

УДК: 616.34-007.272-089-002. 193-084

## ОШҚОЗОННИНГ БЎЙЛАМАСИГА РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН ҚОН КЕТИШ КУЗАТИЛГАН БЕМОРДА АНТИГИПЕРТЕНЗИВ ВА ГЕМОСТАТИК ПРЕПАРАТЛАР БИЛАН КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Алибоев Муслимжон Рустамжон ўғли, Раҳмонов Бобир Баходирович, Хожиметов Давронбек Шухратбекович  
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Алибоев Муслимжон Рустамжон угли, Рахмонов Бобир Баходирович, Хожиметов Давронбек Шухратбекович  
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

## COMPLEX TREATMENT WITH ANTIHYPERTENSIVE AND HEMOSTATIC PREPARATIONS IN A PATIENT WITH BLEEDING AFTER LONGITUDINAL RESECTION OF THE STOMACH

Aliboev Muslimjon Rustamjon ugly, Rakhmonov Bobir Bakhodirovich, Khozhimetov Davronbek Shukhratbekovich  
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [docmuslim@bk.ru](mailto:docmuslim@bk.ru)

**Резюме.** Ҳозирги вақтда бариатрик (метаболик) операциялар семизлик ва унга ҳамроҳ бўлган патологик ҳолатларни даволашнинг энг самарали усулларида бўлиб қолмоқда. Энг оқилона ва кенг тарқалган ташрихлар - бу ошқозоннинг лапароскопик бўйламасига резекцияси ва ошқозонни шунтлаш амалиётлари ҳисобланади. Тадқиқот мақсади: Ошқозоннинг бўйламасига резекциясидан сўнг кузатиладиган қон кетиш асоратини ерта аниқлаш ва комплекс даволаш чораларини оптималлаштириш. Тадқиқотнинг текшируш услари ва объекти. Клиникада Семизлик 3-даражаси ташхиси билан ташрих ўтказган бемор. Хулоса. Ошқозон бўйламасига резекциясида ҳам бошқа бариатрик ташрихлар сингари ўзига хос асоратлар кузатилиб, бу асоратлар ҳаёт сифатини ўзгартирибгина қолмай, ҳаёт учун хавф солиш даражасида бўлиши мумкин. Ташрихдан кейинги асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва керакли даво чораларини қўллаш учун амалиётдан кейинги стационар ва ерта амбулатор даврда пухта кузатув ва мақсадга йўналтирилган текширишларни ўтказишни талаб қилади.

**Калим сўзлар:** ошқозоннинг бўйламасига резекцияси, гемостатиклар, антигипертензивлар.

**Abstract.** Currently, bariatric (metabolic) surgery remains one of the most effective methods of treating obesity and its associated pathological conditions. The most appropriate and common operations are laparoscopic longitudinal resection of the stomach and gastric bypass. Purpose of the study: Early detection of hemorrhagic complications after the operation of a longitudinal resection of the stomach and optimization of complex therapeutic measures. Material and research methods. A patient operated on in our Clinic with a diagnosis of obesity of the 3rd degree. Conclusions. Longitudinal resection of the stomach, like other bariatric surgeries, has its complications, which not only change the quality of life, but can also be life-threatening. For the timely detection of postoperative complications and the application of the necessary therapeutic measures, careful observation and targeted examination in the postoperative inpatient and early outpatient period are required.

