

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

УДК:616.3-006.6:616-08-039.75

КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович.
ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович.
РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
МЕЛИКУЛОВ Аслиддин Хамрокулович.
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

ОШҚОЗОН САРАТОНИ ТАРҚАЛГАН ШАКЛИДА ПАЛЛИАТИВ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ

For citation: Kuliev Aziz Abdumazhidovich, Juraev Mirzhalol Dehkanovich, Raximov Nodir Maxammatkulovich, Melikulov Asliddin Xamrokulovich PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF ADVANCED STOMACH CANCER. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 4, pp. 213-219

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-4-32>

АННОТАЦИЯ

Ишнинг мақсади: Паллиатив резекция ва гастрэктомия ёрдамида маҳаллий тарқалган ошқозон саратонини жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва тадқиқот усуллари. РИОваРИАТМ Самарқанд филиали базасида, 2012-2020 йиллар даврида маҳаллий ривожланган ошқозон саратони билан оғриган 56 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари тадқиқотга киритилди. Кўрсаткичларга кўра 45 (80.3%) беморда паллиатив ГЭ ва 11 (19.6%) беморда паллиатив ДСОР ўтказилди. 25 ҳолларда даволаш кемиотерапия билан ўтказилган. Назорат гуруҳ маҳаллий тарқалган ошқозон саратони билан 18 бемордан иборат. 2012 йилга қадар фақат ҳажми-минималлаштирилган паллиатив МДСР амалга оширилган.

Тадқиқот натижалари: Бизда кузатилган 18 ҳолатининг узоқ муддатли яшовчанлик натижаларини диагностик лапаротомия натижалари билан таққослаш орқали уларнинг онкологик мақсадга мувофиқлигини текширдик, шундан сўнг ўртача яшаш кўрсаткичи (ЎЯК) $(4,2 \pm 0,2)$ ойни ташкил этди. Химиотерапиясиз ДСОРдан кейин $(10,3 \pm 1,5)$ ой, ГЭ дан кейин $(13,2 \pm 3,5)$ ой яшадилар. 25 беморни комбинир даволаш натижасида (химиотерапия+операция) бир йиллик яшаш кўрсаткичи $(16,5 \pm 5,7)\%$ гача, 2 йиллик яшовчалик $(5,2 \pm 5,1)\%$ гача, 3 йиллик яшовчалик $(2, 2 \pm 3,5)\%$ гача, ўртача яшаш кўрсаткичи - ЎЯК $(18,0 \pm 1,5)$ ойлар билан эришдик.

Хулоса. Биз беморларнинг яшаш кўрсаткичинини оширадиган паллиатив операцияларнинг тўғридан-тўғри кўрсатмаларини расмийлаштирдик ва кимёвий терапия билан биргаликда терапевтик таъсир сезиларли даражада ошди. Тўғридан-тўғри кўрсатма ошқозон саратони билан оғриган беморларда жигарга (H1) битта метастаз, қорин бўшлиғининг юқори қавати бўйлаб (P1) ва қолдиқ ўсма (R2) ҳолатларида. Комбинирлашган аралашувларнинг бундай

ҳажми ҳам эксплоратив ва симптоматик операциялар билан таққослаганда узок муддатли даволашнинг ишончли натижалари билан оқланади.

Калит сўзлар: маҳаллий-тарқалган ошқозон саратони, паллиатив гастрэктомия, ясси резекция, термоэлект्रोкоагуляция, кизилўнғач резекцияси.

КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович.

ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович.

РАХИМОВ Нодир Махамматкулович

МЕЛИҚУЛОВ Аслиддин Хамрокулович.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан

ПАЛЛИАТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

АННОТАЦИЯ

Цель работы: Улучшить результат хирургического лечение местно-распространенного рака желудка путем применение паллиативной резекции и гастрэктомии.

Материал и методы исследования. На базе Самаркандского филиала СНПМЦРиО, нами были исследованы результаты хирургического лечения 56 больных с местно-распространенным раком желудка в период с 2012-2020г. По показаниям 45 (80,3%) больным выполнили паллиативную ГЭ и 11 (19,6%) больным паллиативную ДСРЖ. В 25 случаев лечение было дополнено химиотерапией. Контрольная группа составила 18 больных с местно-распространенным раком желудка.

