

## GREYVS KASALLIGINI TASHHISLASH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

*Xayitboyeva Komila*

*TTA Urganch Filiali kata o'qituvchisi Phd*

*Qurbanbayeva Aziza*

*TTA Urganch filiali 1-bosqich magistranti*

**Kalit so'zlar:** tireotoksikoz, Greyvs kasalligi, qalqonsimon bez

**Kirish.** Graves kasalligining klassik shaklini tashxislash oson va kasallikning asosiy xususiyatlarini bilish va TTG kabi testlar bilan tasdiqlashga bog'liq. Differentsial diagnostika tirotoksikozning boshqa turlarini aniqlashni o'z ichiga oladi, masalan, qalqonsimon bezning ba'zi o'smalari yoki tirotoksikoz faktitozi va toksik bo'lmagan buqoq. Differensial tashxisga tireotoksikoz belgilarini taqlid qiluvchi gipermetabolizm turlari ham kirishi kerak. Masalan, feoxromotsitoma, politsitemiya, limfoma va leykemiyaning ayrim holatlari. O'pka kasalligi, infeksiya, parkinsonizm, homiladorlik yoki nefrit tireotoksikozning ayrim xususiyatlarini rivojlantirishi mumkin.

Grayvs kasalligini davolash hali sababni aniqlay olmaydi, chunki u hali noma'lum. Tirotoksikoz asosiy ko'rsatkich bo'lib ko'rinsa yoki oftalmopatiya kasalligi og'irroq bo'lsa, uni nazorat qilishga urinishlar amalga oshirilmoqda.

Graves kasalligining yangi holatlari yiliga 100 ming aholiga 30 dan 200 tagacha o'zgarib turadi. Erkaklarga qaraganda ayollarda Grayvs kasalli 10-20 marta ko'p uchraydi. Yod bilan ta'minlangan hududlarda Grayvs kasalligi tireotoksikozning asosiy sababi, yod tanqisligi bo'lgan hududlarda toksik buqoqning etiologik strukturasi Grayvs kasalligi qalqonsimon bezning funktsional avtonomiyasi bilan raqobatlashadi.

**Key words:** thyrotoxicosis, Graves' disease, thyroid gland

**Abstract.** Diagnosing the classic form of Graves' disease is easy and depends on knowing the basic features of the disease and confirming it with tests such as TTG. Differential diagnosis includes the detection of other types of thyrotoxicosis, for example, some tumors of the thyroid gland or thyrotoxicosis factitosis and non-toxic goiter. The differential diagnosis should also include types of hypermetabolism that mimic the symptoms of thyrotoxicosis. For example, some cases of pheochromocytoma, polycythemia, lymphoma and leukemia. Lung disease, infection, parkinsonism, pregnancy or nephritis can develop some features of thyrotoxicosis.

Treatment for Graves' disease cannot yet determine the cause because it is still unknown. If thyrotoxicosis appears to be the main indication or if ophthalmopathy is more severe, attempts are made to control it.

New cases of Graves' disease vary from 30 to 200 per 100,000 population per year. Graves' disease is 10-20 times more common in women than in men. Graves' disease is the main cause of thyrotoxicosis in iodine-rich regions, and in the etiological structure of toxic goiter in iodine-deficient regions, Graves' disease competes with the functional autonomy of the thyroid gland.

**Material va usullar.** Tadqiqot davomida klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari yaratilgan. Olingan natijalar tizimlashtirilgan va statistik qayta ishlangan. Asoslangan xulosa chiqarilib, amaliy tavsiyalar berildi.

**Tadqiqot natijalari.** Xorazim viloyat endokrinologiya dispanseriga Graves kasalligi bilan murojaat qilgan 58 nafar bemor oʻrganildi. Ularning 27 nafari (46,5 %) ayollar va 31 nafari (53,4 %) erkaklar tashkil etdi. Bemorlarning oʻrtacha yoshi  $37,2 \pm 12,6$  edi. Bemorlardan mehnatga layoqatli yoshdagilar 75,9% ni tashkil etdi. Kasallikning oʻrtacha davomiyligi 3 oydan 15 yilgacha boʻlgan, oʻrtacha davomiyligi  $4,3 \pm 3,5$  yil. Bemorlarning 76,3 foizida bu kasallik 3 yildan koʻproq vaqt oldin boʻlgan.

Shuni taʼkidlash kerakki, konservativ terapiya asosida kasallikning qaytalanishi 45 (77,5%) bemorda qayd etilgan boʻlsa, ulardan 6 (10,3%) 2 va koʻproq retsidiv uchragan. Bu bemorlarning barchasi uzoq muddat tireostatik dorilar bilan ambulator davolangan.

