

ДИФФУЗ ТОКСИК БУҚОҚ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бабаджанова Ш.А., Курбанова Г.Ч.

Тошкент тиббиёт академияси

Аннотация: Мақолада инсон организмига диффуз токсик буқоқнинг таъсири ва диффуз токсик буқоқнинг бир неча турли хил усуллар билан даволаш, лаборатор диогностикаси ҳамда гормонал ўзгаришларни баҳолаш ҳақида батафсил маълумотлар кўрсатиб ўтилган.

Калит сўзлар: диффуз токсик буқоқ, анемия, қалқонсимон без, аутоиммун, тиреотоксикоз, ностиреодид касаллик, экзофталм.

Диффуз токсик буқоқ касаллигида – қалқонсимон без катталашиб, у ишлаб чиқарадиган гормонлар миқдорининг ошиши кузатилади. Бу эса ўз навбатида организмдаги барча тизим ва аъзолар фаолиятининг бузилишига олиб келади. Гормонларнинг меъърдан ортиқ ишлаб чиқилиши танага салбий таъсир қилади. Умумий ҳолсизланиш, кўзғалиш, асабийлашиш, йиғлоқилик, уйқу бузилиши, кайфиятнинг сабабсиз тушиб кетиши, юракнинг тез уриши ва оғриши, аритмия каби белгилар кузатилади. Баъзида терлаш, қўл ва бутун тананинг титраши юзага келади. Жазирама иссиқда умумий аҳвол кескин ўзгаради. Гипертермия – доимий қизиб кетиш ҳисси юзага келиб, тери иссиқ ва нам бўлади. Одамнинг иштаҳаси ошсада, вазни камаяди. Томир уриши тезлашиб, ҳатто уйқуда дақиқасига 80 мартагача уриши кузатилади. Тана ҳарорати 37 даражадан юқори бўлади. Касаллик борган сари кучайиб, бўйин, бел, тирсак ва тиззаларда терининг ранги оч ёки тўқ рангга ўзгаради. Бемор кўзларининг ифодаси ўзгариб, нигоҳ кўрқувчан бўлади. Беморнинг жисмоний фаоллиги кескин пасаяди, диққат-этиборини бир жойга йиға олмай, хаёли қочади. Оқибатда буқоқ катталашиб кетади [16].

Илмий адабиётларда ёзилишича диффуз токсик буқоқ кўпроқ ақлий меҳнат ходимларида кўпроқ учрайди. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Бунда бир мунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табиий омиллар, очик 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 катталашиш 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) бўлишигига 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 (қизилўнғач, трахея ва б.) сиқилиши ёки суриб қўйилиши сабабли улар фаолиятининг бузилиши ёки косметик нуқтаи назардан қўйилади [17].

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 тез-тез ўзгариб туриши, жаҳлдорлик ва йиғлоқилиқ каби белгилари билан кечади. 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, кўрқув, 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 қуйидаги аниқ юзага чиққан белгиларни қайд этадилар: қоринда оғриқ хуружлари, қайт қилиш, ич кетишга мойиллик, ичнинг бузилиб туриши [22].

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 олиб келади.

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 жараёнида беморларнинг кўпчилигида биринкетин «кўз симптомлари» юзага келади. Кўзнинг "катталашуви" ёки чакчайиши (экзофтальм) - ретробулбар клетчатканинг шишиши, ўсиб қалинлашуви ёки фиброз тўқима билан қопланиши, модда алмашинувининг бузилиши билан узвий боғлиқ бўлади. Экзофтальм касаллиكنинг барвақт юзага келадиган, асосий аломатларидан бири ҳисобланади.

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

Штелваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очишиб-юмилиши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - «бир нуқтага қадалган нигоҳ» ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачик 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 - «қахр-ғазаб билан қараш».

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Далмеди симптоми – «қотиб қолган юз» (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади [16].

Тиреотоксикозда юзага келувчи экзофтальмни хавфли экзофтальмдан фарқлай олиш лозим, буни оралик мия зарарланиши ва гипофиз 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 чақчайиб 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 нервининг 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 (ЭЧТ) нинг ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг пасайиши аниқланади [23].

