

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛТЕТИНИНГ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ КУРСИ**

РЕФЕРАТ

Мавзу : КАЛКОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Шокосимов Ш.

Самарканд

Қалқонсимон без касалликлари

Режа

- Қалқонсимон без топографик анатомияси билан таништириш.
- Қалқонсимон без касалликларини этиологияси, патогенези, таснифи, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.
- Буқоқнинг ҳар хил шаклларида консерватив даволаш усуллари.
- Қалқонсимон без касалликларида бажариладиган операция турлари.
- Қалқонсимон без касалликларида беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврда олиб боришда ўзига хосликлар.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Жаҳон адабиётида қалқонсимон без ҳақида қисқача маълумот бирламчи Гален томонидан берилган бўлса ҳам, унинг анатомик тузилиши ҳақида батафсилроқ маълумотларни Везалий (1543 й) ёзиб қолдирган. Безнинг қалқонга ўхшашлигига қараб, Wharton 1656 йили унга «қалқонсимон без» дея ном берди. Ички секреция безлари фаолиятида унинг тутган ўрни ва аҳамияти ҳақидаги тахминлар King (1836 й) га тегишли бўлиб, Baumann (1896 й) бу безда йод моддасининг алоҳида йиғилишини кўрсатган.

Қалқонсимон безнинг инсон организми учун бўлган биологик аҳамияти, ўтган асрнинг иккинчи ярмига келгандан кейингина ойдинлашди. Тиреотоксик буқоқ жарроҳлигидаги илк қадамлар, қалқонсимон без субтотал субкапсуляр струмэктомиясини амалга ошириш техникасининг О.В.Николаев (1951) томонидан батафсил ишлаб чиқирилиши, бу соҳадаги катта ютуқлардан бири бўлди.

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жараёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчи-ларидан: М.С.Астров, С.А.Маъсумов, Р.Исломбеков, Ё.Х.Тўракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. Жумладан, С.А.Маъсумов бир қатор илм ахли билан биргаликда, Ўзбекистонда буқоқнинг эндемик ўчоқлари бўйича қатор экспедициялар уюштириб, тадқиқот ишларини олиб борган, ҳамда буқоқ касаллиги профилактикаси ва давосига доир қатор чора-тадбирлар ишлаб чиққан. Жумладан, О.В. Николаев таклиф этган, кўпчиликка маълум бўлган - субтотал струмэктомия операция усулини такомиллаштирган. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув хавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Қалқонсимон без (glandula thyreoidea) деган номни Уорҗтонунинг қалқонга (thyreos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпка) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Қалқонсимон безни асосан 4 та артериал томири: ташқи уйқу артерияси тармоқларидан жуфт - юқори қалқонсимон артериялар ва ўмров артерияси-дан келадиган жуфт - пастки қалқонсимон артериялар қон билан таъминлаб туради. Баъзан қон таъминотида аорта равоғи ва номсиз артериядан тармоқланадиган бешинчи тоқ артерия қатнашади. Иннервация - симпатик ва парасимпатик нерв толаларилари орқали амалга оширилади. Қалқонсимон без

йодланган гормонлар – тироксин, трийодтиронин (Т₃), тетрайодтиронин (Т₄), шунингдек йодланмаган тиреокаль, тиреокальцитонин гормонларини ишлаб чиқарилишида бевосита иштирок этади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмига овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортқча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Йод бирикмалари қонда калий ва натрий йодидларини ҳосил қилади, улар оксидловчи ферментлар (пероксидаза ва цитохромоксидаза) таъсири остида оддий йодга айланиши мумкин. Қалқонсимон безда эса, йод моддасининг оксил билан бирикмалари ҳосил бўлади. Йод атомлари тирозин оксили (тирозин аминокислотаси қолдиғи) билан гормонал активликка эга бўлмаган (йодланган тирозинлар) бирикмаларини: монойодтирозин (МЙТ) ва дийодтирозин (ДЙТ) ҳосил қилади. Булар эса, ўз навбатида актив тиреоид гормонлар: тироксин, тетрайодтиронин (Т₄) ва трийодтиронин (Т₃) га айланишда, асосий субстрат бўлиб хизмат қилади.

Қалқонсимон бездан томир ўзанига тушган тироксин қон зардобининг оксиллари билан боғланади, бунинг натижасида қонда боғланган (протеинли) йод концентрацияси ортади, унинг миқдорини аниқлаш, қалқонсимон без секретор активлиги кўрсаткичи сифатида диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Марказий нерв системаси, гипофиз ва қалқонсимон без орасида тўғридан-тўғри ва аксари боғланишлар мавжуд бўлиб, қалқонсимон без гормонлари синтези, ҳамда уни ишлаб чиқарилиши, улар орқали бошқариб борилади. Йод сақловчи гормонлар миқдори кўпайганда гипофизнинг тиреотроп фаолияти пасаяди ва аксинча, улар етишмаганда - ортади. Тиреотроп гормон ишланишининг ортиши, нафақат қалқонсимон без фаолиятининг ортишига ёки пасайишига, балки безнинг диффуз ёки тугунси-мон гиперплазиясига ҳам олиб келади.

Тироксин ва трийодтиронин инсон организмида кечадиган оксидланиш жараёнларини рағбатлантиради, хужайра ва тўқималарнинг нормал ўсиши учун зарур бўлган кислород сарфини кучайтиради, туз ва сув алмашинувида муҳим ўрин тутаяди, ҳамда оксиллар синтезини яхшилайдди. Улар глюкоза ва галактозанинг ичакларда сўрилишини, хужайраларда сарфланишини кучай-тиради, гликоген парчаланишини оширади, унинг жигардаги миқдорини камайтиради, ёғ алмашинувида жиддий таъсир кўрсатади. Қалқонсимон без гормони тиреокальцитонин - парақалқонсимон безлар гормони билан биргаликда организмда кальций ва фосфор моддаларининг алмашинувини бевосита идора қилиб туради.

