

## ОШҚОЗОН САРАТОНИ

*Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti*  
*“Davolash ishi” yo’nalishi 3-kurs talabasi*  
*Saparboyeva Go’zalxon Qahramon qizi*

**Annotatsiya:** Ushbu maqolada oshqozon saratoni epidemiologiyasi, etiologiyasi, alomatlari, makroskopik tasviri, tashxislash, differensial diagnostikasi va davolash haqida to’liq ma’lumot berilgan.

**Oshqozon saratoni** — oshqozon shilliq qavati epiteliy to’qimasidan kelib chiqadigan yomon sifatli o’sma. Oshqozon saratoni eng keng tarqalgan onkologik kasalliklardan biri hisoblanadi. U oshqozonning har qanday qismida rivojlanib, boshqa a’zolarga, ayniqsa qizilo’ngach, o’pka va jigarga tarqalishi mumkin.

### ETIOLOGIYASI

Oshqozon saratoni bilan kasallanishda quyidagi omillarning ta’siri mavjudligi isbotlangan:

- Askorbin kislotasi vitamin C yetishmasligi;
- Haddan tashqari ko’p tuz iste’mol qilish;
- Marinadlangan, ortiqcha qovurib yuborilgan, dudlangan, achchiq ovqatlar, hayvonlar yog’i iste’moli;
- Alkogolli ichimliklar, ayniqsa aroqni suiste’mol qilish.

### ОШҚОЗОН САРАТОНИ VA *HELICOBACTER PYLORI*

Oshqozon saratoni va *Helicobacter pylori* bakteriyasi bilan infeksiyalanganlik orasida bog’liqlik mavjudligi to’g’risida ishonchli ma’lumotlar mavjud. Ushbu bakteriya bilan kasallangan odamlarda oshqozon saratoni rivojlanish xavfi yuqori ekanligi statistik jihatdan isbotlangan.

### ALOMATLARI

Erta bosqichlarda oshqozon saratoni yaqqol ifodlanmaydigan klinik belgilar va nospetsifik alomatlarga ega (dispepsiya, ishtaha yo’qolishi) bo’ladi. Kasallikning boshqa belgilari («kichik belgilar» sindromi deb ataladi) — asteniya, go’shtli ovqatlarni hush ko’rmaslik, kamqonlik, vazn yo’qotish, «oshqozonda noqulaylik» ko’pincha jarayonning tarqalgan shakllarida kuzatiladi.

• Tezda to’yib qolish, oz miqdorda ovqat iste’molidan keyin ham qorinning to’lib qolganligi hissi endofit saraton uchun xosdir, bunda oshqozon rigid, ya’ni ovqat tushganda kengaymaydigan bo’lib qoladi.

- Kardial qism saratoni disfagiya bilan tavsiflanadi.

• Pilorik bo'lim saratoni oshqozondagi massaning evakuatsiyasiga xalaqit berishi mumkin, bu esa qayt qilishga olib keladi.

Kasallikning keyingi bosqichlarda epigastriya sohasida og'riq, qayt qilish, o'smaning yaralanishi va parchalanishi natijasida qon ketish (najas ranging o'zgarishi, «qahva quyqasi» yoki qon bilan qusish) qo'shiladi. Og'riqning tabiati o'smaning qo'shni organlarda o'sib kirganini ko'rsatishi mumkin, jumladan:

- O'rab oluvchi og'riqlar — me'da osti beziga,
- Stenokardiyaga o'xshash og'riq — diafragma,
- Qorin dam bo'lishi, qurillashi, hojatning kechikishi — ko'ndalang chambar ichakka.

