

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА



Рузибаев Санжар Абдусаламович<sup>1</sup>, Ачилов Мирзакарим Темирович<sup>1</sup>, Амонов Худойберди Равшанович<sup>2</sup>  
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;  
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ОШҚОЗОН ЎСМАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Рузибаев Санжар Абдусаламович<sup>1</sup>, Ачилов Мирзакарим Темирович<sup>1</sup>, Амонов Худойберди Равшанович<sup>2</sup>  
1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;  
2 – Республика шошилич тез ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC BLEEDING OF TUMOR GENESIS

Ruzibaev Sanjar Abdusalomovich<sup>1</sup>, Achilov Mirzakarim Temirovich<sup>1</sup>, Amonov Khudoiberdi Ravshanovich<sup>2</sup>  
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;  
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Мақолада ошқозон ўсмалари туфайли ошқозондан ўтқир қон кетиши билан оғриган беморларда жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш ва уларнинг самарадорлигини баҳолаш каби маълумотлар келтирилган. Шошилич операциялар учун кўрсатмаларга: давом этаётган қон кетиш, эндоскопик гемостазнинг самарасизлиги хизмат қилди. Ушбу кўрсатмаларга қўшимча равишда, такрорий қон кетиш хавфи ҳисобга олинди, агар хавф юқори бўлса, операциядан олдинги тўлиқ тайёргарликдан сўнг шошилич операция ўтказилди. Ошқозондан актив қон кетишида 31 бемордан 15 тасида шошилич жарроҳлик аралашувлар амалга оширилди. Меъда саратони туфайли қон кетишида жарроҳлик тактикаси, ҳатто ўсимта қўшни аъзоларга ўсиб кириб кетган бўлса ҳам, унинг манбасини ҳам радикал ва паллиатив йўл билан йўқ қилишга қаратилган бўлиши ва барча замонавий онкология тамойилларига мувофиқ амалга оширилиши керак.

**Калит сўзлар:** ошқозондан қон кетиши, ошқозон саратони, даволаш усуллари.

**Abstract.** This article presents data including an assessment of the choice of surgical treatment tactics and their effectiveness in patients with acute gastric bleeding due to stomach tumors. Indications for emergency surgery were: ongoing bleeding, ineffectiveness of endoscopic hemostasis. In addition to these indications, the risk of recurrent bleeding was taken into account; if the risk was high, urgent surgery was performed after complete preoperative preparation. For fifteen of the thirty-one patients, emergency operations were performed due to serious gastrointestinal haemorrhage. Surgical approaches for bleeding gastric cancer should focus on removing the cause as soon as possible, whether by radical or palliative methods, regardless of tumour invasion into adjacent organs. During these operations, adherence to current oncological guidelines is crucial.

**Key words:** gastric bleeding, stomach cancer, treatment methods.

**Актуальность.** Связанность с желудочным кровотечением является одним из наиболее опасных осложнений рака желудка. Опухоли желудка являются причиной от 5,1% до 22,4% всех случаев желудочных кровотечений, согласно различным источникам. Кроме того, статистика показывает, что рак желудка занимает пятое место по количеству диагностированных случаев рака и

второе место по смертности от рака в мире. Этот онкологический диагноз может увеличить летальность желудочно-кишечных кровотечений до 30%. Многие исследователи отмечают, что остановка кровотечения при разрушающихся опухолях желудка является сложной задачей. Например, из-за инфильтрации тканей клипирование сосудов не всегда работает, а коагуляция иногда

приводит к усилению кровотечения. Тем не менее, местное обкалывание спиртом области кровотечения перед введением дицинона дало положительный эффект на гемостаз [3, 9, 11]. Одной из наиболее важных операций при лечении рака желудка является гастрэктомия. Эта операция считается одной из наиболее сложных из-за ее сложности и потенциальных осложнений. Проблемы с несостоятельностью анастомоза швов продолжают оставаться основной причиной смертности после операции. Из-за высокого риска послеоперационных осложнений у этих пациентов, гастрэктомию рассматривают с осторожностью многие хирурги, поскольку это неотложное вмешательство. Лечение назначается большинству пациентов, когда они находятся на поздних стадиях заболевания и имеют тяжелые осложнения. Более 15% пациентов с онкологическими заболеваниями желудка страдают перитонитом, вызванным перфорацией опухолей желудка или на фоне обильного кровотечения. В некоторых случаях требуется экстренная гастрэктомия [6, 12, 13].

Выбор метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза и подготовка пациента в значительной степени определяют эффективность гастрэктоми. Несмотря на то, что существует множество вариантов формирования анастомоза, ни один из них не гарантирует полную защиту от потенциально опасных осложнений, в частности, несостоятельности швов. Таким образом, выбор наиболее эффективного метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза все еще остается предметом споров. Обсуждение более надежных методов герметизации анастомоза продолжается. Эти методы должны дать хорошие непосредственные результаты и успешность в долгосрочной перспективе.

