнинг токсик шакллари бўйича операция қилинган ва кузатилган. Кузатув муддати 2 йилдан 10 йилгача бўлган. Буқоқнинг қайталаниши 7 (18,9%) беморда, гипотиреоз - 1 (2,7%) беморда аниқланди. Операциядан кейинги узоқ муддатда қониқарсиз натижаларнинг максимал

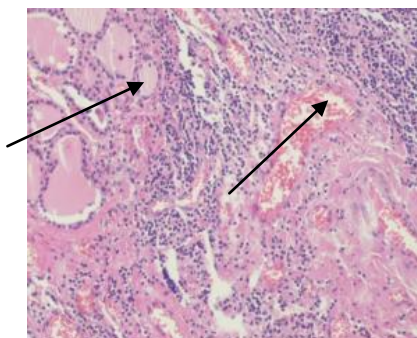
ўсиши 2 йилдан 5 йилгача бўлган кузатув вақтида қайд этилди. Операциянинг ҳажмига кўра рецидив ва гипотиреоз частотаси 4.1-жадвалда келтирилган.

4.1-жадвал

Операциядан кейинги узок даврда беморларда жарроҳлик аралашувининг ҳажмига кўра қоникарсиз натижалар частотаси

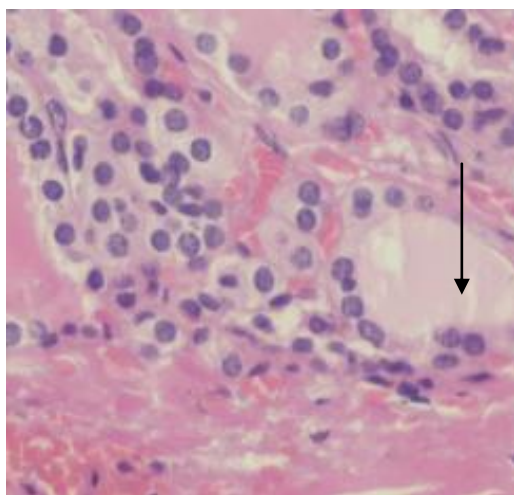
Оператив ёндашув ҳажми	Беморлар сони		Рецидивланиш частотаси		Гипотиреоз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Субтотал субфасциал струмэктомия	21	56,7	2	9,5	1	100
ҚБ битта бўлагини субтотал субфасциал резекцияси ва иккинчи бўлакни понасимон резекцияси	8	21,6	3	37,5	-	-
Гемитиреоидэктомия	6	16,2	1	16,7	-	-
ҚБ қисман резекцияси	2	5,4	1	50,0	-	-
Жами	37	100,0	7	18,9	1	2,7

Токсик шаклдаги буқоқда ҚБ тўқималарининг морфологик ўзгаришлари ўрганилди. Операция пайтида олинган ҚБ тўқималарининг морфологик текшируви шу муносабатда ўтказилди. Таққослаш гуруҳидаги 52 бемордан жами 267 та микропрепарат текширилди. Препаратларни ўрганишда 78% ҳолатда бириктирувчи тўқималарнинг 2-3 даражали ривожланиш жараёнлари устунлик қилди (4.2-расм).



4.2. расм. ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор П., 41 ёш (к/т № 4923/464). Бириктирувчи тўқималарни ўсиши (стерелка билан кўрсатилган). Гематоксилин ва эозин билан бўялган. 100 мартагача катталаштирилган.

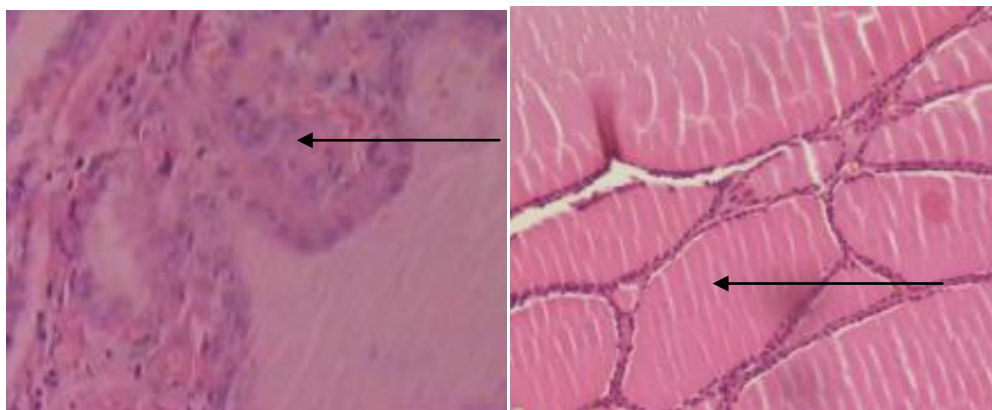
Эпителиядаги ўзгаришлар паст цилиндрсимон эпителия билан қопланган кичик фолликулаларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлди. Кам ифодаланган ёки аниқланмаган пролифератив ўзгаришлар мавжуд. (4.3-расм).



4.3- расм. ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор В., 36 ёш (к/т № 6285/594). Кичик фолликулалар паст цилиндрсимон эпителий билан қопланган (стерелка билан кўрсатилган). Гематоксилин ва эозин билан бўялган. 400 марта катталаштирилган

Шундай қилиб, ушбу гистологик ҳолатда қалқонсимон безда склеротик жараёнларнинг ривожланиши ва қалқонсимон безнинг аутоиммун стимуляциясининг қуйи даражали кучсиз пролифератив ўзгаришларини кўрсатди (4.3-расм).

22% ҳолатда қалқонсимон безнинг микропрепаратларини текширишдаги характерли ҳодисалар сўргичли ҳосилалар билан эпителий пролиферацияси ва унинг ҳужайраларини кубсимон шаклда бўлишидир (4.4-расм).



4.4- расм. ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор С., 49 ёш (к/т № 7320/703). Эпителий пролиферацияси, сўргич шаклланиши (стерелка билан кўрсатилган). Гематоксин ва эозин билан бўялган. 200 марта катталаштирилган.

4.5- расм. ҚБ препаратининг микрофотограммаси. Бемор Т., 52 ёш (к/т №10329/928). Кўп миқдорда суюқ коллоид бўлган йирик фолликулалар (стерелка билан кўрсатилган). Юмшаган строма. Гематоксин ва эозин билан бўялган. 100 марта катталаштирилган

Барча препаратларда кўп миқдорда коллоид билан фаол резорбция қайд этилган (4.5 расм). Бириктирувчи тўқималарнинг ривожланиш даражаси кам миқдорда эди. ҚБ тўқималарининг морфологик ўзгаришлари ретроспектив таҳлили қилинганда операциядан кейинги узок муддатда кузатиладиган таққослаш гуруҳидаги 37 беморнинг 7 (18,9%) нафарида буқоқнинг токсик шакли қайталанган, барча беморларда эпителий пролиферацияси туфайли сўргичларнинг шаклланиши шунингдек фаол резорбция натижасида кўп миқдорда коллоид аниқланиб касалликнинг рецидивланиши кузатилди.

Лимфоид инфильтрация, плазматик хужайра, макрофаглар барча препаратларда тенг равишда аниқланади, бу касалликнинг умумий аутоиммун хусусиятини кўрсатиши мумкин.

Шундай қилиб, ҚБ тўқималарида морфологик ўзгаришларнинг ривожланиши тўғридан-тўғри аутоиммун жараённинг фаоллик даражасига

боғлиқ. Аутоиммун стимуляция ошиб кетганда эпителийнинг пролиферацияси ва трансформация жараёнларининг устунлиги кўринишидаги (4.4-4.5-расм) морфологик ўзгаришлар қайд этилади бу эса ўз навбатида қалқонсимон без тўқималарида гиперпластик жараёнларнинг ривожланишига олиб келади. Аутоиммун стимуляциянинг доимий ошиб туриши фонида резекция усуллари амалга ошириш тиреотоксикознинг рецидивланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун қалқонсимон тўқималарини бундай гистологик ҳолатда қолдириш мақсадга мувофиқ эмас.

ҚБ тўқимасида ривожланган склеротик жараён ва кучсиз пролифератив ўзгаришлар аниқланганда (4.2-4.3 расм) ҚБ резекциясидан кейин касалликнинг кейинги ривожланиши мавҳум, чунки фолликулаларни склеротик тўқималар билан алмашиниши аутоиммун стимуляциянинг паст титри фонида тўқималарда гиперплазия ва гиперфункция жараёнлари ривожланишига ёрдам бермайди.

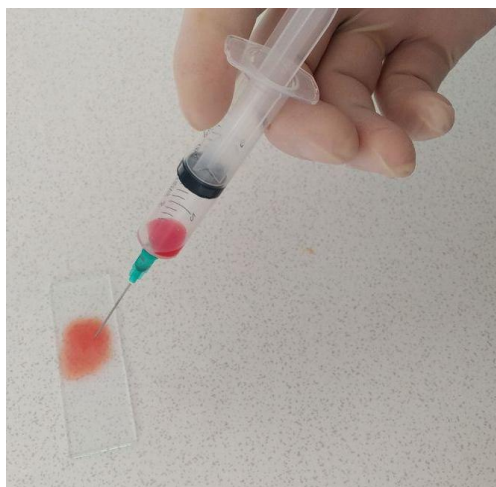
Операция пайтида олинган ҚБ тўқималарини морфологик ўрганиш натижалари, токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича янги ечимларга олиб келинди.

Шу муносабат билан операциядан олдинги даврда асосий гуруҳдаги барча беморларда қалқонсимон безнинг ингичка игнали аспирацион биопсияси (ИИАБ) ўтказилди. Беморда бир неча тугунлар мавжуд бўлганда, ҳар бир тугундан алоҳида пунктат аспирация қилиниб ва уларнинг ҳар бири алоҳида текширилди. ИИАБ усули ультратовуш аппарати Profocus 2202 ва Minifocus 1402 “BK Medical” (Дания) ишлаб чиқарилган текшируви назорати остида (6-12 МГц) амалга оширилди (4.6 - расм).



4.6 -расм. УТТ назорати остида ИИАБ

Пункция учун бир марталик 5 см узунликдаги 21 G игналар, чуқур жойлашган тугунларни тешиш учун эса 10 см узунликдаги 20 G игналар ишлатилган. Қаттиқ тузилишга эга тугун мавжуд бўлганда, материал тугуннинг ўртасидан ва атрофидан олинган. Агар қаттиқ таркибий қисмга эга бўлган кистоз ҳосила мавжуд бўлса материал киста ва атрофидаги тугун тўқимасидан ҳам аспирация қилинган. Ҳар бир тугундан камида иккита алоҳида-алоҳида нуқтадан пункцион материал олинган. Олинган препаратлар буюм ойначасида Май–Грюнвальд–Гимзе усули бўйича бўялди (4.7 расм).

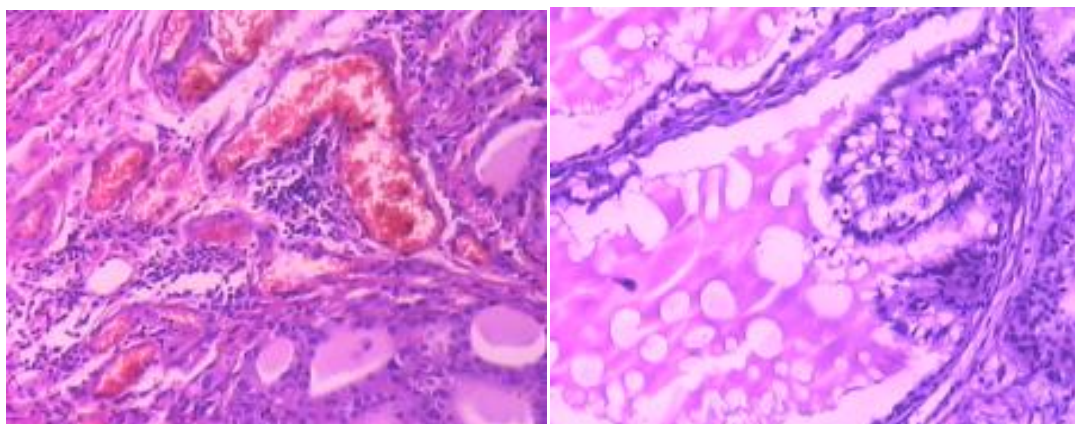


4.7- расм. Буюм ойначасига аспиратни қўйиш.

Цитологик тадқиқотлар ёруғлик микроскопи ёрдамида амалга оширилди, баъзи ҳолларда кўрсатмаларга мувофиқ иммуноцитокимёвий тадқиқотлар ўтказилди, агар аспиратда киста таркиби мавжуд бўлса суяқ цитология қўлланилади. 37 (61,7%) беморда цитологик текширув натижасида пролифератив ўзгаришларсиз бириктирувчи тўқима ўсиши, паст цилиндрцимон эпителия билан қопланган майда фолликулалар кўринди (4.8 расм).

18 (30,0%) ҳолатда цитологик текширув натижасида эпителий пролиферацияси сўрғич ҳосил бўлиши билан, кучли резорбцияга эга бўлган кўп миқдордаги коллоид ва бириктирувчи тўқималарнинг ривожланиш даражаси аҳамиятсиз эканлиги аниқланди (4.9 расм).

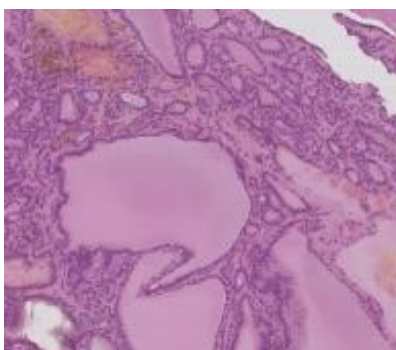
5 (8,3%) нафар беморда препарат маълумот бермади. Ушбу гуруҳ беморларининг натижаларини ретроспектив баҳолаш шуни кўрсатдики, улар қалқонсимон бездаги тугунларнинг атипик ва топиши қийин бўлган нуқталарда жойлашганлиги эди. Қоида тариқасида, бу аспиратда цитологик материалнинг етарли эмаслиги ёки ойначадаги “суртманинг бўшлиғи” билан тушунтиради.



4.8 - расм. Бемор Б. 44 йил, 2017 йил к/т № 3678/547. ИИАБнинг цитологик хулосаси: <i>Бириктирувчи тўқималарнинг аниқ ўсиши</i>	4.9- расм. Бемор Ж. 44 йил, 2018 йил к/т № 8290/791. ИИАБ цитологик хулосаси: <i>Тугундаги фолликуляр эпителийнинг пролиферацияси, вакуолизланган коллоиднинг кўриниши</i>
---	--

55 (91,7%) та текширилган препаратларнинг цитологик ва гистологик натижалари солиштирилганда беморларнинг 53 (88,3%) тасида ўзаро мос келди, 2 (3,3%) тасида эса номутоносиблик аниқланди.

Шундай қилиб, буқоқнинг токсик шаклларида ИИАБ усули қалқонсимон бездаги таркибий (структур) ўзгаришларни операциядан олдин юқори даражада аниқлаб морфологик ташхисловчи ягона мини-инвазив усул ҳисобланади. Олинган натижаларга асосланиб, операциядан олдинги босқичда ИИАБнинг ҳулосаси тадқиқотда 88,3% ни ташкил этди. ИИАБдан ташқари, асосий гуруҳдаги 54 (90,0%) нафар беморда операция ҳажмини танлаш мақсадида интраоперацион экспресс биопсия (ИЭБ) ўтказилди “музлатилиб” (криостатик) кесилган препаратдан олинган маълумотга асосланиб операция вақтида энг маъқул операция ҳажми танланди. Шу билан бирга, ўрганилаётган материал миқдори жуда чекланган ва музлатилган материал кесмаларни парафинга қуйгандан кейин ўз сифатини сезиларли даражада йўқотади. Шунинг учун экспресс биопсияга кўрсатмалар маълум чекловларга эга. бўлиб тадқиқотда ИЭБ ни қуйидаги кўрсатмалар асосида амалга оширилди: - ИИАБ билан маълумот олиб бўлмаганда ва беморларда тиреостатик ҳолатни медикаментоз йўл билан III даражали тиреотоксикозгача камайтирилиб борилганда. Текширилаётган беморларнинг 35 нафаридан (64,8%) олинган экспресс биопсия ва гистологик текшириш натижалари бир - бирига мос келди (4.10 расм) ва 3 (5,5%) нафар беморда эса мос келмади.



