



Гозибеков Жамшид Исанбаевич

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА**

Гозибеков Жамшид Исанбаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**MODERN METHODS OF TREATMENT OF TOXIC FORMS OF GOITER**

Gozibekov Jamshid Isanbaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [gozibekov.jamshid@gmail.com](mailto:gozibekov.jamshid@gmail.com)

**Резюме.** Диффуз токсик буқоқни (Грейвес касаллиги) даволаш усуллари кўриб чиқилади. Ушбу муаммога бағишланган 71 та маҳаллий ва хорижий манбалар таҳлили ўтказилди. Операциядан кейинги гипотиреоз билан боғлиқ баҳсли ва ҳал қилинмаган масалалар кўриб чиқилади. Жарроҳлик даволашнинг мақсади, асосий кўрсаткичлари ва усуллари, шунингдек, юзага келиши мумкин бўлган асоратлар батафсил ёритилган. Диффуз токсик буқоқ билан касалланган беморларни даволаш усулларининг қиёсий тавсифлари кўриб чиқилади.

**Калит сўзлар:** диффуз токсик буқоқ, радиоiod терапия, хирургик даволаш, операциядан кейинги гипотиреоз, дискрет плазмаферез, хиқилдоқ қайтувчи нерви.

**Abstract:** The methods of treatment of diffuse toxic goiter (Mogila's disease) are considered. An analysis of 71 domestic and foreign sources devoted to this problem was carried out. Controversial and unresolved issues related to postoperative hypothyroidism are considered. Detailed treatment, main indications and methods of surgical treatment, as well as additional explanations. Comparative characteristics of treatment methods for patients with diffuse toxic toothache.

**Key words:** diffuse toxic goiter, radioiodine therapy, surgical treatment, postoperative hypothyroidism, discrete plasmapheresis, recurrent laryngeal nerve.

Бугунги кунга қадар, Базедов-Грейвес касаллиги - диффуз токсик буқоқ (ДТБ) аутоиммун касалликларни даволаш учун қалқонсимон без (КБ) нормал фаолиятини тиклашда мавжуд даво усули йўқ [1]. ДТБ учун идеал даволаш тиреотоксикознинг клиник белгиларини етарлича тез бартараф этиш учун эутиреоид ҳолатга қайтиши ва асоратларнинг минимал хавфи билан бирга бўлиши керак [2-5]. ДТБ бўлган беморларни радикал даволашга тайёрлашда учта ёндашув мавжуд - касалликнинг ремиссиясига эришишида узоқ муддатли консерватив терапия, қалқонсимон безнинг гиперфункциясини радиоактив йод билан бартараф этиш ёки дискрет плазмаферездан фойдаланиш, натижада уни хирургик йўли билан олиб ташлашдан иборат [6]. Шундай қилиб, АҚШ да аксарият ҳолларда катта ўлчамдаги бўқоқ, касалликнинг давомийлиги ва бошқа омиллардан қатъий назар, радиоактив йод билан даволанади [7]. Европа ва Япониялик шифокорлар биринчи марта касал бўлган беморни тиреостатиклар билан даволашни афзал кўришган. Россияда шифокорларнинг 3/4 дан ортиғи тиреостатиклар билан узоқ муддатли даволанишни афзал кўради, 6%-