Текшириш усуллари

Қалқонсимон безнинг шакли, ўлчамлари, консистенцияси ва ҳаракатчан-лиги тўғрисидаги умумий маълумотларни, уни объектив кўздан кечириш ва безни пайпаслаб кўриш орқали тўплаш мумкин. Безни кўздан кечириш буқоқ бор ёки йўқлигини, ўзгаришнинг жойлашган ўрнини (ўнг ёки чап бўлаги, бўйни, «яширинган» буқоқ), ютиш ҳаракатларида унинг ҳаракатчанлигини, гиперплазия характерини (тугунсимон, диффуз буқоқ), бўйин веналарининг бўртиб чиққанлигини ва қалқонсимон без фаолиятининг бузилишига хос белгилар (беморнинг нотинч ҳатти-ҳаракатлари, кўз симптомлари, бармоқлар титраши, астенизация ва бошқалар) ни аниқлаш имконини беради.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпатик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйнининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг

тўш ортида ёки юқорида жойлашганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин.

Асосий модда алмашинув жароёнини ўзгариш даражасини аниқлаш, қалқонсимон без фаолиятидаги бузилишлар диагностикасида асосий тестлар-дан бири ҳисобланади. Бу усул, ютилган кислород ва карбонатгидрит (CO_2) газлари миқдорини ҳисоблашга асосланган бўлиб, билвосита калори-метрия ёрдамида асосий модда алмашинув жароёни даражаси аниқланади. Нормда асосий модда алмашинув ўзгариши $\pm 10\%$ га тенг бўлади. Оксилга боғланган йод (ОБЙ) миқдорини аниқлаш, қалқонсимон безнинг ҳақиқий функционал ҳолатини акс эттиради. Соғлом одамда, одатда ОБЙ миқдори 3,5-7,5 мкг ни ташкил этади.

Радиоактив моддалар (I^{131} ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади. Нормда қалқонсимон безда I^{131} йиғилиши 2 соатдан кейин 5-10% ни ташкил этса, 24 соатдан кейин 20-30% ни ташкил этади. Қалқонси-мон без фаолияти ошганда, бу кўрсаткичнинг миқдори бирмунча юқори бўлади. Сцинтиграфия қалқонсимон без чегаралари ва ўлчамларини аниқлаш, ўсмасимон тузилмалар, метастазлар ёки аберрант без тўқимаси борлигини аниқлаш имконини беради. Жумладан: тугунли буқоқда I^{131} ни қалқонсимон безнинг маълум бўлагидида кўп миқдорда йиғилиши (“иссиқ тугун”) - унинг функционал гиперактивлигидан далолат беради, тўқимада препарат сингмаган ўчоқлар (“совуқ тугун”) нинг бўлиши - кўпинча унинг хавфли табиатидан ёки киста, кальцификат, қон қуйилиши ёки фиброз ўзгаришлар борлигидан дарак беради.

T3 ва T4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усулларида бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, I^{131} билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (препарат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади.

Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади. Қалқонсимон без саратони (рак)га шубҳа қилинганда ёки ҳар қандай тугунли буқоқда, без тўқимасидан намуна олиш (биопсия), бизга қўшимча маълумот беради. Уни операцияга қадар ёки операция вақтида бажариш лозим, чунки бу маълумотлар (биопсия натижалари) га таяниш, операция ҳажмини кенгайтирилишига ёки даволашнинг кейинги босқичи даражасини белгилашга замин яратади.

Ларингоскопия, буқоқ касаллиги бор бўлган барча беморда, ҳатто товуш ўзгармаган тақдирда ҳам, ўтказилиши лозим бўлган текширув усулидир. Бунда патологик жараёнга, қайтувчи нервларнинг без гиперплазиясига алоқасини қай даражада эканлигини, боғлиқ ҳолда юзага келадиган товуш боғламларининг яширин фалажини аниқлаш имкониятларини беради.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашини. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (эндемия, яъни маълум географик муҳитга хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли

районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик муҳитга хос эмас, алоҳида, яккам-дукам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касалликнинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари

умумий классификацияси (турлари) қўйида келтирилган:

1. Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,
2. Қалқонсимон без жароҳатлари,
3. Қалқонсимон без яллиғланиши:
 - тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),
 - струмитлар (Ридель буқоғи).
4. Эндемик буқоқ:
 - диффуз,
 - тугунли,
 - аралаш.
5. Спорадик буқоқ:
 - диффуз,
 - тугунли,
 - аралаш.
6. Диффуз токсик буқоқ (Базедов касаллиги, тиреотоксикоз),
7. Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),
8. Қалқонсимон без ўсмалари:
 - хавфсиз ўсмалар,
 - хавфли ўсмалар.

Катталашини даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

- О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.
- I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.
- II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.
- III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».
- IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.
- V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

- гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,
- эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,
- гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси

Эндемик буқоқнинг ҳам, спорадик буқоқнинг ҳам етакчи белгиларидан бири - қалқонсимон безнинг катталашуви ҳисобланади. Без соҳасини кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш қалқонсимон безнинг қай даражада катталаш-ганлигини аниқлашга имкон беради.

Жойлашувига кўра бўйиннинг олд қисмида, тўш ортида ва тил ости суяги пастида жойлашган буқоқ фарқланади.

Кўпчилик беморларда қалқонсимон без фаолияти бузилмаган бўлса-да, буқоқ эндемияси сезиларли бўлган жойлардаги кишиларда касаллик гипо- ёки гипертиреоз белгилари билан

ўтиши мумкин. Гипотиреозли беморлар одатда ташқи таъсирловчиларга реакциялари секинлашган, ақлий ва жисмоний иш қобилияти сустлашган бўлади. Беморлар табиатан бўшашган, ланж, совуққа чидамсиз бўлиб қоладилар. Текширув натижалари: брадикардия, рефлексларнинг пасайганлигини аниқлайди. Туғма гипотиреозда, кретинизм белгиларининг авж олиши кузатилиб, жисмоний ҳамда руҳий ривожланишдан кескин орқада қолиш белгилари яққол кўзга ташланади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини кадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезади, куруқ йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпкалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Тил ости суяги пастда жойлашган буқоқда, хиқилдоқ усти қопқоғи қисилиши оқибатида нафас олиш жароёни бузилади. Айниқса буқоқнинг бир қисми қизилўнгач орқасида жойлашганда ютиш, бошни буриш қийинлашади. Контраст модда (BaSO_4) ёрдамида қилинадиган рентгенологик текширув аберрант буқоқ соҳасида барийнинг ушланиб қолишини, қизилўнгачнинг олдинга томон ёки латерал йўналишда бирмунча сурилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Аберрант буқоқ - патологик катталашган қўшимча қалқонсимон без бўлиб, кўпинча хавфли ўсмага айланиши мумкин. Қалқонсимон без саратони (рак) нинг бўйин лимфатик тугунларига берган метастазларини, баъзан аберрант буқоқ билан адаштирилади.

