

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни
Сақлаш Вазирлиги**

**Абу Али ибн Сино номидаги
Бухоро давлат тиббиёт институти**

Кафедра : Онкология ва нур ташхиси

МАЪРУЗА МАТНИ

Мавзу: Ошқозон саратони

Бажарди: кафедра доценти т.ф.н.:Абдуллаев Х.Н.

БУХОРО-2014

Мавзу: Ошқозон саратони

Маъруза машғулотининг таълим технологияси

2. Мавзу	Ошқозон саратони
----------	-------------------------

1.1 . Таълим бериш технологиясининг модели .

Машгулот вакти 90 минут	Талабалар сони 20-22 та
Машгулот шакли	Кириш ахборотли маъруза
Маъруза режаси	1. Ошқозон рак олди касаликлари, сурункали касалликлари тугрисида тушунча бериш. 2. Ошқозон саратон касаллиги илк даврида учрайдиган Савитский буйича кичик белгилари тугрисида ва кечиктирилган боскичида симптомларни талабалар онгига сингдириш. 3. Касаллик ташхисотида талабаларни текшириш усуллари билан таништириш (куз билан куриш, пайпаслаш, рентгенография, эндоскопия ва хок.) 4. Ошқозон саратони касаллигигв олиб келадиган асосий этиологик факторлар тугрисида тушунча бериш. 5. Касалликни аниклашда профилактик текширувларни ахамияти тугрисида маълумот бериш.
Ўқув машгулотининг максади : Ошқозон саратон касаллиги этиопатогенези, эпидемиологияси тугрисида талабаларга тушунча бериш. Рак олди ва саратон касалликларини жойлашган жойига караб клиник белгиларини билиш. Касалликни аниклашда, клиник ташхис куйишда анамнез, палпатция, перкуссия, текшириш усуллари, рентгенологик, эндоскопик цитологик текшириш усуллари тахлил кила билиш. Касалликни илк даврида аниклашнинг ахамияти тугрисида тушунча шакллантириш.	
Пед вазифалар	Ўқув фаолиятининг натижалари
• Ошқозон саратонига олиб келиши мумкин булган зарарли одатлар, экзоген ва эндоген этиологик факторларни санаб чиқиш. • Ошқозон саратони касаллигида аниклашда рентгенологик, эндоскопик текширув усуллари ахамиятини айтиш. • Ошқозон саратони илк даврида Савитский буйича синдромларни ва кечиктирилган даврдаги симптомларни санаб чиқиш.	• Онкологик касалликларни хусусан ошқозон саратони касаллиги билан огриган беморлани оператив даволашда аблацика ва антиблацика тушунчаларининг ахамиятини айтиб утиш. • Ошқозон саратонини даволашда терадйтсион ва нотрадитсион даволаш усуллари санаб чиқиш. • Ошқозон саратонининг клиник формаларига караб оптимал даволаш усуллари тушунтириш.
Таълим бериш усули	Кўргазмали маъруза , сухбат

Таълим бериш шакллари	Оммавий , жамоавий
Таълим бериш воситаси	Ўқув кулланма, маъруза матни слайдоскоп , слайдлар
Таълим бериш шароити	Методик жихатдан жихозланган аудитория
Мониторинг баҳолаш	Оғзаки назорат , савол - жавоб

1.2 Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрларлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради	Тинглайдилар
2.Асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намоиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3.Якуний босқич (10 дақиқа)	Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди

МЕЪДА САРАТОНИ

Статистика маълумотлари. Меъда саратони ер юзидда бир хилда тарқалмаган. Ушбу хасталик билан энг куп касалланиш Япония, Италия, Чили, Исландия ва бошқа бир катор мамлакатларда кайд этилган. Энг кам касалланиш Канада, Америка Қушма Штатлари, Австралия ва баъзи бир Африка мамлакатларида кузатилади. Хамдустлик мамлакатларида меъда саратони билан касалланишнинг энг юкори курсаткичи Россия Федерацияси. Белоруссия, Латвия ва Литвада булиб, энг кам курсаткич — Туркманистон, Ўзбекистон, Арманистон ва Грузияга хосдир.

Энг куп касалланиш 60 ешдан ошган кишиларда ва эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта купрок; кузатилади. Меъда саратони уларда 30—

39 ёшлиларга нисбатан 20 баравардан купрок кайд этилган. Сунгги 25—30 йил ичида бу хасталик билан касалланиш ва ундан улиш бутун дунеда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам камаймокда. Бундай ижобий узгаришларнинг сабаблари охиригача урганилмаган.