**Key words:** longitudinal resection of the stomach, hemostatics, antihypertensives.

**Долзарблиги.** Ҳозирги вақтда бариатрик (метаболик) операциялар семизлик ва унга ҳамроҳ бўлган патологик ҳолатларни даволашнинг энг самарали воситаси бўлиб қолмоқда. Энг оқилона ва кенг тарқалган операциялар - бу ошқозоннинг лапароскопик бўйламасига резекцияси ва ошқозонни шунтлаш амалиётлари ҳисобланади. Беморлар ушбу ташрихларнинг натижасида 75-90% - гача ортиқча вазндан халос бўлмоқдалар. Ўтказилган тадқиқотларга кўра 2-тифа диабет билан оғриган беморларнинг 76,8 фоизида диабетнинг тўлиқ компенсацияси кузатилган. Беморларнинг 86% да глюкозаланган гемоглобин нормаллашиши аниқланган. Беморларнинг 78,5 фоизида гипертония касаллиги симптомлари, 81 фоизда тунги обструктив апноэ белгилари бутунлай йўқолганлиги қайд қилинган. Кўпгина бошқа касалликлар ва метаболик синдромларнинг намоён бўлиши ҳам яхшиланади. [1-3]. Ошқозоннинг бўйламасига резекцияси ("дренаж" - резекция) семизликни даволаш учун энг мақбул ва кўп бажариладиган асосий операциялардан бўлиб қолмоқда. [4]. Ташрихнинг таъсир қилиш механизми овқат ҳазм қилиш (истеъмол қилинадиган озиқ-овқат ҳажмини 70-80% га камайтириш ва унинг таркибини ўзгартириш) ва эндокрин (грелин ва иштаҳани кучайтирадиган бошқа гормонлар синтезини камайтириш) компонентлари орқали амалга ошади [5]. Ошқозоннинг бўйламасига резекцияси - суперсемизлик (тана массаси индекси - 50 дан ортиқ) бўлган беморларда ошқозонни шунтлаш ташрихидан олдин жарроҳлик даволашнинг 1-усули сифатида танланган усул бўлиб қолмоқда. [6]. Ҳар қандай операцияда бўлгани каби, бўйламасига резекцияси билан ҳам ташрихдан кейинги ерта ва кеч асоратлар хавфи мавжуд. Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, экспериментал клиникаларида ўтказилган ташрихлардан кейин ҳам умумий асоратлар даражаси 2-15% бўлади (ўртача 4-6%) [7-9]. Гастректомиядан кейинги асосий жарроҳлик асоратлари тикиш чизиғининг этишмовчилиги, қон кетиши ва стенозидир (асоратлар фоизи камайиш тартибидан санаб ўтилган). Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ошқозоннинг бўйламасига резекциясидан кейин 30 кунлик ўлим 0,11-0,3% ни ташкил қилади.



А



Б



В



Г

**Расм 1.** Бемор 3., 39 ёш, 220 кг, бўйи 178 см, тана вазн индекси 69 м/һ2. Семизлик 3-даражаси. Гипертония касаллиги-2Б / АГ-2, Х/О-4(ўта юқори) ташрихгача 150/100 мм сим.уст., артралгия, ташхиси билан - ошқозонни бўйламасига резекцияси ўтказилди.

Муаллифлар илмий изланиш давомида ишнинг аҳамиятига эга турли хил бариатрик ташрихларни бажариш бўйича кўп йиллик натижалар ва ўзларининг амалиётида учраган асоратлар кўриб чиқдилар.

Тадқиқотнинг мақсади. Ошқозоннинг бўйламасига резекциясидан сўнг кузатиладиган қон кетиш асоратини эрта аниқлаш ва комплекс даволаш чораларини оптималлаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти ва услублари. Амалиётдан мисол.** Ушбу ташрих Андижон давлат тиббиёт институти клиник базаларидан бири ҳисобланган “Сехат” клиникасида амалга оширилган. Бемор 3., 39 ёш, 220 кг, бўйи 178 см, тана вазн индекси 69 м/һ2 (нормада 18,5-25 м/һ2). Семизлик 3-даражаси. Гипертония касаллиги-2Б/ АГ-2, Х/О-4(ўта юқори) ташрихгача 150/100 мм сим.уст.), артралгия, ташхиси билан мураккаб жаррохлик амалиёти - ошқозонни бўйламасига резекцияси ўтказилди. Ташрихдан аввал беморга видеоларингаскоп ёрдамида трахея ичи интубацияси амалга оширилди (апноэни олдини олиш учун). Беморни тана массаси катталиги ҳисобга олиб 2 - ташрих столи бирлаштирилди. Ташрих 2 соат 45 минут давом этди. Ташрих вақтида беморда асоратлар кузатилмади. Ташрихдан 2 соат ўтиб бемордан трахея ичи найчаси олиб ташланди (расм 1).

