

ОҒИР КЕЧУВЧИ ТИРЕОТОКСИКОЗДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

¹Гозибеков Ж.И., ²Бобомурадова И.А.

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети.

²Иштихон Абу Али ибн Сино номидаги Жамоат саломатлиги техникуми.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11501304>

Аннотация: Диффуз токсик буқоқни (Грейвес касаллиги) даволаш усуллари кўриб чиқилади. Оғир даражали тиреотоксикоз бўлган 24 нафар беморнинг таҳлили ўтказилди. 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; Грейвес касаллиги; хирургик даволаш; Дискрет плазмаферез; Консерватив терапия.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Аннотация. Рассмотрены методы лечения диффузного токсического зоба (болезни Грейвса). Проведен анализ 24 отечественных источников, посвященных этой проблеме. 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; болезнь Грейвса; хирургическое лечение; Дискретный плазмаферез; Консервативная терапия.

THE CHOICE OF TREATMENT TACTICS IN SEVERE THYROTOXICOSIS

Abstract: Methods for treating diffuse toxic goiter (Graves' disease) are considered. An analysis of 24 domestic sources devoted to this problem was carried out. The purpose, main indications and methods of surgical treatment, as well as possible complications are covered in detail. The comparative characteristics of treatment methods for patients with diffuse toxic goiter are considered.

Keywords: diffuse toxic goiter; Graves' disease; surgery; Discrete plasmapheresis; Conservative therapy.

ДОЛЗАРБЛИГИ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра “дунёда қалқонсимон без патологияси билан 750 миллиондан ортиқ одам касалланган, қалқонсимон без касалликлари (ҚБ) орасида диффуз токсик бўқоқ (ДТБ) ва аралаш (АТБ) токсик бўқоқли беморлар биринчи ўринни эгаллайди”¹. Касаллар сонининг пасайиш тенденцияси йўқлиги ва касалланиш даражаси 100000 аҳолига 1,2 дан 9,0 тагача ўзгариб турадиган эндемик худудларлар мавжудлиги сабабли, қалқонсимон без касалликлари йод танқислиги билан кўп йиллик курашларга қарамасдан жумладан Ўзбекистонда ҳам жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунда бўқоқнинг токсик шакллариغا диагноз

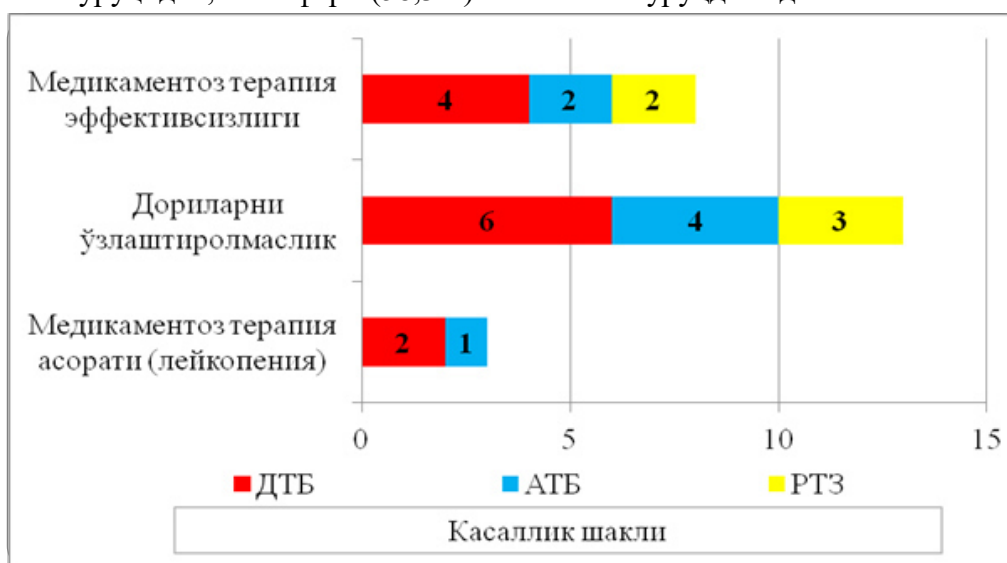
¹ Carle, A., Andersen, S. L., Boelaert, K. & Laurberg P. Management of endocrine disease: subclinical thyrotoxicosis: prevalence, causes and choice of therapy. Eur. J. Endocrinol. 176, R325–R337 (2017).