Результаты исследования. Их онкологическую целесообразность мы тестировали сравнением отдаленных исходов 18 прослеженных случаев с результатами диагностических лапаротомий, средняя продолжительность жизни (СПЖ) после которых составила $(4,2 \pm 0,2)$ мес. После ДСРЖ больные жили $(10,3 \pm 1,5)$ мес., после ГЭ — $(13,2 \pm 3,5)$ мес. В результате комбинированного лечения 25 пациентов (операция + химиотерапия) мы получили прогресс одногодичной выживаемости до $(16,5 \pm 5,7) \%$, 2-летней — до $(5,2 \pm 5,1) \%$, 3-летней — до $(2,2 \pm 3,5) \%$ при СПЖ $(18,0 \pm 1,5)$ месяцев.

Заключение. В результате мы оформили прямые показания к паллиативным вмешательствам, когда они сами по себе увеличивают СПЖ пациентов, а в комбинации с химиотерапией лечебный эффект достоверно усиливается. Прямые показания существуют у больных раком желудка с одиночными метастазами в печень (H1), по верхнему этажу брюшной полости (P1), при резидуальной опухоли (R2). Но даже такой объем комбинированных вмешательств оправдан достоверно более благоприятными отдаленными результатами лечения по сравнению с эксплоративными и симптоматическими операциями.

Ключевые слова: местно-распространенный рак желудка, паллиативная гастрэктомия, плоскостных резекций, термоэлект्रोкоагуляция, резекции пищевода.

KULIEV Aziz Abdumazhidovich.

JURAEV Mirzhalol Dehkanovich.

RAXIMOV Nodir Maxammatkulovich

MELIKULOV Asliddin Xamrokulovich.

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF ADVANCED STOMACH CANCER

ANNOTATION

Purpose of work: To improve the result of surgical treatment of locally advanced gastric cancer y using palliative resection and gastrectomy.

Material and research methods. On the basis of the Samarkand branch of SNPMTSRiO, we studied the results of surgical treatment of 56 patients with locally advanced gastric cancer in the

period from 2012-2020. According to indications, 45 (80.3%) patients underwent palliative EHE and 11 (19.6%) patients underwent palliative DSDS. In 25 cases, the treatment was supplemented with chemotherapy. The control group consisted of 18 patients with locally advanced gastric cancer.

Research results. We tested their oncological feasibility by comparing the long-term outcomes of 18 traced cases with the results of diagnostic laparotomies, the average life expectancy (ALE) after which was (4.2 ± 0.2) months. After DSDS, the patients lived (10.3 ± 1.5) months, after HE - (13.2 ± 3.5) months. As a result of the combined treatment of 25 patients (chemotherapy operation), we achieved a one-year survival progress of up to $(16.5 \pm 5.7)\%$, 2-year survival - up to $(5.2 \pm 5.1)\%$, 3-year - up to $(2, 2 \pm 3.5)\%$ with ALE (18.0 ± 1.5) months.

Conclusion. As a result, we formalized direct indications for palliative interventions, when they themselves increase the patient's life expectancy, and in combination with chemotherapy, the therapeutic effect is significantly enhanced. Direct indications exist in patients with gastric cancer with single metastases to the liver (H1), along the upper floor of the abdominal cavity (P1), and with residual tumor (R2). But even such a volume of combined interventions is justified by reliably more favorable long-term results of treatment in comparison with explorative and symptomatic operations.

Key words: locally advanced gastric cancer, palliative gastrectomy, planar resections, thermoelectrocoagulation, esophageal resection.

Долзарблиги. Ошқозон саратони эпидемиологияси ва унинг асоратлари. Сўнгги бир неча ўн йилликлар давомида ошқозон саратони билан касалланиш дунё бўйлаб камайиб бормокда [8]. Яшаш кўрсаткичи жуда пастлигича қолмокда, чунки беморларнинг 82% гача маҳаллий тарқалган шакли билан аниқланади ва аниқлангунига қадар регионар ва узоқ метастазлар кузилади; ташхис қўйилганидан кейин 1 йил ичида беморларнинг 55% гача оғир асоратлар билан вафот этади [4].

