

ЙОД БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ВА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ШАРОИТИДА ТУГУНЛИ БУҚОҚНИНГ ШАКЛЛАРИ КЎРИНИШЛАРИ БЎЙИЧА БАЖАРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК ОПЕРАЦИЯЛАР СОНИ ВА ҲАЖМИНИНГ ДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАРИ

М. М. Каримова

ЎзР ССВ Фарғона вилояти эндокринология диспансери, Фарғона, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: тугунли буқоқ, йод танқислиги, йод билан таъминланганлик.

Ключевые слова: узловой зоб, йододефицит, йодобеспеченность.

Keywords: nodular goiter, iodine deficiency, iodine availability.

Ушбу мақолада Ўзбекистонда йод билан таъминланганлик ва йод танқислиги шароитида буқоқнинг тугунли шакллари кўринишлари бўйича бажарилган жарроҳлик операциялар сони ва ҳажмининг динамик ўзгаришлари ўрганилган. Йод танқислиги шароитида тугунли буқоқ шакллари, яъни аралаш ҳамда кўп тугунли буқоқ касаллигининг учраши 2 марта кўпайганлиги аниқланди. Тугунли буқоқнинг ёмон сифатли шакллари сонининг кескин ўсиши кузатилди. Бу эса қалқонсимон без устида янада радикалироқ операцияларнинг бажарилишини талаб қилади.

ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ УЗЛОВЫХ ФОРМ ЗОБА В УСЛОВИЯХ ЙОДОБЕСПЕЧЕННОСТИ И ЙОДОДЕФИЦИТА

М. М. Каримова

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан,

Ферганский областной Эндокринологический диспансер, Фергана, Узбекистан

В статье изучены динамика количества и объема хирургических операций узловых форм зоба в условиях йодобеспеченности и йододефицита в Узбекистане по архивным данным отделения эндокринной хирургии НИИ Эндокринологии МЗ РУз. В условиях йододефицита возрастает количество узловых форм зоба. Более того, резко возрастают злокачественные формы узлового зоба, что диктует проведение более радикальных хирургических вмешательств на щитовидной железе.

DYNAMICS OF SURGICAL OPERATIONS OF THE NODE SHAPES IN THE CONDITIONS IODINE POTENCY AND IODINE DEFICIENCY

M. M. Karimova

Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Fergana Regional Endocrinologic Dispensary, Fergana, Uzbekistan

The article studied the dynamics of the number and volume of surgeries nodal forms of goiter and iodine deficiency conditions iodine security in Uzbekistan on archival data branch of the Research Institute of Endocrine Surgery Endocrinology Ministry of Health of Uzbekistan. Under the conditions of iodine deficiency increases the number of nodal forms of goiter. Moreover, the sharp increases malignant forms of nodular goiter that dictates a more radical surgery on the thyroid gland.

Тугунли буқоқ – бу қалқонсимон безнинг нормал тўқимаси ичида битта ёки бир неча зоналарнинг кучли даражадаги ўсиши ва структурали (таркибий) ҳамда функционал трансформацияси (вазифаларининг ўзгариши) билан таърифланувчи қалқонсимон безнинг клиник жиҳатдан аниқланадиган йириклашувлари жараёнидир. Тиреоидли дисфункция, қалқонсимон безнинг аутоиммун касаллиги, тиреоидит, ёмон сифатлилиikka айланиш хавфи мавжуд бўлмасликлари шароитида мазкур ҳолат оддий тугунли буқоқ деб белгиланади. 6-12 ёшли болалардаги йод танқислиги ҳолатларида, буқоқ беморларнинг 5%дан ортиқроқ қисмида учраши ва спорадик кўринишда – популяциядаги буқоқ учрашининг бадаллиги 5% ва ундан камроқ учраши шароитларида [1, 2, 3, 4, 5] содир бўлиши мумкин.