4.10 - расм. Бемор Р., 42 ёш. 2017 йил. ҚБ ИЭБ. Тугунли фаол пролифератив буқоқ фолликулларнинг шакли ва ҳажмининг ўзгариши, ўчоқли қон қуйилишлар

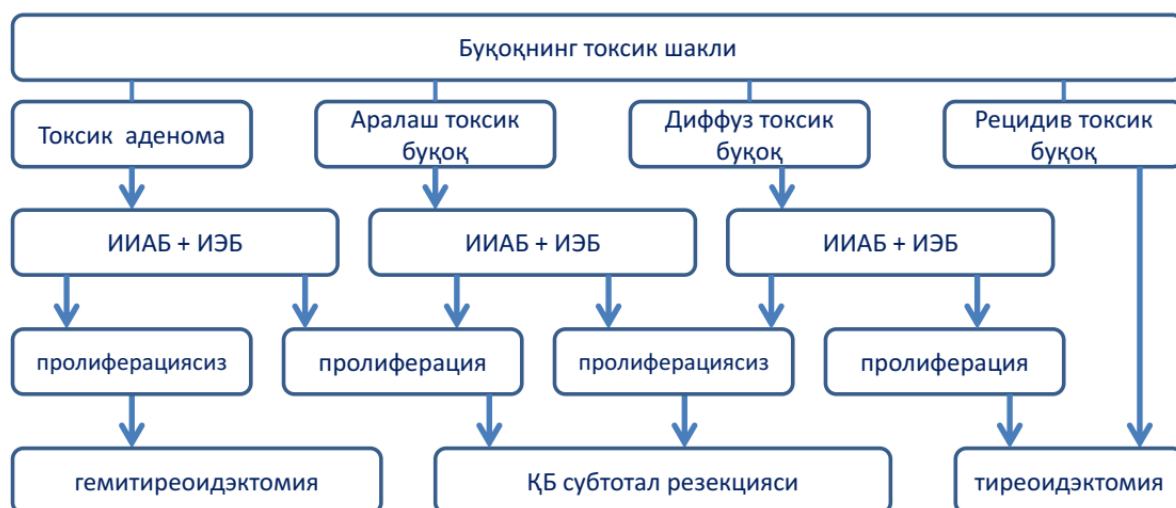
ва гемосидерофагларнинг тўпланиши, гематоксилин-эозин билан бўялган, 20 марта катталаштирилган.

Олинган натижаларга асосланиб, интраоперацион экспресс биопсиянинг маълумотли-лиги тўғрисида хулоса чиқариш мумкин ушбу тадқиқотда 94,4% ни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморларда ИИАБ ва ИЭБ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, токсик шаклдаги буқоқнинг жарроҳлик тактикаси солиштирилди. Таққослаш гуруҳидаги беморларни даволаш натижаларига таъсир кўрсатган омилларни ҳисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шаклларида операция ҳажмини танлаш учун балл тизимини ишлаб чиқилган (4.2-жадвал). Жами 9 баллгача тўплаган беморларга гемитиреоидэктомия. Ушбу гуруҳ таркиби қоида тариқасида пункцион ва экспресс биопсия пайтида қалқонсимон безнинг пролифератив хўжайраларсиз катта бўлмаган токсик аденомаси (диаметри 6 см гача) бўлган беморлардан иборат эди. Токсик шаклдаги буқоқ билан 10 дан 12 гача балл тўплаган беморларга ҚБни субтотал резекцияси бажарилди. 12 дан ортиқ балл тўплаган, пункцион ва экспресс биопсия пайтида ҚБ тўқималарининг турли даражадаги ўчоқли пролиферацияси бўлганлар беморларда тиреоидэктомия каби радикал операциялар бажарилди. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда операцияни танлашга таъсир қилувчи омилларни баҳолаш учун ишлаб чиқилган дастур касалликнинг клиник-морфологик йўналишини ҳисобга олган ҳолда операциянинг мақбул ҳажмини танлашга имкон берди. Касалликнинг клиник кечишидан келиб чиккан ҳолда ва буқоқнинг токсик шакллари учун жарроҳлик тактикасини танлаш дастурига мувофиқ ушбу тоифадаги беморлар учун мақбул даволаш ва тактик алгоритмни ишлаб чиқдик ва клиник амалиётга жорий этдик (4.11расм).

4.2. Жадвал

Қалқонсимон без тугунли ҳосилаларида даволаш усулини танлаш учун балл тизими

№	Даволаш танловига таъсир этувчи омиллар	Омиллар тавсифи	Балл
1	Қалқонсимон безнинг О.В. Николаев бўйича катталашиш даражалари	I	0
		II	1
		III	2
		IV	3
		V	4
2	Цитологик хулоса	пролифератив ўзгаришлар йўқ	1
		Эпителия пролиферацияси, сўрғичлар шаклланиши	2
3	Морфологияси бўйича	Токсик аденома	1
		Аралаш токсик буқоқ	2
		Диффуз-токсик буқоқ	3
		Рецидив токсик буқоқ	4
4	ҚБ функциясига кўра	Гипотиреоз	0
		Эутиреоз	1
		Гипертиреоз	2
5	ҚБ яллиғланиши	Мавжуд	0
		Аниқланмайди	1
6	Ҳаётий муҳим органларнинг ҳамроҳ патологияси	Мавжуд	0
		Аниқланмайди	1



4.11- расм. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни даволашнинг тактик алгоритми

Шундай қилиб, беморларнинг асосий гуруҳида фақат 1 (1,7%) беморда гемитиреоидэктомия, 40 (66,7%) беморда қалқонсимон безни субтотал резекцияси ва 19 (31,7%) беморда ҚБ тўқималарининг сезиларли даражада пролиферацияси ва токсик буқоқ рецидивланиши билан тиреоидэктомия қилинган. (4.3жадвал).

4.3 - жадвал

Асосий гуруҳда бажарилган операциялар

Операция	Беморлар сони	
	абс.	%
Гемитиреоидэктомия	1	1,7
ҚБ субтотал резекцияси	40	66,7
Тиреоидэктомия	19	31,7
Жами	60	100,0

§4.2. Буқоқнинг токсик шаклларида струмэктомиянинг техник жиҳатларини такомиллаштириш

Бемор орқа томони билан бошини орқага ташланган ҳолда операция столига ётқизилади, бунинг учун курак суяги ости ва бўйин орти юзасига валик (ёстикча) қўйилди (4.12 расм). Беморга анистетиклар таъсир қилгандан сўнг, бўйин соҳаси антисептик эритмалар билан ишлов берилади.



*4.12-расм. Бўйин гиперэкстензияси таъминлаш учун курак ости соҳасига
“ёстиқ” қўйиш*

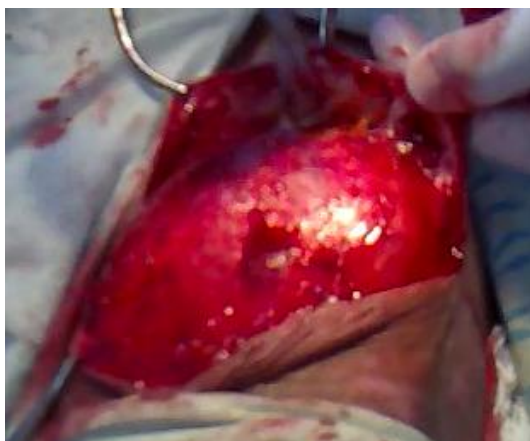
Барча беморларда ёқасимон шаклдаги Кохер кесмасидан фойдаланилади (4.13-расм).



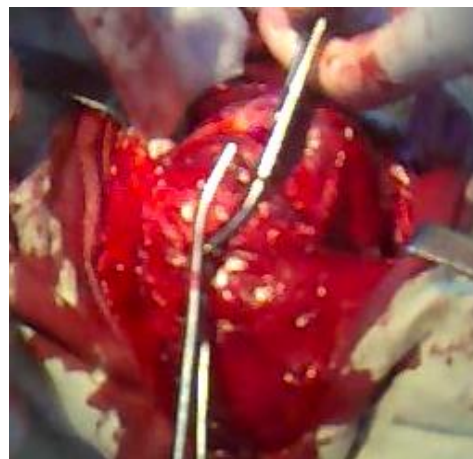
4.13-расм. Теридаги чизик (Лангер чизиги) орқали Кохер кесмаси

Кесма узунлиги буқоқнинг ўлчамига, патологиянинг табиатига, бемор бўйнининг анатомик хусусиятларига боғлиқ ҳолда 6 дан 20 см гача ўзгариб туради. Тери кесилганда, скалпел унинг юзасига қатъий перпендикуляр жойлаштирилди. Юқори тери, тери ости лахтагини тайёрлаш учун скалпел тери текислигига нисбатан 20°C-30°C бурчак остида йўналтирилади. Гемостаздан сўнг яра стерил материал билан чегараланди. Ёпқич (платизма) мушак ва иккинчи фасция ичидаги ва унинг остида жойлашган юзаки томирлар бирга

кесилади (4.14-расм). Албатта претиреоид мушакларни сафарбар қилиш керак (4.15-расм).



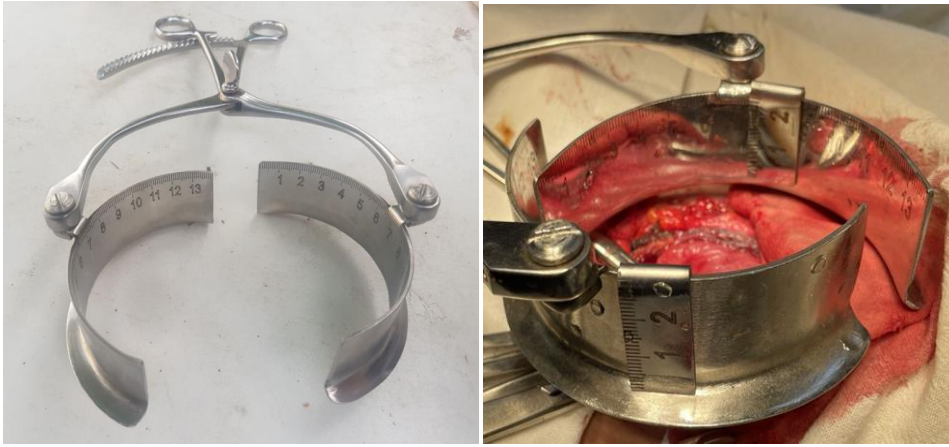
4.14-расм. Бўйин олд гуруҳи мушакларидан терини ажратиши



4.15-расм. Бўйин олд гуруҳи мушакларининг кўндаланг кесмаси

Бўйиннинг учинчи фасциясининг олд ва орқа варақлари бўйин ўрта чизиғи бўйлаб 3-4 см масофада юқорига ва пастга кесилди, шундан сўнг Кохер зонди ёрдамида ҚБ олдинги мушаклари учинчи фасциядан ажратилди ва без жароҳат марказида қолгунга қадар атроф тўқималардан қисқичларга олиниб электрокоагуляция ёрдамида кесилди. Жароҳатда қалқонсимон без кенг юзада кўриниб туриши учун жароҳат кенгайтиргич ўрнатилди (4.16-расм).

Қалқонсимон без жарроҳлиги амалиётида, безга киришни таъминлаш учун, қалқонсимон без олди мушаклари махсус кенгайтиргич - Фарабеф ёки Воробёв асбоби ёрдамида краниал ва каудал йўналишда тортилади, бу эса безни тўлиқ кўришни қийинлаштиради. Юқоридаги қийинчиликларни бартараф этиш учун такомиллаштирилган ретрактор воситасини таклиф қилинди ва қўлланилди (4.17-расм).



4.17- расм. ҚБ операцияларини бажариш учун такомиллаштирилган жароҳат кенгайтиргич

Жароҳат кенгайтиргич қалқонсимон безга кенг киришни таъминлади, бу эса қалқонсимон без ҳолатини етарли даражада кўриш, оператив ёндашувни ортиқча жароҳатларсиз ўтказиш имконини берди, ишлаб чиқилган жарроҳлик асбоби қалқонсимон безнинг барча тугунларини аниқлаш учун қулай шарт-шароитни яратиш билан бирга қайтувчи нервдан узоқлашиш ва безга яқин жойлашган бошқа муҳим элементларга зарар етказмасликни таъминлади. Бундан ташқари, жароҳат кенгайтиргич жароҳатнинг узунлиги ва чуқурлиги бўйлаб сантиметрли ўлчагич билан жиҳозланган.

ҚБнинг субтотал резекциясини ўтказишда қолдиқ тўқиманинг ҳажми 1,0 дан 5,3 мл гача, ўртача $3,0 \pm 1,2$ мл ни ташкил этди. Асосий гуруҳнинг барча беморларида қалқонсимон без қолдиқ ҳажмини аниқлаш ва ҳисоблаш учун ўзгартирилган жароҳат кенгайтиргич ишлатилди. Жароҳат кенгайтиргич сантиметр ўлчагичидан фойдаланиб, қолдиқ тўқималарнинг ҳажми ўлчанди ва ҳисобланди. Бунинг учун J. Вупп (1981) ва бошқалар томонидан таклиф қилинган қуйидаги формуладан фойдаланилди.

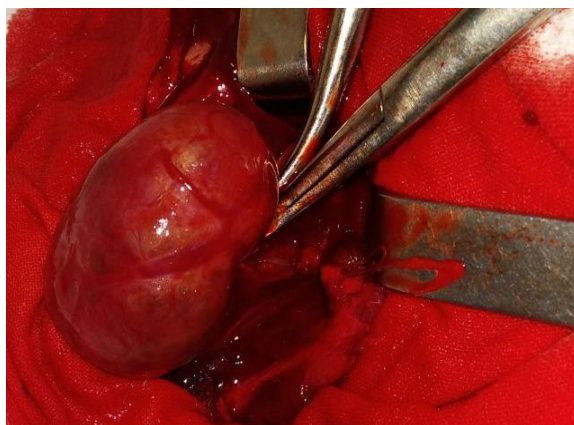
$$V = A \cdot B \cdot C \cdot 0,479,$$

бу ерда: А - узунлик, В - кенглик, С - қалинлиги, 0,479 - эллипсоид коэффициенти 6 мл дан ортиқ қийматда қолган тўқималар учун ререзекция бажарилди ва қолдиқ тўқималар ҳажмини ўлчаш юқоридаги формула бўйича такрорланди.

Шундай қилиб, жароҳат кенгайтиргич бошқа жарроҳлик асбобларидан фарқли ўлароқ қўшимча ёрдам кучларисиз жароҳатнинг четларини ташқарига суриш орқали бўйин аъзоларига кенг киришни таъминлаш учун ишлатилади. Таклиф этилган такомиллаштирилган жароҳат кенгайтиргич бўйиндаги қон-томир, нерв тутамлари ҳолатини визуал назорат остида ушлаб турди. Қурилма тўрт қиррали иккита ярим ойсимон металдан ташкил топган тузилма бўлиб, унга қаттиқ маҳкамланган ярим ойсимон ҳалқа билан иккита слайдер ўрнатилган. Слайдерлар уларни шпалга керакли ҳолатда маҳкамлаш учун сиқиш винтлари билан жиҳозланган. Ярим ойсимон ҳалқани диаметри 1 см ва эгрилик радиуси 1,3 см бўлган иккита ярим доира илгаклар билан жиҳозланган. Тўсикдан дисталда жойлашган илгаклар ярим ойсимон ҳалқага маҳкам ўрнатилади. Ярим ойсимон проксимал канкалар ярим ойсимон ҳалқа бўйлаб ҳаракатланиши ва қавснинг ўқи атрофида айланиши мумкин. Канкаларнинг сиқиш винтлари уларни керакли ҳолатда таянчга маҳкамлаш имконини беради. Таъсир: Жарроҳлик аралашуви вақтида яхши кўришни таъминлаш.

