

Achilov Mirzakarim Temirovich¹

1. Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

OSHQOZON YARASIDAN MASSIV QON KETISHLARIDA GASTREKTOMIYANING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Annotatsiya: Maqolada oshqozon yarasining dahshatli asoratlardan biri: malignizatsiya va ko'p miqdorda qon ketishi haqida so'z boradi. Adabiyotlardan ma'lumki, ushbu asoratlarning bir vaqtning o'zida rivojlanishi bemorlarning ahvolini og'irlashtiradi, gastrektomiya qilish bemorning hayotini saqlab qolish uchun yagona imkoniyatdir.

Kalit so'zlar: yara malignizatsiyasi, massiv qon ketish, gastrektomiya

Ачилов Мирзакарим Темирович¹

1. Самаркандский Государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ МАССИВНЫХ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Аннотация: В статье идёт речь об одних из грозных осложнениях язв желудка: малигнизации и массивной кровотоке. По литературе ясно, что одновременное развитие этих осложнений усугубляет тяжесть состояния пациентов, что применение гастрэктомии является единственным шансом для сохранения жизни пациента.

Ключевые слова: малигнизация язвы, массивное кровотечение, гастрэктомия.

Achilov Mirzakarim Temirovich¹

1. Samarkand State Medical University

FEATURES OF GASTRECTOMY FOR MASSIVE GASTRIC BLEEDING

Abstract: The article discusses one of the most dangerous complications of stomach ulcers: malignancy and massive bleeding. It is clear from the literature that the simultaneous development of these complications exacerbates the severity of the patients' condition, and that the use of gastrectomy is the only chance to save the patient's life.

Keywords: ulcer malignancy, massive bleeding, gastrectomy.

Oshqozon saratoni dunyoda va O'zbekiston Respublikasida eng keng tarqalgan onkologik kasalliklardan biri bo'lib, uchrash darajasi bo'yicha ikkinchi o'rinni egallaydi. Gastrektomiya oshqozon saratonini jarrohlik yo'li bilan davolashdagi asosiy amaliyotlardan biridir. Qizilo'ngach anastomozlarini shakllantirish bilan tugaydigan operatsiyalar eng qiyin hisoblanadi va operatsiyadan keyingi o'lim holatlarining asosiy sabablaridan biri ularning muvaffaqiyatsizligi bo'lib qolmoqda. Bemorlarning 60-80 foizigacha bo'lgan qismi kasallikning og'ir shakllari va og'ir asoratlari bilan davolanishga qabul qilinadi. Ba'zi hollarda me'da o'smalari teshilishi fonida, shuningdek, me'da onkologik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning 15% dan ko'prog'ida uchraydigan profuz qon ketish darajasida rivojlanadigan peritonit bilan og'rigan bemorlarda majburiy gastrektomiya qilishga to'g'ri keladi. Gastrektomiyadan so'ng qizilo'ngach-ichak anastomози (QIAN) yetishmovchiligi

bemorlarning 6-11% da rivojlanadi va yuqori o'lim ko'rsatkichi bilan kechadi, bu ko'rsatkich 100% ga yaqinlashadi.

Ular orasida bemorlarning hayoti uchun eng og'ir va xavflilari o'tkir oshqozon qon ketishi (O'OQ) bo'lib, ba'zida jarroh operatsiyani gastrektomiya bilan yakunlashi kerak. Gastrektomiya o'ta murakkab va xavfli jarrohlik amaliyoti bo'lib, hatto rejali jarrohlik amaliyotida ham operatsiyadan keyingi ko'plab asoratlar rivojlanishi mumkin va bunday aralashuvdan so'ng o'lim darajasi 20 foizgacha yetishi mumkin.

So'nggi yillarda zamonaviy anesteziologiya va reanimatologiyani rivojlanishi, gastrektomiya usulining takomillashuvi ko'p hollarda operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasini va o'limni 2,5-5% gacha sezilarli darajada kamaytirish imkonini berdi.

Shuni ta'kidlash kerakki, shoshilinch jarrohlikda gastrektomiya shoshilinch va bir vaqtning o'zida majburiy jarrohlik aralashuvi bo'lib, ko'pchilik jarrohlar tayyorgarlik ko'rmagan bemorlarda uning yuqori xavfi tufayli juda ehtiyotkorlik bilan yondashadilar. Adabiyotlarda shoshilinch ravishda gastrektomiya qilish to'g'risida juda kam va kam sonli ma'lumotlar keltirilgan.

1999-yilda A.F. Chernousov va hammualliflar qizilo'ngach anastomozlariga qo'yiladigan talablarni shakllantirdilar: 1) texnik jihatdan bajarishning soddaligi; 2) choklarning germetikligi va mexanik ishonchliligi; 3) reflyuksning oldini oluvchi mexanizmni yaratish; 4) tikilayotgan to'qimalar taranglashmaganda ularning qon bilan yetarli darajada ta'minlanishi; 5) tikilayotgan organlar qavatlarini anatomik jihatdan aniq taqqoslash.