Маҳаллий тарқалган ошқозон саратони жарроҳлик даволаш натижаларини қониқарли деб айтиш қийин, чунки касалликнинг I В босқичида 5 йиллик ҳаёт даражаси 66-80%, III В босқичида - 10-24% ва IV босқичида (M0) - 0-13%. pT2 босқичи бўлган беморларнинг 48-60% 5 йиллик яшовчанликни ташкил қилса, pT4 ҳолатда атиги 10-22%, минтақавий лимфатик тугунларнинг метастазланиши билан - 63-90% ва N + билан атиги 25 - 45% [6].

Ошқозон девори, атроф органлар ва атроф тўқималар иштирокида ўсманинг маҳаллий тарқалиши кўпинча бир қатор жиддий асоратларнинг пайдо бўлиши ҳолатларига олиб келади. Ихтисослашган муассасаларга ётқизилганлар орасида беморларнинг 40% ошқозон саратонининг маҳаллий тарқалиши билан кечади [2]. Улардан энг кенг тарқалгани асоратларидан - бу ўсмадан қон кетиш, стеноз ва баъзи ҳолларда ошқозон перфорацияси билан перитонитлар ривожланади. Кузатилган асоратлар билан жарроҳлик муолажасини бажариш жуда қийин вазифадир [1]. Ошқозон саратони асоратлари таркибида қон кетиш 41,5% ҳолларда, стеноз 36,1% да, тешилиш эса 14,0% да учрайди [3]. Чет эллик муаллифларнинг фикрига кўра, беморларнинг 15% дан 20% гача прогрессив ўсманинг стенози билан [5], 12% гача қон кетиш белгилари [7] ва ўсманинг қон кетишининг яширин белгиларига эга беморлар сони 40% гача бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, маҳаллий ривожланган (T2-4N0-3M0) ошқозон саратонининг кенг тарқалган шакллари билан касалланган беморларни даволаш ноаниқ бўлиб, ҳар қандай онкологик жамоада мунозарага сабаб бўлади, шу билан бирга жарроҳлик муолажаси ҳам ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. Ушбу беморларнинг ва яшовчанлик давомийлигини ошириш учун, айниқса, ҳаёт учун хавфли бўлган асоратларнинг ривожланиши - ўсмадан қон кетиш, декомпенсацияланган стеноз ва бошқалар. Ошқозон саратони тарқалган шаклида циторедуктив аралашувлар нафақат беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти, балки "индивидуал" танлов билан янги мақсадли кимёвий терапия ўтказишни амалга оширишга имкон беради, ушбу беморларнинг умр кўриш муддатини сезиларли даражада узайтиришга сабаб бўлади.

Ишнинг мақсади: Паллиатив резекция ва гастрэктомия ёрдамида маҳаллий тарқалган ошқозон саратонини жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Ўзбекистон Республикаси ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиали (РИОваРИАТМ СФ) асосида биз 2012 йилдан 2020 йилгача маҳаллий тарқалган ошқозон саратони билан касалланган 56 беморни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиб чиқдик. Кўрсатмаларга кўра 45 (80,3%) беморларга паллиатив гастрэктомия (ПГЭ) ва 11 (19,6%) беморларга паллиатив дистал субтотал ошқозон резекцияси (ПДСОР) ўтказилди. 25 ҳолатда даволанишга кимёвий терапия қўшилди.

Назорат гуруҳида маҳаллий тарқалган ошқозон саратони билан 18та касалдан иборат. 2012 йилгача биз саратон касаллигининг қон кетиш, анемия ва ўсманинг емирилиши каби ҳаёт учун хавфли асоратларига қарши курашиш учун фақат минималлаштирилган паллиатив ДСОРни амалга оширдик. Меъданинг дистал қисми стенозига қарши курашда айланиб ўтувчи анастомозлари бажарилиб келинди ва циторедукциядан воз кечилди. Ошқозон проксимал қисми саратонига чалинган дисфагия вақтида фақат беморларга гастростома билан чегараланилди. Резектабеллик даражаси 56% ни ташкил этди.