Касаллик сабаблари. Эпидемиологик текширишлар шуни курсатадики, меъда саратони каерда жуда аччик, ва шур, таркиби бир хил овкат, куп ковурилган гушт, дудланган балик. мунтазам истеъмол килинса, шу ерда купрок, учрайди. Касалланиш даражаси хилма-хил овкатлар истеъмол килинадиган, сабзавот ва мевалар куп ишлатиладиган жойларда камрок булади. Меъда саратонининг пайдо булиши овкат махсулотларида канцероген моддаларнинг борлигига бевосита боглик. Уларнинг ичида энг куп эътибор талаб киладиганлари нитроза бирикмалари ва бензпирендир. Нитрозобирикмаларнинг куп кисми организмга овкат билан тушадиган нитрит ва нитратлардан эндоген равишда (одам ичида) меъда ва ичак микрофлораси ишлаб чикарадиган ферментларнинг беаосита иштирокида синтез килинади. Нитрит ва нитратлар куп микдорда дудланган, куритилган ва тузланган балик, гушт, консерва ва колбасаларда учрайди. Лекин бошка озик-овкатлар ва ичимлик сувлар хам кишлок хужалигида азот угитлари меъердан ортик, ишлатилганлиги туфайли ифлосланади.

Канцероген модда—бензпирен саноат корхоналари ва автотранспорт тутунида куп булиб, меваларга, дала усимликларига, сабзавот ва полиз экинларига утиради ва улар билан бирга одам организмга тушади.

Нитроза бирикмалари ва бензпиреннинг меъда саратонини ривожлантириш хусусиятлари борлиги хайвонларда утказилган тажрибалар оркали тасдикданган.

Клиник тажрибалар шуни курсатадики, кучли спиртли ичимликларни сууистеъмол килувчиларда ва тамакини куп чекадиганларда меъда саратони купрок учрайди. Меъда саратони пайдо булишида генетик мойилликнинг ахамияти хам бордир. Лекин, меъда саратони айрим оилаларда купрок

учрайди. Бунинг молекуляр механизми хозир илмий марказларда урганилмокда.

Шу нарс аникданганки, А, С, Е ва бошка витаминлар антиоксидантлик хусусиятига эга булиб, нормал хужайраларни саратон хужайраларига айланишига йул куймайди ёки фаол равишда камайтиради. Овкатлапиш хусусиятларидан ташкари, тупрокдаги микроэлементлар — магний ва селеннинг меъда саратони ривожланишидаги ахамияти туфисида олимларшшг фикри хар хил ва махсус тажрибалар билан тасдикланмаган.

Меъда саратони олди касамиклари. Буларга сурункали атрофик гастрит, полиплар ва меъда яраси киради.

Сурункали атрофик гастрит. Бу касалликда меъда шиллик кавати атрофияси билан бир каторда унинг баъзи жойлари пролиферацияси ва эпителий хужайраларининг метаплазияси (яъни меъда эпителийсининг ичак эпителийсига айланиши) кузатилади. Сурункали атрофик гастритда пепсиноген ва хлорид кислота ишлаб чиқарилиши камаяди, бактериал флора купайиб кетади ва бу эса уз навбатида меъдада нитроза бирикмалари пайдо булишига олиб келади. Сурункали атрофик гастрит билан касалланганларда меъда саратони соғлом кишиларга нисбатан 4-6 баравар купрок учрайди. Шу сабабли бундай беморлар доимий диспансер кузатувида булишлари керак. Худди шундай диспансер кузатувида пернициоз анемия билан касалланган беморлар ҳам мухтож. Чунки бу хасталикда ҳам меъда саратони соғлом одамларга нисбатан 3—5 марта купрок, кузатилади.

Меъда полиплари. Полиплар бу меъда бушлигига шиллик, кават эпителийсидан усган думалок, тузилмалар булиб, нозик оёкчали ёки кенг негизли булади. Улардан безли (аденоматоз) ва кенг негизли полипларнинг саратонга айланиш хавфи купрок. Полиплар асосан 78—84 % холларда меъданинг антрал булимида учрайди. Купчилик беморларда касаллик хеч кандай аломатларсиз кечади. Агар полип емирилса, унда анемия, холсизлик, кучли оғрик ва қусиш руй бериши мумкин.

