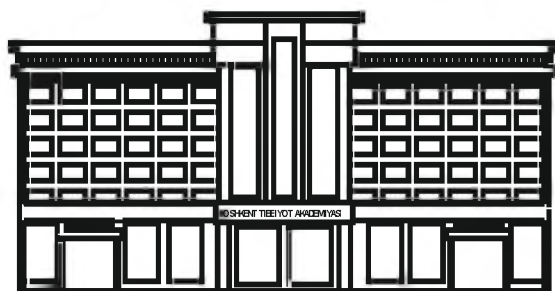


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AХВОРОТНОМАСИ**



**ВЕСТНИК**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА. 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 3, 2022

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

**Члены редакционноого совета**

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

## СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ	REVIEWS	
<i>Irisqulov B.U., Do'stov F.A. COVID-19 DA JIGAR SHIKASTLANISHINING PATOGENETIK ASPEKTLARI</i>	<i>Iriskulov B.U., Dustov F.A. PATHOGENIC ASPECTS OF LIVER DAMAGE IN COVID-19</i>	8
<i>Косимова Д.С. ИНДИВИДУАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ НЕЙРОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ.</i>	<i>Kosimova D.S. 10INDIVIDUAL METABOLIC CHARACTERISTICS OF NEUROMOTOR FUNCTION DISORDERS IN EXPERIMENTAL STRESS AND WAYS OF ITS CORRECTION</i>	11
<i>Курбанбаева А.Ж., Камилова Р.Т. ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ И ИНТЕРНЕТА, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ</i>	<i>Kurbanbaeva A.J., Kamilova R.T. 14CHARACTERISTICS OF THE USE OF MODERN DIGITAL DEVICES AND THE INTERNET AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS</i>	15
<i>Мамиева Л.М., Матякубова С.А., Мавлянова Н.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ</i>	<i>Mamiyeva L.M., Matyakubova S.A., Mavlyanova N.N. MODERN VIEWS ON THE ETIOPATHOGENETIC ASPECTS OF PRETERM LABOR</i>	18
<i>Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В., Баленков О.Ю. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПОМОЩЬЮ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ</i>	<i>Niyozova Sh.Kh., Kamyshov S.V., Balenkov O.Yu. WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TARGETED THERAPY FOR METASTATIC COLORECTAL CANCER USING PREDICTIVE BIOMARKERS</i>	21
<i>Расулова М.Б., Қосимова Р.И. ПАРВОВИРУС PVB 19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ГЕМОЛИТИК ВА ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА УЧРАШИ</i>	<i>Rasulova M.B., Kasimova R.I. PARVOVIRUS INFECTION PVB19 IN HEMOLYTIC AND ONCOLOGICAL DISEASES</i>	25
<i>Рахматуллаева Г.К., Эркинова С.А. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>Raxmatullaeva G.K., Erkinova S.A. ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS OF THE BRAIN</i>	29
<i>Садиев Э.С., Исроилов Р.И. БОЛАЛАР ТУФМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ, ТУРЛАРИ, ЖАРРОҲЛИК БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ</i>	<i>Sadiev E.S., Isroilov R.I. RATE AND TYPE OF CHILDREN'S CONGENITAL HEART DISEASES, THE IMPORTANCE OF TREATMENT WITH SURGERY</i>	33
<i>Тешаев О.Р., Курбанов Г.И., Муродов А.С. ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ</i>	<i>Teshaev O.R., Kurbanov G.I., Murodov A.S. THE USE OF VACUUM THERAPY FOR WOUNDS OF VARIOUS ETIOLOGIES</i>	37
<i>Тешаев О.Р., Холов Х.А., Сайидбурхонов С.С. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ</i>	<i>Teshaev O.R., Kholov Kh.A., Sayidburkhonov S.S. MODERN APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS</i>	43
<i>Тилляшайхов М.Н., Нишанов Д.А., Бойко Е.В., Хасанов Ш.Т., Рахматуллаев Б.Х. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ МИКРОСРЕДЫ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ</i>	<i>Tillyashaykhov M.N., Nishanov D.A., Boyko E.V., Khasanov Sh.T., Rakhmatullaev B.Kh.. BIOLOGICAL FEATURES OF THE TUMOR MICROENVIRONMENT INFLUENCE IN RENAL CELL CARCINOMA</i>	47
<i>Tursunov X.Z., Boboyev X.N., Raimqulov R.S., Xoliyeva N.X. PREKANSEROZ VA ERTA OSHQOZON SARATONIDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR</i>	<i>Tursunov H.Z., Babaev H.N., Raimkulov R.S., Kholieva N.Kh. MORPHOLOGICAL CHANGES IN PRECANCEROUS LESIONS AND EARLY GASTRIC CANCER</i>	51
<i>Холова Д.Ш., Халимова З.Ю. ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА</i>	<i>Kholova D.Sh., Khalimova Z.Y. EPIGENETIC FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF INACTIVE PITUITARY ADENOMAS</i>	55
<i>Чиниева М.И., Кенжаева Х.Х., Фроянченко Г.А., Набиева З.Б., Мирсавурова Н.Р. НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И ОРГАНОИДНЫЙ СТРЕСС</i>	<i>Chinieva M.I., Kenzhaeva H.Kh., Froyanchenko G.A., Nabieva Z.B., Mirsavurova N.R. METABOLIC DISORDERS IN KIDNEY DISEASE AND ORGANOID STRESS</i>	60
<i>Shadmanov A.K., Khegay L.N., Abdurakhimov A.Kh., Aslanov M.N., Nurmatov B.K. ASPECTS AND PRIORITIES OF EASY FOOD FOR PATIENTS WITH COVID-19</i>	<i>Shadmanov A.K., Xegay L.N., Abdurahimov A.X., Aslanov M.N., Nurmatov B.K. COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLAR UCHUN ENGIL OVQATLARNING ASPEKTLARI VA USTUVORLIKLARI</i>	64
<i>Шодиев У.И., Исроилов Р.И. ҚОВУҚНИНГ ЯХШИ ЭПИТЕЛИЯ ЎСМАЛАРИ: ЧАСТОТАСИ, ТУРЛАРИ ВА САБАБЛАРИ</i>	<i>Chodiev U.I., Isroilov R.I. BENIGN EPITHELIAL TUMORS OF THE BLADDER: FREQUENCY, TYPES AND CAUSES</i>	73