Даволаш: унчалик катта бўлмаган диффуз буқоқларда тиреоидин тайинланади. Трахея, қизилўнгач ва қон томирларни босиб ёки четга суриб қўядиган катта диффуз буқоқда қалқонсимон безни қисман ёки субтотал кесиб олиб ташлаш (резекция ёки эктомия) га тўғри келади. Тугунли буқоқларнинг ҳамма турларида (25% гача кузатилилиши мумкин бўлган малигнизацияни ҳисобга олиб), албатта операция қилинади. Бунда қалқонсимон без резекцияси амалга оширилиб, шошилиш гистологик текширув ўтказилади, ҳамда натижага асосланган ҳолда муолажага қўшимча тадбирлар белгиланади. Эндемик буқоқ профилактикасида йод қўшилган ош тузи ишлатиш, санитария-гигиеник тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш алоҳида ўрин тутади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базедов касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Этиологияси. Диффуз токсик буқоқнинг келиб чиқиши ҳақида кўп сонли назариялари мавжуд. Юртимизнинг кўпчилиқ олимлари нейроген назария тарафдорлари ҳисобланадилар ва бу касалликнинг пайдо бўлишида нерв-руҳий шикаст (стресс) нинг етакчи аҳамияти борлигини таъкидлайди-лар. Бу назариянинг асосчиси С. П. Боткин (1884): “Руҳий ҳолатлар - Базедов касаллигининг кечишигагина эмас, балки ривожига ҳам таъсири борлиги шак-шубҳасиздир. Кулфат, турли хил йўқотишлар, қўрқув, ғазаб, ваҳима Базедов касаллигига хос симптомларнинг тез, бир неча соат ичида ривожланишига кўп марта сабаб бўлган”, - деб ёзган эди. С. А. Маъсумов, М. С. Астров буқоқ экспедициялари ва кузатувлардан олинган материалларни анализ қилиб, диффуз токсик буқоқ этиологиясида руҳий шикаст (стресс) нинг катта аҳамияти борлигини (40-60% гача) таъкидлаб ўтганлар.

Аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва гормонал фаолиятининг бузилишлари кўп учраши жиҳатидан (33,6%), иккинчи омил ҳисобланади (хомиладорлик ҳайз кўришнинг бузилиши, фарзанд кўриш орзуси бўлгани ҳолда бўйида бўлмаслик, ёлғизлик ва б.). Диффуз токсик буқоқ этиологиясида инфекциянинг аҳамияти катта эмас, бироқ беморларнинг камида 5-6% ўз хасталигини асосан оғир грипп ёки ангина билан боғлайдилар. Диффуз токсик буқоққа мойил қиладиган конституционал ва генетик омиллар - эндокрин система аъзолари фаолияти бузилишлари мавжуд бўлгани ҳолда организмга экзоген омиллар таъсири сабаб бўлиши ҳам исботлаб берилган. Диффуз токсик буқоқли беморларда қонда узоқ муддат таъсир қиладиган стимулятор - LATS аниқланган бўлиб, бу қалқонсимон безга нисбатан специфик антитело вазифасини ўтаб, қалқонсимон безнинг тиреотропин таъсиридаги каби қўзғалишини юзага келтириши маълум бўлган. Организмда Т₃ ва Т₄ тўпланишининг ошиши, тўқималарда оксидли фосфорилланиш жараёнларини бузади, бу ҳол модда алмашинувининг барча турларини бузилишида, марказий нерв системаси, юрак, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятининг издан чиқишида яққол намоён бўлади.

Диффуз токсик буқоқ билан, аксарият ҳолларда 20 дан 50 ёшгача аёллар касалланадилар. Бемор аёллар сонининг ва эркекларга нисбати $\approx 10:1$. Касалликнинг аёлларда кўп учрашига уларда жинсий безлар ва гипоталамо-гипофизар тизим фаолиятидаги ўзаро нормал муносабатларнинг бирмунча кўп бузилиши сабаб бўлади ва бу қалқонсимон без гормонлари жадал синтез қилиниши билан ўтади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, чиқ ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Тиреотоксикозга хос белгилар токсик буқоқнинг нафақат диффуз гиперплазияси бор турида, балки тугунли (ёки кўп тугунли), аралаш каби патологик турларида ҳам учрайди.

Тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси ҳамиша ҳам қалқонсимон безнинг катталашув даражасига боғлиқ бўлавермайди: баъзан без ўлчамлари кичик бўлса ҳам тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси юқори, ёки аксинча, без ўлчамлари катта бўлгани билан тиреотоксикоз деярли ривожланмаслиги мумкин. Демак, буқоқ касаллигида қалқонсимон без ҳажмининг катта-кичиклиги клиник белгиларининг оғир-енгиллигига ҳамиша ҳам мувофиқ келавермайди. Кези келганда шуни айтиш керакки, тиреотоксикознинг ривожланиш даражасининг юқорилиги, кўпинча спорадик буқоқда яққолроқ намоён бўлади. Эндемик буқоқда эса, кўпинча қалқонсимон без ҳажмининг катталашган (ёки жуда катта) бўлганлигига қарамай, тиреотоксикоз даражаси пастлиги ёки умуман аниқланмаслиги мумкин. Шу сабабдан, агар спорадик буқоқда операция учун кўрсатма тиреотоксикознинг кучли даражада ривожланиши оқибатида қўйилса, бунинг акси, эндемик буқоқда операция учун кўрсатма кўпинча без ҳажмининг ўта катталашгани сабабли, яқин атрофида жойлашган аъзоларни (қизилўнгач, трахея ва б.) сиқилиши ёки суриб қўйилиши сабабли улар фаолиятининг бузилиши ёнки косметик нуктаи назардан қўйилади.

