

ACHILOV MIRZAKARIM TEMIROVICH
AXMEDOV G'AYRAT KELDIBAYEVICH

YUQORI HAZM A'ZOLARI SARATONI

O'QUV QO'LLANMA



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

**SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
DIPLOMDAN KEYINGI TA'LIM FAKULTETI
XIRURGIYA, ENDOSKOPIYA VA ANESTEZOLOGIYA -
REANIMATOLOGIYA KAFEDRASI**

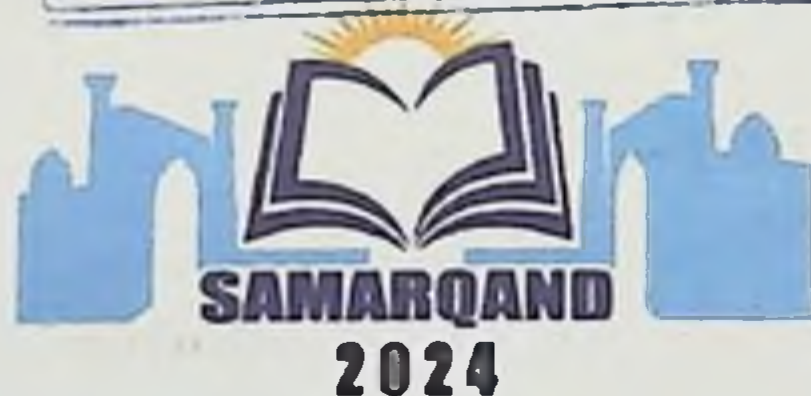
Achilov M.T., Axmedov G'.K



YUQORI HAZM A'ZOLARI SARATONI

O'quv qo'llanma

SamDTU
axborot-resurs markazi



UO'K 616.32-006(075.8)

KBK 56.8+55.6ya73

A 92

Achilov M.T., Axmedov G'.K.

Yuqori hazm a'zolari saratoni [Matn]: o'quv qo'llanma / M.T. Achilov., G'.K. Axmedov; muharrir A.M. Mustafoyev; tarjimon Anvar Umrzoqov. – Samarqand: Samarqand 2024. – 104 b.

Tuzuvchilar:

- Achilov M. T** SamDTU DKTF xirurgiya, endoskopiya va anesteziologiya-reanimatologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
- Axmedov G'.K** SamDTU Umumiy xirurgiya kafedrası assistenti, PhD

Taqrizchilar:

- Gulamov O.M** "Akademik V.Voxidov nomidagi RIXIATM" DM Torakoabdominal onkoxirurgiya bo'limi rahbari, t.f.d.
- Raximov N.M.** SamDTU onkologiya kafedrası professori v.b., t.f.d.

Annotatsiya

O'quv qo'llanmada qizilo'ngach saratonining epidemiologiyasi, tasnifi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi, davolash usullari va zamonaviy ma'lumotlar berilgan. Qizilo'ngach saratonining birlamchi va ikkilamchi diagnostikasining istiqbolli usullariga alohida e'tibor qaratilmoqda. Qo'llanmada o'z-o'zini nazorat qilish va vaziyatga oid savollar ro'yxati mavjud.

O'quv qo'llanma yuqori kurs talabalari, umumiy amaliyot shifokori, onkologiya va torakal jarroxlik yo'nalishlari bo'yicha klinik ordinator, magistr, onkolog mutaxassislar uchun mo'ljallangan.

ISBN 978-9910-771-79-8

© Achilov M. T., Axmedov G'.K 2024-y

© Samarqand. 2024-y

MUNDARIJA

KIRISH.....	4
QIZILO'NGACH ANATOMIK VA FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI.....	7
QIZILO'NGACHNING BOSHQA ICHKI A'ZOLAR BILAN MUNOSABATLARI.....	14
QIZILO'NGACH SARATONINI ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI	17
QIZILO'NGACH SARATONINING TASNIFI.....	18
QIZILO'NGACH SARATONINING KLINIK TASVIRI	27
QIZILO'NGACH SARATONINING DIAGNOSTIKASI	29
QIZILO'NGACH SARATONINI DAVOLASH	39
TIBBIY REABILITATSIYA, TIBBIY KO'RSATMALAR VA REABILITATSIYA USULLARINI FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR.....	80
PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATISH, TIBBIY KO'RSATMALAR VA FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR, OLDINI OLISH USULLARI	83
TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH	84
Favqulodda yoki shoshilinch tibbiy muassasada kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:	86
Rejalashtirilgan shaklda tibbiy tashkilotda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:	86
Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish uchun ko'rsatma:	87
TEST TOPSHIQLARI	88
TEST TOPSHIRIQLARIGA JAVOBLAR STANDARTLARI	92
O'Z-O'ZINI NAZORAT QILISH UCHUN TEST TOPSHIRIQLARI	93
VAZIYATLI MASALALAR	96
VAZIYATLI MASALALARGA JAVOBLAR.....	99
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	103

KIRISH

Qizilo'ngach saratoni (QS) qizilo'ngachning shilliq qavatidan kelib chiqadigan qizilo'ngachning xavfli o'smasi. Massasi doimiy ravishda oshib boradi, vaqt o'tishi bilan o'simta organning qalinligida qarab o'sadi, qoida tariqasida, uning devorlarini aylana shaklida egallaydi. O'sishi bilan u boshqa organlarga metastaz beradi. Shu bilan birga qizilo'ngach bo'shlig'ining torayishi, uning o'tkazuvchanligining buzilishi - disfagiya paydo bo'ladi. Ikkinchisi o'simtaning o'zi o'sishi va metastaziga qaraganda ancha yuqori tezlikda o'sadi. Kasallik saratonning asoratlari bilan tugaydi: qizilo'ngachning obstruktsiyasi va bemorning keyingi ovqatlanishi, qon ketishi, qo'shni organlarga (traxeya va asosiy bronxlar, aorta, mediastinal plevra va o'pka, diafragma, yuqori kovak vena va boshqalar) kirib borishi, parenximal organlarning ishdan chiqishi va boshqalar bemorning o'limi bilan yakunlanadi. O'lim ko'pincha ochlikdan, saraton kasalligidan zaharlanishdan kelib chiqadi, ko'krak qafasidagi kuchli og'riqlar fonida ong saqlabnib qoladi, bu hissiy va axloqiy nuqtai nazardan o'limning eng fojiali turlaridan biridir. Tashxis qo'yilgan paytdan boshlab umr ko'rish davomiyligi 9-12 oydan oshmaydi. Qizilo'ngach saratoniga isbotlangan davo yo'q.

So'nggi yillarda, umuman olganda, oshqozon saratoni bilan kasallanishning kamayishi tendentsiyasiga qaramay, oshqozon proksimal qismning saratoni chastotasi ortib, ushbu organning o'smalari bilan kasallanganlar barcha holatlarning 37% ga etdi (Ter-Ovanesov M.D. va boshqalar, 2008; Yakob va boshqalar, 2007). Hozirgi vaqtda qizilo'ngach- oshqozon birikmasi sohasi saratoni butun dunyo bo'ylab saraton kasalligidan o'lim ko'rsatkichi bo'yicha 6-o'rinni va umumiy o'lim tuzilmasi bo'yicha 9-o'rinni egallaydi. Shu bilan birga, III - IV bosqichlarning nisbati bemorlarning yarmidan ko'pida tashxis qo'yilgan va davolanish natijalari hali ham qoniqarli emas (Davydov M.I., Aksel E.M., 2011; Parts S.A. va boshqalar, 2011; Chemousov A.F. va boshqalar. boshq., 2012; Cameron A. va boshqalar, 2002). Bemorlarning 80% dan ortig'i og'ir disfagiya ega (Bulynin V.V., 2008). Shu munosabat bilan, hozirgi vaqtda, jarayonning keng tarqalganligi sababli, bemorlarning sezilarli qismi

uni bartaraf etishga qaratilgan palliativ va simptomatik operatsiyalarni o'tkazmoqda (Bulynin V.V., 2008; Kosyakov B.A., 2010; Suttie SA, 2007). Qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarda enteral ovqatlanishni tiklash masalasi har doim davolash bosqichlarida ham, keyingi ijtimoiy rehabilitatsiya davrida ham muhim ahamiyatga ega. Gastrostomiya shakllantirish simptomatik davolashning standarti bo'lib, ovqatlanishning g'ayritabiiy ko'rinishi va yuqori travma tufayli umidsizlikka olib keladi (Poddubny B.K. va boshqalar, 2006; Keung EZ. va boshq., 2012). Shu sababli, hozirgi vaqtda o'simtani palliativ rezeksiyasi yoki uning simptomatik bujlanishi, lazer destruksiyasi, fotodinamik terapiya, stentlash va boshqalar kabi usullarni qo'llash orqali ovqat hazm qilish tizimining o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan chora-tadbirlar birinchi o'ringa chiqmoqda.

Qizilo'ngach saratoni – qizilo'ngachning keng tarqalgan xavfli kasalligi bo'lib, u barcha o'smalarining 80-90% ni tashkil qiladi. Oshqozon-ichak trakti o'smalari orasida qizilo'ngach saratoni oshqozon va yo'g'on ichak saratonidan keyin 3-o'rinni egallaydi. Barcha inson o'smalari orasida qizilo'ngach saratoni 7-8 o'rinni egallaydi. QS bilan kasallanish mamlakatlarda va geografik hududlarda alohida farq qiladi. U dunyoning barcha mintaqalarida uchraydi. Janubiy Amerika mamlakatlarida, Xitoyning janubi-sharqiy va shimoliy hududlarida, Qozog'iston, Qirg'iziston, Kaspiy dengizi mintaqalarida, Mo'g'uliston, Pokiston va Eronda, Yaponiyada 100 000 aholiga nisbatan 8,0 dan 31,7 gacha bo'lgan holatlari uchraydi. Qizilo'ngach saratoni eng agressiv neoplazmalardan biri bo'lib, dunyoda o'lim darajasi bo'yicha sakkizinchi o'rinda turadi. 2018 yilda Rossiyada 7750 ta yangi holat aniqlangan, ulardan III va IV bosqichlar mos ravishda 33,6 va 30,9% ni, 1 yillik o'lim esa 59% ni tashkil etgan.

Qizilo'ngach saratonining kech tashxislanishi tibbiy tasvirlash vositalarining etarli darajada qo'llanilmasligi bilan bog'liq. 70-92% aniqlik bilan qizilo'ngach devoriga saraton invaziya darajasini ko'rsatadigan va jarayonning hajmini baholashda majburiy usul bo'lgan endoskopik ultratovush (EUS) kabi zamonaviy usullar joriy etilganiga qaramay, u har doim ham onkologik jarayonning ob'ektiv rasmini ko'rsatib bera olmaydi [B.M. Moissenko, I.S. Stilidi, 2006].

**Oshqozon saratonida jarrohlik amaliyoti
rivojlanishidagi asosiy bosqichlar**

Yil	Jarayon yoki aralashuvning tavsifi	Tadqiqotchilar
1842 yil	"Hayvonning oshqozoniga sun'iy yo'l bo'yicha eslatmalar" haqida ma'ruza. Qizilo'ngach va kardiya saratonida gastrostomiya amaliyoti	Basov V.A.
1877 yil	Itida o'tkazilgan tajribada oshqozon rezektsiyasi	T.Billrot
1879-1880 yil	Saraton kasalligida oshqozonning pilorik qismini rezektsiya qilish	JEPean, J.Rydygier
1880-1881 yil	Birinchi oshqozon rezektsiyalari	T.Billrot va uning talabalar
1881 yil	Rossiyada birinchi oshqozon rezektsiyasi	M.K.Kitaevskiy
1887 yil	Birinchi gastrektomiya	C. Shlotter
1902 yil	Rossiyada birinchi gastrektomiya (dunyoda uchinchi)	S.P. Fedorov
1910 yil	Oshqozonning birinchi rentgenologik tadqiqotlari	Germaniya
1965 yil	Shisha tolali optika bilan oshqozon tekshiruvlari	Yaponiya
90-yillar	Birinchi video laparoskopik oshqozon rezektsiyalari va gastrektomiya	

So'nggi yillarda bir qator mualliflar qizilo'ngach saratonining mahalliy rivojlangan shakllari bilan og'riqan bemorlarda endoskopik stentlashni afzal ko'rishdi [M.P. Korolev, 2009]. Jarrohlik usuli qizilo'ngach karsinomasini davolashning yagona usuli bo'lib qolmoqda. [Davydov M.I., Stilidi I.S., 2007].

QIZILO'NGACH ANATOMIK VA FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Qizilo'ngach ovqat hazm qilish kanalining boshlang'ich qismidir. U halqumdan III-IV bo'yin umurtqalari sathida boshlanib, ko'krak bo'shlig'iga va orqa ko'ks oralig'i orqali pastga tushadi, so'ngra diafragmaning qizilo'ngach teshigi orqali qorin bo'shlig'iga kiradi va u erdan oshqozonga o'tadi. Qizilo'ngachning anatomik boshlanishi uning yuqori sfinkteri - halqum va qizilo'ngach chegarasida joylashgan dumaloq mushak halqasi (Kilian sfinkteri). Kattalardagi qizilo'ngachning uzunligi 23-25 sm. Qizilo'ngachning pastki chegarasi qizilo'ngachning oshqozonga kiradigan sohasida joylashgan bo'lib, "pastki qizilo'ngach sfinkteri" deb ataladi. Servikal sohasi uzunligi 5-6 sm, ko'krak sohasi 17-19 sm, qorin bo'shlig'i sohasi esa 2-4 sm. Endoskopik o'lchovlar yordamida qizilo'ngachning quyidagi anatomik bo'limlari ajratiladi.

1. qizilo'ngach bo'yni yuqori kesuvchi tishlardan 18 sm uzoqlikda tugaydi.

1. Intratorasik bo'lim, u quyidagilarga bo'linadi:

a) yuqori ko'krak - kesuvchi tishlardan 18-24 sm (masofada);

b) o'rtacha ko'krak qafasi - 24-32 sm;

c) pastki ko'krak qismi 8 sm uzunlikda bo'lib, qizilo'ngach qorin bo'shlig'i qismi bilan birga, tishlar kesimidan 32-40 sm (masofada) joylashgan.

Kesuvchi tishlardan masofa va bo'limlarning uzunligiga qarab, qizilo'ngachning ma'lum bir qismida o'simtaning lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Qizilo'ngachning ma'lum bir qismida o'simtaning aniq lokalizatsiyasi jarrohlik taktikasini - o'smaning tabiati va joylashishini, organni rezektsiya qilish darajasini va ko'pincha prognozini belgilaydi. Jarroh nuqtai nazaridan, qizilo'ngachning inson tanasining uchta hududida - bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'ida joylashganligini hisobga olish tavsiya etiladi. Fibrogastroskopiya (FGS) ga ko'ra, tish kesmasidan masofani o'lchash asosida o'simtaning lokalizatsiyasini va uning qizilo'ngachning ma'lum bir qismiga aloqasini, o'simta infiltratsiyasi darajasi aniqlash, qizilo'ngachning qisqarish darajasini aniqlash mumkin. Reflyuks ezofagitining mavjudligi kelajakda bemorda Barrett qizilo'ngachiga olib kelishi mumkinligini ko'rsatadi.

Qizilo'ngachda seroz parda yo'q. Qizilo'ngachning mushak qavati bir necha qatlamlardan iborat - bo'ylama, aylana va qiya. Tashqi mushak qatlami bo'ylamasiga yo'nalgan bo'ladi. Mushak aylana qatlami sfinkterlar sohasida ifodalangan - proksimal (Kilian sfinkteri) va distal (pastki qizilo'ngach sfinkteri). Kilian sfinkteri deyarli barcha odamlarda yaxshi ifodalangan. Pastki qizilo'ngach sfinkteri har doim ham namoyon bo'lmaydi va bizning klinik, endoskopik va intraoperativ kuzatishlarimizga ko'ra, 20-40% odamlarda u umuman namoyon bo'lmaydi. Sfinkterning gipertrofiyasi natijasida qizilo'ngachning disfunktsiyasi - disfagiya paydo bo'lishi mumkin. Bu, ayniqsa, yaraning patologik gipertrofiyasida namoyon bo'ladi, bu kasallikning variantlaridan biri - kardiospazmning paydo bo'lishiga olib keladi. Kardiyaning funktsional etishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin, bu uning yopish funktsiyasining buzilishiga olib keladi va natijada gastroezofagial reflyuks (GER) va hatto gastroezofagial reflyuks kasalligi paydo bo'lishiga olib keladi (GERK).

Arterial qon ta'minoti. Qizilo'ngachni arterial qon bilan ta'minlash segmental ravishda amalga oshiriladi. Qizilo'ngach bo'yin va yuqori ko'krak qismlari pastki qalqonsimon arteriyalarning shoxlari va kamroq hollarda truncus thyreocervicalis shoxlari orqali qon bilan ta'minlanadi. Qizilo'ngach ko'krak qismi aortadan kelib chiqadigan qizilo'ngach arteriyalaridan, shuningdek, interkostal va bronxial arteriyalardan qon oladi. Pastki ko'krak qismi esa oshqozon chap arteriyasi tarmoqlari va pastki diafragmal arteriyalarning shoxlari orqali qon bilan ta'minlanadi. Ko'krak qafasidagi qizilo'ngachda 200 dan ortiq turli xil operatsiyalarni bajarish jarayonida biz katta jarrohlik ahamiyatiga ega bo'lgan ikkita eng katta qizilo'ngach arteriyalarini qayd etdik (massiv qon ketish xavfi):

1.1. yuqori qizilo'ngach arteriyasi - azigos venasining yoyi sathida, u aortaning old devoridan chiqib keladi, diametri 2-3 mm, uzunligi 1-1,5 sm va qizilo'ngachning orqa devoriga kiradi;

1.2. pastki qizilo'ngach arteriyasi - pastki o'pka venasining pastki qirrasi sathida, u aortaning old devoridan chiqib keladi, diametri 1-2 mm, uzunligi 1 sm gacha (kamroq).

Qizilo'ngach distal qismi me'da chap arteriyasining ko'tarilgan shoxchasi orqali qon bilan ta'minlanadi, odatda segmentar qon bilan ta'minlanish turi deb aytib o'tilgan. Qizilo'ngach devori bo'ylab asosiy arteriyalar orasidagi kam sonli kollaterallar (anastomozlar) mavjud bo'lib, ular qizilo'ngachning mobilizatsiyasi paytida osongina buziladi.

Venoz qonning chiqishi. Qizilo'ngachdan venoz qonning chiqishi arteriyalar oqimiga mos keladigan magistrallar bo'ylab venoz chigallar orqali azigos va yarim amigos venalarga (yuqori kovak vena tizimi), diafragma venalari bilan anastomozlar orqali amalga oshiriladi. Pastki kovak venaga, oshqozon venalari bilan anastomozlar orqali esa darvoza venasiga oqib boradi.

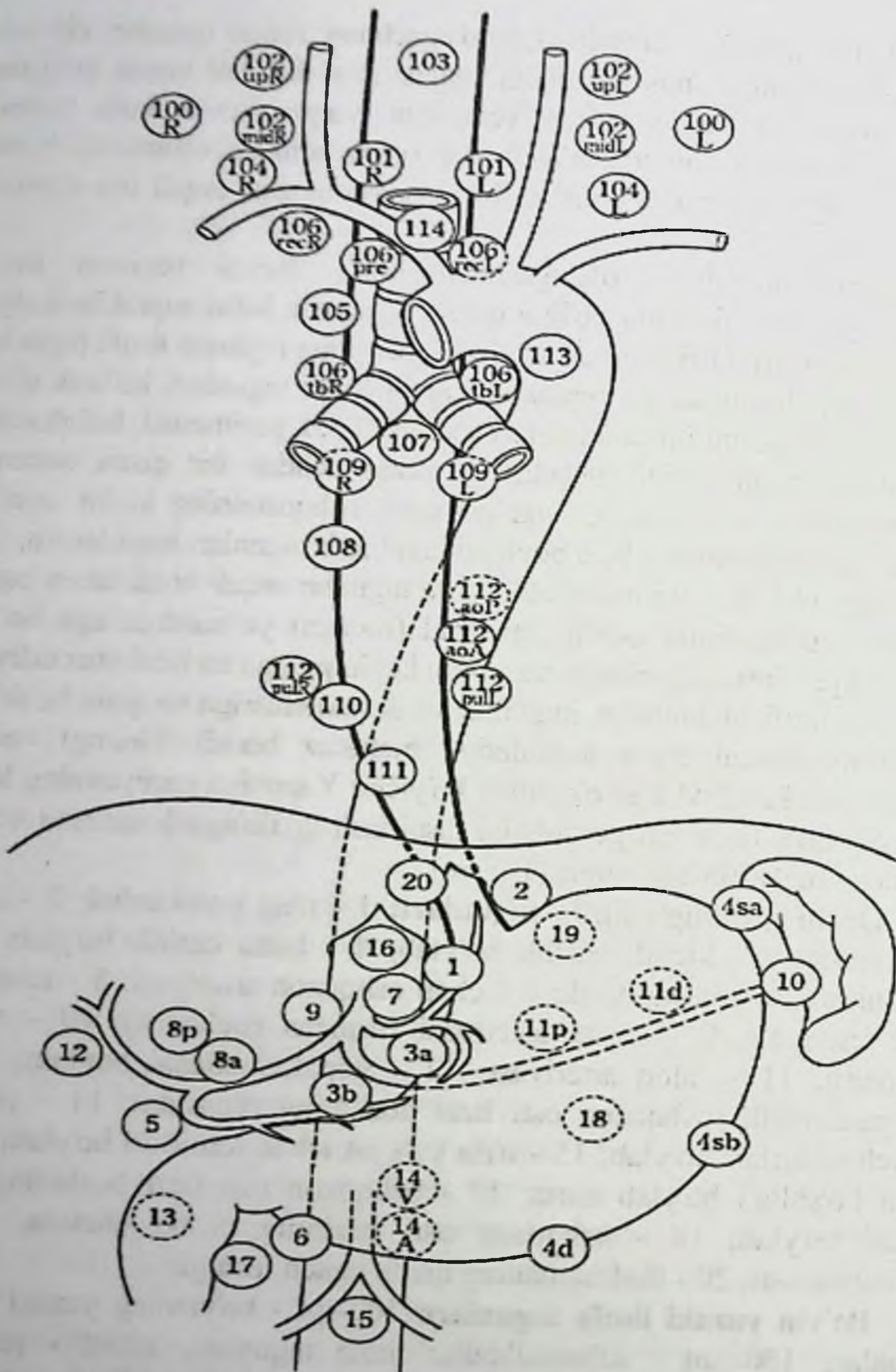
Limfa drenaji. Qizilo'ngachdan limfa drenaji regionar limfa tugunlariga, ko'krak limfa yo'liga qarab, so'ngra u bilan supraklavikulyar sohaga yo'naladi. Qizilo'ngach bo'yin qismi uchun regionar limfa tugunlari - bu bo'yin, shu jumladan supraklavikulyar limfa tugunlari, ko'krak qismi uchun - mediastinal limfa tugunlari (parezofagial, peritraxéal, bifurkatsiya va traxeobronxial), qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi uchun - mediastinal limfa tugunlari, orqa perikard, oshqozonning kichik egriligi bo'ylab va oshqozon osti bezi boylamidagi limfa tugunlari hisoblanadi.

Agar o'simta yoki metastatik limfa tugunlar orqali limfa tabiiy oqimi buzilgan bo'lsa, limfa oqimi retrograd (orqaga) yo'nalishga ega bo'lib, parakardiyal limfa tugunlariga va undan keyin jigarga va limfostaz tufayli - oshqozon limfa tugunlariga, ingichka ichak tutqichlariga va qorin bo'shlig'i va retroperitoneal limfa tugunlariga metastaz beradi. Hozirgi vaqtda qizilo'ngach kasalliklarini o'rganish bo'yicha Yaponiya jamiyatining lokal va uzoq limfa tugunlari guruhlarini tasniflash qizilo'ngach saratoni uchun tobora ommalashib bormoqda (1-rasm).

Qorin bo'shlig'i limfa tugunlari: 1 - o'ng parakardial; 2 - chap parakardial; 3 - kichik egrilik bo'ylab; 4 - katta egrilik bo'ylab; 5 - suprapilorik; 6 - infrapilorik; 7 - chap oshqozon arteriyasi; 8 - umumiy jiggar arteriyasi; 9 - o'zan arteriyasi (truncus coeliacus); 10 - taloq darvozasi; 11 - taloq arteriyasi; 12 - gepatoduodenal boylam; 13 - retropankreatik (oshqozon osti bezi boshining orqasida); 14 - yuqori tutqich tomirlari bo'ylab; 15 - o'rta yo'g'on ichak tomirlari bo'ylab; 16 - qorin bo'shlig'i bo'ylab aorta; 17 - oshqozon osti bezi boshining old yuzasi bo'ylab; 18 - oshqozon osti bezining pastki chetida; 19 - diafragma osti; 20 - diafragmaning qizilo'ngach teshigi.

Bo'yin yuzaki limfa tugunlari: 100-spf - bo'yinning yuzaki limfa tugunlari; 100 sm - submandibular limfa tugunlari; 100-tf - servikal traxeyaning limfa tugunlari; 100-ac - qo'shimcha nerv atrofi limfa tugunlari.

Chuqur bo'yin limfa tugunlari: 101 - bo'yin paraesophageal; 101-ur - yuqori uyqu arteriyasining bifurkatsiyasidan yuqori; 101-o'rta - o'rta uzuksimon tog' aydan to uyqu arteriyasining bifurkatsiyasiga qadar.



Rasm 1. Limfa tugunlarining yaponcha tasnifi

Torakal va mediastinal limfa tugunlari: 102 - yuqori parafaringeal; 103 - supraklavikulyar; 104 - yuqori paraezofageal; 106 -

ko'krak paratraxéal limfa tugunlari (106 tb L – chap qaytuvchi nerv; 106 rez R – o'ng qaytuvchi nerv; 106 re – traxeyadan oldingi; 106 tb L – chap traxeobronxial; 106 tb R – o'ng traxeobronxial; 107 - bifurkatsiya; 108 - o'rta paraezofagial; 109 - o'pka ildizi; 110 - pastki paraezofagial; 111 - supradiafragmatik; 112 - orqa mediastinal limfa tugunlari (112-ao - aorta tushuvchi qismi va ko'krak limfa yo'llari bo'ylab; 112-pul - o'pka boylami; 113 - arterial (Botallov) boylam; 114 - oldingi mediastinal.

Qizilo'ngachning innervatsiyasi. Qizilo'ngachning innervatsiyasi asosan chap va o'ng vagus nervlari tomonidan amalga oshiriladi, ular katta halqali yuzaki va chuqur bo'lgan pleksuslar - intramural mushaklararo Auerbach va submukozal Meissner pleksuslarini hosil qiladi. Qizilo'ngach, xususan, uning shilliq qavati termal, og'riqli va taktil sezgirlikka ega.

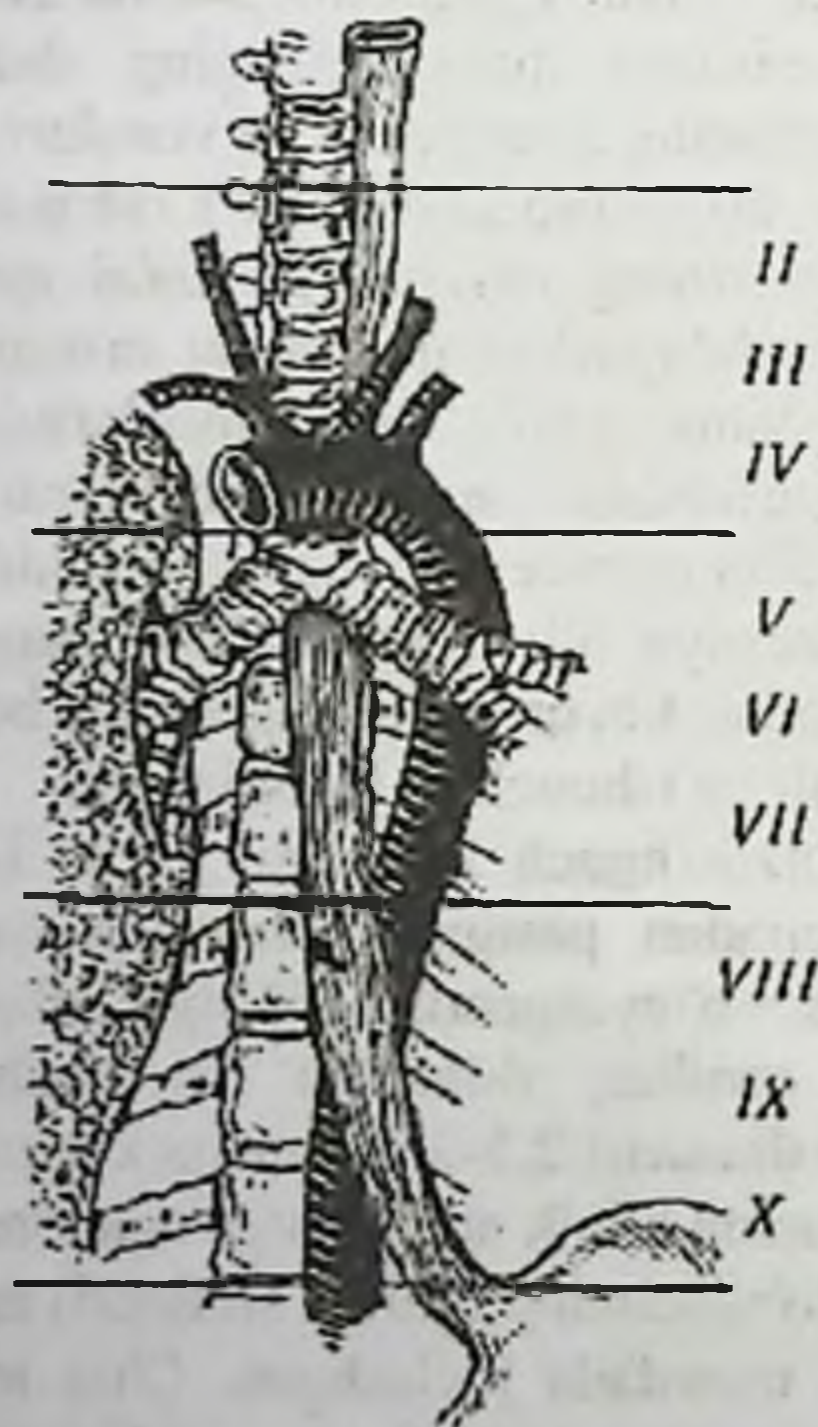
Shilliq qavat. Shilliq parda ko'p qavatli yassi epiteliydan iborat bo'lib, u kesuvchi tishlardan 38–41 sm masofada keskin tugaydi va oshqozon ustunli epiteliysiga o'tib, o'tish chizig'i bo'ylab notekis tishli chiziq (Z-chiziq) hosil qiladi.

Shilliq osti qavat. Qizilo'ngachning barcha asosiy neyrovaskulyar va glandular shakllanishlari qizilo'ngachning shilliq osti qatlamida joylashgan. Qizilo'ngachning arteriyalari va venalari shilliq osti qavatida joylashgan. Nisbatan ko'p miqdordagi to'g'ridan-to'g'ri ekstraorganik aortaezofageal arteriyalarning mavjudligi (ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, 9-12 gacha) qizilo'ngachni qon bilan ta'minlashning segmentar xususiyatini va bo'ylama tomir anastomozlarining ishonchsizligini ko'rsatadi, bu esa jarrohdan jarrohlik amaliyoti davomida ehtiyot bo'lishni talab qiladi. Shu asosda zamonaviy jarrohlikda qizilo'ngachni 5 sm dan ortiq mobilizatsiya qilish xavfli hisoblanadi va bunday keng ko'lamlı mobilizatsiyadan keyin qizilo'ngachning boshqa organlar bilan anastomozlari nuqsonli va ishonchsiz hisoblanadi.

Sokin holatda qizilo'ngach 2-2,5 sm gacha kenglikdagi trubkaga o'xshab ketadi, u tepadan pastga yo'nalishda harakatlanadi. Kichik hajmdagi oziq-ovqat o'tayotganda, tibbiy asboblari (esofagoskop, gastroskop, bujlar, zondlar, dilatorlar va boshqalar) o'tayotganda qizilo'ngach kengligi diametri 2,5-3 sm gacha kengayadi.

Qizilo'ngachda uchta klinik ahamiyatga ega torayish mavjud. Yuqori qismi halqum va qizilo'ngachning (Kilian sfinkteri) tutashgan joyida – tish kesimidan 15-16 sm masofada joylashgan. O'rta torayish (bifurkatsiya) traxeyaning bifurkatsiyasi sathida va aortaning qizilo'ngach devoriga tutashgan joyiga to'g'ri keladi (tish kesimidan 28-32 sm).

Pastki torayish qizilo'ngachning diafragmadan o'tish joyiga tog'ri keliadi va tish kesimidan 38-41 sm masofada joylashgan. Oddiy holatda, yuqori va pastki sfinkter sohasidagi qizilo'ngachning bo'shlig'i yopiq holatda bo'ladi va ezofagoskopiya paytida xuddi "rozetkaga" o'xshab ko'rinadi. Ezofagoskopiya paytida qizilo'ngach devorida aorta pulsatsiyasi va bo'shliqning torayishi kuzatiladi. Fiziologik torayish sohalarida ko'pincha quyidagi patologik jarayonlar kuzatiladi: divertikullar, chandiqli torayish, saraton, kardiospazm. Jarrohlik taktikasini aniqlash uchun qizilo'ngachni bir nechta bo'limlarga bo'lish maqsadga muvofiqdir: bo'yin, torakal va qorin bo'shlig'i. Qizilo'ngach bo'yin qismi 6-bo'yin umurtqasi sathidan (uzuksimon tog'ay sohasi) 2-ko'krak umurtqasigacha joylashgan va uzunligi 4-5 sm. Qizilo'ngach ko'krak qismini jami 30-33 sm uzunlikda bo'lib, 2-ko'krak umurtqasidan aorta yoyiga qadar qizilo'ngachning yuqori ko'krak qismini joylashgan. Aorta yoyidan (o'pka ildizi sohasidan) o'pka pastki venasiga qadar qizilo'ngach o'rta qismini joylashgan. O'pka pastki venasidan diafragma qadar qizilo'ngach pastki ko'krak qismini joylashgan (2-rasm).