### МАКРОСКОПИК ТАСВИР

O'smaning makroskopik shakli bo'yicha oshqozon saratonining eng ko'p ishlatiladigan tasnifi Bormann tasnifi (1926) sanaladi. Unga ko'ra:

• **Polipoid saraton** — yakka o'simta oshqozon bo'shlig'iga chiqadi, sog'lom to'qimalardan ajralib turadi, yaralanmaydi. Bu oshqozon saratoni holatlarining 5 foizida uchraydi. Prognoz nisbatan ijobiy;

• **Yaralangan karsinoma** — bu likopcha shaklida ko'tarilgan va aniq chegaralangan qirralarga ega yarali o'sma. Vizual tarzda oshqozon yarasidan ko'p farq qilmaydi, ishonchli differentsial tashxis qo'yish uchun gistologik tekshiruv o'tkazish kerak (yaraning bir necha qismidan namuna olib o'tkazish eng to'g'ri usul bo'ladi). Nisbatan yaxshi sifatli kechishi bilan farq qiladi, barcha holatlarning 35 foiziga to'g'ri keladi;

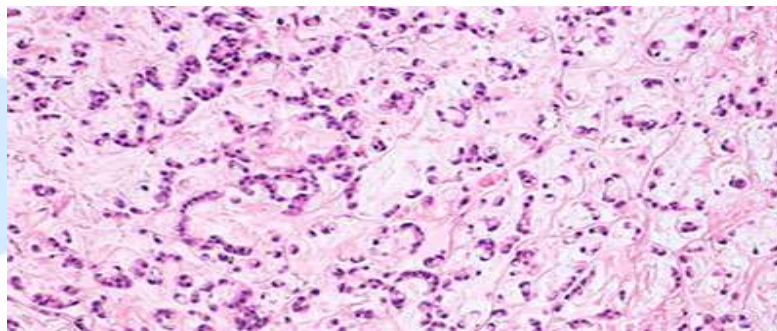
• **Qisman yaralangan karsinoma** — sog'lom to'qimalardan aniq farqlanmaydi, chetlari biroz ko'tarilgan, oshqozonning chuqur qatlamlariga qisman infiltrativ o'sib kirgan bo'ladi. Erta muddatlardan metastazlanishi bilan ajralib turadi.

• **Diffuz-infiltrativ saraton** — endofit tarzda o'sadi, subshilliq qatlamga kirib, oshqozonning ahamiyatli qismini egallab oladi. Makroskopik jihatdan gastroskopiya vaqtida yaxshi aniqlanmaydi. Oshqozon devorining diffuz o'sishi ko'pincha uning harakatchanligini buzilishiga va tegishli dispeptik shikoyatlarning paydo bo'lishiga olib keladi.

### GISTOLOGIK TURLARI

#### JSST tasnifi:

- Adenokarsinoma (bezli saraton):
  - Papillyar;
  - Tubulyar;
  - Mutsinoz,



Saratonga chalingan oshqozon to'qimasining mikroskop ostidagi tasviri

Har bir tur differentsiatsiya darajasiga ko'ra yuqori, o'rta va past darajadagi differentsial adenokarsinomalar bo'linadi.

- Uzuksimon-hujaylari saraton;
- Bez-yassi hujayrali karsinoma;
- Yassi hujayrali karsinoma;
- Kichik hujayrali saraton;
- Differentsiatsiyalanmagan saraton.

**Lauren tasnifi:**

- Ichakli turi;
- Diffuz turi.

**O'SMANING JOYLASHUVI**

Antral va pilorik bo'limlar — 60-70% hollarda;

Oshqozon tanasining kichik egriligi — 10-15%;

Kardiyal qismda — 8-10%;

Oshqozon tanasining old va orqa devorlarida — 2-5%.

**TASHXISLASH**

**Oshqozon saratoni diagnostikasi usullari quyidagilardan iborat:**

• **Gastroskopiya** — bu usul nafaqat oshqozon shilliq qavatining o'zgargan qismlarini vizual ravishda ko'rish, balki keyinchalik baholash uchun to'qima biopsiyasini o'tkazish imkonini ham beradi;

• **Og'iz orqali kontrast modda (baryy sulfat) kiritish orqali oshqozon rentgenoskopiyasi.** Oshqozon devori shikastlanishi joyi va hajmini aniqlashning asosiy usullaridan biri. Oshqozon saratonining eng muhim rentgenologik belgilari:

- oshqozon soyasida to'lish nuqsoni mavjudligi
- me'da devorining egiluvchanligi va cho'ziluvchanligi yo'qolishi
- o'simta hududida peristaltikaning mahalliy yo'qligi yoki kamayishi
- o'simta joylashgan joy shilliq qavati relyefining o'zgarishi
- oshqozon shakli va hajmining o'zgarishi;

