

## ОШҚОЗОН ЭРТА САРАТОНИНИ ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ



Мамаризаев Дилшод Юнусович, Рахимова Мадинабону Улмас кизи  
Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Мамаризаев Дилшод Юнусович, Рахимова Мадинабону Улмас кизи  
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## RESULTS OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF EARLY GASTRIC CANCER

Mamarizaev Dilshod Yunusovich, Rakhimova Madinabonu Ulmas kizi  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [madinarahimova904@gmail.com](mailto:madinarahimova904@gmail.com)

**Резюме.** Ўртача кузатув муддати 60 ой давом этди. 1 йиллик умумий омон қолиш 100%, 24 ойлик – 96,3% ни таъкил этди. 5 йиллик омон қолиш 92,6% ни таъкил этди. Асоратлар сифатида EMR гуруҳида 1 (2,9%) холда кетган қон кетиш, ESD гуруҳида 1 (5%) холда кетган қон кетиш ва 2 (3,7%) холда перфорация (Clavien-Dindo III) кузатилди. ESD жараёнида резекция чети мусбат бўлиши эҳтимоли EMR га нисбатан юқорирак бўлди (5% га қарши 2,9%). Барча вафот этган ҳолатлар (5 йил ичида 5,6%) саратон билан боғлиқ бўлмаган.

**Калит сўзлар:** ошқозон эрта саратони, эндоскопик шиллиқости диссекция (ESD), эндоскопик шиллиқ қаватидаги ўсма билан бирга эндоскопик резекция (EMR), омон қолиш, асоратлар, резекция чети.

**Abstract.** The mean follow-up period was 60 months. The overall 1-year survival rate was 100%, and the 24-month survival rate was 96.3%. The 5-year survival rate was 92.6%. Complications included delayed bleeding in 1 (2.9%) case in the EMR group, delayed bleeding in 1 (5%) case and perforation in 2 (3.7%) cases (Clavien-Dindo III) in the ESD group. The probability of a positive resection margin was higher with ESD compared to EMR (5% vs. 2.9%). All recorded deaths (5.6% within 5 years) were not related to cancer.

**Keywords:** early gastric cancer, endoscopic submucosal dissection (ESD), endoscopic mucosal resection (EMR), survival, complications, resection margin.

**Долзарблиги.** Европа Гастроэнтерология Жамиятининг (ESGE) сўнгги тавсияларига кўра, эндоскопик резекция учун жавобгар бўлган, яъни инвазия шиллиқ қават билан чекланган, дифференциалланган гистологияга эга, диаметри 20 мм дан ошмаган ва инвазия белгилари кўринмаган паст хавфли ошқозон эрта саратонида эндоскопик шиллиқости диссекция (ESD) стандарт даволаш усули сифатида тавсия этилади [9]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ESD усули билан даволанган паст хавфли ошқозон саратони бўлган беморларда 5 йиллик ўртача омон қолиш даражаси 95% дан ортиқдир [10]. Шу билан бирга, мураккаб гистология ва юқори таралги хавфи бўлган ҳолатларда лимфа тугунларига метастазларнинг тарқалиши хавфи 10% гача кўтарилиши мумкин, бунда эндоскопик даволаш жараёни етарли бўлмаслиги мумкин [11]. Натижада, беморларни танлашда аниқ мезонлар

ва чуқур таҳлил қилиш, шунингдек, ESD натижасининг гистопатологик баҳоси асосида қўшимча хирургик аралашув ҳақида қарор қабул қилиш зарурлиги долзарб муаммо сифатида қолмоқда.

Ҳар қандай касалликни даволаш натижаларини яхшилаш, авваламбор, унинг вақтида диагноз қўйилишига боғлиқ. Бу ўзининг яққол самараси билан айниқса ошқозон-ичак тракти касалликларида, доимий ривожланиб бораётган эндоскопик текширув усуллари имконияти туфайли намоён бўлмоқда. Ушбу йўналишнинг амалга оширилиши ошқозондаги ёмонсиман ҳосилларни дастлабки ривожланиш босқичида аниқлаш имконини берди. Сўнгги йиллар мобайнида «ошқозон эрта саратони» (ОЭС) аталуви махсус адабиётларда мустақкам ўрин олди [1, 3]. Ҳозирги замон тасаввурига кўра, ОЭС – бу лимфа тугунларидаги регионар

метастазларнинг мавжудлигидан қатъий назар, шиллик қават ва шиллиқости қават билан чекланган карциномадир [4–6].

