

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

7 ЖИЛД, 2 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 7, НОМЕР 2

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 7, ISSUE 2



Бош муҳаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт институти ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб:

Самиева Гулноза Утқуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент,
Самарқанд давлат тиббиёт институти
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Нашр учун масъул:

Абзалова Шахноза Рустамовна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Хантов Рахим Мусаевич

*Россия Федерацияси Фанлар академияси академиги, тиббиёт
фанлари доктори, профессор, Россия Федерациясида
хизмат кўрсатган фан арбоби, Россия ФТБА "Иммунология
институти ДИМ" ФДБТ илмий раҳбари*

Jin Young Choi

*Сеул миллий университети Стоматология мактаби огиз ва
юз-жағ жарроҳлиги департаменти профессори, Жанубий
Кореянинг юз-жағ ва эстетик жарроҳлик ассоциацияси
президенти*

Гулямов Суръат Саидвалиевич

*тиббиёт фанлари доктори, профессор Тошкент педиатрия
тиббиёт институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректор. ORCID ID: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд
давлат тиббиёт институти проректори, 1-клиникаси бош
врачи. ORCID ID: 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти №1-сон Акушерлик ва гинекология
кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Болалар касалликлари пропедевтикаси
кафедраси мудири.
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Гистология, цитология ва эмбриология
кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Ички касалликлар пропедевтикаси
кафедраси мудири, ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти болалар жарроҳлиги кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Мирломинович

*тиббиёт фанлари доктори, В.Ваҳидов номидаги
Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази*

Саидов Садамир Аброрович

*тиббиёт фанлари доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич

*тиббиёт фанлари доктори, ортирилган юрак
нуқсонлари бўлими, В.Ваҳидов номидаги Республика
ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбутаевич

*тиббиёт фанлари доктори,
Ўзбекистон Республикаси Инновацион
ривожланиш вазирлиги бўлим бошлиғи*

Бабалжанов Ойбек Абдуҷаббарович

*тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия
тиббиёт институти, Тери-таносил, болалар
тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент
педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар
хирургия кафедраси. ORCID ID: 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович

*тиббиёт фанлари номзоди,
Самарқанд давлат тиббиёт институти
№2-сон Педиатрия, неонатология ва болалар
касаликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Эшқобилов Тура Жураевич

*тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Суд тиббиёти ва патологик
анатомия кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Рахимов Нодир Махамматқулович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат
тиббиёт институти, онкология кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журнал. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, Ректор
Самаркандского государственного медицинского
института, **ORCID ID:** 0000-0001-5468-9403

Заместитель главного редактора:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
доктор медицинских наук, проректор по научной
работе и инновациям Самаркандского государственного
медицинского института, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Ответственный секретарь:

Самиева Гульноза Уткуровна
доктор медицинских наук, доцент Самаркандского
государственного медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Ответственный за публикацию:

Абзалова Шахноза Рустамовна
кандидат медицинских наук, доцент, Ташкентский
педиатрический медицинский институт.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

РЕДАКЦИОННЫЙ КОЛЛЕГИЯ:

Хантов Рахим Мусаевич
*академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки Российской Федерации, научный
руководитель ФГБУ "ГНЦ Институт иммунологии"
ФМБА России.*

Jin Young Choi
*профессор департамента оральной и челюстно-лицевой
хирургии школы стоматологии Стоматологического
госпиталя Сеульского национального университета,
Президент Корейского общества челюстно-лицевой и
эстетической хирургии*

Гулямов Суръят Саидвалиевич
*доктор медицинских наук., профессор Проректор по научной
работе и инновациям в Ташкентском педиатрическом
медицинском институте. **ORCID ID:** 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна
*доктор медицинских наук, профессор, проректор
Самаркандского государственного медицинского института,
Главный врач 1-клиники. **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна
*доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики детских болезней Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович
*доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
Гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики внутренних болезней Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович
*доктор медицинских наук, доцент кафедры Детской хирургии
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Миролимович
*доктор медицинских наук,
Республиканский специализированный центр
хирургии имени академика В.Вахидова*

Саидов Саидмир Абrorович
*доктор медицинских наук, Ташкентский
фармацевтический институт
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич
*доктор медицинских наук, главный научный с
трудник отделения приобретенных пороков сердца
Республиканского специализированного центра
хирургии имени академика В.Вахидова.
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбуатаевич
*доктор медицинских наук, Министерство
Инновационного развития Республики Узбекистан*

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович
*доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический
медицинский институт, кафедра Дерматовенерология, детская
дерматовенерология и СПИД, **ORCID ID:** 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Факультетской
детской хирургии Ташкентского педиатрического
медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Педиатрии,
неонатологии и пропедевтики детских болезней №2
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Эшкobilов Тура Жураевич
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Судебной
медицины и патологической анатомии Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Рахимов Нодир Махамматкулович
*доктор медицинских наук, доцент кафедры
онкологии Самаркандского медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimjanovich
MD, DSc, Professor of Dental Medicine,
Rector of the Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor:

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich
Doctor of Medical Sciences, Vice-Rector for scientific work
and Innovation, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary:

Samieva Gulnoza Utkurovna
doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Responsible for publication:

Abzalova Shaxnoza Rustamovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent Pediatric Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

EDITORIAL BOARD:

Khaitov Rakhim Musaevich

MD, DSc, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, scientific director of the FSBI «NRC Institute of immunology» FMBA of Russia

Jin Young Choi

Professor Department of Oral and Maxillofacial Surgery School of Dentistry Dental Hospital Seoul National University, President of the Korean Society of Maxillofacial Aesthetic Surgery

Gulyamov Surat Saidvalievich

Doctor of Medical Sciences, Professor Tashkent Pediatric Medical Institute Vice-Rector for Research and Innovation.
ORCID ID: 0000-0002-9444-4555

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector Samarkand State Medical Institute, Chief Physician of the 1st Clinic **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248

Khudoyarova Dildora Rakhimovna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Samarkand State Medical Institute No.1
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255

Rabbimova Dilfuza Tashtemirovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Pediatrics, Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017

Oripov Firdavs Suratovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Histology, Cytology and Embryology of Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144

Yarmukhamedova Saodat Khabibovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261

Mavlyanov Farkhod Shavkatovich

Doctor of Medicine, Associate Professor of Pediatric Surgery, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich

Doctor of Medical Sciences, Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov

Saidamir Saidov

Doctor of Medical Sciences, Tashkent Pharmaceutical Institute,
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Turaev Feruz Fatkhullaevich

MD, DSc, Department of Acquired Heart Diseases, V.Vakhidov Republican Specialized Center Surgery
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920

Khudanov Bakhtinur Oybutaevich

Associate professor of Tashkent State Dental Institute, Ministry of Innovative Development of the Republic of Uzbekistan

Babadjanov Oybek Abdujabbarovich

Doctor of sciences in medicine, Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Dermatovenerology, pediatric dermatovenerology and AIDS
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X

Terebaev Bilim Aldamuratovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Pediatric Medical Institute, Faculty of Children Department of Surgery.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327.

Yuldashev Botir Akhmatovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Pediatrics, Neonatology and Propaedeutics of Pediatrics, Samarkand State Medical Institute No. 2.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523

Eshkobilov Tura Juraevich

candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of Forensic medicine and pathological anatomy of the Samarkand state medical Institute
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221

Rahimov Nodir Maxammatkulovich

DSc, Associate Professor of Oncology, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

ФАРМАКОЛОГИЯ

1. **АСҚАРОВ Иброхим Раҳмонович, МЎМИНЖОНОВ Миржалол Муқимжон ўғли**
ҚОВУН ЧИҚИНДИЛАРИНИНГ КИМЎВИЙ ТАРКИБИ ВА ХАЛҚ
ТАБОБАТИДАГИ АҲАМИЯТИ.....11
2. **NURALIEVA Dilafruz Mamadiyorovna, MUKHAMEDOVA Muyassar Gafurjanovna,**
ISMAILOVA Adolat Abdurakhmanovna
EFFECTIVENESS OF COLCHICINE IN PATIENTS WITH COVID-19
(Literature review).....16
3. **DAMILOVA Lola Turgunpulatovna, ABDASHIMOV Zafar Bakhtiarovich**
MEDICAL AND GENETIC PROPERTIES OF ADVERSE DRUG REACTIONS
WHEN RECOMMENDING NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS.....23
4. **ШОМУРОДОВА Гулчехра Хуршидовна, ЮСУПАЛИХОДЖАЕВА Саодат**
Хамидуллаевна, МУХАМЕДОВ Иламон Мухамедович
ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОБОВ ПОЛОСТИ РТА К
ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ В УСЛОВИЯХ IN VITRO.....29
5. **СИДДИКОВ Олим Абдуллаевич, НУРАЛИЕВА Рано Матякубовна,**
ДАМИНОВА Лола Тургунпулатовна
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ
В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....35

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

6. **РАХИМОВА Гульнара Нишановна, АХРОРОВ Камил Убайдуллаевич**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ФИКСИРОВАННОЙ ТРОЙНОЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ
ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ДЕБИСТАЛ-GM У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ.....42
7. **САБИРОВ Джуро Маруфбаевич, БАТИРОВ Улугбек Бешимович,**
УСМАНОВ Зайниддин Халикович
ДИАБЕТИК КЕТОАЦИДОЗДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ИНТЕНСИВ
МУОЛАЖАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.....49
8. **ЮСУПОВА Наргиза Абдикодировна, БЕРДИЯРОВА Шохид Шукрулаевна,**
ИБРАГИМОВА Надия Собировна, МАХМАТОВ Махмуд Фарходович
МОНИТОРИНГ НЕФРОПАТИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА С
ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....56

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ

9. **ДАМИНОВА Лола Тургунпулатовна, АДЫЛОВА Дурдона Шухратовна**
МУМИНОВА Ситора Улугбековна
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ В РАННЕМ
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ COVID-19.....62
10. **МАТЛУБОВ Мансур Муротович, НЕМАТУЛЛОЕВ Тухтасин Комилжонович**
СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ВО ВРЕМЯ СПИНАЛЬНОЙ И
ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ
ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА ПРИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....67

11. **НУРАЛИЕВА Раъно Матякубовна, МЕЛИКОВА Дилшодахон Уктам кизи**
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ
БОЛЬНЫХ.....73