Тиреотоксикознинг асосий симптомлари нерв ва юрак-қон томирлар системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар ҳисобланади. Асаб ва нерв системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар: асабийлашиш (ортикча руҳий қўзғалувчанлик), безовталиқ, кайфиятнинг дамбадам ўзгариб туриши, баджаҳллик ва йиғлоқилиқ каби белгиларда яққол намоён бўлади. Бунга қўшимча, симпатик нерв системаси активлигининг кескин ортиши: кўп терлаш, тананинг барча соҳалари, айниқса қўл бармоқлари тремори (қалтираши) (*Мари симптоми*) билан ўтади. Юз кўпинча қизариб кетади, бўйин ва кўкрак соҳаси тарқалувчан қизил доғлар билан қопланади. Тана ҳарорати ўзгармайди. Пай рефлекслари сақланган ҳолда ёки гиперкинез кузатилади. Бемор сочлари тўкилади, уларнинг рангги ўзгаради, тирноқлар мўртлашиб, синиши кузатилади. Безовталиқ, қўрқув, иродасизлик, жонсарақ-лик паришонхотирлик ва кўзнинг чакчайиши қайд этилади.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузилишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

1-тоифадаги беморларда врачлар тиреотоксикознинг нерв-руҳий шакли ҳақида фикр юритсалар, 2-тоифадаги беморларни тиреотоксикознинг юрак-қон томирларида кўпроқ ўзгариши бор беморлар турига киритадилар.

Тиреотоксикознинг эрта белгиларига сабабсиз умумий ҳолсизликни киритадилар. Тиреотоксик миопатиянинг бу белгилари метаболизм ёки модда алмашинувининг бузилишларига узвий боғлиқ бўлиб, беморлар кўпинча меъда-ичак системаси фаолиятидаги куйидаги аниқ юзага чиққан белгиларни қайд этадилар: қоринда оғриқ хуружлари, қайт қилиш, ич кетишга мойиллик, ичнинг бузилиб туриши.

Эркакларда жинсий фаолият бирмунча сустлашади, аёлларда эса хайз кўриш даври (цикли) бузилади (ҳатто аменореягача), тухумдонлар, бачадон гипоплазияси, кўкрак безлари атрофияси юз бериши мумкин. Бу ўзгаришлар кўпинча бепуштликка сабаб бўлади.

Тиреотоксикозда модда алмашинув жараёнларининг кучайиши оқсиллар ва ёғларнинг ортиқча парчаланишига олиб келади, натижада беморнинг одатдагидан кўп овқат истеъмол қилишига қарамай, бемор вазнининг камайиши кузатилади. Организмда сув ва электролитлар алмашинувининг бузилиши (диурез ортиши, ташналик, кучли терлаш), меъда ости беши фаолиятининг бузилиши (яширин қандли диабет)га олиб келади.

Касаллик ривожланиши жароёнида беморларнинг кўпчилигида бирин-кетин “кўз симптомлари” юзага келади. Кўзнинг “катталашуви” ёки чакчайиши (экзофтальм) - ретробульбар клетчатканинг шишиши, ўсиб қалинлашуви ёки фиброз тўқима билан қопланиши, модда алмашинувининг бузилиши билан узвий боғлиқ бўлади. Экзофтальм касаллигининг барвақт юзага келадиган, асосий аломатларидан бири ҳисобланади.

Дельтампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиги қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “каҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми - “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Тиреотоксикозда юзага келувчи экзофтальмни хавфли экзофтальмдан тафовут қилиш лозим, буни оралик мия зарарланиши ва гипопиз олдинги бўлаги тиреоид гормонининг кўп ишлаб чиқарилиши билан боғлайдилар. Хавфли экзофтальм эса асосан ўрта ёшдаги кишиларда кузатилади. У бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Кўз олмаси шу даражада чакчайиб қолади-ки, у кўз косасидан бўртиб чиқади. Беморларни орбита (кўз косаси) соҳасидаги кучли оғриқ, диплопия ва кўз ҳаракатларининг чекланиши безовта қилади. Конъюнктивит, кератит

борлиги, шоҳ пардада яра ҳосил бўлишига ва парчаланишга мойиллик келтиради. Орбита ичидаги босимнинг ўзгариши, кўрув нервнинг тўлиқ атрофиясигача олиб келади.

Махсус текширувлар натижалари тиреотоксикознинг оғир турларида асосий модда алмашинувининг 60-70% гача ортиши, баъзи ҳолларда бундан ҳам юқори бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Қалқонсимон безнинг йодни сингдириши текширишнинг дастлабки соатларида нормага нисбатан кескин кўтарилади. Беморлар қонида Т3 ва Т4 ҳамда ТТГ миқдори ортади. Биокимёвий таҳлиллар жигар ва буйрак фаолиятини, углевод, ёғ, оксил ва модда алмашинувининг бошқа турлари бузилганлигини кўрсатади. Қонда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭОТ) нинг ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг пасайиши аниқланади.

Сцинтиграфия - изотоп тўпланишининг қандай тақсимланишини кўрса-тади ва диффуз тиреотоксик буқоқ билан тугунли тиреотоксик буқоқ (токсик аденома) орасида дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради, бунда изотопнинг маълум бир жойда тўпланиши - “иссик тугун” аниқланади.

Тиреотоксик буқоқ классификациясида шакли ва катталашув даражаси бўйича юқорида келтирилган турлаш батамом мос келади, аммо тиреотокси-коз белгиларининг юзага чиққанлиги ёки авж олганлиги бўйича қуйидаги 3 тоифага бўлинади:

- а) енгил тури;
- б) ўртача оғирликдаги;
- в) оғир тури.