**Цель исследования** – выбор лечебной тактики и оценка их эффективности у больных с острыми желудочными кровотечениями при опухолях желудка.

**Материал и методы.** Это исследование основано на данных о лечении пациентов с раком желудка, которые прошли хирургические вмешательства, включая комбинированную гастрэктомию с лимфодиссекцией Д2, удаление большого сальника, а иногда и резекцию брыжейки попе-

речно-ободочной кишки. За последние десять лет в хирургических отделениях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его субфилиалах была выполнена экстренная гастрэктомия у 31 пациента с опухолью желудка, сопровождающейся кровотечением. Среди пациентов было 15 мужчин (48,4%) и 16 женщин (51,6%) в возрасте от 39 до 71 года.

Мы использовали классификацию Джонсона для определения различных типов желудочных язв. В результате исследования было обнаружено, что в шести случаях острых желудочных кровотечений гигантская каллезная язва субкардии была причиной; в семи случаях был обнаружен рак тела желудка по передней стенке большой кривизны; в шести случаях был обнаружен рак тела желудка по задней стенке большой кривизны; и в двенадцати случаях обнаружена патология в пилороантральном отделе желудка. Кроме того, у шести пациентов с язвенно-инфильтративной формой рака желудка было обнаружено прорастание опухоли в брыжейке поперечно-ободочной кишки (табл. 1).

В первые часы после госпитализации каждый пациент подвергался гастродуоденофиброскопии. В качестве метода оценки кровотечения использовалась эндоскопическая классификация по Forest. Результаты показали, что у 15 пациентов (48,4%) было обнаружено артериальное кровотечение (F1a), у 1 пациента было венозное кровотечение из двух гигантских малигнизированных язв желудка (F1b), у 9 пациентов (29,1%) было классифицировано как F1a, и у 6 пациентов (19,4%) было классифицировано как F1b.

**Результаты и их обсуждение.** Из-за значительной потери крови все пациенты находились в состоянии тяжелой дегидратации, когда они прибыли в медицинский центр.

В 30 случаях (96,8%) эндоскопическая коагуляция была использована для остановки кровотечения, но эффективность этой процедуры составила лишь 50%. Помимо коагуляции, в 96% случаев также использовался этиловый спирт для эндоскопического орошения места кровотечения. Всем пациентам также назначили гемостатическое лечение.

**Таблица 1.** Локализация объемных образований желудка

Локализация рака желудка	Количество больных	
	Абс.	%
По передней стенки большой кривизны	7	22,7
По задней стенки тело желудка	6	19,3
Субкардиальный отдел желудка	6	19,3
Пилороантральный отдел	12	38,7
Всего:	31	100

Консервативное лечение с использованием комплексной терапии, включающей компоненты крови, было временно эффективным у 16 больных (51,6%). Однако консервативные и эндоскопические методы оказались неэффективными в 15 случаях (48,4%). Крупные ветви левой желудочной и панкреато-дуоденальной артерий считаются причиной неспособности контролировать кровотечения.

Индикациями для экстренной хирургической операции были следующие: непрекращающееся кровотечение и неэффективность проведенного эндоскопического гемостаза. При наличии высокого риска рецидива кровотечения было решено провести срочную операцию после тщательной предварительной подготовки пациента.

15 из 31 пациента, у которых началось профузное желудочное кровотечение, потребовали срочного хирургического вмешательства. После неудачных попыток проведения эндоскопического гемостаза все эти пациенты прошли операцию в течение первых 1-3 часов с момента начала кровотечения из желудка. Оперативное лечение было проведено остальным пациентам в течение ближайших двух-трех дней после временного применения консервативных и эндоскопических методов гемостаза. Эти операции проводились в более устойчивых условиях и после соответствующей подготовки.

Пациентам практически во всех случаях была проведена комбинированная гастрэктомия с лимфодиссекцией D2, которая включала удаление большого сальника и иногда резекцию брыжейки поперечно-ободочной кишки. У больных проводили лимфодиссекцию в объеме D2 при сохранении селезенки. В ходе этого метода сначала удаляли парапанкреатическую клетчатку, а затем лимфоузлы вдоль селезеночной артерии и вены, которые простирались до ворот селезенки. У па-

циентов с ятрогенными показаниями, такими как вращение опухоли желудка в селезенку, инфильтрация желудочно-селезеночной связки или метастазы в лимфоузлах в области селезенки и ее ворот, проводилась селезенэктомия. Эта процедура была выполнена по строгим медицинским показаниям как часть комбинированной операции.

После комбинированной гастрэктомии всем больным накладывали эзофагоюноанастомоз по модификации М.И.Давыдова с формированием резервуара из тощей кишки (рис. 1).