Қалқонсимон безда пайдо бўладиган ҳосилаларнинг ўлчами, морфологияси ва функцияларининг клиник жиҳатдан баҳоланиши етарли даражада аниқ эмас; масалан, тугунли буқоқ билан ёки қалқонсимон безнинг диффузли йириклашуви билан хасталанган беморларнинг 50% игача, УЗИ ёрдамида тадқиқ этилганида [6, 7, 8, 9, 10] кўп сонли тугунли қайта ўзгаришларга амалда эга эканлиги аниқланади. Бунинг устига, баъзи чет эл илмий манбаларида таъкидлаганидек, аҳолининг 50% гача, хаттоки без нормал кўринишда бўлиши ва

пальпация қилинишида гўёки катталашмагандек туюлса ҳам, сонографияда қалқонсимон безнинг тугунли ҳосилаларига эгадир [11, 12, 13] Касалликнинг рўй бериши ҳоллари жуда ҳам хилма хил бўлиши мумкин, улар без ҳосилалари ўсишига, функционал автономликка боғлиқ бўлиб, бир томондан косметик бўғувчи симптомларга, бошқа томондан эса тиреоидли гормонларнинг гиперсекрециясига олиб келадилар. Буларнинг охиргиси саломатлик учун хавфли ҳолат деб тан олинади. Бошқа масала, бу – қайта ўзгариш имкониятидир. ОТБни саратонга қайта ўзгаришнинг хавфи – буқоқнинг солитарли кўп тугунли бўлишидан катъий назар, 3-5% ли имкон чегарасида баҳоланади [11, 13].

Ўзбекистон Республикасида сўнгги йилларда, республикага йодланган ош тузининг ташқаридан олиб келтирилишининг тўхтатилганлиги, ички туз конларини ишга тушурилиши ва аҳоли томонидан таркибида йоди бўлмаган тузнинг истеъмол қилиниши муносабати билан, йодни етарли даражада истеъмол қилинмаслиги билан боғланган касалликлар сонининг ўсиши билан боғлиқ хавфли вазият шаклланиб қолди.

Шу боис олдимизга Ўзбекистонда йод билан таъминланганлик ва йод танқислиги шароитида буқоқнинг тугунли шакллари кўринишлари бўйича бажарилган жарроҳлик операциялар сони ва ҳажмининг динамик ўзгаришларини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқот объектлари ва усуллари. Тадқиқот объекти сифатида 1984 йилдан 2005 йилгача ЎЗР ССВ Эндокринология ИТИда тугунли буқоқ муносабати билан жарроҳлик операциялари қилинган 6387 беморлар хизмат қилди. Тугунли буқоқ касаллигида жарроҳлик операциялари қўлланишининг сони ва тавсифи (ҳажми) Республика Эндокринология илмий маркази (ЎЗР ССВ ЭИТИ) эндокрин жарроҳлик бўлимининг архив маълумотлари асосида таҳлил қилинган. Таҳлилда фақат битта жарроҳлар жамоаси томонидан бажарилган хирургик операциялар бўйича маълумотлардан фойдаланилди, бу натижаларни баҳолашда инсон омилини инобатга олмаслигимизга имкон берди.

Кундалик бажариладиган ишлар йўсинида қуйидаги тадқиқот услубларидан фойдаланилди, булар – қалқонсимон без (ҚБ) пальпацияси ва УТТ, тиреоидли гормонларнинг РИА аниқланиши, ЭКГ, рефлексометрия, тадқиқотнинг умумклиник услублари, тугун биопсияси, қалқонсимон бездаги кесиб ташланган тугунларининг экспресс анъанавий йўсинли гистологияси, кўкрак қафасининг рентгенографияси, қонни текширишнинг биокимёвий услублари, коагулограмма, қалқонсимон безни сканлаштириш (кўрсатмалар бўйича) ва эҳтиёжга қараб бошқалар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Мазкур изланишда Ўзбекистон Республикаси ССВ Эндокринология Илмий Маркази Эндокрин жарроҳлик бўлимига 1984-2005 йилларда даволаш учун ётқизилган тугунли каллоидли пролифератив буқоқ билан хасталанган 6387 бемор таҳлил қилинди. Улардан эркаклар – 712, аёллар – 5675 ни ташкил қилди. Ўтказилган илмий тадқиқот иши жараёнида олиб борилган шахсий текширишларимизнинг мақсади йод билан таъминланганлик (1984-1990) ва йод танқислиги (1991-2005) шароитларининг тугунли ва кўп тугунли буқоқ турларининг ривожланишига таъсир кўрсатиш жараёнини ўрганиш деб белгиланди. Текширув жараёнида биз 1984-2005 йилар мобайнида Республика бўйича Ўзбекистон Республикаси ССВ Эндокринология Илмий Маркази Эндокрин жарроҳлик бўлимида даволанган тугунли буқоқли беморлар устидан операция қилинган маълумотларни таҳлил қилдик. Ушбу таҳлил 1 жадвалда батафсил кўрсатилган.