Полиплар борлиги ва унинг ташхиси эндоскопик ва рентгенологик йул билан аникланади. Рентгенологик текширилганда полип 0,3 % холда соглом одамларда аникланади, унинг сояси диаметри купинча 0,5 дан то 2 см гача, атрофидаги шиллик кават узгармаган, бурмалари узилмаган булади. Агар полип ингичка ва узун оёкчали булса, куринмаслиги хам мумкин. Эндоскопик текшириш утказилганда полиплар 0,2—0,6 % соглом одамларда аникланиб, думалок, ёки замбуругсимон шаклда, атрофидаги тукималардан аник, чегараланган булади. Уларнинг ранги кизилрок, булиб, юзасида окимтир караш ёки унча чукур булмаган яраланиш кузатилиши мумкин. Полипларнинг саратонга айланиш эхтимоли купгина олимлар фикрича 1,5—5 % га тенг.

Полипларни даволаш жаррохлик усули билан амалга оширилади. Унча катта булмаган (диаметри],5 см гача етадиган), яраланмаган на прогрессив усмаётган полипларни эндоскопик полипэктомия килиш мумкин, лекин препаратни албатта гистологик текширишдан утказиш зарур. Катга улчамли ва кенг асосли полипларда меъда резекцияси утказилади. Полип олиб ташлангандан кейин ёки бемор операциядан бош тортса, улар диспансер кузатувида булади. Бу онкологлар томонидан амалга оширилади. Назорат курик вакида албатта эндоскопик текшириш утказилади. Даволашдан кейинги биринчи икки йил давомида хар 6 ойда, кейинчалик эса бир йилда бир марта назорат курик утказилади.

Сурункали меъда ярасига хам усма олди касаллиги сифатида каралади. Уни аниклаш учун рентгенологик ва эндоскопик усуллар кулланилади. Меъда ярасидан саратон келиб чикиши патогенези узил-кесил хал килинмаган. Сурункали яранинг 4,6—15 % беморда хавфли усмага айланиши кузатилган. Меъда яраси хавфли усмага айланиши пайтида одатда ярага хос булган овкатдан кейинги офиклар тухтайди, бемор сабабсиз оза бошлайди, иштахаси пасаяди, кучсизлик руй беради. Эндоскопик текшириш утказилганда яранинг четлари чандиклангани, тубида ин-филтрация борлиги, текканда огримаслиги кузатилади. Тугри ташхис яра

четларининг турли жойларидан олинган биоптатлар морфологик текшириб курилганидан кейингина куйилиши мумкин.

Меъда резекциясидан кейинги атрофик гастрит. Меъда резекциясидан кейин табиий равишда меъда ширасининг кислоталилиги камайиб, утнинг меъда чултогига утиши кузатилади. Бу эса уз навбатида меъданинг колган кисмида сурункали гастрит ривожланишига, эпителийнинг ичак метаплазиясига айланишига олиб келади. Вакт утиши билан патологик узгаришлар ривожланиб боради ва саратон юзага келиши учун шароит тугилади. Эркаклар 4—5 марта купрок касалланади. Усма купинча 10—20 йилдан кейин пайдо булади. Касалланиш хавфи ёшлик вақтида резекция утказганларда бир оз юкорирок, булади. Касалликни эрта аниқдаш учун илгари меъдаси резекция килинган беморлар хар йили диспансер кузатувида булиб, 10 йил ва ундан купрок. вақт мобайнида албатта рентгенологик ёки эндоскопик текширувлардан утиши керак.

Патоморфологик тузилиши. Россия Федерацияси Онкология илмий марказининг маълумотларига кура, саратон 23,3 % беморларда меъданинг юкори кардиал кисмида, 14,3 % — урта (тана)кисмида ва 49,2% — пастки пилорик кисмида жойлашган булади. 13,2 % беморда меъдани бутунлай шикастлайди.

Эндоскопик ва макроскопик текширишлар асосида меъда саратони 3 турга булинади:

Экзофит саратон. Бунда усма меъда бушлиги томонига купрок, усиб, полип ёки замбуруг шаклида булади. Купинча усманинг уртаси емирилиб, ликопчасимон ярага айланади.

Эндофит саратон - меъда девори, каватларини инфильтрациялаб усади ва 2 асосий шаклда намоён булади: яраланган инфильтратив ва диффуз инфильтратив саратон (масалан, скирр).

Аралаш турида хам экзофит, хам эндофит саратон аломатлари юзага чикади. Амалиётда купинча ликопчасимон ва яраланган — инфильтратив шакллари учрайди.

Микроскопик текшириш натижалари буйича саратоннинг ҳар бир тури узига хос хужайралардан иборат бўлади. Халқаро морфологик таснифга кура меъда саратони хужайраларига қараб 5 хилга бўлинади:

Аденокарцинома (безли саратон):

- а) папилляр хужайрали;
- б) тубуляр хужайрали;
- в) муциноз хужайрали;
- г) узуксимон хужайрали;

Ясси хужайрали саратон;

Аралаш хужайрали (ясси ва безли) саратон;

Шаклланмаган хужайрали саратон;

Нотасниф хужайрали саратон.