ДТБда беморлар асабийлик, юрак тез уриши, безовталиқ, озиш, соч тўкилиши, теридаги турли тошмалар, қизиб кетиш, кўп терлаш, кўлларда титроқ, кўзларнинг катталанишидан шикоят қилади. Қолаверса, улар уйқусизликдан қийналади. Касалликка таххис қўйиш лаборатор-қон таҳлиллари ва инструментал текширувлар натижасида амалга оширилади [24].

«Бўқоқ хавфи» юзага келиши мумкин бўлган асосий гуруҳга мунтазам жинсий ҳаётдан бебахра аёллар ҳам киради. 40 ёшдан кейин уларда кўпинча эндокрин офтальмопатия синдроми – ёруғликдан кўрқиш, ёш оқиши ва кўзларнинг чақчайиши кузатилади. Касалликнинг энг хавфли зўриқиши тиреотоксик криз ҳисобланади. У кўпинча ёз иссиғи пайтида ўтказилган жарроҳлик амалиёти, қалқонсимон безнинг шикастланиши, рухий зўриқиш, ҳомиладорлик, туғриқ, турли инфекциялар, ҳатто шифокорнинг кўпол ҳаракати таъсирида ҳам ривожланиши мумкин. Шифокорлар томонидан бу касалликнинг уч даражаси фарқланади:

- Енгил даражада: юрак қисқаришининг тезлиги дақиқасига 100 маротаба уришдан ошмайди, аритмия ва бошқа белгилар кузатилмайди, жисмоний фаоллик бир оз пасаяди. Киши 3-5 килограммгача озиши мумкин.

- Ўрта даражада: юрак қисқариши бир дақиқада 120 мартани ташкил қилиб, тана оғирлиги 8-10 килограммга камаяди ва жисмоний фаоллик анча сустлашади.

- Оғир даражада: томир уриши бир дақиқада 120 мартадан ошади. Аритмия, қон айланишининг етишмовчилиги, жигарнинг зарарланиши (тиреотоксик

гепатит), буйрак усти безлари фаолиятининг бузилиши, жисмоний фаолликнинг кескин пасайиши кузатилади.

Базедов касаллиги – организм иммун тизимининг назорати бузилиши туфайли юзага келади. Кўпинча бу касаллик ирсий мойиллиги бўлган инсонларда кузатилади. Касалликнинг бошланишига эса рухий шикастланиш, узоқ давом этган асабийлашиш, айрим юқумли касалликлар сабаб бўлиши мумкин.

ДТБ билан касалланган беморларда анемия учраш даражаси юқори [3-5]. Анемия ДТБда модда алмашинуви бузилиши натижасида келиб чиқади [20, 21]. ДТБ оғирлик даражаси ошиши билан анемия оғирлик даражаси ҳам ошиб боради [1]. Айрим беморларда темир алмашинуви бузилмаган ва анемия нормохром характерга эга [7, 10, 12, 18, 19]. Тиреотоксикоз даражаси ошиши билан эритроцитлар осмотик резистентлиги камайиб боради, натижада анемия кучаяди [6-9,13].

ДТБда тиреотоксикоз ривожланиши эндотелиал дисфункция ва тромботик асоратларнинг ошишига олиб келади [2]. ДТБда оксил алмашинувининг бузилиши катаболизм жараёнининг кучайиши билан боғлиқ [11, 14, 15].

Касалликнинг бошланғич босқичларида турли хил дори воситалар: жумладан, мерказолил, карбимазол, метимазол, йод бирикмалари, тинчлантирувчи воситалар ва бетта блокаторлар; радиоактив йод қўлланилади. Шунингдек, умумий даволашда иммунитетни кўтариш учун иммуномодуляторлардан фойдаланилади. Шу дори воситалар билан биргаликда антигистамин (аллергияга қарши) дори-дармонлар ҳам ишлатилади. Чунки гормонлар билан даволаш кўпинча терида тошма ва қичишларни юзага келтириши мумкин.

