

БУҚОҚ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА СТРУМЭКТОМИЯНИНГ ТЕХНИК ВА ТАКТИК ЖИХАТЛАРИНИ ЯХШИЛАШ

Ғозибеков Жамшид Исанбаевич

Самарқанд давлат тиббиёт университети

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15813224>

Аннотация. Ҳозирги кунга қадар қалқонсимон безга операция йули билан киришни амалга оширишда, аксарият ҳолларда, Кохернинг ёқасимон кесмаси қўлланилади. Ушбу кириш усули кенг операцион майдонни яратишни таъминлайди, аммо бу жуда травматик бўлиб косметик жиҳатдан кам натижа беради. Сўнги 10-15 йил ичида бўйин олд юзасига, аксилляр, кўкрак олди, параареоляр, орқа мия, трансорал линиялар орқали, миниинвазив робот ёрдамида турли хил вариантларда кириш йўллари мавжуд. Ушбу муаммолардан келиб чиққан ҳолда буқоқ касаллиги билан операция қилинган 112 нафар бемордан асосий гуруҳдагиларига такомиллаштирилган ретрактор кулланилганида таккослаш гуруҳидаги беморларга нисбатан ижобий натижалар курсаткичи сезиларли даражада ошди.

Калит сўзлар: жароҳат кенгайтиргич, струмэктомия, субтотал резекция, такомиллаштирилган ретрактор, тиреопероксидаза, ултратовушли диссектор-аспиратор (Cusa).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ И ТАКТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТРУМЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ЗОБА

Ғозибеков Жамшид Исанбаевич

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. На сегодняшний день наиболее распространенным хирургическим доступом к щитовидной железе является разрез Кохера. Этот доступ обеспечивает широкое операционное поле, однако он весьма травматичен и имеет плохие косметические результаты. За последние 10-15 лет были разработаны различные доступы: через переднюю поверхность шеи, подмышечные, переднегрудные, параареолярные, дорсальные, трансоральные линии, а также с помощью миниинвазивного робота. Ввиду этих проблем в исследовании 112 оперированных пациентов с зобом использовался усовершенствованный ранорасширитель по сравнению с контрольной группой, что значительно увеличило положительные результаты.

Ключевые слова: расширитель раны, струмэктомия, субтотальная резекция, усовершенствованный ранорасширитель, тиреопероксидаза, ультразвуковой диссектор-аспиратор (Cusa).

IMPROVEMENT OF TECHNICAL AND TACTICAL CAPABILITIES OF STRUMECTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF GOITER DISEASE

Gozibekov Jamshid Isanbayevich

Samarkand State Medical University

Abstract. To date, the most common surgical approach to the thyroid gland is the Kocher incision. This approach provides a wide operative field, but it is very traumatic and has poor cosmetic results. Over the past 10-15 years, various approaches have been developed: through the anterior surface of the neck, axillary, anterior chest, paraareolar, dorsal, transoral lines, and with the help of a mini-invasive robot. In view of these problems, in a study of 112 patients with goiter

operated on, the improved retractor was used in comparison with the control group, significantly increasing the positive results.

Keywords: wound expander, strumectomy, subtotal resection, improved retractor, thyroperoxidase, ultrasonic dissector-aspirator (Cusa).

КИРИШ

Сўнги ўн йилликларда эндокрин касалликлар таркибида тиреопатиялар кескин равишда ўсиб бормоқда малакали тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, келгуси йилларда қалқонсимон без касалликлари билан касалланган беморлар сонининг янада кўпайишини кутиш мумкин (И.И. Дедов ва бошқ, 2000, А.П. Калинин ва бошқ, 2004) Шундай қилиб, ҳозирда аҳоли орасида қалқонсимон без касалликларидан тугунли ва кўп тугунли эутиреоид букоқнинг пайдо бўлиш частотаси 30% дан 62% гача ўзгариб туради, бу букоқ эндемиясининг мавжудлиги, экологик муаммолар ва тиббий профилактика йўналишининг сушлашиши билан боғлиқ (А.Ф. Романчишен 1992 ва Калинин ва бошқалар, 2004) Шунга кўра, жарроҳлик аралашувларининг сони ҳам кўпаймоқда, чунки жарроҳлик усули тугунли букоқни даволашда етакчи ҳисобланади (М.И. Балаболкин 1998)