Одатда экзофит турдаги усма безли хужайралардан иборат бўлади. Эндофит турини эса купинча шаклланмаган, нотасниф хужайралар ташкил этади. Меъда саратонининг усиши ва ривожланиш халқаро TNM таснифи ва босқичлари билан ифодаланади.

Меъда саратонининг халқаро TNM таенифи

T — бирламчи усмани аниқдаш учун маълумот кам.

T — инвазия бермаган усма.

T — бирламчи усма аниқланмаган.

T — усма меъдани факат шиллик ёки шиллик ости қавати билан биргаликда шикастлаган, унинг улчами ва жойлашишининг аҳамияти йук

T — усма меъда деворига чуқур ушиб қирган,
унинг ярмидан қамрок, қисмини шикастлаган.

T₃ — усма меъда деворига чуқур ушиб қирган ва унинг ярмидан қупрок қисмини шикастлаган.

T₄ — усма меъда деворига чуқур ушиб қирган ва унинг ярмидан қупроғини шикастлаган ёки қушни аъзоларга тарқалган.

N — регионар лимфа тугунчалар ҳолатини аниқлаш учун маълумот кам.

N — регионар лимфа тугунчаларида метастаз аникланмаган.

N — меъданинг кичик ва катта эгриликларидаги усмадан 3 см дан узок, булмаган лимфа тугунчаларида метастазлар бор.

N — усмалан 3 см наридаги лимфа тугунчаларида, шу жумладан, меъда, кораталок ва умумий жигар артериялари ёнида ҳам метастазлар бор.

N — парааортал, гепато-дуодеиал ва корин бушлига ичидаги бошка лимфа тугунчаларида метастазлар бор.

M — узоклашган метастаз борлигини аникдаш учун маълумот кам.

M — узоклашган метастаз белгилари йук.

M — узоклашган метастазлар бор.

Меъда саратонининг боскичлари

I боскич — усма улчами 3 см гача, шиллик ости каватигача таркалган, регионар метастазлар бермаган.

IIа боскич — усма улчами 3 см дан каттарок, шиллик каватигача таркалган ёки усманинг улчами хар хил булиб, меъданинг мускул каватига утган булсада, лекин сероз каватига утмаган, регионар метастазлар йук.

IIб боскич — усманинг улчами ва таркалиши юкоридагидек, лекин айрим ёлгиз (2 дан куп эмас) перигастрал лимфа тугунчаларида метастаз бор.

IIIа боскич — усманинг улчами хар хил булиб, меъданинг ҳамма каватига усиб кирган еки кизилунгач ва 12 бармок ичакка утган. Регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йук.

IIIб боскич — усманинг таркалиши юкоридагидек, лекин перигастрал, чап меъда, умумий жигар ва кораталок артериялари енидаги лимфа тугунчаларила куплаб метастазлар бор.

IV боскич — усма уз атрофидаги аъзо тукмаларига усиб кирган еки усманинг узокдашган метастазлари мавжуд.

Клиник манираси. Меъда саратонининг клиник куриниши хилма хил булиб, бошка купгина мсъда-ичак касалликлариникига ухшайди ва уларнинг усиши, ривожланиши ва асоратлари билан бевосита боглик.

Меъданинг эрта саратони бутунлай белгисиз кечиши мумкин. Бунда усма тасодифан рентгенологик ёки эндоскопик текшириш чогида аниклаб олинади. Касаллик 15—40 % беморда белгисиз кечади, камдан-кам холларда улар усма борлигидап ва бошқалари эса кушимча меъда-ичак касачликларидан шикоят киладилар.

Меъда саратонининг бошлангич пайтида «кичик белгилар» синдромини учратиш мумкин. Унга куйидагилар киради:

— беморнинг охирги вақтларда узини емоп сезиши, тез чарчаб қолиши;

— кайфияти, ҳаётга, ишга кизиқиши йуклиги, етсираш;

— сабабсиз иштаханинг пасайиши, баъзида эса бир хил овкатларга (масалая, гушт, балик) кунгил тортмаслиги;

— «меъда дискомфорта» ҳолати (яъни овкатланишдан мамнун бўлмаслиги, кориннинг тулиб кетиш хисси, эпигастрал соҳада огирлик еки огрик пайдо бўлиши, баъзап кунгил айланиши);

— беморнинг тез ориклаб кетиши, камконлик (анемия) пайдо бўлиши.

Ривожланган меъда саратонининг клиник манзараси биринчи навбатда унинг жойлашишига кура намоён бўлади.