жарроҳлик амалиётида, 3% - радиоактив йод билан даволашади [8]. Операциядан олдин асосан узоқ муддатда терапия курси сифатида тиреостатикларни қўлламасдан дискрет плазмаферездан фойдаланиш қисқа муддатда эутиерозга эришишга олиб келади, бу баъзи ҳолларда барқарор ремиссияга сабаб бўлади [9] Бу узоқ муддат давомида тиреостатикларни қўллашдан кўра афзалроқ усулдир. Аксарият муаллифлар тиреостатиклар билан даволашни беморларни хирургик даволашга тайёрлаш воситаси сифатида кўриб чиқадилар [15]. Мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, ДТБ ни даволашда ишлатиладиган дорилар касалликнинг сабабига ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди (улар иммун тизимининг фаолиятини ўзгартирмайди). Ушбу дориларнинг асосий таъсири қалқонсимон без гормонларини ишлаб чиқаришни блоклаш, уларнинг қондаги нормал концентрациясини сақлаб қолишдир. Ҳозирги вақтда ДТБ ни радикал даволаш уч усул билан амалга оширилиши мумкин: жарроҳлик йўли билан, радиоактив йод билан ва плазмаферез билан даволаш; учала усулнинг ҳам афзалликлари ва камчиликлари бор [2, 8].

Радиоактив йод ДТБ да 60 йилдан ортик вақт давомида қўлланилган. Бу усул АКШ ва Гарбий Европада кенг қўлланилади нисбатан оддий, инвазив бўлмаган, самарали даволаш усули ҳисобланади [16]. Даволашнинг асосий афзалликлари

ДТБ ни радиоактив йоддан фойдаланган ҳолда даволаш қуйидагилардир:

- касалликнинг минимал қайталаниш хавфи (доимий таъсир беморларнинг 90-99% да кузатилади);

- ушбу препаратни тайинлашда ўткир асоратлар жуда кам учрайди;

- эутиреозгача тиреосататиклар ёрдамида тайёрлаш талаб этмайди;

- агар керак бўлса, даволаниш курси такорланиши мумкин;

- кекса беморлар учун қулай. Ҳар қандай қўшимча касалликлари мавжудлиги билан боғлиқ чекловлар йўқ.

Бемор фақат бир неча кун касалхонага ётқизилади, шу билан бирга Қўшма Штатларда даволаниш амбулатор шароитда амалга оширилади, бу терапиянинг ушбу турини жарроҳликдан кўра иқтисодий жиҳатдан фойдалироқдир, Европа ва Россияда даволаш радиацион ҳимоя билан махсус жиҳозланган шифохона ва бўлимларда амалга оширилади.

Шундай қилиб хирургик даволаш ҳали ҳам ДТБ билан касалланган беморларни даволашнинг асосий усулларида бири бўлиб қолмоқда [3]. Бир қатор тадқиқотчилар турли хил даволаш усуллари билан ўлим ва касалланишни таҳлил қилиб, беморларнинг ўзлари томонидан даволаш натижаларини баҳолаб, тиреотоксикознинг барча шакллари даволашнинг асосий усули хирургик бўлиши керак деган хулосага келишди [14]. Европа мамлакатларида радиойод терапияси учун кўрсатмалар кенгаймоқда. Японияда иккинчи жаҳон уруши давридаги радиациявий зарарни ҳисобга олиб, болалар ва ёшлардаги қалқонсимон без ионлаштирувчи нурланиш таъсирига жуда сезгирлиги сабабли бундай усуллар қўлланилмайди [9]. Дори-дармонлар билан солиштирилганда, жарроҳлик даволаш самаралироқ ва тезроқ касалликни бартараф этишга имкон беради [11]. Узоқ муддатли антииреоид даволаш кўплаб рецидив билан бирга келади, шунинг учун бир қатор муаллифлар ДТБ билан оғриган беморларда олдинги хирургик аралашувни амалга ошириш мақсадга мувофиқлигини таъкидлайдилар [8-10]. Ҳозирги вақтда ДТБ учун хирургик даволашнинг мақбул кўрсаткичларини аниқлаш бўйича мунозаралар давом этмоқда [3, 4, 13, 15, 16]. Кўпгина эндокринологлар катта ўлчамдаги буқоқ билан хирургик даволашни тавсия этадилар [3]. Баъзи муаллифлар бундай ҳолларда радиойодтерапия ўтказишни таклиф қилишади [5, 9] Бир қатор

тадқиқотчилар ДТБ ни эндокрин офталмопатия хирургик даволаш учун кўрсатма деб ҳисоблашади [18]. ДТБ учун хирургик даволаш ҚБ билан боғлиқ офталмопатияни яхшилаш ёки барқарорлаштиришга ёрдам беради [17]. Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, хирургик даволашдан сўнг эндокрин офталмопатия ривожланади [8].