- **Ультратовушли текширув** — qorin bo'shlig'i, retroperitoneal makon va bo'yin-o'mrov usti sohasi limfa kollektorlarining ultratovushli tekshiruvi — metastazlarni aniqlash uchun ishlatiladigan usul;

- **Kompyuter tomografiyasi** oshqozon saratonini aniqlash imkonini beradi, ammo tadqiqotning asosiy maqsadi o'smaning tarqalganligi, metastazlar mavjudligini, shu jumladan pozitron emissiya tomografiyasi yordamida normal hujayralarda uchramaydigan, saraton to'qimalarida biokimyoviy jarayonlarning o'zgarganligini kuzatishda ishlatilishi mumkin;

- **Laparoskopiya** saraton tashxisini qo'yishda ko'p yordam bermaydi (bu faqat oxirgli bosqichlarda mumkin), aksincha kasallikning bosqichini aniqlash va jigarda va parietal qorin bo'shlig'ida ultratovushli tekshiruv va kompyuter tomografiyasida ko'rinmaydigan kichik subkapsulyar metastazlarni aniqlash uchun foydalaniladi;

- **Onkomarkerlar** juda spetsifik (95%), ammo sezgir emas. Eng keng tarqalgan onkomarkerlar CA72.4, CEA va CA19.9 sanaladi, ularning sezuvchanligi 40-50 foiz oralig'ida o'zgarib turadi va metastazlar mavjudligida 10-20 foizga ko'payadi.

### OSHQOZON SARATONINI DAVOLASH

Hozirgi vaqtda oshqozon saratonini radikal davolashning asosiy va deyarli yagona usuli bu jarrohlik amaliyotidir. Oshqozonni rezektsiya qilish shuningdek eng yaxshi palliativ davolanishni ham ta'minlaydi: og'riq, disfagiya va qon ketishining sababchisi yo'q qilinadi, organizmdagi o'sma hujayralari soni kamayadi, bu umr ko'rish davomiyligini oshirishga va bemorning ahvolini sezilarli darajada yengillashtirishga yordam beradi. Nurlanish ta'siri va kimyoterapiya ikkinchi darajali ahamiyatga ega.

Odatda butun oshqozon olib tashlanadi (gastrektomiya). Bunga ko'rsatma sifatida o'smaning oshqozon burchagidan yuqori joylashganligi, oshqozonning subtotal yoki total shikastlanishi xizmat qiladi.

Kamroq holatlarda (kasallikning dastlabki bosqichlarida) uning rezektsiyasi (odatda subtotal) amalga oshiriladi:

- Antral qism saratoni bo'lsa, distal rezektsiya;
- I — II bosqichlardagi yurak va subkardial bo'limlarning saratonida — proksimal rezektsiya.

Bundan tashqari, katta va kichik charvi, mintaqaviy limfa tugunlarning olib tashlanishi amalga oshiriladi. Agar lozim bo'lsa, boshqa organlar qisman yoki butunlay olib tashlanadi: Krukenberg metastazlarida tuxumdonlar, oshqozon osti bezi dumi, taloq, jigarning chap segmenti, ko'ndalang chambar ichak, chap buyrak va buyrak usti bezi, diafragma bo'limi va boshqalar.

**Oshqozon saratonida limfa tugunlarini olib tashlash ko'rsatiladi. Hajmi bo'yicha limfodissektsiyaning quyidagi turlari farqlanadi:**

- **D0** — limfa tugunlari olib tashlanmaydi;

- **D1** — kichik va katta egrilik, supra — va infrapilorik, kichik va katta charvi bo'ylab joylashgan tugunlarni rezektsiya qilish;
- **D2** — yuqoridagi tugunlarni va ikkinchi darajadagi tugunlarni olib tashlash;
- **D3** — yuqoridagilar + limfa tugunlarini qorin asosi bo'ylab rezektsiya qilish;
- **D4** — D3 + paraaortal tugunlarni olib tashlashni o'z ichiga oladi;
- **Dn** — barcha mintaqaviy limfa tugunlarini rezektsiya qilish, oshqozon o'smasi bilan ta'sirlangan a'zolari olib tashlash.

Operatsiyaning radikalligi D2-D4 variantlari bilan ta'minlanadi.