1984-2005 йиллар мобайнида тугунли, кўп тугунли ва аралаш тоифа буқоқлар бўйича беморлар устидан операция қилиниши маълумотларига мурожаат қилганимизда, йод билан таъминланганлик йиллари бундай операциялар сони умуман камайиши мойиллигини кўрсатиб турибди. Йод танқислиги йилларида эса икки маротаба кўпайиб боришини кўриш мумкин. Бунда аралаш тоифа буқоқ устидан бажарилган операциялар сони, кўп тугунли буқоқ операцияларининг сонига нисбатан кўпроқ эканлиги 2 жадвалда аниқ кўриниб турибди.

Айни давр ичида беморларни жарроҳлик амалиётининг гистологик таҳлилига қараганда, қалқонсимон безнинг ёмон сифатли ўсмалари йод танқислиги йилларида кескин равишда ошганлиги яққол кўринди. Ушбу кўрсаткич қуйидаги 3-жадвалда келитирилган.

1 жадвал.

Йиллар	Операциялар сони
1984	271
1986	280
1987	275
1988	248
1989	237
1990	189
1991	262
1992	234
1993	191
1994	292
1995	290
1996	364
1997	343
1998	439
1999	235
2000	362
2001	363
2002	344
2003	343
2004	442
2005	383
Жами:	6387

2 жадвал.

Йиллар	Қалқонсимон бездаги тугунларни шакли				Жами:
	Тугунли буқоқ	Аралаш буқоқ	Кўп тугунли буқоқ	Рецидив	
1984	123	105	43		271
1986	128	116	36		280
1987	138	110	26	1	275
1988	109	110	29		248
1989	75	142	20		237
1990	71	106	12		189
1991	83	158	21		262
1992	35	184	15		234
1993	24	156	11		191
1994	13	238	20	21	292
1995	17	234	33	6	290
1996	24	271	48	21	364
1997	10	253	65	15	343
1998	7	294	102	36	439
1999	5	156	64	10	235
2000	6	256	81	19	362
2001	2	267	79	15	363
2002	1	249	78	16	344
2003	5	247	77	14	343
2004	3	368	57	14	442
2005	3	292	75	13	383
Жами:	882	4312	992	201	6387

3 жадвал.

Йиллар	Қалқонсимон безнинг ёмон сифатли ўсмалари
<i>Йод дефицит йўқ</i>	
1984	
1986	1
1987	
1988	11
1989	12
1990	13
Жами:	37
<i>Йод дефицит бор</i>	
1991	11
1992	13
1993	20
1994	16
1995	31
1996	25
1997	20
1998	45
1999	15
2000	41
2001	44
2002	50
2003	35
2004	30
2005	20
Жами:	416

Операция қилинган беморлар сони таққосланганида, тугунли буқоқ беморлар сони динамик ҳолда бир-қанча кўпайиши аниқланди. Шунингдек, тугунли буқоқнинг ёмон сифатли шакллари сони кескин кўпайиши (1984-1990 йил 37 бемордан 1991-2005 йил 416 беморгача) кузатилди. Бундан кўриниб турибдики, йод танқислиги шароитида қалқонсимон без ҳажмининг кенгайиши ва тугун ҳосил бўлиши ҳолати яққол кўзга ташланади.

Бунинг устига, аниқ бўлишича йод истеъмол қилинишидаги ҳаттоки нисбатан оз миқдордаги етишмовчилиги ҚБ ҳажмининг аҳамиятли даражадаги йириклашуви, буқоқ тарқалишига ва тугунчалар ўлчамининг катталашуви олиб келади.