Сўнги йилларда букоқнинг тугун шакллари олдани олиш ва даволашда эришилган ютуқларга қарамай, хирургик даволашнинг натижалари ҳар доим ҳам жарроҳлар ва эндокринологларни қониқтирмайди, бу биринчи навбатда операциядан кейинги гипотиреоз ривожланиши ва касалликнинг қайталаниши билан боғлиқ (В.Г. Аристархов, 1998). Баъзи тадқиқотчилар қалқонсимон бездаги тугунларни тўлиқ олиб ташлашгача шунингдек кенг резекция қилишни тавсия этадилар (В.Э Ванушко, Н.С Кузнецов, 2002) курсатма булмаганида қалқонсимон безни кенг резекция қилишнинг натижаси беморнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштиришгача бориб етиши мумкин.

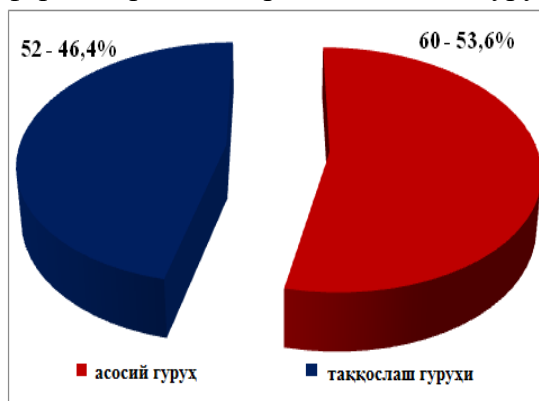
Сўнги пайтларда купгина муаллифлар қалқонсимон без паренхимасини функционал хусусиятларини етарли даражада сақлаб қолиш учун букоқнинг тугун шаклларида орган сақлаш операцияси маъқул топмоқдалар (М Васков., Т А Масалская, 1998).

Текшириш мақсади:

Струмэктомия бажаришнинг техник ва тактик усулларни такомиллаштириш.

МАТЕРИАЛЛАР ВА УСУЛЛАР.

Беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди. 2014-2018 йилларда 52 (46,4%) нафар бемор операция қилиниб улар таққослаш гуруҳига киритилди. 2019 йилдан 2023 йиллардаги 60 (53,6%) нафар бемор эса назоратдаги асосий гуруҳга киритилди (1-расм).



1-расм. Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши (n=112)

Хозирги кунгача қалқонсимон без жарроҳлиги амалиётида, безга киришни таъминлаш учун, қалқонсимон без олди мушаклари махсус кенгайтиргич - Фаробев ёки Воробёв асбоби ёрдамидан фойдаланилиб келинмоқда, без краниал ва каудал йўналишда тортилганда уни тўлиқ куриш ва текширишни қийинлаштиради натижада турли хил ятроген жароҳатланишлар хавфи ошади ҳамда операция хажмини танлашда турли хил хатоликлар юзага келади.

Юқоридаги қийинчиликларни кескин бартараф этиш учун безга кенг юзада кириб боришни таъминлашда ўзгартирилган ретрактор воситасини шу билан бир қаторда туқималарни бир-биридан ажратишда эса ултратовушли дисектор-аспиратор (CUSA) дан фойдаланилди (2-3-расм).



2-3-расм. Қалқонсимон без операцияларини бажаришда фойдаланиладиган такомиллаштирилган жароҳат кенгайтиргич