Во время отложенных операций было возможно провести морфологическое исследование структуры злокачественной опухоли.

Аденокарцинома диагностирована в 27 (87,1%) клинических случаях. В остальных случаях выявлены плоскоклеточный, мелкоклеточный и недифференцированный виды рака.

При оценке результатов оперативного лечения, нами оценивались интра- и послеоперационные осложнения, отдаленные результаты, а также качества жизни пациентов, перенесших операцию. При анализе интраоперационных осложнений, нами установлено, что у 28 (90,3%) больных операции проходили без технических сложностей и интраоперационных осложнений не наблюдалось. У 3 (9,7%) больных имели место различные интраоперационные осложнения в виде кровотечения или повреждение селезенки. Повреждение селезенки является специфическим для этой операции. Повреждение селезенки может наблюдаться при любой операции в брюшной полости и может наступить как при банальной ревизии, когда сальник подпаян к селезенке, так и при мобилизации проксимального отдела желудка. В наших наблюдениях, повреждение селезенки носило тракционный характер при мобилизации желудка и лимфодиссекции.

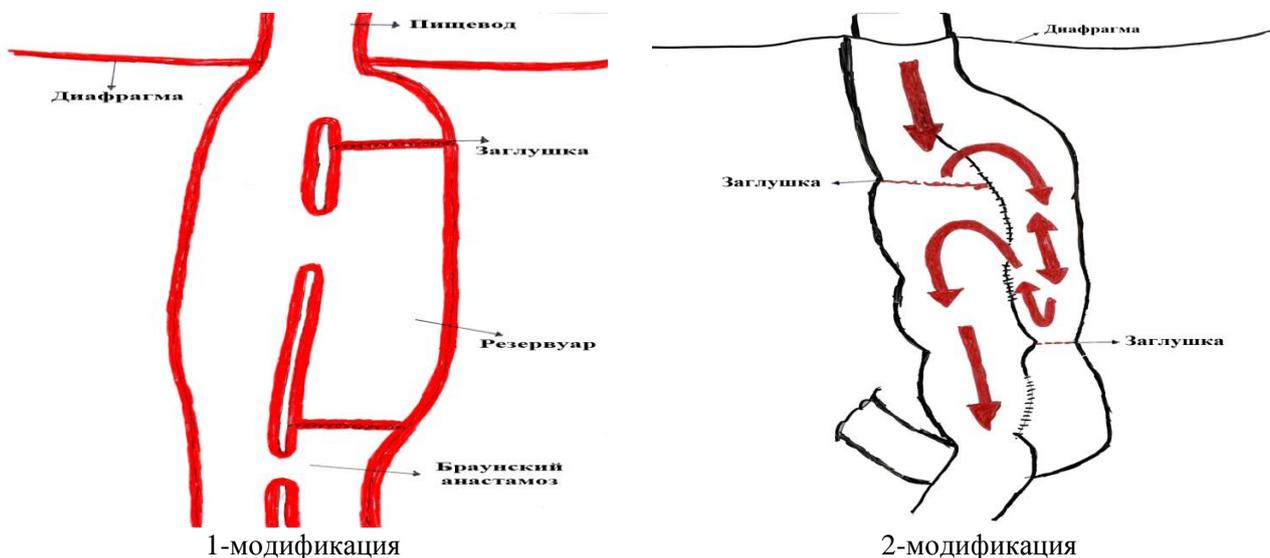


Рис. 1. Модификации М.И.Давыдова

Данный вид осложнений наблюдался в 2 (6,5%) случаев, при этом кровотечение удалось остановить, выполнив спленэктомию.

Из 31 пациента, прошедшего операцию, один (3,2%) завершился смертью. Данный пациент столкнулся с осложнениями в раннем послеоперационном периоде, включая несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза, которая в конечном итоге привела к смерти.

После операции каждый пациент получал стандартный послеоперационный уход, который включал обширное применение антибиотиков, внутривенное введение донорских компонентов крови, контроль водно-электролитного баланса и уровня кислотности, а также лечение сопутствующих заболеваний. Удаление назогастрального зонда производилось в среднем на восьмой-девятый день после операции, а введение орального питания (жидкости, питательные смеси и т. д.) разрешалось на девятый-десятый день.

Анализ результатов лечения данных больных показал следующее:

- Отсутствие в послеоперационном периоде агастрального синдрома.

- Отсутствие частоты синдрома мальабсорбции.

- У больных возникает чувство сытости и голода как у здоровых людей.

- Отсутствие диарейного синдрома.

- Малозаметный дефицит масса тела.

- Отсутствие рефлюкс эзофагита.