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

12. **МАХМУДОВА Лола Бахроновна, АБДИЕВ Фарход Тельманович**
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ
ПАРАЗИТОЗОВ.....78
13. **ТОДЖИХУЖАЕВ Шоятбек Шукурулло Огли, МАМАРАСУЛОВА Дильфуза**
Закиржановна, ИНАКОВА Барно Баходировна
ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИНЫ
ПРОТИВ COVID-19 НА ПРИЕМЛЕМОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ.....82
14. **МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна, МАХМУДОВ Сардор Мамашарифович,**
АЛИЕВА Дилфуза Акмалевна, САДИКОВ Абдушукур Абдужамилевич
ВАКЦИНАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ (COVID-19), ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ
И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ.....90
15. **ABDURAKHMANOVA Nargiza Mirza-Bakhtiyarkhonovna**
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS
AFTER COVID-19.....95
16. **РИЗАЕВ Жасур Алимджанович, КУШАКОВ Боходир Жураевич, РУСТАМОВА**
Дилдора Абдумаликовна, ЗЕЙНИТДИНОВА Зиёда Аскарровна
ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 В ПОЛОСТИ
РТА.....102

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

17. **АХМЕДОВА Наргиза Махмудовна**
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
МОНОМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НА ФОНЕ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....108
18. **AGABABYAN Irina Rubenovna, ISMAILOV Jamshid Abduraimovich,**
DAVUROV Shodiyor Shokir O'g'li, TURAEV Hikmatilla Negmatovich
O'TKIR MIOKARD INFARKTI ANIQLANGAN BEMORLARNI O'Z VAQTIDA
GOSPITALIZATSIYA QILISHNING SAMARADORLIGI.....116
19. **ISMAILOV Jamshid Abduraimovich, AGABABYAN Irina Rubenovna,**
DAVUROV Shodiyor Shokir O'g'li, TURAEV Hikmatilla Negmatovich,
GAFAROVA Guljaxon Ibragimovna
O'TKIR MIOKARD INFARKTI DOLZARB IJTIMOIY ANAMIYATGA EGA
BO'LGAN MUAMMO SIFATIDA.....123

МОРФОЛОГИЯ

20. **АСАДОВА Нигора Ҳамроевна**
УЧ ОЙЛИК ЗОТСИЗ ОҚ КАЛАМУШЛАР ТИМУС СТРУКТУРАСИНИНГ
НУРЛАНИШДАН КЕЙИНГИ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ.....130
21. **РАДЖАБОВ Ахтам Болтаевич**
ДИНАМИКИ РОСТА ВЕСОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ТЕЛА И АНАТОМИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ ПРОСТАТЫ КРЫС-САМЦОВ НА ПРОТЯЖЕНИИ
ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА.....136

22. **KAMALOVA Malika Ithomovna, SHARIFOVA Shakhnoza Kuchkarovna**
MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE STOMACH OF RATS EXPOSED
TO ETHANOL IN THE POSTNATAL PERIOD.....142
23. **РАХМАНОВ Хамза Абдукодирович, ИСЛАМОВ Шавкат Эрйигитович,**
РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....149
24. **ЗЕЙНИТДИНОВА Зиёда Аскарровна, РИЗАЕВ Жасур Алимджанович,**
ОРИПОВ Фирдавс Суръатович
СТЕПЕНЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ ПРИ COVID-19.....156
25. **ОРИПОВ Фирдавс Суръатович, БЛИНОВА Софья Анатольевна,**
ЮЛДАШЕВА Нилуфар Бахтияровна
ЎПКА КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН ЁШ БОЛАЛАРДА УШБУ
АЪЗО ЭНДОКРИН АППАРАТИ МОРФОЛОГИЯСИ.....164

НЕВРОЛОГИЯ

26. **ЭРНАЗАРОВ Алимардон Жумакулович, МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна,**
БУРХАНОВА Гульноза Лутфиллоевна, АЛИЕВА Дилфуза Акмалевна,
АБДУМАДЖИДОВ Музаффар Абдулхаевич
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ЕГО ПАТОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С
ПОЯСНИЧНЫМИ ГРЫЖАМИ.....168
27. **КИМ Ольга Анатольевна, МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна**
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОЦЕССА
РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....175
28. **АБДУСАЛОМОВА Мафтуна Акбаровна, МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна,**
КИМ Ольга Анатольевна
ОРҚА МИЯ ВА УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ БЎЙИН ҚИСМИНИНГ ТУҒРУҚ
ЖАРОҲАТЛАРИ БИЛАН БЕМОРАЛРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИДА
ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯНИНГ ЎРНИ.....182
29. **ХАКИМОВА Сохиба Зиядуллоевна, ХАМДАМОВА Бахора Комилжоновна,**
КОДИРОВ Умид Арзикулович, АБДУЛЛАЕВА Райхона Шодмоновна
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ
СИНДРОМОМ ПРИ РАДИКУЛОПАТИЯХ КОМПРЕССИОННО-
ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.....188

ОНКОЛОГИЯ

30. **КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович, ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович,**
УЛМАСОВ Фирдавс Ғайратович, РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
МАҲАЛЛИЙ – ТАРҚОҚ МЕЪДА САРАТОНИНИНГ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИДА ПАЛЛИАТИВ АРАЛАШУВЛАРНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ..194
31. **МАМАРАСУЛОВА Дилфузахон Закиржановна, ЗУЛУНОВ Азизбек Тохирович,**
АБДУЛЛАХОНОВА Гулхаёхон Баходиржон кизи
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПИЩЕВОДА В
АНДИЖАНСКОЙ, НАМАНГАНСКОЙ И ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН.....208

32. **ТИЛЛЯШАЙХОВА Раъно Мирзагалебовна, ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович, ТИЛЛЯШАЙХОВ Мирзаголиб Нигматовия, АДЫЛХОДЖАЕВ Аскар Анварович, РАХИМОВ Нодир Махамматкулович**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ МЫШЕЧНО НЕИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....214
- ТУРСУНОВ Одил Мамасамиевич, ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович, КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович, РАХИМОВ Нодир Махамматкулович**
СРАВНЕНИЕ ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ.....225
33. **ЮЛДАШЕВ Жовлон Абдураим-углы, АБДУХАЛИЛОВ Маждид Маматкулович, РАХИМОВ Нодир Махамматкулович, ЕНИКЕЕВА Зульфия Махмудовна, ИБРАГИМОВ Шавкат Нарзикулович**
ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОЛХАМЕТИН (К-2) НА 2-Х СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЯХ МЫШЕЙ В СРАВНЕНИИ С РЯДОМ ЦИТОСТАТИКОВ.....230
34. **РАХИМОВ Нодир Махамматкулович, МИННУЛЛИН Иркин Рашидович, ДАВРОНОВ Эшбой Эгамкулович, МИРЗАКУЛОВ Бунед Гайбуллаевич, БАБАЖАНОВ Акмал Болтабоевич**
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИМОМЫ.....236
35. **КАДЫРОВА Дилбар Абдуллаевна, АЛИМХОДЖАЕВА Лола Тельмновна, ИБРАГИМОВ Адил Ахмедович,**
ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА MDR1 – МАРКЕРЫ УСТОЙЧИВОСТИ К ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....243

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

36. **НАСРЕТДИНОВА Махзуна Тахсиновна, АБДИЕВ Элбек Муродкосимович**
ҚУЛОҚ ШОВҚИНИ БОР БЕМОРЛАРНИНГ КОНСЕРВАТИВ ДАВОСИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ.....249
37. **БАХРОНОВ Бекзод Шавкатович, НАСРЕТДИНОВА Махзуна Тахсиновна**
ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПАРОКСИЗМАЛ НИСТАГМНИ ЎРГАНИШ.....255
38. **АБДУРАҲМОНОВ Илхом Рустамович, ТЎРАЕВ Хикматулло Негматович, ШАМСИЕВ Джахонгир Фазлитдинович**
БОЛАЛИҚДАН БОШ МИЯ ФАЛАЖИ ФОНИДА РИНОСИНОСИТИ БОР БЕМОРЛАРДА БУРУН БЎШЛИҒИ МУКОЦИЛИАР ТРАНСПОРТИ НАЗОРАТИ ТЎҒРИСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (адабиётлар шархи).....259

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

39. **ЮСУПОВ Амин Абдуазизович, БОБОЕВ Саид Абдурахманович, ТУЛАКОВА Гавхар Элмуратовна**
СПЕЦИФИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....268
40. **БОБОЕВ Саидавзал Абдурахмонович, САБИРОВА Дилрабо Баходировна, ХАМРАКУЛОВ Собир Батирович**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИКАНАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ СЛЕЗ НОСОЛОКРИМАЛЬНЫМИ СИЛИКОНОВЫМИ ТРУБКАМИ ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОТИСТОРИНОСТОМИИ.....274

41. **ЗАКИРОВА Бахора Исламовна, КАДИРОВА Азиза Муратовна,
ХУСАИНОВА Ширин Камилджонова**
РИСК РАЗВИТИЯ ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ.....280

ПЕДИАТРИЯ

42. **АГЗАМОВА Шоира Абдусаламовна, ХАСАНОВА Гузалия Марсовна,
ЛАТИПОВА Мухлиса Аббос кизи**
АУТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....286
43. **ТЕМИРОВА Назокат Рустамовна**
КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОГЕНЕЗА ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ С ПАРАМЕТРАМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ.....293
44. **СМИРНОВА Наталия Николаевна, КУПРИЕНКО Наталья Борисовна**
ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ В БУДУЩЕМ.....298
45. **XOLMURADOVA Zilola Ergashevna, GARIFULINA Lilya Maratovna,
QUDRATOVA Gulsara Nazhmitdinovna**
SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR
TIZIMIDAGI ENDOTELIYNING FUNKSIONAL HOLATI.....302
46. **ТАИРОВА Сакина Баходировна, МУХАМАДИЕВА Лола Атамуратовна**
ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ СЕПТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У
ДЕТЕЙ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....308
47. **КНАКИМОВА Leyla Rafikovna, YUSUPOV Shukhrat Abdurasulovich**
ASSESSING THE IMPACT OF GENETIC FACTORS ON THE INCIDENCE
OF UROLITHIASIS IN THE CHILDHOOD POPULATION.....314
48. **YUSUPOV Shukhrat Abdurasulovich, КНАКИМОВА Leyla Rafikovna**
CHARACTERISTIC FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF CALCULOUS
PYELONEPHRITIS IN CHILDHOOD DEPENDING ON AGE GROUPS.....322
49. **ЗАКИРОВА Бахора Исламовна, АЗИМОВА Камола Талатовна,
ХУСАИНОВА Ширин Камилджонова**
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ РЕЦИВИРОВАНИЯ
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....329

ТРАВМОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ

50. **ТИЛЯКОВ Азиз Буриевич, ТИЛЯКОВ Хасан Азизович,
НАЗАРОВ Сарбоз Парда угли**
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПОСТРАДАВШИХ
С ПОЛИТРАВМОЙ.....335
51. **БИЙКУЗИЕВА Азиза Абдунабиевна, АЛИЕВА Дилфуза Акмалевна,
МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна, Равшанова Мафтуна Зоҳиджонова,
БОТИРОВ Фарход Кодирович**
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ
ТРАВМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ-ЕДИНОБОРЦЕВ.....346
52. **ИБРАГИМОВ Саъдулла Юсупович, БЕГИМОВ Хуршид Раббимкулович**
АРТРОСКОПИК МЕНИСКЭКТОМИЯНИНГ НАТИЖАЛАРИ.....352

ХИРУРГИЯ

53. **КУРБАНИЯЗОВ Зафар Бабажанович, АРЗИЕВ Исмоил Алиевич, БАРАТОВ Манон Бахрамович**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ И ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....359
54. **ГУЛАМОВ Олимжон Мирзахитович, АХМЕДОВ Ғайрат Келдибаевич, ТЎХТАЕВ Жамшед Қодирқулович, САЙДУЛЛАЕВ Зайниддин Яхшибоевич**
ДИАФРАГМА ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.....366
55. **РУСТАМОВ Муродулла Исомиддинович, РУСТАМОВ Иноятулла Мурадуллаевич, САЙДУЛЛАЕВ Зайниддин Яхшибоевич, АХМЕДОВ Ғайрат Келдибаевич**
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....371
56. **РАХМАНОВ Косим Эрданович, АНАРБОЕВ Санжар Алишерович,**
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....377
57. **АБДУРАХМАНОВ Диёр Шуқуриллаевич, УСАРОВ Шерали Насритдинович, ХИДИРОВ Зиядулла Эркинович, ДАВЛАТОВ Салим Сулайманович**
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....386
58. **ИСМАИЛОВ Саидмурад Ибрагимович, ШАЮСУПОВ Анвар Рустамович, ХУЖАБАЕВ Сафарбой Тухтабаевич, ДУСИЯРОВ Мухаммад Мукумбаевич**
К ВОПРОСУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ С БИОТКАНЯМИ ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ (литературный обзор).....395
59. **ТЕРЕБАЕВ Билим Алдамуратович, МАЖИДОВ Темур Хамидович, ПАРШИЕВ Мирзиёд Мирсаитович, АБДУКОДИРОВ Ойбек Ахмаджанович**
ОШҚОЗОН ТРИХОБЕЗОАРИ: АМАЛИЁТДА УЧРАГАН ХОЛАТ.....407
60. **МИРЗАКАРИМОВ Бахромжон Халимжонович, МЕЛИБОЕВ Фарход Абдупаттохович**
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ГЕМАТОГЕН ОСТЕОМИЛИТ (Адабиётлар шархи).....412
61. **САДИКОВ Рустам Абрарович, Бабаджанов Азам Хасанович**
ТУРГУНОВ Шерзод Шокирович, БОТИРОВ Акрам Кодиралиевич, НОСИРОВ Музаффар Мадаминович
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТ.....419

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE


ОНКОЛОГИЯ

УДК: 616.3_006.6:616-08-039-75

КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович
ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович
УЛМАСОВ Фирдавс Ғайратович
РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

МАҲАЛЛИЙ – ТАРҚОҚ МЕЪДА САРАТОНИНИНГ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИДА ПАЛЛИАТИВ АРАЛАШУВЛАРНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ (адабиётлар шархи)

For citation: Kuliev Aziz, Juraev Mirzhalol, Ulmasov Firdavs, Raximov Nodir. Role and place of palliative interventions in the surgical tactics of treatment of local advanced gastric cancer (literature review). // Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 2, pp.194-207

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6589163>

АННОТАЦИЯ

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

Тадқиқотда меъда саратони Т4 босқичи 91,2% ҳолларда ошқозон ости беги зарарланиш ҳолати кузатишган. Бундан ташқари, бир хил частотада (34,5%) ошқозон ости безига кириб бориш кўндаланг чамбар ичак ва йирик томирларга ўсиб ўтиши ҳолати кузатилади. Ошқозон саратони Т4 билан оғриган беморларнинг яшовчанлигини белгилайдиган прогностик омиллар ноаниқ бўлиб қолмоқда. Маҳаллий тарқалган ошқозон саратони учун ўтказилган комбинирлашган операцияларнинг бевосита натижалари ҳақидаги маълумотлар адабиётда сезиларли даражада фарқ қилади. Операциядан кейинги асоратларнинг частотаси 5 дан 59,4% гача, операциядан кейинги ўлим - 3,3 дан 24,2% гача. Маҳаллий тарқалган ошқозон саратони билан оғриган беморларни даволаш учун оптимал жарроҳлик тактикаси аниқланмаган. Комбинир резексиялар ва паллиатив аралашувлар учун кўрсатмалар нафақат мунозарали бўлиб қолмоқда, балки даволанишнинг бевосита ва узоқ муддатли натижалари ҳам давом этаётган тадқиқотларнинг долзарблигини белгилайди.

Хулоса: Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд беморларнинг оптимал хирургик даволаш тактикаси мавжуд эмас. Комбинирлашган резекция, паллиатив аралашувларга кўрсатмаларгагина эмас, балки бевосита ва узоқлаштирилган даволаш натижалари хусусида ҳам фикрлар хилма хиллигининг мавжудлиги тадқиқотлар давом этишининг долзарблигини белгилайди.

Калит сўзлар: меъда саратони; маҳаллий – тарқоқ; комбинациялашган операциялар; паллиатив гастректомиялар.

КУЛИЕВ Азиз Абдумажидович
ДЖУРАЕВ Миржалол Дехканович
УЛМАСОВ Фирдавс Гайратович
РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
Самаркандский Государственный медицинский институт.

РОЛЬ И МЕСТО ПАЛЛИАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА (обзор литературы)

АННОТАЦИЯ

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

В исследовании, поражение поджелудочной железы наблюдалось в 91,2 % случаев при раке желудка Т4. Причем с одинаковой частотой (34,5 %) врастание в поджелудочную железу сочеталось с поражением поперечной ободочной кишки и крупных сосудов. Прогностические факторы, определяющие выживаемость пациентов с раком желудка Т4, остаются неясными. Данные о непосредственных результатах комбинированных операций, выполняемых при местно-распространенном раке желудка, в литературе значительно разнятся. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 5 до 59,4 %, послеоперационная летальность – от 3,3 до 24,2 %. Оптимальная хирургическая тактика лечения больных местно-распространенным раком желудка не определена. Разноречивыми остаются не только показания к комбинированным резекциям, паллиативным вмешательствам, но и непосредственные и отдаленные результаты лечения, что определяет актуальность продолжения исследований.

Заключение; Оптимальная хирургическая тактика лечения больных местно-распространенным раком желудка не определена. Разноречивыми остаются не только показания к комбинированным резекциям, паллиативным вмешательствам, но и непосредственные и отдаленные результаты лечения, что определяет актуальность продолжения исследований.

Ключевые слова: рак желудка; местно-распространенный; комбинированные операции; паллиативные гастрэктомии.

KULIEV Aziz Abdumazhidovich
JURAEV Mirzhalol Dekhkanovich
ULMASOV Firdavs Gayratovich
RAXIMOV Nodir Maxammatkulovich
Samarkand State Medical Institute

ROLE AND PLACE OF PALLIATIVE INTERVENTIONS IN THE SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF LOCAL ADVANCED GASTRIC CANCER (literature review)

ANNOTATION

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

In the study, pancreatic involvement was observed in 91.2% of cases in T4 gastric cancer. Moreover, with the same frequency (34.5%), ingrowth into the pancreas was combined with damage to the transverse colon and large vessels. The prognostic factors that determine the survival of patients with T4 gastric cancer remain unclear. Data on the immediate results of combined operations performed for locally advanced gastric cancer vary considerably in the literature. The frequency of postoperative complications ranges from 5 to 59.4%, postoperative mortality - from 3.3 to 24.2%. The optimal surgical tactics for the treatment of patients with locally advanced gastric cancer has not been determined. Not only the indications for combined resections and palliative interventions remain

controversial, but also the immediate and long-term results of treatment, which determines the relevance of continuing research.

Conclusion; The optimal surgical tactics for the treatment of patients with locally advanced gastric cancer has not been determined. Not only the indications for combined resections and palliative interventions remain controversial, but also the immediate and long-term results of treatment, which determines the relevance of continuing research.

Key words: stomach cancer; locally widespread; combined operations; palliative gastrectomy.

Охирги йилларда меъда саратони билан касалланиш даражаси пасайишига қарамасдан, ушбу касаллик авж олиш кўрсаткичларининг юқори эканлиги сақланиб турибди. Айни вақтда янги аниқланаётган 60 – 90% беморларда меъда саратонининг III ва IV босқичи қайд этилиб, бунда IV босқичнинг пасайишига мойиллиги мавжуд эмас ҳамда 50 – 60% ни ташкил этмоқда. Шу боисдан, беморларда қайта аниқланган ва ушбу нозологик шакл орасида айрим муаллифларнинг маълумотларига кўра 20 % дан 60% гача ташкил этадиган [27, 34], маҳаллий – тарқоқ меъда саратонининг хирургик даволаш муаммоси алоҳида долзарблик касб этади.

Баъзи муаллифлар [64] маҳаллий – тарқоқ саратони патологиясини қайта аниқланган беморларда 20%, бошқа муаллифлар эса [8], Европада 50 – 60% ни ташкил этишини таъкидлашган.

