

**МАЛИГНИЗАЦИЯЛАШГАН ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН
ҚОН КЕТИШДА ХИРУРГИК ТАКТИКА****М. Т. Ачилов, Г. К. Ахмедов, Ж. Қ. Тўхтаев, О. Т. Юнусов,
Қ. У. Шеркулов, Ф. А. Даминов**

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: меъда яраси, ярадан қон кетиш, малигнизация, ЭГДФС, гастрэктомия, асоратлар.**Ключевые слова:** язва желудка, язвенное кровотечение, малигнизация, ЭГДФС, гастрэктомия, осложнения.**Key words:** stomach ulcer, ulcerative bleeding, malignancy, EGDFS, gastrectomy, complications.

Қон кетиш нафақат оддий гастродуоденал яралардан, балки малигнизация билан асоратланган яраларда ҳам кузатилиб, бундай вазиятларда хирургик тактикани танлаш бемор ҳаётини сақлашда катта маъсулият талаб қилади. Гастрэктомия операцияси энг катта операциялардан бўлиб, кўпгина мураккаб босқичларга бўлинади ва мудҳиш асоратлар олиб келиши мумкин. Мақолада РШТЎИМ Самарқанд филиалида малигнизацияланган меъда ярасидан қон кетиш сабабли операция қилинган 6 нафар беморнинг клиник маълумотлари келтирилган.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ ЯЗВ****М. Т. Ачилов, Г. К. Ахмедов, Ж. К. Тухтаев, О. Т. Юнусов, Қ. У. Шеркулов, Ф. А. Даминов**

Самарқандский государственный медицинский институт, Самарқанд, Ўзбекистон

Кровотечение встречается не только при обычных язвах, но одновременно могут развиваться и другие осложнения, как малигнизация язвы, при которой выбор хирургической тактики ставит большую ответственность за сохранение жизни пациента. Операция гастрэктомия является одной из обширных операций, которая делится на множество сложных этапов и могут развиваться разные грозные осложнения. В статье проанализированы клинические данные 6 больных прооперированных в хирургических отделениях Самарқандского филиала РНЦЭМП по поводу кровотечений из малигнизированных язв желудка.

SURGICAL TACTICS FOR DIFFERENT GASTRODUODENAL BLEEDING OF MALIGNIZED ULCERS**M. T. Achilov, G. K. Akhmedov, Zh. K. Tukhtaev, O. T. Yunusov, K. U. Sherkulov, F. A. Daminov**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Bleeding occurs not only with ordinary ulcers, but at the same time other complications such as ulcer malignancy can develop, in which the choice of surgical tactics places great responsibility for saving the patient's life. Operation gastrectomy is one of the most extensive operations, which is divided into many complex stages and can develop various formidable complications. The article analyzes the clinical data of 6 patients operated on in the surgical departments of the Samarkand branch of the RSCMP for bleeding from malignant stomach ulcers.

XXI асрда ўтган даврларга нисбатан дори воситаларнинг фаол ишлатилиши натижасида гастродуоденал яраларнинг кузатилиши анча камайганлиги қарамасдан, уларнинг асоратлари ҳозирги замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бўлиб турибди. Қолаверса, бир вақтда бир нечта асоратларнинг (қон кетиш ва малигнизация) кузатилиши хирург учун катта тажриба ва маҳорат талаб қилади. Бундай вазиятларда меъда резекцияси тўлиқ муаммони ҳал қилмаслиги сабабли, кўпинча гастрэктомияга ўтиш мақсадга мувофиқ саналади. Шошилиш ҳолат ва беморнинг етарли даражада тайёрланмаганлиги сабабли беморларда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи юқори туради. Бунда операция қизилўнгач-ичак (эзофаго-еюно) анастомози (ЭЮА) шакллантирилиши билан тугатилиб, операциядан кейинги асоратлар ривожланиши шу босқичнинг боғлиқ бўлиши мумкин [2, 3].

Бир нечта текширишлар шуни кўрсатдики [2, 3], 65-70% ҳолатларда беморлар касаллиқнинг кечки босқичларида ва асоратлар ривожланган даврда мурожаат қилади. Бунга беморларнинг ўз вақтида эндоскопик текширувдан ўтмаганлиги ва ўзбошимчалик билан узоқ давр турли ярага қарши дори воситаларини тартибсиз қабул қилишини сабаб қилиб кўрсатиш мумкин. Шунинг учун баъзан меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиши сабабли мажбурий эндоскопик текшириш ўтказилиб, беморларда дастлаб яра малигнизация

учраганлигини аниқлаш мумкин. Бундай ҳолатларда профуз қон кетиш ва баъзида перитонит билан асоратланганда хирург мажбурий гастрэктомия қилишга мажбур бўлади. Бундай вазиятда 7-11% ҳолатларда беморларда ЭЮА етишмовчилиги ривожланиб, бу ўз навбатида жуда катта леталликка олиб келиши мумкин.