Rasm 2. Qizilo'ngach ko'krak qismini uchta segmentga bo'lish sxemasi: yuqori, o'rta va pastki ko'krak qismi.

Qizilo'ngachning qorin bo'shlig'i qismi diafragmaning qizilo'ngach teshigi sathidan pastda joylashgan bo'lib, uzunligi 4-5 sm bo'ladi. O'simta qizilo'ngachning qaysi qismida joylashganligiga qarab, biz qaysi organlar va to'qimalar bilan birlashishi mumkinligini, anastomozni qaysi soha va bo'shliqda bajarish mumkinligini va har bir holatda qanday yondashuv va jarrohlik usulini qo'llash kerakligini taxmin qilishimiz mumkin.

Endoskopik tekshiruv vaqtida qizilo'ngachning yuqori qirrasi tishlar kesimidan 15-17 sm masofada joylashgan bo'lib, faringoezofageal birikma sohasi (Kilian sfinkteri) yopiq holatda bo'ladi, peristaltika vaqtida esa "rozetka" ga o'xshaydi. Qizilo'ngachning distal uchi tishlar kesimidan 40-41 sm masofada joylashadi va yopiq holatda bo'ladi, peristaltika vaqtida esa u ham "rozetka" ga o'xshaydi. Ushbu sohada qizilo'ngach shilliq qavati va oshqozon shilliq qavati o'rtasidagi o'tish chizig'i aniqlanadi - Z-chiziq. Uning tepasida qizilo'ngachning pushti yoki och pushti shilliq qavati joylashgan. Uning yuzasi silliq, yaltiroq, burmalar deyarli yo'q. Z-chiziqdan pastda oshqozon shilliq qavati joylashgan. U yorqin qizil, uning yuzasi baxmal, burmalar ko'rinadi, bu sohada burmalar bo'ylama ko'rinishda bo'ladi. Ko'pincha Z-chiziq 1-2 sm ga yuqoriga siljiydi. Bu, aftidan, normaning bir varianti deb hisoblanishi mumkin. Z-chiziq 38 sm dan yuqoriga siljiganida, qizilo'ngachning qisqarishi va Barrett sindromi haqida ma'lumot berilishi kerak. Qizilo'ngach qisqarishining endoskopik ko'rinishida kardiyaning yopilish funksiyasining yo'qolishi kardial etishmovchilik olib keladi. GERK (gastroezofageal reflyuks kasalligi) variantlaridan biri bo'lib, reflyuks ezofagitining paydo bo'lishiga olib keladi va bu o'z o'mida rak oldi holati hisoblanadi. Qizilo'ngach qisqarganda, qizilo'ngach-gastral birikmaning chegarasi odatdagidan 4-5 sm yuqoriga siljiydi. Bunday holda, bo'shliqning yon tomonidagi Z-chiziq ostida, "qizilo'ngach" oshqozon shilliq qavati bilan chizilgan xarakterli ko'rinishga ega bo'ladi. Metaplaziya paydo bo'lishidan oldin u yorqin qizil, baxmal, bo'yamasiga burmalar bilan, organning bo'shlig'i kabi shaklida pastga qarab kengayadi.

QIZILO'NGACHNING BOSHQA ICHKI A'ZOLAR BILAN MUNOSABATLARI

Qizilo'ngach deyarli butun uzunligi bo'ylab umurtqa pog'onasiga yondoshgan. 3-4-ko'krak umurtqalari sohasida va 8-umurtqa sathidan pastga qarab, qizilo'ngach chapga og'adi. Bo'yin va yuqori ko'krak sohasida qizilo'ngach oldida traxeya, uning yon tomonlarida neyrovaskulyar to'plamlar, bevosita yonida va old tomonida v.brachiocephalicae dextra et sinistra va a.caroticae communis dextra et sinistra joylashgan. Traxeya bifurkatsiyasidan 5-6 sm balandlikda, qizilo'ngachni old tomondan o'ngdan chapga v.azigos kesib o'tadi. Traxeya bifurkatsiyasi sathida va uning ostidan aorta qizilo'ngachga tegib o'tadi. Qizilo'ngachning o'rta ko'krak qismi traxeya bifurkatsiyasining orqa devori bilan, pastki qismi o'pka tomirlari bilan yaqin aloqada bo'ladi. Bularni qizilo'ngach saratoni kasalligini davolashda yodda tutish kerak, chunki o'rta qismining saratonida traxeya bifurkatsiyasiga, chap va o'ng asosiy bronxlarga o'sib o'tishi mumkin va bifurkatsiya limfa tugunlariga metastaz beradi. Shuningdek, biz qizilo'ngach saratonining o'ng pastki o'pka venasiga o'sishini, traxeya va ikkala asosiy bronxlar kimyoviy kuyishdan keyin periezofageal chandiqlanish jarayonini kuzatdik va bular qizilo'ngachning jarroxlik amaliyotlarida sezilarli qiyinchiliklarga olib keladi, traxeyaga yoki asosiy bronxlardan biriga zarar etkazish xavfi mavjud bo'ladi. Qizilo'ngachning devorlarida ikkala tomondan traxeyaning bifurkatsiyasi ostida vagus nervlari joylashgan bo'lib, ular ko'pincha bir-biri bilan anastomozlashadi, qizilo'ngachning oldingi yuzasi bo'ylab to'qimalarni hosil qiladi, bu esa qizilo'ngachni ajratish mobaynida zarar ko'rishi mumkin.

Butun orqa ko'ks oralig'ida, qizilo'ngach va yuqorida tavsiflangan boshqa organlar mediastinal plevra qatlami bilan chegaralangan bo'ladi. Ko'pincha qizilo'ngach o'smasi, massiv periesophagit fonida chandiqli jarayon yoki peptik striktura bu plevra qatlamlariga o'sadi, buning natijasida ularni ajratish deyarli mumkin emas, shuning uchun o'simta yoki chandiqli jarayon bilan birga ularni olib tashlashga to'g'ri keladi. Qizilo'ngach odatda ko'ks oralig'ining bo'sh a'zolari bilan o'ralgan. Shuning uchun qizilo'ngach shikastlanganda, o'tkir mediastinitda havoning ko'ks oralig'iga tarqalishiga, qizilo'ngach suyuqligi yoki

yiringning oqib chiqishiga hech narsa to'sqinlik qilmaydi. Shunday qilib, qizilo'ngachning tuzilishi va uning morfologik xususiyatlari (ko'krak bo'shlig'idagi chuqur joylashuvi, qo'shni organlar bilan topografik aloqalari, jarrohlik yo'li bilan kirish imkoni yo'qligi) qizilo'ngachdagi operatsiyalarni ayniqsa qiyinlashtiradi va travmatik og'ir jarayonligini ko'rsatadi. Shunday qilib, qizilo'ngachning uch zonali joylashuvi (bo'yin, ko'krak, qorin) ko'pincha bu sohalarning barchasiga bir vaqtning o'zida aralashuvni talab qiladi, ko'pincha bitta yoki ikkala plevra bo'shlig'ini ochish kerak bo'ladi, bu esa bir yoki ikkala o'pkaning gemitikligining buzilishiga va disfunktsiyasiga olib keladi. Qizilo'ngachga kirish uchun mediastinal plevra va ko'ks oralig'ining ochilishi bu bo'shliqlarning tarangligining buzilishiga va ularning tabiiy munosabatlarining buzilishiga olib keladi (pnevmotoraks), bu kuchli og'riq reaksiyasi va nafas olish va yurak-qon tomir tizimlarining qo'pol funktsional buzilishlari bilan birga keladi. Bu qizilo'ngachdagi operatsiyalarning xavflilik darajasi yuqori ekanligini ko'rsatadi.

Qizilo'ngachning strukturaviy xususiyatlari (qon ta'minotining segmentar tabiati, seroz qoplarning yo'qligi) qizilo'ngachda jarrohlik operatsiyalari xavfini sezilarli darajada oshiradi, bu qizilo'ngach-oshqozon va qizilo'ngach-ichak anastomozlarini qo'yish bilan birga namoyon bo'ladi: qizilo'ngach bo'ylab mobilizatsiya anastomozni qo'llash uchun zarur bo'lgan uzunlik mobilizatsiya qilingan sohalarning uchlarini qon bilan ta'minlashni buzadi. Oshqozon va ichak bilan anastomozlar qilinganda qizilo'ngachda seroz qatlamning yo'qligi bir-biriga o'xshash bo'lmagan to'qimalarni (qizilo'ngachning mushak qatlami va oshqozon yoki ichakning seroz membranasini) tikish zarurligiga olib keladi; tashqi bo'ylama mushaklar choklar qo'llanilganda qizilo'ngach qatlami osongina kesiladi. Bularning barchasi tikilgan organlarning birlashishiga yordam bermaydi va hatto uning yetishmovchiligiga olib keladi. Shuning uchun qizilo'ngach anastomozlarida chok yetishmovchiligining chastotasi oshqozon-ichak traktining boshqa organlarining anastomozlariga ancha yuqori. Qizilo'ngachning qon tomirlar bilan ta'minlanishi darajasi shuni ko'rsatadiki, qizilo'ngachni segmentar rezeksiya qilish imkoni yo'q. Shuning uchun qizilo'ngachni to'liq yoki subtotal olib tashlash bilan birga oshqozon-ichak traktining boshqa organlari (oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak) yordamida plastik almashtirish operatsiyalarini qo'llash talab qilinadi.

Belgilangan anatomik va fiziologik xususiyatlar ko'pincha jarrohdan organni to'liq yoki qisman olib tashlash zarur bo'lganda nafaqat kasallikning mohiyatiga (saron, chandiqlar strikturasi) e'tibor qaratishni, balki plastik (rekonstruktiv) qismni darhol rejalashtirish va bajarishni talab qiladi. Qizilo'ngachni rezektsiya qilish qizilo'ngach funktsiyasini tiklash uchun bir vaqtning o'zida yoki kechiktirilgan rekonstruksiyani talab qiladi. Bularning barchasi ob'ektiv ravishda qizilo'ngach jarrohligini alohida holatga keltiradi va jarrohlikning ushbu bo'limi 20-asrning buyuk jarrohi S.S.Yudin ning engil qo'li bilan amalga oshiriladi, "Qizilo'ngachning rekonstruktiv va tiklovchi jarrohligi" nomini oladi.

Jarrohlik taktikasini va ko'pincha QS uchun prognozni aniqlashning muhim omili qizilo'ngachdagi o'smaning lokalizatsiyasi va darajasi hisoblanadi. Qizilo'ngachning yuqori uchligida o'smalarning lokalizatsiyasi 4,1-8,7% da, o'rta uchdan birida - 20-45,6% da, pastki uchdan birida - 19,5-60,7% da, subtotal yuqori va o'rta uchdan birida - 10,4% da qayd etilgan. O'rta va pastki uchdan birida - 25,9%, kardioezofageal saratoni - 20%. M.V. Orringer (2007) ning so'zlariga ko'ra, karsinoma 1525 bemorlarning 51 (3,34%) yuqori uchligida, o'rta uchligida - 227 (14,9%), pastki uchligida va kardiyada - 1247 (81,8%) da uchragan edi. Evropa va Amerikada qizilo'ngach o'smalarining statistik uchrashida katta farq yo'q.

Agar organning yuqori uchdan bir qismi zararlangan bo'lsa, faqat jarrohlik amaliyotidan so'ng, bemorlar 5 yilgacha yashamaydilar. Kombinatsiyalangan davolanish bilan 30-35% bemor omon qoladi. O'rta uchligidagi o'sma bilan 10% bemorlar jarrohlik davolashdan keyin 5 yilgacha yashaydi. Qizilo'ngachning pastki uchligi zararlanganda, bemorlarning 25% jarrohlik davolashdan keyin 5 yil yashaydi, kombinatsiyalangan davolanishdan keyin bemorlarning 32-45 % yashaydi. O'simtaning lokalizatsiyasi va rivojlanish bosqichi asosan jarrohlik taktikasini belgilaydi. Qizilo'ngach o'rta va pastki ko'krak qismi o'smalarni operatsiya qilish uchun abdominoservikal usul yordamida qizilo'ngachni rezektsiya qilish o'zini oqlaydi.

QIZILO'NGACH SARATONINI ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Kasallikning etiologiyasida qizilo'ngach shilliq qavatining doimiy kimyoviy, mexanik yoki termal ta'sirlanish xususiyati muhim ahamiyatga ega, bu intraepitelial neoplaziya (epitelial displaziya) rivojlanishiga olib keladi.

Yuqori xavf omillari orasiga juda issiq ovqat va ichimliklarni doimiy iste'mol qilish kiradi. Tamaki chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish mustaqil xavf omillaridir, ammo boshqa omillar bilan birgalikda ular kasallikning rivojlanish xavfini yanada oshiradi. Kasallikning deyarli 40 foizida chekish, 33 foiz hollarda esa semirish rol o'ynaydi.

Kaftlar va oyoqlarning giperkeratozi bilan tavsiflangan autosomal dominant kasalligi bo'lgan bemorlarda qizilo'ngach saratoni rivojlanish xavfi 37% ni tashkil qiladi. Alohida kasallik Barrett qizilo'ngachi bo'lib, unda qizilo'ngachning distal qismlarida metaplastik ichak epiteliyasi paydo bo'ladi. Bunday bemorlarda qizilo'ngach saratoni xavfi umumiy aholiga qaraganda taxminan 30 baravar yuqori. Barrett qizilo'ngachining rivojlanishi gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERK) bilan bog'liq va uning asoratlari hisoblanadi.

Inson papilloma virusi infeksiyasi Osiyo va Janubiy Afrikada qizilo'ngach saratonining asosiy sababchisidir. Ushbu virus bachadon bo'yni va orofaringeal saratonga olib kelishi ham ma'lum. Ushbu virus Xitoyda yashovchi qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarning 17 foizida aniqlangan, ammo qizilo'ngach saratoni kam uchraydigan mamlakatlarda aniqlanmaydi, bu erda skuamoz hujayrali karsinoma emas, balki adenokarsinoma ustunlik qiladi. Keratodermiya - nasldan naslga autosomal dominant tarzda uzatiladigan noyob irsiy kasallik. Ushbu bemorlarda qizilo'ngach shilliq qavatining anormal skuamoz epiteliyasi mavjud. Ushbu bemorlarda ezofagit tufayli qizilo'ngach saratoni rivojlanish xavfi umumiy aholiga qaraganda 5-10 baravar yuqori.

SamDTU
axborot-resurs markazi

QIZILO'NGACH SARATONINING TASNIFI

Xalqaro tasnifi

Kasalliklarning statistik tasnifi (ICD -10)

C15 Qizilo'ngachning xavfli o'smasi:

- C15.0 - qizilo'ngach bo'yin qismi;
- C15.1 - qizilo'ngach ko'krak qismi;
- C15.2 - qizilo'ngach qorin qismi;
- C15.3 - qizilo'ngachning yuqori uchdan bir qismi (qizilo'ngachning proksimal uchdan bir qismi);
- C15.4 - qizilo'ngachning o'rta uchdan bir qismi;
- C15.5 - qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi (qizilo'ngachning distal uchdan bir qismi);
- C15.8 - qizilo'ngachning zararlanishi, yuqoridagi bir yoki bir nechta lokalizatsiyadan tashqariga chiqadi;
- C15.9 - qizilo'ngach, aniqlanmagan;
- C16.0 - kardiya (qizilo'ngach-gastral birikma).

Qizilo'ngachning xavfli o'smalarining xalqaro gistologik tasnifi (2010)

O'simtaning gistologik varianti xalqaro tasnifga muvofiq ko'rsatiladi (1-jadval).

1-jadval

Xalqaro gistologik tasnif (2010)

Kod	Tavsif
	Skvamoz hujayrali o'smalar
8077	Skvamoz intraepitelial neoplaziya (displaziya yuqori daraja)
8070	Skvamoz hujayrali karsinoma
8083	Bazaloid skuamoz hujayrali karsinoma
8560	Adenoskuamoz karsinoma
8074	Shpindel hujayrali (skuamoz hujayrali) karsinoma
8051	Verrukoz (skuamoz) hujayrali karsinoma

1-jadvalning davomi

8020	Skuamoz hujayrali komponentli differensiallanmagan saraton (har qanday skuamoz hujayra komponenti mavjud bo'lganda) O'simta skuamoz hujayrali karsinoma sifatida tasniflanadi va bosqichlanadi)	
	Adenokarsinoma	
8148	Glandular neoplazma (displaziya yuqori daraja)	
8140	Adenokarsinoma	
8200	Adenokistik saraton	
8430	Mukoepidermoid karsinoma	
8244	Aralash adenoneuroendokrin karsinoma	
8020	Glandular komponentli differensiallanmagan saraton (skuamoz hujayra komponenti to'liq yo'qligida, glandular komponentning mavjudligi adenokarsinoma sifatida tasniflanadi va bosqichlanadi)	
	Boshqa gistologik turlar (bosqichga qarab)TNM tomonidan, lekin prognostik guruhlariga ajratilmagan guruhlar)	
8240	Neyroendokrin o'sma (NET) G1, karsinoid	
8249	Neyroendokrin o'sma (NET) G2	
8246	Neyroendokrin saraton (NEC)	
8013	Katta hujayrali neyroendokrin karsinoma	
8041	Kichik hujayrali neyroendokrin saraton	
Daraja differensial o'simta qiymatlari, G	Skuamoz hujayrali karsinoma	Adenokarsinoma
Gx	O'simtaning farqlanish darajasini baholash mumkin emas	
G1 - yuqori darajada farqlanadi	Shoxli marvaridlar hosil bo'lishi bilan o'simta hujayralarining keratinizatsiyasi belgilari mavjud, atipiyaning sitologik belgilari minimaldir. Mitotik akt faolligi past	O'simtaning >95% yaxshi sifatli bezlar bilan ifodalanadi
G2 - o'rtacha darajada farqlanadi	Eng keng tarqalgan kichik tur. Oraliq variantni ifodalaydi. Turli xil xususiyatlar bilan tavsiflanadi. Odatda shoxli "marvaridlar" yo'q. Hech qanday aniq mezonlar yo'q o'atilgan	O'simtaning 50-95% bezlar va bezga o'xshash tuzilmalar bilan ifodalanadi. Ko'pchilik umumiy kichik turi

		1-jadvalning oxiri
G3 - past tabaqalashtirilgan	Ko'pincha markaziy nekrozli bazal hujayralarning alohida uyalarini ifodalaydi. Uyalar keratinizatsiya belgilari bo'lgan hujayralarning kamdan-kam qo'shilishi bilan toshli qoplamali ko'rinishga ega	O'simta, asosan, o'simta hujayralarining uyalar va qatlamlaridan iborat. Glandular o'xshash tuzilmalar 50% dan kamroq hosil qiladi

Hozirgi vaqtda rivojlangan mamlakatlarda qizilo'ngach saratonining skuamoz hujayrali shakllari bilan kasallanishning kamayishi va adenokarsinoma bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda. Amerika Saraton Reestri ma'lumotlariga ko'ra, qizilo'ngach adenokarsinomasi bilan kasallanish 1980 yildan 1990 yilgacha ikki baravar ko'paygan. Rossiyada eng keng tarqalgan morfologik shakl skuamoz hujayrali karsinoma, kamroq tarqalgan adenokarsinoma (asosan qizilo'ngachning distal qismida va qizilo'ngach-gastral birikmada). Karsinosarkoma, kichik hujayrali karsinoma va melanoma juda kam uchraydi.

Endoskopik chegaralar nisbiy bo'lib, bemorning konstitutsiyaviy xususiyatlariga qarab farq qilishi mumkin. Jarrohlik davolashni rejalashtirishda 2-jadvalda ko'rsatilgan tuzilmalarga nisbatan anatomik chegaralarga e'tibor qaratish lozim. O'simtaning lokalizatsiyasi o'sish epitsentriga nisbatan belgilanadi, ammo davolanishni rejalashtirishda o'simta zararlashining yuqori va pastki chegaralarini hisobga olish kerak.

O'sish epitsentri Z-chiziqdan yuqori, Z-chiziq darajasida va Z-chiziqdan 2,0 sm gacha past bo'lgan qizilo'ngach-gastral birikma (C16.0) o'smalari qizilo'ngach saratoni sifatida tasniflanadi va bosqichma-bosqich tasniflanadi (Siewert I-II). Z-chiziqdan (Siewert III) 2 sm gacha o'sish epitsentri distalda joylashgan qizilo'ngach-gastral birikmaning (C16.0) o'smalari, qizilo'ngach-gastral birikmaning o'simta jarayonida ishtirok etishidan qat'iy nazar, oshqozon saratoni sifatida tasniflanadi va bosqichlanadi.

**Topografik joylashuviga ko'ra tasnifi
Kasalliklarning xalqaro tasnifi (ICD) kodlari bilan**

Qizilo'ngach ning anatomik bo'limi	Anatomi k ICD- O-3 kodi	Qizilo'n- gachda joylashgan sohasi	Anatomik chegaralar		Oddiy masofa kesma tishlardan , sm
		ICD-O-3 kodi	Joylashuv i		
Bo'yin qismi	C15.0	C15.3	Yuqori uchligi	Halqumdan to to'sh suyagi dastasigacha	15-20
Ko'krak qismi	C15.1	C15.3	Yuqori uchligi	To'sh suyagi dastasi o'yig'idan toq vena yoyining pastki chetiga qadar	20-25
		C15.4	O'rta uchligi	Toq vena yoyining pastki chetidan to o'pka pastki venasigacha	25-30
		C15.5	Pastki uchligi	O'pka pastki venasidan to diafragmaning qizilo'ngach teshigigacha	30-40
Qorin qismi	C15.2	C15.5	Pastki uchligi	Diafragmaning qizilo'ngach teshigidan to oshqozongacha	40-45
		C16.0	EGS/ kardiya	O'simta qizilo'ngach pastki uchligi va Z- chiziqdan 2 sm pastgacha bo'lgan soha	40-45

TNM tasnifi

Amerika saraton qo'mitasi (AJCC) 8 Ed - 2017

Ushbu bo'lim qizilo'ngachning epitelial o'smalari, shu jumladan skuamoz hujayrali karsinoma, bezli karsinoma, adenoskuamoz karsinoma, ajratilmagan karsinoma, neyroendokrin karsinoma va neyroendokrin differentsiatsiyalangan o'smalari uchun qo'llaniladi. Sarkomalar va epitelial bo'lmagan o'smalar yumshoq to'qimalar sarkomasi sifatida bosqichma-bosqich ko'rsatiladi. Gastrointestinal stromal o'smalari mustaqil ravishda bosqichma-bosqich amalga oshiriladi. Bosqichlarni guruhlash 6 qit'adagi 33 markazdan 22 654 bemorning kasalligi haqidagi ma'lumotlarini tahlil qilishga asoslangan (3-6-jadvallar).

3-jadval

TNM 8Ed va TNM 7Ed o'rtasidagi asosiy farqlar. Skuamoz hujayrali karsinoma

O'zgarishlar	O'zgarishlar tavsifi
Anatomik joylashuvi	O'simtani qizilo'ngach yoki oshqozon o'simtasi deb tasniflash chegarasi: qizilo'ngach yoki oshqozon o'simtasida o'simtaning epitsentri inobatga olinib, qizilo'ngach-gastral birikmadan 2 sm dan pastda bo'lsa, oshqozon saratoni sifatida tasniflanadi.
Bosqichlashda	Bosqichlashda pT1a va pT1b ga bo'linishi hisobga olinadi
Bosqichlashda	pT2-3 I-III bosqichlar uchun pT2 va pT3 sifatida alohida hisobga olinadi
Bosqichlashda	cTNM, pTNM va ntTNM uchun alohida bosqichlari aniqlangan
Adenokarsinoma	
O'zgarishlar	O'zgarishlar tavsifi
Anatomik joylashuv	O'simtani qizilo'ngach yoki oshqozon o'simtasi deb tasniflash chegarasi: qizilo'ngach yoki oshqozon o'simtasi birgalikda ishtirok etgan taqdirda ham o'simtaning epitsentri qizilo'ngach-gastral birikmadan 2 sm dan pastda bo'lsa, oshqozon saratoni sifatida tasniflanadi.
Bosqichlashda	Bosqichlashda pT1a va pT1b ga bo'linish hisobga olinadi
Bosqichlashda	cTNM, pTNM va ntTNM uchun alohida bosqichlari aniqlangan

Erta o'smalar (T1-2) uchun differentsiatsiya darajasi (G) yashovchanlik darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

- Qizilo'ngach adenokarsinomasi bilan og'riqan bemorlar skuamoz hujayrali karsinoma bilan og'riqan bemorlarga qaraganda yaxshiroq prognozga ega va shuning uchun turli morfologik shakllar uchun bosqichlar bo'yicha guruhlash har xil.

- Neoadyuvant davolash samaradorligiga asoslangan holda yashovchanlik ma'lumotlarini tahlil qilish natijasida klinik bosqich (cTNM), patologik bosqich (pTNM) va neoadyuvant terapiyadan (ntTNM) keyingi morfologik bosqich uchun turli bosqich guruhlari paydo bo'ldi.

Regionar limfa tugunlari:

- Bo'yin paratraxéal (VI darajali) – til osti suyagidan to'sh dastasi chuqurchasigacha, umumiy uyqu arteriyalari orasida.

- Bo'yin paratraxéal (VII daraja) – yuqori apperturadan nomsiz venagacha, traxeya va to'sh suyagi dastasi o'rtasida.

- O'ng va chap pastki servikal paratraxéal tugunlar (1L&1R) - supraklavikulyar sohadan o'pkaning choqqisiga (qaytuvchi nervlarning limfa tugunlari).

- O'ng va chap yuqori paratraxéal (2L & 2R) - o'pka cho'qqisidan braxiyosefalik tomir va traxeya orasi (o'ngda) yoki aorta yoyi sohasi (chap) bo'lgan paratraxéal.

- O'ng va chap pastki paratraxéal (traxeobronxial) (4L&4R) - o'ngda braxiyosefalik tomir va toq vena o'rtasida va chapda aorta yoyi va karina o'rtasida.

- Bifurkatsiya (7) - traxeyaning bifurkatsiyasi ostida.

- Paraezofageal: yuqori, o'rta va pastki (8U,8M,8Lo) - qizilo'ngachning yuqori, o'rta va pastki uchligiga mos keladigan limfa tugunlar.

- O'ng va chap o'pka boylamasining limfa tugunlari (9L&9R).

- Diafragma (15) - diafragma ustidagi va diafragma oyoqlari yaqinidagi tugunlar.

- Parakardial (16) - qizilo'ngach-oshqozon birikmasiga yaqin joylashgan limfa tugunlari.

- Chap oshqozon arteriyasining tugunlari (17).

- Umumiy jigar arteriyasining tugunlari (18).

- Taloq arteriyasining tugunlari (19).

- quyosh magistralining tugunlari (20).

Supraklavikulyar limfa tugunlari (Vb), bo'yin tomirlari (III, IV) bo'ylab limfa tugunlari, taloq tugunlari va gepatoduodenal boylamning metastazlari M1, ya'ni uzoq limfa tugunlariga metastazlar sifatida qaralishi kerak.

4-jadval

T mezon bo'yicha bosqichlash.

Amerika saraton qo'mitasi klassifikatsiyasi (AJCC) 8 Ed - 2017

Asosiy o'sma, T	Ta'rif
Tx	Birlamchi o'smani baholash mumkin emas
T0	Birlamchi o'sma haqida dalillar yo'q
Tis	Karsinoma in situ/yuqori darajali displaziya
T1	O'simta xususiy plastinka, mushak shilliq qavati yoki submukoz qatlama o'sib kirgan
T1a	O'simta xususiy plastinka yoki mushak qavatining shilliq qavatiga o'sib kirgan
T1b	O'sma submukoz qatlama o'sib kirgan
T2	O'simta mushak qavatiga o'sib kirgan
T3	O'simta adventitiyaga o'sib kirgan
T4	O'simta qo'shni a'zolarga o'sib kirgan
T4a	O'simta plevra, perikard, toq vena, diafragma yoki qorin pardaga o'sib kirgan
T4b	O'simta aorta, umurtqa tanasiga yoki traxeyaga o'sib kirgan

5-jadval

Bosqich mezoni N. Amerika saraton qo'mitasi (AJCC) tasnifi 8Ed – 2017

Mahalliy metastazlar, N	Ta'rif
Nx	Mahalliy limfa tugunlarini baholash mumkin emas
N0	Mahalliy limfa tugunlarida metastazlar yo'q
N1	1-2 ta mahalliy limfa tugunlarida metastaz bor
N2	3 dan 6 gacha mahalliy limfa tugunlarida metastaz bor
N3	7 yoki undan ortiq mahalliy limfa tugunlarida metastaz bor

6-jadval

Bosqich mezoni M. Amerika saraton qo'mitasi (AJCC) tasnifi 8Ed – 2017

Uzoq metastazlar, M	Ta'rif
Mx	Uzoq metastazlarni baholash uchun ma'lumotlar mavjud emas
M0	Uzoq metastazlar yo'q
M1	Uzoq metastazlar mavjud

Bosqichlarning taqsimlanishi klinik va patologik bosqichlarda farqlanadi. Quyida skuamoz hujayrali karsinomaning bosqich taqsimoti keltirilgan (7, 8-jadvallar).

7-jadval

Kasallikning klinik bosqichlari bo'yicha guruhlash (skuamoz hujayrali karsinoma)

Klinik bosqich cTNM, skuamoz hujayrali karsinoma			
T	N	M	Bosqich
Tis	0	0	0
T1	0-1	0	I
T2	0-1	0	II
T3	0	0	
T3	1	0	III
T1-3	2	0	
T4	0-2	0	IVA
har qanday	3	0	
har qanday	har qanday	1	IVB

8-jadval

Kasallikning patologik bosqichlari bo'yicha guruhlash (skuamoz hujayrali karsinoma)

Patomorfoloqik bosqich pTNM, skuamoz hujayrali karsinoma					
T	N	M	G	Joylashuva	Bosqich
Tis	0	0	Amal qilmaydi	har qanday	0

8-jadvalning oxiri

T1a	0	0	1	har qanday	I.A.
T1a	0	0	X	har qanday	
T1a	0	0	2-3	har qanday	I.B.
T1b	0	0	1-3	har qanday	
T1b	0	0	X	har qanday	
T2	0	0	1	har qanday	
T2	0	0	2-3	har qanday	IIA
T2	0	0	X	har qanday	
T3	0	0	har qanday	Pastki/3	
T3	0	0	1	Yuqori / o'rta	
T3	0	0	2-3	Yuqori / o'rta	IIB
T3	0	0	X	har qanday	
T3	0	0	har qanday	X	
T1	1	0	har qanday	har qanday	
T1	2	0	har qanday	har qanday	IIIA
T2	1	0	har qanday	har qanday	
T2	2	0	har qanday	har qanday	IIIB
T3	1-2	0	har qanday	har qanday	
T4a	0-1	0	har qanday	har qanday	
T4a	2	0	har qanday	har qanday	IVA
T4b	0-2	0	har qanday	har qanday	
Har qanday T	3	0	har qanday	har qanday	
Har qanday T	har qanday	1	har qanday	har qanday	IVB

Qizilo'ngachning multifokal zararlanishi bo'lsa va submukoz metastazni istisno qilgandan so'ng, har bir o'simta alohida bosqichda tavsiflanadi.

QIZILO'NGACH SARATONINING KLINIK TASVIRI

Dastlabki bosqichlarda bu kasallik deyarli o'zini namoyon qilmaydi va o'ziga xos belgilarga ega emas. Biroq, ko'pincha bemorlarga dispepsiya, gastroezofagial reflyuks va neyrosirkulyator distoniya shikoyatlari bor bemorga dori terapiyasi to'g'ri tekshiruvsiz beriladi. Organning anatomik xususiyatlari va uning cho'zish qobiliyati tufayli kasallikning birinchi alomati bo'lib disfagiya kuzatiladi, bu tabiiy ravishda jarayonning sezilarli darajada mahalliy tarqalganligini ko'rsatadi. Bundan tashqari, bemorlarning sezilarli qismi alkogolizmdan aziyat chekadi va kichik o'zgarishlarga e'tibor bermaydi, shuning uchun "kichik belgilar" sindromi bemor tomonidan e'tiborga olinmaydi. O'rtacha, kasallik tarixining birinchi alomatlari paydo bo'lishidan to tibbiy yordamga murojaat qilishgacha bo'lgan davomiyligi 2 oydan 4 oygacha. Kasallik tarixini tahlil qilishda quyidagi alomatlarga alohida e'tibor qaratish lozim: vazn yo'qotish, ko'krak qafasidagi og'riqlar, qichishish, reflyuks va disfagiyaning dastlabki ko'rinishlari.

Yurak-qon tomir va o'pka patologiyalarining rivojlanish tarixi ham katta ahamiyatga ega. Ko'pincha kasallikning birinchi alomatlari to'sh suyagi orqasida noqulaylik va yonish hissi bo'lib, neoplaziya hajmining oshishi va organ bo'shlig'ining asta-sekin torayishi bilan rivojlanadi. Disfagiya qizilo'ngach bo'shlig'ining 50 dan 75% gacha o'simta bilan to'ldirilganligini ko'rsatadi, aylanasiga 2/3 qismini egallaydi.

Dastlab, disfagiya faqat qattiq ovqatni yutganda paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Jarayonning yanada rivojlangan bosqichlarida, qizilo'ngach bo'shlig'i butunlay to'sqinlik qilganda, bemorlar hatto tupurikni ham yuta olmaydi. Professor A.I.Savitskiy tomonidan taklif qilingan disfagiya tasnifi: I bosqich - qattiq ovqatni yutish qiyinligi, II bosqich - shilimshiq ovqatni yutish qiyinligi, III bosqich - suyuqlikni yutish qiyinligi, IV bosqich - to'liq obstruktsiya. Tana vaznining pasayishi, regurgitatsiya va gipersalivatsiya qizilo'ngach bo'shlig'ining yopilishidan ancha oldin paydo bo'ladi. Karsinoma yarasi paydo bo'lganda, quyidagi alomat paydo bo'lishi mumkin - odinofagiya, ya'ni yutish paytida og'riq. Qoida tariqasida, bu alomat doimiy, og'riqli bo'lib qoladi va og'riqning orqaga uzatilishi bilan birga keladi. Yutish bilan bog'liq bo'lmagan ko'krak qafasidagi og'riqlar o'sma jarayonining ko'ks oralig'iga va diafragma tarqalishini ko'rsatadi. Atipik alomatlarga

anoreksiya, erda to'yinganlik, ko'ngil aynishi va qayt qilish kiradi. Erta to'yinganlik o'simtaning oshqozonga tarqalishida o'zini namoyon qiladi. Surunkali nam yo'tal, pnevmoniya va nafas qisilishi kabi turli xil o'pka shikoyatlari ham regurgitatsiya, ham aspiratsiya, shuningdek qizilo'ngach oqmalarining paydo bo'lishidan kelib chiqishi mumkin. Hiqichoq keyingi alomat bo'lib, qaytuvchi nerv zararlanishi oqibatida kelib chiqadi. Emirilgan o'simtadan surunkali qon ketishi hipoxromik anemiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. O'simta katta qon tomirlarga o'sib o'tganda deyarli barcha holatlarda bemorning o'limiga olib keladigan kuchli qon ketish sodir bo'ladi.