қўйиш сезиларли қийинчиликларни келтириб чиқармайди, асосан ноинвазив текшириш усулларининг пайдо бўлиши туфайли, уларни комплекс қўлланилишининг информативлиги 95-100% га етади. Шу билан бирга, эҳтиёткорликнинг йўқлиги кеч диагноз қўйишга ёрдам беради бу касалликнинг асоратланиш тенденциясини оширади.

Текширишнинг мақсади. тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларни операцияга тайёрлашда дискрет плазмаферезнинг самарадорлигини баҳолаш.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни тайёрлашнинг мураккаблиги шундаки, 112 бемордан 24 нафари (21,4%) да яъний оғир даражали тиреотоксикоз хуружини ўтмаслиги ёки консерватив даволанишнинг асоратлари, узоқ муддатли консерватив давланиш самарасизлиги билан боғлиқ ҳолат кузатилди. Шунингдек консерватив давланиш салбий натижалари бўлган 24 беморнинг 10 нафари (41,7%) таққослаш гуруҳидан, 14 нафари (58,3%) эса асосий гуруҳдан эди.



1-расм. Стационаргача бўлган босқичда бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда консерватив терапиянинг салбий оқибатлари

Стационаргача бўлган босқичда бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларда консерватив терапиянинг натижалари таҳлили ўтказилди. Назоратдаги 8 беморда - консерватив терапия самара бермади, 5 нафар беморда дори препаратлари таъсирида ўтмади, 3 нафар беморда-асоратлар (лейкопения, ошқозон-ичак тракти патологияси) кузатилди (1-расм).

Касалхонага ётгунгача бўлган босқичда консерватив даво олган беморлардан анамнез тўплаш тиреостатиклар: мерказолил, тиразол, преднизолон, дексаметазон билан ўтказилганлигини кўрсатди. Биз касалликнинг барқарор ремиссиясига эришишга имкон берадиган дозада препаратни қабул қилиш давомийлигига қараб консерватив даволаниш пайтида асоратларнинг частотасини таҳлил қилдик.

Асосан асоратлар узоқ 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 биз бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциягача тайёрлаш натижаларини яхшилаш бўйича янги ечимларни таклиф қилдик.

Таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларни консерватив даволаш қарши кўрсатма саналиб ушбу ҳолатда плазмаферез (ПФ) плазманинг билвосита электрокимёвий оксигенацияси (БЭХО) билан натрий гипохлорит ёрдамида қўшимча озонланиш ва кейинчалик детоксификацияланган плазмани қайта қуйиш мақсадга мувофиқ бўлади. Бу бутун организмда марказий қон айланиши, нафас олиш, қоннинг транспорт хусусиятлари, периферик қон айланишининг яхшиланиши ҳамда қалқонсимон гормонларининг пасайиши билан намоён бўлади.

Қонга таъсир қилганда озоннинг биологик таъсири етарлича паст концентрацияда намоён бўлади $[O_3] = 8-200 \text{ MKT } O_3/lO_2$ 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.

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

Лаборатория текширишларидаги илмий тажриба (эксперимент) шуни кўрсатдики, токсик плазма таркибий қисмларнинг оксидланиш жараёни одатда инкубацион 3-4-соатларга бориб тугайди. 4 соатдан кейин 500 мл шиша флакондан плазмаэкстрактор ёки аспирация қилиш йўли билан олинган чўкма (50-70) мл олиб ташланди (2-расм).



а)



б)



в)

2^{а-б-в}-расм. Плазмани реинфузияга тайёрлаш босқичлари:

а) токсик чўкма; б) детоксификация қилинган плазма;

в) аутоплазманинг реинфузияси

Беморларнинг аҳволи яхшиланганда ва периферик қон кўрсаткичлари нормаллашгандан сўнг, оператив ёндашув ўтказилди.

Юқорида айтганимиздек узоқ муддатли консерватив даво тиреостатиклар ҳамда гормонал препаратларни қўллаш ҳам самарасиз эканлигини аниқ кўрсатмоқда. Бундан ташқари, беморлардаги хуруж дори таъсирида ўтмаслиги, қон ва ошқозон-ичак тракти томонидан асоратларининг ривожланишига олиб келди. Беморларни дискрет плазмаферез ёрдамида тайёрлаш самарали бўлди, бу операция вақтидаги ва операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмаслигини кўрсатди.