Тиреотоксикознинг енгил турида неврологик белгилар унчалик ифода-ланмаган (арзимаган нарсадан хафа бўлиш, инжиқлик, йиғлоқилик, тез чарчаш) бўлиб, қалқонсимон без катталашган, беморнинг томир уриши бирмунча тезлашган - тахикардия (1 дақиқада 80-100 зарба), қўл ва бармоқ-ларда кучсиз ифодаланган тремор бўлади. Бемор вазни 10 фоизгача камайиши мумкин. Одатда, куннинг иккинчи ярмида беморда меҳнат қилиш қобилия-тининг пасайиши кузатилади. Асосий модда алмашинув 30 фоиздан ошмайди.

Ўртача оғирликдаги тиреотоксикоз - марказий нерв системаси фаолиятининг рўй-рост бузилишлари (асабийлашиш, сержаҳллик, инжиқлик йиғлоқилик), тахикардия (1 дақиқада 100-120 зарба), систолик ва диастолик қон босимининг ортиши, юрак чегаралари кенгайиши, юрак етишмовчилиги-нинг келиб чиқиши (Ланг бўйича I даража) билан намоён бўлади. Бемор вазни анча камаяди, яхши овқатланишига қарамасдан озиб кетиш ҳоллари кузатилади, кун давомида меҳнатга лаёқат пасаяди. Асосий модда алмаши-нув жароёни – 60 фоизгача ортади.

Тиреотоксикознинг оғир тури - марказий нерв системасининг ўртача оғирликдаги тиреотоксикозга хос бузилишлари билан бир қаторда, мушак системасида кескин сустлик, юрак-қон томирлар системасидаги оғир бузи-лишлар, паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади. Тахикардия чуқурлашади (1 дақиқада 120 зарбадан ортиқ), аксарият томир уришида аритмия, ҳамда юрак етишмовчилиги (Ланг бўйича II-III даражаси) юзага келади. Асосий модда алмашинув – 60 фоиз ва ундан кўпроққа ортади, бемор ниҳоятда озиб, танасининг вазни кескин камайиб кетади. Меҳнатга лаёқат ва қобилият кўпчилик беморларда батамом йўқолади.

Даволаш. Тиреотоксикозли буқоқни даволаш замонавий эндокринология ва жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади, чунки бу касаллик Марказий Осиё мамлакатлари учун ўлка патологияси ҳисобланади. Аҳолига эндокринологик хизмат кўрсатиш такомиллашишига, ихтисослашган муассасалар сонининг ортишига, мактабгача бўлган ёшдан бошлаб буқоқ профилактикасини жорий қилинишига қарамай, тиреотоксик буқоқ билан хасталанган беморлар сонининг барқарорлиги ва бугунги кунда уларнинг кўпайиши қайд қилиняпти. Бундан ташқари, сўнгги йилларда тиреотоксик буқоқнинг, тузалиши қийин бўлган, асоратланган турлари кундан-кунга ортиб бормоқда, уларни даволаш самарасиз ўтмоқда. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу ҳолат урбанизация жараёнлари, экологиянинг бузилиши, стресс ва эмоционал-психологик шароитларга бой ҳозирги замон ижтимоий-сиёсий ҳаётнинг хусусиятлари билан чамбарчас боғлиқ. Тиреотоксик буқоқ бўйича

операциялар ҳозирги вақтда юртимизнинг кўпчилик шифохоналарида, жумладан вилоят шифохоналарида ҳам бажариб келинмоқда.

Бугунги кунда, диффуз токсик буқоқни даволашнинг учта асосий тури мавжуд:

- дори-дармонлар воситасида муолажа (консерватив даволаш),
- таркибини йод моддаси ташкил этган препаратлар билан даволаш,
- хирургик операция.

Тиреотоксик буқоқни даволашда дори-дармонлар воситасида муолажа операцияга тайёргарлик жараёни ёки касалликнинг бошланғич босқичларида мустақил даво сифатида қўлланилади. Унинг асосий тамойиллари диффуз турдаги тиреотоксик буқоқда деярли кўп фарқланмайди, лекин касалликнинг оғир-енгиллигига қараб даволаш жароёнига зарурий тузатишлар кирити-лади. Дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажанинг асосий мақсади – юқорида келтирилган нерв системаси ва асабдаги (албатта вегетатив нерв системасидаги бузилишларни инobatга олган ҳолда), юрак-қон томирлар системасини издан чиқишини бартараф этиш, модда алмашинуви жароёнини ва бемор организмидаги юзага чиққан барча бузилишларни изга солиш, ҳамда детоксикацион муолажадан иборат. Бунинг учун асабни тинчланти-рувчи ва нейроплегик препаратлар (резерпин, элениум, седуксен, амитриптилин ва б.) қўлланилади. Тахикардия кучли ривожланганда, артериал қон босимини пасайтириш ҳисобига, миокард гиперфункциясини пасайтирувчи бета-блокаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Албатта, дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажа, тиреоток-сикознинг енгил ва ўртача оғирликдаги турлари билан касалланган беморларда ўтказилади, касалликнинг оғир кечадиган ҳолларида эса, қилинаётган муолажа операцияни асоратсиз ўтишига зарурий тадбир ҳисобланади. Чунки, бу касалликда операция жароёни давомида ёки ундан кейин турли асоратлар (тиреотоксик криз ва б.) нинг келиб чиқиши, бемор аҳволини оғирлаштириши ва нохуш натижага олиб келиши мумкин.

Таркибини йод моддаси ташкил қилган препаратлар билан даволаш:

1. Йод микродозалари, люголь эритмаси, таркибида йод моддаси бор препаратлар гуруҳи намоёндалари бўлиб, уларни люминал, ва□лерьянкбилан бирга, барқарор тахикардия ва титроқ аритмияда эса дигиталис билан бирга тайинланади. Йод моддаси - беморларни операцияга тайёрлашда ғоят таъсир□чанвосита, бироқ касаллик кечишида ҳамиша ҳам барқарор ва узок муддатга яхшиланишни вужудга келтиравермайди - кўпчилик беморларда давомли ремиссия давридан кейин аҳвол яна ёмонлашиб, ҳатто даволашдан олдинги ҳолатдан ҳам баттар бўлиши мумкин. Йод тугунли тиреоток□сибуқоқли беморларга эса, деярли таъсир қилмайди. Йоднинг терапевтик активлиги, бирга қўшилиб келган касалликни ҳисобга олган ҳолда, бошқа воситаларни моҳирона қўшиш йўли билан кучайтирилиши мумкин.