QIZILO'NGACH SARATONINING DIAGNOSTIKASI

Aniqlanishicha, endoskopik va rentgenologik usullardan foydalanish deyarli 100% qizilo'ngach o'smasini mavjudligini aniqlaydi va uning darajasini baholashga imkon beradi [Davydov M.I., Stilidi I.S., 2008]. O'sma jarayonining tarqalish darajasini, shuningdek, o'simtaning ko'ks oralig'i anatomik tuzilmalari bilan aloqasini va mahalliy limfogen metastaz darajasini aniqlash juda katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Jarrohlik davolashning ko'rsatkichlari va hajmini aniqlashda bu juda muhim masalalar.

Yuqori oshqozon-ichak traktining holatini vizual baholash, o'simtani patomorfologik baholash uchun biopsiya materialini olish, shuningdek, ba'zi hollarda qizilo'ngach o'simtasi hajmini aniqlash imkonini beradigan eng qimmatli usullardan biri endoskopik usuldir. Endoskopiyaning zamonaviy rivojlanishi, tor spektrli endoskopiya, xromotsitoskopiya va qizilo'ngach shilliq qavatidan sitologik tamponlarni olish texnikasi kabi usullarni joriy etish tufayli, hatto eng murakkab va noaniq holatlarda ham saraton kasalligini tekshirishga imkon beradi. Qizilo'ngach saratonining "erta" holatlarini aniqlashda ham muvaffaqiyatga erishildi [Poddubny B.K. va boshqalar, 2000; Pirogov S.S., Sokolov V.V., Telegina L.V. va boshqalar, 2015; Yoshida S., 1998; Kato T. va boshqalar. al., 1986].

Qizilo'ngach saratoni tashxisini klinik belgilarga ko'ra shifokor shubha ostiga quyidagi belgilarni qo'yishi kerak: disfagiya, noaniq ko'krak qafasidagi og'riq yoki qizilo'ngachning saraton oldi kasalliklari bo'lgan bemorlarda - reflyuks ezofagit, kardiospazm, qizilo'ngachning kimyoviy torayishi, kuyishlar, divertikullar va boshqalar. Ushbu kasalliklar shifokor tomonidan yillik tekshiruvni va qizilo'ngach saratonini o'z vaqtida aniqlash yoki uni istisno qilish uchun tegishli tekshiruvni talab qiladi.

Rentgen tekshiruvi: Qizilo'ngachni bariy sulfat suspenziyasi bilan tekshirish qizilo'ngachning umumiy holatini, uning barcha sohasidagi bo'shlig'i kengligini, konturlarning tekis yoki notekisligini baholashga imkon beradi, o'tish tezligini aniqlashga imkon beradi (odatda, 6-10 sekundda halqumdan qizilo'ngach pastki sfinkteriga o'tadi). Qizilo'ngachning rentgenologik tekshiruvi qizilo'ngach saratoniga xos bo'lgan belgilarni aniqlashi mumkin – bo'shlig'ining torayishi,

suprastenotik kengayish, qizilo'ngach orqali turli konsistensiyadagi kontrastli massaning sekinroq o'tishi, qizilo'ngachning notekis yoki noaniq konturlari, toraygan maydonning uzunligi. Qizilo'ngach o'simtasining eng xarakterli belgisi "to'lish nuqsoni" hisoblanadi (3-rasm). Qizilo'ngachning rentgenologik tekshiruvi o'simtaning yuqori qirrasini aniqlashga va uning joylashgan joyini yoki boshqa belgilarini aniq ko'rsatishga imkon beradi. Ba'zida qizilo'ngach o'smaning tashqarisida o'sishini aniqlash mumkin. Qanday bo'lmasin, bu belgilar qizilo'ngach saratoni tashxisiga shubha qilish va tashxisni aniqlashtirish uchun bemorni qo'shimcha tekshiruvga yuborish uchun yetarli.



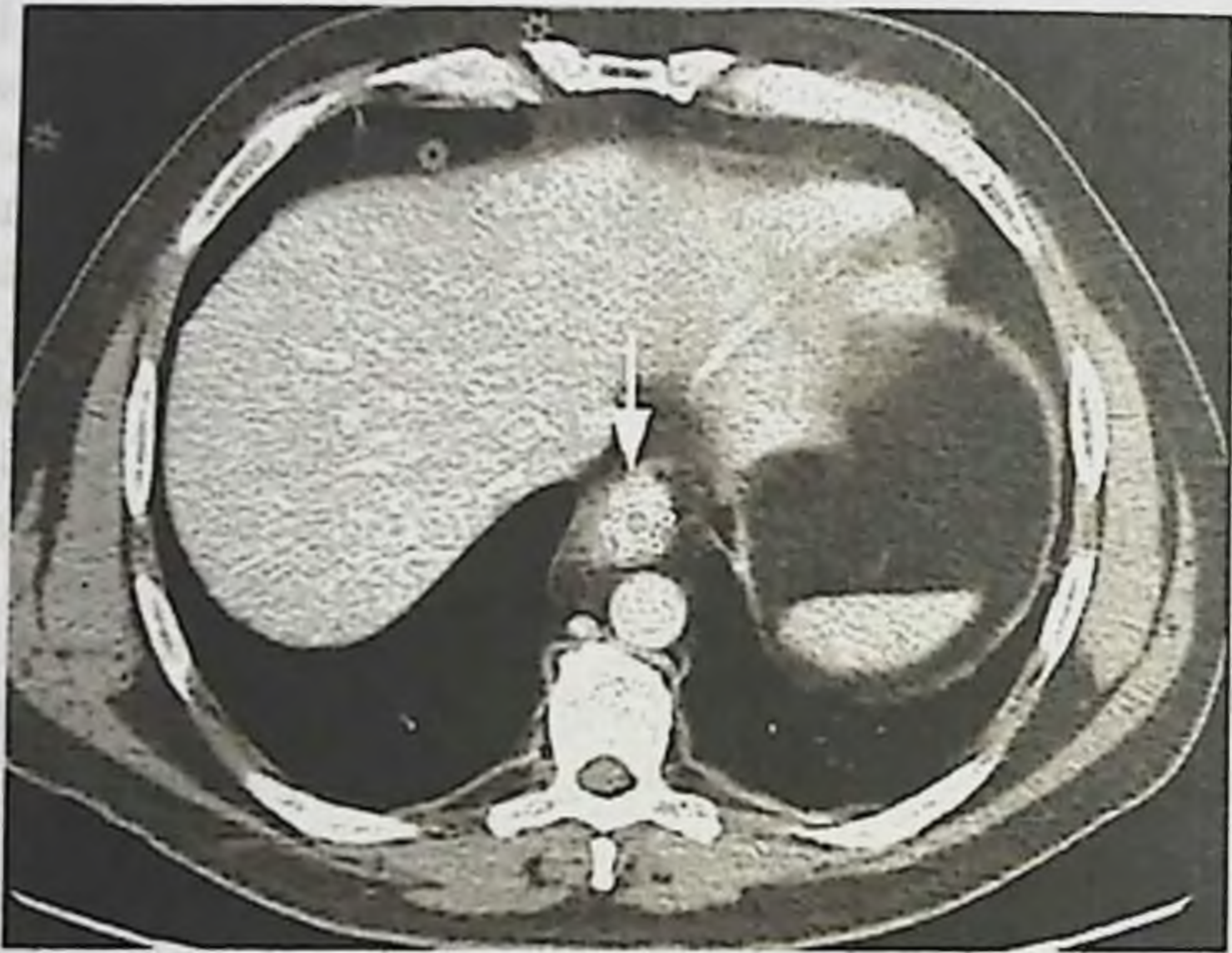
Rasm 3. Qizilo'ngachning rentgenogrammasi. Qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemor, qizilo'ngachning keskin torayishi va o'q bilan ko'rsatilgan yara maydoni

Ultratovush diagnostikasi usuli. Ultratovush usulining asosiy afzalliklari orasida uning yuqori informativligi, invaziv bo'lmaganligi va bemorlar uchun zararsizligini ta'kidlash kerak. O'sma jarayonining dinamikasini o'rganish va qizilo'ngach kasalliklarini keng qamrovli diagnostik tekshirish samaradorligini oshirish maqsadida ushbu diagnostik tadqiqot qayta-qayta o'tkazilishi mumkin. Ultratovushdan foydalanish bemorning tanasiga radiatsiya ta'sirining dozasini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Ultratovush diagnostika tekshiruvining transabdominal shakli qorin bo'shlig'ini batafsil ko'rish imkonini beradi.

Usul qizilo'ngach devorining barcha qatlamlarini va oshqozonning qo'shni qismlarini, o'rta yoshli va keksa odamlarda qizilo'ngach-oshqozon birikmasini tasavvur qilish imkonini beradi. Normostenik tipdagi odamlarda, giperstenik va keksa yoshdagi odamlarda qizilo'ngach devori qatlamlarini vizualizatsiya qilish qiyin va saratonning asosiy ultratovush belgilari organning qalinligi va bo'shlig'idagi o'zgarishlar, devorda qo'shimcha shakllanishlar mavjudligini ko'rish mumkin. Ortiqcha tana vazniga ega yoki giperstenik tana turi bo'lgan odamlarda qizilo'ngachning distal qismini vizualizatsiyasi ko'pincha qoniqarsiz qayd etiladi. Shu munosabat bilan bemorlarga qo'shimcha akustik fon olish uchun oshqozonni suyuqlik bilan to'ldirish tavsiya etiladi. Qizilo'ngach va oshqozonning endoskopik diagnostik tekshiruvini qizilo'ngach o'smasiga shubha qilingan barcha bemorlarda birinchi navbatda o'tkazish tavsiya etiladi, bu maqsadli biopsiya bilan yakunlanishi shart boladi. Birinchi bosqichda qizilo'ngachning qorin bo'shlig'i qismi topografik xususiyatlari va uning belgilari aniqlanadi, ikkinchi bosqichda qizilo'ngach distal qismi va qizilo'ngach-gastral birikmaning uzunligi, diametri, devor qalinligi va bo'shliq kengligi o'lchanadi. Bunday holda, bu ichi bo'sh organning devor qatlamlari farqlanadi. Kardioezofageal soha saraton kasalligida ultratovush tekshiruvi qizilo'ngachdan oshqozon devoriga o'smaning kirib borish darajasini istisno qilish yoki tasdiqlash imkonini beradi, bu usulning muhim afzalligi hisoblanadi.

Kompyuter tomografiyasi. Qizilo'ngach saratoni tashxisining sifati va ishonchliligini sezilarli darajada yaxshilaydigan usul kompyuter tomografiyasi (KT) hisoblanadi. Bu sizga torayishni aniqlash, uning darajasini, qo'shni organlar va to'qimalar bilan aloqasini aniqlash, shuningdek, mediastinal limfa tugunlari zararlanishining hajmi va xarakterini aniqlash imkonini beradi (4-rasm). Qorin bo'shlig'i va

ko'krak qafasining vena ichiga kontrastli kompyuter tomografiyasi ko'pchilik rivojlangan mamlakatlarda qizilo'ngach saratoni diagnostikasini aniqlashtirish uchun standart hisoblanadi. Amalda, metastazlarni aniqlash klinik ahamiyatga ega bo'lmagan holatlarda (masalan, palliativ kimyoterapiya olgan uzoq metastazlar bo'lgan bemorlarda) ushbu tadqiqotlar qisman qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi va ko'krak qafasi rentgenografiyasi bilan almashtirilishi mumkin.



Rasm 4. Qorin yuqori qismining kontrastli kompyuter tomografiyasi.

Qizilo'ngach devorining qalinlashishini ko'rsatadi, saraton kasalligi tasdiqlangan bemor.

Yigirmanchi asrning so'nggi o'n yilligida endoultrasonografiya (EUS) usuli ishlab chiqilgan bo'lib, u o'simta invaziyasi chuqurligini, shuningdek, mahalliy metastatik limfadenopatiyani aniqlashda juda ma'lumotli va samarali bo'ldi [Sokolov V.V., Trakhtenderg A.X., 2015]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, hozirgi davrda faqat ushbu texnikaning imkoniyatlari organ devoriga o'simtaning kirib borish darajasini baholashga imkon beradi. T1-T4 o'simta invaziyasi darajasi uchun EUSning aniqligi mos ravishda 75-95% ni tashkil qiladi, ortiqcha diagnostika - 17,0%, tashxis qo'yish - 11,0%, keyingi patomorfologik tekshirishda. [Parmar KS, Zwisbenberger JB, 2002; Reed C.E., Mishra G. va boshqalar, 1999]. Biroq, ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, T1

bosqichini aniqlashda sezuvchanlik taxminan 81% ni tashkil qiladi va keyingi bosqichlarda bu ko'rsatkich 94% gacha ko'tariladi. Bu tadqiqotni bajarishda shilliq qavat va submukoz qatlamning juda qiyin farqlanishi bilan bog'liq [Ell C., May A. va boshqalar, 2007; Esaki M., Matsumoto T. va boshqalar, 2006].

Yallig'lanishli va chandiqli parakankroz o'zgarishda shilliq qavatning mushak plastinkasidan farqlanishini sezilarli darajada murakkablashtiradi. Tadqiqot davomida, bu olingan ma'lumotlarning noto'g'ri talqin qilinishiga olib kelishi mumkin, ya'ni o'simta invaziyasi chuqurligini aniqlashda xatoliklar vujudga keladi [Katalano MF, Sivak MV, 1994; Kelsen DP, 2005]. Biroq, EUS natijalari tadqiqotni amalga oshiruvchi mutaxassisning tajribasiga juda bog'liqligini yodda tutish kerak [T. Schlink va boshqalar]. 8 yil davomida 139 nafar bemorda o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra, ular T-bosqichining aniqligi 64 dan 90% gacha yaxshilanganini qayd etdilar, N-bosqichining aniqligi esa o'zgarishsiz qoldi va 68-80% ni tashkil etdi [Schlink T., Heintz A va boshqalar, 1999].

Qizilo'ngach saratonining operatsiyadan oldingi davrda metastatik limfadenopatiya darajasini aniqlash va baholash juda qiyin. KT ma'lumotlariga ko'ra, ko'p hollarda mediastinal limfadenopatiyani farqlash mumkin emas, chunki limfoid va yog' to'qimalarining radiodensitometrik parametrlari tengdir. Ammo limfa tugunlarining turli guruhlarini tekshirishda faqat hajmi va radiodensitometrik ko'rsatkichlari aniqlanadi [Tyurin I.E., 2003; Reed CE va boshqalar, 2000]. Ko'pincha limfa tugunlari hajmining kattalashishi giperplaziyaning natijasi bo'lishi mumkin, bu holda ular o'simta hujayralarini o'z ichiga olmaydi. Boshqa hollarda, ular normal darajada bo'lsada, ular qizilo'ngachning metastatik o'simta hujayralarini o'z ichiga olishi mumkin. Limfa tugunlarining o'lchamiga qo'shimcha ravishda, EUS o'lchamlari shakli, tuzilishi, konturlarning ravshanligi, zichligi kabi xususiyatlarni baholashga va limfa tugunining kortikal va mag'z qatlamlarini aniqroq ajratishga imkon beradi. Bu qizilo'ngach saratonini aniqlashning boshqa ma'lum usullari bilan solishtirganda tadqiqotning axborot mazmunini oshiradi [Kelsen DP, 2005; Rosch T., 1995].

Shu bilan birga, limfa tugunlarida mikrometastazlarni aniqlash faqat gistologik tekshiruv orqali amalga oshirish mumkin. Shuning uchun qizilo'ngachning EUS protsedurasi paytida ikkala mediastinal

limfa tugunlarini (pastki, o'rta, yuqori paraezofageal, paraaortal, bifurkatsion, o'pka ildizlari), paratraxial, qaytuvchi nerv sohalari va qorin bo'shlig'ining limfa tugunlarini (parakardial, tr.coeliacus, jigar, taloq, chap oshqozon arteriyalari bo'ylab, oshqozonning katta egrilik sohalari) baholash va xaritalash mumkin [Romagnuolo, J. Skott. va boshq., 2002]. Shu bilan birga, metastatik limfa tugunlarini aniqlashda EUSning aniqligi 72-80% ni tashkil qiladi va qizilo'ngach saratonining erta bosqichida EUSning sezgirligi va o'ziga xosligi invaziya darajasini baholash uchun 100% gacha va 94% gacha ko'rsatkichlarga mos keladi. Metastatik limfa tugunlarini aniqlashda kompyuter tomografiyasi kabi usul 46-64% dan ko'p bo'lmagan tekshiruvlarda faqat nospetsifik limfadenopatiyani aniqlash imkonini beradi [Rintoul R., 2006; Hawes RH, Fockens P., 2006]. Shunday qilib, endoskopik ultratovush tekshiruv usuli qizilo'ngach saratonida o'simta jarayonini operatsiyadan oldingi T va N bosqichlarini aniqlashga imkon beradi, bu davolash usullarini tanlashda, xususan, kombinatsiyalangan jarrohlik aralashuvlar hajmini rejalashtirish va tanlashda juda katta taktik ahamiyatga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, ba'zi hollarda endoskopni qizilo'ngach o'simasi strikturasidan o'tkazishning iloji yo'qligi sababli, bu usulning sezgirligi va o'ziga xosligini taxminan 50% ga kamaytiradi. Biroq, ba'zi mualliflar turli xil texnik usullardan foydalanishni taklif qiladilar, masalan, keyingi EUS uchun qizilo'ngachni qayta kanalizatsiya qilish, ultra yupqa EUS zondlaridan foydalanish, bu tadqiqotning ma'lumotlar mazmunini amalda kamaytirmaydi [Wallace MB, Hoffman BJ, 2000].

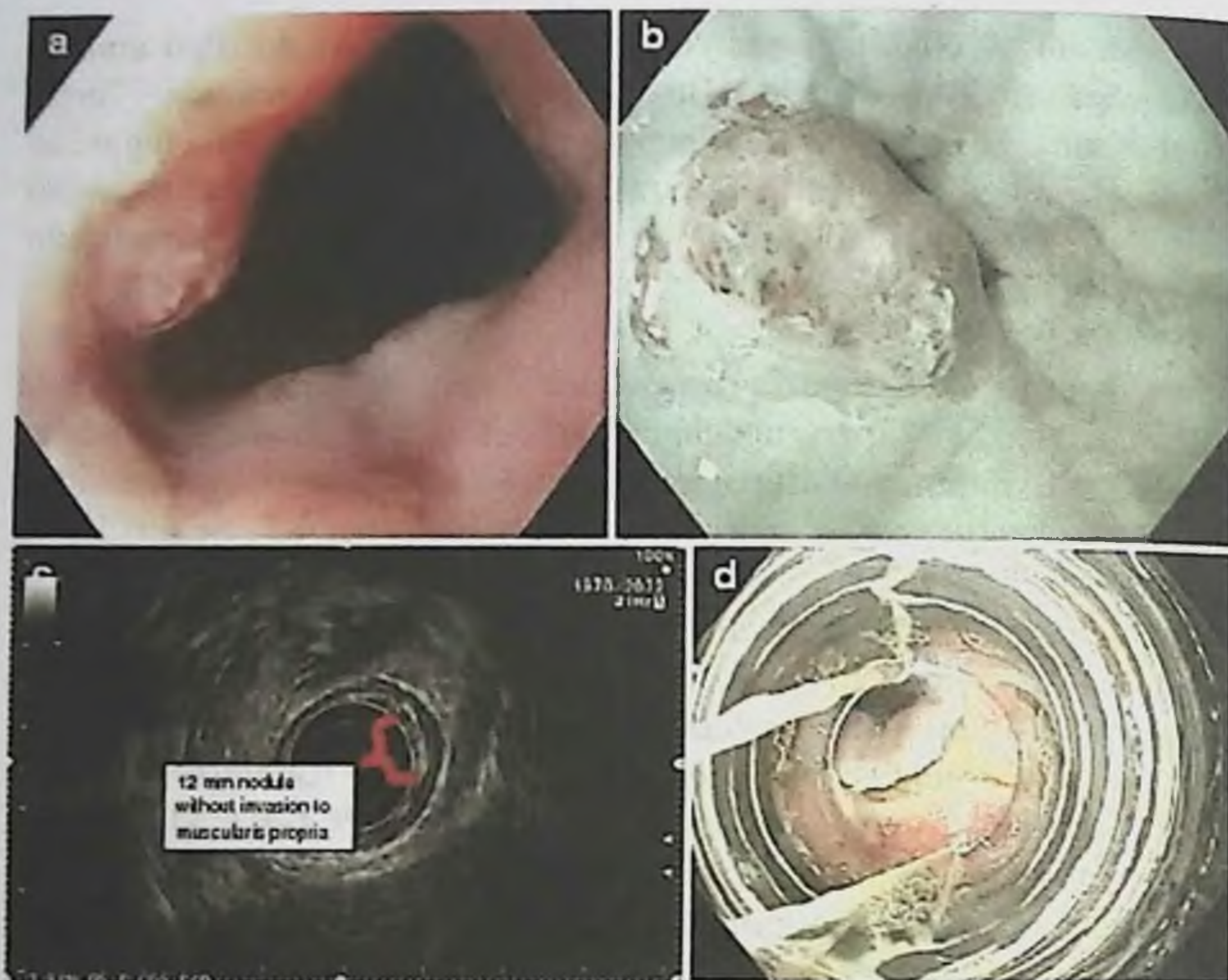
Chiziqli konveks exoendosonografik datchiklarning joriy etilishi qizilo'ngach saratonining mahalliy tarqalgan shakllarini tashxislash imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirdi. Qavariq skanerlashning radial skanerdan asosiy afzalligi skanerlash sensori burchagini uchta asosiy proektsiyada aylantirish qobiliyatidir. Shunday qilib, qizilo'ngach zararlanishining barchasida o'simta invaziyasi darajasini, shuningdek, ko'krak qafasi va mahalliy limfadenopatiyani baholashda muhim rol o'ynaydi. Qorin bo'shlig'i EUS tekshirishda T- va N-mezonlarini aniqlashda sezgirlik, turli mualliflarning fikriga ko'ra 95-100% ni tashkil qiladi [Wallace MB, Hawes RH, 2000; Pfau PR, Chak A., 2002]. Bundan tashqari, sensorni aylantirish qat'iy cheklangan hududlarni skanerlash imkonini beradi, bu esa ingichka ignali aspiratsiya

biopsiyasini va onkologik jarayonni patogistologik tekshirishni amalga oshirishga imkon beradi. Bu, ayniqsa, qizilo'ngachning "erta" saratonining bahsli holatlarida va ikki zonali limfa tugunlari diseksiyasining "standart" doirasiga kirmagan limfa tugunlari guruhlariga zarar etkazilganligining exografik dalillarida juda muhimdir [Yamao K., Irisawa A., 2007].

Ammo, yuqori diagnostik ahamiyatga ega bo'lishiga qaramay, exoendosonografiya invaziv protsedura bo'lib, shunga mos ravishda o'simta hududida qizilo'ngachning teshilishi, keyingi mediastinit, intraplevral va intramediastinal qon ketish va boshqalar rivojlanishi kabi halokatli asoratlarga olib kelishi mumkin [Binmoeller KF, Seifert H. va boshqalar, 1995].

Pozitron emission tomografiyasi. Kombinatsiyalangan PET-KT usulining imkoniyatlaridan foydalanish (pozitron emissiya tomografiyasi-kompyuterli tomografiya) bitta tekshiruv davomida morfologik va funktsional o'zgarishlar darajasini baholash imkonini beradi. T1-T2 bosqichlarida kombinatsiyalangan PET-KT klassik KT imkoniyatlaridan sezilarli darajada yuqori, chunki u KTda ko'rinadigan ushbu organlarning devorlarida strukturaviy o'zgarishlar rivojlanishidan oldin ham patologik o'zgarishlarni (radiofarmatsevtika, radiofarmatsevtikaning giperfiksatsiyasi) aniqlash imkonini beradi. Qizilo'ngach saratonining T3 va T4 bosqichlarida PET-KT va KT diagnostika imkoniyatlari sezilarli darajada farq qilmaydi. Biroq, PET-KT usuli o'zining kamchiliklariga ega, xususan, yallig'lanish joylarida fosfat dehidrogenaza (FDH) gipermetabolizmini ko'rishda noto'g'ri ijobiy natijalar beradi. Ushbu diagnostika usuli zararlangan mahalliy limfa tugunlarini aniqlashda aniqroqdir.

Endoskopik tekshiruv. Qizilo'ngach yoki kardial saratoni tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga o'sma jarayonining darajasini aniqlash va morfologik tekshirishga olish uchun multifokal biopsiya bilan ezofagogastroduodenoskopiyadan (EGDS) o'tish tavsiya etiladi. EGDS to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngach saratonida o'simtani tasavvur qilish, uning hajmini, joylashishini va makroskopik turini aniqlang, asoratlarni xavfini (qon ketish, teshilish) baholang, shuningdek morfologik tadqiqot uchun material olish uchun eng informatsion tadqiqot usuli hisoblanadi (5-rasm).



Rasm 5. T1b qizilo'ngach adenokarsinomasining endoskopik bosqichlari:

A-Z-chiziqda joylashgan 12 mm nodulyar shaklda; b- T yaqinroq tekshirilganda bir xil hosila; c-endoskopik ultratovush, hosila mushak qavatigacha o'sib o'tmagan. Shu sababli, endoskopik submukoz rezektsiya amalga oshiriladi; d-shilliq qavat hosilasining endoskopik rezektsiyasidan keyingi rasm.

Etarli miqdordagi materialni olish uchun standart endoskopik qisqichlar bilan bir nechta (3-5) biopsiya bo'lagi olish talab qilinadi. Biopsiya ma'lumotlari tayyor bo'lmaguncha davolash rejasi tuzilmasligi kerak. O'sma submukoz infiltrativ o'sishi sababli noto'g'ri manfiy natija chiqishi mumkin, bu esa takroriy bosqichma-bosqich biopsiyani talab qiladi. Bunda zamonaviy endoskopik vizualizatsiya texnologiyalaridan foydalanish (kattalashtiruvchi endoskopiya, tor spektrli endoskopiya, xromoendoskopiya) tekshiruv usulining sezgirligini va o'ziga xosligini orttiradi. Endosonografiya qizilo'ngach

devoriga o'simta invaziyasi chuqurligini baholashda eng informatsion usuldir (T belgisi), shuningdek, mahalliy limfa kollektorlarining holatini baholash uchun yuqori aniqlik (sezuvchanlik 0,8 va o'ziga xoslik 0,7) imkonini beradi (belgi N). Operatsiyadan oldingi davrda davolash taktikasini aniqlash uchun qizilo'ngachning endosonografiyasi nazorati ostida ko'ks oralig'i limfa tugunlaridan punksiyon biopsiyasini o'tkazish mumkin.

Operatsiyadan oldingi tekshiruv paytida qizilo'ngach o'smalarining traxeya va bronxlarga o'sishi xavfi yuqori bo'lganligi sababli, qizilo'ngach o'simtasining joylashishiga mos keladigan darajada traxeya yoki bronx devoridan biopsiya olish uchun bronxofibroskopiya foydalanish tavsiya etiladi.

Radiatsion bo'lmagan diagnostika usullari. Radiatsion diagnostika usullari hujayra transformatsiyasining (malignizatsiya) dastlabki bosqichlarini aniqlash, shuningdek qizilo'ngach o'simtasining gistologik turlarini aniqlash uchun mo'ljallanmagan. Ushbu muammoni hal qilish uchun biopsiya, molekulyar biologik va sitologik diagnostika usullari qo'llaniladi, ularning aksariyati o'simta hujayralarining ma'lum biologik xususiyatlarini, ularning ko'payishining o'ziga xosligini va keyingi metastaz va invaziya qobiliyatini tavsiflaydi. Barret qizilo'ngachini tashxislashda turli xil immunogistokimyoviy usullarni qo'llash juda informatsion usul bo'lib, o'ziga xos markerlardan foydalanish (xususan, 7 va 20 sitokeratinlar) 100% holatlarda diagnostikada tezda to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi. O'smalarni morfologik o'rganish ularning farqlanish darajasini baholashga imkon beradi, bu boshqa diagnostika usullarini qo'llash bilan birgalikda kasallikning kechishi va natijasi uchun muhim prognostik mezonidir. Invaziyaning chuqurligi yoki darajasi va mahalliy limfa tugunlarida metastazlarni aniqlash katta prognostik ahamiyatga ega. Shu bilan birga, kasallikning bir xil bosqichida bo'lgan bemorlarda individual prognoz juda katta farq qilishi ko'rsatilgan, ya'ni. prognozlash muammosi o'simta jarayonining individual rivojlanishi, kechishi va natijalari hali ham to'liq o'rganilmagan.

Qizilo'ngach saratoni tarqalishining asosiy diagnostik mezonlari orasida saraton hujayralari tomonidan zararlangan limfa tugunlari soni va limfa zonalaridagi jarayonning darajasi kabi parametrlar hisobga

olinadi. Tr.coeliacus ning limfa tugunlariga metastazlar bemorlarning 16 foizida (IV bosqich) tashxis qilinadi. Onkologlar "zararlangan limfa tugunlarining kritik sonini" aniqlaydilar, ularning miqdoriy ortiqligi maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi, ya'ni operatsiyaning shartli radikalligini. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, zararlangan limfa tugunlarining kritik soni 2-3 dan 8 gacha. Bundan tashqari, onkologlar jarrohlik paytida olib tashlangan zararlangan limfa tugunlarining foizini hisobga olishadi, garchi operatsiya paytida limfa tugunlarining turli guruhlarini olib tashlashning prognostik ahamiyati qizilo'ngach saratonida kengaytirilgan operatsiyalar uchun to'liq aniqlanmagan.

Qiyosiy tashxislash. Hozirgi zamonaviy tibbiy texnologiyalar davrida qizilo'ngach saratonini tashxislash sezilarli darajada engillashtirildi. Qizilo'ngachdan olingan biopsiya namunasida saraton hujayralari mavjud bo'lsa, saratonning boshqa organlardan (traxeya, o'pka) qizilo'ngachga o'sishini inkir qilish kerak. Qizilo'ngach saratonini an'anaviy ravishda qiyosiy ajratish kerak bo'lgan kasalliklar - qizilo'ngachning peptik va kuyishdan keyingi strikturalari, qizilo'ngachning kardiospazmi va axialaziyasi, divertikullar va boshqalar. Makroskopik yoki endoskopik ko'rinishi o'simta bilan chalkashlikka olib keladigan kasalliklarga alohida e'tibor berish kerak. Bu, birinchi navbatda, reflyuks ezofagit yoki qizilo'ngachning yarasi. Ko'pgina muammolar endoskopik biopsiya bilan hal qilinadi.

QIZILO'NGACH SARATONINI DAVOLASH

Dori vositalarini retseptlash va qo'llash bemorga klinik jihatdan samarali va xavfsiz tibbiy yordam ko'rsatishga qaratilgan va shuning uchun ularni tayinlash va ma'lum bir klinik vaziyatda qo'llash choratadbirlarni amalga oshirish bilan aniq dori vositalarini qo'llash bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq belgilanadi. Yo'riqnomada ulardan foydalanishda ehtiyot choralari ko'rsatilgan, bemorning ahvolini hisobga olgan holda dozani sozlash ham mumkin.

Saratonni davolash zamonaviy klinik onkologiyaning murakkab va hal qilinmagan muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. QS da bir yillik o'lim saraton kasalliklari orasida birinchi o'rinda turadi. Tashxis qo'yilgan paytdan boshlab 1 yil ichida 65-80% gacha bemorlar vafot etadi. QS bilan og'rikan bemorlarning 5 yillik yashivchanlik ko'rsatkichi Rossiyada ham, Evropada ham 10-15% dan oshmaydi.

O'simtaning erta tarqalishi kasallikning prognozi yomon ekanligini ko'rsatadi. Shunday qilib, agar mahalliy tarqalgan shaklda 5 yillik yashovchanlik darajasi 37,8% ni tashkil qilsa, limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda, u ikki baravar kamayadi va 19,8% ni, uzoq metastazlar bo'lsa - atigi 3% ni tashkil qiladi. Vena qon aylanish tizimi va limfa aylanishining xususiyatlari o'simtaning tez mahalliy tarqalishining asosiy omillari hisoblanadi. O'sma submukoz qavatda joylashganda, bemorlarning 25-40 foizida mahalliy limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi. Mahalliy limfa tugunlarida metastazlar mavjudligiga qo'shimcha ravishda, QS uchun prognoz omillari - o'simtaning o'lchami, invaziya chuqurligi va o'smaning differentsiatsiyasi hisoblanadi. Kasallikning halokatli tabiatining sabablari, shuningdek, QS ning dastlabki bosqichlarini aniqlashdagi qiyinchiliklardir, bu uning yashirin va tajovuzkor kechishi bilan bog'liq. Afsuski, dastlabki davolashda QS bilan yangi tashxis qo'yilgan bemorlarning 70 foizi kasallikning III-IV bosqichlari bilan aniqlanadi.

a. Qizilo'ngach saratonini endoskopik davolash

Tis bosqichi va cT1aN0M0 qizilo'ngach saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga shilliq qavatning endoskopik rezektsiyasi amaliyotidan o'tish tavsiya etiladi.

Bemorning yashash ko'rsatkichini oshirish uchun submukoz qatlamgacha diseksiya amaliyoti bajariladi. Agar o'simta shilliq qavat (T1a) ichiga o'ssa, shilliq qavatning endoskopik rezektsiyasini yoki shilliq osti qavatining endoskopik diseksiyasini amalga oshirish mumkin. Endoskopik shilliq qavat rezektsiyasi karsinoma in situ va og'ir displaziya uchun tanlov usuli hisoblanadi. Bundan tashqari, bu usul jarrohlik asoratlari xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda shilliq qavatdan tashqariga chiqmaydigan qizilo'ngachning o'smalari uchun muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Shu bilan birga, 5 yillik yashovchanlik darajasi 85-100% ga etadi.