Gastrektomiyadan keyin qizilo'ngach anastomozlarini qo'yish usullari juda xilma-xildir. To'g'ridan-to'g'ri ezofagoduodenal anastomoz operatsiyadan keyingi o'limning yuqoriligi tufayli keng tarqalmagan. Gastrektomiyadan so'ng ovqat hazm qilish jarayonida o'n ikki barmoqli ichakni saqlab qolish uchun ingichka ichakdan foydalangan holda turli xil "qo'shimchalar" variantlari taklif etilgan. Ingichka ichak kiritmalaridan tashqari, mualliflar ileotsekal segment, ko'richakning turli qismlari, ko'ndalang chamber ichak, chamber ichakning chap yarmidan foydalanadilar.

Biroq, bunday jarrohlik aralashuvlari ko'proq mehnat talab qiladi va shunga mos ravishda ko'proq travmatikdir, o'n ikki barmoqli ichak tarkibining reflyuksi bilan kechadi, operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori foiziga ega.

Aksariyat jarrohlar qizilo'ngach-ingichka ichak anastomozlarini bajaradilar. Qizilo'ngach-ingichka ichak anastomozlarini uch guruhga bo'lish mumkin: 1) Braun bo'yicha ichaklararo og'izchali uzun qovuzloqli ezofagoyeyunoanastomoz; 2) Ru bo'yicha ichaklararo kirish yo'li bilan ezofagoyunoanastomoz; 3) ingichka va yo'g'on ichak rezervuarlarini hosil qiluvchi anastomozlar.

Gastrektomiya natijalari ko'p jihatdan qizilo'ngach-ichak anastomozini shakllantirish usulini tanlashga bog'liq. Hozirgi vaqtgacha ushbu anastomozni shakllantirishning ko'plab usullari taklif etilgan, biroq ularning hech biri xavfli asoratlardan, ayniqsa qizilo'ngach-ichak anastomozni choklarining yetishmovchiligi kabi asoratlardan kafolatlamaydi.

Hozirgi kunga qadar qizilo'ngach-ichak anastomozini shakllantirishning optimal variantini tanlash masalasi hal etilmagan. Nafaqat qoniqli bevosita, balki uzoq muddatli natijalarni ham ta'minlaydigan PKAni germetizatsiya qilishning yanada ishonchli usullarini izlash munozara mavzusi bo'lib qolmoqda.

Gilyarovich usuli bo'yicha o'tkazilgan gastrektomiyadan keyingi eng dahshatli va tez-tez uchraydigan asoratlardan biri TKA yetishmovchiligidir, bu o'rtacha 5-8% hollarda uchraydi va o'lim darajasi yuqori bo'ladi (17-98% gacha, o'rtacha 46%).

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra [2, 6], asosiy sabablar tikilayotgan a'zolarida qon aylanishining taranglashishi va buzilishi, qizilo'ngach devorining anatomik tuzilish xususiyatlarini yetarli darajada hisobga olmaslik, qizilo'ngachning o'sma yoki yallig'lanish infiltratsiyasi sohasida kesilishi, qizilo'ngach-suv va ichak chetlarining yomon moslashuvidir.

To'qimalarning yallig'lanishida PKA choklarining ajralish sohasidagi nuqsonni tikishga urinish samarasiz bo'lib, hatto nuqsonning kengayishiga olib kelishi mumkin. Bunday asoratlarda, ayniqsa peritoneal belgilar rivojlanganda, relaparatomiya o'tkazish, nazoeyunal zond yordamida O'KA va o'n ikki barmoqli ichakni dekompressiya qilish, keyinchalik ushbu zond orqali ichak tarkibini doimiy aspiratsiya qilish, qizilo'ngach bo'shlig'i, chap diafragma osti bo'shlig'i, jigar osti sohasi, o'ng va chap yonbosh sohasi, kichik chanoq bo'shlig'ini drenajlash, Maydl bo'yicha yeyunostoma qo'yish, ingichka ichakni retrograd intubatsiya qilish orqali uni dekompressiya qilish, parenteral oziqlantirish, keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklar qo'llash, suyuqliklar yuborish, plazma quyish va boshqalar tavsiya etiladi.

Tadqiqotning maqsadi - o'tkir oshqozon qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Tadqiqotning materiali va usullari. So'nggi yillarda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialining jarrohlik bo'limlarida, O'zbekiston Respublikasi Samarqand shahrida 7 nafar bemorda oshqozon-ichak kasalliklari tufayli gastrektomiya amaliyoti o'tkazilgan. Ular orasida 5 (71,4%) erkak va 2 (28,6%) ayol bor edi. Bemorlarning yoshi 39 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan. Oshqozon yaralarini aniqlash uchun biz Jonson tasnifini qo'lladik. 2 ta kuzatuvda oshqozon osti bezi saratonining sababi oshqozon kardial qismining ulkan kallyoz yarasi, 1 tasida subkardiyadagi yaraning malignizatsiyasi, 2 tasida oshqozon tanasi saratonining yarali-infiltrativ shakli, 2 ta holatda esa oshqozon saratonining yarali-infiltrativ shakli ko'ndalang-chambar ichak tutqichiga o'sib kirgan.