Беморда ташрихдан кейинги 1-кунда соат 22:00 ларда Тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида Клексан 0.6 т/о қилинган. 20-25 минут ўтиб беморда назорат учун қўйилган дренаж найчадан актив геморрагик ажралма бошланган. Дренаж найча назорат қилинганда 50-60 мл геморрагик ажралма бўлган. Тонги 06:00 да 200 млни ташкил қилган (расм 2 а). Беморда шу вақтда қон босими 140/90 мм сим уст, пульс – 76 та, Sp O2 – 89-92% ни ташкил қилган. Беморга шу заҳоти Тремин 5,0 в/и, АКК 5%-100,0 в/и, Дицинон 2,0 м/о қилинди. Беморнинг шикоятлари Эпигастрал соҳада бироз оғриқ, тикилиш ҳиссига бўлди. Обектив кўрувда умумий ҳолати нисбатан қониқарли, Тери қопламлари одатий рангда, нафас олиш бурун орқали, қорин симметрик нафас актида иштирок этмоқда, ел келган сийиш катетр орқали.

Status localis: Махаллий кўрилганда ташрих боғламлари тоза ва қуруқ. Дренаж найчалардан ажралма нисбатан камайган(50-60 мл.).



А



Б

**Расм 2.** Бемор 3., 39 ёш, Операциядан сўнг биринчи сутка. Назорат учун қўйилган дренаж найчадан актив геморрагик ажралма (а). Дренаж найчада ивиган қон лахталари тикилиб қолмаслиги учун 100-150 мл антисептик эритма(Декасан) билан ювиш (б)



А



Б

**Расм 3.** Бемор 3., 39 ёш, Беморда бир ойдан сўнг текширув ўтказилганда тана вазни 185,5 кг (-40кг)ни ташкил қилди, тана вазн индекси 58 m/h<sup>2</sup> (а). Операциядан 4 ойдан сўнг беморнинг кўриниши (б)

Беморда ташрихдан кейинги 2- кунда ҳам юқоридагидек муолажалар давом эттирилган. Беморда дренаж найчидан ажралма 60 мл бўлди. Беморга умумий ҳолати ва ёндош касалликларни инобатга олиб терапевт ва эндокринолог кўруви амалга оширилди.

Терапевт тавсиясига биноан антигипертензив муолажа бошланди. Амлесса (4/1) 1 тадан 1 маҳал. Шу вақтда дренаж найчада ивиган қон лахталари тикилиб қолмаслиги учун 100-150 мл антисептик эритма(Декасан) билан ювилди (расм 2 б). Беморда ўтказилган Умумий қон, қон ивиш вақти, қон биохимик таҳлиларида нормадан четга сурилиши кузатилмади.

Ўтказилган комплекс гемостатик ва антигипертензив даво муолажаларидан сўнг беморда 4 суткада назорат учун қўёлган дренаж найчадан актив ажралма бўлмади. Динамикада қилинган УТТ текширувида қорин бўшлиғида(жигар ости соҳаси, ўнг ва чап ёнбош каналларда) эркин суюқлик аниқланмади, шунинг учун дренаж найча олиб ташланди. Бемор ташрихдан кейинг 15-кун, 1-ой, 3-ойликда доимий қайта кўрув ва УТТ текширувидан ўтказилди патологик ҳолатлар аниқланмади. Беморда бир ойдан сўнг текширув ўтказилганда тана вазни 185,5 кг (-40кг)ни ташкил қилди, тана вазн индекси 58 m/h<sup>2</sup> (расм 3 а). Беморнинг меҳнат қобилияти ва жисмоний ҳаракат қилиш имкониятларида чекланиш ҳолатлари кузатилмади, ҳозирги вақтда ҳам (ташрихдан кейинги 4-ой) беморда ҳолсизлик, жисмоний фаолликни камайиши каби негатив шикоятлар йўқ (расм 3 б).

**Хулоса.** Ошқозон бўйламасига резекциясидан кейин кўп учрайдиган асоратлардан бири бу қон кетиш ҳисобланади. У турли муаллифларга кўра 0-2-3% ҳолларда (ўртача 1,5%) учрайди [9].

Ҳозирги вақтда ошқозонда ўтказилган метаболит ташрихлардан сўнг кузатилган асоратларни комплекс даволаш бўйича универсал даволаш алгоритми мавжуд эмас, аммо 2011 йилда Халқаро Семизлик Жарроҳлик Федерацияси мутахассисларининг мулоҳазалари билан қабул қилинган ушбу асоратлари бўлган беморларни олиб боришнинг бир қатор асосий жиҳатлари қуйида келтирилган [10]:

- Ташрих вақтида махсус аппаратда ошқозон чўлтоғи тикилгандан сўнг қўшимча атравматик чоклар билан мустахамлаш фойдадан холи бўлмайди.