Davolash taktikasini belgilashda prognoz omillarini hisobga olish kerak. Submukoz qatlamning endoskopik diseksiyasi texnikasiga ustunlik berish kerak. Salbiy prognoz omillari:

- o'sma darajasi $\geq G3$;
- rezektsiya chekkalarida o'simta hujayralari mavjudligi;
- limfa, qon tomir yoki perinevral invaziya;
- invaziya darajasi (qizilo'ngachning submukoz qatlamining ishtiroki), $> pT1sm1$.

Endoskopik davolanishni amalga oshirayotganda, olib tashlangan namunaning barcha "periferik" va "chuqur" rezektsiya chekkalari tavsifi va o'simta invaziyasining maksimal chuqurligi ko'rsatilgan holda umumiy morfologik tekshiruv talab qilinadi. Agar endoskopik davolash mumkin bo'lmasa, T1s va T1a uchun mumkin bo'lgan davolash usullari - kimyoterapiya, braxiterapiya, T1s uchun - fotodinamik terapiya.

b. Qizilo'ngach saratonida jarrohlik amaliyoti

Qizilo'ngach saratonining IB-IIA bosqichlari uchun (cT1-2N0M0) jarrohlik davolash usullari tavsiya etiladi; qo'shimcha kimyoterapiya va nur terapiyasi tavsiya etilmaydi; davolashning asosiy usuli - jarrohlik. Faqatgina jarrohlik davolash imkonsiz bo'lsa (qizilo'ngach bo'yin qismi o'smasi, funksional qarshi ko'rsatmalar) o'z-o'zidan kimyoterapiyani o'tkazish tavsiya etiladi. Qizilo'ngach bo'yin qismi saratonlari bilan og'rikan ayrim bemorlarda kimyoviy terapiyadan so'ng qoldiq o'sma mavjud bo'lsa, jarrohlik amaliyoti bilan davolash mumkin: uning maksimal hajmi "Ezofagoplastika va ovozli protezlashning turli xil variantlari bilan laringofaringoesofagektomiya" bo'lishi mumkin.

Jarrohlik yondashuvlari

Jahon adabiyotiga ko'ra, qizilo'ngach saratonini davolashning eng samarali usuli ikki zonali limfa tugunlari diseksiyasi bilan qizilo'ngachni olib tashlash jarrohlik amaliyoti hisoblanadi [Davydov M.I., Stilidi I.S., 2007]. Jarrohlik amaliyotining texnik jihatlari juda yaxshi rivojlangan davrda, qizilo'ngach saratoni uchun radikal operatsiyalardan keyingi asoratlar darajasi 5-25% va operatsiyadan keyingi o'lim darajasi 10-12% ni tashkil etmoqda [Hiranyatheb, H. Osugi, 2013]. Hozirda minimal invaziv (torakolaparoskopik, gibrid) jarrohlik amaliyotlari faol amalga oshirilmoqda. Minimal invaziv operatsiyalar soni qizilo'ngach operatsiyalari umumiy sonining 15-30% ni tashkil qiladi [Boone J., Schipper ME, 2009]. Ammo texnika muntazam rivojlanish bosqichida bo'lganligi sababli, kuzatuvlarning ozligi, uzoq muddatli davolanish natijalari to'g'risida ma'lumotlarning etishmasligi va juda ko'p sonli asoratlar 20 dan 55% gacha bo'lganligi sababli, turli mualliflar [Sigal E.I., Zhestkov K.G. va boshq., 2012], bu texnikadan foydalanishmaydi.

Qizilo'ngach saratonida jarrohlik amaliyotlarida etarlicha yutuqlariga qaramay, jarrohlik davolashining ko'plab muammolari to'liq hal qilinmagan. Ezofagogastroanastomoz etishmovchiligining chastotasi ko'p yillar davomida doimiy bo'lib qolgan va anastomoz plevra bo'shlig'ida joylashganida 10 dan 25% gacha uchrab turadi [Postletwait R., 1984; Singh D., Maley RH, 2001] va anastomoz bo'ynida joylashganda 13-15% kuzatiladi (Orringer MB, Marshall B. va boshq., 2001). EGA stenozining chastotasi 22-50% ni tashkil qiladi, bu ko'p hollarda disfagiyaning rivojlanishiga olib keladi, bu EGAning endoskopik kengaytirishni va hatto takroriy rekonstruktiv jarrohlik amaliyotini talab qiladi [Khan AR, 1998].

Rezektsiya qilingan qizilo'ngachning plastik jarrohligi masalasi ham juda munozarali bo'lib qolmoqda. Qizilo'ngachni ekstirpatsiya qilgandan keyin qizilo'ngachni almashtirishning asosiy usullarini quyidagilar deb atash mumkin: oshqozonning katta egriligi bilan plastikasi, oshqozonning katta egriligidan kelib chiqqan anti- va izoperistaltik transplantat, Rux-ga ko'ra ingichka ichak bilan plastikasi. Gertsen yo'g'on ichak bilan anti- va izoperistaltik plastikasini bajargan [Davydov M.I., Stilidi I S., 2007].

Butun oshqozondan foydalanish taklifi birinchi marta M. Xirsh (1911) va A. Xuanu (1912) tomonidan kiritilgan. Usul keyinchalik ruminiyalik jarroh D. Gavriľiu (1956) tomonidan ishlab chiqilgan. Butun oshqozon bilan izoperistaltik antitorasik qizilo'ngach plastikasi birinchi marta M. Kischner tomonidan qo'llanilgan (1920), keyin bu usul N.M. Amosova (1958), A.A. Rusanova (1961), K. Nakajama (1957), A.F. Chernousov (1992), M. B. Orringer (1978) lar tomonidan qayta ishlab chiqilgan. Biroq, plastik jarrohlikning bu turi juda ko'p miqdorda oshqozon yarasi va nekrozi bilan birga keladi, muvaffaqiyatsizliklar soni 18%-26,7% ni tashkil qiladi [Collard JM, 1997].

1946 yilda I. Lyuis birinchi bo'lib o'ng plevra bo'shlig'i gumbazida anastomoz hosil qilish bilan butun oshqozonni transplantat material sifatida jarrohlik amaliyotida qo'lladi. J. Garlok (1946), R. Svit (1948) birinchi bo'lib qizilo'ngachning o'rta va pastki uchdan bir qismi saratoni uchun keng me'da tanasini transplantat sifatida foydalanganlar. Biroq, ushbu turdagi plastik jarrohlikda ko'pincha cho'ltoqning proksimal qismiga qon ta'minoti buzilishi va EGA etishmovchiligi kuzatiladi [Pirson FG, 1995].

Biroq, o'ng va chap gastroepiploik arteriyalarning tomirlararo anastomozi bilan ifodalangan Haller yoyi mavjud bo'lganda, bu turdagi qizilo'ngach plastkalarini amalga oshirish mumkin. Biroq, bu ekstraorgan tomir chizig'i 32,0% hollarda oshqozonni qon bilan ta'minlashda namoyon bo'lmasligi aniqlandi [Miroshnikov B.I., Pavelets K.V., 1995].

Cho'ltoqning proksimal uchining ishemiyasi ehtimoli faqat jarrohlik aralashuvining ijobiy natijasini kafolatlaydigan Haller yoyi mavjud bo'lganda sezilarli darajada kamayadi, yuqoridagi yoy bo'lmasa, operatsiya natijasi juda xavfli bo'lib qoladi. Shunday qilib, cho'ltoqning proksimal qismiga qonning etarli darajada ta'minlanmaganligi sababli keyingi nekrozga va qizilo'ngach anastomozining etishmovchiligiga olib keladi.

Oshqozon cho'ltoq'ini shakllantirish usuli juda original deb tan olingan. Oshqozonning asosiy arterial va venoz tarmoqlarining intraorganlararo tomirlararo anastomoziga asoslangan [Miroshnikov B.I., Pavelets K.V. ixtiro uchun mualliflik guvohnomasi N4769328/14 24.05.91]. Usul chap me'da arteriyasi A1-ramus transversusning

tushuvchi qismining birinchi tarmog'ining topografik joylashuvi haqidagi ma'lumotlarga asoslanadi (rasm 1). Aniqlanishicha, chap me'da arteriyasi shoxlari orasida diametri eng kattasi va anatomik joylashuvida o'zgaruvchanlikka ega.

1-rasm - Ramus transversusning bo'linish diagrammasi. A1-ramus transversus a. gastricae sinistrae. A1-a, b, c - ramus transversusning yuqori, o'rta va pastki shoxlari

a. gastricae sinistrae. A2 - tushuvchi bo'limning ikkinchi tarmog'i a. gastricae sinistrae.

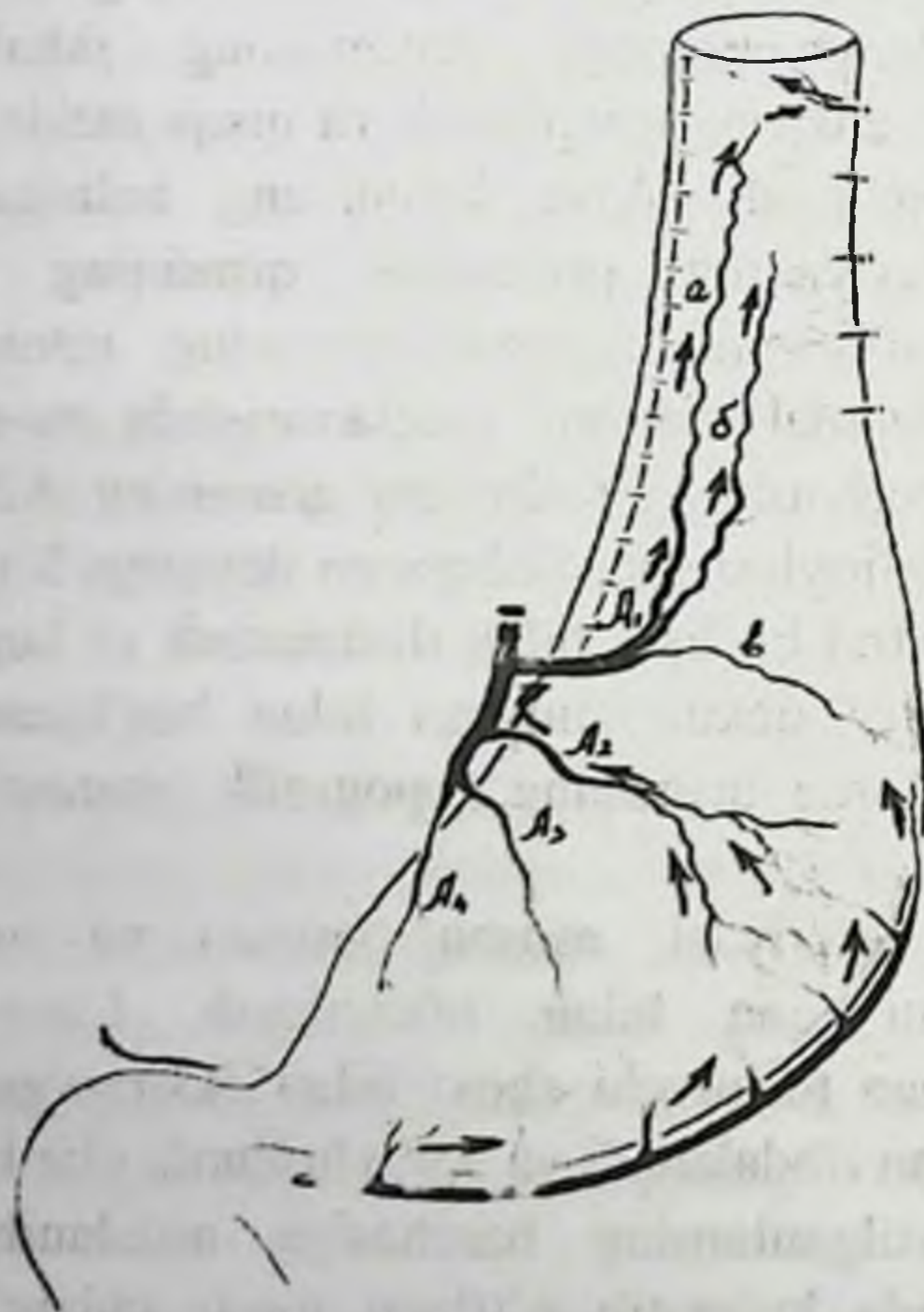
Oshqozon devoriga kirib, A1 25,0-40,0 mm masofada qat'iy ko'ndalang yoki yuqoriga qiyshaygan joyni egallaydi, shundan so'ng u 3 ta shoxchaga bo'linadi - yuqori, o'rta va pastki, A1-a, A1-b, A1-c. A1-a taloqning yuqori qutbi yo'nalishi bo'yicha qat'iy ko'tariladigan joyni egallaydi, A1-b - qiya yuqoriga, taloq tog'ay suyagi yo'nalishida, chap oshqozon ko'ndalang tarmog'i havzasining ikkala arteriyasida joylashgan, arteriya chap gastroepiploik va qisqa me'da arteriyalarining shoxlari bilan bog'lanadi. A1-c ko'ndalang holatga ega va o'ng gastroepiploik arteriyaning proksimal qismining shoxlari bilan bog'lanadi. Binobarin, ramus transversusning intraorgan tomirlari oshqozonning proksimal qismini oziqlantirishda asosiy hisoblanadi. Chap oshqozon arteriyasining tushuvchi qismining A2 tomiri A1 dan 5,0-10,0 mm pastda joylashgan. Oshqozon devoriga kirib, u 20-30 mm uchun asosiy magistral bo'lishi bilan ifodalanadi va keyin parchalanadi va a. gastroepiploica dextra shoxlari bilan bog'lanadi. Chap me'da arteriyasi shoxlari orqa qismining topografik anatomiyasi xuddi shu tarzda bo'linadi.

O'ng me'da arteriyasi, asosan, antrum va oshqozon pilorik qismining devorini qon bilan ta'minlaydi. Uning chap me'da arteriyasining orqaga tushuvchi shoxi bilan ekstraorgan anastomozlari mayda tomirlar bilan ifodalanadi va 3,0% hollarda ular kuzatilmaydi.

Yuqorida aytilganlarning barchasiga asoslanib, mobilizatsiya qilingan oshqozonda ko'rsatib o'tilgan tomir chizig'i ikkinchisining tomirlari tuzilishidagi anatomik o'zgarishlarga chidamli bo'lib, uni etarli darajada qon bilan ta'minlash uchun oshqozon transplantatini shakllantirishda albatta hisobga olinishi kerak.

Oshqozon transplantatini shakllanishining birinchi bosqichi - bu chap oshqozon arteriyasining ko'ndalang shoxchasining yuqori tarmog'ini saqlab qolish ushun oshqozonning kichik egriligini kamroq ochishdir. Keyinchalik, staplerlar yordamida oshqozonning kardial qismini va kichik egrilikning bir qismini rezektsiya qilish amalga oshiriladi (2-rasm) - birinchi qurilma oshqozonning ochilgan kichik egriligi chizig'idan A1-a ning asosiy magistraliga parallel ravishda chap gastroepiploik arteriyaning birinchi shoxlari bilan intraorgan anastomozining ko'rinadigan joyiga joylashtiriladi. Keyin stapler oshqozon tubining yuqori chetiga yo'naltirilgan holda joylashtiriladi. Shundan so'ng, tantal choklar seromuskulyar choklar bilan qoplanadi (3-rasm).

Rasm 2. Oshqozon transplantatini shakllantirish sxemasi.



3-rasm - hosil bo'lgan oshqozon transplantatining yakuniy ko'rinishi.
Oshqozon transplantatini shakllantirishning taqdim etilgan usulidan foydalanganda qizilo'ngach-oshqozon anastomozining etishmovchiligi, mualliflarning fikricha V 0-3,3% hollarda uchraydi [Miroshnikov B.I., Lebedinskiy K.M., 2002; Pavelets K.V. va boshq., 2010].

Qizilo'ngachga kirish imkoniyati ham juda qiziqarli masala bo'lib qolmoqda. Ba'zi mualliflar kasallikning tizimli tabiatini va transtorasik operatsiyalardan keyin ko'p sonli asoratlarni hisobga olgan holda, qizilo'ngach saratoni uchun oqlangan yagona operatsiyalar deb transdiafragmal operatsiyalarni tavsiya qiladilar [Orringer MB, 1997]. Shu bilan birga, adabiyotlarda traxeya, bronxlar butunligini buzish, transdiafragmal operatsiyalardan keyin 15% gacha bo'lgan hollarda qaytuvchi nervlarning parezlari kabi o'limga olib keladigan asoratlarning juda katta foizini ko'rsatadigan xabarlar mavjud [R. Besli, D. Skinner, 1983]. Bundan tashqari, ko'plab mualliflar transtorasik operatsiyalarni bajarish ko'proq onkologik prinsiplarga asoslangan deb xabar berishadi. Shunday qilib, 5 yillik omon yashovchanlik darajasi transdiafragmal operatsiyalardan so'ng 9 dan 28% gacha va transtorakal operatsiyalardan so'ng esa 11 dan 41% gacha [A. Peracchia va boshqalar, 1992; L. Bonavia, 1995 yil; J. Hagen va boshqalar, 1993].

Transdiafragmal operatsiyalardan keyin mahalliy qaytalanishlar (retsdiv) 52% ni tashkil qiladi [Barbuer PA, Luder PJ va boshq., 1988]. Biroq ba'zi yapon mualliflari turli xil yondashuvlarni - transtorakal, transdiafragmal, ikki va uch zonali limfa tugunlarining en-blokli diseksiyasini taqqoslagan retrospektiv tadqiqotida 5 yillik yashovchalnikda sezilarli farqlarni topmadilar va bu 27-55% ni tashkil etdi [P. Hiranyatheb, H. Osugi, 2013].

Qizilo'ngach saratoni uchun limfadenektomiya hajmining variantlari juda yaxshi ishlab chiqilgan. Klinik amaliyotga kengaytirilgan operatsiyalarni joriy etish munosabati bilan 1994 yilda Tokio universitetidan X.Ide boshchiligida yapon jarrohlari qizilo'ngach ko'krak qismi saratoni uchun limfa tugunlarini ajratish tasnifini taklif qilishdi. Limfa tugunlari diseksiyasining tasnifi X.Ide (1994). 2S - standart 2 zonali limfa tugunlari diseksiyasi (qorin bo'shlig'i va mediastinal limfa tugunlarini traxeya bifurkatsiyasigacha ajratish), 2F - kengaytirilgan 2 zonali limfa tugunlari diseksiyasi (qorin bo'shlig'i va ikki tomonlama mediastinal limfa tugunlarini ko'krak qafasining yuqori chiqish teshigigacha diseksiyasi), 3 zonali limfa tugunlarini kesish (qorin, ikki tomonlama mediastinal va bo'yin limfa tugunlari diseksiyasi).

JM Collard 1995 yilda qizilo'ngachning en blokli rezektsiyasi paytida mediastinal limfa tugunlari diseksiyasining soddalashtirilgan

tasnifini taklif qildi (4-rasm). JM Collard bo'yicha limfa diseksiya variantlari standart limfa tugunlarini kesish - paraezofageal, praaortik, bifurkatsiya, o'ng va chap o'pka ildizi limfa tugunlarini olib tashlash. Kengaytirilgan limfadenektomiya - standart limfadenektomiya, shuningdek shu jumladan o'ng paratraxaal, o'ng qaytuvchi nervning limfa tugunlarini olib tashlash. Jami limfa tugunlari diseksiyasi - kengaytirilgan limfadenektomiya, chap qaytuvchi nervning limfa tugunlarini olib tashlash bilan to'ldiriladi.



Standart

Kengaytirilgan

4-rasm. JM Collard 1995 yil, limfa diseksiya variantlari.

Ammo uch zonali limfa tugunlarining disseksiyasi uchun ko'rsatmalarni aniqlash masalalari munozarali bo'lib qolmoqda. Yaponiyalik mualliflarning fikriga ko'ra, uch zonali limfa tugunlari disseksiyasi 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichini 45% gacha yaxshilaydi, evropalik mualliflar esa 17-30% hollarda qaytuvchi nervning shikastlanishi kabi operatsiyadan keyingi asoratlarni ko'rsatib, bu variant haqida ko'proq ehtiyotkor bo'lishadi. [H. Fujita, S. Sueyoshi, T. Tanaka, K. Shirouzu, 2008].

Yapon va koreys talqinlarida kengroq va "tajovuzkor" bo'lgan "standart" ikki zonali dissektsiya varianti ham faol muhokama qilinmoqda. G'arb tasnifida bu variant sifatida ko'rib chiqiladi. Bu farqlar qizilo'ngach saratoni epidemiologiyasi bilan bog'liq: sharqda qizilo'ngachning ko'krak qismi o'rta uchligidagi skuamoz hujayrali karsinomaning yuqori tarqalishi va g'arb mamlakatlarida pastki uchligidagi adenokarsinomaning ko'proq tarqalishi. Bundan tashqari, statistik ma'lumotlarga ko'ra, saratoning skuamoz hujayrali varianti mediastinning mahalliy limfa tugunlariga adenokarsinomaga qaraganda

tezroq va tajovuzkor metastazlanadi, T2 invaziya darajasi 17% ga nisbatan 45% ni tashkil qiladi [Hiranyatheb, H. Osugi.2013].

Qizilo'ngachga u yoki bu jarrohlik yo'lini tanlashni asoslashda topografik va anatomik mulohazalar va individual patofizyologik ma'lumotlarga asoslanish kerak. Qizilo'ngachning zararlangan qismiga eng yaxshi, qisqa va kam shikast bilan kirib borish jarroh uchun eng optimal variant hisoblanadi. Bugungi kunda barcha tan olingan yondashuvlar o'ng tomonlama torakotomiya (bir vaqtning o'zida yuqori o'rta laparotomiya bilan), chap tomonlama torakoabdominal kirish va servikotomiyadir.

Qizilo'ngachda o'smali zararlanish yuqori, o'rta va pastki ko'krak qafasi qismida joylashganda o'ng torakotomiya tavsiya etiladi va eng keng tarqalgan amaliyot hisoblanadi. 1946 yilda I.Lyuis birinchi marta qizilo'ngachni o'simta bilan rezektsiyasini va oshqozon bilan qizilo'ngachining intraplevral plastik jarrohlik amaliyotini amalga oshirdi.

Operatsiya ikki bosqichli - birinchi, yuqori o'rta laparotomiya va oshqozonni mobilizatsiya qilish, va 2 haftadan so'ng - o'ng torakotomiya, o'sma bilan qizilo'ngachni rezektsiya qilish, oshqozon translokatsiyasi va qizilo'ngach-gastral anastomoz. Lyuis operatsiyasi deyarli dominant bo'ldi. U o'ng tomonlama torakotomiya, yuqori o'rta laparotomiya, orqa ko'ks oralig'ida intraplevral joylashgan oshqozon bilan qizilo'ngachning bir bosqichli plastikasi va qizilo'ngach-me'da anastomozining intraplevral shakllantirishidan iborat (6-10-rasm).

O'ng tomonlama torakotomiyaning afzalliklari anatomik tuzilishidan kelib chiqadi va qizilo'ngachga o'ng plevra bo'shlig'idan deyarli to'liq kirish mumkin. O'ng tomonlama torakotomiyaning muhim kamchiligi shundaki, jigar tufayli qorin bo'shlig'i a'zolariga etib borib bo'lmaydi va shunga mos ravishda laparotomiya transplantat tayyorlash uchun zarur. Bu operatsiya vaqtini sezilarli darajada uzaytiradi va uning asoratlarini oshiradi. O'ng tomonlama torakotomiya beshinchi qovurg'alararo sohadan amalga oshiriladi. Saraton Milliy instituti ma'lumotlariga ko'ra, o'simta yuqori yoki o'rta ko'krak qismida joylashgan bo'lsa, to'rtinchi qovurg'alararo sohadan kirib boorish torakotomiyaga ustunlik beradi.



Rasm 6. Mobilizatsiya qilingan oshqozonda saqlab qolingan o'ng orqa arteriya va gastroepiploik vena (o'q bilan belgilangan)



Rasm 7. Qizilo'ngachning intraplevral plastikasi uchun oshqozondan hosil bo'lgan transplantat (strelkalar saqlanib qolgan arkadalarni ko'rsatadi - o'ng oshqozon va o'ng gastroepiploik)

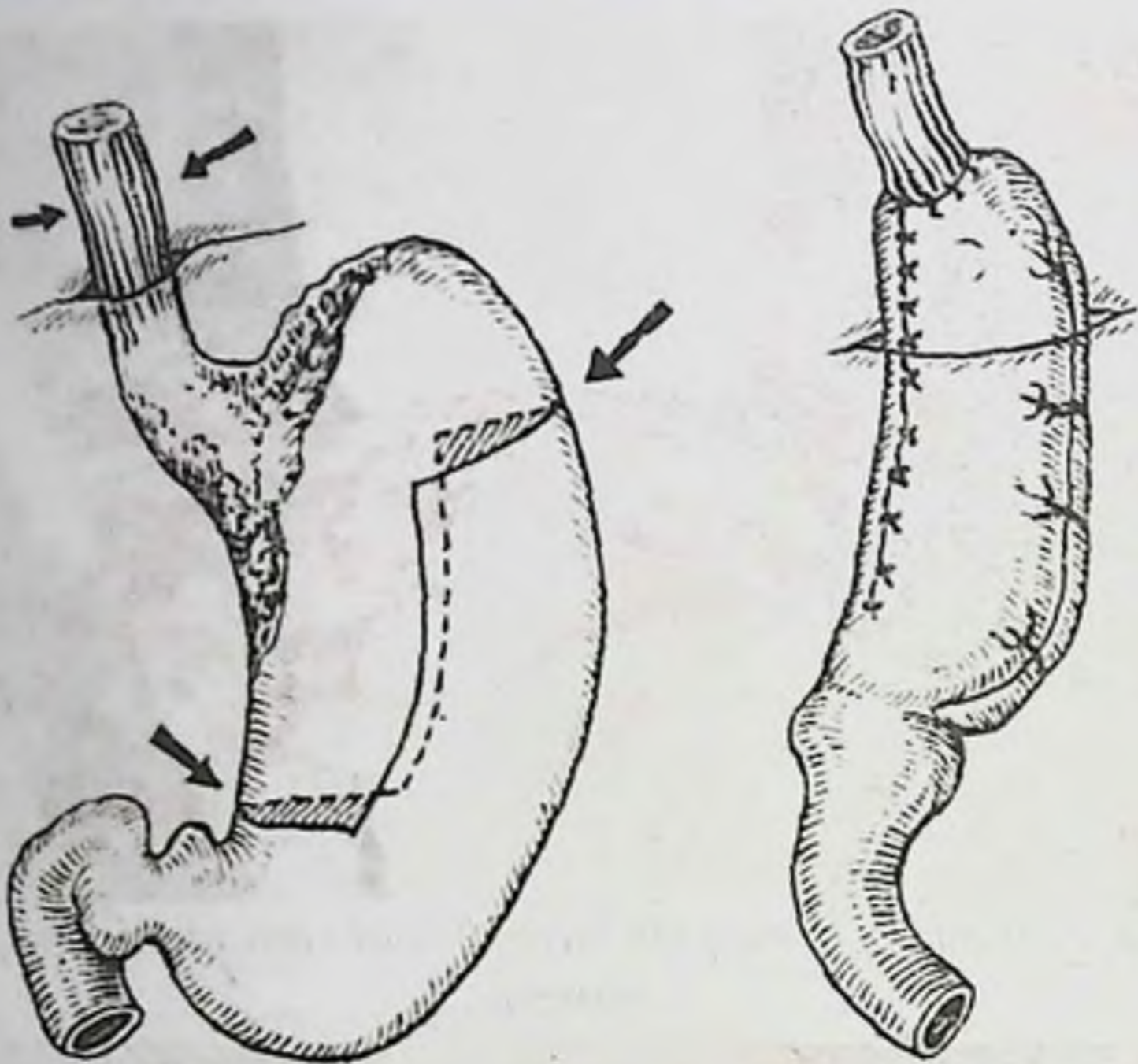


Rasm 8. Qizilo'ngach venadan biroz distalda ajratilgan. Tutqichga olingan



Rasm 9. Intraplevral ezofagogastronastomoz shakllanishining boshlanishi.

Oshqozon kanalining bo'shlig'iga qisqich kiritilgan (o'q bilan belgilangan)



Rasm 10. Lyuis operatsiya diagrammasi

Qizilo'ngachning pastki ko'krak qismi va kardioezofageal zonasi o'smalari uchun kombinatsiyalangan chap tomonlama torakoabdominal kirib borish tavsiya etiladi. Chap tarafdin qiya laparotomiyadan so'ng va qorin bo'shlig'ida rezektsiya qilinib bo'lmaydigan jarayon belgilari yo'qligini aniqlagandan so'ng, torakotomiya to'g'ri orqa mushaklariga yo'naltirilgan holda (odatda ettinchi qovurg'alararo bo'shliq bo'ylab, G'arbiy ko'rsatmalarga ko'ra, asosan sakkizinchi qovurg'alararo soha bo'ylab) amalga oshiriladi, qisman diafragmotomiya bajariladi. Bir bosqichli laparotomiya jarrohning ta'sir doirasini sezilarli darajada kengaytiradi va shuning uchun nafaqat oshqozonni, balki qizilo'ngachni ham mobilizatsiya qilish jarayonini sezilarli darajada osonlashtiradi.

Ba'zi mualliflar hatto qizilo'ngachning o'rta qismidagi o'smali zararlanishlarda ham chap tomonlama torakolaparotomiyadan keng foydalanadilar. Bemorni o'ng yonbosh tomoniga yotqizib, ular oltinchi qovurg'alararo soha bo'ylab chap kurak chizig'idan 3 sm distalda qovurg'a yoyigacha bo'lgan teri kesmasini qiladilar. Torakotomiyadan so'ng va qovurg'a yoyini kesib o'tgandan so'ng, qorin devori chap to'g'ri mushagining tashqi cheti bo'ylab kesiladi, so'ngra qisman diafragma

kesiladi. Qizilo'ngachni aorta yoyi darajasida mobilizatsiya qilishni osonlashtirish uchun mualliflar chap supraklavikulyar arteriyaga lateral aorta yoyi ustidagi parietal plevrani ajratishga harakat qilishadi: qizilo'ngachni shu bo'shliq orqali ajratish osonroq.

Oddiy servikotomiya faqat bo'yinda qizilo'ngach-oshqozon anastomozini shakllantirish uchun bajariladi. Bunday holda, ikkala sternokleidomastoid mushaklarning old qismida ikkala qaytuvchi nervlarga kirishni ta'minlash uchun ikkita kesma qilinadi. Kesma to'sh suyagining chap old qirrasi bo'ylab amalga oshiriladi, shundan so'ng chap braxiohioid mushagi kesib o'tiladi, so'ngra bo'yin fastsiyasi traxeya oldi fastsiyasigacha kesiladi. Ikki tomonlama servikotomiya nafaqat anastomozni yaratishga, balki bo'yin limfadenektomiyasini ham amalga oshirishga qulaydir.

Bir qator klinikalar bir vaqtning o'zida uchta sohada ishlashni qulay deb bilishadi - o'ng torakotomiya, yuqori-o'rta laparotomiya va servikotomiya.

1. Qizilo'ngachni o'rta yoki yuqori uchdan bir qismi sadhida kesib olib, anastomoz ko'krak qafasining yuqori chiqishi teshigi ostida joylashgan Lyuis tipidagi operatsiya ko'pgina markazlarda o'tkaziladi, hatto qizilo'ngach pastki qismidagi saratonida ham o'tkazish mumkin deb hisoblanadi.

2. Mahalliy limfa tugunlarida metastazlarning ahamiyatiga qiziqish ortdi. Limfa tugunlarini keng kesish tarafdorlari qizilo'ngachni olib tashlashda 3 ta sohadan foydalangan holda eng maqbul operatsiya deb hisoblashadi: torakal, qorin bo'shlig'i va servikal. Ularning fikriga ko'ra, bu potentsial o'sma hujayralarini o'z ichiga olgan butun mahalliy limfa tizimini eng to'liq olib tashlash imkonini beradi.

3. Intraplevral emas, balki bo'yinda joylashgan anastomozning sezilarli darajada xavfsizligi haqidagi da'volar muvaffaqiyatsizlik tufayli o'lim xavfini yo'qotadi.

Kamroq foydalaniladigan kirish usullari

Chap torakotomiya birinchi transplevral kirish bo'lib, u orqali o'simta bilan intratorasik qizilo'ngachni radikal ekstirpatsiya qilish mumkin edi (Torek, 1913). Kirishning afzalligi, agar kerak bo'lsa, manipulyatsiya uchun diafragmotomiy orqali (laparotomiyasiz) qo'shimcha qorin bo'shlig'ining yuqori qavatidagi organlarga kirish imkoniyatidir. Ammo jiddiy kamchiligi - qizilo'ngachning o'rta va yuqori qismlarini mobilizatsiya qilish uchun sharoitlarning

yomonlashishi, aorta yoyining qizilo'ngachning old va chap tomonida joylashganligi va yuqori qizilo'ngach-oshqozon anastomozini qo'yish imkoni cheklanganligi.

Jarrohlik nuqtai nazaridan eng qiyin lokalizatsiya qizilo'ngachning bo'yin va intratorasik qismlari chegarasidagi qizilo'ngachning o'smalari hisoblanadi. Ushbu sohada saraton kasalligi uchun operatsiyalar juda kam uchraydi va unga yondashish uchun bir nechta nostandart yondashuvlar taklif qilingan:

1) sternoklavikulyar bo'g'imning ajratilishi bilan to'ldirilgan yarim qisqichli servikotomiya;

2) modifikatsiya yarim qisqichbaqasimon rezektsiya bilan birinchi kostaxaftaga va kostoklavikulyar ligamentning kesishishi;

3) transmanubrial sternotomiya;

4) Ikki tomonlama servikotomiya va bo'ylamasiga sternotomiyani o'z ichiga olgan U shaklidagi kesma.

Yuqori qismdagi saraton kasalligi uchun taklif qilingan Lurie oldingi qopqoq yondashuvi, Ratner H shaklidagi yondashuv, shuningdek, Gavriiliu bo'yicha chap tomonlama mediastinotomiya va o'ng tomonlama torakotomiya yuqori asoratlanish tufayli bekor qilindi.