Айни вақтда меъда саратонининг потенциал радикал даволаш усули сифатида хирургик операция эътироф этилади, чунки бу ўсма яққол химио ва радиорезистентликга эга. Агар касалликнинг локализациялашган шаклларида муаллифларнинг аксарият қисми даволашнинг турли хирургик вариантларига аҳамият қаратадилар, аммо тарқоқ шаклларда (маҳаллий – тарқоқ ва метастазланувчи меъда саратони ҳам шулар жумласидан) муаммо очиклигича қолмоқда.

“Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони” тушунчасига таъриф берилаётганда иккита вариант кўриб чиқиши мумкин. Инглиз адабиётларида қабул қилинган терминларни инобатга олинадиган бўлса: “early gastric cancer – эрта саратон” ва “advanced gastric cancer – тарқоқ саратон” биринчи вариант маҳаллий – тарқоқ саратон – бу эрта саратонга нисбатан кўпроқ тарқалган ўсма эканлигини эътироф этади. Иккинчи вариантда – саратон, бирламчи ўсма ёки регионар метастазлар ҳисобига меъдадан ташқарига тарқалади. TNM системасига кўра биринчи вариантга T2-4N0-3M0 босқичлар, иккинчисига эса – T3-4N0M0, T1-3N1-3M0 босқичлар киради. Бироқ иккинчи вариантда маҳаллий – тарқоқ саратон тушунчаси T1N1-2M0 тарқалган эрта босқичдаги ҳолатларни ўз ичига олиши мумкин, биз терминологик чалкашликни олдини олиш мақсадида биринчи вариантга асосланамиз [27].

Қатор муаллифлар, маҳаллий – тарқоқ саратон – бу “эрта саратонга нисбатан кенгрок тарқалган ўсма” деб эътироф этишади. Бунда эрта саратон сифатида муаллифлар T1N0-2M0 тарқоқликдаги ҳолатларни, маҳаллий – тарқоқ деганда эса T2-4bN0-3M0 босқични назарда тутишади.

Шиллик қават

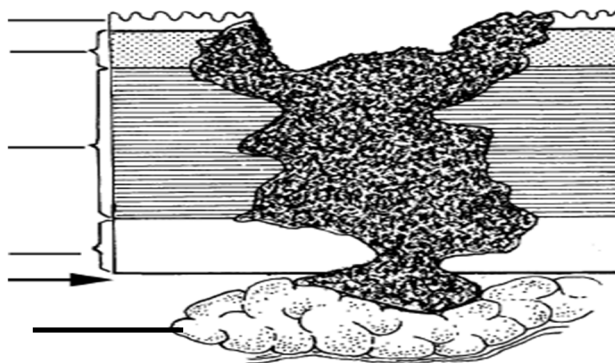
Шиллик ости асоси

Мушак қават

Сероз ости асоси

Сероз қават

Кўшни структуралар (масалан, меъда ости бези)



1 расм. Меъда ўсмасининг кўшни структураларга ўсиб кириши (T4) (TNM, 2011 г.)

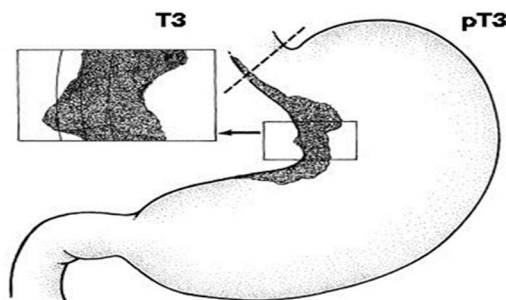
Юқорида кўрсатилган вариантлардан ташқари кўпчилик муаллифлар [38] “маҳаллий –

тарқоқ саратон” деганда узоқлашган метастазлар юқлигида меъданинг барча қаватлари ўсма билан зарарланиб, гистологик верификатциялашган ўсманинг қўшни аъзоларга (символ pT4b) ўсиб киришини тушунадилар (расм 1) [29].

Учинчи босқичдаги лимфа коллекторлари (N3) нинг қўшилиши, япон классификацияси ва яшовчанлик кўрсаткичлари асосида узоқлашган метастазланиш сифатида (M1 Lum) кўриб чиқилади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра [46, 50] ўсманинг резекция қийинган органларга чин ўсиб кириши гистологик жиҳатдан 39 – 80% беморларда тасдиқланади. Ўсманинг гистологик ўсиб кириши тасдиқланган беморларнинг яшовчанлиги атроф тўқималар билан чандиқланишга нисбатан ёмонроқ [46, 51].

Қатор тадқиқотчилар томонидан [38] меъданинг бошқа аъзолар ўсмаси билан зарарланиши хирургик даволашнинг бевосита ва узоқлаштирилган натижаларига турлича таъсир қилади деган фикр илгари сурилган. Бунда ўсманинг атроф аъзоларга тарқалиши частотаси тўғрисидаги натижалар бир биридан кескин фарқ қилади.

Н.Н.Симонов ва ҳаммуаллифлар (1997) томонидан маҳаллий – тарқоқ жараённинг қўшни аъзоларга қуйидаги ўсмали инвазиясининг частотаси келтирилган: меъда ости безига – 49,5%, қизилўнгач – 22,9%, чамбар ичак – 13,5%, ун икки бармоқ ичак девори – 12,6%, жигар – 11,3%, бунда ўсманинг икки ёки ундан ортиқ аъзоларга бир вақтнинг ўзида тарқалиши 16,2% ҳолатда кузатилади. Аммо, шуни таъкидлаш керакки, охириги UICC классификациясининг 6 – ва 7 – сонига кўра меъда ўсмасининг девор ичи бўйлаб қизилўнгач ёки ун икки бармоқли ичакга тарқалиши маҳаллий – тарқоқ жараёнга кирмайди ва барча локализацияларда, шу жумладан меъдада ҳам инвазиянинг энг катта чуқурлиги асосида классификацияланади (расм 2).



Расм 2. Меъда ўсмасининг қизилўнгачга UICC 2009 йилдаги классификациясига асосан маҳаллий-тарқоқ жараёнга кирмайдиган тарқалиши.

Санкт – Петербург дипломдан кейинги таълим тиббиёт академиясининг ўтказган текширувида меъда ости безининг меъда саратони T4 да зарарланиши 91,2% да кузатилди. Бунда бир хил частотада (34,5%) меъда ости безига ўсиб кириш кўндаланг чамбар ичак ва йирик қон томирларнинг зарарланиши билан кузатилди. Шундай қилиб, ҳозирги кунда адабиётларда меъда саратонининг маҳаллий – тарқоқ шаклидаги ўсмасининг ўзига хосликлари тўғрисидаги, айнан бошқа аъзолар ва тўқималарга инвазия частотаси, ҳамда ўсманинг етакчи макроскопик ва гистологик вариантлари ҳақида ягона фикр шаклланмаган [22].

Маҳаллий – тарқоқ норезектабел меъда саратонининг частотасини пасайтиришнинг асосий йулларидан бири – ўсмали жараёнга жалб этилган меъда билан қўшни аъзоларнинг моноблок резекцияси хисобига операциялар ҳажмини ошириш, яъни комбинациялашган аралашувларни ўтказиш [1].

Комбинациялашган операция жараённинг маҳаллий – тарқоқ шаклида радикал аралашувлар ўтказиш имконини яратиши мумкин. Бундан ташқари асл ўсмали инвазия ёки перифокал яллиғланиш жараёни масаласи узул – кесил комбинациялашган аралашув вақтида олиб ташланган препаратнинг морфологик текширувидан кейин аниқ бўлади. Сўнги йигирма йилликда ўсиб борган жарроҳлик амалиётининг мақсади фақатгина ўсмали жараённинг асоратларини бартараф этиш эмас, балки кенгайтирилган ва комбинациялашган операциялар давомида ўсмани максимал тўлиқ олиб ташлашга қаратилган. Комбинациялашган операцияларга муносабат ўзгарди, уларга кўрсатмалар, ҳатто мультисистемалар резекцияларга

қадар кенгдайди. Муллафлардан бирининг маълумотларига кўра [16], меъда саратонида комбинациялашган аралашувларнинг кенг қўлланилиши (барча операцияларнинг 63,2% ни ташкил этади) маҳаллий рецидивлар частотасининг 4 марта камайишига (18,2 % дан 4,7% гача) олиб келди. Замонавий агрессив хирургик амалиёт комбинациялашган аралашувларнинг имкон қадар максимал даражада кенгайишини талаб этади. Аксарият муаллифларнинг фикрига кўра [11, 16, 27, 50], маҳаллий – тарқоқ меъда саратонига нисбатан прогнозлар пессимистик, хирургик даволаш натижалари эса қониқарли даражада деб бўлмайди. Айрим тадқиқотларда резектабеллик қўшни аъзоларга меъда саратонининг ўсиб кириши 72 – 74% ташкил этсада, аксарият ҳолларда (37-61%) ўсмали жараённинг тарқалиши билан боғлиқ оператив даволашни рад этиш кузатилади. Ҳатто маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд бўлган беморлар потенциал радикал операциялардан кейин ҳам ўсманинг авж олиши ва қайталаниши натижасида вафот этадилар.

Бевосита маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида ўтказиладиган комбинациялашган операциялар натижалари адабиётларда анча фарқ қилади. Операциядан кейинги асоратлар частотаси 5 дан 59,4%, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи – 3,3 дан 24,2% гача аниқланади [16]. Энг кўп кузатиладиган асоратлар орасида юрак – ўпка тизими асоратлари, ҳамда кизилўнгач – ичак анастомози чокларининг заифлиги фарқланади. Баъзи муаллифлар фикрига кўра [64], комбинациялашган операциялар ҳажмининг кенгайиши оперциядан кейинги асоратлар кўпайишига (59,4 % гача) сезиларли таъсир ўтказида, улар ривожланишида етакчи ўринни эса резекциянинг умумий ҳажми ва операция давомийлигини назарда тутувчи аралашувнинг травматик таъсири эгаллайди.

М.И.Давыдов ва ҳаммуалифлар фикрига кўра [17], операциядан кейинги даврда асоратлар ривожланиши учун энг муҳим хавф омили меъда ости безининг резекциясига эҳтиёж деб ҳисоблашади. Муаллифлар, бундай резекцияни бажараётганда жарроҳ юқори эҳтимоллик билан меъда ости беzi ширасининг махсус юқори протеолитик хусусиятлари билан боғлиқ асоратлар (операциядан кейинги панкреатит, пакреонекроз, ташқи панкреатик фистуланинг ривожланиши) га дуч келади деб ҳисоблашади. Операциядан кейинги даврда асоратланувчи ва бемор яшаш сифатини ёмонлаштирувчи омиллардан бири, инсулинга мойил қандли диабетгача олиб келувчи глюкозага нисбатан толерантликни бузилиши ҳисобланади.