Охирги пайтларда замонавий анестезиология ва реаниматологиянинг ривожланиши ва фаол хирургик тактикаларнинг ишлаб чиқиши билан гастрэктомиянинг асоратлари ҳам сезиларли даражада камайди.

А.Ф. Черноусов ва ҳаммуаллифлар [2, 3] 1999 йилда қизилўнгач анастомозларини шакллантиришда бир нечта талабларни шакллантиришди:

- техник бажарилишда осонлик,
- чокларнинг герметиклиги ва механик ишончилиги,
- антирефлюкс механизмининг шакллантирилиши,
- тикиладиган тўқималарда тортилиш кузатилмаслиги ва адекват қон билан таъминланиши,
- тикиладиган аъзолар қаватларининг анатомик аниқ мослиги.

Тарихга назар ташласак, тўғридан-тўғри эзофаго-дуодено анастомоз операциядан кейинги асоратларнинг кўп кузатилиши сабабли кенг тарқалмади. Шунинг учун ҳазм жараёнида ўн икки бармоқ ичакнинг ўрнини сақлаш мақсадида гастрэктомияга ингичка ичак орқали турлича анастомозлар таклиф қилинди. Баъзи муаллифлар [2, 3] ингичка ичаклар анастомозидан ташқари илеоцекал сегментни, кўричакнинг турли соҳаларини, кўндаланг чамбар ичакни, йўғон ичакнинг чап соҳаларидан анастомоз сифатида фойдаланишган. Лекин, бу усулларда иш суратининг ва асоратларнинг кўплиги сабабли кенг қўлланилмаган. Шунинг учун охирги пайтларда ЭЮА шакллантириш стандарт сифатида қабул қилинган.

Эзофаго-еюно анастомозни (ЭЮА) шакллантириш 3 гуруҳга бўлинади:

1. Узун сиртмоқда ичаклараро Браун анстомози билан шакллантирилган ЭЮА;
2. Ичаклараро Ру бўйича уланган ЭЮА;
3. Ингичка, йўғон ичаклар билан шакллантирилган анстомозлар.

Гастрэктомиянинг натижаси юқорида айтилганидек ЭЮА шакллантирилиши усулини танлашга боғлиқ. Баъзи хирурглар қўлда бажариладиган “понасимон” ва инвагинацион анастомозларни маъқул кўришади. Кўпгина чет эл хирурглари ЭЮА шакллантиришда циркуляр ёки чизикли тикувчи аппаратлардан фойдаланишади.

Гилярович бўйича гастрэктомиядан кейинги энг кўп учрайдиган асорати - ЭЮА етишмовчилиги бўлиб, ўртача 6-8% ҳолатларда учрайди ва 18-40% гача леталликка олиб келади. Баъзи муаллифларнинг фикрича [2, 6], буларга шакллантирилган анастомознинг тортилиши ва уланган аъзоларда қон айланишининг бузилиши, қизилўнгач анатомик қаватлари хусусиятларининг тўлиқ ҳисобга олинмаганлиги, қилизўнгачни ўсма ёки яллиғланиш инфилтрати соҳасида кесилиши, қизилўнгач ва ичак четларининг ёмон адаптацияси кабиларни сабаб қилиб кўрсатиш мумкин.

Давыдов бўйича шакллантириладиган инвагинацион қизилўнгач-оч ичак анастомозидан Трейц бойламидан 30-40 см дистал соҳадаги оч ичакнинг тутқичли соҳасига 2 та сероз-мушакли чоклар қўйилади. Ичак тутқичига қарама-қарши соҳасига ва қизилўнгачнинг орқа деворига 3 та сероз-мушакли чоклар қўйилади. Ичак бўшлиғи очилиб, ички қатор чоклар қўйилади. Иккита ён сероз-мушак чоклар ёрдамида ингичка ичакнинг кетувчи қисмига ички қатор чоклар инвагинация қилинади. Охирги чок билан инвагинация тугатилиб, олд девори олиб келувчи қовузлоқ билан ёпилади. Қўлда бажариладиган Давыдов модификациясидаги шакллантирилган инвагинацион ЭЮА орқали операциядан кейинги даврдаги анастомоз етишмовчилиги асоратлари 0,49% га камайтирилган.