O'simta qizilo'ngach-faringeal sohada joylashganida, Gavriiliuga ko'ra ikki eshikli yondashuv qo'llanilgan: yuqori kesma pastki jag'ning burchagidan 3-4 sm masofada boshlanadi va bo'yinning old yuzasi bo'ylab o'tadi. Pastki jag'ning boshqa burchagiga 3-4 sm etib bormay, boshqa tomonga o'tadi, pastki kesma o'mrov suyagining yuqori chetining o'rtasidan boshlanadi, ikkinchi o'mrov suyagining yuqori chetining o'rtasidan bo'yin old yuzasi bo'ylab o'tadi.

O'simta qizilo'ngach bo'yin qismida joylashganida, bo'yinning old yuzasi bo'ylab H shaklidagi Ratner kesimi ham ishlab chiqilgan. Bo'ylamasiga kesmalar pastki jag'ning burchaklaridan boshlanadi va har bir bo'yinbog'ning o'rtasi proektsiyasiga tushadi. Qalqonsimon bez sathida ko'ndalang kesma amalga oshiriladi. Teri, teri osti to'qimasi va platizma kesiladi. Qalqonsimon bezning bo'yinchasi kesiladi, traxeya ko'ndalang kesiladi, unga traxeostomik nay kiritiladi va traxeya yuqoriga egiladi. Bunday holda, halqum yuzasi va qizilo'ngachning butun servikal qismi keng ochiladi.

Transdiafragmal kirish. Torakotomiyasiz qizilo'ngachga kirish har doim jarrohlarni o'ziga tortgan, chunki unda travmatizatsiya kamroqdir. Transperitoneal diafragmotomiyadan foydalanishning ikki yo'li mavjud:

1. Laparotomiya va sagital diafragmotomiya (A.G. Savinix tomonidan taklif qilingan). Ushbu kirish oshqozonning kardial qismini, qizilo'ngachning pastki qismini (va hatto o'rtasini) mobilizatsiya qilish, so'ngra organni rezektsiya qilish va qizilo'ngach anastomozini hosil qilish imkonini beradi.

2. Transdiafragmal ezofagektomiya nafaqat diafragmotomiya bilan laparotomiyani, balki servikotomiyani ham o'z ichiga oladi. Qizilo'ngach ham pastdan, ham ajratilgan diafragma orqali, ham yuqoridan, bo'ynidagi kesma orqali mobilizatsiya qilinadi. Qizilo'ngach barmoq bilan yoki maxsus asboblarda yordamida to'g'ridan-to'g'ri mobilizatsiya qilinadi. Mobilizatsiyadan so'ng qizilo'ngach odatda transplantat organi (ko'pincha oshqozon) bilan birga bo'yniga chiqariladi, shundan so'ng qizilo'ngach olib tashlanadi va qizilo'ngach anastomozini hosil qilinadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bu yondashuv bugungi kunda ham kamroq travma (torakotomiya yo'qligi sababli) va operatsiya vaqtining qisqarishi tufayli turli klinikalarda keng qo'llaniladi. Qizilo'ngachni olib tashlash uchun bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'i va bo'yin sohasida jarrohlarning ikkita guruhi ishlaydi. Yondashuvning kamchiliklari ko'p sonli mumkin bo'lgan asoratlardan (qon ketish, ekstraktsiya paytida plevra bo'shliqlarining ochilishi), mahalliy tarqalgan jarayonda to'rtinchi ajratishning o'ta yuqori xavfi va qo'shni tuzilmalarning shikastlanishi mumkin.

Ikki tomonlama transtorasik yondashuv. Yondashuv yuqorida tavsiflangan o'ng tomonlama torakotomiya va chap tomonlama torakokolaparotomiyaning kombinatsiyasi hisoblanadi. Albatta, bu kirish shikastlanishining kuchayishi bilan tavsiflanadi. Bir tomonlama torakotomiyadan foydalanganda o'simtaning o'ng va chap yarim sharlari mobilizatsiyasini vizual nazorat qilish mumkin bo'lmaganda, ko'krak qafasi qizilo'ngachining ayniqsa katta, yomon joy almashgan o'smalarini mobilizatsiya qilish uchun mo'ljallangan.

Ikki tomonlama transtorasik kirish nafaqat o'simtani vizual nazorat qilish imkonini bo'lmagan organlardan (qarama-qarshi o'pka ildizining elementlari va boshqalar) "ko'r" ajralishi bilan mumkin bo'lgan intraoperativ asoratlarni oldini olishga imkon beradi, balki, asosan, bir tomonlama yondashuvlardan foydalanganda odatda rezektsiya qilib bo'lmaydigan deb hisoblangan o'smalarni olib tashlash.

Qizilo'ngachni qayta tiklash

Sun'iy qizilo'ngachni shakllantirish uchun organ va variantlarni tanlash hali ham ushbu lokalizatsiya o'smalari jarrohligidagi eng dolzarb muammolardan biri hisoblanadi.

Teri plastik jarrohlik. X. Bircher chap jag' osti qismidan chap qovurg'a yoyigacha teri trubkasini hosil qilib, uni oshqozon va qizilo'ngach bo'yin qismi bilan bog'lashga harakat qildi. 1922 yilda T. Rovsing birinchi navbatda oshqozon va qizilo'ngachga oqma qo'yishni va keyin ularni teri trubkasiga kiritishni taklif qildi.

V.R. Braitsev stoma sohasidagi tikilgan teri trubkasi ustidagi yara yuzasini terining tarangligi bilan emas, balki bo'yin va ko'krakdan olingan ko'chirilgan pedunkulyar teri qopqoqlaridan foydalangan. Ichakdagi plastik jarrohlik paytida qizilo'ngach va ichak oqmalarini ulash uchun terini payvandlash ham qo'llanilgan. Yuqori o'lim darajasi (20% gacha) va uzoq muddatli ko'p bosqichli davolanish (taxminan 6 oy) tufayli qizilo'ngachning teri plastikasi 20-asrning 60-yillarida deyarli butunlay to'xtatilgan va hozirda asosan tarixiy qiziqish uyg'otadi.

Ingichka ichak bilan qizilo'ngachning plastik jarrohligi. 1906 yilda C. Ru klinikada birinchi marta qizilo'ngachning kuyish strikturasi uchun subtotal ingichka ichak teri osti plastikasini o'tkazdi va P.A. Gertsen qizilo'ngachni ingichka ichak bilan to'liq plastika qildi. Birinchi marta kuyish torayishi uchun intraplevral ingichka ichak plastik jarrohligini manyovr qilishda yaxshi natijani S.S. Yudin 1948 yil da ko'tsatdi. Bunda ingichka ichak transplantatining uzunligi va uning og'iz bo'shlig'ida etarli darajada qon bilan ta'minlash muammosini hal qilish uchun ko'plab original usullar taklif qilingan, ammo radikal variant topilmagan.

1926 yilda V.N. Shamov ingichka ichak plastik jarrohligiga mutlaqo yangi yondashuvni taklif qildi - mikrovaskulyar anastomozlar yordamida ingichka ichakning bir qismini transplantatsiya qilishni aytib o'tdi, ammo qizilo'ngach plastik jarrohligi uchun mikrojarrohlik aralashuvlar faqat yirik ixtisoslashgan shifoxonalarda o'tkazilishi kuzatilmoqda.

Qizilo'ngachning yo'g'on ichak yordamida plastik jarrohligi. Yo'g'on ichakning qizilo'ngach plastikasi rivojlanishi boshqalari bilan parallel ravishda sodir bo'ldi. 1911 yilda H. Vulliet va mustaqil ravishda G.E. Kelling qizilo'ngachni almashtirish uchun terining ostidan ko'ndalang yo'g'on ichakni ko'chirib o'tkazishni taklif qilishdi. H. Vulliet

va G.E. Kellingning ishi izoperistaltik (Kellingga ko'ra) va antiperistaltik (Vuilletga ko'ra) yo'g'on ichak bilan ezofagoplastikasini yanada rivojlantirish uchun asos bo'lgan. 1923 yilda O. Roit birinchi bo'lib yo'g'on ichakning o'ng yarmini yonbosh ichak bilan to'liq qizilo'ngach plastikasi operatsiyasini amalga oshirdi. Mobilizatsiya qilingan ichak yo'g'on ichak o'rta arteriyasi bilan oziqlangan. Birinchi marta yo'g'on ichakning chap yarmini antiperistaltik yo'nalishda ishlatib, yo'g'on ichakni presternal tarzda o'tkazish orqali to'liq ezofagoplastika 1950 yilda P. Orsoni va A. Toupet tomonidan amalga oshirilgan. Transplantat yo'g'on ichak o'rta arteriyasi yordamida oziqlangan. Birinchi marta yo'g'on ichak chap yarmining izoperistaltik plastikasi 1951 yilda Kristofe tomonidan amalga oshirilgan. Hozirgi vaqtda yo'g'on ichakning ezofagoplastikasi bu maqsadlar uchun oshqozondan foydalanish mumkin bo'lmagan hollarda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning oshqozon bilan plastik jarrohligi. Oshqozon transplantatsiyasini shakllantirishning barcha usullari uch guruhga bo'linadi:

- butun oshqozon bilan qizilo'ngachning plastikasi;
- antiperistaltik oshqozon cho'ltog'i bilan qizilo'ngachning plastikasi;
- qizilo'ngachni izoperistaltik me'da cho'ltog'i bilan plastika qilish.

Qizilo'ngachni to'liq oshqozon yordamida plastikasi jarrohligi. Qizilo'ngachning rezektsiya qilingan qismini oshqozon bilan almashtirish g'oyasi M. Biondie (1895) ga tegishli. 1920 yilda M. Kirshner qizilo'ngach plastikasining o'ziga xos usulini ishlab chiqdi, bu esa ikkala o'ng oshqozon arteriyasini saqlab qolgan holda butun oshqozonni mobilizatsiya qilishni o'z ichiga oladi.

1946 yilda J. Levis qizilo'ngach ko'krak qismini ikki bosqichli rezektsiya qilish usulini taklif qildi. Laparotomiyadan keyingi birinchi bosqichda kichik va katta egrilik bo'ylab tomir arkadalarini saqlab qolgan holda, oshqozon mobilizatsiya qilindi. Shundan so'ng gastrostomiya trubkasi hosil qilindi. 1-2 haftadan keyin. Ikkinchi bosqich (o'ng torakotomiya) amalga oshirildi, bunda orqa ko'ks oralig'i to'qimalari va limfa tugunlari bilan birga (toq venasini bog'lagandan so'ng) qizilo'ngach ajratildi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi kengaytirildi va ilgari tayyorlangan oshqozon u orqali plevra bo'shlig'iga olib chiqildi. O'simta bilan qizilo'ngach olib tashlandi va

ezofagogastroanastomoz "uchiga yon" tamoyiliga ko'ra shakllandi. 1948 yilda K.G. MakManus operatsiyani bir vaqtning o'zida amalga oshirish iinkoniyati borligini va maqsadga muvofiqligini asoslab berdi. Bu aralashuv 20-asrning 50-yillaridan boshlab keng tarqaldi.

Antiperistaltik oshqozon naychasi yordamida qizilo'ngach plastik jarrohligi. Birinchi marta oshqozonning katta egriligidan hosil qilingan antiperistaltik trubka bilan transplantatsiyasi taklif qilindi (V. Bek va A. Karrel 1904). Keyinchalik bu taklif Z. Xirsh (1911), J. Jianu (1912), J.O. Halpern tomonidan ishlab chiqildi. Texnikaning asosiy kamchiliklari - bu qizilo'ngach subtotal rezektsiyasidan keyin oshqozondan yasalgan transplantat uzunligi etarli emasligi sababli bu usuldan foydalanishni chekladi. Transplantat kichik diametri (2-2,5 sm) oshqozondagi reflyuksni sezilarli darajada kamaytirdi va uning retrosternal tunnelda to'siqsiz o'tishini osonlashtirdi.

Izoperistaltik oshqozon naychasi bilan ezofagoplastika. Oshqozonning izoperistaltik yo'nalishdagi katta egriligidan hosil qilingan oshqozon naychasi bilan qizilo'ngachni plastika qilish usuli 1923 yilda G. Rutkovski tomonidan ishlab chiqilgan.

O'ng oshqozon arteriyasining proksimal qismini saqlab qolish texnikasi N. Akiyama va boshqalar va T. Matsubara va boshqalar tomonidan ishlab chiqilgan.

Onkologiya nuqtai nazaridan kamroq radikal, ammo transplantatni qon bilan ta'minlash nuqtai nazaridan ishonchli, oshqozonning kichik egriligini saqlaydigan usullardir. Xususan, B.I. Miroshnikov va hammualliflar chap me'da arteriyasining ko'ndalang tarmog'i va oshqozon tubining a'zo ichidagi tomir shoxlarini saqlab qolgan holda transplantatsiya qilish variantini taklif qilishdi.

Oshqozon tubidan maksimal darajada foydalanish nuqtai nazaridan M. Shilling va hammualliflar tomonidan 1997 yilda taklif qilingan transplantat hosil qilish usulida intraorgan qon tomir tizimi saqlanib qolinadi va bu anastomoz oziqlanishi uchun yetarli bo'lishi kerak.

Xulosa qilib aytganda, qizilo'ngachni qayta tiklashning quyidagi asosiy zamonaviy tamoyillarini ta'kidlash kerak:

1) Qizilo'ngach o'miga transplantat uchun optimal organ - oshqozon hisoblanadi. Undan osongina naycha yasaladi, ko'krak qafasiga oson chiqariladi, faqat bitta asosiy arteriya saqlanib qolganda ham etarli darajada qon bilan ta'minlanadi, oshqozonning avtonom nerv tizimi transplantatning qoniqarli harakatchanligini ta'minlaydi.

Oshqozon transplantatning qon bilan ta'minlanishi saqlanib qolgan o'ng oshqozon tomirlari (hatto o'ng gastroepiploik arteriya ham etarli) va omental arkadalar tomonidan ta'minlanishi kerak;

2) Bugungi kunda qizilo'ngach plastik jarrohligi uchun anastomozning intraplevral joylashuviga oshqozon eng yahshi a'zo hisoblanadi;

3) Transplantat sifatida o'tkazilgan ichakning asosiy muammolari segmentar (bo'ylama intramural kollaterallarsiz) qon ta'minoti va uning individual o'zgaruvchanligi tufayli qon ta'minoti buzilishi, transplantat kengayishiga olib keladigan ichak denervatsiyasi, harakatchanlikning buzilishi.

4) Oshqozonni transplantat sifatida ishlatishning iloji bo'lmasa (ilgari operatsiya qilingan oshqozon, yarali chandiq yoki o'smali zararlanishi, oshqozon transplantatiga qon ta'minoti etarli emasligi aniqlangan) ichakdan plastika qilish tavsiya etiladi.

Qizilo'ngach anastomozlarining shakllanishi

Qizilo'ngach jarrohligining muhim muammolaridan biri qizilo'ngach anastomozini shakllantirish usulidir. Qo'llash usuliga ko'ra qizilo'ngach anastomozlari qo'lda va mexanik, joylashishiga ko'ra - ekstraplevral (McKeon operatsiyasida subtotal qizilo'ngach rezeksiyasidan so'ng oshqozon yoki ichak transplantati anastomozini bo'yinda qo'yiladi) va intraplevral (Lyuis va Garlok-Ossava amaliyotida anastomoz plevra bo'shlig'ida qo'yiladi).

Qo'lda qo'yiladigan anastomozlar. Bo'yin anastomozlari odatda qo'lda bir qatorli oshqozon yoki yo'g'on ichak transplantati bilan uchma-uch amalga oshiriladi. Bo'yin anastomozlarining asosiy kamchiliklari ularning etishmovchiligining yuqori chastotasi (5-23%) va chandiq paydo bo'lishining ko'pligi (44% gacha). Ushbu kamchiliklarni bartaraf etish uchun ba'zi jarrohlr bo'yin anastomozini shakllantirish usullarini takomillashtirishga harakat qilishdi. Bir qatorli uzlukli choklar o'rniga monofilament so'rilishi mumkin bo'lgan choklar yordamida bir qatorli uzluksiz choklar qo'llanildi, ikki qatorli qo'lda tikuv texnikasi ishlab chiqildi va "uchma-yon" shaklda anastomoz qo'yildi. Ko'pgina mualliflar operatsiyadan keyingi erta davrda transplantat ishemiyasini kamaytirish va oldini olish uchun enterostomiyani bir vaqtning o'zida shakllantirish kerak deb aytishdi. Intraplevral anastomozlar ishonchligini oshirish uchun turli xil modifikatsiyalar va ikki qatorli uchma-yon anastomoz yordamida amalga oshirishdi. Ba'zi jarrohlr anastomozni atrofdagi

to'qimalar bilan, boshqalari esa oshqozon tubi bilan qoplashni ma'qul deb bilishdi. Muftasimon qizilo'ngach-ichak anastomozlari keng tarqalgan (eng mashhuri G.V. Bondarning muftasimon anastomozidir). Qizilo'ngach reflyuksiyasini oldini olish uchun invaginatsiy anastomozlari (siyoh shishasi kabi) ishlatiladi.

Bir qatorli tikuv, shuningdek, gigroskopik bo'lmagan tikuv materiallari (monofilament ip, jarrohlik sim) intraplevral qo'llaniladi.

Anastomozlarni hosil qilishning mexanik usullari. Dumaloq staplerlardan foydalanish qizilo'ngach jarrohligida juda mashhur. Afzalliklar - aralashuv vaqtini qisqartirish, jarrohlik maydonini infektsiyalash ehtimolini kamaytirish va kirilgan sohada manipulyatsiyada katta qulaylik. B.E. Peterson, ehtimol, birinchi bo'lib mexanik qizilo'ngach anastomozlaridan foydalanishning xususiyatlari va afzalliklarini ta'kidlagan. U PKS-25 qurilmasidan foydalangan va yangi anastomoz usulini yuqori baholagan. Muvaffaqiyatsizlik ulushi ancha yuqori (9,6%), kardiya rezektsiyadan keyin esa undan ham yuqori (18,9%).

Operatsiyalarning funktsional natijalari ham unchalik yaxshi emas edi. Keyinchalik ilg'or SPTU apparatini ishlab chiqish orqali ba'zi sof texnik muammolar bartaraf etildi. Muammolarning yana bir qatlami asosan 70-yillarning oxirida V.L. Ganulum - bu anastomozlash usuli bo'lib, uning printsipi mexanik tikuvni organlarning barcha qatlamlari orqali emas, balki faqat ularning shilliq pardalarida ishlatish, qo'lda seromuskulyar choklar (8-10 mm pastda) qo'yish edi. Bu bilan chok etishmovchilik chastotasini va strikturaning rivojlanish darajasini ko'p marta kamaytirildi. Boshqa mualliflar ushbu texnikadan foydalanib, nafaqat anastomozning etishmovchiligini, balki uning stenozini ham qayd etishmadi.

Qizilo'ngach jarrohligida mexanik tikuvni qo'llashda yangi davr ikki qatorli tikuv hosil qiluvchi qurilmalar turi bilan ochildi, ular orasida EEA, DEEA va CEEA va boshqalar mavjud. Bir nechta boshlar o'miga titan steplerli bir martalik kassetalar joriy qilingan, ular zavodda avtomatik ravishda joylanadi, bu esa staplerlarning deformatsiyasi ehtimolini yo'qqa chiqardi. Bularning asosiylari ko'plab kichik yaxshilanishlar qurilmalarning ishonchliligini va tikuv sifatini sezilarli darajada oshirdi (11-rasm).



Rasm 11. Yumaloq stepler.

Anastomozlarni shakllantirishning qo'lda va mexanik usullarining samaradorligini taqqoslaganda, ba'zi jarrohlr qo'lda qo'yish texnikasidan foydalanganda yaxshi natijalarga erishdilar.

Limfa disseksiyasi

Qizilo'ngach saratoni limfa tugunlariga erta metastazlanishi bilan tavsiflanadi. Adabiyotlarga ko'ra, submukoz qatlamning (T1) o'sishi bilan, limfa tugunlarining metastatik zararlanishlari chastotasi 40%, adventitsiya o'smalarida - 90% gacha. O'zgaruvchan chastotali limfa tugunlarining metastatik zararlanishi qizilo'ngach ko'krak qismi o'smalarida lokalizatsiya darajasidan qat'i nazar, 3 anatomik zonada (qorin, ko'krak va bo'yin) kuzatiladi.

Rossiya Tibbiyot fanlari akademiyasi tomonidan olib borilgan tadqiqotlarga ko'ra, kengaytirilgan radikal operatsiyalardan so'ng bemorlarning 83 foizida limfa tugunlarida metastazlar aniqlangan. Submukoz qavatning o'smasi (pT1) bilan ham N1 81,3%, pT4 bilan esa 88,9% ni tashkil etdi. Shunga qaramay, o'simta shilliq qavatdan uzoqroq qavatlarni egallab olganida limfogen metastazning chastotasi sezilarli darajada yuqori boladi.

Limfa drenajining bo'ylamasiga yo'nalishining qizilo'ngach limfa tizimida ko'ndalang yo'nalishiga nisbatan ustunligi, shuningdek uning ichki va a'zo tashqari limfa tizimlarining sezilarli darajada rivojlanganligi limfogen metastazning segmentatsiyasining yo'qligini

ko'rsatadi. 20% hollarda, qizilo'ngachning hohlagan uchdan bir qismi zararlanganda, mahalliy va uzoq limfa tugunlarida "sakrash metastazlari" aniqlanadi.

Zararlangan limfa tugunlari soni katta prognostik ahamiyatga ega. Ko'pgina mualliflar zararlangan limfa tugunlarining kritik sonini 7 ta deb hisoblashadi. I.S. Stilidi va boshqalar (2003) ma'lumotiga ko'ra 7 yoki undan ortiq metastatik limfa tugunlari bo'lgan birorta ham bemor 3 yildan ortiq yashamagan.

Hozirgi bosqichda qizilo'ngach saratoni uchun jarrohlik mafkurasi mahalliy limfogen metastaz yo'llarini hisobga olgan holda fundamental sabablarga ko'ra limfa tugunlarining monoblok kengaytirilgan disseksiyasidir.

Uch zonali limfa tugunlarining disseksiyasi 80-yillarning boshidan yapon jarrohlari tomonidan qo'llanilgan. Bunday operatsiyalarni klinik amaliyotga joriy etishning asosi qizilo'ngachning skuamoz hujayrali karsinomasi bilan og'riqan bemorlarning deyarli 40 foizida radikal operatsiyalardan keyin bo'yin limfa tugunlarida metastazlar aniqlanganligi edi. Klinikaga uch zonali disseksiya operatsiyalari keng joriy etilgandan so'ng, bemorlarning deyarli uchdan birida jarrohlikdan oldin aniqlanmagan bo'yin limfa tugunlarida metastazlar tashxisi qo'yilgan. Biroq, ko'plab mualliflar ikki zonali disseksiya operatsiyalaridan keyingi natijalar bilan solishtirganda 5 yillik yashovchanlik yaxshilanganligini xabar qilishdi. Uch zonali limfa tugunlarining disseksiyasi operatsiyadan keyingi asoratlarning ko'payishi bilan bog'liq. F. Jakab va hammualliflar qon yo'qotishning ko'payishi, plevral ichi limforeya va ekssudatsiyaning uzoq davom etishi tufayli yiringli asoratlar xavfi 2 martadan ko'proq oshishini ko'rsatishdi. Bo'yin limfa tugunlari disseksiyasining eng ko'p uchraydigan salbiy oqibatlaridan biri bu qaytuvchi nervlarning shikastlanishi tufayli halqum va hiqildoq disfunktsiyasi - 45,3% gacha. Shunga asoslanib, mualliflar ko'pincha bunday operatsiyalarni tavsiya etmaydi va samarali yordamchi yoki neoadjuvan terapiyani izlashni talab qiladi.

Hozirgi vaqtda qizilo'ngach saratonini jarrohlik davolashda standart kengaytirilgan ikki zonali disseksiyasi (2F) operatsiyalari

hisoblanadi (H. Ide va boshq., 1998 tasnifiga ko'ra), qorin bo'shlig'ida esa - proksimal oshqozon saratoni uchun D2 disseksiyasi hisoblanadi.

Qizilo'ngach saratonida amalga oshiriladigan asosiy operatsiyalar

I.Lyuis bo'yicha qizilo'ngach rezektsiyasi (laparotomiya + o'ng torakotomiya) qizilo'ngach ko'krak qismining deyarli barcha qismlari zararlanganda eng mashhur jarrohlik aralashuvidir. Uning asosiy qoidalari beshinchi (to'rtinchi) qovurg'alararo soha bo'ylab bir vaqtning o'zida o'ng tomonlama torakotomiya va laparotomiya (odatda yuqori o'rta) bo'lib, oshqozonni transplantat sifatida mobilizatsiya qilishdir. Qizilo'ngach anastomozi intraplevral tarzda amalga oshiriladi.

McKeon bo'yicha qizilo'ngach rezektsiyasi (o'ng torakotomiya + laparotomiya + bo'yinda anastomoz) Lyuis operatsiyasidan qizilo'ngach anastomozini bo'yin sohasiga qo'yish bilan farq qiladi. Oshqozonni transplantat sifatida mobilizatsiya qilishda ko'pincha o'n ikki barmoqli ichakni Koxer usulida mobilizatsiya qilishning qo'llaniladi va ko'pincha oshqozon katta egriligidan izoperistaltik naycha yasaladi. Ko'pgina mualliflar bir bosqichli enterostomiya tarafdoridir.

Qizilo'ngachning transperitoneal rezektsiyasi (laparotomiya + bo'yinda anastomoz) yuqori darajada ixtisoslashgan markazlarda juda mashhur emas, odatda qizilo'ngach jarrohligi tajribasi bitta aralashuv xarakteriga ega bo'lgan klinikalarda amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, qizilo'ngach saratoni uchun ushbu aralashuvni kasallikning yuqorida aytib o'tilgan xususiyatlari tufayli amalga oshirish juda istalmagan.

Etarlicha jihozlar va malakali mutaxassislariga ega bo'lgan markazlarda jarrohlik davolash ko'lamini saqlab qolish sharti bilan minimal invaziv aralashuvlar (torakoskopiya va/yoki laparoskopiya) yordamida jarrohlik davolashni amalga oshirish mumkin. Minimal invaziv texnologiyalar operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi va og'irligini kamaytirishga yordam beradi.

Shu bilan birga, adabiyotlarda 4 va hatto 7 bosqichda o'tkazilgan ezofagogastrektomiya kuzatuvlari tasvirlangan (Karachun A.M., 2003):

1. Laparotomiya. Qayta ko'rib chiqish. Oshqozon o'smasi olib tashlanadi. Patologiyasiz yo'g'on ichak.

2. O'ng tarafdin 5-interkostal sohada old-yon torakotomiya. Qizilo'ngachning bifurkatsiya segmentida organ devorining barcha qatlamlarini egallab olgan, taxminan 7-8 sm uzunlikdagi cheklangan joyda infiltrativ o'simta mavjud edi.

3. Qorin bosqichi. Qizilo'ngachning qorin segmenti mobilizatsiya qilinadi, ikkita moslama bilan tikiladi va ular orasidan kesib o'tiladi. Laparotomiya jarohatining chetlari qisqichlar bilan yopiladi.

4. Torakotomiya bosqichi. Qizilo'ngach traxéal segmenti atrofdagi to'qimalar bilan mobilizatsiya qilinadi, asboblardan bilan tikiladi va ular orasidan kesib o'tadi. Qizilo'ngach asta-sekin mobilizatsiya qilinadi va o'tkir usul yordamida rezektsiya qilinadi. O'simtaning bir qismi chap asosiy bronxga kirib borishi sababli qolgan.

5. Qorin bosqichi. Qizilo'ngach rezektsiyasining palliativ xususiyatini hisobga olgan holda, retroperitoneal limfa tugunlarini kesishdan bosh tortishga qaror qilindi. Splenektomiyasiz gastrektomiya. O'rta yo'g'on ichak arteriyasida yo'g'on ichakning o'ng yarmidan izoperistaltik yo'g'on ichak transplantati hosil bo'ldi, appendektomiya. Transplantatning og'iz uchiga qon ta'minotini baholashda yonbosh ichak tomirlarida qon oqimi etarli emasligi aniqlandi. Yon ichak rezektsiya qilindi.

6. Ko'krak qafasi bosqichi. Transplantat plevra bo'shlig'iga o'tkazildi. O'ng yarim ko'krak qafasi gumbazida ikki qatorli ezofagosekoanastomoz hosil bo'ldi.

7. Qorin bosqichi. Ko'ndalang yo'g'on ichak o'rta uchdan biriga bo'linadi, yo'g'on ichak payvandining aboral uchi jejunum bilan anastomozlanadi. Braun bo'yicha ichki ichak anastomози, ileo-ko'ndalang ichak anastomози.

Bosqichlarning optimal ketma-ketligi, bizning fikrimizcha, aralashuvdan oldin ehtiyotkorlik bilan o'ylangan bo'lishi kerak - bu operatsiya vaqtini qisqartirish va jarrohlik travmasini minimallashtirish imkonini beradi.

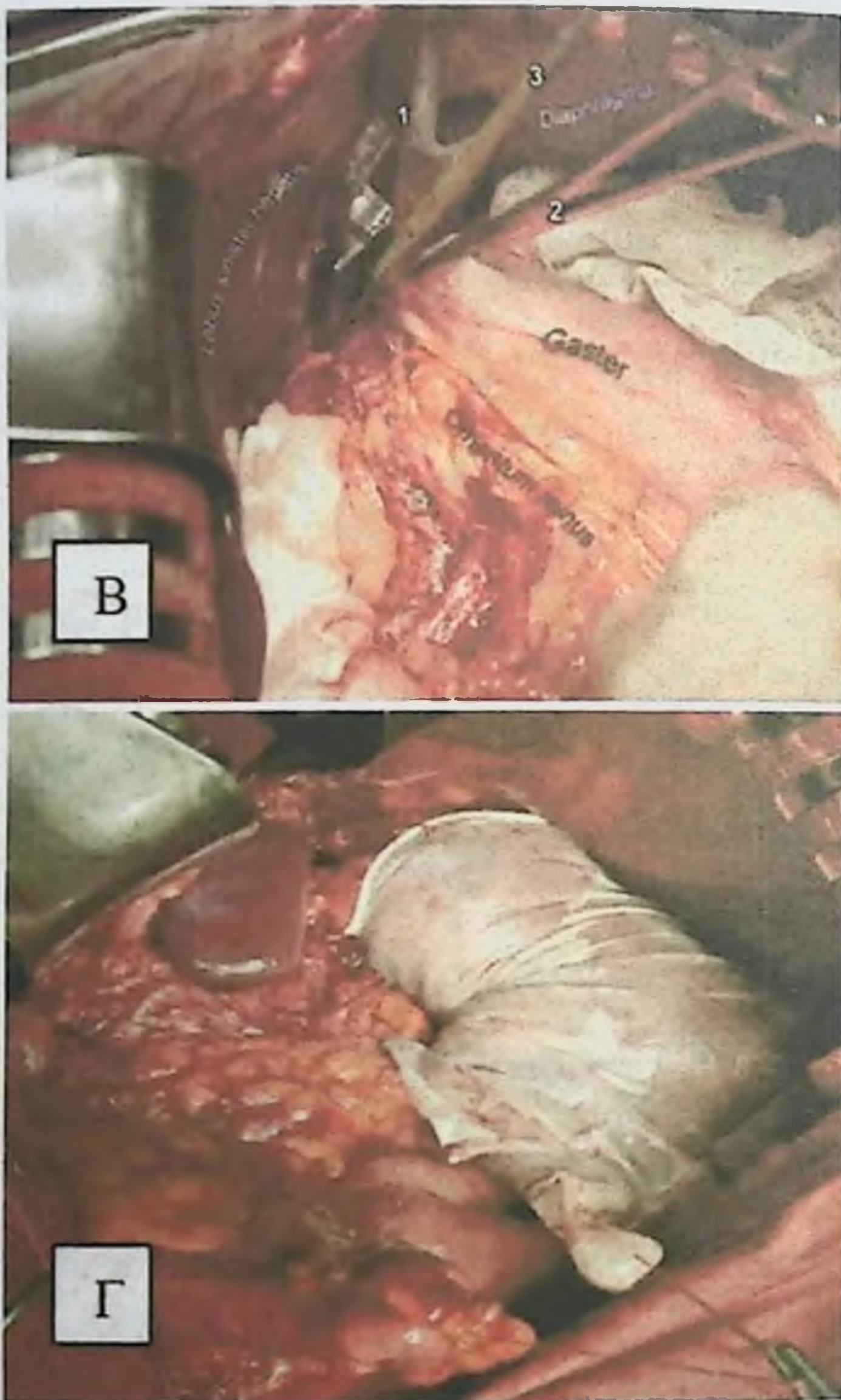
EZOFOGOGASTREKTOMIYA TEXNIKASI. METODOLOGIYA

N.N. BLOKHIN NOMIDAGI ONKOLOGIYA MARKAZINIKI

Qorin bosqichi. Odatda, oshqozon ektirpatsiyasi yoki D2 limfa tugunlari disseksiyasi bilan suprapilorik gastrektomiya amalga oshiriladi. Oshqozon ekstirpatsiyasiga muqobil suprapilorik

gastrektomiya, agar subpilorik limfa tugunlari zararlanmagan bo'lsa va o'sinta chetidan kamida 10 sm masofada bo'lsa, mahalliyashtirilgan turdagi proksimal rezektsiya amalga oshiriladi (2A-rasm). Oshqozonning qolgan qismi faqat pilorus bilan ifodalanadi.