T4 меъда саратони мавжуд беморларнинг яшовчанлиги борасидаги прогноз омиллари мавҳумлигича қолмоқда. Айрим муаллифлар маълумотларига кўра [46, 51], резекция қилинган қўшни аъзолар миқдори ва резекция қилинган аъзонинг хирургик даволанишининг узоқлаштирилган натижалари ўртасида ўзаро боғлиқлик мавжуд эмас. Бу фикрга барча тадқиқотчилар ҳам қушилавермайдилар.

Меъдада ўтказилаётган аралашувлар ҳажми борасида ҳам, муаллифларнинг фиклари фарқ қилади. Баъзи тадқиқотчилар тўғри кўрсатмалар асосида ўтказилган ҳажми жиҳатидан турлича бўлган комбинацияларда узоқлаштирилган натижалар бир хил дея таъкидлашса, бошқалари эса дистал резекция натижалари нисбатан мўтадил, гастрэктомияда эса – камроқ деб ҳисоблашади. Айрим муаллифлар эса [8, 38], маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида меъда резекцияни ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисоблашади.

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида беморларни хирургик даволашнинг ўзига хосликлари

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида беморларни хирургик даволашнинг ўзига хосликлари меъда саратонида қўлланиладиган барча анъанавий аралашувларни ўз ичига олувчи, радикал ва паллиативга ажратилади. Кўпинча адабиётларда операцияларни UICC классификациясига мувофиқ, умум қабул қилинган символ R (ингл. Residual tumor) буйича учта гуруҳга ажратилади. Биринчи гуруҳ (R0) га макроскопик ва микроскопик резидуал ўсма бўлмаган барча аралашувлар киради. Иккинчи (R1) га – визуал радикал ҳажмдаги, аммо резекция линияси буйича операцион материалнинг морфологик текшируви микроскопик жиҳатдан резедуал ўсма белгиларини кўрсатдиган аралашувлар киради. Учинчи (R2) гуруҳга – макроскопик резедуал ўсма қолдириладиган операциялар киради.

JGCA классификацияси ўтказилган аралашувлар характери аниқлаётганда ўсма инвазиясининг чуқурлиги ва лимфадиссекция ҳажми билан қўшилган лимфоген метастазланиш даражасини ҳам инобатга олади. Юқоридаги классификацияга асосан куйидагилар фарқланади: радикал операциялар (А тип) – тўлиқ тузалиш имконияти юқори бўлган резедуал ўсмалар бўлмаганида; шартли – радикал операциялар (В тип) – резедуал ўсмалар бўлмаганида, лекин субклиник ўсма ўчоқлари бўлиши эҳтимоли юқори; паллиатив операциялар (С тип) – резедуал ўсма мавжуд. Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони Т4 да япон классификацияси В тип (шартли - радикал) га кирувчи резедуал ўсма йўқлигини характерловчи аралашувларни киритади. Норезектабел маҳаллий – тарқоқ меъда саратонининг частотасини пасайтирувчи асосий йуллардан бири – ўсмали жараёнга аралашган меъда билан ёндош аъзоларнинг моноблок резекцияси яъни комбинациялашган операциялар ҳажмини ошириш [1, 22, 43, 48].

Узоқ йиллар давомида маҳаллий – тарқоқ меъда саратонининг асосий хирургик даволаш вариант сифатида паллиатив операциялар ҳисобланган. Комбинациялашган аралашувларга нисбатан муносабат эҳтиёткор бўлган. Ўша давр муаллифлари [9, 39] фикрига кўра меъда билан ёндош аъзоларни олиб ташлаш ёки резекция ҳисобига операциялар ҳажмини ошириш стандарт методикалар, узоқлаштирилган натижаларга нисбатан операциядан кейинги ўлим кўрсаткичининг ошишига олиб келади деб ҳисоблашган. Маълумотларга кўра комбилашган аралашувларнинг кенг қўлланилиши (барча операцияларнинг 62,5% ни ташкил этади) маҳаллий рецидивлар частотасининг 4 мартагача (19,7% дан 4,8% гача) камайишига олиб келди [14].

Бошқа муаллифлар эса JGCA классификациясига асосланиб, радикал резекцияларни эҳтимолдан холи эмас деб ҳисоблашиб, бундай аралашувлар Т4 меъда саратонида шартли – радикал (В тип) га субклиник ўсма ўчоқларининг олиб ташланмасдан мавжудлиги сабаб киритилади [1, 16, 38, 48].

Кўплаб муаллифлар меъда саратонининг қўшни аъзо ва тўқималарга ўсиб киришида рецелив частотаси максимал бўлишини эътироф этишади. Тадқиқотлар давомида локорегионар меъда саратони рецедиви радикал операция қилинган беморларда Т4b ўсмасида Т1 – Т2 га нисбатан 41% га қарши 19% ни ташкил этди. Маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида гемотоген рецедивлар частотаси ҳам ортиб боради (54% гача). Перитонеал диссеминация кўринишидаги рецедивлар ривожланиш частотаси ўсманинг сероз қаватга ўсиб кириши (Т4a-Т4b) 53% гача етиб Т1-Т2 да 10% га қарши бўлади [54, 55, 63].

Меъда саратони патологик жараёнининг маҳаллий тарқалиши билан бир қаторда хирургик даво натижаларига салбий таъсир этадиган асосий омиллардан бири массив лимфоген метастазланиш ҳисобланади [1, 5, 7, 28].

Охириги ўн йиллик давомида лимфадиссекция ҳажми, ҳамда даволашнинг махсус марказларда ўтказилиши кенг муҳокамага олиб келмоқда. Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони шаклларида комбинациялашган ва кенгайтирилган – комбинациялашган оператив чораларни радикал дея ҳисоблаш қабул қилинган. Таъкидлаш жоизки, узоқ йиллар давомида кўплаб хирурглар бундай аралашувларни қўллашдан тийилиб туришган. Аммо, беморни операциядан олдинги тайёрлаш ва операциядан кейинги кузатув чораларининг такомиллашганлиги сабаб маҳаллий – тарқоқ меъда саратони билан операция қилинган беморларнинг ўлим кўрсаткичи чезиларлича камайиб, 10,0% дан ошмайди [42].

Замонавий тасаввурга кўра радикал операцияларга меъданинг субтотал резекцияси ёки лимфодиссекция билан гастрэктомия киришини аниқлаштириб олиш керак. Операция ҳажмини танлатганда, гастрэктомия ёки субтотал резекция ўтказилишидан қабтӣ назар, хирург ўсманинг катталиги ва тарқалиши, унинг меъдадаги локализацияси, соғлом тўқималар доирасидаги резекция имкониятларига эътибор қаратади. Ўсма қиррасидан ўсманинг ичак типиди 5 см га ва инфилтратив типиди 10,0 см га четлаб ўтишга кўрсатма мавжуд [44].

Бундай беморларга нисбатан радикал операция турли муаллифларнинг фикрига кўра 19 – 53,6% ҳолларда қўлланилади. Ҳаттоки потенциал радикал операциядан кейин ҳам маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида беморлар ўсманинг авж олиши ва рецедивдан вафот этадилар.

Баъзи муаллифлар меъда саратонида даволаш натижаларини агрессив комбинациялашган хирургик аралашувларни қўллаб, онкологик жараёнга алоқадор органлар ёки анатомик тузилмаларни ҳам олиб ташлаш ёрдамида даволаш натижаларини яхшилаш мумкин деб таъкидлашади [20, 41].

Меъда саратонини даволашда комбинациялашган операциялар айни вақтда кенг қўлланилмоқда [20]. Японияда XX аср 90 – йилларида бу усул меъда саратони буйича ўтказилган барча операцияларнинг 40% ни ташкил этган. Европа ва АҚШ да комбинациялашган операцияларнинг кўрсаткичи 20% ни ташкил этади [20]. Меъда саратонида энг кўп қўлланидиган (22,5 – 92,4%) операциялардан бири комбинациялашган гастрэктомия билан спленэктомия ҳисобланади [20, 41]. Бунда шуни таъкидлаш ўринлики, спленэктомия билан комбинациялашган бошқа органларнинг резекциясиз операциядан кейин асоратлар ривожланиши 40,7% ҳолатда бўлиб, операциядан кейинги 2,1% ўлим кўрсаткичига етади, 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 16,7% дан 31,0% гачани ташкил этади, бу эса кенгрок тарқалган ўсмали жараён билан ифодаланади [41, 36].

Меъда саратонида меъда ости беги резекцияси билан ўтадиган операциялар юқори операцион хавф билан характерланиб: операцидан кейинги асоратлар кўрсаткичи 42,9% гача етади [41]. Бундай оперцияларнинг частотаси меъда саратонида ўтказиладиган барча комбинациялашган операцияларнинг 32,6 – 55,0% ни ташкил этиши мумкин [20]. Бироқ бундай аралашувлардан кейин беморларнинг 5 йиллик яшаш кўрсаткичи 0-28,0% гача бўлиши мумкин [35].

Меъда саратони хирургиясида гастропанкреатодуоденал резекция (ГПДР) алоҳида ўрин тутади. Бу турдаги операцияни ўтказишга ўсманинг меъда ости беги бошчасига ёки безнинг ўн икки бармоқли ичакга ўтиш қисмига ўсиб киришида эҳтиёж пайдо бўлади. Меъда саратонининг асоратланишида бундай ҳажмдаги операцияларнинг ўтказилиши камдан кам кузатилади [35]. Бунда операциядан кейинги даврда 38,4% беморларда асоратлар ривожланади, эрта операциядан кейинги даврда эса 7,1% бемор вафот этади. Меъда саратонида комбинациялашган гастрэктомия билан ПДР дан кейинги 5 йиллик яшаш кўрсаткичи 17,0 – 28,6% ни ташкил этади [41].