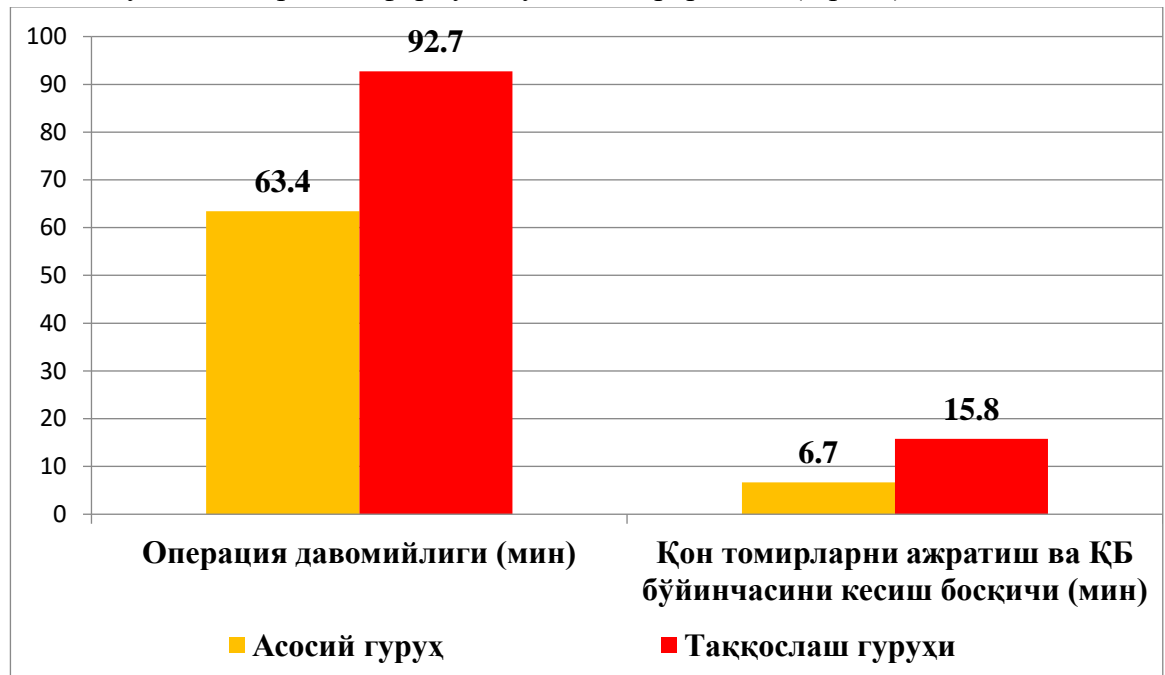
Жароҳат кенгайтиргич қалқонсимон безга кенг киришни таъминлаш бир қаторда без ҳолатини етарли даражада кўриш, оператив ёндашувни ортиқча жароҳатларсиз ўтказиш имконини беради. Ушбу ишлаб чиқилган жарроҳлик асбоби қалқонсимон безнинг барча тугун хосилаларини аниқлаш учун қулай шарт-шароитни яратиш баробарида қайтувчи нервдан узоклашиш ва безга яқин жойлашган бошқа муҳим аъзоларга зарар етказмасликни таъминлади. Ултратовушли дисектор-аспиратор (CUSA) ёрдамида струмэктомияни амалга оширишнинг техник жиҳатларини такомиллаштирилиши қалқонсимон без артерия тузилмаларининг хавфсиз ажратилишини, қайтувчи хиқилдоқ нерви, ҳамда қалқонсолди безлари идентификациясини таъминлаши ва шу орқали операция ичи асоратлар хавфини камайтиришда муҳим аҳамият касб этди. Жароҳат кенгайтиргич жароҳатнинг узунлиги ва чуқурлигини аниқлаши учун вертикал ва горизонтал йўналишда сантиметрли ўлчагич билан жиҳозланган.

Қалқонсимон безда бажарилган операциялар хажмидан бирини мисол қилиб айтадиган бўлсак безнинг субтотал резекциясини бажаришда қолдиқ туқималарнинг ҳажми 1,0 дан 5,3 мл гача, ўртача $3,0 \pm 1,2$ мл ни ташкил этди. Асосий гуруҳнинг барча беморларида қалқонсимон без қолдиқ ҳажмини аниқлаш ва ҳажмини ҳисоблаш учун ўзгартирилган жароҳат кенгайтиргич ишлатилган. Жароҳат кенгайтиргич сантиметр ўлчагичидан фойдаланиб, қолдиқ туқималарнинг ҳажми ўлчанди ва ҳисоблаб чиқилди.

Бунинг учун биз J. Brunn (1981) ва бошқалар томонидан таклиф қилинган қуйидаги формуладан фойдаландик.

$$V = A \cdot B \cdot C \cdot 0,479,$$

бу ерда: А - узунлик, Б - кенглик, С - қалинлиги, 0,479 - эллипсоид коэффициенти 6 мл дан ортиқ қийматларда қолган тўқималарни ререзекция қилиш амалга оширилди ва қолган ҳажми ўлчаш юқоридаги формула бўйича такрорланди (4-расм).