**PREKANSEROZ VA ERTA OSHQOZON SARATONIDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR**

Tursunov X.Z., Boboyev X.N., Raimqulov R.S., Xoliyeva N.X.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ И РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА**

Турсунов Х.З., Бабаев Х.Н., Раимкулов Р.С., Холиева Н.Х.

**MORPHOLOGICAL CHANGES IN PRECANCEROUS LESIONS AND EARLY GASTRIC CANCER**

Tursunov H.Z., Babaev H.N., Raimkulov R.S., Kholieva N.Kh.

*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

*Заболевания желудочно-кишечного тракта всегда были одной из наиболее актуальных проблем медицины. Морфологические изменения слизистой оболочки при раке желудка могут указывать на воспалительный, дистрофический, дисрегенеративный и гиперпластический характер поражения. Поэтому для понимания сути этих изменений, механизма их развития и диагностики морфологическое исследование биоптатов желудка имеет принципиальное значение.*

**Ключевые слова:** *желудочно-кишечный тракт, слизистая оболочка, морфологические изменения, предраковые состояния.*

*Diseases of the gastrointestinal tract have always been one of the most pressing problems in medicine. Morphological changes in the mucous membrane in gastric cancer may indicate an inflammatory, dystrophic, dysregenerative and hyperplastic nature of the lesion. Therefore, to understand the essence of these changes, the mechanism of their development and diagnosis, a morphological study of gastric biopsy specimens is of fundamental importance.*

**Key words:** *gastrointestinal tract, mucous membrane, morphological changes, precancerous conditions.*

Oshqozon shilliq qavatining displaziyasi rak oldi shikastlanishlariga mansub bo'lib, oshqozon raki (OR) rivojlanish ehtimolini oshiradi. Shu bilan birga bugungi kunda ushbu shikastlanishni morfologik baholash uchun aniq mezonlar mavjud emas. Oshqozon shilliq qavatining epitelial rak oldi va OR bilan kasallanishini talqin qilishda turli yondashuvlar mavjud, ya'ni shartli ravishda Yevropaliklar va Yaponlarga bo'lish mumkin. Shunday qilib, ayrim holatlarda, oshqozon shilliq qavatining shikastlanishi Yevropa standartlari bo'yicha displaziya sifatida qaralsa, bu holat Yapon hamkasblar tomonidan karsinoma sifatida belgilanadi [6,15]. Bir vaqtning o'zida "adenoma" va "displaziya" atamalarining bir xil bo'lmagan tushunchalari mavjud. Oshqozon adenomasi deganda chegaralangan, oyog'ida yoki keng asosda ko'tarilib turuvchi oshqozon shilliq qavati epiteliyasining xavfsiz hosilasini, displaziya deganda esa yuzaki yoki chuqur shikastlanish tushuniladi. Oshqozon shikastlanishini baholashga bo'lgan bunday yondashuv yevropalik olimlarga xosdir. Yapon olimlari esa adenoma deganda ham ko'tarilgan, ham tekis va hattoki chuqurroq hosilani ham tushunishadi [14]. Hozirgi vaqtda oshqozon shilliq qavati o'sma kasalliklarining bir necha tasnifi mavjud (jadvalga qarang) [16]. Yapon tasnifiga ko'ra, barcha o'sma kasalliklari 5 guruhga bo'linib, "displaziya" atamasi yo'q.