Айни дамда агрессив хирургик усулга нисбатан тенденция тобора ошиб, унинг тарафдорлари кенгайтирилган комбинациялашган операция давомида маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида ўсманинг максимал даражада тўлиқ олиб ташлашни қўллаб қуватламоқда. Шу билан бир қаторда ҳамма хирурглар бундай аралашувлар ўтказилишини ёқлашмайдилар. Адабиётларда маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида қўлланиладиган комбинациялашган операция натижалари кескин фарқ қилади. Операциядан кейинги асоратлар частотаси 5 дан 59,4% гача, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 3,3 дан 24,2% гача тафовут қилади. Радикал операциядан кейинги яшовчанлик кўрсаткичи қатор тадқиқотларда мавжуд эмас, бошқаларида эса – 49,3% ни ташкил қилади [10, 40, 46, 56]. Кўп учрайдиган асоратлар орасида юрак – ўпка, ҳамда қизиўнгач – ингичка ичак анастомзининг чоклари заифлиги эътироф этилади [10, 15]. Баъзи муаллифлар фикрига кўра [57], комбинациялашган операциялар ҳажмининг кенгайиши оперциядан кейинги асоратлар кўпайишига (59,4 % гача) сезиларли таъсир ўтказиши, улар ривожланишида етакчи ўринни эса резекциянинг умумий ҳажми ва операция давомийлигини назарда тутувчи аралашувнинг травматик таъсири эгаллайди [4]. Бошқа бир гуруҳ тадқиқотчилар [53] бу кўрсаткичнинг ортиши сезиларли эмас ва 20,7 – 21,5% деб таъкидлашса, учинчи гуруҳдагилар эса – аралашув ҳажмининг ортиши асоратлар частотасига таъсир этмайди, асоратлар эса бунда 6,0% дан юқори бўлмаган ҳолатда учрайди деб ҳисоблашади [40, 10].

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони билан операция қилинган беморларда анастомоз чокларининг заифлиги сабалари қуйидагилар деб баҳоланади: 1) қон плазмаси таркибида оксил миқдорининг камайиши анастомоз соҳасида репаратив жараёнларнинг секинлашишига олиб келади; 2) операция давомида артериал босимнинг пасайиши (массив қон кетишга боғлиқ бўлмаган ҳолда), анастомоз соҳасида микроциркуляция бузилишига олиб келади; 3) гипопро테인емия фонида овқат лукмасининг пассажи бузилиши ва селектив профилактик

антибактериал терапиянинг йуклигида микроциркуляцион етишмовчилик анастомоз инфекцияси ва йирингли асоратлар ривожланишига олиб келади [13].

Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаби (36% гача) эзофагоген ва эзофагогастроанастомоз чоклари заифлигидан келиб чиқувчи перитонит ҳисобланади [15, 19].

5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичининг 13,6% гача пасайишига олиб келувчи аҳамиятли омиллардан ўсманинг макроскопик типда ўсиши ва регионар метастазларнинг мавжудлиги саналади. Бунда ўша муаллифларнинг маълумотларига кўра, меъда T4b саратони ноинфилтратив ўсиш типиди ва лимфа тугунларида регионар метастазларнинг мавжуд бўлмаслигида комбинациялашган R0 – аралашувлардан кейин 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 100% ни ташкил этди [60]. Диффуз – инфилтратив ўсма ўсиш типиди (Vortmann буйича IV тип) радикал ва паллиатив комбинациялашган операциялардан кейин яшовчанлик кўрсаткичида фарқ аниқланмади [52].

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратонининг хирургик даволаш тактикасида паллиатив аралашувларнинг ўрни ва аҳамияти

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд беморларда комбинациялашган R0 – операцияларининг ўтказилишига ўсманинг олиб ташлаш имконияти бўлмаган анатомик тузилмаларга ўсиб кириши тўсқинлик қилади. Регионар метастазланиш, резекция чизиғида резидуал ўсма қолдирилиб, интрамурал тарқалган жараён чегараларини аниқ ҳисоблай олмаслик, ҳамда онгли равишда бемор функционал ҳолатининг қоникарсизлиги (йулдош патологиянинг мавжудлиги, кекса ёш) сабаб операция ҳажмининг кенгайишидан бош тортиш кабилар радикал операция ўтказилмаслигига сабаб бўлиши мумкин [22].

Жараён тарқалишини инобатга олиб аксарият беморларга ҳозирги вақтда паллиатив операциялар ўтказилмоқда. Бу нафақат даволашнинг узоклаштирилган натижалари, балки бемор ҳаёти сифатининг яхшиланиши билан ҳам ифодаланади. Бундан ташқари қатор муаллифлар меъда саратонининг паллиатив хирургик давосини кейинги химиотерапия учун мўтадил шароит яратувчи циторедуктив сифатида эътироф этишади. Паллиатив операциялар парчаланувчи ўсмадан қон кетиш, перфорация, стеноз каби хавфли асоратларни бартараф этади. Беморлар ҳаёт сифатининг яхшиланиши, дисфагия бартараф этилиши, оғрик синдромининг пасайиши орқали эришилади [11].

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд беморларда ўсманинг олиб ташлаш имконияти бўлмаган анатомик тузилмаларга ўсиб кириши, регионар метастазланиш, резекция чизиғида резидуал ўсма қолдирилиб, интрамурал тарқалган жараён чегараларини аниқ ҳисоблай олмаслик, ҳамда онгли равишда сублидекомпенсациялашган патологик жараён мавжудлиги комбинациялашган R0 – операцияларининг ўтказилишига тўсқинлик қилади. Шундай қилиб, К. Окајіта ва ҳаммуаллифлар ([11] буйича иқтибосланади) паллиатив операцияларнинг қуйидаги асосий вазифаларини шакллантиришди:

- 1) операция столида ўлимга йул қуймаслик;
- 2) операциядан кейин ўсма ўсишининг тезлашишининг олдини олиш;
- 3) бемор овқатланишини яхшилаш;
- 4) оғриқларни камайтириш;
- 5) бемор ҳаётини узайтириш.

Охириги ўн йилликда паллиатив операция турини танлашга муносабат тубдан ўзгарди. Агар 30 йил олдин аксарият муаллифлар айланма анастомозлар ва “озиклантирувчи” стомалар шакллантиришни маслаҳат беришган бўлса, ҳозирги кунга келиб аксарият муаллифлар озиклантирувчи стомалар шакллантиришни чеклаб, айланма анастомоз шакллантиришга интилиш ёки паллиатив резекцион операцияларни ўтказиш тарафдори. Бироқ уларга нисбатан кўрсатмалар тўлиқ аниқлаштирилмаган [11, 30]. Паллиатив операциялардан кейин ўлим кўрсаткичи синама лапаротомиядагига нисбатан анча юқори бўлган: мос равишда 16,1% ва 6,3% [33].

Шундай қилиб, паллиатив операция ўсма ва (ёки) унинг метастазларига мажбурий этишни назарда тутади ва қуйидаги вазифаларни ҳал этади:

1. Саратоннинг ҳаёт учун хавф солувчи асоратларини бартараф этиш ва профилактикаси: қон кетиш, ўсманинг емирилиши ва перфорация, стеноз ривожланиши ва ҳ.к.
2. Полихимиотерапия ўтказилиши учун бемор ҳолатини стабил сақлаш.
3. Ўсма ўлчамларини кичиклаштириш ва полихимио ва нур терапияси воситалари билан унинг ривожланишини олдини олиш.
4. Бемор ҳаёт сифати ва давомийлигини яхшилаш [22].

Охириги ўн йилликда паллиатив операция турини танлашга муносабат тубдан ўзгарди. Тадқиқотчилар [11] бирламчи ўсмани резекция қилишнинг имкони бўлмаганида айланма анастомозлар қўйишга интилиш керак деб ҳисоблашиб, озиклантирувчи стомаларни яратиш мақсадга мувофиқ бўлади, уларга нисбатан кўрсатмалар эса қабъий чегараланган бўлиши керак. Ҳозирги кунга келиб паллиатив гвстроэктомия ва меъда резекцияси кўплаб мамлакатлар онкологик муассасаларининг амалиётида тарғиб этилиб, оператив аралашувларнинг бажариш техникаси ва анестезиологик таъминот мувоффақияти билан тушунтирилади. Бироқ уларга нисбатан аниқ кўрсатмалар мавжуд эмас. Бошқалар [27] эса паллиатив аралашувларга узоқлаштирилган натижаларнинг қониқарсизлигини ҳисобга олиб шубҳа билан қарашади ва уларнинг ўтказилишини фақатгина ўсмали жараённинг ҳаёт учун хавф солувчи асоратлар билан оқлашади. Учинчи гуруҳ тадқиқотчилар [51] меъда паллиатив резекцияси ва гастроэктомияни беморлар яшовчанлик кўрсаткичининг ошиши билан оқлашади. Қатор тадқиқотчилар маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд бўлган барча операбел беморларга уларнинг радикалликдан қабъий назар резекцион аралашувлар ўтказилишини тавсия этадилар [51, 14].

Маҳаллий – тарқоқ ёмон сифатли ўсмали жараёнда паллиатив даволаш элементларининг асосий усуллари билан бири мустақил равишда ўтказилиши мумкин бўлган, аммо кўпинча комбинациялашган ҳолда қўлланиладиган хирургик усул ҳисобланади. Операция саратон асоратларини бартараф этадиган ягона усул эканлигини инобатга олиб, бу усул циторедукция вазифасини бажаришини таъкидлаш жоиз [6, 12, 31].

Санкт – Петербург дипломдан кейинги таълим тиббиёт академиясида ўтказилган тадқиқотда Т4b меъда саратонида меъда ости безининг 90,7% ҳолатда зарарланиши кўзатилди. Қатор муаллифлар маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида оператив даволаш усулини таърифга кўра радикал эмас, циторедуктив усул сифатида кўриб чиқиш керак деб ҳисоблашади [33].

Циторедуктив ёки паллиатив хирургия беморларда ёмон сифатли меъда ўтказувчанлигининг бузилишида қайта аралашувлар ва яшовчанлик нуқтаи назаридан операциядан олдинги касаллик ва ўлимга нисбатан эндоскопик даволашдан устунлик қилади [56].