Биз 2012 йилдан буён фаол ҳолатда бўлиб, максимал паллиатив операция ва кейинги вақтда кимёвий терапияни мақсад қилиб олдик, кенгайтирилган паллиатив аралашувларни амалга ошириб бошладик. Шу нуқтаи назардан, операциядан кейинги кимё терапевтик даволанишни эрта бошлаш биз учун шароит яратди. Операциянинг асоратлари сабабли кимёвий терапия шартларига риоя қилмаслик ёки рад этиш биз танлаган тактикани бузган ҳолда мувоффақиятсизлик деб баҳоланди. Ушбу даврда биз ошқозонда паллиатив операцияларда қўшни органларни резекция қилиш билан бирлаштириб, дисфагияга қарши курашда трансплеврал гастрэктомия қўлладик, қорин ўзани артерияси шохларида (Д2) лимфаденэктомия амалга оширилди. Клиникада резектабел ҳолатининг умумий кўрсаткичи 79% гача ўсди.

Умуман олганда, 18 та паллиатив ДСОР бўйича назорат гуруҳидагилар ўртача ёши ($58,9 \pm 10,8$) йил, беморларда қон кетиш ва стеноз фонида 12 [($66,6 \pm 5,5$) %] ҳолатларда, 2 [($11,1 \pm 3,8$) %] ҳолатда ўткир миокард инфаркти ва шу ҳолат билан 1 [($5,5 \pm 1,4$) %] ўлим ҳолати кузатилди. Ушбу гуруҳда кенгайтирилган ва комбинирлашган операциялар бўлмаган, 3 [($16,6 \pm 4,6$) %] ҳолатлар ошқозон саратонининг маҳаллий тарқалиши билан, 6 [($33,3 \pm 5,7$) %] - қорин пардага тарқалиш ҳолати, 3 [($16,6 \pm 4,4$) %] - жигарда метастазлар билан ва 5 [($27,8 \pm 5,6$) %] – қорин парда орти лимфа тугунларда метастазлар билан. Биз беморларнинг операциядан олдинги ҳолатида асосан ўсма интоксикация аломатларини, саратоннинг клиник кечишидаги асоратлари билан ва йўлдош касалликлар кечишини инобатга олиб кенгайтирилган ва комбинирлашган операциялар ўтказилмаган.

Асосий гуруҳда 56 беморнинг ўртача ёши ($55,7 \pm 9,7$) йилни ташкил этди. Улардан 38 [($67,8 \pm 3,4$) %] да қон кетиш, анемия, стеноз ҳолати кузатилган, бу гуруҳларнинг дастлабки тенглигини характерлайди. 15 ҳолатда кардиал соҳаси саратони дисфагияни кучайиб бориши билан ва беморларнинг тана массаси индексининг 16% гача камайиши билан, назорат гуруҳига қарши 23% ҳолатда олиб келди. Касаллик босқичида сезиларли фарқ йўқ эди: 23 [($41,0 \pm 2,7$) %] ҳолатда маҳаллий тарқалиши, 8 [($14,2 \pm 2,5$) %] беморларда жигарга метастазлар, 18 [($32,1 \pm 3,2$) %] - қорин парда метастазлар, 19 [($33,9 \pm 2,7$) %] – қорин парда орти соҳасига. Асосий гуруҳнинг 25 та беморда ўтказилган операциясида [($44,6 \pm 3,4$) %] кенгайтирилган Д2 амалиёти бажарилган. Радикал амалиётлар давомида клиникада Д3 лимфа тугунларини ажратиш қўлланилди. 19 (33,9%) ҳолатда комбинацияланган операциялар: спленэктомия (3), кўндаланг чамбар ичак резекцияси (3), жигар резекцияси (4), ошқозон ости беши дистал резекцияси (4), меъда ости беши бошча қисми ясси резекцияси ва жароҳат соҳасини термоэлектрокоагуляцияси операцияси киритилган (5). Қизилўнғач резекцияси 14 та ҳолат бўйича ошқозон ўсмаси абдоминал қисмига ўсиб ўтиш билан бажарилган, бунда комбинир операция деб ҳисобланмаган.