Қурилма оддий ҳамда ишлатиш учун қулай. Амалий жарроҳликда кенг қўллаш тавсия этилади, айниқса буқоқнинг токсик шакллари жарроҳлик йўли билан даволашда, қалқонсимон безни резекция қилиш ҳажмини осонгина аниқлайди, шунингдек, интраоперацион асоратлар хавфини камайтиради ва жарроҳ ишини осонлаштиради. Жароҳат кенгайтиргич ўрнатилгандан сўнг, қалқонсимон безни палпатор текшириб, унинг ҳажмини, макроскопик ўзгаришларини ва қон билан таъминланишини ўзига хос хусусиятларини баҳолаймиз. Қалқонсимон безни ажратиш уни трахеядан без бўйинча қисми остидан юқорида ва пастдаги бойламларни кесиш билан бошланди.

Қалқонсимон безнинг пирамидал ўсиғи ажратилгандан сўнг, у қисқичлар оралиғида кесилди. Кейин улар юқори ва пастки қалқонсимон артериялардан ажратилди (4.18-расм), қисқичларга олиниб кесилгандан сўнг, қисқичлар остидан ҚБ капсуласи икки марта боғланди.



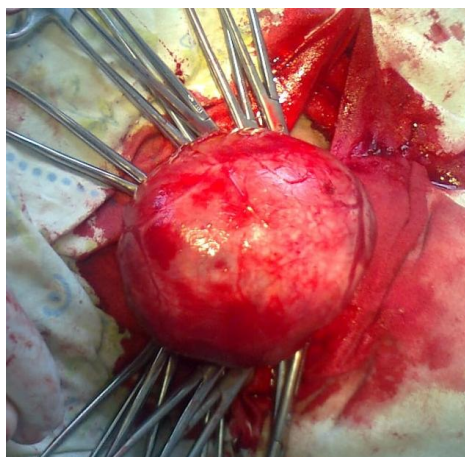
4.18- расм. Қалқонсимон без қон томирларини боғлаш ва кесиш.

Артерияларни боғлашгача бўлган ҚБ тўқималарининг ҳар қандай манипуляцияси (муолажааси) қўпол техник хато деб ҳисобланган. Ушбу қоидага риоя қилиш ҚБни резекция қилиш босқичларини минимал қон йўқотиш билан бажаришга имкон берди. Қалқонсимон артерияларни ажратиш ва боғлашни осонлаштириш учун қалқонсимон без паренхимаси тикилиб кичқичга олинади ва юқорига етарлича тортиш, қалқонсимон безни жароҳат юзасига олиб чиқишга ёрдам беради, бу эса артерияларни боғлаш пайтидаги манипуляцияни осонлаштиради.

ҚБни резекция қилиш бўйинча қисмини кесиш билан бошланади. Бунинг учун трахеянинг олдинги юзаси ва бўйинча қисминининг орқа юзаси ўртасида Бильрот қисқичи билан туннел ҳосил қилинади. Бўйинча қисми иккита лигатура билан боғлангандан кейин улар орасидан кесиб ўтиб, трахеянинг олдинги юзаси очилади.

ҚБ бўлақларини мобилизацияси ва резекцияси тўртинчи фасциянинг орқа варағи ичида субфасциал тарзда амалга оширилди. Бунинг учун ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи ташқарида фасциянинг орқа варағи остида ушланади.

Қалқонсимон безни резекция қилиш бўйинча қисми томонидан кесиш билан бошланди. Безнинг тўқимаси бўйлаб ҳалқум ва трахеянинг орқа юзасидан, қисқичлар кетма-кет қўйилиб ажратиб борилади (4.19-расм).



4.19- расм. Без тўқималарини қисқичларга олиш

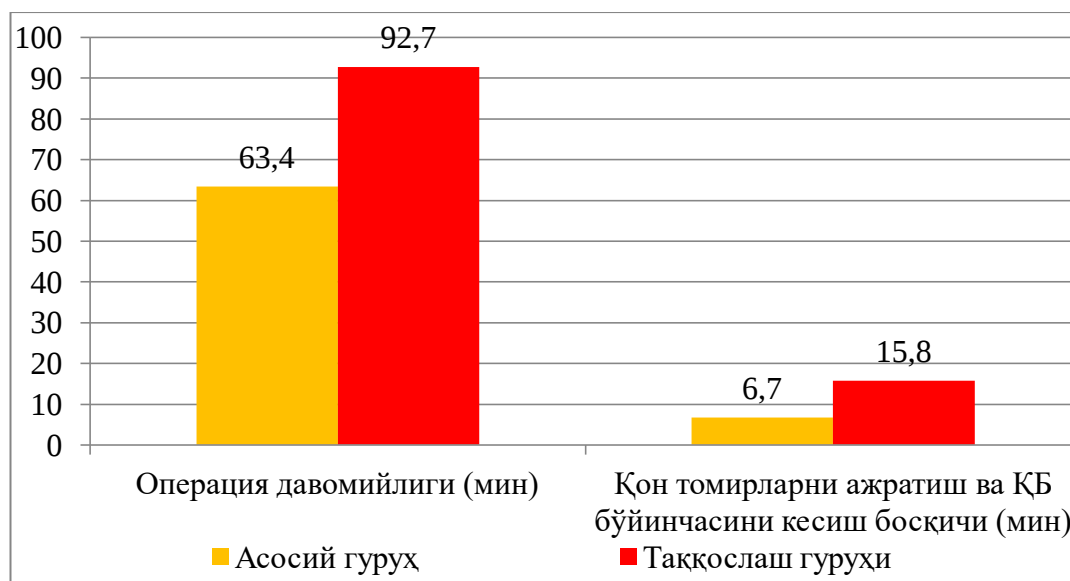
Без паренхимаси томирларига қисқичларни қўйиш орқали улар қайчи билан кесилди. ҚБ бўлақларининг шаклини сақлаб қолиш учун безни понасимон шаклда резекция қилишга ҳаракат қилинди. Безнинг бир қисмини резекция қилингандан сўнг, қон томирларини боғлаш орқали гемостазга текширилади. Мобилизация жараёнида қисқичлар визуал назорат остида фақат “қуруқ” жарроҳат майдонида қўлланилиб шундан сўнг бўлақ охиригача резекция қилинди (4.20-расм).



4.20- расм. Қалқонсимон безни трахеядан ажратиш (мобилизация) майда қон томирларни кесиш.

Шуни таъкидлаш керакки, ҚБ томирларини ажратиш ва трахеянинг олд юзасини кенг чиқаришни таъминлаш бу струмэктомиянинг қийин босқичларидан биридир. Бироқ, тавсия этилган такомиллаштирилган жароҳат кенгайтиргичдан фойдаланиш операция босқичларини сезиларли даражада осонлаштирди. Натижада қийин босқичлар давомийлиги $15,8 \pm 0,9$ дан $6,7 \pm 0,5$

дақиқагача қисқарди ($p < 0,001$). Шунга кўра, умумий операция вақти $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ дақиқагача қисқарди ($p < 0,001$) (4.21-расм).



4.21-расм. Таққосланган гуруҳларда операция давомийлигининг солиштирма кўрсаткичлари (мин)

Шундай қилиб, буқоқнинг токсик шакллари жарроҳлик амалиётида атиги 11,6% да тугунли шакллари, қолган 88,4% да буқоқнинг диффуз, аралаш ва рецидив шакллари учрайди. Ушбу татбиқ қилинган жароҳат кенгайтиргич қон кетиш, трахея ва ҳиқилдоқ қайтувчи нервини шикастланиши каби интраоперацион асоратлар хавфини камайтиришга имкон берди.

Ишнинг бошида ДТБ билан ҚБ қолдиқ тўқималарнинг миқдори, безнинг ўлчамлари, тиреотоксикознинг оғирлик даражаси, стромада лимфоид инфильтрация ривожланиши ва беморнинг ёшига кўра ҳисобланган. Тиреотоксикоз даражаси қанчалик оғир бўлса ва беморнинг ёши қанчалик катта бўлса, тўқималардан камроқ қолдирилди. Шунингдек, ҚБ қолдиқ ҳажмини аниқлаш ва ўлчамини ҳисоблаш учун портатив ультратовушдан фойдаланилди, бу ҳам жарроҳлик аралашуви ва анестезия даврининг узайишига олиб келди.

Рецидив ва операциядан кейинги гипотиреознинг олдини олиш учун ҚБ тўқималарининг қолдиқ ҳажми 3 дан 10 мм гачани ташкил қилди (4.22-расм). ҚБ резекциясидан кейин қисқичларда қолган майда томирлар боғланди, сўнгра

медиал ва латерал варақлар фасцияларини безнинг қолган паренхимаси билан тикиб чўлтоқ шакллантирилди.



4.22- расм. Субтотал, субфасциал струмэктомиядан кейин очилиб қолган трахея.

Бир томонлама токсик аденомада операциянинг ўзига хос хусусияти шундаки, операциядан олдинги қўшимча текширишларга кўра, ҚБ нинг қарама-қарши бўлагида тугунли ҳосилалар бўлмаганида ажратилгандан кейин ҚБни боғлашдан олдин унинг понасимон шаклда кесишни амалга оширдик, бу тугунли ҳосилалар мавжуд ёки мавжуд эмаслигини аниқлашга имкон берди. Агар патология бўлмаса, гемостаздан кейин без бўлагининг капсуласи тикилди. Агар бўлакда тугунлар топилса у ҳолда субтотал субфасциал резекция бажарилди.

Агарда тугунли ҳосилалар ҚБ паренхимасини тўлиқ эгаллаган бўлса тотал струмэктомия ёки бўлакни бутунлай олиб ташлаш билан амалга оширилди.

Резекциядан сўнг, олиб ташланган қалқонсимон тўқималари шошилинич гистопатологик текширувга юборилди (4.22-расм). Операциядан кейин жароҳатни тикиш фақат гистологнинг хулосасини олгандан кейин бошланди.



4.22-расм. Олинган ҚБ тўқимаси интраоперацион экспресс биопсия учун материал бўлди

Жароҳат 0,9% натрий хлорид эритмаси билан ювилди, гемостазга текширилди. Ярага резина чиқаргич қолдирилди. ҚБ нинг кесилган олдинги мушаклари қаватма-қават тикланди аммо ёпқич мушак тикилмади. Сўнгра, тери остига косметик чоклар қўйилди (4.23-расм).



4.23-расм. Тери ости косметик чоклари

Операциядан кейин жароҳатни даволаш белгиланган схема бўйича амалга оширилди. Операциядан кейинги биринчи суткада, резина чиқаргичнинг 1/2 қисми тортилди. Операциядан кейинги 2- суткада жароҳатда оқма аниқланмаса резина чиқаргич бутунлай олиб ташланди (4.24-расм).



а)



б)

4.24- расм. Бемор Ш., 45 ёш, касаллик тарихи рақами 11329/937, диффуз токсик буқоқ V даражаси, тиреотоксикоз оғир даражаси диагнози билан.

Эутиреозгача консерватив бартараф этилган тиреотоксикоз. Бемор кўриниши: а) операциядан олдин; б) операциядан 7 кун ўтгач

Клиник мисол:

Бемор Д., 23 ёш, амбулатор карта №498. 2018-йил 12-декабр куни поликлиникага бўйин олд соҳасидаги ўсмасимон ҳосиланинг борлигига, шу соҳадаги ноқулайлик ҳиссига, ҳансирашга, ютинишининг бузилишига, юрак ўйнаши ва асабийлашиши каби шикоятлар билан ётқизилган. Бўйиннинг олдинги соҳасида ўсмага ўхшаши ҳосила тахминан 8 йил олдин пайдо бўлган. Сўнги йилларда ҳансираш ва юрак ўйнаши кучайган, у эндокринолог назоратида бўлиб турган. Эндокринолог тиреостатик препаратларни буюрган ва жарроҳлик йўли билан даволанишни тавсия этган.

Беморнинг умумий ҳолати ўртача оғирликда, тери қопламалари оч пушти рангда, тоза, Икки томонлама ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, Ps ритмик, дақиқасига 110 та. Тил нам. Қорни одатдагидек, нафас олишда иштирок этади, палпацияда юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ҳожатлари регуляр.

Локал кўрикда бўйин олдинги соҳаси конфигурацияси ўзгарган, ўсмасимон ҳосила аниқланади, палпацияда юмшоқ-эластик консистенцияли, кам

ҳаракатчан, оғриқсиз, ўлчами $10,0 \times 12,0$ см. Шу соҳада тери нам, гиперемия белгилари аниқланмайди. (4.25-расм).



4.25- расм. Бемор Д., 23 ёшда. Диагноз: Диффуз токсик буқоқ V даражаси (Николаев О.В. бўйича). Тиреотоксикоз II даражаси

Умумий қон таҳлили: Нв- 106 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $8,7 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3'50''-4'00'', п.-3%, с.-65%, эоз.-3%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-5 мм/ч, Нt-24.

Умумий қон биохимияси: бил.-12,65 ммоль/л, боғланган.-4,27 ммоль/л, АЛТ-0,46 ммоль/л, АСТ-0,16 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.оқсил-60,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: ўчоқли патологиялар аниқланмади.

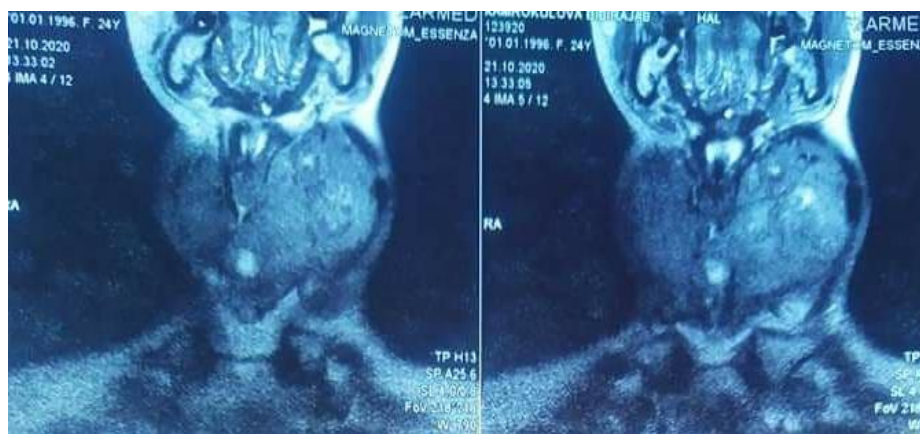
Ультратовуш: ҚБ тўқима структурасида диффуз катталашган ўлчами 117×148 мм (4.26-расм).

МСКТ Бўйин соҳаси. бўйиннинг олд соҳасида ҚБ 112×146 мм диффуз катталашган (4.27-расм).

Цитологик хулоса ҚБ тўқималарида пролифератив ўзгаришларсиз, паст цилиндрик эпителий билан қопланган майда фолликулалар аниқланади.