Me'da shilliq qavatining guruhlariga qarab morfologik o'zgarishlari quyidagicha. I guruhga oshqozon shilliq qavatida giperplaziya va/yoki metaplaziya mavjudligi bilan mos keladi, II guruh – reaktiv proliferatsiyali sohalari bilan shilliq qavatning xavfsiz o'zgarishi, III guruh — chegarali shikastlanishlar bilan: regenerator va o'smali (displastik) jarayonlarni bir-biridan farqlash qiyin bo'lgan adenomalar yoki shikastlanishlar; IV guruh o'smalarga mansub bo'lib, bunda karsinomaning struktur va hujayraviy tavsifi mavjud, biroq invaziv kom-

ponent shubhalidir, V guruhga — har qanday invaziv chuqurlikdagi karsinomalar mansubdir.

**Ushbu tadqiqotning maqsadi** oshqozonning rak oldi va rak bilan erta kasallanishining zamonaviy morfologik xususiyatlarini o'rganishdir (1-жадвал).

Davolash taktikasi doimiy ravishda takomillashtirilib, yondashuvlar ham o'zgarib boradi, biroq, umuman olganda, morfologik o'zgarishlari I va II guruhlariga mos keladigan bemorlar dispanser ro'yxatiga olinmaydi; morfologik o'zgarishlari III guruhga mos bo'lganda endoskopik kuzatishlar tavsiya qilinadi; morfologik o'zgarishlari III, IV va V guruhlariga mos bo'lganda me'da shilliq qavatining endoskopik rezeksiyasi yoki limfadiisseksiya bilan birga gastrektomiya (asosan V guruh uchun) tavsiya etiladi. Qayta ko'rib chiqilgan gastrointestinal epitelial neoplaziyalarning Vena tasnifi 1998 yildagi Paduye va Vena xalqaro konsensus natijasi sifatida taklif etildi.

Yapon tasnifidagi mavjud farqlar nafaqat oshqozon shilliq qavati muayyan shikastlanishining morfologik baholash mezonlariga, balki bemorlarning keyingi klinik kuzatuviga ham tegishli [7]. Shunday qilib, 1 va 2 toifalardagi morfologik o'zgarishlarda kuzatuv tavsiya etiladi, 3 toifada – kuzatuv yoki endoskopik rezeksiya, 4 toifada – endoskopik rezeksiya yoki cheklangan jarrohlik rezeksiyasi, 5 toifada — gastrektomiya (jarrohlik davolash hajmini tanlash ko'plab boshqa parametrlarga bog'liq). Oshqozon epitelial predrak va saraton o'smalari diagnostikasining mezonlarini umumlashtirish va birlashtirishga 2010 yilgi JSST tasnifida urinib ko'rilgan, unga ko'ra shikastlanishning bir necha guruhlari farqlanadi.

1. Intraepitelial neoplaziya/displaziya yo'q — yalig'lanish, metaplaziya, reaktiv o'zgarishlar kabi xavfsiz jarayonlar kiritilgan.