НАТИЖАЛАР ВА МУҲОКАМА.

Асосий гуруҳдаги 56 операция учун биз 7 [($12,5 \pm 2,3$) %] ҳолатда асоратлар билан қизилўнғач анастомози этишмовчилигидан 1 [($1,7 \pm 0,4$) %] ҳолатда ўлимга олиб келди.

Операциядан кейинги асоратлар қиёсий жиҳатдан 1-жадвалда келтирилган. Биз лимфа тугунларни ажратиб олиш ёки қўшни органларни резекция қилиш билан боғлиқ бўлган ўлим ҳолати кузатилмаганлигига мувоффақ бўлдик. Иккинчи қийин ҳолатда биз кенгайтирилган гастрэктомия ва қизилўнгач абдоминал қисми резекциясини муваффақиятли якунлаб, ишлаб чиққан усулимиз бўйича инвагинацион-муфтасимон типда қизилўнгач-ичак анастомозини бажардик.

1 – жадвал. Назорат ва асосий гуруҳларда операциядан кейинги асоратларнинг кўриниши, абс. (%).

Асоратлар кўриниши	Назорат гуруҳи (n = 18)	Асосий гуруҳ (n = 56)
Диофрагма ости абсцесси	-	1 (1,7 ± 1,4)
Анастомоз етишмовчилиги	-	1 (1,7 ± 1,4)
Қорин бўшлиғига қон кетиш	1 (1,7 ± 1,4)	1 (1,7 ± 1,4)
Панкреатит	1 (1,7 ± 1,4)	4 (7,1 ± 1,4)
Пневмоторакс	-	1 (1,7 ± 1,4)
Пневмония	-	1 (1,7 ± 1,4)
Плеврит	1 (1,7 ± 1,4)	1 (1,7 ± 1,4)
Миокард инфаркти	-	1 (1,7 ± 1,4)
Барча асоратлар	3 (16,6 ± 1,4)	13 (23,2 ± 1,4)
Летальност	-	1 (1,4 ± 1,4)

Асосий ва назорат гуруҳлари натижаларининг солиштирилганда бизнинг фаол жарроҳлик тактикамизни оқлайди. ДСОРдан кейин касалхонада даволаниш даври (9,2 ± 1,7) кун, ГЭ дан кейин (13,1 ± 4,5) кун, трансплеврал аралашувлардан кейин (15,7 ± 6,2) кун ва операциядан кейинги 3-ҳафта натижаси - кимёвий терапияни бошлаш бўйича анъанавий жадвалдан ошмади. Барча беморлар реабилитация қилинди, уларнинг овқатланиш даражаси тўлиқ тикланди. Натижада беморлар даволангандан сўнг ҳаёт сифати яхшиланганлигидан мамнун. Биз фақат асосий гуруҳдаги 3 кишида кимёвий терапияни ўтказиш олмадик, яъни бош мия қон айланиш системасида ўткир бузулиши (1), ўлимга олиб келган анастомоз етишмовчилиги (1) ва диофрагма ости абсцесси (1) ҳолатларида. Натижада биз паллиатив резекция ҳажмини кенгайтириш нисбатан хавфсизлиги тўғрисида ҳулосага келдик.

Бизда кузатилган 18 ҳолатининг узоқ муддатли яшовчанлик натижаларини диагностик лапаротомия натижалари билан таққослаш орқали уларнинг онкологик мақсадга мувофиқлигини текширдик, шундан сўнг ўртача яшаш кўрсаткичи (ЎЯК) (4,2 ± 0,2) ойни ташкил этди. Беморларда ДСОРсидан сўнг яшаш кўрсаткичи (10,3 ± 1,5) ой, ГЭ дан кейин (13,2 ± 3,5) ойни ташкил этди. Комбинир даволаш (химиотерапия+операция) ўтказилган 25 нафар беморлар натижаси бир йиллик яшаш кўрсаткичи (16,5 ± 5,7)% гача, 2 йиллик яшовчалик (5,2 ± 5,1)% гача, 3 йиллик яшовчалик (2, 2 ± 3,5)% гача, ўртача яшаш кўрсаткичи - ЎЯК (18,0 ± 1,5) ойларига оширишга эришдик.