Кардиал булим саратонида овкат утиш йули қисилиши туфайли келиб чиққан дисфагия бошқа симптомларга нисбатан биринчи уринда туради. Бемор овкатнинг қийналиб ёки тухталиб утишидан шикоят килади. Дастлаб каттик, овкат сувсиз утмайди, кейинчалик юмшок ва ярим суюқ овкатлар ҳам утмай қолади. Овкат егандан кейин дарҳол кунгил айланиши ва қайт қилиш кузатилиши мумкин. Бемор тез озиб кетади ва тиббий ердамга мухтожлик сезади.

Меъда танаси саратони куп вақт узини намоён қил-маслиги мумкин. Одатда беморлар иштаха пасайиши, узни ёмон хис қилиш ва сабабсиз озишдан шикоят киладилар. Фақат усма емирилгандан кейин ичдаи қон кетиш аломати пайдо бўлади, усма меъда ости безига ушиб қирса, бунда қучли огрик руй беради.

Меъданинг пилорик бўлими саратони киска муддат ичида меъдадан ичакка овкат чиқиш йулини кисади. Бунда эпигастрал сохада огирлик хисси, ёкимсиз хидли кекириш, бир неча соат олдин ёки кечаги еган овкати кайт килиш кузатилади. Купинча беморларнинг узлари ахволини вақтинча яхшилайдиган кайт килишни чакирадилар. Корин пайпасланганда суюкликнинг шалоपлаган овози эшитилади, баъзида эса умуртка погонасининг унг томонида каттик, тузилмани пайкаш мумкин. Беморларда тез озиш ва сувсизланиш кузатилади.

Меъда саратони кандай шаклда булмасин ва кайси (кисмда) жойлашмасин, албатта, якин ва узоклашган метастазлар беради. Дастлаб меъда якинидаги лимфа тугунчалари чап меъда артерияси пилорик ва унг меъдачарви артерияси буйлаб жойлашганларда аникланади. Талок дарвозаси атрофидаги лимфа тугунчаларидаги метастазлар асосан саратон меъданинг юкори кисмида жойлашганда учрайди. Антрал булим саратонида жигар ва ун икки бармок ичак боғлами, лимфа тугунчалари шикастланиши мумкин.

Саратон хужайраларининг кейинчалик лимфа система буйлаб таркалиши корин орти бушлиги, меъда ости безининг атрофи, ичак туткич илдизи ва жигар дарвозасида жойлашган лимфа тугунчаларининг шикастланишига олиб келади. Баъзи бир беморларда лимфоген метастазлар узок, лимфа тугунчаларида, жумладан, умров усти, киндик, Дуглас оралиги ва тухумдонларда аникланади. Метастазлари бор лимфа тугунчалари думалок, шаклда, каттик. консистенцияда, пайпаслаб курилганда кимирлайдиган, огриксиз, конгломератлар хосил килган булади. Улчалари тарик дони катталигидан то 2 см гача етиши мумкин.

Чап умровнинг медиал кисми устидаги лимфа тугунчаларидаги метастаз — Вирхов метастази, киндик ёнидаги — Джозеф метастази, Дуглас оралигидаги — Шнитилер метастази ва тухумдондагилар Крукенберг метастази деб номланади. Гематоген метастазлар эиг куп холларда жигарда, камрок упка, плевра, меъда ости беzi ва буйракларда

учрайди. Имплантацион метастазлар одатда кичкина, тарик донига ухшаш булиб, париентал ва висцерал плевра юзасида таркалган булади. Бундай холларда купинча асцит хам кузатилади.

Касаллик асоратлари. Одатда меъда саратонида кон кетиши, пилорик, кардиал булимлар стенози, усманинг кушни аъзолар ва тукамаларга ушиб кириши, корин бушлигига тешилиб кетиши кузатилади.

Таъхисоти. Меъда саратонига шубха цилинганда одатда клиник текширишлар кулланилади: сураб-суриштириш, объектив ва лаборатория текширишлари, рентгеноскопия, ренпенография, эндоскопия ва ультра-товуш текширишлдри.

Сураб-суриштириш пайтида беморни нима безовта килаётгани, кориндаги овкат билан боглик ёки боглик, булмаган огриклар, кекириш, зарда кайнаши, иштаханинг пасайиши, сабабсиз озиш, кунгил айниши, ахлатнинг (нажас) кора рангда келишини аниклаш мумкин. Агар беморда сурункали анемия, меъда яраси, атрофик гастрит ва полиплар булса, улар туфайли қачон рентгенологик ёки эндоскопик текширувлардан утганлигини билиш жуда зарур.