- Қон реологиясига тасир қилувчи моддаларни қон реологик хусусиятларини тўлиқ текширувдн ўтказилгандан сўнг қўлаш.

- Ташрихдан кейинги даврда терапевт ва эндокринолог кўрувларини амалага ошириш.

Ошқозон бўйламасига резекциясида ҳам бошқа бариатрик ташрихлар сингари ўзига хос асоратлар кузатилиб, бу асоратлар хаёт сифатини ўзгартирибгина қолмай, хаёт учун хавф солиш даражасида бўлиши мумкин. Ташрихдан кейинги асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва керакли даво чораларини қўллаш учун амалиётдан кейинги стационар ва эрта амбулатор даврда пухта кузатув ва мақсадга йўналтирилган текширишларни ўтказиш талаб қилинади. Ташрихдан кейинги эрта асоратлар кузатилганда беморларни кўплаб муомоларни хал қилиш имкони мавжуд бўлган, кўп тармоқли марказий шифохоналарда кузатиш ва даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

#### Адабиётлар:

1. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. The Journal of the American Medical Association. 2004; 292:1724-1737.
2. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, Lamonte MJ, Stroup AM. Long-term mortality after gastric bypass surgery. New England Journal of Medicine. 2007; 357:753-761.
3. Aggarwal R, Harling L, Efthimiou E, Darzi A, Athanasiou T, Ashrafian H. The effects of bariatric surgery on cardiac structure and function: a systematic review of cardiac imaging outcomes. Obesity Surgery. 2016;26(5):1030-1040. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1866-5>
4. Ponce J, DeMaria EJ, Nguyen NT, Hutter M, Sudan R, Morton JM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of bariatric surgery procedures in 2015 and surgeon workforce in the United States. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2016;12(9):1637- 1639. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.08.488>
5. Ionut V, Burch M, Youdim A, Bergman RN. Gastrointestinal hormones and bariatric surgery-induced weight loss. Obesity (Silver Spring). 2013;21(6):1093-1103. <https://doi.org/10.1002/oby.20364>
6. Gagner M, Hutchinson C, Rosenthal R. Fifth International Consensus Conference: current status of sleeve gastrectomy. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2016;12(4):750-756. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.01.022>
7. Gagner M, Buchwald JN. Comparison of laparoscopic sleeve gastrectomy leak rates in four staple-line reinforcement options: a systematic review. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2014;10(4):713-723. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.01.016>
8. Burgos AM, Csendes A, Braghetto I. Gastric stenosis after laparoscopic sleeve gastrectomy in morbidly obese patients. Obesity Surgery. 2013;23(9):1481-1486. <https://doi.org/10.1007/s11695-013-0963-6>
9. Hutter MM, Schirmer BD, Jones DB, Ko CY, Cohen ME, Merkow RP, Nguyen NT. First report from the American College of Surgeons Bariatric Surgery Center Network: laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass. Annals of Surgery. 2011;254(3):410-420. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31822c9dac>
10. Gagner M, Buchwald JN. Comparison of laparoscopic sleeve gastrectomy leak rates in four staple-line reinforcement options: a systematic review. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2014;10(4):713-723. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.01.016>
11. Rosenthal RJ, Diaz AA, Arvidsson D, Baker RS, Basso N, Bellanger D, Boza C, El Mourad H. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2012;8(1):8-19. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2011>

#### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Алибоев М.Р., Рахмонов Б.Б., Хожиметов Д.Ш.

**Резюме.** В настоящее время бариатрические (метаболические) операции остаются одним из наиболее эффективных методов лечения ожирения и его сопутствующих патологических состояний. Наиболее целесообразными и распространенными операциями являются лапароскопическая продольная резекция желудка и желудочное шунтирование. Цель исследования: Раннее выявление геморрагических осложнений после операции продольной резекции желудка и оптимизация комплексных лечебных мероприятий. Материал и методы исследования. Больной, прооперированный в нашей Клинике с диагнозом ожирение 3-й степени. Выводы. Продольная резекция желудка, как и другие бариатрические операции, имеет свои осложнения, которые не только изменяют качество жизни, но и могут быть опасны для жизни. Для своевременного выявления послеоперационных осложнений и применения необходимых лечебных мероприятий требуется тщательное наблюдение и целенаправленное обследование в послеоперационном стационарном и раннем амбулаторном периоде.

**Ключевые слова:** продольная резекция желудка, гемостатики, антигипертензивные средства.