Tadqiqot 2 bosqichda oʻtkazildi. Birinchi (retrospektiv) bosqichda birin-ketin roʻyxatga olingan bemorlarda qalqonsimon bezning umumiy rezektsiyasi oʻtkazilgan. Olingan toʻqimalar hajmi 5 ml dan oshmadi (intraoperativ ultratovush tekshiruvi boʻyicha koʻra). Bunday bemorlar soni 20 nafarni tashkil etdi.

II bosqich (prospektiv) biz oʻrgangan 38nafar bemorni oʻz ichiga oladi, jarrohlik aralashuv doirasini tanlash uchun individual yondashuv qoʻllanildi va qalqonsimon bezning outoimmun stimulyatsiyasi darajasiga qarab tanlandi. Operatsiya hajmiga qarab, bemorlar II guruh bemorlari 2 kichik guruhga boʻlingan. 1 kichik guruhga qalqonsimon bezning umumiy rezektsiyasi qilingan 15 bemor kiritilgan, toʻqima hajmi 5,3 ml (intraoperativ ultratovush tekshiruvi boʻyicha). 2 kichik guruhga

tireoidektomiya qilingan 33 bemorni oʻz ichiga olgan. Bemorlarning solishtirilgan guruhlari xususiyatlari 1 jadvalda keltirilgan.

### Jadval

#### 1.

Belgisi	I guruh	II guruh (1 kichik guruh)	II guruh (2 kichik guruh)
Ayollar	6	8	13
erkaklar	14	10	7
Oʻrtacha yosh (yil)	$32,3 \pm 11,7$	$35,5 \pm 12,3$	$37,1 \pm 12,5$
Kasallikning davomiyligi (yil)	$3,9 \pm 2,8$	$4,2 \pm 3,1$	$4,3 \pm 3,4$

Kasalxonaga yotqizilgandan soʻng bemorlardan umumiy qon va siydik analizi olindi, standart usullar yordamida qon biokimyoviy analizi oʻtkazildi. Ultratovushli tadqiqot qalqonsimon bezning hajmini aniqlash va toʻqimalarning tarkibiy oʻzgarishlarini baholash uchun amalga oshiriladi.

II guruh turli darajadagi outoimmun stimulyatsiyaga ega boʻlgan bemorlarda qalqonsimon bez toʻqimalarida morfologik oʻzgarishlarni baholash uchun morfologik tadqiqot amalga oshirildi. Bez preparati 10% neytral formalin

eritmasiga o'rnatildi, kerosin bloklariga quyildi, mikropreparatlar gematoksilin va eozin bilan bo'yaldi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda barcha 58 bemorda tireotoksikozning klinik ko'rinishlari kuzatilmadi. Guruhlarning hech birida intraoperativ qon ketish kuzatilmadi. Umuman olganda, erta asoratlarda 11 (19,2%) bemorda topilgan. Ulardan 21 tasida (8,4%) halqum mushaklarining parezi, 30 (11,6%) - gipoparatiroidizm. Operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlarning tuzilishi 2-jadval.

**Jadval**

2.

Asoratlarda	I guruh	II guruh (1 kichik guruh)	II guruh (2 kichik guruh)
Halqum parezi	5 (25%)	8 (21%)	8 (21%)
Gipoparatiroidizm	7 (35%)	9 (23,6%)	14 (36,8%)

Operatsiyadan keyingi erta davrda o'lim holatlari kuzatilmadi.

Qalqonsimon bezning umumiy rezektsiyasidan so'ng barcha bemorlar uylariga gormonlarni almashtirish terapiyasiz yuborildi. Tiroidektomiya operatsiyasi o'tkazilgan barcha 33 bemorda (II guruhning 2 kichik guruhi), operatsiyadan keyingi davrda doimiy hipotireoidizm kuzatildi. Ularning barchasiga L-tiroksin preparati buyurilgan, yosh va yurak kasalliklarini hisobga olgan holda 1 kg vazn uchun 1,6 mkg dozasi hisoblab chiqilgan.

### Xulosa

1. Greyvs kasalligi odamlarda eng keng tarqalgan autoimmun kasalliklardan biridir. Ko'pgina hollarda klinik ko'rinish va prognoz doimiy tireotoksikoz bilan belgilanadi. Agarda davolash etarli darajada bo'lmasa bu bemorning jiddiy nogironligiga olib kelishi mumkin. Biroq, Greyvs kasalligini davolashning hozirgi tamoyillari va kamchiliklardan xoli emas, lekin bemorni tireotoksikozdan butunlay xalos qilishi mumkin va maqbul hayot sifatini ta'minlashi mumkin.