4.26- расм. Бемор Д., 23 ёш. Қалқонсимон без ультратаровуш текшируви



4.27-расм. Бемор Д., 23 ёш. Бўйиннинг МСКТ текшируви

Клиник диагноз: Диффуз токсик буқоқ V даражаси (О.В. Николаев бўйича). Тиреотоксикоз II даражаси, беморни операцияга тайёрлаш мақсадида консерватив терапия буюрилган. Икки ойдан кейин қайта текширилганда, беморнинг тиреостатик ҳолати эутиреоз ҳолатигача тушган.

2019-йил 14-феврал куни Бемор Д. 24 ёш (К/Б 2093/184) Диагноз: “Диффуз токсик буқоқ V даражаси. Эутиреозгача консерватив бартараф этилган тиреотоксикоз диагнози билан” Субтотал, субфасциал струмэктомия” операцияси бажарилди. Операция пайтида олинган қалқонсимон без тўқимасидан экспресс биопсия ўтказилди, унда қалқонсимон без тўқималарининг пролиферациясиз, бириктирувчи тўқималарнинг ўсиши аниқланди.

Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди, жароҳат бирламчи битди. Беморга 2019-йил 19-феврал куни нисбатан қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди ва яшаш жойида эндокринолог назоратида туриш тавсия этилди.



*4.28. - расм. Макропрепарат
Қалқонсимон без ўнг бўлагидан
олинган тугун*



*4.29. - расм. Операциядон кейин
териға косметик чоклар*

§ 4.3. Боб бўйича хулоса

ҚБнинг тўқималарида морфологик ўзгаришлар ривожланиши тўғридан-тўғри аутоиммун жараённинг фаоллик даражасига боғлиқ. Юқори даражада аутоиммун стимуляция фонида морфологик ўзгаришлар кузатилади шунингдек эпителий ўзгариши ва пролиферацияси жараёнлари устунлик қилади. Бу ўз навбатида ҚБ тўқималарида гиперпластик жараёнларнинг ривожланишига ёрдам беради, бу доимий юқори аутоиммун стимуляция фонида резекция усуллари амалга ошириш тиреотоксикозни рецидивланишига олиб келади. Бундан келиб чиқадики, ҚБ тўқимасидан ушбу гистоморфологик ҳолатда қолдириш тавсия этилмайди.

Агар қалқонсимон без тўқималарида склероз жараёни ва сустр пролифератив ўзгаришлар аниқланса, ҚБ резекция қилингандан сўнг касалликнинг яна ривожланиши мавҳум, чунки фолликуллар склеротик тўқима билан алмашинганда паст титрли аутоиммун стимуляция фонида

тўқималарнинг гиперплазия ҳамда гиперфункцияси кейинги ривожланишига имкон бермайди.

Олинган натижаларга асосланиб, шундай хулосага келиш мумкинки, операциядан олдинги босқичда ИИАБ олинган маълумотлар тадқиқотда 88,3% ва ИЭБ - 94,4% ни ташкил этди.

Беморларнинг асосий гуруҳида ИИАБ ва ИЭБ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шаклларида жарроҳлик тактикаси солиштирилди.

Таклиф этилаётган жарроҳлик асбоби ёрдамида струмэктомия операциясининг техник усуллари такомиллаштирилди, шу билан бир қаторда операцияни бажариш техникасини соддалаштириш ва қалқонсимон без қолдиқ ҳажмини аниқлаш ва ўлчамни ҳисоблаш шунингдек, интраоперацион асоратлар хавфини камайтириш имконини беради. ҚБ томирларини ажратиш босқичлари ва трахеянинг олд юзасини кенг очиб беришни таъминлаш струмэктомиянинг қийин босқичларидан биридир. Бироқ, тавсия этилган асбобдан фойдаланиш операция босқичларини сезиларли даражада осонлаштирди.

Натижада операциянинг давомийлик муддати $15,8 \pm 0,9$ дан $6,7 \pm 0,5$ дақиқагача қисқарди ($p < 0,001$). Шунга кўра, операциянинг умумий вақти $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ дақиқагача камайди ($p < 0,001$).

V БОБ. ТОКСИК БУҚОҚ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

§5.1 Операциядан кейинги эрта даврда хирургик даволаш натижалари

Таққослаш гуруҳида токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларнинг даволаш натижаларини самарадорлигини баҳолашда асосий мезон қилиб қуйидаги параметрлардан фойдаланилди:

- Интраоперацион асоратлар;
- струмэктомия сабаби билан боғлиқ операциядан кейинги эрта асоратлар;
- Операциядан кейинги эрта даврда жароҳатдаги асоратлар.

Беморларнинг операциядан олдинги тайёргарлигини такомиллаштириш, жарроҳлик аралашуви ҳажмини морфологик асосланган ҳолда танлаш, операцияни бажариш техникаси ва ушбу текширишлар доирасида ишлаб чиқилган ва амалга оширилган бошқа янгиликлар шу тоифадаги беморларни бошқаришнинг бевосита натижаларига таъсир қилиши мумкин эди. Таққослаш гуруҳининг 3 (5,8%) нафар беморида интраоперацион қон кетиши қайд этилган, ушбу 3 ҳолатда ҳам қон техник қийинчиликлар билан тўхтатилган. Операция пайтида қон кетиш сабаби ва уни тўхтатишнинг техник қийинчиликлари қуйидаги омиллар билан боғлиқ: 1. Ушбу 3 беморнинг барчаси операциядан олдинги даврда дори воситалари ва йод препаратларини (люгол 1% эритмаси) нерегуляр қабул қилганлиги туфайли юзага келган; 2. Узоқ вақт давомида тиреостатиклар қўлланилганлиги натижасида қалқонсимон без тўқималарининг бўшаши сабабидан операция пайтида кучли қон кетиш кузатилди; 3. Операция пайтида жароҳатни етарли даражада очик (экспозиция) бўлмаслиги.

Операциядан кейинги эрта даврда струмэктомия билан боғлиқ асоратларга қуйидагилар киради: гематома ривожланиши билан қон кетиш (1-0,9%), хиқилдоқ қайтувчи нервнинг вақтинчалик парези (2-1,8%), гипопаратиреоз (2-1,8%) ва тиреотоксик криз (ТТК) (4-3,6%) (5.1-расм).

5.1-жадвал

**Буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда операциядан кейинги
эрта вақтда асоратлар частотасини қиёсий таҳлил қилиш.**

Асоратлар кўриниши		Беморлар гуруҳи				Жами, n=112	
		Таққослаш гуруҳи, n=52		Асосий гуруҳ, n=60			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Интраоперацион асоратлар							
Қон кетиш		3	5,8	1	1,7*	4	3,6
Струмэктомия билан боғлиқ операциядан кейинги эрта асоратлар							
Тиреотоксик криз		4	7,7	-	-	4	3,6
Гематома ривожланиши билан қон кетиш		1	1,9	-	-	1	0,9
Ҳикилдоқ қайтувчи нервнинг транзитор парези		1	1,9	1	1,7*	2	1,8
Гипопаратиреоз	Транзитор	-	-	1	1,7	1	0,9
	Перманент	1	1,9	-	-	1	0,9
Операциядан кейинги эрта даврда яра асоратлари							
Жароҳат томонидан келиб чиқадиган асоратлар		-	-	1	1,7	1	0,9
Жами асоратлар		10	19,2	4	6,7***	14	12,5
Асоратланган беморлар сони		8	15,4	4	6,7*	12	10,7

Эслатма: * - таққослаш гуруҳи маълумотларига нисбатан тафовут сезиларли (* - $P<0,05$, *** - $P<0,001$).

ТТК таққослаш гуруҳидаги 4 (7,7%) беморда аниқланди, шунингдек таққослаш гуруҳидан 10 нафар беморда, консерватив терапияни нерегуляр қабул қилганлиги сабабли унинг самарасизлиги ёки дори препаратлари таъсирида бартараф этилмаслиги ва консерватив терапиянинг асоратлари қайд этилган. Худди шу сабабларга кўра тиреостатик препаратларини қабул қилмаган асосий гуруҳдаги 14 (23,3%) нафар беморда тиреостатик ҳолат ПФ қўшимча озонланиши билан плазма БЭКО натрий гипохлорит билан

эутиреозгача баратараф этилди операциядан кейинги даврда тиретоксикоз аниқланмади, беморларнинг ушбу гуруҳлари ўртасида операциядан кейинги эрта даврда жарроҳлик даволаш натижалари қиёсий таҳлил қилдик. Операциядан кейин тиреотоксик кризнинг ривожланиш эҳтимолини назорат АҚБ, пульс ва тана ҳароратини назорат қилиш орқали амалга оширилди. ҚБда операция қилинган беморларнинг аксарият қисмини умумий ҳолати операциянинг 3 суткаси қоникарли ёки ўртача оғирликда деб топилди. Таққослаш гуруҳидаги атиги 4 нафар беморда ривожланган ТТК ва ҳамроҳ касалликлари туфайли оғир аҳволда бўлган. Турли клиникаларда буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморлар орасида операциядан кейин ПФ қўшимча озонланиш билан плазмадаги БЭХО натрий гипохлорит билан биргаликда тайёрланган ёки уларсиз яъний дори-дармонлар билан тайёрланганларини қайд этдик. Асосий ва таққослаш гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги асоратларнинг табиати 5.2-жадвалда келтирилган, шундан кўриниб турибдики, медикаментоз тайёрланган токсик буқоқ бўлган 4 нафар беморда операциядан кейин ТТК кузатилган аммо плазмаферез ёрдами билан операцияга тайёрланган беморларда ТТК қайд этилмаган.

5.2-жадвал

Тайёргарлик усулига қараб, буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар белгиланган

Асоратлар характери	Беморлар сони			
	Асосий гуруҳ, беморларни операцияга тайёрлаш ПФ + БЭХО (n=14) тайёрлаш		Таққослаш гуруҳи, беморларни операцияга медикаментоз тайёрлаш (n=10)	
	абс.	%	абс.	%
Тиреотоксик криз	-	-	4	40,0
Тахикардия	1	7,1	4	40,0
АҚБ қўтарилиши	-	-	4	40,0
Титроқ аритмия	-	-	3	30,0

Гипертермия	-	-	3	30,0
-------------	---	---	---	------

Клиник мисол.

Бемор Р., 56 ёш к/т 11045/1135, 22.11.2017 йилдан 03.12.2017 йилгача стационар шароитда даволанган: Диагноз: Диффуз токсик буқоқ III даражаси, оғир даражали тиреотоксикоз, консерватив бартараф этилган тиреотоксикоз хуружи. Бемор бўйин ҳажмининг катталашиши, асабийлашиши, умумий ҳолсизлик, юрак ўйнаши, АҚБ нинг даврий кўтарилиши, озишга шикоят қилади.

Бемор анамнезидан 10 ойдан буён хасталигини, касаллиги бўйин ҳажмининг катталашиши, 10 кг гача озишга шу билан бирга артериал қон босими баъзан кўтарилиши, юрак ўйнаши, қизиб кетиш шикоятлари билан бошланганини айтади. Текширишлардан сўнг қўйилган диагноз: Диффуз токсик буқоқ. 7 кун давомида мерказолил билан даволанган. Даволанишдан кейин натижа бўлмаган. Бемор қабул вақтида 15.11.2017 йилда ҚБ гормонлари: T_4 - 150,5 нмол/л, T_3 - 2,3 нмол/л; ТТГ-0,13 мМЕ/л. Беморга операция таклиф этилди. Операциядан олдин: преднизолон 30 мг; обзидан 2,0 мл вена ичига; Люгол эритмаси препаратлари ёрдамида операцияга тайёрланди. 03.12.2017 йил куни беморга ҚБ субтотал субфасциал резекция операцияси бажарилди. Операция вақтида қон босими ва пулс стабил сақланиб турди. Операциянинг 2-кунида тахикардия дақиқасига 100 тадан кўпроқ, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиб, тана ҳарорати 38°C дан ошди. ҚБ гармонлари: T_4 - 210 нмол / л; T_3 -3,9 нмол/л; ТТГ - 2,3 мМЕ/л. Беморга атенолол, обзидан, преднизолон, седатив препаратлар ва 3 сеанс дискрет плазмаферез ўтказилган сўнг ҚБ гормонлари: T_4 - 130 нмол/л; T_3 - 2,3 нмол/л; ТТГ-2,1 мМЕ/л гача тушди. Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди.

Операция қилинган ҳар иккала гуруҳдаги беморларда ҳам операциянинг 2-3 кунида тана ҳароратининг кўтарилиши қайд этилди. Шунингдек бу ҳолат асосий гуруҳдаги беморларда тахминан 1 сутка давом этган бўлса, консерватив тайёрланган таққослаш гуруҳидаги беморларда 2 сутка (касалликнинг 2-3 куни) давом этди. Операциядан кейин беморларда тана ҳароратнинг ошишини

операция вақтида безга етказилган жароҳатга нисбатан жавоб реакцияси ёки жароҳатни операциядан кейинги ўзига хос хусусиятлари билан ҳам изоҳлаш мумкин. Жароҳатда гематома шаклланиши 1 (0,9%) беморда аниқланган. Гематома зонд билан дренажлангандан сўнг қайта операция қилишга ҳожат қолмади.

§5.2. Операциядан кейинги кечки даврда буқоқнинг токсик шакллари хирургик даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш

Буқоқнинг токсик шакллари билан операция қилинган 112 беморнинг 82 (73,2%) тасида узоқ муддатли натижалар таҳлил қилинди (5.3 жадвал). Беморлар фаол равишда, хатлар ёрдамида чақирилган ва СамДМУ кўп тармоқли клиникасининг архив материаллари ҳамда касаллик тарихлари синчиковлик билан ўрганилди.

5.3-жадвал

Операция қилнган беморларда узоқ муддатли натижаларни ўрганиш вақти, абс. (%)

Беморлар гуруҳи	Барча операция бўлган беморлар	Узоқ муддатли натижалари ўрганилган беморлар	Кузатиш вақти, йил			
			1	1-3	3-6	6-10
Таққослаш гуруҳи (2012- 2016)	52	37 (71,1)	1 (2,7)	6 (16,2)	9 (24,3)	21 (56,7)
Асосий гуруҳ (2017-2021)	60	45 (75,0)	6 (13,3)	21 (46,7)	18 (40,0)	-
Жами	112	82 (73,2)	7 (8,5)	27 (32,9)	27 (32,9)	21 (25,6)

Операциядан сўнг асосий эътибор касалликнинг давомийлигига, тиреоид гормон препаратлари ҳамда медикаментоз даволашга қаратилди. Операция ҳажми, касалликнинг клиник-морфологик хусусияти, хирургик даволашнинг

яқин ва узоқ муддатдаги натижалари ўрганилди. Узоқ натижалар 1 йилдан 10 йилгача бўлган муддатда ўрганилди. Шу билан бирга, 48 (58,5%) беморнинг тақдири 3 йилдан ортиқ вақт давомида кузатилган, бу касалликнинг клиник жиҳатдан аҳамияти рецидивланиши ёки гипотиреознинг якуний шаклланиши учун етарли. 3 йилдан ортиқ вақт давомида таққослаш гуруҳида 81,1%, асосий гуруҳда-40,0% кузатилган (5.3 жадвал). Узоқ муддат давомида текширилган беморларнинг таркибида тахминан улушлар тенг (71,1 ва 75,0%) ҳар иккала таққосланган гуруҳнинг вакиллари мисолида айтиш мумкин. Буқоқнинг токсик шакллари учун жарроҳлик аралашув самарадорлигини тавсифловчи асосий кўрсаткичлардан бири бу тиреотоксикознинг қайталаниш даражасидир. Узоқ вақт давомида текширилган 82 беморнинг 10 (12,2%) нафарида тиреотоксикознинг қайталаниши қайд этилган бўлиб шундан 9 (10,9%) нафари таққослаш гуруҳидан, 1 нафари (1,2%) асосий гуруҳдан (мезон $\chi^2 = 4.692$; $p=0,031$) (5.4-жадвал).