Махсулаштирилган муассасаларга мурожаат этувчи беморларнинг 40% да меъда саратонининг асоратли кечиши аниқланади. Маҳаллий – тарқоқ қон кетиш билан асоратанган меъда саратонининг (МТҚКБАМС) клиник даволаш стратегиясини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ. Ҳозирги кунда маҳаллий – тарқоқ қон кетиш билан асоратанган меъда саратонини даволаш учун адабиётларда учта тоифадаги қарашлар мавжуд [16]:

1. кенгайтирилган радикал аралашувларни бажариш;
2. паллиатив операцияларни ўтказиш;
3. гемостатик ва қон ўрнини тўлдирувчи терапияни ўтказишга асосланган консерватив тактика.

Энг кўп учрайдиган асоратлар бу: ўсмадан қон кетиш, стеноз, баъзи ҳолатларда эса перитонит ривожланадиган меъда перфорацияси. Пайдо бўлган асоратлар шароитида мутаносиб хирургик даволаш ўта мушкул вазифа ҳисобланади [3]. Меъда саратони асоратлари структурасида қон кетиш 41,5%, стеноз 36,1%, перфорация эса 14,0% ҳолатда учрайди [21].

Бироқ адабиётларнинг таҳлили натижалари шуни кўрсатадики МТҚКБАМС да меъда саратонининг хирургияси мувоффақиятларига қарамасдан ҳозиргача ягона даволаш тактикаси муаммоси охиригача ҳал этилмаган. Бундан ташқари меъданинг емириладиган ўсмаларидан қон кетишида эндоскопик тўхтатиш қийинчиликлари ҳам аниқланган [37].

Қон кетиш билан асоратланган меъда саратонининг хирургик даволаш принциплари. Кўпинча меъда саратонининг дастлабки белгилари хирургик аралашувларни талаб этадиган асоратлар билан намоён бўлади. Асорат билан кечадиган меъда саратони мавжуд беморлар стационарга ўта оғир ҳолда мурожаат этишади, бу эса кўпинча радикал хирургик даво прогнозини ёмонлаштиради ёки унинг ўтказилишини батамом йўқга чиқаради. Умумий профилдаги хирургик стационарларда шошилишчи хирургик патология билан келган беморлар учун даволаш стандартлари ишлаб чиқилган бўлиб, бироқ бунда ҳар доим ҳам онкологик беморларни юритиш ҳисобга олинмаган. Қон кетувчи меъда саратонида ҳозирга қадар операциялар муддати, ҳажми, лимфодиссекция мақсадига аниқлаштирилмаган [25].

Қон кетувчи меъда саратони мавжуд беморларнинг даволаш тактикаси ва хирургик даволаш усулини танлаш борасидаги муаммо ҳозирга қадар кўп муҳокамали саналади. Емирилувчи ўсмадан қон кетганида эндоскопик тўхтатиш усуллари доимо яқуний эмас, қон кетувчини ўсмани тийиш ҳажми ва ёки ўсмани таъминловчи артерияни боғлаш каби паллиатив аралашувлар самрасизлиги қон кетиш рецедивларининг такрорланиши сабаб асосиз ҳисобланади. Рецидив профуз меъдадан қон кетиши кейинчалик субтотал меъда резекцияси ёки гастрэктомия ўтказилишини талаб этади [47].

Адабиётлар маълумотларига кўра, синовчи лапаротомия ва симптоматик аралашувларнинг маҳаллий – тарқоқ меъда саратонидаги ўлиши 6,2 дан 46,4 % гача ташкил этади [1, 49]. Ўрта яшаш давомийлиги эксплоратив лапаротомиядан кейин 4 – 8 ой, гастро – ва еюностомиядан кейин – 7-11 ойдан оўмайди [11, 49]. Бу тарзда кўрсаткичларнинг қониқарсиз бўлиши маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд беморларда паллиатив аралашувлар натижаларини ўрганишни талаб этади. Меъда саратонида ўтказиладиган паллиатив резекциялар адабиёт маълумотларига кўра 2,5 дан 47,0% гачани ташкил этади. Паллиатив резекцион аралашувларда операциядан кейинги асоратлар 5,0-40,0% , операциядан кейинги ўлим эса 4,0 дан 32,0% гача ҳолатда кузатилади [34, 49, 58].

Комбинациялашган паллиатив резекция ва гастрэктомиyani ўтказиш ҳам муҳокамаларга сабаб бўлмоқда. Баъзи муаллифлар [27] операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг ошишини ҳисобга олиб, комбинациялашган аралашувларни ўтказишни маслаҳат беришмайди, бошқалари эса [8] операциядан кейинги асоратлар структураси ва ўлим кўрсаткичи турлича эканлигини таъкидлашади. Агрессив хирургик тактика тарафдорлари томонидан беморларнинг 8,5 – 17,4% да 5 йиллик яшаш кўрсаткичига эришилиши комбинациялашган паллиатив операциялар фойдасига ҳал бўладиган омил [59].

Ўзига хос гуруҳни кўпинча резекция чизиғида операцион материал текширилганда микроскопик резидуал ўсма мавжудлигини кўрсатувчи паллиатив R1 аралашувлар ташкил этади. Маълумки, ўсма тўқимаси соҳасидан ўтадиган резекция етарлича прогнозни оғирлаштиради. Маҳаллий – тарқоқ меъда саратонида ўсма тўқимаси соҳасидан резекция чизиғининг ўтиш частотаси турли муаллифларга кўра [45], 5,9дан 18,2% гачани ташкил этади ва “тотал” меъда саратонида 3 марта кўпроқ учрайди [23]. Радикал бўлмаган резекция чегараларининг бу тарзда кўп учрашига сабаб, зарарланиш давомийлигининг макроскопик баҳоланиши, айниқса инфилтратив ўсмаларда ўсма хужайраларининг асл тарқалиш даражасига нисбатан етарлича кам бўлади. Бу тарздаги асоратнинг камайишини олдини олиш учун резекция чизиғида зудлик билан цитологик ёки гистологик тадқиқот ўтказиш имконини беради [2, 61, 62], афсуски доим ҳам ўтказилмайди ва доим ҳам игшончли эмас.

Адабиётлар маълумотларига кўра [45], ўсма соҳасида резекция чизиғи ўтганида операцидан кейинги ўлим кўрсаткичи 18,5% ни ташкил этиб, ўлимнинг асосий сабаби перитонит бўлиб, у анастомоз чокларининг заифлиги юис келиб чиқади. Беморларнинг ўртача яшаш давомийлиги 15 ойдан 24 ойгача бўлиб, 5 йиллик яшовчанлик эса 5-12,2% [32, 45, 61] ни ташкил этиб, бунда 72% гача беморлар операциядан кейинги дастлабки 2 йилда вафот этадилар. Ўлим сабаби 6 – 12 ойда, кам ҳолатда 2 – 3 йилгача бўлган вақтда ривожланувчи ўсма рецедиви ҳисобланади.

Маълумотларга кўра, паллиатив резекция ва гастрэктомия беморлар ҳаётини ўртача 11,3 – 15 ойгача узайтириши мумкин [1, 10, 26]. 5 йилдан ортиқ муддатдан ошган яшовчанлик

хақидаги аълумотлари ҳам таърифланган [49]. Бошқа муаллифлар эса бундай операциялардан кейин яшаш давомийлигининг узайишини аниқлашмаган [24].

Бундай беморларни даволаш учун ягона даволаш тактикаси мавжуд эмас. Одатда операциядан кейинги даврда схемаларнинг бири асосида химиотерапия ўтказилади. Қайта операциялар ўтказилиши кўп миқдордаги асоратларга ва ўлимга олиб келади, ҳамда ўзини оқламайди деган фикрлар мавжуд [11]. Бундан ташқари ўтказилган тадқиқотлар давомида химиотерапия беморларнинг яшаш давомийлигига етарлича таъсир этмади.

Хулоса: Баҳолашдаги фарқларга қарамасдан, кўпчилик тадқиқотчилар паллиатив операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичи частотаси радикал операция ўтказилган беморлардагидан ошмайди деган ягона фикрга келишган. Кўрсаткичларнинг турлича бўлиши турли хилдаги паллиатив аралашувларга нисбатан кўрсатма ва қарши кўрсатмалар тўғрисида ягона фикр мавжуд эмаслигига олиб келди.

Маҳаллий – тарқоқ меъда саратони мавжуд беморларнинг оптимал хирургик даволаш тактикаси мавжуд эмас. Комбинациялашган резекция, паллиатив аралашувларга кўрсатмаларгагина эмас, балки бевосита ва узоклаштирилган даволаш натижалари хусусида ҳам фикрлар хилма хиллигининг мавжудлиги тадқиқотлар давом этишининг долзарблигини белгилайди.

References / Сноски / Iqtiboslar:

1. Абдихакимов А.Н. Результаты хирургического лечения местно-распространенного рака желудка T4N2M0 / А.Н. Абдихакимов // *Анналы хирургии*. 2003. № 1. С. 23–27.
2. Агамова К.А., Вашакмадзе Л.А., Шабалова И.П. и др. Срочная цитологическая диагностика при операциях по поводу рака проксимального отдела желудка // *Сов. мед.* – 1989. – № 3. – С. 101–103.
3. Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Тузиков С.А. и соавтор. Результаты комбинированных операций при местно-распространенном раке желудка. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. 2013;2:12-15.
4. Айталиев М.С., Земляной В.П., Непомнящая С.Л. Оценка травматичности стандартных и расширенных оперативных вмешательств при раке проксимального отдела желудка // *Хирургия*. – 2005. – № 3. – С. 23–26.
5. Ахметзянов, Ф.Ш. Лимфогенное метастазирование рака дистального отдела желудка / Ф.Ш. Ахметзянов, М.Р. Китаев, О.А. Ядыков, Ф.Ф. Ахметзянова // *Казан. мед. журн.* – 2009. – Т. 90, № 5. – С. 717-721.
6. Барсуков Ю. А., Алиев В. А., Черкес В. Л. и др. // *Вестник РОНЦ им. Н. Н.Блохина РАМН*. — 2007. —№3. — Т. 18. — С. 15—18.
7. Боровская, Т.Ф. Прогностическое значение выявления лимфогенных микрометастазов при раке желудка / Т.Ф. Боровская [и др.] // *Рос. онкол. журн.* – 2011. – № 3. – С. 24-28.
8. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович и др. // *Онкология*. 2006. Т. 8. № 2. С. 171–175. 4.
9. Блохин Н.Н. Клиническая онкология. – М.: Медицина, 1971. – Т. 1–2. – 880 с.
10. Варенников А.И. Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака желудка: автореф. дис. канд. мед. наук. – Уфа: УГМАДО, 2003. – 31 с.
11. Вашакмадзе Л.А. Место паллиативных операций в лечении распространенного рака желудка: современное состояние проблемы / Л.А. Вашакмадзе, О.В. Пикин // *Рос. онкол. журн.* 2000. № 5. С. 47–51.
12. Гринев М. В. Циторедуктивная хирургия. — М.: «Гиппократ», 2003. — 92 с.
13. Громов М.С., Александров Д.А., Кулаков А.А. и др. Диагностика и лечение распространенного рака желудка // *Хирургия*. – 2003. – № 4. – С. 20–23.
14. Давыдов М.И., Комов Д.В., Лотоков А.М. и др. Неотложная помощь при осложненном раке желудка // *Вест. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. – 2006. – Т. 17, № 3. – С. 21–24.