## Oshqozon o'sma kasalliklarining asosiy tasnifi

Yapon tasnifi [13]	Vena tasnifi [15, 7]	JSST Tasnifi 2010 [6, 17]
I guruh. Xavfsiz shikastlangan yoki shikastlanmagan shilliq qavat.	1 kategoriya. Displaziya yo'q	Intraepitelial neoplaziya/displaziya yo'q
II guruh. Xavfsiz shikastlangan yoki shikastlanmagan shilliq qavat.	2 kategoriya. Aniqlanmagan displaziya.	Aniqlanmagan intraepitelial neoplaziya/displaziya
III guruh. Chegarali shikastlanishlar.	3 kategoriya. Yengil neoplaziyaga uchragan shilliq qavat (low-grade).	Intraepitelial neoplaziya/engil displaziya (low-grade) va og'ir displaziya (high-grade)
IV guruh. Invaziv karsinomaga shubhali shikastlanishlar.	4 kategoriya. Og'ir neoplaziyaga uchragan shilliq qavat (high-grade). 4.1. Adenoma/og'ir displaziya (high-grade). 4.2. Invaziv bo'lmagan karsinoma (rak insitu). 4.3. Invaziv karsinomaga shubhali. 4.4. Shilliq qavati ichi karsinoma	Shilliq qavati ichi invaziv neoplaziyasi/karsinoma
V guruh. Invaziv karsinoma.	5 kategoriya. Shilliq qavati osti invazyali karsinoma.	Invaziv neoplaziya /karsinoma

2. Aniqlanmagan intraepitelial neoplaziya/displaziya, qachonki morfologda asosan kichik hajmdagi biopsiyalarda, o'smali yoki o'smali bo'lmagan (reaktiv yoki regenerativ) xususiyatli shikastlanishlarga shubha bo'lganda, oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlarni o'z ichiga oladi.

3. Intraepitelial neoplaziya/displaziya — epiteliyal hujayrali va arxitektural atipiya bilan predrak epiteliyal shikastlanish, lekin aniq bo'lmagan invaziv o'sish bilan. Polipsimon (ya'ni yevropa tushunchasi bo'yicha adenoma), zichlashgan yoki biroz chuqurlashgan shaklga ega bo'lishi mumkin. JSST neoplaziya/displaziyaning ikki darajali gradatsiya tizimini — yengil (low-grade) va og'ir (high-grade) taklif qilmoqda.

4. Shilliq qavat ichi invaziv neoplaziya/karsinoma — ushbu atama orqali karsinomaning shilliq qavat xususiy plastinkasiga botib kirishi tushuniladi.

5. Invaziv neoplaziya/karsinoma — shilliq qavat xususiy plastinkasidan invaziv o'tuvchi karsinoma.

Gistologik tuzilishi. Morfologik jihatdan displaziya sitologik (sitoplazmada mutsin miqdorining kamayishi, epiteliyal hujayrasi zichligining ortishi, yadrolar giperxromligi, yadro-sitoplazmatik nisbatning ortishi, mitozlar sonining ortishi) va arxitektonik (bezlarining egri-bugriligi, tartibsiz shoxlanishi, bez bo'shlig'ining kengayishi) xususiyatlariga asoslanadi.

Adabiyotlarda displaziyaning bir necha turlari tavsiflangan, ulardan eng ko'p tarqalgani me'da adenokarsinomasini bo'lib, ichak turining o'tmishdoshi hisoblangan (ichakli) adenomatoz displaziyasi (I tur) hisoblanadi.

I turdagi displaziya, mutsin miqdorining kamayishi va yuzaki yetilgan, psevdostatifikatsiyali, giperxrom va/yoki polimorf yadroli atipik ustunsimon hujayralar bilan qoplangan, ichak fenotipiga ega va yo'g'on ichak tubulyar adenomasini eslatadi. II turdagi displaziya (oshqozonda — foveolyar yoki pilorik) tishli epiteliyal barg-