Ушбу касалликни вақтида аниқлаш, унга хирругик ёндашувнинг классик усулларини қайта кўриб чиқишга ва ўтказиладиган амалиёт ҳажмини камайтириш йўналишидаги инвазив булмаган технологиялар томонга эътиборни ўзгартиришга олиб келди. Мавжуд маълумотларга кўра, хирругик таъсирнинг пасайиши амалиётнинг радикалигини камайтирмайди, бир вақтда беморларнинг ҳаёт сифати ва даволашнинг узоқ муддатли натижаларини яхшилашга хизмат қилади [1, 3].

Бирок, ОЭС да регионар метастазланиш хавфи мавжуд бўлиб, у даволашнинг узоқ муддатли натижаларига салбий таъсир кўрсатиши мумкин [7]. Ошқозон эрта саратонини эндоскопик даволаш учун беморларни танлаш натижаларини баҳолаш ва шу билан боғлиқ долзарб муаммоларни ҳал этиш ушбу тадқиқотни олиб боришнинг мақсадидир [8].

**Мақсад:** Ошқозон эрта саратонини эндоскопик даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Ушбу тадқиқот Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд филиали базасида олиб борилди. Тадқиқотга ўртача ёши  $70,5 \pm 9,6$  та бўлган 54 нафар бемор (32 нафари аёл, 22 нафари эркак) киритди.

Ошқозон эрта саратони (ОЭС) диагнози гастроскопия, хромогастроскопия ва бошқа маълумотлари асосида қўйилди. Биопсия намунасининг морфологик текшируви, шунингдек, компьютер томография натижалари билан тасдиқланди.

Тадқиқотга клиник, эндоскопик ва морфологик жиҳатдан ошқозон эрта саратони мезонларига мос келувчи беморлар киритилди. Танлаш жараёнида эндоскопик таснифлар ва инвазия хавфини баҳолаш мезонлари ҳисобга олинди: шикастланишнинг Париж классификацияси бўйича типи, ўчоқ чегараларининг равшанлиги, тор-спектрли режимда микрокон томир ва шиллик қават нақшининг хусусиятлари, шунингдек хромогастроскопияда дисплазия/малигнизацияга хос белгилари. Кўшимча равишда, умумий соматик ҳолат, ҳамроҳ касалликлар, антикоагулянт/антиагрегант қабул қилиш ҳолати ва анестезиологик риск омиллари баҳоланиб, эндоскопик даволашга тайёргарлик ва хавфларни камайтириш чоралари индивидуал белгиланди.

Эндоскопик аралашувларнинг натижаларини баҳолашда асосий клиник-морфологик кўрсаткичлар стандартлаштирилди. Резекциядан кейинги материаллар морфологик текширув учун ягона

алгоритм бўйича тайёрланиб, ўсманинг гистологик типи ва дифференциалланиш даражаси, инвазия чуқурлиги (шиллик қават/шилликости қават даражалари), лимфоваскуляр инвазия белгилари ҳамда резекция четларининг (горизонталь ва вертикаль) ҳолати алоҳида қайд этилди. Кузатув стратегиясида рецидив ва метакрон ўсмаларни эрта аниқлашга йўналтирилган эндоскопик назорат, клиник мониторинг ҳамда кўрсатма бўйича инструментал текширувлар киритилди; клиник натижалар яқин ва узоқ муддатли даврларда бир хил тамойиллар асосида баҳоланди.

**Натижа ва мунозара.** Беморларга ошқозон шиллик қаватидаги ўсма билан бирга эндоскопик резекция (EMR) ёки эндоскопик шилликости диссекция (ESD) амалга оширилди. Эндоскопик даволаш учун кўрсаткич беморда Париж классификацияси бўйича I–II типдаги, ўлчами 20 мм дан ошмаган, морфологик жиҳатдан аденокарцинома сифатида тасдиқланган, лекин дифференциаллашмаган шаклларида ташқари бўлган ошқозон эрта саратонининг мавжудлиги эди.

Эндоскопик текширув маълумотларига кўра, аниқланган патологик очакларнинг ўлчами ўртача  $16,3 \pm 6,8$  мм ни ташкил этди.

Тор-спектр режимда эндоскопия олиб берилганда 50 (92,6%) беморда шиллик қават нақшининг бузилиши ва микро-кон томир йўлларидаги ўзгаришлар аниқланди, 4 (7,4%) ҳолда эса шиллик қават нақшининг йўқлиги кўзга ташланди.

Аниқланган хавфли ҳосилалар ошқозон-ичак трактидаги ўсма пораларининг Париж классификацияси бўйича таснифланди (жадвал).

34 ҳолда беморларга ошқозон шиллик қаватидаги ўсма билан бирга эндоскопик резекция (EMR) амалга оширилди, қолган 20 ҳолда эса эндоскопик шилликости диссекция (ESD) бажарилди.

