

УДК: 616.943(616-001.27)

**ОШҚОЗОН САРАТОНИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА НАТИЖАЛАРИ**Халикова Феруза Шарофовна, Нуоров Жамшид Рахматович  
Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**Халикова Феруза Шарофовна, Нуоров Жамшид Рахматович  
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара**IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER PATIENTS**Khalikova Feruza Sharofovna, Nurov Jamshed Rahmatovich  
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukharae-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru)

**Резюме.** Спленэктомия билан кенгайтирилган гастрэктомиядан ўтган 55 беморда ва спленэктомиясиз гастрэктомиядан ўтган назорат гуруҳини ташкил этган 57 беморда ошқозон саратони жарроҳлик даволашнинг бевосита натижалари таҳлил қилинди. Ошқозон саратонини жарроҳлик даволашда спленэктомия билан кенгайтирилган гастрэктомия, операциясидан кейинги асоратлар сонини кўпайтирмайди ва талоқнинг сақланиб қолиши билан кенгайтирилган гастрэктомиядан сўнгасоратлардан фарқ қилмайди.

**Калит сўзлар:** ошқозон саратони, спленэктомия.

**Abstract.** Analysis of the immediate results of surgical treatment of gastric cancer patients subjected to extended 55 gastrectomy with splenectomy and 57 patients of control group, which has been implemented advanced gastrectomy with out splenectomy. Advanced gastrectomy with splenectomy in surgical treatment of gastric cancer does not increase the number of postoperative complications and thenature of complications did not differ from those after the extended gastrectomy with preservation of the spleen.

**Key words:** gastric cancer, splenectomy.

**Кириш.** Ҳозирги вақтда ошқозон саратонини даволаш натижаларини янада агрессив комбинацияланган операциялар ёрдамида яхшилаш мумкин деб тахмин қилинмоқда, бунинг асосий белгиси узок метастазлар булмаганида кўшни аъзоларда ошқозон саратони визуал равишда аниқлаш ва қорин бўшлиғида ўсмани тарқалишидир [2, 7, 10]. Ошқозон саратони бўйича комбинир операциялар орасида энг кенг тарқалгани спленэктомия билан гастрэктомия хисобланади [1]. Шу билан бирга, дунёда стандарт спленэктомияга бўлган муносабат ноаниқ бўлиб, талоқни олиб ташлаш тезда ёмонлашишини ва ҳатто узок муддатли натижаларни кўрсатадиган кўплаб маълумотлар мавжуд [4, 5, 9].

Спленэктомия билан гастрэктомия частотаси кўшма операцияларнинг 22,5-92,4% ни ташкил қилади [3, 8]. Аммо спленэктомиядан кенгайган лимфаденэктомиянинг элементи сифатида фойдаланиш амалий онкологияда кенг тарқалган эмас, гарчи талоқ дарвозасининг лимфа тугунларида метастазлар мавжудлиги ва патологик жараёнга бошқа аъзоларнинг жалб қилиниши спленэктомия зарурлигини келтириб чиқаради [2, 6].

Шундай қилиб, замонавий адабиётларда ошқозон саратонини жарроҳлик даволашда спленэктомиянинг мақсадга мувофиқлиги ва унинг даволаш натижаларига таъсири тўғрисида консенсус мавжуд эмас.

Ошқозон саратонини даволашнинг ҳозирги босқичида жарроҳлик усулининг “олтин стандарт” сифатидаги роли шубҳасиз, аммо тизимли лимфадесекцияси билан олиб бориладиган операцияларнинг стандарт ва кенгайтирилган комбинир гастрэктомия қилишнинг мақсадга мувофиқлиги масаласи ҳақда баҳсли [1, 8, 10].