simon (murakkab-tarmoqlangan) shakldagi bezlar bilan ta'riflanuvchi yumaloq/oval yadroli, och yoki eozinofil sitoplazmali kubsimon yoki past ustunli hujayralardan iborat, qadahsimon hujayralar, Panet hujayralari va endokrin hujayralari uchrashi mumkin. Displaziyaning bunday turlari bir-biri bilan qo'shib kelishi mumkin. Immunogistokimyoviy jihatdan displaziyaning adenomatoz turi — MUC 2, CD10 va CDX2, displaziyaning foveolyar turi — MUC5AC bilan ta'sirlanadi, CDX2 past darajada va CD10 ta'siri yo'q [11,12]. Pilorik turdagi displaziya bezlarning bir-biriga yaqin joylashishi, kuchsiz eozinofil sitoplazmali va mayda giperxromli yadroli kam miqdordagi kubsimon hujayralardan iborat qoplami bilan ta'riflanadi; katta yoshdagi bemorlar guruhi-da asosan oshqozon tanasi va tubida uchraydi, hamda ko'pincha autoimmun gastrit bilan assotsiatsiyalanadi. Bundan tashqari, juda kam uchrovchi tubulyar-servikal displaziya ham mavjud bo'lib, u diffuz turdagi karsinomaning o'tmishdoshi hisoblanadi. Oshqozon shilliq qavati gistologik buzilishlarining og'irligiga muvofiq holda displaziyaning 2 darajasi (ikki darajali tizim) — low-grade va high-grade, displaziyaning 3 darajasi (uch darajali tizim) — yengil, o'rta va og'ir darajalari farqlanadi. High-grade displaziyasi og'ir va ko'proq o'rtacha displaziyalarni o'z ichiga oladi, deb e'tirof etiladi. Low-grade displaziyasi bez arxitektonikasining minimal buzilishi bilan tavsiflanib (kuchsiz egri-bugrilashgan, biroz shoxlanish bilan), bir qatorli epiteliyal bilan qoplangan bo'lib, asosan bazal joylashgan cho'zilgan zich xromatinli yadrolar bilan qoplangan, ba'zi joylarda yadrolar hujayralarning apikal yuzasiga "ko'tarilishi" mumkin, biroq hujayra bazal qismining 2/3 bilan chegaralangan, mitozlar kam. High-grade displaziyasi arxitektonikaning kuchli buzilishi bilan tavsiflanib — bezlar yaqin bir-biriga yaqin, shoxlanish bilan egri-bugri joylashgan, hatto kribriiform tuzilishga ega bo'lishi mumkin, epiteliyalning

sohta - ko'p qatorliligi, yadrosining yumaloqliligi va oval shakldaligi, dispers yanada och xromatinliligi aniqlandi, hujayraning turli sathlarida joylashgan, jumladan ko'pchiligi apikal qismda, yadrochalar va mitozlar tez-tez uchraydi. Shilliq qavatning reaktiv/atipik regeneratsiyasini displaziya bilan farqlash kerak.

Bunda qoplovchi epiteliy hujayralari kubik shaklda, bazofil sitoplazmali, yadrosi kattalashmagan va bir-birini ustiga tushmaydi, hatto o'lchami va psevdostatifikatsiya sohalari bilan farqlash mumkin bo'lsa ham, mitozlar ko'p, lekin patologik mitozlar yo'q. Oshqozon epiteliyal o'smalarini takshirishdagi eng qiyin muammo high-grade displaziyasi bilan shilliq ichi raki orasidagi farq hisoblanadi. Shilliq ichi karsinoma intraepitelial neoplaziya/displaziya bilan desmoplastik o'zgarishlar borligi bilan, (biroq, ular minimal yoki hatto yo'q bo'lishi mumkin), bezlar zichlashishi, haddan tashqari shoxlanishi va tutamlashishi kabi turli strukturaviy buzilishlar bilan farq qiladi. Bez bo'shlig'ida ko'pincha nekrotik detrit aniqlanadi. Stromada desmoplastik reaksiya bo'lmasa, juda kam yallig'lanish hujayralari mavjud bo'lishi mumkin. Shilliq ichi karsinomasining o'sma hujayralari odatda yuqori yadroli-sitoplazmik nisbatli kubsimon shaklda bo'ladi. Mitozlar odatda ko'p sonli, jumladan patologik mitozlar ham uchraydi. Oshqozon shilliq qavati displaziyasining darajalarini farqlashda morfologning epiteliyal o'sma gistologik xususiyatlarini ta'kidlash bilan emas, balki bemorni davolash taktikasini tanlash uchun muhim prognostik qiymatni tushunish orqali aniqlanadi. Displaziya oqibati sifatida uning regressiyasi (displaziya darajasining pasayishi yoki butunlay yo'qolishi), dinamikasiz displaziya va progressiyalanishi (chuqurroq displaziya va/yoki adenokarsinoma) qaraladi.

#### **Displaziya tasniflanishining uch darajali tizimi**

Yengil displaziya deyarli 89 foiz hollarda regressiyalanadi, 11-19 foizda o'sha darajada qoladi, 19 foizdan kam hollarda og'irroq shakllarda progressiyalanadi va faqat 5 foizdan ko'p bo'lmagan hollarda oxir-oqibat adenokarsinomaga progressiyalanadi. Ko'p hollarda yengil displaziya aslida reaktiv proliferatsiya bo'lib, takroriy biopsiyalarda aniqlanmaganligi isbotlangan.