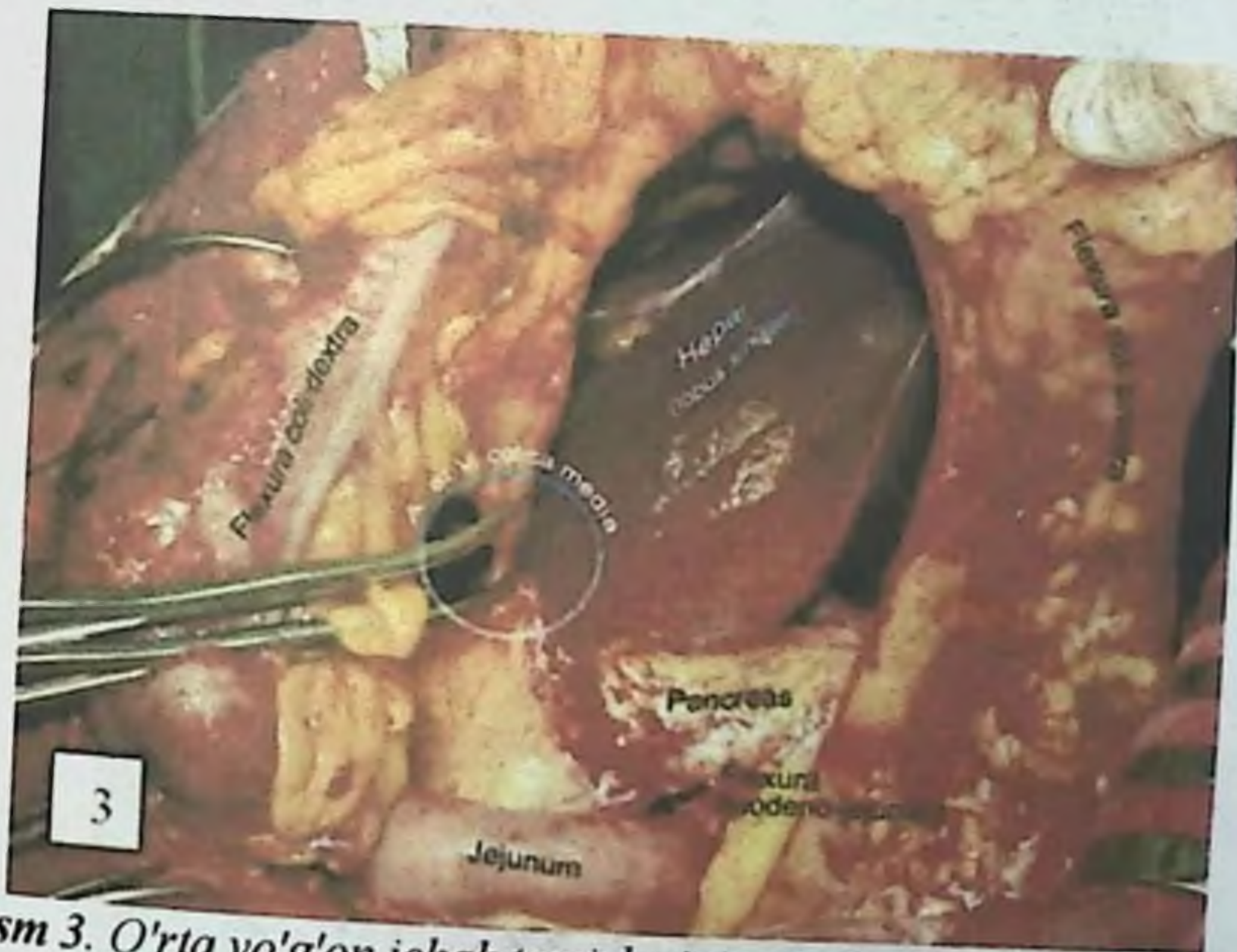


Rasm 2. Jigarning chap bo'lagiga o'sib kirgan proksimal oshqozon saratoni va qizilo'ngach ko'krak qismining sinxron saratoni uchun suprapilorik gastrektomiya; B) Qizilo'ngach "UO-60" asbohi bilan tikiladi, qurilma va qisqich o'rtasida kesib o'tiladi. Stepler chok sohasiga qo'shimcha ravishda ikkita 8 shaklli choklar bilan tikiladi. D) Taloqni ajratib bo'lgandan so'ng, oshqozon idishga solinadi va yo'g'on ichak transplantatsiyasining xalta-simli tikuvining ligaturasiga o'rnatiladi.

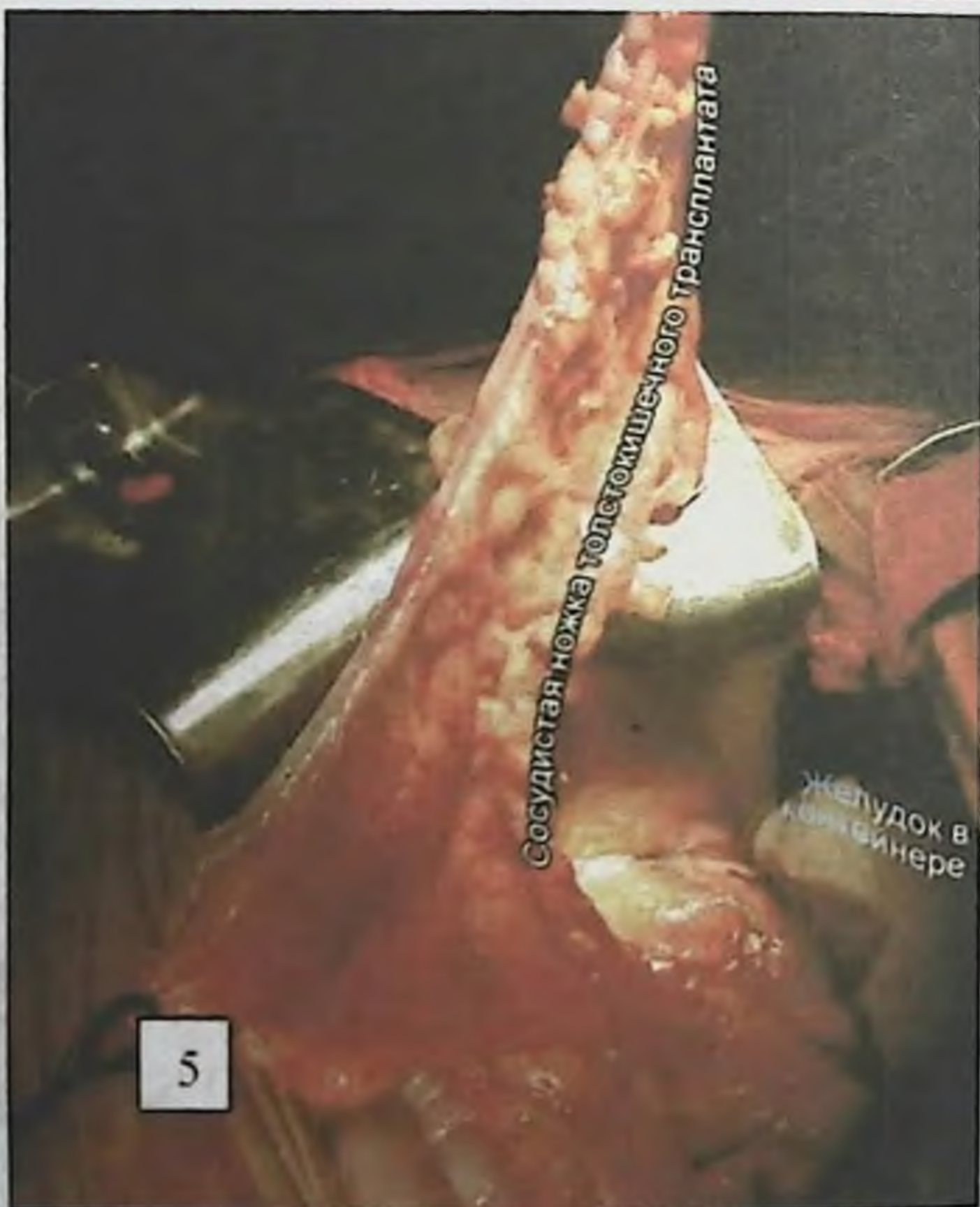
Qisman diafragmotomiya har doim amalga oshiriladi - nafaqat intradiafragmatik va supradiafragmatik limfa tugunlarini ajratish uchun, balki yo'g'on ichak transplantatining plevra bo'shlig'iga o'tgandan keyin strangulyatsiyasini oldini olish maqsadida bajariladi.

Mobilizatsiya bosqichini tugatgandan so'ng, qizilo'ngach o'zgarmagan sohasidan (ine'da va qizilo'ngachdagi o'smaning joylashishi va hajmiga qarab diafragma ostida yoki yuqorisida) "UO-60" qurilmasi bilan tikiladi. Oshqozon olib tashlanadi. Steplerlar ustidan qo'shimcha ravishda ikkita uzilgan choklar bilan ularning uchlarini kesmasdan tikiladi (2-rasm; B-C). Agar o'zgarmagan qismda qizilo'ngachning apparatli rezektsiyasini amalga oshirishning iloji bo'lmasa, oshqozonni maxsus idishga, masalan, jarrohlik qo'lqopiga (2D-rasm) solinib, operatsiyaning ko'krak qafasi bosqichida qizilo'ngach bilan birga olib tashlash mumkin.

Yo'g'on ichak transplantatsiyasini tayyorlash. Ezofagogastrektomiya paytida plastik jarrohlikda yo'g'on ichakning chap yarmi ko'pincha qo'llaniladi. Yo'g'on ichak butun uzunligi bo'ylab mobilizatsiya qilinadi.



Rasm 3. O'rta yo'g'on ichak tomirlarining izolyatsiyasi va kesilishi.



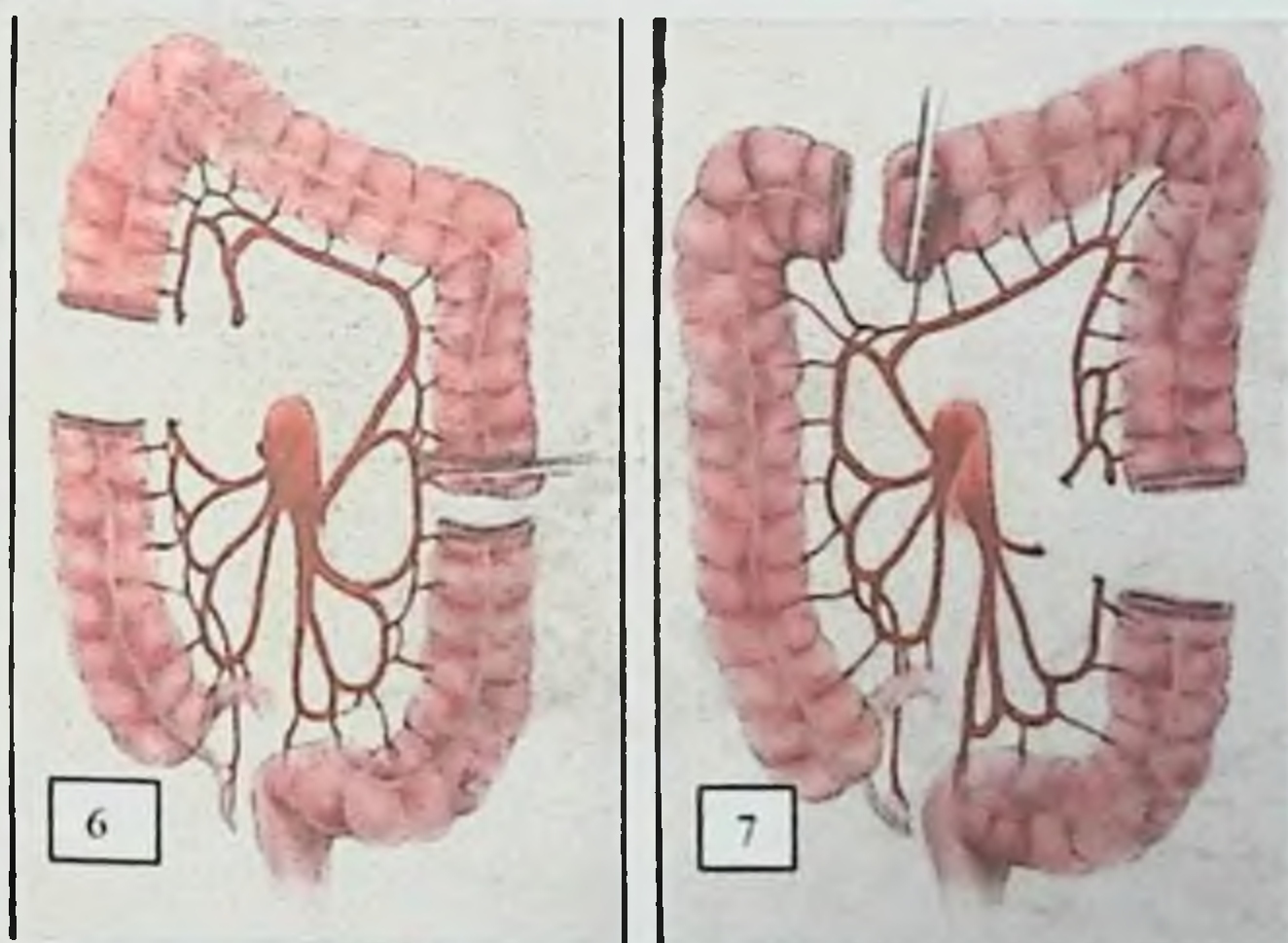
Rasm 4 va 5. Yo'g'on ichakning proksimal yo'nalishda kesilishi.

O'rta yo'g'on ichak tomirlarining boshlang'ich qismi ularni kelib chiqish joyida bog'lash va kesib o'tish orqali ajratiladi (3-rasm). Yo'g'on ichak va qon tomir arkadasi proksimal tarzda kesiladi, shunda transplantatning uchi bo'yingacha erkin etib boradi (4 va 5-rasmlar).

Yo'g'on ichak tushuvchi yo'g'on ichak va sigmasimon ichak chegarasida bo'linadi, bunda arkada va to'g'ri ichak tomirlari saqlanadi. Transplantat chap yo'g'on ichak tomirlaridan qon bilan ta'minlanadi (6-rasm). Yo'g'on ichakning chap yarmini o'rta kolik tomirlarida plastik jarrohlik qilish faqat chap kolik arteriya kalibri o'rtadagidan sezilarli darajada past bo'lgan hollarda afzalroqdir (7-rasm).

Gastrektomiyadan so'ng ketma-ket yo'g'on ichaklar orasida (kolo-koloanastmoz), oldingi-yo'g'on ichak-ingichka ichak anastomozlari va Braun anastomozlari hosil bo'ladi (8-10-rasm). Agar suprapilorik gastrektomiya o'tkazilsa, uchma-yon gastrointestinal anastomoz hosil bo'ladi, shundan so'ng yo'g'on ichakning uzluksizligi tiklanadi. Yo'g'on ichak payvandlarining og'iz uchidagi ip hamyon-simli tikuv bog'langandan so'ng, qizilo'ngachning aboral uchini mahkamlab turuvchi bog'ichga ulanadi (10-rasm).

Ko'krak qafasi bosqichida o'ng plevra bo'shlig'iga o'tishda uning o'qi atrofida buralib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun transplantat o'zining cho'qqisini diafragma oynasiga yo'naltirgan holda joylashtiriladi.



Rasm 6. Chap yo'g'on ichak arteriyasidan qon bilan ta'minlangan ko'ndalang yo'g'on ichakdan izoperistaltik transplantatini hosil qilish sxemasi.

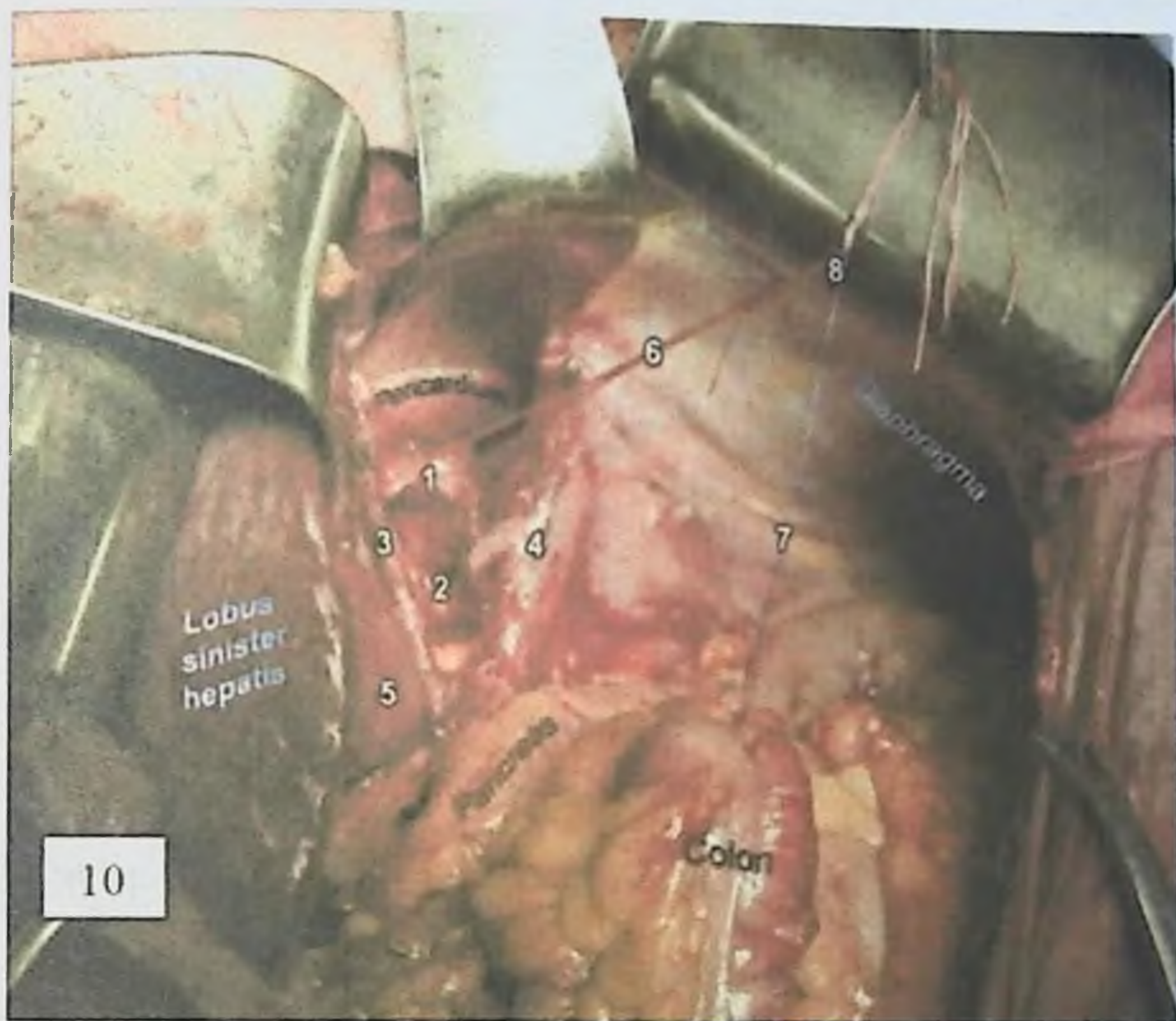
Rasm 7. O'rta yo'g'on ichak arteriyasidan qon ta'minoti bilan yo'g'on ichakning chap yarmidan antiperistaltik greftini shakllantirish sxemasi.



Rasm 8. Yo'g'on ichakning oldingi uchma-yon anastomozi yo'g'on ichak anastomozidan keyin hosil bo'ladi.



Rasm 9. Suprapiloric gastrektomiyadan so'ng yo'g'on ichak-oshqozon anastomozining shakllanishi.



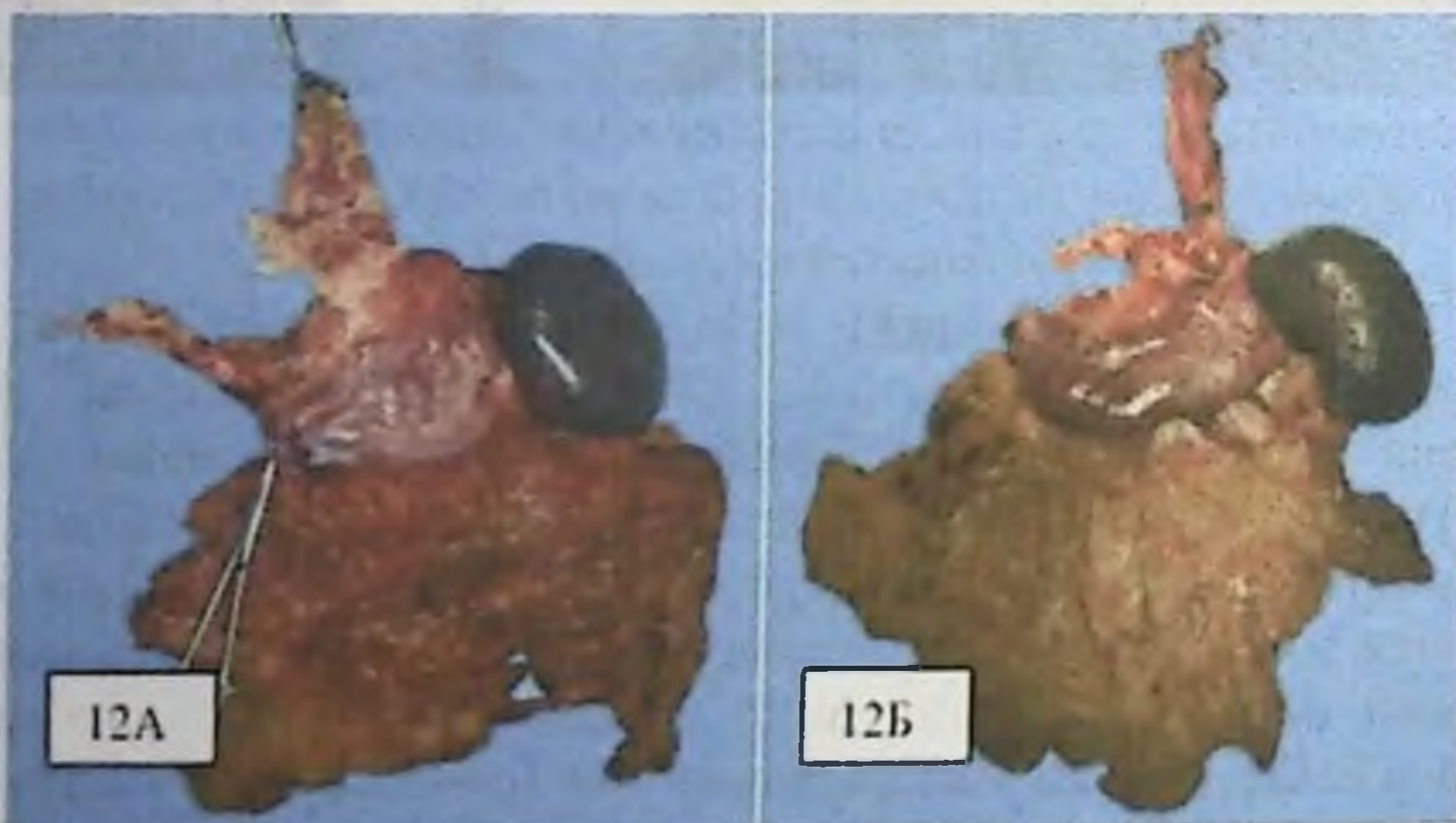
Rasm 10. Yo'g'on ichak va qizilo'ngachni mahkamlaydigan iplar bog'langan. Ular yo'g'on ichakni plevra bo'shlig'iga o'tkazishda o'tkazgich rolini o'ynaydi.

Ko'krak qafasi bosqichi. 5-chi qovurg'alararo soha bo'ylab yon torakotomiya amalga oshiriladi. Qizilo'ngachni mediastinal limfa tugunini ajratish bilan mobilizatsiya qilish tugallangandan so'ng, qizilo'ngach-diafragma boylami ajratiladi, shundan so'ng yo'g'on ichak transplantati diafragma oynasi orqali o'ng plevra bo'shlig'iga olib o'tiladi va uning o'qi atrofida buralishining oldi olinadi. Qizilo'ngach traxeya segmenti darajasida kesilib, shilliq qavatining ozgina ortiqcha qismi qoladi. Qizilo'ngach ko'krak qismining tipik transtorasik rezektsiyasidan so'ng jarrohlik maydonining yakuniy ko'rinishi rasmda ko'rsatilgan (rasm 11).



Rasm 11. Ikki tomonlama mediastinal limfa tugunlari bilan qizilo'ngach ko'krak qismining rezektsiyasidan keyin jarrohlik maydonining ko'rinishi.

12-rasmda qizilo'ngach ko'krak qismining rezektsiyasi (12A) bilan suprapilorik gastrektomiyadan so'ng va qizilo'ngach ko'krak qismi rezektsiyasi bilan umumiy gastrektomiyadan keying makropreparat ko'rsatilgan (12B-rasm).



Rasm 12A. I.Lyuis amaliyotidan keyingi qizilo'ngach ko'krak qismining rezektsiyasi bilan suprapilorik gastrektomiyadan keyin "en blok" preparati.

Rasm 12B. I.Lyuis amaliyotidan keyingi qizilo'ngach ko'krak qismining rezektsiyasi bilan oshqozon ekstirpatsiyasidan keyingi preparat.

Qizilo'ngach-oshqozon birikmasi (Z-chiziq) o'simtasini jarrohlik davolash usulini tanlash uning joylashuvi bilan belgilanadi va Siewert tasnifiga asoslanadi:

- **I turi** - qizilo'ngachning distal adenokarsinomasi (ko'pincha Barrett qizilo'ngachi bilan bog'liq), uning markazi Z-chiziqdan 1-5 sm balandlikda joylashgan;

- **II tur** - qizilo'ngach-oshqozon birlashma zonasining haqiqiy adenokarsinomasi (kardiyaning haqiqiy saratoni), o'simta markazi Z-chiziqdan 1 sm yuqorida va 2 sm pastda joylashgan;

- **III turi** - oshqozonning subkardial qismida Z-chiziqdan 2 dan 5 sm gacha pastda joylashgan.

Siewert I turida Lyuis operatsiyasi amalga oshiriladi (ochiq yoki minimal invaziv yondashuv yordamida). Istisno hollarda, torakotomiya qilish mumkin bo'lmagan bemorlarda qizilo'ngachning transdiafragmal rezektsiyasi amalga oshirilishi mumkin. Siewert I bo'lsa, radikal jarrohlik uchun zaruriy shart D2 hajmida yuqori qorin bo'shlig'i limfa tugunlari va ikki tomonlama mediastinal limfa tugunlari 2F disseksiyasini bajarishdir.

Siewert II da o'simta qizilo'ngachga 3 sm gacha cho'zilgan holda, transdiafragmal proksimal gastrektomiya keng diafragmotomiya, pastki ko'ks oralig'idan traxeya bifurkatsiyasi darajasiga qadar limfa tugunlari disseksiyasi va ko'ks oralig'ida yuqori anastomoz bilan amalga oshiriladi. Shu bilan bir qatorda, torakotomiya usullaridan foydalanish mumkin, garchi bunday operatsiyalar texnik jihatdan murakkabroq bo'lsa va operatsiyadan keyingi asoratlar xavfi ortishi bilan bog'liq. Bugungi kunga kelib, torakotomiya operatsiyalarini bajarish va limfa tugunlari disseksiyasini bifurkatsiya darajasidan yuqorida bajarish uzoq muddatli davolanish natijalarini yaxshilashi haqida aniq dalillar yo'q. Siewert II o'simtasi qizilo'ngachga 3,0 sm dan oshsa, jarrohlik davolash taktikasi Siewert I o'smasi bo'lgan bemorlarga o'xshaydi.

Qizilo'ngach saratonining IIB-III bosqichlarida (T1-2N1-3M0, T3N0-3M0) davolash natijalarini, bemorning yashash ko'rsatkichini yaxshilash uchun jarrohlik davolashni dori va radiatsiya terapiyasi (operatsiyadan oldingi kimyoterapiya, operatsiyadan oldingi nur terapiya) yoki mustaqil kimyoviy terapiya (jarrohlik davolashga qarshi

ko'rsatmalar bo'lsa, qizilo'ngach bo'yin qismi o'smalari uchun) bilan kombinatsiyasi qo'llaniladi.

c. Operatsiyadan oldingi (neoadyuvant) kimyoterapiya

Qizilo'ngach saratonida operatsiyadan oldingi kimyoterapiyaning roli munozarali bo'lib qolmoqda. Randomizatsiyalashgan tekshiruvlarning meta-tahlili qizilo'ngach adenokarsinomasida uni qo'llashdan statistik jihatdan muhim foyda ko'rsatdi, skuamoz hujayrali karsinomada esa foyda minimal bo'lgan, shuning uchun skuamoz hujayrali karsinoma bilan og'rikan bemorlarga operatsiyadan oldingi kimyoterapiya mumkin bo'lmasa, operatsiyadan oldin kimyoterapiya tavsiya etilishi mumkin. Qizilo'ngach pastki ko'krak qismi yoki qizilo'ngachning adenokarsinomasi uchun optimal kurs 6 kurs (18 hafta) perioperativ kimyoterapiya bo'lib, unda jarrohlikdan oldin 2-3 kimyoterapiya kursi va undan keyin 3-4 kurs buyuriladi.

Qizilo'ngach va qizilo'ngach-gastral birikmaning metastatik saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga FLOT rejimida perioperativ kimyoterapiya (ftorouratsil 2600 mg/m² + kaltsiy folinat 200 mg/m² + oksaliplatin 85 mg/m² + dosetaxel har bir kurs 5 mg/m² operatsiyadan oldin va keyin) o'simtaning to'liq patomorfologik regressiyasiga erishish chastotasini oshirish va umr ko'rish davomiyligini oshirish uchun tavsiya etiladi. Qizilo'ngach saratonida operatsiyadan oldingi kimyoterapiyaning roli munozarali bo'lib qolmoqda. Bir qator tadqiqotlar uzoq muddatli davolanish natijalarida sezilarli yaxshilanishni ko'rsatdi, boshqa tadqiqotlar esa bu ma'lumotlarni tasdiqlamadi. Ko'pgina tadqiqotlar kimyo-radioterapiya olgan bemorlar guruhida operatsiyadan keyingi o'limning statistik jihatdan sezilarli o'sishini qayd etdi. Biroq, bir qator meta-tahlillar qizilo'ngachning skuamoz hujayrali karsinomasida ham, adenokarsinomada ham uni amalga oshirishdan statistik jihatdan muhim foyda ko'rsatadi. Operatsiyadan oldin 1-2 kimyoterapiya kursini o'tkazish mumkin, bu ko'pchilik bemorlarda disfagiyaning kamaytirishiga va radiatsiya terapiyasini oldindan rejalashtirishga imkon beradi. Optimal - 6-18 MEV s energiyaga ega chiziqli tezlatgichlarda 3D-konformal tashqi nurli nurlanish terapiyasi ROD 1,8-2 Gy va SOD - 44-45 Gy gacha. Radiatsiya bilan bir vaqtda kimyoterapiya platina mahsulitlari, paklitaksel yoki ftorouratsil kabi rejimlar bilan amalga oshiriladi (10-jadval). Jiddiy disfagiya bo'lsa,

nurlanishdan oldin qizilo'ngachning endoskopik elektrokeanalizatsiyasi yoki argon plazmasining rekanalizatsiyasi yoki punksiyon mikrogastrostomiyasi amalga oshiriladi. Kuchli disfagiya uchun yuqoridagi usullarga alternativa 2 ta kimyoterapiya kursi bo'lib, bu odatda disfagiyaning pasayishiga olib keladi. Disfagiyani tuzatish uchun kimyoradioterapiya oldidan qizilo'ngach stentini qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki bu nurlanish paytida o'simta teshilishi xavfini oshiradi. Kimyoradioterapiya ko'pincha radiatsion ezofagitining rivojlanishi va disfagiyaning kuchayishi bilan murakkablashadi, bu esa bemorning ozuqaviy tanqisligini kuchaytiradi va davolanishga chidamliligini yomonlashtiradi. Bunday hollarda parenteral oziqlantirishga qisman yoki to'liq o'tish va vaqtincha punksiyon mikrogastrostomiya qo'yish mumkin. Oziqlanish holatining yomonlashuvi va unga bog'liq bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun ovqatlanishni qo'llab-quvvatlashni kimyoviy terapiya bilan bir vaqtda boshlash kerak.

Operatsiya odatda kimyoterapiya tugaganidan keyin 6 hafta o'tgach amalga oshiriladi.

Qizilo'ngachning T1N1 va N2-3N0-1 o'simtasi saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga operatsiyadan oldingi kimyoviy terapiya tavsiya etiladi: 5 haftalik nurlanish fonida haftada 50 mg / m² paklitaksel va karboplatinni AUC2 IV dozasida yuborish umumiy 5 yillik yashovchanlikni yaxshilash uchun terapiya (SOD 41 Gy, ORD 1,8 Gy haftasiga). Kimyoradioterapiyadan so'ng to'liq klinik javobga erishilgan skuamoz hujayrali karsinoma bilan og'riqan bemorlarda ham jarrohlik davolash, ham dinamik kuzatish mumkin. Operatsiyadan keyingi (adjuvant) qizilo'ngach va/yoki kardial qism saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlar uchun kimyoterapiya R0 rezektsiyasini o'tkazgandan so'ng, qizilo'ngachning adenokarsinomasi bo'lgan pTanyN1-3M0 yoki pT3-4N0M0 bosqichini qabul qilmagan bemorlarda bemorning yashovchanligiga ijobiy ta'sir ko'rsatmaganligi sababli, operatsiyadan oldingi davolashda, oshqozon saratonini davolash tamoyillariga muvofiq yordamchi kimyoterapiya o'tkazish masalasi ko'rib chiqilishi mumkin.

Qizilo'ngach saratoni uchun operatsiyadan keyingi kimyoradioterapiya umumiy ahvoli qoniqarli bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi, bu bemorning yashovchanligini yaxshilash uchun mikro- yoki

makroskopik qoldiq o'simta (R1 yoki R2 rezektsiyasidan keyin) mavjud bo'lgan holatda ma'qul keladi. Mustaqil kimyoterapiyaga o'xshash rejimlar va dozalar (pastga qarang), mustaqil radiatsiya terapiyasi (kimyoterapiyasiz) neoadjuvan, yordamchi yoki mustaqil davolash sifatida N1-3T qizilo'ngach saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga har qanday M0 radiatsiya terapiyasining samaradorligi pastligi sababli tavsiya etilmaydi (masofali terapiya, brakiterapiya) mustaqil ravishda palliativ terapiya sifatida ishlatilishi mumkin.