15. Давыдов М.И., Абдихакимов А.Н., Полоцкий Б.Е. К вопросу о роли хирургии в лечении местно-распространенного и диссеминированного рака желудка. *Анналы хирургии.* 2012; 2:33-41.
16. Давыдов М.И. Современная стратегия онкохирургии / М.И. Давыдов // *Вест. РАМН.* 2013. № 9. С. 43–46.
17. Давыдов М.И. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абдихакимов и др. // *Практ. онкология.* 2001. Т. 3. № 7. С. 18–24.
18. Джураев М.Д. Лечение рака желудка III-IV стадии. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сина, 1997. С. 52-55.
19. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Клоков С.С. и др. Функциональные аспекты хирургии рака желудка // *Рос. онкол. журн.* – 2003. – № 4. – С. 27– 31.
20. Dicken B.J. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions / B.J. Dicken et al. // *Ann. Surg.* — 2005. — Vol. 241. — P. 27-39.
21. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Губков И.И. и соавтор. Диагностика и лечение рака желудка, осложненного кровотечением. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.* 2017;9(1).
22. Карачун А.М. Дифференцированная хирургическая тактика лечения больных раком желудка. Диссертация. Санкт-Петербург 2014. 42с.
23. Клименков А.А., Стилиди И.С. и др. «Тотальный» рак желудка: клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения // *Рос. онкол. журн.* – 2007. – № 3. – С. 13-18.
24. Ложкин М.В. Возможности хирургического лечения больных раком желудка IV стадии: автореф. дис. канд. мед. наук. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2007. – 33 с.
25. Марусова Е.О. Особенности хирургической тактики при неметастатическом раке желудка, осложненном кровотечением // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Том XIX №1* 2012.
26. Неред С.Н., Клименков А.А., Стилиди И.С. и др. «Тотальный» рак желудка: клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения // *Рос. онкол. журн.* – 2007. – № 3. – С. 13-1.
27. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка / И.С. Стилиди, С.Н. Неред // *Практ. онкология.* 2009. Т. 10. № 1. С. 20–27.
28. Седов, В.М. Особенности лимфогенного метастазирования при раке желудка В.М. Седов, А.Н. Яицкий, И.Н. Данилов // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 113-116.
29. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии // *Практ. онкология.* – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 28-35.
30. Стойко Ю.М., Вербицкий В.Г. Рак желудка: учебное пособие. – СПб: ВМедА, 2002. – 26 с.
31. Касаткин В. Ф., Кит О. И., Захарова Н. П. и др. // *Паллиативная медицина и реабилитация.* — 2004. — № 1. — С. 15—18.
32. Кулиев А.А. Джураев М.Д.Рахимов Н.М.Меликулов А.Х. Ошкозон саратони тарқалган шаклида паллиатив жаррохлик даволаш// *Биомедицина ва амалиёт журнали | Журнал биомедицины и практики | Journal of biomedicine and practice №4 | 2021.* Стр 132-138
33. Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клечиков В.З. и др. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // *Практ. онкология.* – 2001. – Т. 3, № 7. – С. 52– 58.
34. Харитонов М.Ю., Борбашев Т.Т., Тойгонбеков А.К. Местно-распространенный рак желудка (обзор литературы). *Вестник КРСУ.* 2016. Том 16. № 11. 154 с.

35. Хвастунов Р.А. Комбинированные операции при раке желудка / Р.А. Хвастунов, С.П. Мишарев // Избранные вопросы онкологии. – 1999. – С. 351-352.
36. Хвастунов Р.А., Данилов С.П. Рак желудка: стандарты и индивидуальные аспекты тактики хирургического лечения // Совр. онкология. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 58–66.
37. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д. и др. Неотложная эндоваскулярная хирургия гастродуоденальных кровотечений. – М. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2002.
38. Чарторижский В.Д., 1996; Абдихакимов А.Н., 2003; Чиссов В.И. и соавт., 2005; Ложкин М.В., 2007; Saito H. et al., 2001; Kim D.Y. et al., 2006.
39. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. Пути улучшения результатов лечения больных раком желудка IV стадии // Сиб. онкол. журн. – 2005. – Т. 14, № 2. – С. 3–7.
40. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 6. – С. 4–7.
41. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс. – Киев: Книга плюс. – 2000; 228 с.
42. De Mazoni G. et al. Para-aortic lymph node involvement in gastric adenocarcinoma // Ann. Chir. 2001. Vol. 126 (4). P. 302-306; discussion 306-307.
43. Juraev Mirjalol, Mamarizaev Dilshod, Sharipova Visolat, Rahimov Nodir. Features of preoperative preparation, anesthetic management and postoperative management of patients with hormone-active adrenal tumors// Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 2021y. N32(3)
ISSN 2651-4451. P7235-7241
44. Djuraev M.D. Kuliev A. Raximov NASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF PALLIATIVE GASTRECTOMY OF LOCALLY ADVANCED STOMACH CANCER // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(3)
45. Fujimoto S., Takahashi M., Mutou T. et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer patients with cancer infiltration at surgical margin at gastrectomy // Anticancer Res. – 1997. – Vol. 17, № 1B. – P. 689-694.
46. Carboni F., Lepiane P., Santoro R. et al. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25-year experience // J. Surg. Oncol. 2005. Vol. 90. № 2. P. 95–100.
47. Ge L, Wang HJ, Yin D, Lei C, Zhu JF, Cai XH, Zhang GQ. Effectiveness of 5- fluorouracil-based neoadjuvant chemotherapy in locally advanced gastric/gastroesophageal cancer: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2012;18(48):7384-7393.
48. Giuli R. Extended local resection for gastric cancer // Surgical Oncology net. – 2002. – Vol. 2, № 5. URL: <http://www.surgical-oncology.net> (дата обращения 03.09.08).
49. Goel A., Khandelwal C. Role of palliative gastrectomy in locally advanced gastric cancer: experience of 313 cases // J. Surg. Oncol. – 2006. – Vol. 91, № 3. – P. 41-49.
50. Isozaki H., Tanaka N., Fujii K. et al. Improvement of the prognosis of gastric cancer with extensive serosal invasion using left upper abdominal evisceration // Hepatogastroenterol. 2001. Vol. 48. № 40. P. 1179–1182.
51. Kim D.Y., Joo J.K., Seo K.W. et al. T4 gastric carcinoma: the benefit of noncurative resection // Anz J. Surg. 2006. Vol. 76. № 6. P. 453–457.
52. Kodama I., Takamiya H., Mizutani K. et al. Gastrectomy with combined resection of other organs for carcinoma of the stomach with invasion to adjacent organs: clinical efficacy in a retrospective study // J. Am. Coll. Surg. – 1997. – Vol. 184, № 1. – P. 16-22.
53. Lo S.S., Wu C.W., Shen K.H. et al. Higher morbidity and mortality after combined total gastrectomy and pancreaticosplenectomy for gastric cancer // World J. Surg. – 2002. – Vol. 26, № 6. – P. 678-682.
54. Lorenz M., Roukos D., Karakostas K. et al. Accurate prediction of sitespecific risk of recurrence after curative surgery for gastric cancer // Gastric Breast Cancer – 2002. – Vol. 1, № 2. – P. 23-32.
55. Landry J., Tepper J., Wood W. et al. Patterns of failure following curative resection of gastric carcinoma // Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. – 1990. – Vol. 19, № 6. – P. 1357-1362.

56. Martinez-Ramos D., Miralles-Tena J.M., Cuesta M.A. et al. Laparoscopy versus open surgery for advanced and resectable gastric cancer: a metaanalysis // *Updates Surg.* – 2011. – Vol. 63, № 1. – P. 17-23.
57. Martin R.C., Jaques D.P., Brennan M.F. et al. Achieving R0 resection for locally advanced gastric cancer: is it worth the risk of multiorgan resection? // *J. Am. Coll. Surg.* – 2002. – Vol. 194, № 5. – P. 568-577.
58. Meyer H.J., Jahne J., Weimann A. Surgical treatment of gastric cancer – total vs. subtotal distal gastrectomy // *Eur. Surg.* 1995. Vol. 27. № 1. P. 20–22.
59. Maehara Y., Hasuda S., Koga T. et al. Postoperative outcome and sites of recurrence in patients following curative resection of gastric cancer // *Br. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87, № 3. – P. 353-357.
60. Saito H., Tsujitani S., Maeda Y. et al. Combined resection of invaded organs in patients with T4 gastric carcinoma // *Gastric Cancer.* – 2001. – Vol. 4, № 4. – P. 206-211.
61. Songun I., Bonenkamp J., Hermans J. et al. Prognostic value of resectionline involvement in patients undergoing curative resections for gastric cancer // *Eur. J. Cancer.* – 1996. – Vol. 32 A, № 3. – P. 433-437.
62. Tsujitani S., Okuyama T., Orita H. et al. Margins of the esophagus or gastric cancer with esophageal invasion // *Hepatogastroenterol.* – 1995. – Vol. 42, № 6. – P. 873–877.
63. Yoo C.H., Noh S.H., Shin D.W. et al. Recurrence following curative resection for gastric carcinoma // *Brit. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87, № 2. – P. 236– 242.
64. Shchepotin I.B., Chorny V.A., Nauta R.J. Extended surgical resection in T4 gastric cancer // *Am. J. Surg.* 1998. Vol. 175. № 2. P. 123–126.

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

7 ЖИЛД, 2 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 7, НОМЕР 2

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 7, ISSUE 2

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000