Qon ketishini baholashda Forest bo'yicha endoskopik tasnifdan foydalanildi, bunda 6 nafar bemorda arterial qon ketish (F1a), bir bemorda esa ikkita ulkan "o'pishadigan" malignizatsiyalangan oshqozon yaralaridan venoz qon ketish (F1b) aniqlandi.

Tadqiqotning natijalari. Markazga qabul qilinganda barcha bemorlar og'ir ahvolda edi, bu sezilarli qon yo'qotish bilan bog'liq edi. Qon komponentlaridan foydalangan holda o'tkazilgan kompleks konservativ terapiya 5 nafar bemorda vaqtincha samarali bo'ldi. 2 ta kuzatuvda esa konservativ va endoskopik usullar samarasiz bo'ldi. Bizning fikrimizcha, konservativ terapiya va endoskopik gemostazga rezistentlik me'dadan profuz qon ketishining manbai chap me'da va pankreato-duodenal arteriyalarning yirik tarmoqlari ekanligi bilan bog'liq edi.

Oshqozondan profuz qon ketish cho'qqisida 7 nafar bemordan 2 nafarida shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Shu bilan birga, ularning barchasi endoskopik gemostazning muvaffaqiyatsiz urinishidan keyin profuz oshqozondan qon ketishi boshlanganidan keyin dastlabki 1-3 soat ichida operatsiya qilindi, qolgan bemorlar vaqtinchalik konservativ va endoskopik gemostazdan keyin keyingi 2 kun ichida jarrohlik yo'li bilan davolandi.

Ushbu bemorlarda operatsiyalar tinchroq sharoitda, operatsiyadan oldingi ma'lum tayyorgarlikdan so'ng amalga oshirildi. Shuni ta'kidlash kerakki, 2 nafar bemor kechiktirilgan tartibda operatsiya qilingan, adenokarsinoma tashxisi qo'yilganda onkologiya markaziga o'tkazishni rad etgan. O'sayotgan oshqozon saratonida ko'ndalang chamber ichak tutqichini rezeksiya qilish bilan kombinatsiyalangan gastrektomiya ikki holatda amalga oshirildi.

Muolaja paytida xavfli o'smaning morfologik tuzilishini aniqlash imkoniyati faqat kechiktirilgan operatsiyalarda mavjud edi. Ekspress-biopsiya qilish ham imkonsiz edi. Bunday holatlarda operatsiya hajmi mahalliy o'zgarishlarni intraoperatsion baholash asosida hal qilingan. Operatsiyadan keyingi davrda 1 ta kuzatuvda qizilo'ngach-oshqozon anastomozi yetishmovchiligi ko'rinishidagi asoratlar qayd etildi, bu o'lim bilan yakunlandi. Makropreparatning oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasi rezeksiyasi chizig'i bo'ylab gistologik tekshiruvi natijasida o'sma o'sishi aniqlanmadi.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga standart davolash usullari qo'llanildi: suv-elektrolit va kislota-ishqor muvozanatini tartibga solish, donor qon komponentlarini vena ichiga quyish, keng antibakterial davolash, shuningdek, yondosh kasalliklarni tuzatish. Nazonevral zondni olib tashlash operatsiyadan keyingi o'rtacha 5-7 kunlarda amalga oshirildi. Og'iz orqali ovqatlanishga (suyuqlik, ozuqa aralashmalari va boshqalar) 5-8 kun davomida ruxsat berildi. Shunday qilib, profuz oshqozondan qon ketishi bilan asoratlangan kardioezofageal soha patologiyasida ko'rsatmalarga ko'ra shoshilinch gastrektomiya o'tkazish mumkin.

Xulosalar: 1. Qonayotgan me'da rakida operatsiya taktikasi o'sma qo'shni a'zolarga o'sib o'tgan taqdirda ham uning manbasini yo'qotishga qaratilgan bo'lishi kerak.

2. Qonayotgan me'da rakida gastrektomiya barcha zamonaviy onkologik prinsiplarga rioya qilgan holda, shu jumladan takomillashtirilgan metodika bo'yicha ham bajarilishi mumkin.

Adabiyotlar:

1. Аксель, Е.М. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов, Т.И. Ушаков // 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», Россия, № 7 (83), 2020, Стр 62-65.

3. Бабажанов, А.С. Анализ результатов хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.С. Бабажанов, А.С. Тоиров, А.И. Ахмедов и др. // 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. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Адихакимов и др. // Практическая онкология. – 2001. – № 3. – С. 18–22.

5. Давыдов, М.М. Одномоментная эзофагогастрэктомия в онкологии. / М.М. Давыдов // Вестник Московского онкологического общества. – 2011. – № 1 – С. 2–7.

6. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода. Руководство для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М.: Медицина, 2000.

7. Чернявский, А.А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода / А.А. Чернявский, Н.А. Лавров. – Нижний Новгород, 2008. – 359 с.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email для связи с автором
mirzakarimachilov@gmail.com		