2. Мерказолил - синтетик тиреостатик препарат бўлиб, йод препарат□лари билан бирга суткасига 40-60 мг дозада тайинланади. Ремиссия даври бошлангандан кейин 1 кеча-кундуз давомида 5-10 мг қувватлаб турадиган дозаси буюрилади.

3. Бета-адреноблокаторлар - артериал қон босим, қоннинг бир дақиқада отилиб чиқишининг пасайиши ҳисобига миокард гиперфункциясини камай-тиради, синус тугуни ритмини секинлаштиради.

4. Юрак гликозидлари - строфантин, коргликон.

5. Тиоурацил - кўпчилик беморларда асосий модда алмашинувни пасай-тиради, томир уришини сийраклаштиради, асаб ва нерв симптомларини енгиллаштиради, умумий кайфиятни яхшилади, экзофтальм камаяди. Меёри 14 кунгача 0,2 дан кунига 3 марта, бемор аҳволи яхшиланганда 0,1-0,2 дан кунига 2 мартагача пасайтирилади. Даволашни қонни мунтазам назорат қилиб турган ҳолда ўтказилиши лозим, чунки препарат суяк кўмиги ва жигарга токсик таъсир кўрсатиши мумкин.

6. Детоксикацион муолажа ва диурезни кучайтириш. Унинг моҳияти инфузион (венага суюқликлар қуйиш) муолажаси (оксилли ва оксилсиз қон ўрнини босувчилар, гемодез ва б.) замирида сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, фурасемид, верошпирон) қўллашдан иборат.

Ҳозирги даврда детоксикациянинг бирмунча таъсирчан экстракорпорал усуллари: гемосорбция, плазмоферез, лимфоферез, лимфосорбция ва бошқалардан фойдаланилади.

7. Организм қувватини оширадиган муолажалар: гемотрансфузия, плазма ва оксилли, оксилсиз қон ўрнини босувчи препаратлар, концентрацияси юқори глюкоза эритмаларини қуйиш. Анаболик препаратлар, таркибида темир моддаси бўлган препаратларни, витаминлар бу муолажанинг таркибий қисми ҳисобланади.

8. Физиотерапевтик усуллар – электр мослама ёрдамида уйқу, гальваник ёқа қўйиш, гипербарик оксигенация (ГБО) ва б.

9. Ҳар бир бемор учун индивидуал дозада радиоактив йод (I^{131}) ишлатиш - қалқонсимон без фолликуляр эпителий хужайраларини ҳалокатга учратади ва уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима билан тўлдиради. Бироқ, бу препарат катта дозаларда қабул қилингандан сўнг ўлим билан тугайдиган жадал тиреотоксик реакция ривожланиши, даво қилмайдиган доимий оғир микседема пайдо бўлиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим. Қалқонсимон безнинг хавfli ўсмалари ривожланиши, жинсий безлар фаолиятини ўзгариши, экзофтальмнинг кучайиши эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Табиийки, тиреотоксикозни даволашнинг мавжуд ҳамма усуллари санаб чиқиш қийин, кейинги даврда уларнинг сони кўпайиб янгидан-янги дорилар топиляпти, даво тактикасининг айрим жиҳатлари қайта кўриб чиқилляпти. Тиреотоксикозни даволаш воситалари орасида гормонал терапия-га, карбонат препаратлари, карданум ва бошқаларни қўлланилишига алоҳида аҳамият берилмоқда. Шунга қарамадан, диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш ҳанузгача, радикал усул бўлиб қоляпти. Тиреотоксикознинг тугун-ли ёки аралаш турларида эса, албатта операция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади, чунки муаллифлар кўрсатишича тугунли ва аралаш буқоқ-ларнинг 25% га яқинида малигнизация бўлиш эҳтимоли бордир.

Тиреотоксик буқоқда жарроҳлик усуллари қўллаш техникаси ҳозирги вақтда бирмунча такомиллашган. Бироқ, қалқонсимон безда қилинадиган операция усуллари билан боғлиқ ҳамма масалалар узил-кесил ҳал этилган деб бўлмайди, чунки операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам оғир асоратлар ҳанузгача юз бериб туради.

Операцияга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар. Диффуз токсик буқоқни консерватив даволаш жараёнида ремиссиялар ва бемор аҳволининг вақтинча яхшиланиш давридан алданиш ярамайди, чунки улар аксарият муолажа натижасида юз беради ва ундан кейин тезда ўтиб кетади. Касаллик муддатлари ва оғирлиги ошган сайин, айниқса давомли ва кам таъсирчан даволашда операция хавфининг кучайиб боришини унутмаслик керак.

Хирургик даволашга кўрсатмалар: III даража ва ундан юқори катталиқ-даги диффуз буқоқ, трахеянинг эзилиши ёки сиқилиши ҳолатлари, тугунли ва аралаш буқоқлар, йод моддаси бўлган препаратларга аллергия, касалликка ва юрак - қон томирлар томонидан бўлган ўзгаришларга муолажанинг таъсир-сизлиги. Беморнинг ёши (кекса, ёш бола) қалқонсимон безда операция ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланмайди, бироқ бу ёшларда операция турини танлашга бирмунча эҳтиётлик билан ёндошиш лозим.