5.4-жадвал

Буқоқнинг токсик шаклларидаги рецидивланиш даражаси

Рецидивланиш хусусиятлари	Таққослаш гуруҳи (n=37)		Асосий гуруҳ (n=45)		Жами (n=82)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Токсик аденома	3	8,1	1	2,2	4	4,9
Кўп тугунли токсик буқоқ	6	16,2	-	-	6	7,3
Жами	9	24,3	1	2,2	10	12,2
Мезонлари χ^2	Df=1; $\chi^2 = 4.692$; $p=0,031$					

7 (18,9%) ҳолатда таққослаш гуруҳидаги беморларда рецидив сабабларини таҳлил қилинганда, IV бобда айтилиб ўтилганидек, рецидивнинг сабаби токсик қалқонсимон без тўқималарининг пролифератив ўзгариши билан орган сақловчи операция эди, қолган 2 та ҳолатда (5,4%), тиреотоксикознинг қайталаниши ҚБ тўқималарининг пролиферациясиз ўзгаришига қарамай,

безнинг эканом резекцияси, шунингдек, операция вақтида қон кетиш, буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни етарли даражада тайёрламаганлиги сабабли кузатилди. Беморларнинг асосий гуруҳида рецидивнинг қайд этилиши 1 (2,2%) ҳолатда кузатилиб ҚБ тўқималарининг пролифератив ўзгариши ва гемитиреоидэктомия билан боғланди, бу ерда операциядан кейинги узок даврда контрлатерал бўлакда рецидив токсик аденома қайта ривожланди. Бу ҳақиқат яна бир бор ҚБ тўқималарида пролифератив ўзгаришлар бўлганда орган сақлаш операциясининг самарасизлигини таъкидлайди.

Операциядан кейинги узок даврда гипотиреоз ҳам даволашнинг нисбатан қониқарсиз натижаси деб ҳисобланади. Касалликнинг клиник кўринишида тиреоид гармонларнинг доимий етишмаслиги шунингдек беморнинг ёши ва ҳамроҳ касалликларининг мавжудлигига қараб сезиларли даражада ўзгарди. ҚБни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаганидан кейин гипотиреоз қанчалик тез ривожланса, клиник симптомлар шунчалик тез юзага келади. Бошқа томондан, гипотиреознинг давомийлиги ва интенсив оғирликда кечиши, клиник жиҳатидан индивидуал бўлади. Яна бир томондан, мутлақо аниқ гипотиреоз ҳеч қандай клиник кўринишга эга бўлмасдан тасодифан аниқланган бўлиши мумкин, бошқа томондан, субклиник гипотиреоз билан касалланган баъзи беморлар асоратланган оғир гипотиреозга хос бўлган кўплаб шикоятларни айтишлари ҳам мумкин (5.5-жадвал).

5.5-жадвал

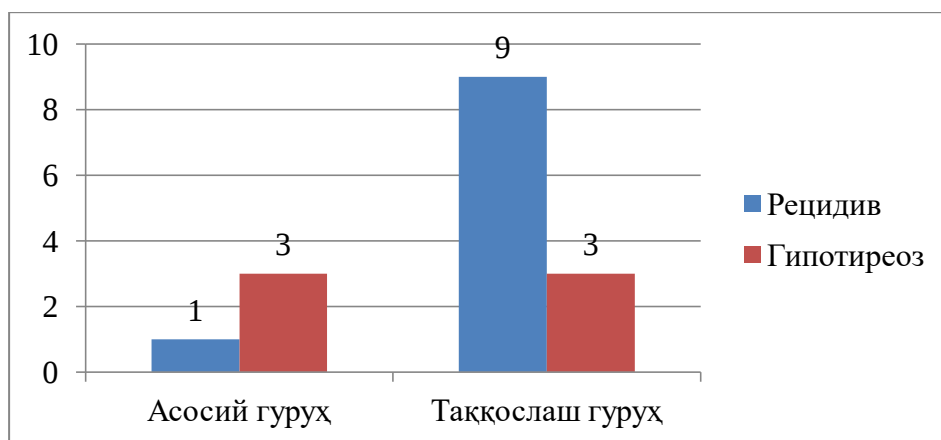
Қалқонсимон без операцияларидан кейинги дастлабки гипотиреоз

Тизимлар бўйича клиник кўриниши	Таққослаш гуруҳи n=37		Асосий гуруҳ n=45		Жами n=82	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нерв тизими	1	2,7	1	2,2	2	2,4
Юрак-қон томир тизими	-	-	1	2,2	1	1,2
Меъда ичак тракти	1	2,7	-	-	1	1,2
Нафас олиш тизими	1	2,7	-	-	1	1,2

Аёлларда жинсий фаолиятни бузилиши	1	2,7	-	-	1	1,2
Энергия алмашинувининг бузилиши	1	2,7	1	2,2	2	2,4
Бошқа клиник кўринишлар	5	13,5	3	6,7	8	9,7
Жами беморлар	3	8,1	2	4,4	5	6,1
Мезонлари χ^2	Df=1; $\chi^2 = 4.692$; p=0,031					

5.5-жадвалдан кўриниб турибдики, операциядан кейинги кечги даврда таққослаш гуруҳидан 3 нафар, асосий гуруҳдан 2 нафар беморда гипотиреознинг икки ёки ундан ортиқ белгилари мавжуд бўлган.

Шундай қилиб, ИИАБ ёки Экспресс-биопсия хулосасига кўра қалқонсимон безни олиб ташлаш ҳажмини ҳисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шаклларида операция тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм операциядан кейинги асоратлар частотасини 15,4% дан (таққослаш гуруҳидаги 8 бемор) 6,7% гача камайтириш орқали кўрсатиладиган ёрдам сифатини яхшилашга имкон берди. (асосий гуруҳдаги 4 бемор) (мезон $\chi^2 = 4.954$; Df=1; p=0,027) ва операциядан кейинги даврда қониқарсиз натижалар 23,1% дан (таққослаш гуруҳидаги 12 бемор) 6,7% гача (асосий гуруҳдаги 3 беморда) (5.1 расм) (мезон $\chi^2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).



5.1- расм. Операциядан кейинги кечги даврда қониқарсиз натижалар пайдо бўлиш частотаси

§5.3. Буқоқнинг токсик шакллари билан ўтказилган операциялардан сўнг беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш

2023 йилда ишлаб чиқилан дастур (“Токсик буқоқ туфайли струмэктомия ўтказган беморларни ҳаёт сифатини аниқлаш дастури”) бўйича қалқонсимон безда операция қилинган беморларнинг объектив ва субъектив белгилари, инструментал текширишга асосланган маъмуломотлар асосида жисмоний, руҳий ва ижтимоий кундалик фаолиятида ҳаёт сифатини баҳоланди (5.6 - 5.7-жадвал., 5.2 - расм). Операциядан кейинги даврда беморлардан йиғилган объектив ва субъектив белгиларга асосланиб олинган баллар йиғиндиси бўйича ҳар бир беморнинг ҳаёт сифати баҳоланди. 81 дан 100 гача балл тўплаган беморлар “аъло”, 61 дан 80 гача балл “яхши”, 41 дан 60 гача балл “қониқарли” ва 40 дан паст балл тўплаган беморлар “қониқарсиз” деб баҳоланди.

5.6-жадвал

Қалқонсимон без операцияларидан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлашда объектив мезонлар

№	Мезонлари	Характерли мезонлари	Балл
1.	Инструментал текширишлардаги маълумотларга кўра операциядан кейинги соҳаларнинг ҳолати (УТТ, КТ, МРТ)	Бўйин олд соҳаси лимфа тугунларининг катталашиши	3
		Операция қилинган ҚБ да тугунли ҳосилалар	7
		Патология аниқланмади	10
2.	Қонда қалқонсимон без гормонлари	Ошган	3
		Камайган	7
		Нормада	10
3.	Бўйин олд соҳасини объектив текшириш	Жароҳат битмаган (лимфорея)	3
		Операциядан кейинги кўпол чандиқ	7
		Операциядан кейинги чандиқ	10

4.	Олинган ҳосиланинг патологоанатомик хулосаси	Атипик тўқималар мавжуд	3
		ҚБ тўқимаси яллиғланган	7
		ҚБ тўқимаси яллиғланиш белгиларисиз одатдагидек	10
5.	Нафас олиш тизимининг функционал ҳолати	Нафас етишмовчилиги	3
		Физик зўриқишда нафас олишнинг қийинлашиши	7
		Патология аниқланмади	10

Объектив белгиларини баҳолаш

1. Тўлиқ соғайиш 40-50 балл
2. Клиник соғайиш 30-39 балл
3. Клиник томондан яхшиланиши 20-29 балл
4. Клиник томондан ёмонлашиши 0-19 балл

5.7-жадвал

Қалқонсимон без операцияларидан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлашнинг субъектив мезонлари

№	Мезонлари	Характерли мезонлари	Балл
1.	Беморнинг умумий аҳволини қандай баҳолайсиз?	Қониқарсиз	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
2.	Операциянинг косметик кўринишига фикрингиз қандай?	Қониқарсиз	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
3.	Операция натижаларини қандай баҳолайсиз?	Қониқарсиз	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7

		Аъло	10
4.	Жисмоний фаоллигингизни қандай баҳолайсиз?	Қониқарсиз	0
		Қониқарли	3
		Яхши	7
		Аъло	10
5.	Операциядан кейин овознинг ҳолати?	Овоз йўқолиши	3
		Овоз буғилишининг мавжудлиги	7
		Ўзгаришларсиз	10

Субъектив белгиларни баҳолаш

1. Аъло 40-50
2. Яхши 30 – 39
3. Қониқарли 20 – 29
4. Қониқарсиз 0 – 19

Токсик буқоқ туфайли струмэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш дастури

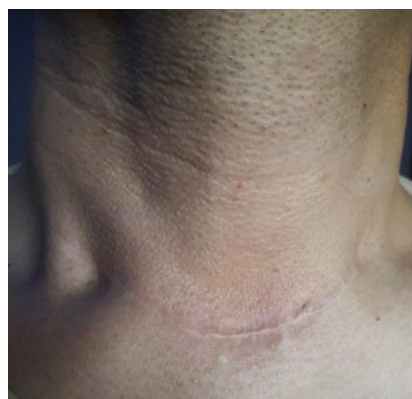
Объектив мезонлар:	Субъектив мезонлар	
Инструментал маълумотларга кўра операциядан кейинги соҳанинг ҳолати (УТТ, КТ, МРТ; ➤ Бўйин соҳасидаги лимфа тугунларнинг катталашishi ➤ Операциядан кейин ҚБ тугунлари ➤ Патология аниқланмади	Сиз умумий ҳолатингиз, соғлигингизни қандай баҳолайсиз?	
	✓ Ёмон ✓ Қониқарли	• Яхши • Аъло
Қонда ҚБ гармонлари; ➤ Ошган ➤ Камайган ➤ Нормада	Операциянинг косметик натижаси сизни қониқтирдими?	
	✓ Ёмон ✓ Қониқарли	• Яхши • Аъло
Бўйин олд соҳасининг объектив кўриги; ➤ Жароҳатнинг битмаслиги (Лифморей) ➤ Операциядан кейинги қўпол чандиқ ➤ Операциядан кейинги енгил чандиқ	Операция натижасини умуман қандай баҳолайсиз?	
	✓ Ёмон ✓ Қониқарли	• Яхши • Аъло

Олинган ҳосиланинг паталогоанатомик хулосаси; ➤ Атипик тўқималарнинг мавжудлиги ➤ ҚБ тўқимасининг яллиғланиши ➤ ҚБ яллиғланишсиз нормал тўқимаси	Жисмоний фаоллигини қандай баҳоладингиз?	
	✓ Ёмон ✓ Қониқарли	• Яхши • Аъло
Нафас олиш тизимининг функционал ҳолати; ➤ Нафас етишмовчилиги ➤ Жисмоний зўриқишда нафас олишнинг қийинлашуви ➤ Патология аниқланмайди	Операциядан кейин овозингиз ўзгарганми?	
	✓ Овоз йўқолган ✓ Овоз хирриллаши мавжуд	• Ўзгармаган
Баллар-88. Беморлар ҳаёт сифатини баҳолаш: (Аъло)	Баҳо:	

5.2- расм. Қалқонсимон безда бажарилган операциялардан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш дастури



а)



б)

5.3.расм. Бемор Ш. 47 ёшда, Диагноз: Диффуз токсик буқоқ V даражаси
а) Операциядан олдинги даврда бўйин олд соҳасининг кўриниши; б) операциядан кейинги узоқ даврда (бир йилдан кейин) бўйин олд соҳасининг кўриниши

Ишлаб чиқилган дастурга кўра, қалқонсимон без операциясидан кейин беморларнинг ҳаёт сифати операциядан кейинги кечки даврда кузатилган 82 бемордан 53 тасида (64,6%) баҳоланди (5.3-расм). Улардан 22 нафари таққослаш гуруҳидан ва 31 нафари асосий гуруҳдан (5.8 жадвал).

**Операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатини баҳолашга қараб
беморларнинг тақсимланиши**

Текширилган гуруҳлар	Баҳолаш							
	Аъло		Яхши		Қониқарли		Қониқарсиз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Таққослаш гуруҳи (n=22)	4	18,2	14	63,6	3	13,6	1	4,5
Асосий гуруҳ (n=31)	26	83,9	4	12,9	1	3,2	0	0,0
Гуруҳлар орасида мезонлар χ^2	Df=3; $\chi^2 = 43.087$; $p < 0,001$							
Жами (n=53)	30	56,6	18	33,9	4	7,5	1	1,9

5.8-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳидаги беморларнинг ҳаёт сифати таққослаш гуруҳидагиларига нисбатан анча яхшиланди. Шундай қилиб, асосий гуруҳда аъло ва яхши натижалар 96,8% ни ташкил этди (31 беморнинг 30 тасида), таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 81,8% ни ташкил этди (22 беморнинг 18 тасида). Умуман олганда, барча натижалар бўйича асосий гуруҳдагилар энг ишончли қийматга эга бўлди (гуруҳлар ўртасида мезон $\chi^2 = 43.087$; Df=3; $p < 0,001$).

§5.4. Боб бўйича хулоса

Буқоқнинг токсик шакллари жарроҳлик йўли билан даволашни танлашга қиёсий ёндашув, жарроҳлик аралашувни амалга ошириш техникасини такомиллаштириш, жарроҳлик йўли билан киришда шикастланишни камайтириш ҳамда ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган ва жорий этилган бошқа янгиликлар бевосита натижаларни яхшилашга имкон берди. Шундай қилиб, 2012-2016 йилларга нисбатан операциядан кейинги кейинги эрта асоратларнинг частотаси 15,4% дан 6,7% гача, яъни деярли 3 бараварга камайди. Қон кетиш, хиқилдоқ қайтувчи нерви парези, гипопаратиреоз каби асоратлар жуда кам учради, хиқилдоқ қайтувчи нерви фалажи ва асфиксия каби оғир асоратлар бўлмади.

Операциядан кейинги кечги даврда тиреотоксикознинг қайталаниши 10 (12,2%) нафар беморда 10 йилгача бўлган кузатув вақтида ривожланди. Операциядан кейинги кечги даврда таққослаш гуруҳидаги 3 беморда, асосий гуруҳдаги 2 беморда гипотиреознинг икки ёки ундан ортиқ белгилари пайдо бўлди. Шундай қилиб, ИИАБ ёки экспресс-биопсия хулосасига кўра қалқонсимон безни олиб ташлаш ҳажмини ҳисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шакллари учун жарроҳлик ёндашув тактикасини танлашда ишлаб чиқилган алгоритм, операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 15,4% дан 6,7% гача ва операциядан кейинги даврда қоникарсиз натижаларни 23,1% дан 6,7% гача камайтириш орқали кўрсатиладиган ёрдам сифатини яхшилашга эришилди. Беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашда объектив ва субъектив маълумотларни, инструментал текшириш натижаларини ўз ичига олган дастур ишлаб чиқилган бўлиб улардан ҚБда бажарилган операциялардан кейин беморларнинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий кундалик фаолиятини баҳолашда фойдаланиш мумкин.