Qizilo'ngach saratoni mahalliy qaytalanganda davolash natijalarini yaxshilash uchun takroriy jarrohlik davolash va (yoki) kimyoterapiya (agar ilgari o'tkazilmagan bo'lsa) tavsiya etiladi. Agar qizilo'ngach saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga takroriy jarrohlik davolash tizimli kimyoterapiya o'tkazishning iloji bo'lmasa tavsiya etiladi. Murakkab klinik holatlarda davolash natijalarini yaxshilash uchun davolash taktikasini tanlash ko'p tarmoqli kengashda jarroh, radioterapevt va kimyoterapiyaga ixtisoslashgan onkolog ishtirokida klinik ko'rinishni aniqlagan holda operatsiyadan oldingi tekshiruv natijalari va kasallikning bosqichiga ko'ra belgilanadi.

Rezektsiya qilib bo'lmaydigan mahalliy rivojlangan qizilo'ngach saratoni uchun, shuningdek, supraklavikulyar limfa tugunlariga metastazlar tufayli IV bosqichli bemorlarda natijalarni yaxshilash uchun mustaqil kimyoterapiya tavsiya etiladi (10-jadval). Qizilo'ngach o'smalari bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun (jarayonning ko'lami, yoshi yoki yo'ldosh kasalliklar tufayli) davolashning asosiy usuli jarrohliksiz kimyoterapiya hisoblanadi. Jarrohlik davolashga qarshi ko'rsatmakar mavjudligi to'g'risida qaror faqat onkolog ishtirokida jarroh, terapevt, anesteziolog, reanimatolog konsultatsiyadan keyin qabul qilinadi.

Supraklavikulyar limfa tugunlarida morfologik jihatdan tasdiqlangan metastazlar uchun mustaqil kimyoterapiya ham tanlanadi. Mustaqil usullar sifatida qo'llaniladigan sisplatin asosidagi kimyoterapiya va fluorouratsil infuziyasi va jarrohlik davolashning (kimyoviy terapiyasiz) samaradorligi va toksikligini to'g'ridan-to'g'ri qiyosiy o'rganishda uzoq muddatli natijalarda farqlar olinmadi, ammo konservativ davodan keyin toksiklik va o'lim sezilarli darajada past bo'lgan. Qizilo'ngach bo'yin qismining mahalliy saratoni bilan og'rigan bemorlar uchun kimyoterapiya tanlangan davo hisoblanadi.

Radioterapiyada SOD 52-56 Gy ga etishi mumkin bo'lgan qizilo'ngach bo'yin qismi o'smalari bundan mustasno, SOD ning 56 Gy dan oshishi yaxshi natijalarga olib kelmaydi, faqat o'limni oshiradi. Ba'zi hollarda zamonaviy radiatsiya terapiyasini (IMRT, VMAT) o'tkazishda SOD 60 Gy ga oshirilishi mumkin. Izolyatsiya qilingan supraklavikulyar limfa tugunlari zararlangan bo'lgan tanlangan bemorlarda operatsiyadan oldingi kimyoterapiyadan keyin jarrohlik davolash ko'rib chiqilishi mumkin. Tr.coeliacus limfa tugunlarining shikastlanishi ham jarrohlik davolash to'g'risida qaror qabul qilingan kimyoradiyatsion terapiyaga qarshi ko'rsatma emas.

Qizilo'ngachning asoratlangan oqmasi (qizilo'ngach-mediastinal, qizilo'ngach-traxeya va qizilo'ngach-bronxial oqmalar) bo'lsa, bu kimyoterapiyani amalga oshirishni imkonsiz qiladi, kombinatsiyalangan operatsiyani bajarish mumkin.

Qizilo'ngach saratonining IV bosqichida (supraklavikulyar limfa tugunlariga metastazlar bundan mustasno) palliativ kimyoterapiya yoki simptomatik davolash tavsiya etiladi. Metastatik qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy maqsadlari o'sma o'sishi natijasida kelib chiqadigan simptomlarni bartaraf etish va umr ko'rish davomiyligini oshirish orqali hayot sifatini yaxshilashdir.

Bemorlarning ushbu toifasida turli xil kimyoterapiya rejimlarining samaradorligini baholash, ayniqsa skuamoz hujayrali karsinoma bo'yicha randomizatsiyalangan tadqiqotlar yo'qligi sababli qiyin. Xuddi shu sababga ko'ra, simptomatik terapiya bilan solishtirganda, kimyoterapiyaning foydasini baholash qiyin. Kimyoterapiya bemorning etarli ovqatlanishini qiyinlashtiradigan og'ir (III-IV daraja) disfagiya bo'lmasa, umumiy ahvoli qoniqarli (EKOG shkalasi 0-2 ball) bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. Ikkinchi holda, qizilo'ngachning o'tkazuvchanligini tiklashni ko'rsatadi (stentlash, rekanalizatsiya). I-II darajali disfagiya uchun kimyoterapiya birinchi kursning oxiriga qadar bir qator bemorlarda uning og'irligini kamaytirishi mumkin.

Ikkala gistologik variant uchun ham eng samarali dorilar sisplatin, fluorourasil va taksanlardir. Oksaliplatin, irinotekan va trastuzumab (HER2 haddan tashqari ekspressiyasi bilan) adenokarsinomalar uchun ham samarali. IV bosqichdagi adenokarsinomalarni davolash qizilo'ngach va qizilo'ngach-oshqozon saratonini davolash tamoyillariga muvofiq amalga oshiriladi.

Kimyoterapiyaning asosiy sxemalari qizilo'ngach saratonini davolashda yakka o'zi yoki radiatsiya terapiyasi bilan birgalikda qo'llaniladi

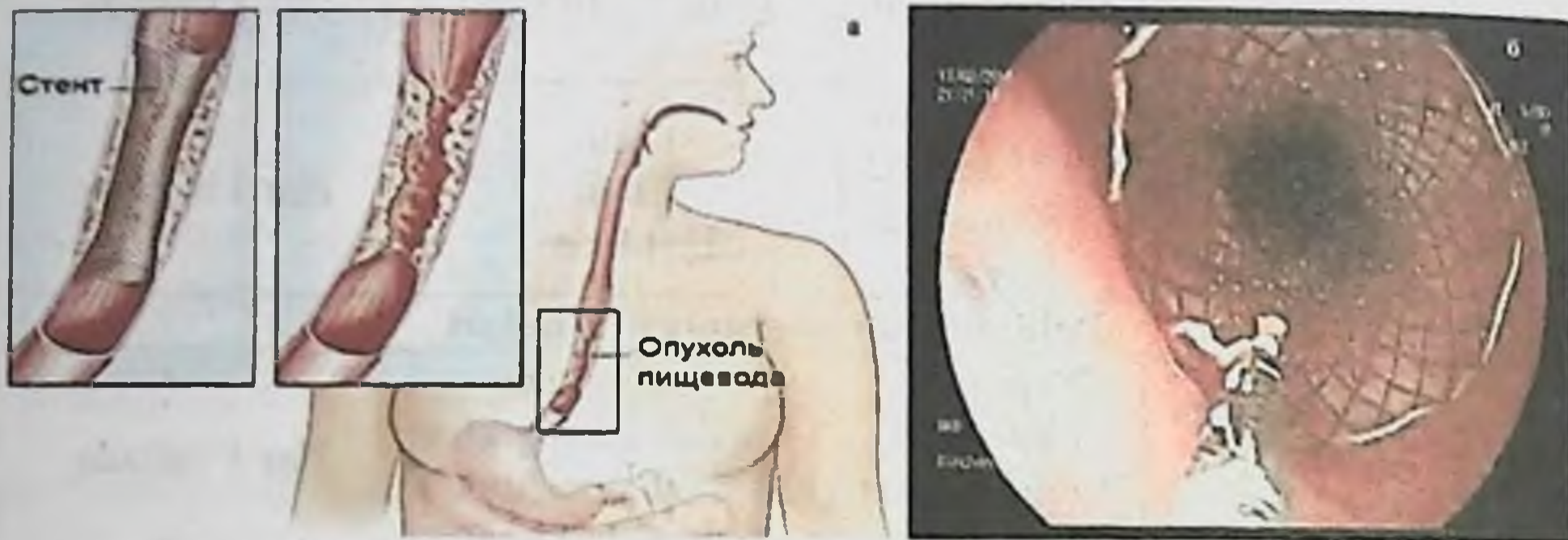
Sxema	Yagona doza	Tanitish kunlari	Takroriylik (tsikllik)
Bir vaqtning o'zida kimyoterapiya			
Sisplatin, Ftorouratsil	75 mg/m ² Kuniga 750 mg/m ²	1 kun 1 □ 4 kun (96 soat infuzion)	Har 3-4 haftada
Sisplatin kapesitabin	75 mg/m ² Kuniga 1600 mg/m ²	1 kun 1 □ Har haftaning 5 kuni	Har 3-4 haftada
Paklitaksel karboplatin	50 mg/m ² AUC 2	1 kun 1 kun	Haftalik
Pastki torakal qizilo'ngachning adenokarsinomalari uchun operatsiyadan oldingi yoki perioperativ kimyoterapiya			
FLOT: Dosetaksel Oksaliplatin Kaltsiy folinat Ftorouratsil	50 mg/m ² 85 mg/m ² 200 mg/m ² 2600 mg/m ²	1-kun 1-kun 1-kun, 24 soatlik infuzion	Har 2 haftada (operatsiyadan oldin va keyin 4 kurs, afzalroq rejimi)
DCF: Dosetaksel Sisplatin Ftorouratsil	75 mg/m ² 75 mg/m ² 750 mg/m ² /kun	1-kun 1-kun 1 kundan 5 kungacha (120 soatlik inf. zia, kuniga 24 soatlik infuzion)	Har 3 haftada
mDCF: Dosetaksel sisplatin Kaltsiy folinat Ftorouratsil Ftorouratsil	40 mg/m ² 40 mg/m ² 400 mg/m ² 2000 mg/m ² (ko'ra kuniga 1000 mg/m ²) 400 mg/m ² i.v. reaktiv	1-kun 1-kun 1-kun 1 □ 2-kun, 24 soatlik infuzion 1-kun	Har 2 haftada

10-jadvalning davomi

Sisplatin Ftorouratsil	75 mg/m ² Kuniga 1000 mg/m ²	1 kun 1□4 kun (120 soat infuzion)	Har 3 haftada
Sisplatin kapesitabin	75 mg/m ² Kuniga 2000 mg/m ²	1 kun 1□14 kun	Har 3 haftada
Dosetaksel sisplatin kapesitabin	60-75 mg/m ² 60-75 mg/m ² 1650 mg/m ² kuniga	1 kun 1 kun 1□14 kun	Har 3 haftada
Palliativ kimyoterapiya rejimlari			
Docetaxel Cisplatin Fluorouracil Filgrastim	75 mg/m ² 75 mg/m ² 750 mg/m ² /kun 5 mkg/kg	1-kun 1-kun 1 kundani 5 kungacha (120 soatlik ma'lumot. Ziyoy) 6□12 kun	Har 3 haftada
Dosetaksel Oksaliplatin Kaltsiy folinat Ftorouratsil	50 mg/m ² 85 mg/m ² 200 mg/m ² 2600 mg/m ² (jami)	1-kun 1-kun 1-kun 1-kun, 24 soatlik infuzion	Har 2 haftada (agar adenokarsinomalar)
mDCF: Dosetaksel sisplatin Kaltsiy folinat Ftorouratsil	40 mg/m ² 40 mg/m ² 400 mg/m ² 2000 mg/m ² (ko'ra kuniga 1000 mg/m ²) 400 mg/m ² IV bolus	1-kun 1-kun 1-kun 1□2-kun, 48 soatlik infuzion 1-kun	Har 2 haftada
Paklitaksel Karboplatin	175 mg/m ² AUC 5	1 kun 1 kun	Har 3 haftada
Sisplatin kapesitabin	75 mg/m ² Kuniga 2000 mg/m ²	1 kun 1□14 kun	Har 3 haftada
Oksaliplatin kapesitabin	130 mg/m ² Kuniga 2000 mg/m ²	1 kun 1□14 kun	Har 3 haftada
Dosetaksel	60□75 mg/m ²	1 kun	Har 3 haftada
Dosetaksel sisplatin	75 mg/m ² 75 mg/m ²	1 kun	Har 3 haftada

d. Simptomatik va qo'shimcha terapiya

O'simta stenoz bo'lgan radikal operatsiyaga ko'rsatmasi bo'lmagan bemorlarda o'simta stenoz zonasiga o'z-o'zidan kengayadigan stentni o'rnatish yoki davolash samaradorligini va xavfsizligini oshirish uchun gastrostomiya tavsiya etiladi (12-rasm).



Rasm 12. Qizilo'ngachni stentlash: a) protsedura sxemasi; b) qizilo'ngachga o'rnatilgan stentning endoskopik rasmi

Kimyoterapiyaga nomzod bo'lgan bemorlarda disfagiyaning tuzatish uchun ozuqaviy enterostomiya yoki jejunostomiyani shakllantirishni ko'rib chiqish tavsiya etiladi, chunki stent o'rnatilishi asoratlar xavfining oshishi bilan bog'liq. Disfagiyaning yo'q bo'lishi davolanishning barcha bosqichlarida sodir bo'lishi mumkin va turli xil yondashuvlar bilan erishiladi: endoskopik muolajalar (balon dilatatsiyasi, elektro-, argon-plazma yoki lazerli yo'q qilish, intraluminal o'z-o'zidan kengayadigan stentlarni joylashtirish), radiatsiya terapiyasi (tashqi nur yoki brakiterapiya). Endoskopik rekanalizatsiya tez, ammo qisqa muddatli ta'sir qilishni ta'minlaydi va yaqin kelajakda samarali davolash boshlanadigan (jarrohlik, kimyoterapiya, radiatsiya terapiyasi) hollarda mos keladi. Kimyoterapiya uchun rejalashtirilgan o'simta stenoz bo'lgan bemorlarga stent qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki bu teshilish xavfining oshishi bilan bog'liq. Bunday hollarda disfagiyaning tuzatish variantlari quyidagilardan iborat:

- a) argon plazmali koagulyatsiyasi,
- b) punktsion gastrostomiya;
- c) neoadjuvant kimyoterapiyaning 1-2 kursini o'tkazish.

Radikal jarrohlik davolash yoki mustaqil kimyoterapiya (CRT) rejalashtirilmagan hollarda, disfagiyaning tuzatishning eng maqbul variantlari qizilo'ngachni stentlash yoki brakiterapiya hisoblanadi. Brakiterapiya va stentlashni to'g'ridan-to'g'ri qiyosiy o'rganish natijalariga ko'ra, oxirgi variant istalgan effektga tezroq erishishga imkon beradi, ammo uzoqroq

kuzatuv davri bilan asoratlarning chastotasi (stent migratsiyasi, og'riq, teshilish, gastroezofagial reflyuks) yuqoriroq, disfagiya yo'qligi chastotasi esa biroz yuqoriroq edi. Qizilo'ngach-bronxial yoki mediastinal oqma paydo bo'lganda, yopiq stentlarni joylashtirish bemorlarning 70-100 foizida ushbu asoratlarni to'xtatishga imkon beradi.

e. Diyeta terapiyasi

Qizilo'ngach va/yoki kardiya saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarda davolash natijalarini va bemorning yashovchanlik ko'rsatkichini yaxshilash uchun ovqatlanish holatini baholash asosida radikal va palliativ davolashni rejalashtirishda enteral va parenteral ovqatlanish tavsiya etiladi. NRS-2002 shkalasiga ko'ra, ozuqaviy yordam ≥ 3 ball bilan belgilanadi. Qorin bo'shlig'i organlariga keng qamrovli aralashuv - 2 ball. 70 yoshdan oshganlar uchun yana 1 ball yoki 3 oy davomida 5% vazn yo'qotish. (Boshlang'ich tana vazni 70 kg bo'lganda 3,5 kg) yoki normal ovqatlanish ehtiyojlarini 70% yoki undan kamroq qondirish. Oziqlanish yordami kuniga 1g/kg protein iste'moli va kuniga 20-30 kkal/kg energiya iste'moli asosida belgilanadi. Maxsus terapevtik oziqlantirish mahsulotlarini qo'llash mumkin: enteral oziqlanish uchun yuqori protein va energiya tarkibiga ega bo'lgan ozuqaviy aralashmalar, kuniga 2-3 ta portsiyani yutish orqali. Oziqlanishning og'ir tanqisligi bo'lgan bemorlarni oldindan dietolog, reanimatolog yoki klinik ovqatlanish bo'yicha mutaxassis bilan maslahatlashish uchun aniqlash va ovqatlanish holatini to'g'rilashning yanada intensiv dasturini, shu jumladan parenteral ovqatlanishni qo'llash to'g'risida qaror qabul qilish kerak. Bu guruhga tana massasi indeksi TMI $< 18,5$ bo'lgan bemorlar kiradi; tana vaznining bir oyda 5% dan ortiq yoki 3 oyda 15% dan ortiq yo'qolishi; to'g'ri ovqatlanish talabining 25% dan kamrog'ini iste'mol qilish. \geq III darajali disfagiya bilan og'riq bemorlar bir xil guruhga kiritilishi kerak. Bemorlarning ushbu toifasi suv va elektrolitlar muvozanatini to'g'irlash uchun intensiv infuzion terapiyani qabul qilishi mumkin.

f. Og'riqni davolash

Qizilo'ngach va/yoki kardil qism saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarda og'riqni davolash uchun ko'p komponentli uch bosqichli dori terapiyasi va lokal og'riqsizlantirish tavsiya etiladi. Og'riq sindromining sababiga qarab, parvarishlash terapiyasining maqsadi kasallikning alomatlarini oldini olish va bartaraf etish, kasallikning bosqichidan va boshqa terapiya turlariga bo'lgan ehtiyojdan qat'iy nazar, bemorlarning hayot sifatini saqlab qolishdir. Qizilo'ngach saratoni holatida asosiy simptomlarni bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar umr ko'rish davomiyligini oshirishga yordam beradi.

TIBBIY REABILITATSIYA, TIBBIY KO'RSATMALAR VA REABILITATSIYA USULLARINI FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR

Qizilo'ngach va/yoki kardiya saratoni tashxisi qo'yilgan barcha bemorlar, o'ziga xos o'smaga qarshi davolash uchun nomzodlar, hayot sifatini yaxshilash uchun jarrohlik va/yoki kimyoterapiyadan keyin bemorlarni reabilitatsiya qilishning umumiy tamoyillariga e'tibor qaratgan holda reabilitatsiyadan o'tishlari tavsiya etiladi.

Oldindan reabilitatsiya. Funktsional tiklanishni tezlashtirish, kasalxonada qolish muddatini qisqartirish va asoratlarni kamaytirish uchun qizilo'ngachning xavfli o'smalari bo'lgan barcha bemorlarga oldindan reabilitatsiya qilish tavsiya etiladi. Kardiorespirator mashqlar va jismoniy holatni optimallashtirish funktsional tiklanishni tezlashtirishi, kasalxonada qolish muddatini qisqartirishi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlarni va o'lim holatlarini kamaytirishi mumkinligi haqida dalillar mavjud. Pre-reabilitatsiya jismoniy tarbiya (PT), psixologik yordam, ovqatlanish holatini tuzatish va bemorni o'qitishni o'z ichiga oladi. Qizilo'ngach va/yoki kardiya saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarga davolanish natijalarini yaxshilash va asoratlarni kamaytirish uchun operatsiyadan 2 oy oldin chekish va spirtli ichimliklarni optimal ravishda tashlash kerakligi haqida xabardor qilish tavsiya etiladi. Jismoniy mashqlar terapiyasi bo'yicha mutaxassis yoki uyda (aerob va anaerob mashqlari bilan o'rtacha intensivlikdagi jismoniy faollik majmuasi) kuniga kamida 15 daqiqa, haftasiga 6-7 marta, qo'shimcha ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash, tashvish va depressiyani engish uchun tibbiy psixolog bilan ishlash operatsiyadan kamida 14 kun oldin boshlanadi.

g. Jarrohlik davolash paytida reabilitatsiya

Jarrohlik davolash paytida reabilitatsiyaning birinchi bosqichi. Kasallik bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik davolashni rejalashtirish va amalga oshirishda qizilo'ngach va/yoki kardiya saraton tashxisi bilan bemorni xabardor qilish va jarrohlik amaliyotiga tayyorlash, muntazam foydalanishdan bosh tortish choralarini o'z ichiga olgan tezkor reabilitatsiya va ERAS protokollariga rioya qilish

tavsiya etiladi. Isbotlangan samaradorlikka ega bo'lmagan invaziv muolajalar (ichaklarni mexanik tozalash, erta kasalxonaga yotqizish, operatsiyadan oldingi ro'za tutish), murakkab behushlik, maxsus anesteziya protokollari, kateter va drenajlardan muntazam foydalanishni rad etish, bemorlarni operatsiyadan keyingi birinchi kundan ikkinchi kungacha erta safarbar qilish (faollashtirish va vertikkallashtirish). Ushbu protokollar xavfsiz, kasalxonada qolish muddatini qisqartiradi, jarrohlikdan tashqari asoratlarni sonini kamaytiradi va operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy sonini ko'paytirmaydi.

Oshqozon-ichak trakti (GIT) harakatchanligini tiklashni tezlashtirish va asoratlarni oldini olish uchun 3-6 kunlarda hajmni bosqichma-bosqich oshirish va oqsil va energiya iste'mol qilish uchun maqsadli darajaga erishish bilan (birinchi 24 soat ichida) erta enteral ovqatlanish tavsiya etiladi. Og'iz orqali yoki nazoenteral ovqatlanish o'rtasidagi tanlov hali aniq emas. Cheklangan miqdordagi tadqiqotlarda erta og'iz orqali oziqlantirish asoratlarni yoki kasalxonaga yotqizish davomiyligini oshirmadi. Og'iz orqali oziqlantirish imkoni bo'lmasa, operatsiya vaqtida o'rnatilgan naycha yoki mikroyeyunostomiya orqali ovqatlanishni tashkil qilish mumkin. Har qanday kirish yo'li bilan enteral ovqatlanish oshqozon-ichak traktining harakatchanligini tiklashni tezlashtirish va asoratlarni oldini olish nuqtai nazaridan parenteral ovqatlanishdan afzalliklarga ega.

Davolash natijalarini va bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun operatsiyadan keyingi erta davrda multimodal multidisiplinar og'riqsizlantirish juda muhimdir. Analgetik farmakoterapiya, fizioterapiya, mashqlar terapiyasi, pozitsion davolash, psixologik tuzatish, transkutan elektr stimulyatsiyasi va akupunkturdan foydalanishning kombinatsiyasi yaxshi natijalar berishi mumkin.

Jarrohlik davolash paytida reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi. Jismoniy mashqlar bilan davolash komplekslarini kuniga 15-30 daqiqa, haftasiga 3-5 marta, keyin davomiyligini bosqichma-bosqich oshirish tavsiya etiladi. Radikal jarrohlik davolash, mutaxassisning tavsiyasiga binoan haftasiga 150 daqiqagacha aerob mashqlari, jismoniy tayyorgarlikni tiklashni optimallashtirish va bemorning hayot sifatini

yaxshilash uchun tibbiy psixolog (shu jumladan guruh mashg'ulotlari) bilan ishlash.

Jarrohlik davolash paytida reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi. Remissiya davridagi bemorlar uchun tana vaznini barqaror ushlab turish, ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash, tibbiy psixolog bilan mashg'ulotlar, faol turmush tarzi va muntazam jismoniy mashqlar terapiyasini o'z ichiga olgan kompleks dasturdan foydalanish tavsiya etiladi (asta-sekin o'rtacha darajaga ko'tariladigan past intensivlikdagi aerobik mashqlar). Kardiorespirator chidamlilik va hayot sifatini yaxshilash maqsadida intensivligi yuqori aerobik mashqlar bajarish tavsiya qilinadi. Bu umumiy yashovchanlikni yaxshilashi mumkinligi haqida dalillar mavjud. Oziq-ovqatlarni etarli darajada iste'mol qilmasa va nazoratsiz malabsorbtsiya bo'lsa, davolanish natijalari va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun uyda ovqatlanishni davom ettirish kerak.

h. Kimyoterapiya paytida reabilitatsiya.

Yordamchi kimyoterapiya olgan bemorlarga zaiflikni kamaytirish va bemorlarning hayot sifati va psixologik farovonligini yaxshilash uchun og'irlik ko'taruvchi mashqlar tavsiya etiladi. Kimyoterapiya vaqtida jismoniy faollikni erta boshlash mushaklar kuchsizligini, sarkopeniyaning boshlanishi va rivojlanishini va jismoniy mashqlar tolerantligini pasayishini oldini olishga yordam beradi. Zaiflikni kamaytirish, hayot sifatini va psixologik holatni yaxshilash uchun psixologik yordam bilan mashqlar terapiyasining kombinatsiyasi tavsiya etiladi.

Kimyoterapiya olgan bemorlar uchun 6 haftalik piyoda yurish kursini belgilash maqsadga muvofiqdir, bu ko'p markazli randomizatsiyalangan tekshiruvlarga asoslangan bo'lib, polinevopatiyaning klinik ko'rinishini nazorat qilishga yordam beradi. Kimyoterapiya vaqtida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishining oldini olish uchun past intensiv lazer terapiyasini buyurish mumkin.

PROFILAKTIKA VA DISPANSER KUZATISH, TIBBIY KO'RSATMALAR VA FOYDALANISHGA QARSHI KO'RSATMALAR, OLDINI OLISH USULLARI

Qizilo'ngach saratoni rivojlanishining oldini olish uchun qizilo'ngach shilliq qavatining termal va mexanik shikastlanishini, chekish va spirtli ichimliklarni to'xtatishni, fon va prekanseroz kasalliklarni o'z vaqtida davolash (Barrett qizilo'ngach, GERK, kardiya axialaziyasi, qizilo'ngach strikturalari) tavsiya etiladi. Shu jumladan intraluminal endoskopik aralashuvlardan foydalanish mumkin. Yuqori xavfli Barrett qizilo'ngachi (o'lchami 1 sm dan katta) bo'lgan bemorlarda xavfli o'sma xavfini kamaytirish uchun proton nasos ingibitorlarini yuqori dozada (kuniga 80 mgesomeprazol) monoterapiya yoki qarshi ko'rsatma bo'lmasa atsetilsalitsil kislotasi (kuniga 300 mg) bilan birgalikda qabul qilish tavsiya etiladi. Biroq, qizilo'ngachning skuamoz hujayrali karsinomasining oldini olishda turli xil aralashuvlarning aniq hissasini baholash, yaxshi ishlab chiqilgan populyatsiyaga asoslangan tadqiqotlar yo'qligi sababli qiyin.

Qizilo'ngach saratonini davolashni tugatgandan so'ng, kasallikning rivojlanishini erta aniqlash, kimyoterapiyani erta boshlash, o'smaning qaytalanishi va metaxron o'smalarni aniqlash uchun qayta operatsiya qilish uchun quyidagi nazorat tekshiruvlari chastotasiga rioya qilish tavsiya etiladi:

- radikal davolanishdan (jarrohlik yoki kimyoterapiya) so'ng bemorlar - birinchi 2 yilda har 3-6 oyda, keyingi 3-5 yilda har 6-12 oyda, keyin har yili;

- shilliq qavatining endoskopik rezektsiyasi yoki shilliq osti disseksiyasi o'tkazilgan erta saraton bilan og'rigan bemorlar - birinchi yilda har 3 oyda, ikkinchi va uchinchi yillarda har 6 oyda, keyin har yili 1 marta endoskopiya tekshiruvi.

Tekshiruv doirasi:

- kasallik tarixi va fizik tekshiruv;
- Birlamchi o'simta rezektsiyasidan 3 oy o'tgach endoskopiya, keyin 3 yil davomida yiliga 2 marta, keyin 5 yilgacha yiliga 1 marta;
- Har 3-6 oyda qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolarining ultratovush tekshiruvi, rivojlanish xavfiga qarab;
- har 6 oyda bir marta ko'krak qafasi rentgenogrammasi;

- Operatsiyadan 6-12 oy o'tgach (progressiv xavfga qarab) vena ichiga kontrastli ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ini kompyuter tomografiyasi.

TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH

Tibbiy yordam, klinik tekshiruvlar doirasidagi tibbiy yordam bundan mustasno, 2011 yil 21 noyabrdagi 323-FZ-sonli (2019 yil 25 maydagi tahrirda) "Fuqarolarning sog'lig'ini muhofaza qilish asoslari to'g'risida" Federal qonuniga muvofiq Rossiya Federatsiyasida tashkil etilgan va taqdim etilgan:

1) vakolatli federal ijroiya organi tomonidan tasdiqlangan tibbiy yordam turlari bo'yicha tibbiy yordamni tashkil etish to'g'risidagi nizomga muvofiq;

2) Rossiya Federatsiyasi hududida barcha tibbiy tashkilotlar tomonidan bajarilishi majburiy bo'lgan "onkologiya" profilida yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq;

3) ushbu klinik ko'rsatmalar asosida;

4) vakolatli federal ijroiya organi tomonidan tasdiqlangan tibbiy yordam standartlarini hisobga olgan holda.

Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam onkolog va boshqa tibbiy mutaxassislar tomonidan ambulator onkologiya markazida yoki birlamchi onkologiya kabinetida, birlamchi onkologiya bo'limida yoki onkologiya dispanserining ambulatoriya bo'limida ko'rsatiladi.

Agar bemorda qizilo'ngachning onkologik kasalligiga shubha bo'lsa yoki aniqlansa, umumiy amaliyot shifokorlari, mahalliy terapevtlar, umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar), ixtisoslashgan shifokorlar, feldsherlar belgilangan tartibda bemorni ambulator onkologik yordamga maslahat berish uchun yuboradilar. markazga yoki birlamchi onkologiya kabinetiga, tibbiy tashkilotning birlamchi onkologiya bo'limiga unga birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish.

Ambulator onkologiya markazida yoki birlamchi onkologiya kabinetida, tibbiy tashkilotning birlamchi onkologiya bo'limida konsultatsiya konsultatsiya uchun yo'llanma berilgan kundan boshlab 5 ish kunidan kechiktirmay o'tkazilishi kerak. Onkologik ambulatoriya markazida onkolog (agar ambulatoriya onkologiya markazi bo'lmagan taqdirda, birlamchi onkologiya kabineti yoki birlamchi onkologiya

bo'limining onkologi) biopsiya (jarrohlik) materiallarini to'plashni tashkil qiladi, shuningdek tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan boshqa diagnostika tadqiqotlarini o'tkazishni, shu jumladan diagnostika hajmini o'tkazishni tashkil qiladi. onkologik jarayon va kasallikning bosqichi.

Ambulator onkologiya markazini (birlamchi onkologiya bo'limi, birlamchi onkologiya bo'limi) o'z ichiga olgan tibbiy tashkilotdan biopsiya (jarrohlik) materialini olish yoki boshqa diagnostika tadqiqotlarini o'tkazishning iloji bo'lmasa, bemor davolovchi shifokor tomonidan onkologiyaga yuboriladi. dispanser yoki qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotga.

Malign neoplazmani gistologik tekshirish uchun zarur bo'lgan patologik tekshiruvlarni o'tkazish muddati biopsiya (jarrohlik) materiali patologik byuroga (bo'linga) kelib tushgan kundan boshlab 15 ish kundan oshmasligi kerak.

Agar bemorda qizilo'ngachning onkologik kasalligiga shubha bo'lsa va (yoki) shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish paytida aniqlansa, bunday bemorlar qizilo'ngachning onkologik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotlarga yuboriladi, davolash taktikasini va zarurligini aniqlash uchun. ixtisoslashtirilgan antitumor davolashning boshqa usullarini qo'shimcha ravishda qo'llash.

Ambulator onkologiya markazining onkologi (birlamchi onkologiya kabineti, birlamchi onkologiya bo'limi) tashxisni aniqlashtirish uchun bemorni onkologiya klinikasiga yoki qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotlarga yuboradi (agar aniqlashning iloji bo'lmasa). onkologik jarayonning tarqalishi va kasallikning bosqichini o'z ichiga olgan holda, ambulator onkologiya markazi, birlamchi onkologiya bo'limi yoki birlamchi onkologiya bo'limining onkologi tomonidan tashxis qo'yish va ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish.. Tibbiyotda onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga yuqori texnologiyali tibbiy yordam bundan mustasno, ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatishni boshlash sanasi

Qizilo'ngachning onkologik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan tashkilot malign neoplazma gistologik tekshiruvdan o'tkazilgan kundan boshlab 14 kalendar kundan yoki qizilo'ngachning malign neoplazmasi dastlabki tashxis qo'yilgan kundan boshlab 14 kalendar kundan oshmasligi kerak. ambulatoriya sharoitida

patologik va anatomik tadqiqotlar o'tkazish uchun tibbiy ko'rsatmalarning yo'qligi).

Ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam onkologlar, radioterapevtlar tomonidan onkologiya klinikasida yoki qizilo'ngachning onkologik kasalliklari bilan og'riqan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan, litsenziyaga va zarur moddiy-texnik bazaga ega bo'lgan tibbiy tashkilotlarda, sertifikatlangan mutaxassislar tomonidan ko'rsatiladi. statsionar va kunduzgi statsionar sharoitlarda va maxsus usullar va murakkab noyob tibbiy texnologiyalardan foydalanishni talab qiladigan qizilo'ngachning onkologik kasalliklarini oldini olish, tashxislash, davolash, shuningdek tibbiy reabilitatsiyani o'z ichiga oladi.

Qizilo'ngachning onkologik kasalliklari bilan og'riqan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotda tibbiy ko'rikdan o'tkazish va davolash taktikasi zarur hollarda boshqa tibbiyot mutaxassislarini jalb qilgan holda onkologlar va radioterapevtlar kengashi tomonidan belgilanadi. Shifokorlar kengashining qarori protokol bilan rasmiylashtiriladi, shifokorlar kengashi ishtirokchilari tomonidan imzolanadi va bemorning tibbiy hujjatlariga kiritiladi.

Onkologiya sohasida ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotning 24 soatlik yoki kunduzgi statsionariga yotqizish ko'rsatmalari, zarurat tug'ilganda, boshqa tibbiyot mutaxassislarini jalb qilgan holda, onkologlar va radioterapevtlar kengashi tomonidan belgilanadi.

Favqulodda yoki shoshilinch tibbiy muassasada kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) shoshilinch va shoshilinch shaklda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni talab qiladigan qizilo'ngach saratoni asoratlari mavjudligi;
- 2) qizilo'ngach saratoni uchun davolash asoratlari (jarrohlik, radiatsiya terapiyasi, dori terapiyasi va boshqalar) mavjudligi.