O'rtacha displaziya 27-87 foiz hollarda yengil displaziya gacha regressiyalanadi yoki to'liq yo'q bo'ladi, 12-32 foizda o'zgarishsiz qoladi, 4-40 foiz hollarda kuzatuv davomida og'ir displaziya gacha progressiyalanadi; bunda 4-38 foiz hollarda o'rtacha displaziya oxir oqibat adenokarsinomaga aylanadi. Og'ir displaziya deyarli 30 foiz hollarda regressiyani ko'rsatadi, 0-12,5 foizda o'zgarishsiz qolib, 60-81 foiz hollarda adenokarsinomaga aylanishi mumkin.

#### **Displaziya tasniflanishining ikki darajali tizimi**

low-grade displaziyasi 38-49 foiz hollarda regressiyalangan, 19-28 foizda shu darajada saqlanadi, 23 foizdan ko'p bo'lmagan holatlarda og'irroq shakllarga progressiyalanadi. High-grade displaziyasi 5 foiz holatda regressiyalanadi, 14 foizda ham shu darajada qoladi, 81-85 foiz hollarda adenokarsinomaga progressiyalanadi. Oshqozon epiteliyal o'smalardan shikastlanishi tahlil qilinganda, displaziya oqibati, (yengildan og'ir displaziya gacha, keyinchalik adenokarsinomaga bo'lgan rivojlanish bosqichlarini tushungan holda) progressiyalanishining

vaqtinchalik ko'rsatkichlari muhim ahamiyatga ega. Bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, og'ir displaziya (high-grade) bilan adenokarsinoma rivojlanishi o'rtasida 1 oydan 39 oygacha (o'rtacha 4-23 oy) vaqt o'tadi, o'rtacha displaziya (low-grade) o'rtacha 10-30 oy uzog'i bilan 1 oydan 39 oygacha, yengil displaziya deb tashhislashdan adenokarsinoma rivojlanishigacha bo'lgan holatlarga - 3 - 5 - 41 oy vaqt o'tadi. Shu bilan birga, ko'pincha shilliq qavati tekshirilmagan qo'shni sohada og'irroq darajadagi displaziya yoki rak yo'qligini ishonch bilan aytish mumkin emas bo'lgan, kichikroq hajmli tekshiruv materialini (gastrobiopsiya) tekshirishda olingan ma'lumotlarni talqin qilishda muayyan qiyinchiliklar mavjud. Shunday qilib, erta oshqozon raki - regionar limfa tugunlari bor yo'qligidan qat'iy nazar shilliq qavat bilan yoki ham shilliq qavat ham shilliq osti qavat bilan chegaralangan invaziv karsinoma hisoblanadi [6,3,4].

#### **Oshqozon raki epidemiologiyasi**

Dunyoda har yili oshqozon raki bo'yicha 1 millionga yaqin yangi holatlar ro'yhatga olinadi va 700 mingdan ortiq o'lim qayd etiladi. Dunyoda oshqozon rakining tarqalganligi keng regionar farqlarga ega. Oshqozon raki asosan Sharqiy Osiyo aholisida ko'p uchrab, kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichlari Yaponiya, Koreya, Xitoy hisoblanib, Sharqiy Yevropa xalqlaridan Rossiya ham kiradi. Kam kasallanish Shimoliy Amerika va Avstraliyada kuzatiladi [5]. Ma'lumki, o'simta erta bosqichda olib tashlansa, 5-yillik tirik qolish ko'rsatkichi taxminan 100 foiz bo'lishi mumkin. Oshqozon rakining erta bosqichida, hatto o'sma maksimal tezlikda o'sganda ham, kamida 5 yil davrni egallaydi [10], shuning uchun kasallikning ushbu bosqichini muvaffaqiyatli tashxislash uchun barcha sharoitlar mavjud. Erta oshqozon rakining retsidivlanish chastotasi boshqa ko'p tarqalgan shakllarga nisbatan ancha past bo'lib, 0,3 dan 7,5 foizgachani tashkil qiladi [9]. Rakning erta bosqichlarida kattalashishini aniqlash uchun skrining dasturlari talab qilindi, zamonaviy sharoitda esa skrining hech bo'lmaganda fon va predrak kasalliklar guruhlarida amalga oshirilishi zarur [8]. Rossiyada butun dunyodagi kabi oshqozon rakidan kasallanishning pasayish tendensiyasi kuzatilmoqda. Agar so'nggi o'n yillikni olsak, Rossiyada oshqozon rakidan kasallanishlar soni 45 mingdan 37 minggacha kamaydi, va oshqozon rakidan vafot qilganlar - 40 mingdan 31 minggacha kamaydi.