4-расм. Таққосланган гуруҳларда операция давомийлигининг солиштирма кўрсаткичлари (мин)

Шундай қилиб, буқоқнинг касаллигини жарроҳлик амалиётида атиги 11,6% да тугунли шакллари, қолган 88,4% да буқоқнинг диффуз, аралаш ва рецидив шакллари учрайди, ушбу татбиқ қилинган жароҳат кенгайтиргич қон кетиши, трахея ва ҳиқилдоқ қайтувчи нервини шикастланиши каби интраоперацион асоратлар хавфини камайтиришга имкон берди ҳамда бошқа жарроҳлик асбобларидан фарқли ўлароқ кўшимча ёрдам кучларисиз жароҳатнинг четларини ташқарига суриш орқали бўйин аъзоларига кенг киришни таъминлаш учун ишлатилади. Таклиф этилган ўзгартирилган жароҳат кенгайтиргич бўйиндаги қон-томир, нерв тутамлари ҳолатини визуал назорат остида ушлаб туришга ёрдам берди.

ХУЛОСА

1. Таклиф этилаётган жарроҳлик асбоби ёрдамида струмэктомия операциясининг техник ва тактик усуллари такомиллаштирилди, шу билан бир қаторда операцияни бажариш техникасини соддалаштириш ва қалқонсимон без қолдиқ ҳажмини аниқлаш ва ҳажмини ҳисоблаш, шунингдек, интраоперацион асоратлар хавфини камайтириш имконини беради. ҚБ томирларини ажратиш босқичлари ва трахеянинг олд юзасини кенг очиб беришни таъминлаш струмэктомиянинг қийин босқичларидан бўлишига қарамасдан тавсия этилган асбобдан фойдаланиш операция босқичларини сезиларли даражада осонлаштирди. Натижада операциянинг давомийлик муддати $15,8 \pm 0,9$ дан $6,7 \pm 0,5$ минутгача қисқарди ($p < 0,001$). Шунга кўра, операциянинг умумий вақти $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ минутгача камайди ($p < 0,001$).

2. Ультратовушли дисектор аспиратор (CUSA) ёрдамида қалқонсимон без операцияларини амалга оширишнинг техник жиҳатларини такомиллаштириш томирларнинг хавфсиз чиқарилишига, қайтувчи ҳиқилдоқ нерви, паратиреоид безларини аниқлашга ёрдам берди ва операциядан кейинги эрта асоратлар (қон кетиш, қайтувчи ларингеал нерв парези,

гипопаратиреозидизм) частотасини камайтиришга имкон берди, операциянинг мураккаб босқичларини $15,8 \pm 0,9$ дан $6,7 \pm 0,5$ дақиқагача ($P0,001$), операциянинг умумий давомийлиги $92,7 \pm 4,8$ дан $63,4 \pm 3,6$ дақиқагача ($P0,001$) камайтиришга эришилди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Пиксин И.Н., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Ключев В.И., Кечайкин А.Н. Хирургическая тактика при доброкачественных новообразованиях щитовидной железы. Научный альманах. 2015;(9):969-73.
2. Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Порываева Е.Л. Оценка качества жизни пациентов с диффузным токсическим зобом после проведенной тиреоидэктомии. Креативная хирургия и онкология. 2019;9 (1):26-30.
3. Гостимский А.В. Особенности диагностики и хирургического лечения узловых новообразований щитовидной железы у детей //Актуальные проблемы эндокринной хирургии. – 2018. – С. 50-55.
4. Бабажанов А.С. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 2. - С. 25-29.
5. Салоҳиддинов Ж.С., Ғозибеков Ж.И. Цитологик текширишларга асосланиб қалқонсимон без тугунли ҳосилалари бўлган беморларни хирургик даволаш ҳажмини танлаш // // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - № 6. - С. 178-182.
6. Chung JH. Antithyroid Drug Treatment in Graves' Disease. Endocrinol Metab (Seoul). 2021 Jun;36(3):491-499.]
7. Chaves N, Rodriguez MJ, Broekhuis JM, Chen HW, Bain PA, James BC. Quality of life in patients with benign non-toxic goiter after surgical intervention: a systematic review and meta-analysis. World J Surg 2022 Jan 24 doi: 10.1007/s00268-022-06452-w.
8. Zayniev A.F., Gozibekov J.I., Abduraxmanov D.Sh. Aspects of preoperative preparation of patients with toxic goiter for surgical treatment. // International Journal of Education, Social Science & Humanities. Finland Academic Research Science Publishers. - 2023. ISSN: 2945-4492 (online) | (SJIF) = 7.502 Impact factor. – Vol.11. Issue-5. P. 2212-2222. (14.00.00; №23).