Хулоса. Йод танқислиги шароитида тугунли буқоқ шакллари, яъни аралаш ҳамда кўп тугунли буқоқ касаллигининг учраши 2 марта кўпайганлиги аниқланди. Тугунли буқоқнинг ёмонсифатли шакллари сонининг кескин ўсиши кузатилди. Бу эса қалқонсимон без устида янада радикалроқ операцияларнинг бажарилишини талаб қилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Дедов И.И. и др. Диагностика и лечение узлового зоба. Методические рекомендации. 2003;
2. Зайратьянц О.В. Эпидемиология и этиологическая структура узлового зоба по данным аутопсий Московский городской Центр патологоанатомических исследований. Журнал Тиронет N 5-6/2002;
3. Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Алимджанов Н.А., Каримова М.М., Каюмова Н.Л., Хамидов Ф.Ш. “Простой узловой зоб, диагностика и лечение”, 2007;

4. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов (РАЭ) по диагностике и лечению узлового зоба. Журнал Тиронет N 1-2/2004;
5. Boelaert K, Horacek J, Holder RL, Watkinson JC, Sheppard MC, Franklyn JA. Serum thyrotropin concentration as a novel predictor of malignancy in thyroid nodules investigated by fine-needle aspiration. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:4295-4301. [EL 3]
6. Bonnema SJ, Bennedbaek FN, Ladenson PW, Hegedüs L 2002 Management of the nontoxic multinodular goiter: a North American survey. *J Clin Endocrinol Metab* 87:112–117;
7. Gharib H, Papini E. Thyroid nodules: Clinical importance, assessment, and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2007;36:707-735. [EL 4—review]
8. Gough J, Scott-Coombes D, Fausto Palazzo F. Thyroid incidentaloma: An evidence-based assessment of management strategy. *World J Surg.* 2008;32:1264-1268. [EL 4]
9. Hegedüs L. Clinical practice. The thyroid nodule. *N Engl J Med.* 2004;351:1764-1771. [EL 4—review]
10. Knudsen N, Bülow I, Laurberg P, Perrild H, Ovesen L, Jørgensen T 2001 Alcohol consumption is associated with reduced prevalence of goitre and solitary thyroid nodules. *Clin Endocrinol (Oxf)* 55:41–46;
11. Knudsen N, Perrild H, Christiansen E, Rasmussen S, DigePetersen H, Jørgensen T 2000 Thyroid structure and size and two-year follow-up of solitary cold thyroid nodules in an unselected population with borderline iodine deficiency. *Eur J Endocrinol* 142:224–230;
12. Laszlo Hegedüs et al. Management of Simple Nodular Goiter: Current Status and Future Perspectives., *Endocrine Reviews* 24 (1): 102-132, 2003;
13. Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, et al. Risk of malignancy in nonpalpable thyroid nodules: Predictive value of ultrasound and color-Doppler features. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:1941-1946. [EL 3] AACE/AME/ETA Thyroid Nodule Guidelines, *Endocr Pract.* 2010;16(Suppl 1)
14. Papini E. The dilemma of non-palpable thyroid nodules. *J Endocrinol Invest.* 2003;26:3-4. [EL 4—editorial]
15. Punaes MK, da Rocha AP, Meotti C, Gross JL, Maia AL. Clinical and oncological features of children and young adults with multiple endocrine neoplasia type 2A. *Thyroid.* 2008;18:1261-1268. [EL 2]
16. Razek AA, Sadek AG, Kombar OR, Elmahdy TE, Nada N. Role of apparent diffusion coefficient values in differentiation between malignant and benign solitary thyroid nodules. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29:563-568. [EL 3]
17. Rosenbaum MA, McHenry CR. Contemporary management of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009;9:317-329. [EL 4—review]
18. Ross DS. Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules. I. In: Rose BD, ed. *UpToDate.* Wellesley, MA: UpToDate. Last accessed December 2008. [EL 4—review]
19. Shetty SK, Maher MM, Hahn PF, Halpern EF, Aquino SL. Significance of incidental thyroid lesions detected on CT: Correlation among CT, sonography, and pathology [erratum in: *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:8]. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 ;187:1349-1356. [EL 3]
20. Yano Y, Shibuya H, Kitagawa W, et al. Recent outcome of Graves' disease patients with papillary thyroid cancer. *Eur J Endocrinol.* 2007;157:325-329. [EL 3]