Шуни унутмаслик керакки, ЭЮА етишмовчилиги дефекти соҳасида тўқималар яллиғланган бўлади ва уни тикиш самарасиз бўлиб, хаттоки, дефектнинг кенгайишига ҳам олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатларда, шу билан бирга перитонеал белгилар ривожланганда релапаротомия қилиниб, назоеюнал зонд орқали ЭЮА ва ўн икки бармоқ ичак деком-

прессия қилинади, зонд орқали ичак маҳсулотлари доимий аспирация қилиниб, анастомоз соҳасига, чап диафрагма ости, жигар ости, ўнг ва чап ёнбош соҳалар ва кичик чанокқа дренаж найлар қолдирилади. Шунингдек, Майдл усулида еюностома шакллантирилиб, ингичка ичак ретроград интубацияси орқали декомпрессия қилиниши мумкин. Беморлар тўлиқ парентерал озиқланишга ўтказилиб, коллоид ва кристаллоидлар, ҳамда янги музлатилган плазма, альбумин қуйилиши лозим.

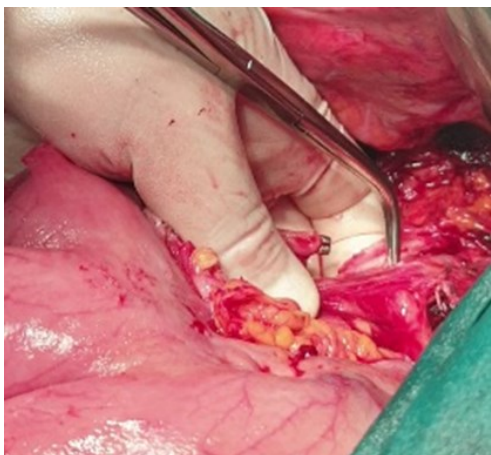
Шунинг учун ҳозирги давргача ЭЮАни шакллантиришда оптимал вариантларни ишлаб чиқиш ва кузатиладиган асоратларни камайтириш катта муаммолардан бўлиб турибди.

Текшириш мақсади – малигнизацияланган гастродуоденал яралардан ўткир қон кетган беморларда хирургик даво усуллари тақомиллаштириш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текшириш материаллари сифатида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалининг хирургик бўлимларида ўткир гастродуоденал қон кетиш сабабли гастрэктомия бажарилган 6 нафар беморларнинг текшириш ва даво натижалари келтирилган. Беморларнинг 4 (66,7%) нафари аёллар ва қолганлари эркекларни ташкил қилди. Беморларнинг ёши 37 дан 64 ёшгача бўлиб, ўртача 43.4 ёшни ташкил қилди. Меъда яраларни аниқлашда биз Jonson классификациясидан фойдаландик. Ўткир гастродуоденал қон кетишнинг сабабларини кўрадиган бўлсак бир ҳолатда кардиал соҳанинг гигант яраси, бир ҳолатда субкардиянинг малигнизацияланган яраси, 2 ҳолатда меъда танаси ракиннинг ярали-инфильтратив шакли, ва яна 2 ҳолатда меъда танаси ярали-инфильтратив шакли ракиннинг кўндаланг чамбар ичак тутқичига ўсиб ўтиши кузатилди. Қон кетишни баҳолашда Forest эндоскопик классификациясидан фойдаланилди. Бунда 4 нафар беморда артериал қон кетиш (F1a), қолганларда веноз қон кетиш (F1b) кузатилди.

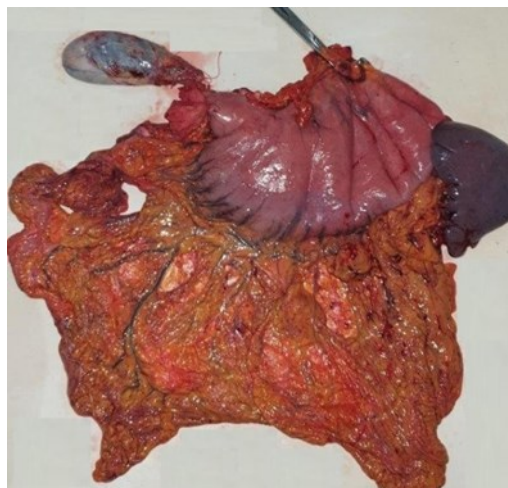
Олинган натижалар. Олиб келинган барча беморлар оғир ахволда бўлиб, ўткир постгеморрагик анемия ва шокда эди. 3 нафар беморга вақтинча комплекс консерватив терапия чоралари кўрсатилиб, гемотрансфузия қилиниб, операцияга тайёрланган. 2 нафар беморда вақтинча эндоскопик яраларни коагуляцияси қилинди. 3 та беморда катта калибрли артериялардан (a. gastrica sinistra, a. gastroepiploica sinistra) қон кетиши сабабли консерватив ва эндоскопик даво усуллари самарасиз бўлиб, шошилиш равишда операцияга олинган.