Конни умумий тахлил қилганда усмаси катта улчамларга етган беморларнинг 80%ида эритроцитларнинг чуқиш тезлиги ошиб кетганлиги кузатилади. Эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошганлиги кушимча таъхисот белгиси булиб хизмат қилади, чунки касаллик қайталанмаган пайтда у узгармаган булади. Анемия борлигига хам катта ахамият берилади. Одатда анемия гипохром турда булиб, кон кетиши натижасида юзага келади. Ахлатни конга текшириш хам муҳим кушимча текшириш усулларида хисобланали. Ахлатда кон одатда емирилган экзофит ва аралаш меъда саратонларида пайдо булади. Агар кон кам булса, яширин холла булиб, куп булса ахлат рангини қорайтиради.

Меъдани **рентгеноскопия ва рентгенография** қилиш узок, вақтдан бери сарагонга таъхис қуйишда етакчи усуллардан бири булиб келмокда.

Меъда саратонининг рентгеноскопик манзараси жуда хилма-хил булиб, унинг усиш хусусиятлари, усманинг улчами ва жойлашишига боғлиқ.

Экзофит саратонда контраст модла — барий билан меъда бутунлай (усма бор жойлан ташкари) тулади. Бу «тулиш нуксони» симптоми деб аталади ва унинг ташхис учун ахамияти катта. Уша тулмаган жой рентген суратида думалок, четлари нотекис булиб куринади.

Эндофит саратонда ҳам «тулиш нуксони» симптоми учрайди, аммо у одатда катгарок ва япалок булади. Бу жойда меъла деворининг физиологик кискариши кузатилмайди.

Эндоскопик текшириш. Куп бсморлар учун, айникса меъда саратонининг эрта боскичларида хал килувчи текшириш усули хисобланади. Бунда меъда шиллик кавати бевосита фиброгастроскоп билан курилиб, гистологик текширишга материал олинади. Эндоскопик текшириш патижалари жуда юкори булиб, хатто эрта саратон билан огриган беморларнинг 90%ига тугри ташхис куйишга эришилади. Шу билан биргаликда бунда диаметри 5 мм булган тузилмаларни ҳам аниқлаш имконияти тугилади.

Ультратавуш билан меъдани текшириш учун унинг ичига зонд оркали суюклик (сув) юборилади. Шунда саратон бор жойда меъда девори калинлашади ёки узи куринади.

Компьютер томография кулланилганда меъданинг хар 5—10 мм юпка котламини (киркимларни) нур билан булиб, усманинг жойлашиши, шакли, атрофидаги аъзоларга муносабати аникланади.

Радионуклид усулининг факат меъда саратонинимас, балки унинг жигарга берган метастазларини аниқлашда ахамияти катта.

Иммунологии, ташхис бсморнинг конида махсус оксиллар (афафеюпротейн — АФП; саратонэмбрионал антигени — СЭА; сульфогликопротейн антигени ва бошқалар) топилишига асосланган. Бу усул хозирги вақтда профилактик курикларда ва поликлиника текширувларида ишлатилмоқда ва айрим мамлакатларда 70% гача меъда

саратони бор беморларни топишга ёрдам бермокда. Лекин иммунологик усул кулрок, жаррохлик ва бошка даволашлар самарадорлиги, рецидив ва метастазларни аникдашда мухим ахамият касб этади.

Кийсий ташхис. Беморнинг шикоятларига караб меъда саратонини катор бошка касалликлардан ажрата билиш керак. Меъда касалликларида 5 та асосий клиник синдром кузатилади: 1) огрик; 2) меъда дискомфорти; 3) анемия; 4) дисфагия; 5) меъда эвакуациясининг бузилиши.

Беморларда меъда саратони огрик, синдроми ва меъда дискомфорти билан кечса, бундай холларда такословчи ташхис меъда яраси, гастритлар, меъда ости беzi саратони ва бошкаларга нисбатан утказилади. Огрик синдромида унинг хусусиятлари, ривожланиш динамикаси, секин-аста бемор умумий ахволининг ёмонлашиши, шикоятлар тавсифининг узгаришига эътибор берилади.

Анемик синдром вақтида унинг тавсифи, манбаи ва табиати тугрисидаги масала хал килинади. Текшириш вақтида айникса меъда туби холатига, қонайдиган хавфли усма қаерда учраши мумкинлигига эътибор берилади.