**Тадқиқот мақсади.** Ошқозон саратони бўлган беморларни спленэктомиясиз ва спленэктомия билан гастрэктомия операцияларида даволашнинг бевосита натижаларини баҳолаш.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари.** Спленэктомия билан кенгайтирилган гастрэктомиядан ўтган 55 беморда ва спленэктомиясиз гастрэктомиядан ўтган назорат гуруҳини ташкил этган 57 беморда ошқозон саратонини жарроҳлик даволашнинг бевосита натижалари ўрганилди. Кенгайтирилган гастрэктомиядан сўнг беморларда юзага келган операциядан кейинги асоратларни биз иккита гуруҳга бўлдиқ - жарроҳлик ва та-рапевтик.

**Тадқиқот натижалари ва муҳокама.** Ошқозон саратонида амалга оширилган тўғри аралашув усуллари, бажарилган операция ҳажмидан қатъий назар, қониқарли шошилиш натижаларга эришиши одатда тан олинган. Шу билан бирга, бизнинг маълумотларимизга кўра спленэктомия билан кенгайтирилган гастрэктомиядан сўнг операциядан кейинги асоратлар сони назорат

гуруҳига караганда деярли 2 баробар юкори - мос равишда 20,0% ва 10,53% ( $p < 0.05$ ). Жарроҳлик асоратларининг моҳиятини батафсил таҳлил қилишда ошқозон-ичак анастомози чокларининг номувофиқлиги пасайишини қайд этиш керак. Шундай қилиб, I гуруҳда анастомоз чокларининг етишмовчилиги 1,82% ни ташкил этди ва II гуруҳда (назорат) бундай асорат кузатилмади. Шунини ҳам қайд этиш керакки, спленэктомия билан кенгайтирилган операциялар учун энг кўп учрайдиган ва ўзига хос асоратлардан бири ҳисобланадиган асоратланган субфреник абсцесс каби асоратлар нисбатан кам учради: асосий гуруҳнинг иккита беморида (3,64%). Биз буни батафсилроқ гемостаз операциянинг турли босқичларида қорин бўшлиғини антисептик эритмалар билан қайта санитария қилиш, шунингдек беморларнинг асосий гуруҳида спленэктомиядан сўнг чап субфреник бўшлиқни дренажлашнинг профилактик усулини қўллаш билан тушунтиришимиз мумкин. Адабиётда спленэктомиядан сўнг, ушбу операцияга хос бўлган асоратлар (диафрагма ости абсцесси), кўпинча панкреатит каби асоратлар пайдо бўлганда маълумотлар келтирилган. Биздаги маълумотларга кўра, панкреатит фақат I гуруҳдаги 1 (1,82%) беморда ривожланган, шунинг учун ушбу асоратнинг сабаби бўлиши мумкин булган спленэктомия операциясининг кўлами кенгайганлиги ҳақида ишонч билан гапира олмаймиз. Қон кетиши асосий беморлардан 1 (1,82%) ва назорат гуруҳидаги битта (1,75%) беморларда кузатилган. Биринчи ҳолда, релапаратомия зарур эди, бошқа ҳолатда қон кетишини консерватив усул билан тўхтатиш мумкин эди. Терапевтик асоратлардан пневмония билан нафас етишмовчилиги ва ўпка артерияси тромбоземболияси кузатилди. Ушбу асоратларнинг частотаси ҳам асосий, ҳам назорат гуруҳларида деярли бир хил эди ( $p > 0.05$ ). Пневмония билан нафас етишмовчилиги ҳар бир гуруҳда 2та беморда (3,64% ва 3,51% мос равишда) ва ўпка артерияси тромбоземболияси – ҳар бир гуруҳда 1та беморда (мос равишда 1,82% и 1,75%) кузатилди. Ушбу асоратларнинг частотасига таъсир қилувчи омиллар орасида диафрагма гумбазини кейинчалик бўшашиши ва нафас олиш экскурсияларининг кескин чекланиши, беҳушлик ва операциядан кейинги эрта даврда айниқса юрак-ўпка тизимининг қўшма касалликлари бўлган беморларда диафрагмотомия каби омилларни таъкидлаш мумкин. Бундай ўта оғир ва асоратни олдиндан айтиш қийин, чунки ўпка артериясининг тромбоземболияси барча ҳолатларда ўлимга олиб келади. Маълумки, операциядан кейинги ўлим оператив усулнинг мақсадга мувофиқлигини белгиловчи кўплаб омиллар орасида алоҳида ўрин тутди. Шу муносабат билан, юқорида кўриб чиқилган асоратларга кўшимча равишда, ошқозон сарато-