ҚБ субтотал резекциясини биринчи марта J. f. Mikulicz-Radecki 1885 йилда амалга оширди, 1932-йилда О.В. Николаев ҚБ субтотал субфациал резекциясининг оригинал методологиясини таклиф қилди, унинг энг юқори даражаси ҚБ тўқималарига минимал травма бериш, операция пайтида кам қон йўқотиш, операциядан кейинги тиреотоксикознинг олдини олиш эди [5]. Кейинчалик, ДТБ учун жарроҳлик даволашнинг бир неча усуллари таклиф қилинган, аммо ҳозирги вақтда операция ҳажми бўйича ягона нуқтаи назар мавжуд эмас, Баъзи тадқиқотчилар операциядан кейинги гипотиреозни даволаш усулининг асоратлари деб ҳисоблаб, олиб ташланган тўқима ҳажмига дифференциал ёндашув билан [3,6] ҚБ субтотал резекциясини ўтказишни таклиф қилишади. Кўпгина хорижий муаллифлар жарроҳлик даволашнинг мақсади сифатида тиреоидэктомия ёки қалқонсимон безнинг субтотал резекциясини тавсия этадилар [5]. Шунингдек фармацевтика йўналишида ўрнини босувчи дорилар пайдо бўлганидан хабар беради [9]. В.В. Фадеев ва бошқалар гипотиреоз оператив аралашувнинг натижаси деб ҳисобланг, чунки гипотиреоз левотироксин препаратлари бўлмаган даврда операциядан кейинги жиддий асоратлар бўлган, аммо ҚБ гормонларининг аниқ дозаланган синтетик препаратлари пайдо бўлиши билан гипотиреозни олдини олиш муаммоси ҳал қилинди [9]. Операциядан кейинги гипотиреозни даволашдаги муваффақиятсизликларини беморнинг препаратни қабул қилиш бўйича тавсияларига риоя қилмаслигидан излаш керак [7].

Операциядан кейинги дастлабки даврда қон кетиш жиддий асоратлардан биридир. ДТБ да хирургик даволашдан кейин операциядан кейинги қон кетиш даражаси 0,3 дан 5% гача [18].

Қалқонсимон без жарроҳлигида юқориги ва пастки хиқилдоқ нервларига зарар етказиш мумкин. Хиқилдоқ юқори нервнинг жароҳатланиш частотаси 0,15 дан 58% гача [11, 15] ва рецидив буқоқ билан оғриган беморларда бир неча бор ортади, бу сезиларли даражада ошади, ҚБ юқори қутбнинг юқорида жойлашиши ва пирамидал бўлакнинг мавжудлиги [14]. ДТБ да операция пайтида қайтувчи нерв ва унинг терминал қисми хиқилдоқ-пастки нерви тез-тез шикастланади [18]. Шундай қилиб, ДТБ билан беморга индивидуал ёндашув зарур, бугунги кунда мавжуд бўлган да-

волаш тамойиллари камчиликлардан ҳоли эмас [18].

ДТБ даволашнинг самарадорлиги мезонлари тиреотоксикознинг баргараф этилиши ва иммунологик ремиссияга эришишдир, аммо сўнгги йилларда кўплаб олимлар ДТБ ни даволашнинг натижалари ва самарадорлигини баҳолашнинг энг сезгир мезони беморларнинг ҳаёт сифатида деб ҳисоблашади [11].