Тиреотоксикознинг енгил турларида, қўшилиб келган (ёндош) касаллик ўта оғир бўлган вақтда, кекса беморларда жигар, буйрак, юрак-қон тоқимистемасининг қайтмас ўзгаришлари бўлса, руҳий касалларда, диабетнинг оғир турида - операциядан воз кечиш лозим бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида тиреотоксикоз клиникаси орта борганда эса, хомилани бартараф этиб, сўнгра муолажа қилиш, у ҳам наф бермаганда оператив даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Тиреотоксикознинг оғир турларида, беморларни операциядан олдин тайёрлашни эндокринология бўлимида врач-эндокринолог, жарроҳ ва анестезиолог билан ҳамкорликда ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг

оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Диффуз токсик буқоқда, қалқонсимон безни О.В.Николаев таклиф этган усул бўйича - субтотал субфасциал струмэктомия амалиётини бажариш - энг радикал усуллардан бири ҳисобланади. Бунда без тўқимасининг трахея олдидаги ҳар бир бўлагидан $\approx 4-8$ граммгача катталиқдаги қисми қолдири-лади. Қолган кўчилик усуллар (Драчинская, Брейдо усуллари ва б.), ушбу операциянинг такомиллаштирилган турларидан бўлиб, без тўқимасидан қаерда ва қанча қолдирилиши билангина фарқланади. Жарроҳлик амалиёти жараёнида қон кетиш хавфи бўлганда, аввало қалқонсимон без артериялари Кохер усули бўйича боғланиши, сўнгра мўлжалланган операция бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Буқоқнинг тугунли ва аралаш турларида илгари "энуклеация" (тугунни тўқимадан сидириб олиш) операцияси бажарилиб келинар эди. Операциядан кейинги даврда, бу тоифа беморларнинг баъзиларида тугун ёнидаги без тўқимасида жойлашган, кўзга кўринмайдиган (майда) тугунчаларнинг кейин-чалик ривожланиб, касаллик рецидиви (қайталаниши) ни юзага келтириши мумкинлиги аниқланди. Буни ҳисобга олган ҳолда, кейинги йилларда қалқонсимон без тугунини ён тўқималари билан Микулич усули бўйича резекция қилиш операциясини қўллаш, яхши натижалар бермоқда.

Одатда, бу беморларда: операция даврида юзага келиши мумкин бўлган (интраоперацион) асоратлар, операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган (постоперацион) эртанги ва кечки асоратлар тафовутланади.

Интраоперацион асоратлар: қон кетиши, қайтувчи нервлар зарарланиши, ҳаво эмболияси, парақалқонсимон безларнинг шикастланиши. Иккала қайтувчи нервлар зарарланганда беморда ўткир асфиксия ҳолати юз бериши мумкин, бунда трахеяни зудлик билан интубация қилиш ёки трахеостомия беморни қутқариб қолиши мумкин.

Операциядан кейинги эрта даврда юз берадиган хавфли асоратлардан бири - тиреотоксик кризнинг ривожланиши ҳисобланади. Тиреотоксик кризнинг илк белгилари: тана ҳароратининг 40° гача ва ундан юқорига тез фурсатда кўтарилиши, тобора ортиб боровчи тахикардиянинг бошланиши Артериал қон босими аввалига ортади, кейин эса пасаяди, беморда рухий (психик) бузилишлар кузатилади. Унинг ривожланишида буйрак усти безлари пўстлоғи фаолиятининг операцион стрессга боғлиқ ҳолда, унинг етишмовчили муҳим ўрин тутди. Кризни даволаш детоксикацион муолажа билан бирга, буйрак усти беи пўстлоғи етишмовчилигига қарши муолажа олиб бориш лозим бўлади.

Паратиреоид тетания, резекция қилинган қалқонсимон без билан бирга ёки атипик жойлашган парақалқонсимон безлар операция жароёнида олиб ташланганда, ёинки улар гематома ёки шиш билан эзилганда, парақалқонси-мон безлар етишмовчилиги тарзида юзага келади. Бемор қўл мушакларида тетаник талваса ривожланади, юрак мушаклари иши кескин бузилади, юз ниқобсимон қиёфага кириб, зўрма-зўраки жилмайиш пайдо бўлади, бемор оғзи "балиқ оғзи"га ўхшаб қолади. Талвасалар оёқларга тарқалади, тоник характерга киради, оғрийди. Парестезия юз беради, оёқ-қўллар музлаши, товушнинг бўғилиши, "доя қўли" белгисининг келиб чиқиши кузатилади. Оғир ҳолларда ўлим содир бўлади. Паратиреоид тетанияни даволаш масалаларида тўхталганда, организмни қонда етишмаётган кальций препаратлари билан етарли даражада тўйинтиришнинг муҳимлигини қайд этиш лозим.

Трахеомалиция. Узоқ муддат мавжуд бўлган буқоқда, айниқса унинг ретростернал (тўш суяги ортида) жойлашувида, буқоқ бўлган безнинг трахеяни доимий эзиб туриши оқибатида, трахея халқаларида дегенератив ўзгаришлар юзага келиб, уларнинг юпқалашишига олиб келади (трахеома-ляция). Буқоқ олиб ташлангандан кейин, трахеядан интубацион най чиқарилгач ёки операциядан кейинги илк даврда, трахея юмшаб қолган қисмида буралиш ёки деворлари бир-бирига ёпишиб, бўшлиғи торайиб қолиши мумкин. Бу ҳолатда, беморда ўткир асфиксия ривожланади ва беморга шошилиш трахеостомия қўйилмаса ёки сунъий нафас олишга ўтказилмаса, бемор ўлимга маҳкум бўлиши мумкин. Қалқонсимон безнинг трахея деворига ўсиб кирган рак ўсмаси (саратон) олиб ташланганда ҳам трахеомалиция юз бериши мумкинлигини ёдда тутиш зарур.

Операциядан кейин юз берадиган гипотиреоз қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилигидан, яъни қалқонсимон без бутунлай олиб ташланганда ривожланади. Бу асорат, умумий беҳоллик, уйқучанлик, доимий чарчоқ сезиш, лоқайдлик, беморлар ҳаракатининг сустлашиши тарзида на-моён бўлади. Бемор танасининг териси қуруқ, ажин босган, бироз шишган бўлади. Унинг сочлари тўкила бошлайди, оёқ-қўлларида оғриқ пайдо бўлади, жинсий фаолияти сустлашади. Бунда бемор териси остига тиреоидин ёки қалқонсимон безнинг бошқа препаратлари тайинланади. Ҳозирги даврда, микрохирургия техникасининг ривожланганлиги туфайли, беморларга без трансплантациясини қилиш имконияти пайдо бўлди. Таассуфки, бу опе-рациялар вақтинча наф беради, амалда эса асосан ўрнини босувчи муолажа қилиниб борилади.