нини жарроҳлик даволашдан ташқари, ўлимга олиб келадиган операциядан кейинги асоратларни ҳам қайд этдик. Операциядан кейинги ўлим 6,25% ни ташкил этди: I гуруҳда 7,27% ва назорат гуруҳида 5,26%. Шундай қилиб, анастомоз чокларининг етишмовчилиги туфайли спленэктомия билан кенгайтирилган гастроэктомиядан сўнг 1 (1,82%) бемор операция қилинганларнинг барчасига ёки асоратлар туфайли вафот этган беморларнинг 14,29% га тўғри келади. Назорат гуруҳида ушбу асоратдан ўлим кузатилмади. Битта бемор (1,82% ва 1,75%) операция қилинган беморларнинг сонининг I ва II гуруҳларидаги юрак-қорин томир етишмовчилигидан ёки иккала ҳолатда ҳам вафот этган беморларнинг 14,29% ни ташкил қилди. Шунга ўхшаш тақсимланиш миокард инфаркти билан кузатилади.

Тадқиқотнинг кейинги босқичида биз ошқозон саратони билан оғриган беморларда гематологик параметрларнинг ўзгаришини ўрганиб чиқдик. Ошқозон саратони билан касалланган беморларни шифохонага ётқизишда, одатда, интоксикация фонидан энгил анемия кузатилган, бу ушбу тоифадаги беморларда анемиянинг аралаш (токсик-геморрагик) этиологиясининг далили бўлиши мумкин. Танадаги яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги ЭЧТ даражаси ўртача  $30.9 \pm 0.41$  мм/соат гача кўтарилганлиги билан изоҳланади: асосий қисмида  $32.4 \pm 0.62$  мм/соат ва бошқарувда  $29.5 \pm 0.19$  мм/соат меъёрий кўрсаткичлардан қарийб 2 баробар кўп. Қоннинг лейкоцитар қисмидан ошқозон саратони бўлган беморларда қоннинг умумий таҳлилини баҳолашда аниқ патологик ўзгаришлар аниқланмади, аммо кўрсаткичлар меъёрнинг юкори чегарасига тўғри келди. Даволашдан сўнг, саратон касаллиги бўлган беморларда қизил қоннинг ўртача кўрсаткичлари сақланиб қолди, ЭЧТ кўрсаткичлари пасайиб кетди, аммо барибир нормал кўрсаткичлардан 1,6 мартадан ошиб кетди. Қоннинг биокимёвий параметрларида сезиларли ўзгаришлар кузатилмади, улар ҳали ҳам нормал қийматлар оралиғида эди. Оқ қон индексларини баҳолашда асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари ўртасида аниқ фарқни таъкидлаш керак. Шундай қилиб, ошқозон саратони билан оғриган беморларда спленэктомия билан ўтказилган гастроэктомиядан сўнг лейкоцитоз ( $p < 0.05$ ), таёкча ядролари ( $p < 0.05$ ) ва сегмент ядролари ( $p < 0.05$ ) нейтрофиллар, лимфоцитлар ( $p < 0.05$ ) ва моноцитлар сонининг сонининг кўпайиши кузатилди ( $p < 0.05$ ). Спленэктомия билан гастроэктомиядан сўнг беморларнинг гуруҳида операциядан кейинги даврда гемостаз тизимининг коагуляцион алоқаси кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришлар қайд этилди. Шундай қилиб, талоқ олиб ташлангандан кейин узоқ даврда гемостатик тизимнинг коагуляцион бирлиги фаоллашади, чунки қон