Биз касалликнинг асосий тарқалишига қараб узоқ муддатли натижаларни ўргандик. Перитонеал метастазланиш фонида ўтказилган операцияларда (9,4 ± 0,7) ой умр кўриш кузатилди, қорин бўшлиғининг юқори қаватида Р1 метастазлари билан (10,7 ± 0,7) ой. Ушбу гуруҳда кимёвий терапиядан фонида умр кўриш давомийлигини (19,2 ± 3,6) ойгача оширилди. Ушбу гуруҳдаги беморда максимал умр кўриш давомийлиги гастропанкреатоспленэктомиядан сўнг қайд этилган бўлиб, у 7 йил давомида бизнинг назоратимиз остида.

Жигарда битта (Н1) метастаз билан кечадиган ошқозон ўсмаси паллиатив резекциясидан сўнг, химиотерапиясиз беморларнинг ЎЯК (10,4 ± 1,2) ойни ташкил этди, кимёвий терапия билан (15,8 ± 1,2) ой кузатилди. Жигарда иккита (Н2) метастаз, қорин бўшлиғининг юқори ва ўрта қаватида Р2-перитонеал метастазланишда паллиатив ДСОР ва ГЭ натижалари, диагностик лапаротомияларининг натижаларидан унчалик фарқ қилмади. Кимётерапия фонида биз ўрача яшаш кўрсаткич давомийлиги билан Н2 ҳолатда (13,5 ± 2,1) ойгача ва Р2 метастазлари билан (17,7 ± 1,2) ойгача (p < 0,05) муваффақиятга эришдик. Барча (Р3)

перитонеал тарқалиш ва кўплаб билобар (Н3) жигар метастазлари ҳолатларида жуда паст даражадаги яшаш кўрсаткичи кузатилди.

Қорин парда орти лимфа тугунларга метастазланиш (Н3М1) фонидаги операцияларда беморларнинг умр кўриш давомийлигини ошириш кузатилмади. Бу ($7,5 \pm 0,5$) ойни ташкил қилди. Аммо, бундай вазиятда ёрдамчи кимёвий терапия фонида ($21,3 \pm 3,2$) ойгача яшаш кўрсаткичи давомийлигининг уч барабар ошишига олиб келди. ($p < 0.05$). Ошқозон жаррохлик амалиётидан сўнг қолдиқ макроскопик ўсма (R2) нинг ўсиш тезлиги ўртача ($11,3 \pm 0,8$) ойдан кейин содир бўлди. Ишимизнинг иккинчи босқичида комбинир паллиатив резекция ва гастрэктомиядан кенг фойдаланган ҳолда, ушбу тоифадаги беморларга кимётерапиянинг терапевтик салоҳияти тўғрисида тасаввур ҳосил қила олмаганмиз.

ХУЛОСА

Биз беморларнинг ўртача яшаш кўрсаткичини оширадиган паллиатив операцияларнинг тўғридан-тўғри кўрсатмаларини расмийлаштирдик ва кимёвий терапия билан биргаликда терапевтик таъсир сезиларли даражада ошириш кузатилди. Операция учун тўғридан-тўғри кўрсатма ошқозон саратони билан оғриган беморларда жигарга (Н1) битта метастаз, қорин бўшлиғининг юқори қавати бўйлаб метастазида (Р1) ва қолдиқ ўсма (R2) ҳолатларида. Билвосита кўрсатмаларга битта ёки иккита жигар метастазларида (Н2), перитонеум икки қаватигача зарарланиши (Р2), қорин парда орти соҳаси лимфометастазлар (Н3М1) киради, чунки циторедуктив операция беморларнинг умр кўришига таъсир қилмасда, химиотерапия билан биргаликда уларни яшаш кўрсаткичини узайтиради ($p < 0,05$). Қизилўнгачни торакотомия билан резекция қилиш, лимфа тугунларини ажратиш, қўшма резекция қилиш туфайли паллиатив аралашувлар ҳажмини кенгайтириш бевосита натижаларга зиён етказмаслиги мумкин. Операциядан кейинги кимёвий терапия учун ишончли самарали бўлган кимёвий терапияни тавсия этамиз.