Shu bilan birga, bunday jiddiy o'zgarishlarga qaramay, oshqozon rakining dolzarbligi juda yuqoriligi qolmoqda; shunday qilib, onkologik kasalliklar bilan kasallanish tarkibida oshqozon raki kasalligi (6,7 foizni egallab), teri, ko'krak bezi, o'pka va prostata bezi xavfli o'smalaridan keyin 5-o'rinda turadi. Oshqozon rakidan o'lim darajasi esa 11 foizni tashkil etib, o'pka xavfli o'smasidan keyin 2-o'rinni egallaydi [1,2]. Xavfli o'smalarni erta aniqlovchi zamonaviy klinik-diagnostik imkoniyatlarining doimiy paydo bo'lishiga qaramay, oshqozon rakining erta tashxisi bo'yicha yanada izlanish zarurligicha qolmoqda. Shunday qilib, bugungi kungacha oshqozon xavfli o'smasini erta bosqichda aniqlash ko'rsatkichlari qoniqarsizligicha qolmoqda. Oxirgi o'n yil ichida, oshqozon rakining 65 foiz holati davolash kam samarali bo'lganda, ya'ni kasallikning III—IV bosqichida

diagnoz qilingan. Oshqozon raki kasalligining II bosqichida 20 foizga yaqini diagnoz qilinadi. Kasallikning birinchi bosqichida oshqozon rakining tashxis qilinganligi juda achinarli – bor yo'g'i 10 foiz [1,2]. 2014 yilda oshqozon xavfli o'smasidan Rossiyada bir yillik o'lim darajasi 48,7 foizni tashkil etib, oxirgi o'n yil ichida 7 foizga pasaygan. Bu, kasallikka tashxis qo'yilgandan keyingi birinchi yilida bemorlarning deyarli yarmi vafot etadi degan ma'noni anglatadi. Shu bilan birga oshqozon rakining erta aniqlanishi nafaqat samarali davolanishni, balki a'zolari saqlab qolish operatsiyalarini ham qo'llash imkonini beradi, bu esa nogironlik darajasini pasaytiradi va bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

### Oshqozon raki bilan kasallanganlarni yoshi va jinsi bo'yicha taqsimlash

Oshqozon raki bilan kasallanish ulg'aygan sari ko'payadi va 60 dan 85 yoshgacha bo'lgan davrda cho'qqiga chiqib, u jinsiy xususiyatlarga ham ega: O'zbekistonda erkaklar va ayollarning kasallanish nisbati 2,5:1 ni tashkil qiladi. Oxirgi 10 yil ichida birinchi marta oshqozon raki aniqlangan bemorlarning o'rtacha yoshi bir oz o'zgardi – 1 yoshga ko'paydi va taxminan 67 yoshni tashkil etdi (erkaklarda – 65 yosh, ayollarda – 69 yosh). Oxirgi 10 yil davomida oshqozon rakidan vafot etganlarning o'rtacha yoshi 1,5 yoshga ko'paydi va taxminan 68 yosh (erkaklar – 66 yosh, ayollar – deyarli 71 yosh) ni tashkil etdi. Shu bilan birga, ishga qobiliyatli yoshdagi o'lim (erkaklar uchun 60 yoshgacha, ayollar uchun 55 yoshgacha) katta hajmga ega bo'lib, oshqozon rakidan o'lim boshqa barcha o'limlardan 25 foizdan bir oz kamroq (erkaklarda – 30 foiz, ayollarda – taxminan 12 foiz) ni tashkil etdi. Rasmida yosh guruhi bo'yicha kasallanish va o'lim ko'rsatilgan [1,2].

### Erta oshqozon rakining etiologiyasi va patogenezini

Oshqozon rakining rivojlanishi uchun javobgar bo'lgan yagona sabab yo'q, lekin oshqozon rakining rivojlanishiga hissa qo'shadigan ko'plab omillar mavjud. Ko'p tadqiqotchilarning oshqozon shilliq qavati shikastlanishida *Helicobacter pylori* roli yetakchi ekanligi to'g'risidagi fikrlari o'xshashdir; shu bilan birga oziqlanishi, turmush tarzi va irsiy omillarining roli ham ko'rib chiqiladi. Odatda, rak oldi holatlar va rak oldi o'zgarishlar farqlanadi. Rak oldi holatlar deganda rak paydo bo'lish xavfini sezilarli darajada oshiradigan kasalliklar tushuniladi, rak oldi o'zgarishlar deganda – rak paydo bo'lishi ehtimoli bor bo'lgan a'zo to'qimalaridagi o'zgarishlar hisoblanadi.