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 юрак уришининг тезлашиши ҳар бир бемор учун индивидуал меъёр билан таққослаганда, биз 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 1-2-жадвалларда келтирилган.

Консерватив терапиянинг самарасизлиги бўлган барча беморларни қабул қилганда гипертония ва тахикардия белгилари қайд этилган, таққослаш гуруҳида 3 нафар беморда гипертония, 4 нафар беморда ривожланган тахикардия бўлган.

ПФ дан сўнг, БЭКО плазмаси билан биргаликда натрий гипохлорит билан қўшимча озонланиш ва кейинчалик детоксификация қилинган плазманинг реинфузияси билан асосий гуруҳдаги 14 нафар беморда тахикардия (1 дақиқада 90 мартагача) ва фақат 2 нафар беморда гипертония сақланиб қолди (1-жадвал).

1- жадвал

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

**Операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлиги
(операция арафасида)**

Операция пайтида ПФ ва дори-дармонларни аниқ рақамларда тайёрлаш самараси 2-жадвалда келтирилган. Ушбу маълумотларга кўра, биз ПФ буюрилган беморлар гуруҳида операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлигининг асосий кўрсаткичларини медикаментоз тайёрлаш ўтказилган таққослаш гуруҳига нисбатан ҳисоблаб чиқдик. Жадвалда келтирилган маълумотлар ПФ билан тайёрланган беморларда қалқонсимон безни резекция қилиш пайтида консерватив йўл билан тайёрланган беморларга нисбатан салбий натижалар жуда пастлигини кўрсатди (2-жавал).

2- жадвал

Таққослаш гуруҳи	Ўрганилган самара (натижа), тахикардия ва гипертония		
	Самарасиз	Самарали	Жами
Асосий гуруҳ (плазмаферез)	2	12	14

Таққослаш гуруҳи (медикаментоз тайёрлаш)	6	2	10
Жами беморлар	8	14	24

Операциядан олдинги тайёргарлик самарадорлиги (операция пайтида)

Кўплаб тавсияларга кўра, бўқокнинг токсик шакллари бўлган беморларни операцияга тайёрлаш учун 5 тадан 7 тагача плазмаферез сеансларини ўтказиш кифоя. Ушбу муолажалар сони беморларимизни даволашда ҳам қўлланма бўлиб хизмат қилди.

ХУЛОСА

Дискрет плазмаферезнинг юқори самарадорлиги плазмани натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий кислород ёрдамида қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксикацияланган плазмани қайта қуйиш орқали бўқокнинг токсик шакллари бўлган беморларни операцияга тайёрлашда, унинг касаллиги дорилар таъсирида ўтмаганда, гормонал қарамлилик шунингдек қўшимча касалликлар билан асоратланган беморларда исботланган;

Фойдаланилган адабиётлар

1. Худоерова Д. Р. Ведение Лечение Диффузного Токсического Зоба У Пациентов С Эндокринной Офтальмопатией //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 339-342.
2. Isanbaevich G. J., Babajanovich K. Z., Fariddunovich Z. A. Токсик бўқок хирургик давосининг кечки натижалари //journal of biomedicine and practice. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
3. Кондратова О. А. и др. Выбор тактики лечения диффузно-токсического зоба у подростков-анализ клинического случая //Школа Науки. – 2020. – №. 11. – С. 25-28.
4. Гозибеков Ж. И., Курбаниязова А. З., Шопулотов Ш. А. У. Факторы, влияющие на результаты хирургического лечения узлового зоба //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 7 (61). – С. 43-48.
5. Толеутаев, Т. А. (2021). Современные методы хирургического лечения больных с диффузно-токсическим зобом. *Global Science and Innovations: Central Asia (см. в книгах)*, 2(12), 11-13.
6. Курбаниязов З. и др. Анализ результатов хирургического лечения больных узловыми образованиями щитовидной железы //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 45-48.
7. Курбаниязов З. Б. и др. Современные методы лечения заболеваний щитовидной железы //Методические рекомендации для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов. Ташкент. – 2012.
8. Водякова, А. В., Романов, М. Д., & Левина, Т. М. (2018). Оптимизация лечебного алгоритма и прогнозирование результатов лечения больных токсическим зобом. In *Актуальные проблемы эндокринной хирургии* (pp. 117-123).