плазмаси ва тромбинни қайта ҳисоблаш вақтининг статистик жихатдан сезиларли қисқариши кузатилади ( $p < 0.05$ ). Шу билан бирга, қондаги фибриноген даражаси ошди ( $p < 0.05$ ). Бундан ташқари, талокни олиб ташлаш иммунитет ҳолатининг ҳам гуморал, ҳам хужайравий алоқаси ўзгаришига, шунингдек, ошқозон саратони билан оғриган беморларнинг организмга хос бўлмаган қаршиликка олиб келади. Лаборатория параметрларидаги бу барча ўзгаришлар клиник жихатдан юқумли касалликларга мойиллиги билан намоён бўлади.

**Хулоса.** Шуни таъкидлаш керакки, ошқозон саратони хирургик даволашда спленэктомия билан кенгайтирилган гастрэктомия, операциясидан кейинги асоратлар сонини кўпайтирмайди ва талокнинг сақланиб қолиши билан кенгайтирилган гастрэктомиядан сўнг юзага келадиган асоратлардан фарқ қилмайди. Ошқозон саратони билан оғриган беморларда спленэктомиядан сўнг гастрэктомиядан сўнг белгиланган лейкоцитоз кайд этилган, гемостаз тизимининг коагуляцион алоқаси фаоллашади. Бундан ташқари, талокни олиб ташлаш иммунитет ҳолатини ҳам гуморал, ҳам хужайравий алоқаси ўзгаришига, шунингдек ошқозон саратони билан оғриган беморларнинг организмга хос бўлмаган қаршиликка олиб келади. Лаборатория параметрларидаги бу барча ўзгаришлар клиник жихатдан юқумли касалликларга мойиллиги билан намоён бўлади.

#### Адабиётлар:

1. Акрамов А. Р., Холмаматов Х. Х. Значение патоморфологических особенностей на метастазирование и оперативную активность рака желудка // Вестник врача. 2017. – С. 4.
2. Ассесорова Ю. Ю. Особенности заболеваемости раком желудка в Республике Узбекистан // Вопросы онкологии. – 2010. – Т. 56. – №. 4. – С. 401-403.
3. Ассесорова Ю. Ю., Киреев Г. В. Роль некоторых факторов питания в возникновении рака желудка у жителей городов республики Узбекистан // Онкохирургия. – 2012. – Т. 4. – №. 1. – С. 76-79.
4. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихалимов А.Н., и др. Рак желудка: что определяет

стандарты хирургического лечения // Практич. Онкология - 2001. - №3. - С. 18-24.

5. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка.–Современная онкология.–Том2, N1, 2000.–С. 4–10.
6. Куликов Е.П. Комбинированные операции при раке желудка (обзор литературы)/ Е.П. Куликов, А.П. Загадаев // Российск. Медико-биологич. Вестник им.акад. И.П. Павлова. 2009.– С.161-169.
7. Носиров А. Б. и др. К вопросу о хирургическом лечении местнораспространенного рака желудка, осложненного кровотечением // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – №. 6.
8. Синюрин В.З., Ефиков Г.А. Некоторые результаты хирургического лечения осложненного рака желудка у больных пожилого возраста//Клин.хир.1985. С32-34.
9. Adachi Y. Surgery for gastric cancer: 10year experience world wide / Y. Adachi, S. Kitano, K. Sugimachi // Gastric cancer. – 2001. – №4.– P.166-174.
10. Yoshino K. Splenectomy in cancer gastrectomy: recommendation of spleenpreserving for early stage / K. Yoshino, Y. Yamada, F. Asanuma et al. // Int.Surg. – 1997. – Vol.82. – P.150-154.

### НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Халикова Ф.Ш., Нуоров Ж.Р.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**Резюме.** Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения рака желудка 55 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией и 57 больных, составивших контрольную группу, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. Расширенная гастрэктомия со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка не увеличивает число послеоперационных осложнений и по характеру осложнений не отличается от таковых после расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки.

**Ключевые слова:** рак желудка, спленэктомия.