2. Graves kasalligi bilan og'rigan bemorlarda qalqonsimon bezning umumiy rezektsiyasini o'tkazishsa, hatto qalqonsimon bezning 6 ml dan past saqlab qolishsada uzoq operatsiyadan keyingi davrda kasallikning qaytalanish darajasi 16,1% ga etadi. Tiroidektomiya qilish orqali uzoq operatsiyadan keyingi davrda 7,1% bemorlarda doimiy hipoparatiroidizm saqlanib qoladi.

3. Qalqonsimon bez to'qimalarida morfologik o'zgarishlar bevosita qalqonsimon bezning autoimmun stimulyatsiyasi darajasiga bog'liq. Qalqonsimon bezning kam autoimmun stimulyatsiyasi bilan proliferativ o'zgarishlar ifodalanmaydi va skleroz va qalqonsimon epiteliyaning almashinuvi jarayonlari ustunlik qiladi. Qalqonsimon bezning autoimmun stimulyatsiyasi kuchayishi bilan proliferativ va giperplastik jarayonlar ustunlik qiladi.

4. Graves kasalligi bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik hajmini tanlash mezoni tireotrop gormon retseptirlariga antitanachalarning konsentratsiyasini hisobga olish bilan aniqlanadi. Titri yuqori ( $\geq 1,5$  U/L) bo'lgan bemorlarda tiroidektomiya qilish maqsadga muvofiqdir; Autoimmun stimulyatsiya darajasi past bo'lgan bemorlarda

(<1,5 U/L) qalqonsimon bezni umumiy rezektsiya qilish kerak. Ushbu taktika salbiy oqibatlarining nisbiy xavfini 63,4% ga kamaytiradi va nisbiy foydaning 15,2% ga oshishiga olib keladi.

#### **Adabiyotlar ro`yxati:**

1. Rittmaster RS, Zwicker H, Abbott EC, Duglas R, Givner ML, Gupta MK, Lehmann L, Reddy S, Salisbury SR, Shlossberg AH, Tan MH, York SE. Greyvs kasalligi bilan og'rigan bemorlarda metimazolning ekzogen L-tiroksinli yoki ularsiz tirotropin retseptorlari antikorlarining sarum konsentratsiyasiga ta'siri. *J Clin Endocrinol Metab* 81: 3283-3288, 1996 yil.
2. Filipp JR, Xarrison MT, Ridli EF, Crooks J: Tirotoksikozni ionlashtiruvchi nurlanish bilan davolash. *Lancet* 2:1307, 1968 yil.
3. Franklin, J.A. Gipertiroidizmni boshqarish. *New Engl J Med* 330: 1731-1738, 1994 yil.
4. Tarring O, Tallstedt L, Wallin G, Lundell G, Lunggren J-G, Taube A, Saaf M, Hamberger B, qalqonsimon bezni o'rganish guruhi. Greyvs gipertiroidizmi: antitiroid dorilar, jarrohlik yoki radioyod bilan davolash - istiqbolli, randomizatsiyalangan tadqiqot. *J Clin Endocrinol Metab* 81: 2986-2993, 1996.
5. Vitti P, Rago T, Chiovato L, Pallini S, Santini F, Fiore E, Rocchi R, Martino E, Pinchera A. Antitiroid dori-darmonlarni davolashdan keyin remissiyaga uchragan Greyvs kasalligi bilan og'rigan bemorlarning klinik xususiyatlari. *Qalqonsimon bez* 7:369, 1997.
6. Burch HB1, Cooper DS2. Greyvs kasalligini boshqarish: ko'rib chiqish. *JAMA*. 2015 yil 15 dekabr;314(23):2544-54. doi: 10.1001/jama.2015
7. Glinoyer D, Hesch D, LaGasse R, Laurberg P: 1986 yilda Evropada Greyvs kasalligi tufayli gipertireoidizmni boshqarish. Xalqaro so'rov natijalari. Stokgolmda bo'lib o'tgan Evropa qalqonsimon bezlar assotsiatsiyasining 15-yillik yig'ilishida o'tkazilgan simpozium materiallari, 1986 yil iyun - iyul, 37 bet.
8. Solomon B, Glinoyer D, LaGasse R, Wartofsky L: Greyvs kasalligini davolashning hozirgi tendentsiyalari. *J Clin Endocrinol Metab* 70: 1518-1524, 1990.