Rak oldi holatlariga *H.pylori* infeksiyasi yoki autoimmun kasallik bilan assotsiirlangan atrofik gastrit va ichak metaplaziyasi, oshqozon operatsiyasidan keyingi holatlar hamda Menetriye kasalligi kiradi. Rak oldi shikastlanishlarga intraepitelial neoplaziya/displaziya/adenoma kiradi.

### Adabiyotlar

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.П., ред. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2015.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.П., ред. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2015.
- Михалева Л.М., Бирюков А.Е., Плахов Р.В. Алгоритм

клинико-морфологической диагностики раннего рака желудка. Клиническая и экспериментальная морфология. 2015; 1: 19-23.

4. Михалева Л.М., Бирюков А.Е., Плахов Р.В. Современный клинико-морфологический подход к раннему раку желудка. Российский медикобиологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2014. 4: 35-41.

5. American Cancer Society. Global cancer facts & figures 3rd ed Atlanta: American Cancer Society; 2015. Available at: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figure.3rd-edition.pdf>

6. Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., Neil D. WHO Classification of tumors of the digestive system. 4 th ed. Lyon: These publication; 2010.

7. Dixon M.F. Gastrointestinal epithelial neoplasia: Vienna revisited. Gut. 2002. 51(1): 130-1.

8. Everett S.M., Axon A.T. Early gastric cancer in Europe. Gut. 1997. 41(2): 142-50.

9. Jo M.J., Park J.Y., Song J.S., Kook M.C., Ryu K.W., Cho S.J. et al. Biopathologic features and clinical significance of micrometastasis in the lymph node of early gastric cancer World J. Gastroenterol. 2015. 21(2): 667-74.

10. Kim J.M., Cho M.Y., Sohn J.H., Kang D.Y., Park C.K., Kim W.H. et al. Diagnosis of gastric epithelial neoplasia: Dilemma for Korean pathologists World J. Gastroenterol. 2011. 17(21): 2602-10.

11. Park D.Y., Srivastana A., Kim G.H., Mino - Kenudson M., Deshpande V., Zukerberg L.R. et al. Adematous and foveolar gastric dysplasia: distinct patterns of mucin expression and background intestinal metaplasia Am. J. Surg. Pathol. 2008. 32(4): 524-33.

12. Park D.Y., Srivastana A., Kim G.H., Mino - Kenudson M., Deshpande V., Zukerberg L.R. et al. CDX2 expression in the intestinal-type gastric epithelial neoplasia: frequency and significance. Mod. Pathol. 2010. 23(1): 54-61.

13. Schlemper R.J., Itabashi M., Kato Y., Lewin K.J., Riddell R.H., Shimoda T. et al. Differences in diagnostic criteria for gastric carcinoma between Japanese and western pathologists Lancet. 1997; 349(9067): 1725-9.

14. Shepherd N.A., Warren B.F., Williams G.T., Greenon J.K., Lauwers G.Y., Novelli M.R., eds. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology. 5th ed Wiley-Blackwell; 2013.

15. Stolte M. The new Vienna classification of epithelial neoplasia of the gastrointestinal tract: advantages and disadvantages Virchows Arch. 2003. 442(2): 99-106.

16. Sung J.K. Diagnosis and management of gastric dysplasia. Korean J. Intern. Med. 2016. 31(2): 201-9.

17. Yakirevich E., Resnick M.B. Pathology of gastric cancer and its precursor lesions Gastroenterol. Clin. North Am. 2013. 42(2): 261-84.

### PREKANSEROZ VA ERTA OSHQOZON SARATONIDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

Tursunov X.Z., Boboyev X.N., Raimqulov R.S., Xoliyeva N.X.

*Oshqozon-ichak trakti kasalliklari doimo tibbiyotning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib kelgan. Oshqozon saratonida shilliq qavatdagi morfologik o'zgarishlar lezyonning yallig'lanish, distrofik, disregenerativ va giperplastik xarakterini ko'rsatishi mumkin. Shu sababli, ushbu o'zgarishlarning mohiyatini, ularning rivojlanish mexanizmini va diagnostikasini tushunish uchun oshqozon biopsiyasi namunalari morfologik o'rganish muhim ahamiyatga ega.*

**Kalit so'zlar:** oshqozon-ichak trakti, shilliq qavat, morfologik o'zgarishlar, prekanserol holatlar