Морфологик текширув натижасида беморларнинг 59,4% да юкори дифференциалланган аденокарцинома, 31,2% да ўртача дифференциалланган аденокарцинома, 9,4% ҳолатда эса паст дифференциалланган аденокарцинома аниқланди. Дифференциалланмаган аденокарцинома аниқланмади. 2 та беморда шилликости диссекциядан сўнг лимфоваскуляр инвазия кузатилди. Ўсманинг инвазия чуқурлиги 86% ҳолатда m2–m3 даражасида қайд этилди. 1 (2,9%) беморда ошқозон шиллик қаватидаги ўсма билан бирга эндоскопик резекциядан сўнг гистология жиҳатдан мусбат горизонталь резекция чети олинган. Эндоскопик шилликости диссекциядан сўнг 1 (5,0%) беморда операцион материалнинг морфологик текширувида мусбат вертикаль резекция чети аниқланди.

**Жадвал 1.** Париж классификацияси бўйича ўсма турлари

Ўсма тури	Беморлар сони, абс.	Беморлар сони, %
0–I p	9	16.7
0–I s	1	1.9
0–II a	17	31.5
0–II b	3	5.5
0–II c	8	14.8
0–II a+II c	16	29.6
0–III	0	0
<b>Жами</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Операциядан кейинги даврда EMR кўйилган 1 (2.9%) беморда эндоскопик аралашув зонасидан қон кетиш ривожланиди, бу эса қон кетиш манбаига эндоскопик клипирование ўтказиш орқали бостирилди. ESD гуруҳидаги 1 (5.0%) беморда ҳам қон кетиш кузатилди, бу эса аргон плазма коагуляцияси ёрдамида бостирилди.

Эндоскопик клиплаш ёрдамида бостирилди. 2 (3.7%) беморда ошқозон деворининг перфорацияси кузатилди, бу умумий наркоз остида хирургик аралашувни талаб қилди. Ушбу асоратлар Clavien-Dindo классификацияси бўйича III классга киритилди [9]. ESD гуруҳидаги асоратлар сони EMR гуруҳига нисбатан ишончли тарзда фарқ қилди. ESD жараёнида перфорацияларнинг кўпроқ учраши, шифокорнинг резекция чети мусбат бўлишининг олдини олиш учун саъй-ҳаракати билан изоҳланади ва бу усулни ўзлаштиришнинг дастлабки босқичларида кузатилди, бу адабиётлар маълумотларига мос келади [7]. Операциядан кейинги ўлим кузатилмади.

Барча 54 (100%) бемор 1 йиллик даврни, 52 (96.3%) бемор эса 24 ойлик даврни беасқлот баён қилди. Уч йиллик давргача 3 (5.6%) бемор вафот топди. Кейинги кузатув давомида 5 йилдан 7 йилгача бўлган муддатда яна 1 (1.9%) бемор вафот топди. Вафот сабабларини таҳлил қилиш натижасида, 3 та бемор ҳамроҳ бўлган касалликларининг декомпенсациясидан вафот топгани, 1 та беморда эса ўлимга олиб келган бошқа локализациядаги хавфли ўсма аниқланганлиги белгиланди. Текширилган беморлардан биронтасида ҳам ўсма жараёнининг прогрессирланиши қайд этилмади. Шу таркибда, тадқиқотда иштирок этган беморларнинг 92.6% (50 нафари) учун 5 йиллик омон қолиш аниқланди.

Эндоскопик даволаш тактикаси ўчоқнинг макроскопик кўриниши, ўлчами, визуал чегараларининг аниқлиги ва инвазияга шубҳа уйғотувчи белгиларига қараб танланди. Кузатувлар шуни кўрсатдики, нисбатан кичик ўлчамли ва чегаралари равшан бўлган ўчоқларда EMR техник жихатдан қулай бўлиб, қисқа муддатда бажарилиши ва камроқ травматиклиги билан ажралиб туради. Бироқ, чегараларнинг

нотенглиги, субмукозал фиброзга шубҳа, ёки морфологик жихатдан радикалликка юқори талаб қўйилган ҳолатларда ESD афзал кўрилди, чунки у резекция майдонини кенгроқ назорат қилиш ва резекция четларини салбий (R0) қилиш имкониятини оширади.

Морфологик натижаларни тизимли таҳлил қилиш резекциянинг онкологик радикаллиги ва кейинги бошқарув тактикасини белгилашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга эканини кўрсатди. Лимфоваскуляар инвазия аниқланган ҳолатларда, ҳатто ўчоқ эндоскопик жихатдан тўлиқ олинган бўлса-да, регионар метастазланиш эҳтимоли ошиши сабабли беморларнинг кейинги тактикаси қайта кўриб чиқилиши лозим. Шунингдек, горизонталь ёки вертикаль резекция чети мусбат чиқиши локал қолдиқ ўсма хавфини оширади ва кўшимча эндоскопик қайта резекция ёки хирургик аралашув масаласини гистопатологик мезонлар асосида кўриб чиқиш зарурлигини асослайди.