Маҳаллий тарқалган ошқозон саратонида ўсмани (R1) тўлиқ олиб ташлаш имкониятига эга бўлган аралашувлар даволашнинг нисбатан қулай натижалари билан тавсифланади. Ўсма жараёни учта қўшни органга ўсиб ўтиш ҳолатида жаррохлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини статистик жиҳатдан сезиларли даражада ёмонлаштиради, тўрттаси эса қоникарсиз ҳисобланади. Аммо комбинирлашган амалиётлар бундай ҳажмли эксплоратив ва симптоматик операциялар билан таққослаганда узоқ муддатли даволашнинг ишончли натижалари билан оқланади.

Маҳаллий тарқалган ошқозон саратони учун паллиатив гастрэктомия нафақат ўсма жараёнининг ҳаёт учун хавфли бўлган асоратларига қарши курашиши ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаши, балки беморларнинг узоқ умр кўриш муддатини яхшилаши мумкин.

Адабиётлар:

1. Афанасьев С.Г., Августинovich А.В., Тузиков С.А., Пак А.В., Волков М.Ю., Савельев И.Н., Фролова И.Г. Маҳаллий тарқалган ошқозон саратони бўйича комбинирлашган операцияларнинг натижалари. Онкология. П.А. Герцен. 2013 йил; 2: 12-15.
2. Джураев М.Д. Ошқозон саратонининг III-IV босқичини даволаш. Тошкент. 1997: 52-55.
3. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Губков И.И., Захаров Е.А., Мавиди И.П., Михайлов Г.А., Сахно Д.С. Ошқозон саратони қон кетиши асоратида диагностикаси ва даволаш. Шимолий-Ғарбий Давлат Тиббий Университетининг Ахборотномаси И.И. Мечников номидаги 2017 йил; 9 (1).
4. Скоропад В.Ю. Маҳаллий тарқалган меъда саратонини даволашнинг рационал тактикаси: Маҳаллий нур терапиясининг ўрни. Амалий онкология. 2009; 10 (1):28-35.
5. Тендлер ДА. Ошқозон ичидаги зарарли обструкция: яна бир бўлинишни тўхтатиш. Ам Ж Гастроэнтерол. 2002; 97: 4-6.
6. Lawrence W., Menck H.R., Steele G.D. ва бошқ. Ошқозон саратони бўйича, миллий саратон маълумотлари базаси ҳисоботи // Саратон. - 1995. - жилд 75, № 7. - П. 1734-1744.

6. Mirdjalol Dehkanovich Djuraev, Nodir Maxammatkulovich Rahimov, Mavluda Nigmatovna Karimova, Shakhnoza Shavkatovna Shakhanova. Current Views On The Pathogenesis Of The Parietal-Visceral Pathway Of Gastric Cancer Metastasis . The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research (ISSN – 2689-1026) Published: March 31, 2021 | Pages: 94-103
7. Djuraev M.D. Kuliev A. Raximov N. Assessment of the efficiency of palliative gastrectomy of locally advanced stomach cancer // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(3)
8. Juraev Mirjalol, Mamarizaev Dilshod, Rahimov Nodir Features of preoperative preparation, anesthetic management and postoperative management of patients with hormone-active adrenal tumors// Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(3) ISSN 2651-4451 | e-ISSN 2651-446X
9. Джураев М, Кулиев А. Роль и место паллиативных вмешательств в хирургической тактике лечения местно-распространенного рака желудка (обзор литературы) academic research in educational sciences volume 2 | ISSUE 7 | 2021
10. Шаханова Ш.Ш. Рахимов Н.М. Определение параметров риска при выявлении бессимптомных костных метастазов рака почки и простаты. Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. Душанбе 30 апрел 2021
11. Wang L. ва бошқ. Ошқозон саратони билан оғриган беморларда радикал гастрэктомиядан кейинги узок муддатли натижалар. Жаҳон Г Гастроэнтерол. 2015; 21 (47): 13316-24.
12. Zhu AL, Sonnenberg A. Ошқозон саратони яна қайталанаяптими? Клиник гастроэнтерология журналы. 2012; 46 (9): 804-806.