Ишлаб чиқилган дастурга кўра, операциядан кейинги кечги даврда кузатилган 82 беморнинг 53 (64,6%) нафарида операциядан сўнг беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланди. Шундан 22 нафари таққослаш, 31 нафари асосий гуруҳдан. Асосий гуруҳдаги беморларнинг ҳаёт сифати таққослаш гуруҳига нисбатан анча яхшиланди. Шундай қилиб, асосий гуруҳда аъло ва яхши натижалар 96,8% ни ташкил этди, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 81,8% ни ташкил этди. Умуман олганда, барча натижалар асосий гуруҳда ишончли ягона қийматга эга бўлди.

ХОТИМА

Сўнгги ўн йилликда дунё бўйлаб ҚБ касалликлари билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши кузатилмоқда, чунки ЖССТ маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 7 фоизида қалқонсимон без касалликлари мавжуд, қалқонсимон без касалликлари ичида буқоқнинг токсик шаклини учраш частотаси биринчи ўринда туради. Ўзбекистон Республикаси хусусан

Самарқанд вилояти, йод танқислиги профилактикаси бўйича амалга оширилаётган чора-тадбирларга қарамасдан, буқоқ касаллиги учун эндемик ҳудуд ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 19 апрелдаги» Республика аҳолисига 2019-2021 йилларда эндокринологик ёрдамни такомиллаштириш бўйича Миллий дастурни тасдиқлаш тўғрисида"ги ПҚ-4295 - сонли қарори ушбу муаммонинг долзарблигидан далолат беради.

Буқоқнинг токсик шакллари даволаш жарроҳликнинг мураккаб муаммосидир. Операциядан кейинги асоратларнинг ошиши ва кўп ҳолатларда операциядан кейин касалликнинг қайталаниши (15-44%), ҚБ саратонининг ривожланиши (7-16%), операциядан кейинги гипотиреоз (25-63%) жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги ва ишончлилиги етарли эмаслигини кўрсатади. Асоратларни келтириб чиқарадиган асосий омил бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, етарли даражада бажарилмаган операция, бошқа муаллифлар тугунли ҳосилаларнинг морфологик тузилишини ҳамда перинодуляр тўқималарда буқоққа хос ўзгаришлар борлигини кўрсатади. Буқоқнинг токсик шаклларида операциядан кейинги асоратлар хавфини аниқлайдиган омиллар бўйича ягона фикр йўқлиги ушбу тадқиқот учун асос бўлиб хизмат қилди. Тадқиқотнинг мақсади жарроҳлик ҳажмини танлашда қиёсий ёндашув ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш орқали токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларни даволаш сифатини яхшилаш эди. Тадқиқот материаллари 2012 йилдан 2021 йилгача Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг жарроҳлик бўлимига қабул қилинган буқоқнинг токсик шакллари бўлган 112 беморни даволаш натижалари асосида олиб борилди. Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинган. 2012-2016 йилларда таққослаш гуруҳидан 52 (46,4%) бемор операция қилинди. 2017 йилдан 2021 йилгача бўлган беморлар асосий гуруҳга киритилиб 60 (53,6%) нафар бемор кузатилди.

Беморларни текшириш асосан ЖССТ ва ЎзР ССВ томонидан тавсия этилган клиник стандартларга жавоб берди: - умумий клиник (бўйин соҳасини

текшириш, қалқонсимон безни палпация қилиш); -умумий клиник лаборатор текширувлар; -Қонда ҚБ гормонларини (микдорини) аниқлаш (ТТГ, Т₃, Т₄); -эндокринолог кўриги; - фонация бузилган ҳолатларда оториноларинголог маслаҳати.

Инструментал тадқиқот усуллари қуйидагиларни ўз ичига олган:- ҚБ ва бўйин лимфа тугунларини УТТ (барча 112 нафар беморда бажарилган);- бўйин органларини босилиши каби клиник кўринишлар мавжуд бўлганда кўкрак бўшлиғи рентгенографияси ва қўшимча кўкс оралиғи томографияси шунингдек қалқонсимон без скинтиграфияси қилинади. Токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда ҚБ ўлчами О.В. Николаев (1955) таснифи бўйича УТТ ва палпатор текширишга асосланган ҳолда баҳоланди. 43 (38,4%) беморда буқоқнинг токсик шакли II-III даражаси, 69 (61,6%) беморда IV-V даражаси ташхиси қўйилган. Стационардан олдинги босқичда токсик шаклдаги буқоқ бўлган беморларда консерватив терапия натижалари таҳлили ўтказилди. Консерватив терапия 8 та ҳолатда самара бермади, 5 беморда дори – препаратлари таъсирида баратараф этилмади, 3 беморда асоратлар (лейкопения, ошқозон-ичак тракти патологияси) кузатилди. Стационардан олдинги босқичда консерватив даво олган беморларда анамнез тўплаш тиреостатиклар: мерказолил, тирозол, преднизолон, дексаметазон билан ўтказилганлигини кўрсатди. касалликнинг барқарор ремиссияда сақлаб турадиган дозада препаратни қабул қилиш ва унинг муддатига кўра консерватив терапия вақтида кузатиладиган асоратлар частотасини таҳлил қилиниб борилди. Асосан бу асоратлар узок муддатда консерватив даволанишига қарамай самара бўлмаган беморларда пайдо бўлди. Таққослаш гуруҳидаги 10 нафар беморда консерватив терапия натижаларига қарамасдан, жарроҳлик аралашувлари ўтказилди. Операциядан олдинги тайёргарлик самарасизлиги сабабли, ДТБ билан оғриган 3 беморда (таққослаш гуруҳидаги жами беморларнинг 5,8% да) интраоперацион босқичда кўп қон кетиш, операциядан кейинги эрта даврда эса 4 (7,7%) нафар беморда ўртача ва оғир даражали тиреотоксик криз кузатилди.

Ушбу ҳолатларда буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш натижаларини яхшилашда янги ечимларни таклиф этилди. Асосий гуруҳдаги беморлар таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларга консерватив терапия қарши кўрсатма бўлиб ушбу беморларга плазмаферез (ПФ) плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенацияси (БЭКО) билан биргаликда натрий гипохлорит билан қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикация қилинган плазманинг реинфузиясидан фойдаланиш тўғри бўлади. Буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциядан олдинги тайёргарлик натижалари кўра буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш дастурини ишлаб чиқилди. Операция жараёнига ва жарроҳлик аралашув натижаларига таъсир қилувчи асосий омиллар ҳисобга олинди. Натижада беморларни операцияга тайёрлаш муддатини таққослаш гуруҳидаги 12 ойдан асосий гуруҳдаги 1 ойгача қисқартиришга эришилди. Бундан ташқари, лейкопения, агранулоцитоз ва овқат ҳазм қилиш трактидаги ҳамда тиреостатик препаратларнинг ҳам ножўя таъсири баратаф этилди. ҚБ тўқималарида морфологик ўзгаришларнинг ривожланиши тўғридан-тўғри аутоиммун жараённинг фаоллик даражасига боғлиқ. Юқори даражали аутоиммун стимуляцияда морфологик ўзгаришлар кузатилади, бу пролиферация кўпайиши ва эпителий трансформацияси жараёнларининг устунлигини кўрсатади. Натижада қалқонсимон без тўқималарида гиперпластик жараёнларининг ривожланишига ёрдам беради, бу юқори аутоиммун стимуляция фонида резекция усуллари бажариш тиреотоксикознинг қайталанишига олиб келиши мумкин. Бундан келиб чиқадики, ушбу гистологик ҳолатда ҚБ тўқимасини қолдириш мақсадга мувофиқ эмас. Агар қалқонсимон без тўқималарида аниқ склероз жараёни ва заиф пролифератив ўзгаришлар аниқланса, қалқонсимон безни резекция қилганидан кейин касалликнинг кейинги ривожланиши мавҳум, чунки фолликулларни склеротик тўқималар билан алмаштириш аутоиммун стимуляциянинг паст титри фонида тўқималарнинг гиперплазияси ва гиперфункциясининг янада ривожланишига ёрдам бермайди.

Олинган натижаларга асосланиб, операциядан олдинги босқичда ИИАБнинг маълумотли-лиги тўғрисида хулоса чиқариш мумкин, бу тадқиқотда 88,3% ни ИЭБ да 94,4% ни ташкил этди. Беморларнинг асосий гуруҳида ИИАБ ва ИЭБ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шаклларида жарроҳлик тактикаси солиштирилди. Таклиф этилаётган жарроҳлик асбоби ёрдамида струмэктомия бажаришнинг техник усуллари такомиллаштирилди, бу операцияни бажариш техникасини соддалаштириш ҚБ қолдиқ ҳажмини ва ўлчамларини ҳисоблаш шунингдек интраоперацион асоратлар хавфини камайтириш имконини беради. Қалқонсимон без томирларини ажратиш ва трахеянинг олд юзасини кенг қилиб очишни таъминлаш струмэктомиянинг қийин босқичларидан биридир. Бироқ, таклиф қилинган асбобдан фойдаланиш операция босқичларини сезиларли даражада осонлаштирди. Натижада, операциянинг қийин босқичлари даомийлиги $15,8 \pm 0,9$ дан $6,7 \pm 0,5$ минутгача қисқартиришга эришилди ($p < 0.001$). Шунга кўра, операциянинг умумий вақти $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ минутгача қисқартирилди ($p < 0.001$).

Буқоқнинг токсик шакллари хирургик даволашни танлашга қиёсий ёндашув, операция техникасини такомиллаштириш, жарроҳлик кесимида шикастланишларни камайтириш ва ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган ва жорий этилган бошқа янгиликлар буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни даволашда бевосита натижаларни яхшилашга имкон берди. Шундай қилиб, 2012-2016 йилларга нисбатан операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотаси 15,4% дан 6,7% гача, яъни деярли 3 бараварга камайди. Қон кетиш, хиқилдоқ қайтувчи нерви парези, гипопаратиреоз каби асоратлар кам миқдорда учрайди, хиқилдоқ қайтувчи нервининг доимий фалажи ва асфиксия каби асоратлар кузатилмайди. Операциядан кейинги кечги даврда тиреотоксикознинг қайталаниши 10 (12,2%) беморда 10 йилгача бўлган кузатув даврида ривожланган. Операциядан кейинги кечги даврда гипотиреоз таққослаш гуруҳида 3 беморда ва асосий гуруҳдаги 2 беморда гипотиреознинг икки ёки ундан ортиқ белгилари пайдо бўлган. Шундай қилиб, ИИАБ ёки экспресс-биопсия хулосасига кўра қалқонсимон безни олиб ташлаш ҳажмини

хисобга олган ҳолда, буқоқнинг токсик шаклларида хирургик тактикани танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотасини 15,4% дан 6,7% гача ва операциядан кейинги кечги даврда қониқарсиз натижаларни 23,1% дан 6,7%. гача камайтириш орқали кўрсатиладиган ёрдам сифатини яхшилашга имкон берди.

Беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашда объектив ва субъектив белгиларига, инструментал текшириш натижаларига асосланиб ишлаб чиқилган дастур бездаги бажарилган операциялардан сўнг беморларнинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий кундалик фаолиятини баҳолаш учун фойдаланилиши мумкин. Ишлаб чиқилган дастурга кўра, операциядан кейинги даврда кузатилган 82 беморнинг 53 (64,6%) нафари қалқонсимон без операцияларидан сўнг беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланди. Улардан 22 нафари таққослаш гуруҳидан, 31 нафари асосий гуруҳдан. Таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланди. Шундай қилиб, асосий гуруҳда аъло ва яхши натижалар 96,8% ни ташкил этди, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 81,8% ни ташкил этди. Умуман олганда, барча натижаларга кўра, асосий гуруҳда ишончли ягона қиймат олинган.

ХУЛОСА

1. Тиреотоксикознинг оғир шакллари ва тиреостатиклар таъсирида баратараф этилмаган беморлар гуруҳида плазмаферезнинг такомиллаштирилган усулини қўллаш эутиреозга эришишга, юрак кон-томир тизимининг фаолиятини нормаллаштиришга ва операциядан кейинги эрта даврда тиреотоксик криз ҳолатларини камайтиришга имкон берди.

2. Буқоқнинг токсик шаклини морфологик диагностика қилишда интраоперацион экспресс биопсиянинг информативлиги 94,4%, ИИАБ билан биргаликда - 98,1% гача ташкил қилди. Буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда қалқонсимон без тўқималаридаги ўзгаришларнинг морфологик диагностикасини клиник амалиётга жорий этиш жарроҳлик аралашувнинг оптимал ҳажмини танлаш имконини берди.

3. Таклиф Таклиф этилган жарроҳлик асбоби ёрдамида қалқонсимон безни ажратиб олиш техникаси сезиларли даражада яхшиланишига ва шу билан операцияни бажариш техникасини соддалаштиришга, ҚБ қолдиқ ўлчамлари ва ҳажмини ҳисоблаб, интраоперацион асоратлар хавфини камайтиришга ҳамда операция давомийлигини $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ дақиқагача ишонарли қисқартиришга ($p < 0.001$) эришилди.

4. Ишлаб чиқилган буқоқнинг токсик шакллари учун жарроҳлик операция ҳажмини танлаш алгоритми операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотасини 15,4%дан 6,7гача ва операциядан кейинги узоқ даврда қониқарсиз натижаларни 23,1%дан 6,7%гача камайтиришга имкон берди. Шу билан бирга, қалқонсимон бездаги жарроҳлик амалиётидан сўнг беморларнинг ҳаёт сифати таҳлил қилинганда, аъло ва яхши натижалар асосий гуруҳдаги беморларнинг 96,8%да, таққослаш гуруҳида эса - 81,8% ҳолатларда кузатилди ($\chi^2 = 43,087$; $Df = 3$; $p < 0,001$).

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Тиреотоксикознинг Тиреотоксикознинг оғир даражаси бўлган беморларни операциягача тайёрлашда консерватив даволаш қарши кўрсатма бўлиб ушбу беморларга плазмаферез қўшимча озонланиш билан натрий гипохлорит ёрдамида плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенацияси билан биргаликда ва кейинчалик детоксификация қилинган плазманинг реинфузияси тавсия этилади.

2. Буқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда қалқонсимон без тўқималарида пролифератив ўзгаришлар мавжуд бўлса органсақлаш операциялар самарасиз бўлиб, бу касалликнинг қайталанишига сабаб бўлади.