Қалқонсимон безда бажарилаётган операция вақтида қайтувчи нервнинг шикастланиши, кўп учрайдиган асоратлардан биридир. Бу хавф, пастки қалқонсимон артерияларнинг қайтувчи нервлар билан ўзаро анатомик боғлиқ бўлганида, уларни боғлаш вужудга келганда юз беради. Нерв бир ёки икки томонлама шикастланиши мумкин. Кейинги ҳолда асорат фожага айланади, чунки жарроҳ дарҳол трахеостомия ёки трахея интубацияси ўтказмаса, асфиксия ҳолати юзага келиб, бемор операцион столда қолиши мумкин.

Нервнинг бир томонлама шикастланиши, операциядан кейинги даврда товуш ёриғи бойламларининг бир томонлама парезини юзага келтиради ва бу ҳолатда товушнинг бузилиши кузатилади (афония). Врач-фонеатор томонидан тегишли муолажа қилинганда, одатда 1-5 ой орасида парез йўқола-ди. Баъзан эса, муолажа керакли натижа бермайди ва беморда товушнинг бузилиши доимий сакланиб қолади.

Ҳаво эмболияси. Бўйин веналари очилганда ёки буқоқда без кесилганда рўй бериши мумкин бўлган, ғоят кам учрайдиган асорат саналади. Одатда ҳаво эмболияси номсиз, ўмров ости, ички бўйинтуруқ веналари, миянинг веноз синуслари шикастланганда пайдо бўлади. Венага ҳаво кирганлиги сезилмай қолади, бироқ эмболия белгилари: цианоз, қўз қорачиғининг кенгайиши, нафас мароми (ритми) нинг бузилиши ёки унинг тўхташи, хатарли асоратдан дарак беради. Даволаш. Трахеяни интубация қилиш ва сунъий нафас олдириш, қон қуйиш, юрак массажи, юракнинг ўнг қоринчасини пункция қилиб, ҳаво билан аралашган қонни эвакуация қилишдан иборат.

Асфиксия қатор сабаблар билан изоҳланади: марказий нерв системасида бўладиган асоратлар, трахеянинг жароҳатланиши, трахеомалация, гематома таъсирида босилиши, қайтувчи нервлар шикасти ва бошқалар.

Трахеянинг жароҳатланиши – операция жароёнида камдан-кам бўлади-ган асорат бўлиб, хавфли асоратлардан саналади. Шикаст ўз вақтида пайқаб қолинса, хавф-хатар бўлмайди, трахеяга атравматик нина билан чок қўйилади, мушаклари пластика қилинади, зарурат бўлса трахеостомия бажарилиб, трахеяга найча ўрнатилади.

Жароҳатдан қон кетиши ва гематомалар. Одатда операциядан кейинги 1, 2 - кунларда кузатилади, ҳамда бу асорат кўпинча қоннинг бўйин аъзолари ва тўқималарига шимилиши ёки гематома пайдо бўлиши билан ўтади. Бундай ҳолларда, қон оқиши гемостазнинг ишончли эмаслигини, боғланган ипларнинг сирпаниб туриши, мўрт ёки юпка томирларда боғланган ипларнинг ситилиши мумкинлигини кўрсатади. Бу ҳолатда, барча беморларда жароҳат очилади ва кенг тафтиш қилиниб, зарурий чоралар қўлланилади. Айни вақтда, гемотрансфузия ва шокнинг олдини олувчи муолажалар қилинади.

Қолган асоратлар, бошқа операцияларда ҳам юз бериши мумкин бўлган асоратлардир. Уларга шок, зотилжам, жароҳатнинг йиринглаши киради. Бу асоратлар қалқонсимон бездаги операцияларда кам учрайди, шу туфайли, улар устида фикр юритмаймиз. Қалқонсимон без операциясида оғриқ-сизлантириш усулини тўғри танлаш, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий амал қилиш, ҳамда операциянинг ҳамма босқичларини қунт билан адо этиш яхши натижа гаровидир.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўтқир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига

- тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиаститит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишда касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс оралигига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмасли-ги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод микдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлар-дан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беги пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан якунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттиқ атроф тўқималар билан тутшиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнғач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Асосий адабиётлар

- 1.Агзамходжаев С.М., Рахманов Р.К., Янбаев Т.А. Хирургик касаллар. Т., Ибн Сино, 1999.
- 2..Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
- 3.Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб.лит.для студ.медузов, - М.,Мед, 2006, -779с.
- 4.Орипов У.О. Каримов Ш.И. Корин бушлиги органларининг шошилич жаррохлиги., Т.,1991.
- 5 Петров С.В. Общая хирургия : Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.
6. Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред.Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург.1998. 478 с. (в 2-х томах).

Кушимча адабиётлар.

1. Дадаев Ш.А. Методические рекомендации к практическим занятиям по госпитальной хирургии для студентов 1У курса СамПИ. 1994.1-П том. 187.
2. Под ред.В.С.Савельев 50 лекций по хирургии. Москва. 2004.
3. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. Руководство для врачей и студентов. Перевод с английского, дополненный. М., 1998.
4. Пучков К.В. «Технология дозированного лигирующего электротермического воздействия на этапах лапароскопических операций». М.:Медпрактик., - 2005, - 175 стр.
5. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебное пособие для мед.вузов-М.:ГЕОТАР – Медиа, 2006-832с.

Электрон адабиётлар

- 1 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб. С компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
- 2 Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.с компакт-диском в 2-х томах, - М., ГЭОТАР Медиа, 2006, т 2-397с.)
- 3.Клиническая хирургия: национальное руководств 3-х т./ Под.ред. В.С.Савельевой, А.И.Кириенко.-М. ГЭОТАР-Медиа, 2008.т.1.-864с. + ДИСК.

Мавзу бўйича интернетдаги сайтлар:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://www.doktor.ru>
<http://www.zyonet.uz>