Юқори артериал қон кетиш билан 3 нафар беморга шошилиш операциялар бажарилди. Жумладан, уларнинг барчасига операция илк 1-3 соатларда қилинган бўлиб, операцияга ча бўлган даврда самарасиз эндоскопик текширишлардан кейин столга олинган. Қолган беморларга операция 48 соат ичида бажарилган бўлиб, унча вақтинча гемостаз ва консерватив даво чоралари кўрилган. Бундай беморларда операция алоҳида тўлиқ операция олди тайёргарлигидан сўнг бажарилган. 2 ҳолатда меъда ракиннинг кўндаланг чамбар ичак тутқичига ўсиб ўтиши натижасида комбинирланган гастрэктомия ва кўндаланг чамбар ичак тутқичи резекцияси бажарилган (1-расм).



1 расм. Операция босқичлари.

Беморларда макропрепаратнинг ёмон сифатлилик даражасини аниқлаш мақсадида операция вақтидаги морфологик текшириш фақатгина кечиктирилган операциялардаги беморларда қилинган. Экспресс биопсияни текшириш ҳеч қайси беморда бажарилмаган. Шунинг учун бундай вазиятларда хирургик тактика хирурглар малакаларига таянган ҳолда интраоперацион маҳаллий ўзгаришларни баҳолаш орқали амалга оширилган. Олинган макропрепаратлар албатта патогистологик текширувларга юборилган. (2-расм). Операциядан кейинги даврда беморларнинг 4 нафари комбинирланган давони давом эттириш мақсадида онкология диспансерига юборилган.



2-расм. Кенгайтирилган гастрэктомиядан кейинги макропрепаратлар комплекси.

Операциядан кейинги даврда барча беморларга стандарт бўйича даво усуллари олиб борилган: сув-электролит ва кислота-ишқор баланси регуляцияси, эритроцитар масса ва янги музлатилган плазма қуйиш, антибактериал даво усуллари, ҳамда ҳамроҳ касалликлар коррекцияси бажарилган. Назоеюнал зонд операциядан кейинги 6-8 кунларда олинган. 7-9 кунлардан бошлаб беморлар орал озиқланишга ўтказилган.

Операциядан кейинги даврда 1 нафар беморда қизилўнгач-меъда анастомози етишмовчилиги кузатилиб, беморда леталлик ҳолати кузатилган. Макропрепаратнинг гистологик текшируви натижасига кўра, меъда ва ўн икки бармоқ ичак резекцияси чизиги соҳаларида ўсма ўсиш белгилари кузатилмаган.

Хулосалар: Малигнизацияга учраган меъда ярасидан қон кетганда хирург тактикаси бемор ҳолатига қараб шошилиш ёки режали равишда кенгайтирилган гастрэктомияга (бошқа аъзоларга ўсиб ўтган бўлганда, шу аъзолар резекцияси ҳам) қаратилиши лозим. Бунда албатта барча онкологик принциплар ва даво усуллариининг ўзига хослигини ҳисобга олиш лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушаков Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология. – 2001. – Т. 3. – № 4. – С. 141–145.
2. Ачилов М. Т., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И. Гастрэктомия при желудочных кровотечениях // «Наука и мир» Международный научный журнал, Россия, г. Волгоград. № 7 (83), 2020, Стр 62-65.
3. Бабажанов А.С. Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Ахмедов Г.К. и др. Анализ результатов хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Материалы XXXIV Международной научно-практической интернет-конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации» 30.03.2018 г. – С. 563–567.
4. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Адихакимов А.Н. и др. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения // Практическая онкология. – 2001. – № 3. – С. 18–22.
5. Давыдов М.М. Одномоментная эзофагогастрэктомия в онкологии // Вестник Московского онкологического общества. – 2011. – № 1 – С. 2–7.
6. Самиев Х.Ж., Тухтаев Ж.К., Ахмедов Г.К., Саматов Ф.Ф. Эндовидеохирургия при лечении внутрибрюшных кровотечений // Сборник статей III Международной научно-практической конференции, 27 август 2018 г. г. Пенза. стр. 141-145.
7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000.
8. Чернявский А.А, Лавров Н.А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода. – Нижний Новгород, 2008. – 359 с.