Изучение качества жизни и выживаемости пациентов с раком желудка в течение пяти лет показало более благоприятные прогнозы в отдаленной перспективе при стадиях T1-T2 и экзофитной форме роста аденокарциномы с высокой степенью дифференцировки. Но с увеличением глубины инвазии опухоли, особенно с проникновением в серозный слой стенки желудка, инфильтративной формой роста, низкой дифференцировкой аденокарциномы и перстневидноклеточном раком, наблюдались худшие показатели выживаемости и качества жизни.

**Заключение.** Таким образом, спленосохранная лимфодиссекция D2 считается наиболее подходящим методом лечения опухолей в проксимальном отделе желудка и теле. Этот метод не уступает радикальности операций, таких как спленэктомия; однако отмечается, что принципиальная спленэктомия не улучшает отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка.

**Выводы:** В случаях кровоточащего рака желудка хирургическое вмешательство должно быть направлено на полное или частичное удаление опухоли с использованием радикального или паллиативного подхода, несмотря на то, что опухоль может распространиться на соседние орга-

ны. Операция должна проводиться с соблюдением всех современных онкологических стандартов.

### Литература:

1. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
2. Кубаев А. С. и др. Морфофункциональное состояние полости носа и околоносовых пазух при верхней микрогнатии // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №. 5.
3. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в Республике Узбекистан на основе развития общей врачебной практики // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
4. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
5. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
6. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
7. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
8. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Губков И.И., Данилов А.М., Сахно Д.С., Захаров Е.А., Гуслев А.Б. Тактика хирургического лечения желудочных кровотечений опухолевого генеза у лиц пожилого и старческого возраста. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2018;7(2):152-155. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2018-7-2-152-155>
9. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Губков И.И., Мавиди И.П. и др. Результаты и перспективы лечения больных неметастатическим раком желудка, осложненным кровотечением. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017;12(2):85-88.
10. Стилиди И.С., Сигуа Б.В., Земляной В.П., Курков А.А., Губков И.И. Рак желудка, ослож-

- ненный кровотечением. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022;(3):101-114.
11. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология. М. 2013. Chissov VI, Davydov MI. Oncology. M. 2013. (In Russ.).
12. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Ca - Cancer J Clin.* 2018;68:394–424.
13. Н. Kitagawa, Т. Namikawa, J. Iwabu, K. Fujisawa, et al., Assessment of the blood supply using the indocyanine green fluorescence method and postoperative endoscopic evaluation of anastomosis of the gastric tube during esophagectomy, *Surg. Endosc.* 32 (2018) 1749–1754, 28916846, <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5857-6>
14. Hitoshi KI, Takashi, Kohei A, Yoh I, et al. Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). *Gastric Cancer.* 2018;21(1):144-154. <https://doi.org/10.1007/s10120-017-0716-7>.
15. М. Ishii, А. Hamabe, К. Okita, et al., Efficacy of indocyanine green fluorescence angiography in preventing anastomotic leakage after laparoscopic colorectal cancer surgery, *Int. J. Color. Dis.* 35 (2019) 269–275, <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03482-0>.
16. М. Ohi, Y. Toiyama, Y. Mohri, S. Saigusa, T. Ichikawa, et al., Prevalence of anastomotic leak and the impact of indocyanine green fluorescein imaging for evaluating blood flow in the gastric conduit following esophageal cancer surgery, *Esophagus* 14 (2017) 351–359 (28983231).
17. Park H, Ahn JY, Jung HY, Chun JH, et al. Can Endoscopic Bleeding Control Improve the Prognosis of Advanced Gastric Cancer Patients? A Retrospective Case-Control Study. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51: 599-606. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000717>.
18. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(1):26-38. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.80001>.
19. Smyth EC, Verheij M, Allum W, Cunningham D, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* 2016;27:38-49. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw3504>.
20. W. Miyauchi, Y. Shishido, Y. Kono, Y. Murakami, H. Kuroda, et al., Less invasive surgery for remnant stomach cancer after esophago-proximal gastrectomy with ICG-guided blood flow evaluation, *Yonago Acta Med* 26 (61) (2018) 187–191. PMID: 30275750.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

*Рузибаев С.А., Ачилов М.Т., Амонов Х.Р.*

**Резюме.** В этой статье представлены результаты исследования, посвященного оценке хирургических методов лечения острых желудочных кровотечений, вызванных опухолями желудка, и их эффективности. Продолжающееся кровотечение и неэффективность эндоскопического гемостаза потребовали неотложной операции. После полной предоперационной подготовки проводилась срочная операция в случаях с высоким риском рецидива кровотечения. Из 31 пациента, у которых было профузное желудочное кровотечение, 15 потребовали неотложной операции. В случаях кровоточащего рака желудка хирургическое удаление опухоли, даже если она распространяется на соседние органы, является жизненно важным. Операции подобного рода должны проводиться с соблюдением всех современных стандартов онкологии.

**Ключевые слова:** желудочное кровотечение, рак желудка, методы лечения.