Олимларнинг ДТБ ни диагностикаси ва даволашида эришилган ютуқларига қарамай, беморлар кўплаб ҳал қилинмаган муаммоларга дуч келишмоқда. Консерватив даво давомийлиги бўйича мунозаралар ҳали ҳам тўхтамайди. Эркакларда ДТБ билан жарроҳлик даволаш учун аниқ кўрсатмалар шакллантирилмаган. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки беморларни операцияга тайёрлашда дискрет плазмаферездан фойдаланиш, ҚБ морфологиясини ўрганиш шунингдек жарроҳлик ҳажмини танлашда дифференциал ёндашув орқали даволаш сифати яхшиланади.

#### Адабиётлар:

1. Пашенцева, Анна Владимировна, and А. Ф. Вербовой. "Диффузный токсический зоб." Клиническая медицина 95.9 (2017): 780-788.
2. Вилков, А. В., Голубев, А. Г., Давыдкин, В. И., Ефремова, О. Н., & Зорькин, М. В. (2022). Влияние плазмафереза на динамику биоэлектрической активности миокарда больных диффузным токсическим зобом. Таврический медико-биологический вестник, 25(3), 63-69.
3. Давлатов, И. А., Гулов, М. К., & Курбонов, С. (2019). Морфометрическая характеристика параметров компонентов щитовидной железы при диффузном токсическом зобе. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана, 9(1 (29)), 12-17.
4. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
5. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом //Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
6. Ризаев Ж. А., Шамсиев Р. А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) //Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.
7. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
8. Исмаилов, С. И., Хайитбоева, К. Х., & Сапаев, Д. Ш. (2021). Изучение интегральной оценки фак-

торов риска диффузно-токсического зоба в Хорезмской области. Nazariy va klinik tibbiyot, 49.

9. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Болезнь Грейвса: Диагностика, современные средства Лечение Врач . 2005; 12: 35—9 .

10. Хирургические болезни: Учебник для студентов медицинских вузов. 3-е изд. / Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. и др. М.: Медицина; 2002 .

11. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: Руководство. 3-е изд. СПб.: Питер; 2006.

12. Muller A.f., Berghout A. et al. Thyroid function disorders — Guidelines of the netherlands association of internal medicine. Neth. J. Med. 2008; 66 (3): 134—42 .

13. Петрова Н.Д. Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения диффузного токсического зоба: Авто-реф. дис. канд. мед. наук. М.; 2000 .

14. Калинин А.П., Лукьянчиков В.С., Кхань Вьет Нгуень. Современные аспекты тиреотоксикоза (лекция) . Проблемы эн-докринологии. 2000; 46 (4): 23—6 .

15. Петунина Н.А. Прогностические факторы и оптимизация методов лечения диффузного токсического зоба: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М; 2004.

16. Алибоев М. Р., Хамидов Ф. Ш. Состояние до и после операции у больных с диффузным токсическим зобом //Неделя науки-2020. – 2020. – С. 413-414.

17. Боярова К. М. Диффузный токсический зоб //Столица Науки. – 2019. – №. 12. – С. 96-101.

18. Титова К.А., et al. "Клинико-морфологические особенности заболеваний щитовидной железы по данным операционного материала ГУЗ" Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро за 2016-2017 гг. в сравнении с 2004-2006 гг." Медицина завтрашнего дня. 2019.

#### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ЗОБА

Гозибеков Ж.И.

**Резюме.** Рассмотрены методы лечения диффузного токсического зоба (болезни Грейвса). Проведен анализ 71 отечественных и иностранных источников, посвященных этой проблеме. Рассмотрены спорные и нерешенные вопросы, касающиеся послеоперационного гипотиреоза. Подробно освещены цель, основные показания и методы хирургического лечения, а также возможные осложнения. Рассмотрены сравнительные характеристики методов лечения больных с диффузным токсическим зобом.

**Ключевые слова:** диффузный токсический зоб, радиойодтерапия, хирургическое лечение, послеоперационный гипотиреоз, дискретный плазмаферез, возвратный гортанный нерв.