Дисфагик синдромда такословчи ташхисни чандикли торайишлар ва кизилунгач ахалазиясига нисбатан утказиш керак. Киска булган анамнез, симптомларнинг аста-секин зурайиб бориши, меъда дискомфорти, умумий хрлсизлик, озиб кетиш хавфли усмадан дарак беради. Меъда эвакуациясининг бузилиши, анамнезда яранинг йукдиги, симптомларнинг секин-аста кучайиб бориши, меъда дискомфорти, стенознинг нисбатан тез вақт (хафта, ой) давомида ривожланиши, касалликнинг кундан-кунга зурайиб бориши юз берса ва хасталанган кишилар кекса булса пилорик стенознинг усма табиатли эканлиги тугрисида фикр юритиш мумкин.

Даволаш. Меъда саратонини даволашда кейинги йнлларда куп узгаришлар руй берди ва хозирги вақтда қуйдаги усуллар кулланилмокда: жаррохлик усули, нур терапияси, кимётерапия, криотерапия, иммунотерапия ,комбинацияланган усуллар.

Бу усулларни алохида ёки бирга кушилган ҳолда кулланиши асосан саратон меъданинг кайси қисмида жойлашганлиги ва кайси боскичда у аниқланганлигига боғлиқ.

Жадвалдан қурилиб турганидек, жаррохлик усулларида бири булган проксимал субтотал резекция саратон меъданинг проксимал қисмида жойлашганида ва унинг ҳамма боскичларида (факат IVб дан ташқари) қуланилади (17-расм). Баъзи лолларда (III ва IVa) гастроектомия қулланилиши мумкин. Саратон меъданинг дистал қисмида жойлашганида эса жаррохлик усулларида дистал субтотал резекция ўтказиш мақсадга мувофиқ, бўлади ва ҳамма боскичларда (факат IVб боскичдан ташқари) қулланилади.(18-расм).

Шунга аҳамият бериш керакки, жаррохлик усуллари аслида ҳолда факат проксимал бўлимдаги саратоннинг I боскичида, дистал бўлимнинг T ва II боскичларида қулланилади. Бошқа ҳолларда жаррохлик усули албатта нур терапияси, кимётерапия, криотерапия ва иммунотерапия билан бирга олиб борилиши керак. Факат шундагина ижобий натижаларга эришиш мумкин. Жаррохлик усулидан кейин меъда саратонини даволашда нур терапияси (гамма нурлари билан) 2-чи уринни эгаллайди. Бу усул проксимал саратоннинг иккинчи боскичдан бошлаб барча қолган боскичларида ҳам қулланилади.

Нур терапияси меъда саратони операциясидан олдин ишлатилганда асосан 2 хил режада амалга оширилади:

Классик режа — ҳар куни 2Гр дан 15 кун давомида, жаъми 30 Гр доза нур берилади ва 3—4 ҳафтадан сунг жаррохлик операцияси ўтказилади.

Катта фракцияли режа — 5 кун давомида 4 Гр дан, жаъми 20 Гр нур берилади ва 2-4 кундан кейин албатта операция қилинади.

Меъда саратонининг III—IV боскичларини даволаш усуллари самарадорлиги баҳоланганда ўзок, натижаларига қура биринчи уринни шубҳасиз комбинацияланган ва комплексланган усуллар эгаллайди. Беморни безовта қиладиган ҳасталик белгилари рецидив, метастазларни

камайтиришда ва колган умр сифатини яхшилашда бу кушма усулларнинг ахамияти жуда катта. Барча усулларни бирга ишлатиш режалари купинча жаррохлик усули негизида ташкил килинади. Лекин улар жаррохлик усулисиз ҳам кулланилиши мумкин.

Даволаш натижалари. Меъда саратонини даволашда ишлатилган усуллар самарадорлиги даволанган беморнинг канча вақд яшашига қараб баҳоланади. Бу эса купгина омилларга боғлиқ, булиб, уларнинг энг муҳимлари саратоннинг боскичи, макроскопик шакли, микроскопик тузилиши, қайси қисмда жойлашиши, беморнинг еши ва жаррохлик операциясининг ҳажми ҳисобланади. Омиллар ва даволаш усуллари бирга ишлатиш қоидалари куплиги туфайли даволаш натижалари ҳам ҳар хил бўлади. Аммо шу нарса аниқки, саратоннинг биринчи боскичи, экзофит шакли, у меъданинг дистал қисмида жойлашган ва бемор унча қари бўлмаганда радикал операция билан даволаш самарадорлиги бошқача усулларга нисбатан юқори бўлади. Масалан, меъданинг экзофит саратони I—II боскичларида жаррохик усулларида (субтотал резекция, гастрэктомия) кейин беморларнинг 90,5—97,0% и 5 йилдан ортиқроқ яшайди, эндофит шаклида эса курсаткичлар бундан 5—10 марта паст бўлади.