Rejalashtirilgan shaklda tibbiy tashkilotda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) 24 soatlik yoki kunduzgi shifoxona sharoitida kuzatuvni talab qiluvchi murakkab interventsion diagnostik tibbiy aralashuvlarni amalga oshirish zarurati;

- 2) 24 soatlik yoki kunduzgi statsionar sharoitda kuzatuvni talab qiladigan maxsus o'smaga qarshi davolash uchun ko'rsatmalar

mavjudligi (jarrohlik, radiatsiya terapiyasi, shu jumladan kontakt, tashqi va boshqa turdagi radiatsiya terapiyasi, dori terapiyasi va boshqalar).

Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish uchun ko'rsatma:

1) 24 soatlik yoki kunduzgi statsionarda davolanish kursini yoki ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlaridan birini tugatish, agar statsionar sharoitda dori-darmonlarni tuzatish va (yoki) tibbiy aralashuvni talab qiladigan davolanish asoratlari bo'lmasa ;

2) bemor yoki uning qonuniy vakili onkologik yordam ko'rsatuvchi tibbiyot tashkiloti kengashi tomonidan belgilanadigan 24 soatlik yoki kunduzgi statsionar sharoitda ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatishdan bosh tortishi, agar asosiy kasallikning asoratlari bo'lmasa va/ yoki statsionar sharoitlarda dori vositalarini tuzatish va/yoki tibbiy aralashuvni talab qiladigan davolanish;

3) bemorni tibbiy yordamning tegishli profili uchun boshqa tibbiy tashkilotga o'tkazish zarurati.

Bemorni ixtisoslashtirilgan tibbiy tashkilotga o'tkazishning maqsadga muvofiqligi to'g'risidagi xulosa taqdim etilgan tibbiy hujjatlar bo'yicha dastlabki maslahatlashuvdan va (yoki) bemorni ko'chirish rejalashtirilgan tibbiy tashkilot shifokorlari tomonidan dastlabki tekshiruvdan so'ng qabul qilinadi.

TEST TOPSHIQLARI

Bitta to'g'ri javobni tanlang.

- 1. Qizilo'ngach saratoni bilan tez-tez kasal bo'lishadi:**
 - a) erkaklar
 - b) ayollar
 - c) zararlanish chastotasi jinsga bog'liq emas
 - d) 40 yoshdan keyin ayollar
- 2. Yosh bilan bog'liq qizilo'ngach saratoni ko'p uchraydi**
 - a) 30-40 yoshda
 - b) 40-50 yoshda
 - c) 50-60 yoshda
 - d) 60-70 yoshda
 - e) 75 yoshdan oshgan
- 3. Qizilo'ngach saratoni bilan kasallanishiga ma'lum bir ta'sir ko'rsatadi**
 - a) chekish
 - b) kuchli alkogolli ichimliklarni muntazam iste'mol qilish
 - c) muzlatilgan baliq muntazam iste'mol qilish
 - d) chekish, kuchli spirtli ichimliklarni muntazam iste'mol qilish, muzlatilgan baliq muntazam iste'mol qilish
- 4. Qizilo'ngach saratoni ko'p uchraydigan qism**
 - a) yuqori uchlikda
 - b) o'rta uchlikda
 - c) pastki uchlikda
 - d) qizilo'ngachning istalgan qismida teng rivojlanadi
- 5. Qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan odamlarda skuamoz hujayrali karsinoma taxminan topiladi**
 - a) bemorlarning 20%
 - b) 40% bemorlar
 - c) 60% bemorlar
 - d) 90% bemorlar
 - e) 95,6% bemorlar

6. Qizilo'ngach saratonida gematogen metastazalarni kuzatish mumkin.

- a) jigarda
- b) o'pkada
- c) buyrakda
- d) suyaklarda
- e) jigarda, o'pkada, buyrakda, suyaklarda

7. Qizilo'ngachning pastki uchligi saratonida limfa tugunlarining qaysi guruxlarida metastazlar bo'lishi mumkin:

- a) paraqizilo'ngach
- b) pastki traxeobronxial
- c) perikard
- d) chap qorincha
- e) paraqizilo'ngach, pastki traxeobronxial, perikard, chap qorincha

8. Qizilo'ngach saratonida o'smaning o'sishining qaysi anatomik turlari mavjud:

- a) yarali
- b) tugunli (sigil-papillomatoz)
- c) infiltratsion (sirroz)
- d) yarali, tugun (sigil-papillomatoz), ichida-filtrlash (ssirroz)

9. Qizilo'ngach saratoni o'smalarning I darajasi uchun xarakterli:

- a) 3 sm gacha
- b) 4-5 sm
- c) 6-8 sm
- d) 8 sm dan ortiq
- e) 10 sm dan ortiq

10. Qizilo'ngach saratoni o'smalarning I darajasi uchun xarakterli:

- a) shilliq qavatida
- b) shilliq va shilliq osti qavatida
- v) shilliq, shilliq osti va mushak qavatlarida
- d) qizilo'ngachning barcha qatlamlari, shu jumladan adventitiya.

11. Qizilo'ngach saratonining I boshqachidagi regional metastazalar:

- a) yo'q
- b) paraqizilo'ngach limfa tugunlarida bitta
- v) mintaqaviy limfa tugunlarining barcha guruhlariga ta'sir qiladi
- d) 3 va undan ortiq mintaqaviy tugunlarga ta'sir qiladi

12. 3-5 sm uzunlikdagi shilimshiq-shilliq qavatning infiltratsiyasi va mintaqaviy metatazlar yo'q bo'lgan o'sma (qizilo'ngach saratoni) xarakterli:

- a) I bosqich
- b) IIA bosqich
- c) IIB bosqich
- d) IIIA bosqich
- e) IIIB bosqich

13. Mushak qavatiga infiltratsiya qiluvchi qizilo'ngach saratoni, shu jumladan, yagona mintaqaviy metastazlar mavjud bo'lganda va uzoq metastazlar yo'qligida, tizimga muvofiq quyidagi xususiyatlarga javob beradi.

- a) T1 N1 M0
- b) T2 N1 M0
- c) T3 N0 M0
- d) T4 N0 M0

14. Qizilo'ngach saratoni eng xarakterli klinik belgisi

- a) so'lakning ko'payishi
- b) ko'ngil aynishi
- c) disfagiya
- d) qusish
- d) begona jismni sezish

15. Qizilo'ngach saratonida og'riqlar qayerda bo'ladi:

- a) bo'yin
- b) ko'krak qafasi
- v) epigastriy
- d) bo'yin, ko'krak, epigastriy
- e) ko'krak qafasi, epigastriy

16. Qizilo'ngach saratonining klinik ko'rinishlari bo'lishi mumkin

- a) xirillash
- b) yo'tal
- v) plevra empiemasi
- d) mediastinit
- e) ovozning xirillashi, yo'tal, plevra empiemasi, mediastinit

17. Qizilo'ngach saratonining rentgen nurlari morfologik belgilarini o'z ichiga oladi.

- a) yutish harakatining buzilishi
- b) qizilo'ngach devorining elastikligining o'zgarishi
- c) qizilo'ngach konturining notekisligi
- d) shilliq qavat relyefining deformatsiyasi
- e) qizilo'ngachning notekis konturi, shilliq qavatning deformatsiyasi

18. O'sma darajasida saratonda qizilongalik lumenining kengayishi odatda qayd qilinadi.

- a) polipoid o'sishi bilan
- b) o'sishning yarali-infiltrativ shakli bilan
- v) o'sishning sirrozli shakli bilan
- d) o'sishning endofitik turi bilan

19. Keyingi gistologik va sitologik bilan endoskopik tuzishda o'tkazilgan qizilo'ngach saratoni uchun o'simta biopsiyasi skim tadqiqot ruxsat beradi morfologikchangi tashxisi tashqirish

- a) 95-98% bemorlarda
- b) 70-95% bemorlarda
- c) 45-50% bemorlarda
- d) 25-30% bemorlarda
- e) 10-15% bemorlarda

20. Qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi saratoniga qarshi palliativ operatsiyalarning oddiy va amalga oshirish uchun mavjud.

- a) eofagofundoanastomoz
- b) gastrostomiya
- v) enterostomiya
- d) qizilo'ngach o'simtasini endoprotez bilan intubatsiya qilish (metall yoki sintetik naycha)
- e) o'simtani lazer yoki diatermokoagulyator bilan "tunnellash"

TEST TOPSHIRIQLARIGA JAVOBLAR STANDARTLARI

Savol raqami.	Javob	Savol raqami.	Javob
1.	A	o'n bir.	A
2.	G	12.	b
3.	G	13.	b
4.	b	14.	V
5.	G	15.	G
6.	d	16.	d
7.	d	17.	d
8.	G	18.	A
9.	A	19.	A
10.	b	20.	b

O'Z-O'ZINI NAZORAT QILISH UCHUN TEST TOPSHIRIQLARI

Test № 1(a=2). RP gistologik tasnifida apudomlarni tanlang.

- A. adenokarsinoma; B. mayda hujayrali karsinoma;
- B. skuamoz hujayrali karsinoma; G. adenQUTantoma;
- D. karsinoid; E. ajratilmagan saraton.

To'g'ri javob: B va D.

Test № 2(a=2). RP uchun xarakterli asosiy simptomlarni ayting.

A. to'sh orqasida yelka suyagiga tarqaladigan og'riq; B. ishtahaning yo'qolishi;

- B. disfagiya; G. gipersalivatsiya;
- D. sababsiz anemiya; E. ozib ketish.

To'g'ri javob: B, D, E.

Test № 3(a=2). RP uchun qanday radikal jarrohlik aralashuvlar amalga oshiriladi?

- A. Dobromyslov-Torek operatsiyasi; B. gastrostomiya;
- B. Duquesne operatsiyasi; G. stentlash;
- D. Garlok operatsiyasi; E. Ezofagogastrojeyunostomiya.

To'g'ri javob: A, D.

Test № 4(a=2). Qizilo'ngachning xavfli o'sma ehtimoli yuqori bo'lgan prekanseroz holatini aniqlang:

- A. surunkali yara; B. surunkali ezofagit;
- B. qizilo'ngach venalarining kengayishi; G. qizilo'ngachning leyomyomasi;
- D. katta miqdordagi kuyish izlari; E. qizilo'ngach poliplari.

To'g'ri javob: A, D, E.

Sinov № 5 (a=1). Rentgenogrammada qaysi kasalliklarda qizilo'ngach o'qi o'zgarmagan?

- A. qizilo'ngach leyomyomasi; B. qizilo'ngach saratoni; B. qizilo'ngachning polipi;
- G. qizilo'ngachning mediastinal o'simta tomonidan siqilishi; D. qizilo'ngachning axialaziyasi.

To'g'ri javob: B.

O'z-o'zini nazorat qilish uchun vaziyat vazifalari

Vazifa№ 1(a=2). 62 yoshli bemor ko'krak qafasidagi og'riq, ovqatni o'tkazishda qiyinchilik, og'izdan yomon hid chiqishi, so'lak

ajralishning ko'payishi, 2 oy ichida 15 kg vazn yo'qotishiga shikoyat qiladi. Ishtaha saqlanib qolgan. Yuz xususiyatlari ko'rsatilgan. Teri oqarib, tuproqli rangga ega, uning turgori kamayadi.

Vazifa: Ushbu klinik ko'rinishga sabab bo'lgan patologiyani aniqlang:

A. qizilo'ngachning leykoplakiyasi; B. kardiospazm;
BILAN. Ezofagit;

D. qizilo'ngach saratoni; E. qizilo'ngachning kuyishdan keyingi chandiqlari.

To'g'ri javob: D.

Vazifa № 2 (a=2). 55 yoshli bemorga onkologiya klinikasida tekshiruvdan so'ng qorin bo'shlig'i qizilo'ngach, II xanjar saratoni tashxisi qo'yilgan. Jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

Vazifa: Bu holatda qanday radikal operatsiyani bajarish kerak?

A. Duquesne operatsiyasi; B. Torek operatsiyasi; C. Lyuis operatsiyasi;

D. gastroenterostomiya; E. Garlok operatsiyasi.

Sodiq javob : E.

Vazifa № 3 (a=2). 40 yoshli bemorda 2 oy oldin progressiv disfagiya rivojlandi. U ozgan, ammo ishtahasi saqlanib qolgan, qon tahlilida o'zgarishlar aniqlanmagan. Rentgen tekshiruvi qizilo'ngachning o'ng devori tomonida qizilo'ngachning pastki qismida ancha katta "to'ldirish nuqsoni" ni aniqladi, ammo bu darajadagi peristaltika bo'lmasa ham, "nuqson" ning konturlari teng edi.

Vazifa: Bemorga dastlabki tashxis qo'yish:

A. leyomioma; B. qizilo'ngach saratoni; C. mediastinaning shishi;
D. aorta anevrizmasi; E. qizilo'ngach tuberkulyozi.

To'g'ri javob: A.

Vazifa № 4 (a=2). 71 yoshli bemorda uch oy oldin to'sh orqasida, yurak sohasida nurlanishsiz doimiy og'riq va gipersalivatsiya paydo bo'ldi. U mustaqil ravishda va mahalliy shifokor tomonidan "yurak" dori-dammonlari bilan davolandi. Vaqtinchalik va ahamiyatsiz ta'sir bor edi. Yurakning ob'ektiv va elektrokardiografik tekshiruvi normadan sezilarli og'ishlarni aniqlamadi.

Vazifa: Qaysi malign neoplazma ko'pincha yuqoridagi belgilarga olib kelishi mumkin?:

A. o'pkaning periferik saratoni; B. oshqozon osti bezi saratoni;

B. qizilo'ngach kardiyasining saratoni; D. jigar saratoni; E. kolorektal saraton.

To'g'ri javob: B.

Vazifa№ 5 (a=3). 58 yoshli bemor ovqatni o'tkazish qiyinligidan shikoyat qiladi. Men disfagik hodisalarni birinchi marta 4 oy oldin sezdim. Oxirgi ikki oy ichida ular kuchayib ketdi. Qizilo'ngachda qattiq oziq-ovqat saqlanib qolganda, to'sh orqasida og'riq paydo bo'ladi. Tekshiruv natijasida ichki organlarda o'zgarishlar aniqlanmadi. Yuzaki limfa tugunlari o'zgarmaydi. Qon tahlilida: leykotsitoz kuzatilmaydi, KOE 57 mm/soat. Siydikda oqsil izlari bor. Qizilo'ngachning rentgenologik tekshiruvi "qattiq to'ldirish" bosqichida qizilo'ngachning o'rta uchligida 6 sm ga torayganligi aniqlanadi. Kontrastni olish qiyin. Old devorda notekis konturli plomba nuqsoni mavjud, bu darajada peristaltika yo'q. Ko'krak mintaqasining yuqori uchdan bir qismi sezilarli darajada kengaytirilgan va aniq konturlarga ega. Qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi o'zgarmaydi.

Vazifa: 1. Klinik va rentgenologik tashxisni o'rnatish:

A. qizilo'ngach saratoni; B. qizilo'ngachning spazmi; C. qizilo'ngachning varikoz tomirlari; D. qizilo'ngachning tsikatrissial torayishi; E. tortishish divertikullari.

To'g'ri javob: qizilo'ngach saratoni, TxNoMo, II-III bosqich, xanjar II. gr.,

disfagiya III bosqich

Vazifa2. Kerakli tekshirish usullarini belgilang:

To'g'ri javob: Biopsiya bilan ezofagoskopiya qilish kerak, gistologik shaklni aniqlang, ABPning ultratovush tekshiruvini o'tkazing.

Vazifa3. Kerakli davolanishni tayinlang:

To'g'ri javob: Lyuis operatsiyasini bajaring + adjuvant TGT.

VAZIYATLI MASALALAR

Vaziyatli masala № 1

Bemor D., 63 yosh, ovqatni yutishda qiyinchilik, to'sh orqasidagi og'riq, yurak urishi, ko'ngil aynishi shikoyatlari bilan yotqizilgan. Ahvoli qoniqarli, vazni 55 kg, bo'yi 164 sm, qon bosimi 150/90 mm simob ustuni. Yomon odatlar: 15 yoshdan boshlab kuniga bir quti chekish, chekish tajribasi 49 yil. Kasbi mexanik, u simob o'lchash asboblari bilan zavodda ishlaydi va xonaning gaz bilan ifloslanishini qayd etadi. QUT; Eritrotsit5,0, Hb 160 g/l; rang 0,9; Trombotsitlar 185; leykotsitlar 6,7%; eoz 1%; 1% kamaydi; s/y 68%; limfa 22%; monotsitlar 8%; ECHT 3 mm/soat. Qizilo'ngachning R-tekshiruvi: qizilo'ngachning shilliq qavatining relyefini buzilgan, qizilo'ngachning o'rta uchligida torayishi.

Qanday kasalliklarni differentsial tashxislash mumkin?

Etiologiyasi va patogenezi.

Qo'shimcha tekshirish usullari.

Prognoz.

Vaziyatli masala № 2

Bemor B., 59 yosh, 2010-yil dekabr oyida o'zini birinchi marta yomon his qilgan, ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ishtahaning yo'qolishidan shikoyat qilgan, ammo shifokorga murojaat qilmagan. 20 kg vazn yo'qotdi. 2021-yil 25-fevralda yarim suyuq va qattiq ovqatlar bilan disfagiya, ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik shikoyatlari bilan shifokorga murojaat qildi. Yo'ldosh kasalliklar orasida 10 yil oldin oshqozon shilliq qavatining polipi aniqlanganligi aniqlandi. Unga hech narsa davo qilinmadi, yagona shikoyatlar kamdan-kam uchraydigan jig'ildon qaynashi edi. Surunkali gastrit ham bolalikdan tashxis qo'yilgan.

Anamnesis vitae: qoniqarli ovqatlanish; parrandachilikda kimyoviy purkagich bo'lib ishlagan. Yomon odatlar yo'q. Diagnostika, tekshirish va davolash uchun onkologiya klinikasiga yotqizilgan.

Ko'zdan kechirilganda: FGDS: qizilo'ngach erkin o'tuvchi, shilliq qavati pushti, elastik, kesma tishlardan 42 sm uzoqlikda, qizilo'ngach bo'shlig'i toraygan. infiltrat - oshqozonning yurak qismiga cho'zilgan, o'simta zich. Kontaktda qon ketish. Burmalar tekislanadi, peristaltikasi pasayadi, shilliq qavat silliq, xira, och pushti, atrofik. Materiallardan biopsiya olingan. (N. R. +++ natijasi).

Kompyuter tomografiyasi: jigar odatda joylashgan, parenximada 5 dan 23 ml gacha bo'lgan diffuz yumaloq jarohatlar mavjud.

Tashxisingiz

Qo'zg'atuvchi omillarni aniqlang.

Diagnostika.

avolash.

Prognoz.

Vaziyatli masala № 3

Ayol, 56 yosh. Besh yil oldin, ko'krak qafasining orqa qismida og'riq paydo bo'lgan, ovqatlanish yoki jismoniy faoliyat bilan bog'liq bo'lmagan, o'rtacha intensivlikdagi og'riqlarga shikoyat qiladi. Tibbiy yordam uchun mahalliy shifokorga murojaat qilgan. U nevropatologga maslahat uchun yuborilgan; umurtqa pog'onasining Rg tasvirlarida bo'yin va bel sohalarda osteoxondroz aniqlangan. Vertebrolog tomonidan uzoq vaqt davolandi, naf qilmadi. Ko'p o'tmay, qattiq ovqat iste'mol qilish bilan birga keladigan disfagiya ham bemorni ogohlantirmadi, chunki vertebrolog terapiya seanslaridan keyin yutish qiyinligi paydo bo'lishi mumkinligi haqida "ogohlantirdi". Davolanish samarasizligi sababli 2021 yil 26 yanvarda u terapevtga murojaat qildi. 2021 yil 31 yanvarda FGDS o'tkazildi: qizilo'ngachning pastki uchligida 29 dan 36 sm gacha bo'lgan sohada shilliq qavatning notekisligi bor edi.

Yashash sharoiti va ovqatni qoniqarli deb hisoblaydi (achchiq ovqatlarni xush ko'radi). U iqtisodchi bo'lib ishlagan. Hech qanday jarohatlar (shu jumladan qizilo'ngachning kuyishi) yoki operatsiyalar kuzatilmagan. Chekmadi va spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaydi. Surunkali kasalliklar - surunkali gastrit.

Ob'ektiv: Umumiy ahvoli qoniqarli. Ishtahasi saqlanib qolgan, vazni 50,5 kg, bo'yi 159 sm (vazn yo'qolishi qayd etilmagan). Tana harorati - 36,7 ° C. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar toza va rangpar. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi. Yurak tovushlari bo'g'iq va ritmik. Yurak urishi - 76 zarba/min. Qon bosimi - 150/90 mm Hg. O'pkalarida vezikulyar nafas, xirillash yo'q. Til nam. Yutishda qattiq ovqat iste'mol qilish qiyin. Qorin yumshoq va og'riqsiz. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanmaydi. Jigar va taloq kattalashmagan. Najas muntazam va shakllangan. Siydik chiqarish buzilmaydi.

Tekshiruv o'tkazildi: QUT (er. - 4,97*10¹²/l. Hb. -152 g/l, tromb. - 253*10⁹/l, leyk. - 5,5*10⁹/l, ECHT - 10 mm/soat) ; Kompyuter

tomografiyasi ko'krak qafasi organlarida invaziv, metastatik jarayon haqida ishonchli ma'lumotlarni aniqlamadi.

Taxminiy tashxis.

Differensial tashxis qo'yish kerak bo'lgan kasalliklar.

Tashxisni tasdiqlash va tekshirish uchun nima qilish kerak?

Qo'shimcha tekshirish usullari.

Davolash taktikasi.

Vaziyatli masala № 4

Bemor A., 75 yosh, olti oy davomida qattiq va yarim suyuq ovqatlarni yutishda qiynalayotganlik, umumiy holsizlik, vazn yo'qotish shikoyatlari bilan onkologiya klinikasiga yotqizilgan. Umumiy ahvoli qoniqardi, puls 72 zarba/min, arterial bosim 140/90 mmHg. Teri och pushti va toza. Qorin yumshoq, palpatsiyada og'riqsiz. Najas va siyish normaldir.

Anamnezdan: chekish tajribasi 53 yil, chekilgan sigaretalar soni kuniga bir quti. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, bemor aytishiga ko'ra, o'rtacha. Surunkali kasalliklar: stenokardiya, f.k.2. SYuYe 2A, f.s.2.

QUT: Eritrotsit - $5,04 \cdot 10^{12}/l$, gemoglobin - 150 g/l, rang ko'rsatkichi 0,9, gematokrit 41,4%, trombotsitlar $126 \cdot 10^9/l$, leykotsitlar $4,9 \cdot 10^9/l$, bazofillar 1%, segmentli mp02% 66%., monositlar 11%, ECHT 24 mm/soat. FGDS: qizilo'ngach kesma tishlardan 28 sm gacha erkin o'tadi, bu erda o'simta to'qimalari tufayli 0,7-0,8 sm gacha stenoz mavjud. Stenozning uzunligi kesma tishlardan 37 sm gacha. Kardiya o'tishi normal.

Dastlabki tashxis.

Tashxisni aniqlashtirish uchun qo'shimcha tadqiqot usullari.

Ushbu bemorda umuman gumon qilingan kasallikning rivojlanishi uchun xavf omillari.

Davolash rejasi.

Prognoz.

VAZIYATLI MASALALARGA JAVOBLAR

Vaziyatli masala № 1

Qizilo'ngachning o'rta uchligi saraton.

Qizilo'ngachning divertikuliti, diafragmal churra, kardiya axalaziyasi, qizilo'ngachning tug'ma torayishi.

Qizilo'ngach saratonining etiologiyasi. Uning rivojlanishining sababi to'liq aniq emas. Mumkin etiologik omillarga quyidagilar kiradi: chekish va spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish. Juda issiq ovqat va ichimliklar iste'mol qilish. Kichik suyakli baliq va qattiq muzlatilgan go'shtni tez-tez iste'mol qilish. Barrett qizilo'ngach. Marixuana chekish. Kimyoviy omillarga ta'sir qilish. Jismoniy omillarning ta'siri - ionlashtiruvchi nurlanish. Tuproq va suvda rux va molibdenning kam miqdori. Kaspiy qirg'og'i, Shimoliy Xitoy, Janubiy Afrika. Qizilo'ngachning surunkali kasalliklari: kimyoviy kuyishdan keyin chandiqlar, achalasia cardia, diafragmal churra, reflyuks ezofagit. Temir tanqisligi anemiyasi. Qizilo'ngach saratoni patogenezi. Qizilo'ngach karsinomasi shilliq qavatida paydo bo'ladi. Keyinchalik, u submukozal va mushak qatlamlariga kiradi, shuningdek, qo'shni organlarga (bronxial daraxtning traxesi, aorta, takroriy laringeal asab) kirib borishi mumkin. O'simta peri-qizilo'ngach limfa tugunlariga, keyinchalik jigar va / yoki o'pkaga metastaz berishga moyil. Skuamoz hujayrali karsinoma Osiyo va Janubiy Afrikada eng keng tarqalgan. Qora tanlilarda 4-5 marta, erkaklarda esa ayollarga qaraganda 2-3 marta tez-tez uchraydi. Asosiy xavf omillari spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish va chekish (har qanday shaklda). Boshqa xavf omillari - axalaziya, inson papillomatozi virusi, gidroksidi zaharlanish (qizilo'ngachning strikturasiga olib keladi), skleroterapiya, Plummer-Vinson sindromi, qizilo'ngachning nurlanishi. Irsiyatning roli aniq emas, ammo autosomal dominant genetik o'zgarishlar natijasida qo'l va oyoqlarning giperkeratozi bilan og'rigan bemorlarning 50% da 55 yoshdan keyin qizilo'ngach saratoni 45,95% hollarda kuzatiladi. Qizilo'ngachning distal qismida adenokarsinoma rivojlanadi. Murakkab-oqlarda qizilo'ngachning malign shishlarining 50% ni tashkil qiladi. Spirtli ichimliklar muhim xavf omili emas, lekin chekish shish paydo bo'lishiga katta hissa qo'shadi. Distal qizilo'ngachning adenokarsinomasini distal qizilo'ngachni bosib olgan oshqozon kardiya'sining adenokarsinomasidan ajratish qiyin.

Adenokarsinoma ko'p hollarda Barrett qizilo'ngachining fonida rivojlanadi, surunkali gastroezofagial reflyuksiyaning asorati. Barret qizilo'ngachda o'tkir qizilo'ngachning tiklanish bosqichida distal qizilo'ngachning qatlamli skuamoz epiteliysi ichak shilliq qavatiga o'xshash metaplastik, goblet, bezli epiteliy bilan almashtiriladi.

Ko'krak, oshqozon, qorin bo'shlig'ini R-tekshirish. Qorin bo'shlig'i va ko'ks oralig'ining ultratovush tekshiruvi, FGDS, EKG, KT.

Salbiy.

Vaziyatli masala № 2

Qizilo'ngachning pastki uchligiga o'tuvchi oshqozon kardiyasining saratoni. Disfagiya 3-4 daraja. Jigarga metastazlar.

Oshqozon polipi, surunkali gastrit, H. pilori +++ da aniqlangan QUT, UST, biokimyoviy qon testi, koagulogramma, KT, MRT, rentgen tekshiruvi, qizilo'ngach va oshqozonning endoskopik tekshiruvi, gistologik va sitologik tekshiruv, laparoskopiya va ultratovush (jigar limfa tugunlarining metastatik lezyonlarini tasdiqlash, astsitlar mavjudligi)).

Qizilo'ngachni rekanalizatsiya qilish, kimyoterapiya, radiatsiya terapiyasi.

Prognoz hayot uchun noqulay.

Vaziyatli masala № 3

Qizilo'ngachning pastki uchligidagi saraton T3NxMo - II bosqich.

Differentsial diagnostika qizilo'ngach, qizilo'ngach yaralari, qizilo'ngachning allergik va o'ziga xos lezyonlari, qizilo'ngachning anomaliyalari (qizilo'ngachning konjenital torayishi), qizilo'ngachning shikastlanishlari (kuyishlari) va ularning oqibatlarini bilan o'tkazilishi kerak.

Biopsiya + gistologik tekshiruv bilan FEGDS.

Supraklavikulyar limfa tugunlarining ultratovush tekshiruvi, KT, biopsiya, shuningdek, ko'krak qafasi organlarining oddiy rentgenografiyasi, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (metastatik lezyonlarni istisno qilish uchun).

Davolashning asosiy usuli - jarrohlik. Bunday holda, katta ehtimollik bilan, radikal operatsiya qizilo'ngachning rezeksiyasi bo'lib, qizilo'ngachning oshqozon bilan bir vaqtda intraplevral plastikasi - Lyuis tipidagi operatsiya. Limfogen metastaz zonalari bo'ylab kamida ikkita bo'shliqda limfa tugunlarini ajratish majburiydir. Ba'zi hollarda,

oshqozondan tashqari, ingichka yoki yo'g'on ichak ham transplantatsiya sifatida ishlatiladi. Agar ko'rsatilsa, jarrohlik davolash kimyoterapiya va radiatsiya terapiyasi bilan to'ldirilishi mumkin.

Vaziyatli masala № 4

Qizilo'ngachning o'rta va pastki uchligidagi saratoni. III darajali disfagiya.

Qo'shimcha tadqiqot usullari: ko'krak qafasi organlarining KT, qizilo'ngachning kontrastli rentgenografiyasi, ko'krak qafasi, oshqozon rentgenografiyasi; Qorin bo'shlig'i va ko'ks a'zolari organlarining ultratovush tekshiruvi, Biokimyoviy qon testi, koagulogramma, EKG, ExoCG.

Xavf omillari:

Yoshi: Qizilo'ngach saratoni bilan kasallanish yoshi bilan ortadi va 70-80 yoshda cho'qqisiga etadi.

Jins: erkaklar qizilo'ngach saratoniga ayollarga qaraganda 3 baravar tez-tez duchor bo'lishadi.

Tamaki: tamaki mahsulotlarini iste'mol qilish (sigaretalar, sigaretalar, trubka tamaki va chaynash tamaki) qizilo'ngach saratoni uchun asosiy xavf omilidir.

Spirтли ichimliklar. Spirтли ichimliklar va chekishning birgalikda ta'siri qizilo'ngach saratoni rivojlanish xavfini faqat bitta ta'sir qilish bilan solishtirganda oshiradi.

Barrett qizilo'ngach. Bu holat suyuq oshqozon tarkibini qizilo'ngachning pastki qismiga uzoq vaqt davomida qaytarilishi bilan bog'liq.

Oziqlanish xususiyatlari. Meva iste'moli etarli emassabzavotlar, minerallar va ayniqsa A, C vitaminlari va riboflavin qizilo'ngach saratoni xavfini oshirishi mumkin. Juda issiq, qo'pol, yomon chaynalgan ovqatni iste'mol qilish.

Atrof-muhit omillarining ta'siri. Perkloretilen va kimyoviy bug'larga duchor bo'lgan quruq tozalash xodimlari qizilo'ngach saratoni xavfini oshiradi.

Kuyishdan keyingi strikturaga olib keladigan kimyoviy moddalarni iste'mol qilish.

Axalaziya: qizilo'ngachning pastki qismidagi silliq mushak sfinkterining bo'shashish qobiliyati buzilgan. Natijada, oziq-ovqat va

suyuqlik oshqozonga kirishda qiyinchiliklarga duch keladi va qizilo'ngachda turg'un bo'lib, uning kengayishiga olib keladi.

Qizilo'ngachning churralari va divertikullari; leykoplakiya. Bizning bemorimizda 53 yillik chekish tarixi borligini hisobga olsak, xavf omillari alkogol va tamaki mahsulotlarining birgalikda ta'sirini o'z ichiga oladi.

Davolash rejasi: keksa yoshdagi va yurak-qon tomir patologiyalari bilan birga kelganligi sababli jarrohlik davolash mumkin emas. Palliativ maqsadlarda radiatsiya terapiyasi tavsiya etiladi, so'ngra 2-3 kurs uchun kimyoterapiya, davolash samaradorligini baholaydi. Bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun qizilo'ngachda palliativ jarrohlik - qizilo'ngachni rekonalizatsiya qilish mumkin.

Hayotning prognozi shubhali.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Asosiy

1. Cherenkov, V.G. Onkologiya [Elektr. resurs]: darslik / V.G. Cherenkov. - 4-nashr, rev. va qo'shimcha □ M.: GEOTAR-Media, 2017. □ 512 b.
2. Welscher, L.Z. Klinik onkologiya. Tanlangan ma'ruzalar [Elektron resurs] / L.Z. Welscher, B.I. Polyakov, S.B. Peterson. □ M.: GEOTARMEDIA, 2014. □ 496 b.
3. Davydov, M.I. Onkologiya [Elektron resurs]: darslik / Davydov M.I., Gantsev Sh.X. □ M.: GEOTAR-Media, 2013. □ 920 b.
4. Qizilo'ngach saratoni / M.N. Kuzin, E.I. Efimova, A.M. Subbotin [va boshqalar]; - 2-nashr, qo'shimcha. – N. Novgorod: Privoljskiy tadqiqot tibbiyot universiteti, 2018. – 104 p.

Qo'shimcha

5. Qizilo'ngach ko'krak qismi saratoni bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolash natijalari / E.V. Levchenko [va boshqalar] // Onkologiya masalalari. – 2016. – T. 62. – Yo'q. 2. – 302-309-betlar.
6. Qizilo'ngach saratoni jarrohligi: o'tmish, hozirgi, kelajak (ilmiy sharh) / K.V. Arutyunyan [va boshq.] // Profilaktik va klinik tibbiyot. – 2018. – Yo'q. 1. – B. 70–77.
7. Qizilo'ngach saratoni bilan og'rigan bemorlarni birgalikda davolashda neoadjuvan kimyoterapiyaning samaradorligi / S.G. Afanasyev, A.Yu. Dobrodeev, U.V. Urmonov, O.V. Cheremisina // Volga onkologik byulleteni. – 2018. – T. 9. – Yo'q. 5. – 44–50-betlar.
8. Gladilina, I.A. Qizilo'ngach saratoni: epidemiologiya, xavf omillari va diagnostika usullari / I.A. Gladilina // Onkologik jurnal: radiatsiya diagnostikasi, radiatsiya terapiyasi. – 2020. – T. 3. – Yo'q. 1. – 69–76-betlar.

Achilov M.T., Axmedov G'.K

YUQORI HAZM A'ZOLARI SARATONI

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000265-2024

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 29.05.2024 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 10

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 6,05 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 166/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com



9 789910 771798