3. Таклиф этилган жарроҳлик асбоби ёрдамида қалқонсимон безни ажратиб олиш техникаси сезиларли даражада яхшиланишига ва шу билан операцияни бажариш техникасини соддалаштиришга, ҚБ қолдиқ ўлчамлари ва ҳажмини ҳисоблаб, интраоперацион асоратлар хавфини камайтиришга ҳамда операция давомийлигини қисқартирилишига олиб келади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдулхабирова Ф.М., Ванушко В.Э., Солдатова Т.В., Трошина Е.А. Узловой зоб // Методическое пособие. Consilium medicum. - 2019. - № 12. - С.23-30.
2. Абрамова Н.А., Фадеев В. В., Герасимов Г. А., Мельниченко Г. А. Зобогенные вещества и факторы. (Обзор литературы) // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2006. – Т. 2. - № 6. – С. 21–32.
3. Александров Ю.К., Пампутис С.Н., Оралов Д.В. Применение ультразвукового исследования при дифференциальной диагностике аденом щитовидной и околощитовидных желез // Вестник ЮУрГУ. – 2010. – № 24. – С. 38–40.
4. Александров Ю.К., Сергеева Е. Д., Сенча А.Н. Изменения в показаниях к тонкоигольной биопсии тиреоидных узлов // Материалы 22 (24) российского симпозиума с международным участием. “Эндокринная хирургия 2003–2014 гг.”. – СПб. - 2014. – С. 102–103.
5. Александров Ю.К., Сергеева Е. Д., Сенча А. Н. Пересмотр показаний для биопсии узлов щитовидной железы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2015. – № 1. – С. 23–27.
6. Аристархов В.Г., Данилов Н. В., Шилова М. И. К вопросу об объеме хирургического вмешательства у пожилых пациентов при узловой патологии щитовидной железы // Материалы 22 (24) Российского симпозиума с международным участием «Эндокринная хирургия 2003–2014 гг.». – СПб. - 2014. – С. 13–15.
7. Ахмедова Ю.С. Результаты применения лазериндуцированной термотерапии узловых образований щитовидной железы // Университетская медицина Урала. – 2019. – Т. 5. – № 2. – С. 48-49.
8. Бабажанов А.С., Жониев С.Ш., Рахимов А.У. Анализ эффективности вариантов предоперационной подготовки и анестезии в лечении заболеваний щитовидной железы // Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 1. - С.58.

9. Бабажанов А.С. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 2. - С. 25-29.
10. Барсуков А.Н., Родин А. Н.. Возможности чрескожной склерозирующей терапии этанолом при ЗЩЖ // Хирург. – 2010. – № 4.– С. 25–30.
11. Бедерина Е.Л., Орлинская Н. Ю., Зубеев П. С. Диагностическая значимость соноэластографии в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы // СТМ. – 2014.– Т. 6. - № 1. – С. 43-46.
12. Белобородов В.А., Олиферова О. С., Павлов Л. Ю. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при многоузловых образованиях ЩЖ // Вестник ЮУрГУ. – 2010. – № 10. – С. 41–43.
13. Белоконев В.И., Старостина А.А., Ковалева З.В., Селезнева Е.В. Обоснование подходов к отбору пациентов с заболеваниями щитовидной железы для оперативного лечения // Новости хирургии. - 2012. - Т. 20. - № 4. - С. 17-22.
14. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э. Современные аспекты диагностики узлового зоба // Эндокринная хирургия. – Москва. – 2014. - № 3. – С. 5-13.
15. Белякова Н.А., Килейников Д.В., Лясникова М.Б. Заболевания щитовидной железы // Твер. мед. акад. - Тверь : РИЦ ТГМА. - 2012. - 99 с.
16. Беляков И.Е. Комплексная оценка при узловой патологии щитовидной железы // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 8.
17. Блувштей Г.А., Греков В.В. Сложности морфологической диагностики ЗЩЖ // Новости хирургии. - 2012. - Т. 20. - № 5. - С. 18-23.
18. Боберъ Е.Е., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л. Возможности высокопольной магнитно-резонансной томографии в диагностике узловых образований щитовидной железы на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. - С. 14-19.

19. Бобрик М.И., Сидорова И. В., Резниченко В. М. Тактика ведения взрослых пациентов с узловым зобом и дифференцированным тиреоидным раком // Международный эндокринологический журнал. – 2016. – № 2 (74).

20. Бородина Н.В. Комплексное УЗИ с применением эластографии как метод для обнаружения опухолевых узлов в щитовидной железе и лимфоузлах шеи // Онкохирургия. – 2012. – Т. 4. - № 2. – С. 98 -104.

21. Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб (клиническая лекция) // Журнал»Эндокринная хирургия». - Москва. - № 4. – 2012. - С.11-16.

22. Ванушко В.Э., Фадеев В.В., Румянцев П.О. Принципы гормональной терапии после хирургического лечения новообразований щитовидной железы // Опухоли головы и шеи. – 2012. - № 4. - С. 26-29.

23. Вельмакин С.Е., Беглецова А.А. Первый опыт эндоскопических операций на щитовидной железе // Bulletin of Medical Internet Conferences. - 2014. - Т. 4. - № 5. - С. 846.

24. Вельшер Л.З., Аверьянова С.В., Барденштейн Л.М. Психологическая характеристика пациента при узловой патологии щитовидной железы // Онкохирургия. – 2013. – Т. 5. - № 4. – С. 19 - 23.

25. Волков Ю.В., Заривчацкий М.Ф., Блинов С.А., Денисов С.А. Модернизация хирургической тактики при узловых формах зоба // Перм. мед. журн. - 2013. - Т.30. - № 2. - С. 6-9.

26. Воскобойников В.В., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоузловым эутиреоидным зобом // Материалы IX Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Челябинск. – 2000. - С. 90-94.

27. Галкина Н.В., Трошина Е.А., Мазурина Н.В. Генетические факторы в развитии диффузного эутиреоидного зоба // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2008. - Т. 4. - № 3. - С. 36-43.

28. Галкин Р.А., Макаров И.В., Андреев М.М. Объем исследований и характер оперативного вмешательства у больных с доброкачественными заболеваниями и щитовидной железы // Материалы межрегиональной научно-

практической конференции, посвященной памяти профессора Н. М. Амировой “Актуальные вопросы хирургической эндокринологии”: – Саратов. - 2012. – С. 45–51.

29. Галушко Д.А. Роль гибридных методов исследований в оптимизации диагностики и тактики лечения больных дифференцированным раком щитовидной железы : автореф. дис. канд. мед. наук. - М. - 2013. - 22 с.

30. Герасимов Г.А. Уроки Чернобыля и скрининг патологии щитовидной железы // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2011. - Т. 7. - № 1. - С. 15-18.

31. Ғозибеков Ж.И., Юсупалиева Д.Б., Тилавова Ю.М. Отдаленные результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы //Достижения науки и образования. – 2019. – № 7 (48).

32. Горбачева Н.С., Харитонов Б. С., Лагун М. А. Догоспитальная диагностика узловых поражений щитовидной железы // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора Н. М. Амировой. “Актуальные вопросы хирургической эндокринологии”. – Саратов. - 2012. – С. 52-55.

33. Горобец В.Ф., Давыдов Г. А., Олейник Н. А. Особенности радионуклидной диагностики рака щитовидной железы: факторы, влияющие на результаты радиоизотопного теста // Радиация и риск. – 2011. – Т. 20. - № 2. – С. 36–46.

34. Гостимский А.В. Особенности диагностики и хирургического лечения узловых новообразований щитовидной железы у детей //Актуальные проблемы эндокринной хирургии. – 2018. – С. 50-55.

35. Гостимский А.В. Структура узлового зоба у детей, подвергшихся хирургическому лечению //Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2019. – № S1. – С. 63-66.

36. Гулов М.В., Расулов А.В. Диагностика и лечение доброкачественных узловых образований щитовидной железы // Здравеохранение Таджикистана. – 2015. - № 4. – С. 75 -82.

37. Гулов М.К. Клинико-морфологическая картина многоузлового эутиреоидного зоба // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19. – № 1.
38. Гурсой А., Эрдоган М.Ф. УЗИ узловых образований щитовидной железы: современный подход // Thyroid Int. - 2012. - № 3. - С. 3-15.
39. Джураева З.А., Насруллаева Р.Т. Распространенность диффузного и узлового зоба в Самаркандской области по данным физикального и ультразвукового исследования // Вестник врача. – 2016. – С. 38.
40. Демидова Т.Ю. Принципы диагностики и лечения узлового зоба // Медицинский совет. – 2016. – № 3.
41. Зайчик В.Е., Давыдов Г.А. Метод дифференциальной диагностики узлового зоба и рака щитовидной железы на основе спектрометрии рентгеновской флуоресценции // Research'n Practical Medicine Journal. – 2017. – № Спецвыпуск.
42. Заривчацкий М.Ф., Богатырев О.П., Блинов С.А., Денисов С.А., Колеватов А.П. Основы хирургической эндокринологии // Руководство для врачей. – Пермь. - 2014. - 369 с.
43. Зубов А.Д., Сенченко О.В. Алгоритмы обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы: современное состояние вопроса и собственный опыт // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. - №5. - С.61-67.
44. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. Результаты эпидемиологических исследований распространенности йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан // Международный эндокринологический журнал. - 2017. - Vol. 13. - № 3. - С.197-201.
45. Исмаилов С.И., Камилджанова Б. Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу узлового и многоузлового зоба // Молодой ученый. - 2015. - №19. - С. 270-274.
46. Исмаилов С.И., Самадова У.С. Будущие последствия хирургического лечения узлового зоба // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам СП Международной научно-практической

конференции»Молодой исследователь: вызовы и перспективы». - М. - 2019. - № 3(103).

47. Каримова М.М., Исмаилов С.И. Динамика количества и объема хирургических операций узловых форм зоба в условиях йодообеспеченности (1984-1990) и йододефицита (1999-2005) в Узбекистане // Вестник современной клинической медицины. – 2019. - Vol. 12. - № 6. - С. 28-33

48. Калоева А.А. Морфология и морфогенез эндемического зоба: автореферат дисс. канд. мед. наук. – Саратов. - 2015 г. - 22 с.

49. Кахаров А.Н., Ибодова Г.Х. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 77-84.

50. Коваленко Ю.В., Толстокоров А.С. Послеоперационный рецидивный узловой (многоузловой) нетоксический зоб // Саратовский научно – медицинский журнал. – Саратов. – 2011. – Том 7. - № 4. – С.975 -980.

51. Коваленко Ю.В. Отдаленные результаты хирургического лечения узлового (многоузлового) нетоксического зоба // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 25 -го Российского симпозиума с участием терапевтов – эндокринологов» Калининские чтения» (Самара, 1-3 октября, 2015). – Самара. – 2015. – С.157-160.

52. Кононенко С.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных узловых образованиях щитовидной железы // Хирургия. – 2011. - № 11. – С. 24 - 27.

53. Корымасов Е.А., Иванов С.А., Горбунов Ю.В., Козлов М.Н., Богданов В.Е. Выбор объема операции при токсическом зобе: приоритет морфологии или функции? Сучасні медичні технології. - 2013. - № 3. - С. 83-85.

54. Косарев В.В., Бабанов С.А. Охрана здоровья работающего населения: проблемы и пути оптимизации // Медицина труда и пром. экология. - 2011. - № 1. - С. 3-7.

55. Косивцов О.А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни

больных после операции: автореф. дис.канд. мед. наук: спец. – Волгоград. - 2007. - 23 с.

56. Котельникова Л.П., Никонова О.Е. Предикторы роста узлов при узловом коллоидном зобе // Перм. мед. журн. - 2012. - Т.29. - № 2. - С. 26-30.

57. Кротова А.В., Макарова И.В. Качество жизни больных с узловым эутиреоидным зобом в отдаленном послеоперационном периоде // Аспирантский вестник Поволжья. -2015. - № 5-6. - С. 165-169.

58. Кузнецов Н.А., Родоман Г. В., Сумеди И. Р. Склеротерапия в лечении функциональной автономии щитовидной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 8. – С. 11–15.

59. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. Анализ результатов хирургического лечения больных узловым зобом //Медицинский журнал Узбекистана. – 2018. – № 6. – С. 47-50.

60. Кухтенко Ю.В., Шулутко А.М., Семиков В.И., Косивцов О.А., Михин И.В., Рясков П.А. Структура заболеваний щитовидной железы у пациентов различных возрастных групп // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2016. - № 3 (59). - С. 130-136.

61. Макаров И.В., Галкин Р.А., Андреев М.М. Отдаленные результаты и прогнозирование в хирургическом лечении диффузного токсического зоба // Эндокринная хирургия. – 2013. – № 2. – С. 45–52.

62. Макаров И.В., Галкин Р.А., Ахматалиев Т.Х. Тактика хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы // Международный научно – исследовательский журнал. - 2016. - № 7-3 (49). - С.77-80.

63. Мерзлякова Д.А. Особенности течения диффузно-узлового зоба III степени на примере клинического случая //European science. – 2018. – № 4 (36).

64. Медведев А.П., Хавина Е.М., Федаев А.А. Опыт хирургического лечения послеоперационного рецидивного зоба // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XVI Рос. симп. по хирург, эндокринологии. - Саранск. - 2007. - С.149-151.

65. Мирходжаев И.А., Зухуров С.Э., Хамроев У.П., Оценка эффективности хирургического лечения диффузного токсического зоба // Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина. -2017. --- №4. –С.142-151.

66. Мирходжаев И.А., Комилов С.О. Качество жизни больных, перенесших операцию на щитовидной железе // Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина. -2021. -№5. –С. 22-33.

67. Пастернак И.А., Казачков Е.Л., Пастернак А.Е. Узловой коллоидный зоб: клинические и морфологические особенности в детском возрасте //Вятский медицинский вестник. – 2019. – № 4 (64).

68. Петунина Н.А., Трухина Л.В., Одиноква О.А. Диффузный нетоксический зоб: диагностика, профилактика, лечение // Трудный пациент. - 2011. - Т. 9. - № 2 - 3. - С. 30-33.

69. Пинский С.Б., Белобородов В.А. Аденома щитовидной железы // Сиб. мед. журн. (Иркутск). - 2010. - Т. 94. - № 8. - С. 73-77.

70. Пищугина А.В., Белякова Н.А., Иванов А.Г., Маслов А.Н. Способ диагностики увеличения щитовидной железы у мужчин и женщин // Пат. 2529630. Российская Федерация. - 2014. - № 27. - 3 с.

71. Рахманов К.Э. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Завадские чтения. – 2017. – С. 145-148.

72. Рахимова Х.М. Современные аспекты по улучшению качества ведения больных с патологией эндокринных органов в условиях первичного звена медицинской помощи //Достижения науки и образования. – 2019. - № 10 (51).

73. Решетова О. Н., Иванцова А. А., Мокеев А. Г. Тонкоигольная аспирационная биопсия узлового зоба с применением метода жидкостной цитологии: диагностическая значимость, анализ полученных результатов // Вестник медицинского института. “Реавиз”: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 3 (39).

74. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румнцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. – 448 с.

75. Рыбачков В.В. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний щитовидной железы // Хирургия. – 2014. - № 6. – С. 21 - 24.

76. Сабирова Д.Ш., Юлдашев У.К., Камалов Т.М. Структурные изменения сосуристо-стромального комплекса щитовидной железы при эутиреоидной и токсических формах зоба // Научный журнал. – 2019. – № 10 (44).

77. Самсонова Л.Н. Оптимизация системы профилактики йоддефицитных заболеваний : автореф. дис. д-ра мед. наук. - М. - 2009. - 229 с.

78. Сандриков В.А., Фисенко Е.П., Стручкова Т.Я. Комплексное ультразвуковое исследование щитовидной железы: практ. рук. - 1-е изд. - М.: СТРОМ. - 2008. - 96 с.

79. Свиридонова М.А., Ильин А.В., Колесникова Г.С., Фадеев В.В. Возможные последствия сужения референсного интервала для уровня ТТГ // Клинич. и эксперим. Тиреоидология. - 2009. - Т. 5. - № 2. - С. 30-33.

80. Селиверстов О.В. Разработка и совершенствование методов лечения послеоперационного рецидивного зоба: автореф. дисс. докт. мед. наук: спец. – Челябинск. - 2003. – 44 с.

81. Семкина Г.В., Смирнова В.А., Абдулхабирова Ф.М., Ванушко В.Э. Роль тонкоигольной аспирационной биопсии в динамическом наблюдении пациентов с узловым зобом // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2012. - Т. 8. - № 3. - С. 30-43.

82. Семкина Г.В., Абдулхабирова Ф.М., Смирнова В.А., Ванушко В.Э. Терминологические и классификационные аспекты Бетестовской системы классифицирования цитологических заключений щитовидной железы // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2012. - Т. 8. - № 4. - С. 18-23.