III боскичда жаррохлик усули билан даволаш факат 20,2% дан 31,5% гача ҳолларда экзофит саратонли беморлар ҳаётини 5 йилдан купроқга узайтиради. IV боскичда эса даволашдан кейин беморларнинг умри уртача 1 — 1,5 йилдан ошмайди. Шу сабабли меъда саратонининг III ва IV боскичларида асосан комбинацияланган ва комплексланган даволаш усуллари кулланилади. Уларни узоклашган натижалари III боскичда нур терапияси ва радикал операцидан кейин 35,8—37,5%, радикал операция ва кимётерапиядан кейин 38,2—40,0%, комплексланган усул (нур терапияси, радикал операция ва кимётерапия) кулланилганда —41,3% беморларнинг 5 йилдан купроқ, яшаши билан ифодаланади. IV боскичда факат жаррохлик усулининг узи ишлатилса, эндофит саратонда 1,4%, экзофит турида—6,5% бемор 5 йил яшайди ҳолос. Паллиатив операцидан кейин нур терапияси

кулланилса — 19,5%, кимё терапиясидан кейин —38,7% беморларнинг умри 5 йилга тенг булади.

IV боскичда беморларнинг ахволи огир булгани учун купинча жаррохлик усулини ишлатиш мумкин булмайди. Бундай беморларнинг умри одатда операциядан кейин 4-6 ойдан ошмайди. Агар бундай беморларда инграартериал кимётерапия билан бирга УВЧ-гипертермия ва нур терапия кулланилса, уларнинг ахволи яхшиланиб, кейинги умри уртача 12,9 ойга тенг булади.

Профилактика. Меъда саратонининг алдини олиш чораларидан бири — бу меъда усма олди касалликларини уз вактида аниклаш, диспансеризация килиш ва барвакт даволашдан иборатдир. Кунига 3—4 марта овкатланиш, тузланган, дудланган, ута аччик овкатларни камрок, ейиш, шурва, сут, катик, каби махсулотларни купрок ишлатиш, витамин «А», «С» ларга бой булган мева ва сабзавотларни истеъмол килиш, чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларни ортикча истеъмол килишдан сакланиш катта ахамиятга эга. Якин кариндошларида меъда саратони булган, айникса меъда ширасининг кислоталилиги камайган ва 50 ешдан ошган кишиларга купрок эътибор бериш лозим. Бундан ташкари, меъда саратонини олдини олишнинг мухим тадбирларига барча ахоли айникса урта ва кекса ешдаги кишилар, бутун тиббиёт ходимларининг меъда саратони тугрисидаги билимларини ошириш мухим ахамиятга эгадир. Одамлар меъда касалликларининг келиб чикиши ва уларни саратонга айланиш сабабларини канча куп билишса, меъда саратонидан улиш шунча камаяди.

6. Аудиторияга саволлар:

1. Меъда саратони эпидемиологияси
2. Меъда саратони этиологияси
3. Меъда саратони патомарфологияси
4. Рак олди касалликлари
5. Меъда саратони клиникаси

6. Меъда саратони текшириш усуллари
7. Даволаш усуллари айтинг?
8. Меъда саратони прафилактикаси
9. Меъда саратони прагнози.

Асосий адабиётлар

1. Муратхўжаев Н.К., Жўраев М.Д., Худойбердиев Т.К. «Онкология». Дарслик. Тошкент 2002 й.
2. Атаханова Н.Э., Тиллашайхов М.Н. Онкологиядан маърузалар. Тошкент 2001
3. Яременко К.В. «Злокачественные опухоли». Учебник. Санкт-Петербург. 2003
4. Петерсон. Онкология. Дарслик. Москва. 1980й.

Қўшимча адабиётлар

1. Черенков В.Г. Клиническая онкология. Учебное пособие. Москва 2010 г.
2. Дурнов Л.А. Злокачественные опухоли у детей раннего возраста. М. Медицина. 1984 г.
3. Мерте Дж. «Справочник врача общей практики». Учебник. Москва 2000 г.
4. Ёқув - назорат дастури. 2001 й.
5. Черезов А.Е. Общая теория рака. Учебник. Москва. 1997 г.
6. Черенков В.Г. «Клиническая онкология». Москва. 2000 г.
7. Principles and Practice of Pediatric Oncology / Ed. By Philip A. Pizzo and David G. Poplack.- Philadelphia: J.B. Lippincott,
8. Интернет маълумотлари қуйидаги сайтлардан олинади:
[www.rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology/), www.esmo.org, www.medline.ru,
www.medlinx.ru, www.oncowed.ru, [www.yandex.ru\ medicine\oncology\](http://www.yandex.ru/medicine/oncology/).