Агар қалқонсимон без жуда тез катталашса, белгиланган дори-воситаларни бемор кўтара олмаса, умумий аҳволи ижобий тарафга ўзгармаса жарроҳлик йўли билан масалани ҳал қилишга тўғри келади.

Жарроҳлик операциясидан кейин маълум вақт дори-дармонлар қабул қилишга тўғри келади. Қалқонсимон без касалликларини ўзбошимчалик билан даволаш қатъий мумкин эмас. Албатта шифокор мутахассис маслаҳати ва назорати бўлиши шарт.

Халқ табobati воситалари қалқонсимон без касаллигида яхши фойда беради. Аммо уларни шифокор белгилаган дори-дармонлар билан бирга қўллаш шарт.

Касалликнинг оғир шаклида қуйидаги йиғма чойларнинг бири ёрдамида даволаниш мумкин. Агар икки ҳафтадан кейин аҳвол ўзгармаса бошқа йиғмадан фойдаланиб кўришга зарурат туғилади.

1. Икки қисмдан рўян ва совунак илдизларига бир қисм оддий қизилмия кўшиб аралаштирилади ва бир ош қошиғига 250 грамм қайноқ сув қуйиб, буғда 15 дақиқа қайнатилади. 12 соат давомида тиндириб, докадан ўтказилади ва кунига бир маҳал наҳорга 1-2 пиёладан ичилади.

2. Ёввойи қулупнай, қизилмия илдизи, рўян, қорақиз, оддий сачратки, бўймодарон, тоғрайхон ўтларини тенг миқдорда аралаштириб бир ош қошиғига 250 грамм қайноқ сув қўшилади ва буғда 5 дақиқа қайнатилади. 12 соат тиндирилади ва докадан ўтказиб кунига 3 маҳал овқатдан ярим соат олдин чорак пиёладан ичилади.

3. Эман пўсти, шовул барги, қорабош ва қора сув ўтини тенг миқдорда аралаштириб, икки ош қошиғига 250 грамм қайноқ сув қуйилади ва икки соат термосда дамлаб қўйилади. Тайёр бўлган дамлама кунига 3 маҳалга бўлиб ичилади [16].

Бошланаётган қалқонсимон без касалликларида халқ табиблари қуйидаги услубни ҳам қўллашган: 30-40 томчи 10 фоизли прополис эритмасини чорак пиёла сув билан аралаштириб, кунига уч маҳал овқатдан ярим соат олдин бир ой давомида ичилади.

Бугунги замонавий тиббиёт заҳарли буқоқни 3 хил усулда даволашни таклиф этади. Булар медикаментоз даво, яъни дори-дармон билан, радиоактив йод ёрдамида ҳамда жарроҳлик усули билан даволаш ҳисобланади. Агар тегишли текширувлардан сўнг беморга заҳарли буқоқ ташхиси қўйилса, албатта, даволаниш лозим. Чунки касаллик таъсирида организмда турли оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин. Шу боис ўз вақтида шифокор маслаҳатини олиб, зарур тиббий текширувлардан ўтиш зарур. Бу орқали хасталикка аниқ ташхис қўйилиб, керакли даво чоралари ва муолажалар амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Бабаджанова Ш.А., Курбанова Г.Ч., Курбонова З.Ч. Изучение гематологических показателей при диффузно-токсическом зобе // Проблемы биофизики и биохимии. – 2021. – С. 43.

2. Бабаджанова Ш.А., Курбанова Г.Ч. Диффуз токсик буқоқда гиперкоагуляциянинг патогенетик аспекти // Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 100-101.

3. Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Қалқонсимон без гормонларининг анемия ривожланишидаги патогенетик аспекти // Гематология ва қон хизматининг долзарб муаммолари. – 2005. - С. 96.

4. Бабаджанова Ш.А. Курбонова З.Ч. Распространенность и течение анемии у больных с гиперфункцией щитовидной железы // Қон тизими

касалликларининг замонавий таъхиси, даволаниши ва трансфузиология муаммолари. – 2007. – С. 68.

5. Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Диффуз-токсик буқоқда тиреоид гормонларнинг анемия оғирлик даражаси билан боғлиқлиги // «Ўзбекистонда она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш соҳасидаги ютуқлари, муаммолари ва истиқболлари» тезислар тўплами. – 2018. – Б. 20-21.

6. Бабаджанова Ш.А., Курбанова Г.Ч. Осмотическая стойкость эритроцитов при диффузно-токсическом зобе // Замонавий клиник лаборатор таъхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 98-99.

7. Бабаджанова Ш.А., Курбанова Г.Ч. Феррокинетика при диффузно-токсическом зобе // Замонавий клиник лаборатор таъхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 101-103.

8. Каримов З.Б., Хожиев Ш.Т., Курбонова З.Ч. Change of osmotic resistance in patients with diffuse toxic goiter // Young scientists days. – 2014. – P. 262.

9. Курбанова Г.Ч., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Изучение осмотической резистентности эритроцитов при диффузно-токсическом зобе // Биофизика ва биокимё муаммолари. – 2021. - Б. 77

10. Курбанова Г.Ч., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Анализ феррокинетики при диффузно-токсическом зобе // Биофизика ва биокимё муаммолари. – 2021. - Б. 132

11. Курбанова Г.Ч., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Обмен белка при диффузно-токсическом зобе // Биофизика ва биокимё муаммолари. – 2021. - Б. 76

12. Курбанова З.Ч., Бабаджанова Ш.А. Тиреотоксикоз ҳар хил оғирлик даражаларида темир алмашинувини баҳолаш // «Ўзбекистонда она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш соҳасидаги ютуқлари, муаммолари ва истиқболлари» тезислар тўплами. – 2017. Б. 20.

13. Курбонова З.Ч. Эритроцитлар осмотик резистентлигининг диффуз-токсик буқоқда ўзгариши // Қон тизими касалликларининг замонавий диагностикаси, давоси ва трансфузиологиянинг муаммолари. – 2010. - №1. – С. 51-52.

14. Курбонова З.Ч., Бабаджанова Ш.А. Анемия ва диффуз токсик буқоқ билан касалланган беморларда оқсил алмашинувининг бузилиши // Қон тизими касалликларининг замонавий диагностикаси, давоси ва трансфузиологиянинг муаммолари. – 2010. - №1. – Б. 50.

15. Саламов Ф.Т., Ялгашев И.И., Шарипов Ш.Б., Курбонова З.Ч. Protein exchange at the Diffuze toxic goiter // ТТА, Ёш олимлар кунлари. – 2013.

16. Dedov I.I., Peterkova V.A.. Endokrin kasalliklarga chalingan bolalarni davolash bo'yicha federal klinik ko'rsatmalar (protokollar). Ed. - M: Praktika, 2014 yil.

17. Dedov I., Peterkova V.A., Malievskiy O.A., Shiryaeva T.Yu. *Pediatric endocrinology*. 2016.
18. Kurbonova Z.Ch., Salamov F.T., Fayzulina L.I. Exchange of iron in patients with diffuse toxic goiter accompanied by iron deficiency anemia // ТТА, Ёш олимлар кунлари,, Toshkent, 2014. № 265-266.
19. Kurbonova Z.Ch., Madrahimov A.L., Tashboev A.S. Exchange of iron in group sick with iron deficiency anemia and diffuse toxic goiter // Young scientists days. – 2015. – P. 257-258.
20. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. *Laboratoriya ishi: o'quv qo'llanma*. Toshkent, 2022. 140 b.
21. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. *Laboratoriya ishi: elektron o'quv qo'llanma*. Toshkent, 2022. 176 b.
22. Peterkova V.A., Vasyukova O.V. Bolalar va o'smirlardagi semizlikning yangi tasnifi masalasi. *Endokrinologik muammolar*, №2, 2015.
23. Ismailov S.I. *Endokrin bezlari, limfoid tugunlari, taloq shikastlanishi va ularning xirurgik kasalliklaridagi eponim simptom va sindromlarining izohli ma'lumotnoma-lug'ati*. 2002.
24. Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky, Reed P.Larsen, Henry M. Williams *textbook of endocrinology*. Kronenberg, 2015