83. Сенча А.Н., Патрунов Ю.Н., Александров Ю.К., Беляков И.Е. Ошибки первичной ультразвуковой диагностики при узловой патологии щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XVIII Рос. симпоз. с междунар. участием. – Ижевск. - 2009. - С. 232-233.

84. Сергеева Е.Д. Совершенствование диагностической и хирургической тактики при узловых заболеваниях щитовидной железы: автореф. дис. канд. мед. наук: - Ярославль. - 2013. - 26 с.

85. Сивакова С.Д., Жданович В. Н., Надыров Э. А. Вариабельность объемов щитовидной железы при диффузном токсическом зобе, узловых образованиях и тиреоидите // Морфологические науки-фундаментальная основа медицины. – 2017. – С. 221-224.

86. Соколова Е.И., Сергеева Е.Д., Александров Ю.К. // Формирование показаний для тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии при субсантиметровых узлах щитовидной железы // Практическая медицина. – 2013.- № 2 (67). - С. 88-90.

87. Соколова Е.И. Лечебно-диагностическая тактика при субсантиметровых узловых образованиях щитовидной железы : автореф. дис. канд. мед. наук. – Ярославль. - 2013. - 24 с.

88. Соловьев Н.А. Комплексный подход к диагностике и хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы // Международный эндокринологический журнал. – 2011. - № 8 (40). - С. 85-95.

89. Стяжкина С.Н. Клинический пример оперативного лечения диффузно-узлового зоба //Международный студенческий научный вестник. - 2017. - № 1. - С. 8-9.

90. Тимофеева Л.А. Диагностическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. - № 1. – С. 103–107.

91. Тимофеева Л.А. Комплексное ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография в диагностике очаговой патологии

щитовидной железы // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. - № 3. – С. 484-487.

92. Трошина Е.А. К вопросу о недостатке и избытке йода в организме человека // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2010. - Т. 6. - № 4. - С. 9-16.

93. Трошина Е.А. Заболевания связанные с дефицитом йода: уроки истории и время принятия решений // Пробл. эндокринологии. - 2011. - Т. 57. - № 1. - С. 60-65.

94. Уринбоева Д. С., Шукурова Л. Б., Мардиева Г. М. Возможности методов лучевой визуализации в диагностике тиреоидитов // Достижения науки и образования. – 2020. – № 2 (56).

95. Урманова Ю.М., Азимова Ш.Ш., Рихсиева Н.Т. Частота и структура заболеваний щитовидной железы у детей и подростков по данным обращаемости // Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal. doi: 10.22141/2224-0721.14.2.2018.130562. - 2018. - №14(2). - С.163-167.

96. Фадеев В.В. Диагностика и лечение эутиреоидного зоба: место комбинированной терапии препаратами йода и левотироксина // Пробл. эндокринологии. - 2012. - Т. 58. - № 2. - С. 42-51.

97. Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций Американской тиреоидной ассоциации по лечению гипотиреоза // Клиническая инструментальная эндокринология. - Москва. – 2014. - Том 10. - № 4. - С. 9-20.

98. Фролова Е.В. Дифференцированная тактика ведения больных с узловым зобом // Харизма моей хирургии. – 2018. – С. 475-478.

99. Халимов Ю.Ш. Заболевания щитовидной железы // Эндокринология: рук. для врачей. - СПб. - 2011. - Т.1. - С. 173-279.

100. Хамдамов Б.З., Хамроев У.П., Хамдамов А.Б. Характеристика перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных диффузно токсическим зобом на фоне корригирующей терапии // Проблемы биологии и медицины. -2022. –Т. - №3. –С. 118-123.

101. Черников Р.А., Воробьев С. Л., Слепцов И.В. Узловой зоб (эпидемиология, методы выявления, диагностическая тактика) // Клинич. и эксперим. тиреоидология. - 2013. - Т. 9. - № 2. - С. 29-35.
102. Штода Д. Е. Опыт диагностики и хирургического лечения заболеваний щитовидной железы // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20. – № 4.
103. Шарапова М.С., Сафоев Б.Б., Ярикулова Ш.Ш. Особенности клинико-лабораторного течения гнойных ран в сочетании фоне сахарного диабета и диффузного токсического зоба // European journal of interdisciplinary Research and Development. -2022. -Vol. 06. –С. 17-29.
104. Abdurakhmanov D.S., Shamsiyev J. Z. Modern state of the problem of diagnosis of thyroid nodules (literature review) //European research: innovation in science, education and technology. - 2018. - P. 45-49.
105. Andersen S., Iversen F., Terpling S. Iodine deficiency influences thyroid autoimmunity in old age a comparative population-based study // Maturitas. - 2012. - Vol. 71. - N1. - P. 39-43.
106. Aydin L.Y., Aydin Y., Besir F.H. Effect of smoking intensity on thyroid volume, thyroid nodularity and thyroid function: the Melen study // Minerva Endocrinol. - 2011. - Vol. 36. - N 4. - P. 273-280.
107. Bounema S.L., Beunedback F. N., Wiersinga W. M. Management of the nontoxic multinodular goiter: a European questionary study // Clin. endocrinol. (Oxf). – 2002. –Vol. 53. – P. 3–4.
108. Bukvic B.R., Zivaljevic V.R., Sipetic S.B.Improvement of quality of life in patients with benign goiter after surgical treatment // Langenbecks Arch Surg. – 2014. – V.399(6). – P.755-764.
109. Carle A., Krejbjerg A., Laurberg P. Epidemiology of nodular goitre. Influence of iodine intake // Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. - 2014. - Vol. 28. - N 4. - P 465-479.

110. Chen K.Y., Chen C.N., Wu M.H. Computerized Quantification of Ultrasonic Heterogeneity in Thyroid Nodules // *Ultrasound Med. Biol.* - 2014. - Vol. 40. - N 11. - P. 2581-2589.
111. Chen Z., Xu W., Huang Y., Jin X. Associations of noniodized salt and thyroid nodule among the Chinese population: a large cross-sectional study // *Am. J. Clin. Nutr.* - 2013. - Vol. 98. - N 3. - P. 684-92.
112. Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. American Thyroid Association (ATA). Guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer // *Thyroid.* - 2009. - Vol. 19. - N 11. - P. 1167-1214.
113. Dauer L.T., Zanzonico P., Tuttle R.M. The Japanese tsunami and resulting nuclear emergency at the Fukushima Daiichi power facility: technical, radiologic, and response perspectives // *J. Nucl. Med.* - 2011. - Vol. 52. - N 9. - P. 1423-1432.
114. Eastman C.J. Screening for thyroid disease and iodine deficiency / C.J. Eastman // *Pathology.* - 2012. - Vol. 44. - N 2. - P. 153-159.
115. Gerard A.C., Humblet K., Wilvers C. Iodine-deficiency-induced long lasting angiogenic reaction in thyroid cancers occurs via a vascular endothelial growth factor-hypoxia inducible factor-1-dependent, but not a reactive oxygen species-dependent, pathway // *Thyroid.* - 2012. - Vol. 22. - N 7. - P. 699-708.
116. Gharib H., Papini E., Paschke R. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association: Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules // *Endocr. Pract.* - 2010. - Vol. 16. (Suppl. 1). - P. 1-43.
117. Grasberger H., Deken X. De, Mayo O.B. Mice deficient in dual oxidase maturation factors are severely hypothyroid // *Mol. Endocrinol.* - 2012. - Vol. 26. - N 3. - P. 481-492.

118. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., Doherty G.M., Mandel S.J., Nikiforov Y.E.. The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. – 2016. – N 26(1). - P.1-133.

119. Huysmans D.A., Buijs W.C., van de Ven M.T., van den Broek W.J., Kloppenborg P.W., Hermus A.R., Corstens F.H. Dosimetry and risk estimates of radioiodine therapy for large, multinodular goiters. *Journal of Nuclear Medicine*. – 1996. - N 37. - P. 2072–2079.

120. Ibragimovich I.S., Baxromxodjaevna U. N., Zakhidovna M. U. The quality of life of women with Graves' disease after radioiodine therapy // *European science review*. – 2016. – N. 1-2.

121. Krejbjerg A., Bjergved L., Pedersen I.B. Thyroid nodules in an eleven-year Danthyr follow-up study // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 2014. - Vol. 99. - N 12. - P. 4749-4754.

122. Khamdamov B.Z., Khamroev U.P. Development and Comparative Evaluation of the Effectiveness of a Diagnostic and Treatment Algorithm for Complex Surgical Treatment of Diffuse Toxic Goiter // *Tashkent Medikal Academy* -2022. – Vol. 2. Issue 3.(2) –P. 84-89.

123. Khamroev U.P. Comparative Characteristics of Surgical Methods of Treatment of Diffuse Toxic Goiter // *Tashkent Medikal Academy* -2023. –Vol. 2. Issue 1.(2) –P. 92-100.

124. Macdonald E.B., Sanati K.A. Occupational health services now and in the future: the need for a paradigm shift // *J. Occup. Environ. Med.* - 2010. - Vol. 52. - N 12. - P. 1273-1277.

125. Martin H.E., Ellis E.B. Biopsy by needle puncture and aspiration. *Am Surg.* – 1930. - N92. - P.169–181.

126. Martinez J.H., Palermo C., Gonzalez F.F., Laboy I. Overview of thyroid physiology: an essential for understanding familial euthyroid multinodular goiter // *Bol. Asoc. Med. P. R.* - 2013. - Vol. 105. - N 2. - P. 68-71.

127. Marqusee E., Benson C. V., Frates M. C. Usefulness of ultrasonography in the management of nodular thyroid disease // *Ann. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 133. – P. 696–700.
128. Meinhold C.L., Ron E., Schonfeld S.J. Nonradiation risk factors for thyroid cancer in the US Radiologic Technologists Study // *Am. J. Epidemiol.* - 2010. - Vol. 171. - N 2. - P. 242-252.
129. Mishra A., Sabaretnam M., Chand G. Quality of life (QoL) in patients with benign thyroid goiters (pre- and postthyroidectomy): a prospective study // *World J Surg.* – 2013. – V. 37(10). – P. 2322-2329.
130. Muratli A., Erdogan N., Sevim S. Diagnostic efficacy and importance of fine-needle aspiration cytology of thyroid nodules // *J. Cytol.* - 2014. - Vol. 31. - N 2. - P. 73-78.
131. Nava-Villalba M., Aceves C. 6-Iodolactone, key mediator of antitumoral properties of iodine // *Prostaglandins Other. Lipid. Mediat.* - 2014. - Vol. 112. - N 1. - P. 27-33.
132. Nigina T., Gulnora T., Abduhamid N. Iodine deficiency disorders and conditions are one of the main issues the world of Medicine is facing // *Achievements of science and education.* – 2019. – N 3 (44).
133. Nystrom H.F., Berg G., Eggertsen R. Swedish iodination of salt has decreased the incidence of goiter. But low use of iodinated salt in the schools raises concerns for the future // *Lakartidningen.* - 2012. - Vol. 109. - N 3. - P. 90-93.
134. Pesce L., Kopp P. Iodide transport: implications for health and disease // *Int. J. Pediatr. Endocrinol.* - 2014. - Vol. 2014. - N 1. - P. 8.
135. Queslati I, Salhi S, Yazidi M, Chaker F, Chihaoui M. A case of Hashimoto's thyroiditis following Graves' disease. *Clin Case Rep.* 2022 Oct 13;10(10):e6466. doi: 10.1002/ccr3.6466. PMID: 36254153; PMCID: PMC9558571.
136. Schlumberger M., Chevillard S., Ory K. Thyroid cancer following exposure to ionising radiation // *Cancer Radiother.* - 2011. - Vol. 15. - N 5. - P. 394-399.

137. Seaberg RM., Eski S., Freeman J.L. Influence of previous radiation exposure on pathologic features and clinical outcome in patients with thyroid cancer // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2009. - Vol. 135. - N 4. - P. 355-359.
138. Singh G., Correa R. Diffuse Toxic Goiter. Study Guide from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 04 Jun 2020. PMID: 32491782
139. Shin D.Y., Lee Y.K., Kim K.J. Thyroid cancers with benign-looking sonographic features have different lymph node metastatic risk and histologic subtypes according to nodule size // Endocr. Pathol. - 2014. - Vol. 25. - N 4. - P. 378-384.
140. Sorensen JR, Printz T, Iwarsson J, Grøntved ÅM, Døssing H, Hegedüs L, et al. The impact of post-thyroidectomy paresis on quality of life in patients with nodular thyroid disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2019;161:589–97.
141. Suh C.H., Baek J.H., Lee J.H. The role of core-needle biopsy in the diagnosis of thyroid malignancy in 4580 patients with 4746 thyroid nodules: a systematic review and meta-analysis // Endocrine. - 2016. - Vol. 54. – P. 315-328.
142. Szybinski Z., Trofimiuk- Muldner M., Buziak-Bereza M. Work of the Polish Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, and the model of iodine prophylaxis in Poland // Endokrynol. Pol. - 2012. - V. 63. - N 2. - P. 156-160.
143. Taft C., Karlsson J., Sullivan M. Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores? // Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. - 2001. -V. 10. – N 5. - P. 395–404.
144. Taşkaldıran I, Altay FP, Bozkuş Y, İyidir ÖT, Nar A, Tütüncü NB. A Case Report of Conversion from Hashimoto's Thyroiditis to Graves' Disease in Type 1 Diabetic Patient Following the COVID-19 Vaccination. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2023;23(3):405-409. doi: 10.2174/1871530322666220616104058. PMID: 35713143.

145. Urmanova Y.M., Azimova S.S., Rikhsieva N.T. Prevalence and structure of thyroid diseases in children and adolescents according to the data of appealability // *International journal of endocrinology*. – 2018. – V. 14. – N 2. – P.163-167.
146. Vasileiadis I., Karakostas E., Charitoudis G. Papillary thyroid microcarcinoma: clinicopathological characteristics and implications for treatment in 276 patients // *Eur. J. Clin. Invest.* - 2012. - Vol. 42. - N 6. - P. 657-664.
147. Wan H., Zhang B, Wang Y. Clinical role of BRAF V600E mutation testing in thyroid nodules // *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* - 2014. - Vol. 49. - N 6. - P. 468-472.
148. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. SF-36 health survey: Manual and Interpretation Guide. – MA. – Boston. - 1993. - 143p.
149. Witczak JK, Ubaysekara N, Ravindran R, Rice S, Yousef Z, Premawardhana LD. Significant cardiac disease complicating Graves' disease in previously healthy young adults. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2020 Jan 22;2020:19-0132. doi: 10.1530/EDM-19-0132. Epub ahead of print. PMID: 31967967; PMCID: PMC6993248.
150. Xhaard C., Ren Y., Clero E. Dietary iodine and thyroid cancer risk in French Polynesia: a case-control study // *Thyroid.* - 2012. - Vol. 22. - N 4. - P. 422-429.
151. Yoo W.S., Choi H.S., Cho S.W. The role of ultrasound findings in the management of thyroid nodules with atypia or follicular lesions of undetermined significance // *Clinical Endocrinology (Oxf.)*. – 2014. – Vol. 80. - P. 735–742.
152. Yusupov S.A., Kurbaniyazov Z.B., Zayniev A.F. Вузлові утворення щитоподібної залози. стан проблеми (огляд літератури) // *Вісник наукових досліджень*. – 2018. – N 1.
153. Yip L. Molecular markers for thyroid cancer diagnosis, prognosis, and targeted therapy // *J. Surg. Oncol.* - 2015. - Vol. 111. - N 1. - P. 43-50.
154. Zhao H., Tian Y., Liu Z. Correlation between iodine intake and thyroid disorders: a cross-sectional study from the south of China // *Biol. Trace Elem. Res.* - 2014. - Vol. 162. - N 1-3. - P. 87-94.