Операциядан кейинги асоратлар таркиби таҳлил қилинганда, қон кетиш икки гуруҳда ҳам нисбатан кам учраган ва эндоскопик гемостаз усуллари билан самарали тўхтатилгани қайд этилди, бу эндоскопик даволашнинг бошқариладиган хавф профилига эга эканини кўрсатади. Перфорация ҳолатларининг учраши эса асосан ESD техникасида диссекция чуқурлиги ва субмукозал қатлам билан ишлаш мураккаблиги билан боғлиқ бўлиб, бундай асоратлар, одатда, усулни ўзлаштиришнинг дастлабки босқичларида кўпроқ кузатилиши маълумотларга мос келади. Асоратларнинг Clavien–Dindo бўйича III синфга киритилиши уларнинг клиник аҳамиятини кўрсатади, аммо ўз вақтида хирургик коррекция ва интенсив мониторинг орқали оғир оқибатларнинг олдини олиш мумкин бўлгани амалиётда тасдиқланди.

Узоқ муддатли кузатув натижалари эндоскопик даволашдан кейин онкологик назоратнинг барқарорлигини кўрсатди: кузатув давомида ўсма жараёнининг прогрессирланиши қайд этилмаганлиги локал назоратнинг юқори даражада таъминланганини англатади. Вафот ҳолатларининг асосий қисми ҳамроҳ касалликлар декомпенсацияси ёки бошқа локализациядаги

хавфли ўсмалар билан боғлангани, эндоскопик резекциядан кейинги даврда умумий соматик ҳолатни бошқариш ва коморбидликни назорат қилишнинг аҳамиятини оширади. Шу тарзда, эндоскопик усуллар, айниқса тўғри танланган беморларда, нафақат локал радикалликни, балки узоқ муддатли ҳаёт сифати ва омон қолиш кўрсаткичларини таъминлашга хизмат қилади.

**Хулоса.** Ошқозон эрта саратонини эндоскопик даволаш юкори даражада самарали ва хавфсиз усул бўлиб, узоқ муддатли омон қолишни таъминлайди. ESD усули асоратлар ва резекция чети мусбат бўлиш хавфи юкорирок бўлишида-да, унинг ўзига хос афзалликлари мавжуд. Беморларни диққат билан танлаш ва гистопатологик натижалар асосида қўшимча шифокорлик ёндашув ҳақида қарор қабул қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот натижалари ошқозон эрта саратонида эндоскопик даволаш стратегиясини танлашда клиник-эндоскопик баҳолаш ва гистопатологик мезонлар бир-бирига боғлиқ ҳолда ҳал қилувчи аҳамиятга эга эканини кўрсатди. EMR ва ESD усуллари клиник вазиятга қараб турлича афзалликларга эга: EMR айрим паст хавфли ҳолатларда кам инвазив ва амалиёт жиҳатдан нисбатан содда бўлса, ESD резекциянинг онкологик радикалиги ва резекция четларининг салбий бўлиш эҳтимолини оширади. Шу билан бирга, ESD да асоратлар хавфи юкорирок бўлиши мумкинлиги, беморни эҳтиёткорлик билан танлаш, амалиётни стандартлаштириш ва эндоскопистнинг тажрибасини ошириш зарурлигини таъкидлайди.

Эндоскопик резекциядан кейинги бошқарувда морфологик хулоса асосида “куратив резекция” мезонларига жавоб бермайдиган ҳолатларни ўз вақтида ажратиб олиш принципи алоҳида ўрин тутди. Лимфоваскуляр инвазия ёки резекция четларининг мусбатлиги каби омиллар мавжуд бўлганда, кейинги тактика мультидисциплинар муҳокама асосида белгилаб, қўшимча хирургик аралашув ёки яқинлаштирилган динамик кузатув режими танланиши лозим. Демак, тўғри танлаш мезонлари, аниқ гистопатологик баҳолаш ва тизимли кузатув алгоритмининг интеграция қилиш ошқозон эрта саратонида эндоскопик даволашнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини янада оширади.

#### Адабиётлар:

1. Аванесян А.А. Патогенез, морфология, эпидемиология и профилактика рака желудка. 2025.
2. Джураев М.Д. и др. Результаты хирургического лечения при местно-распространенном раке желудка. 2008.

3. Джураев М.Д., Худайбердиева М.Ш., Эгамбердиев Д.М. Рецидив рака желудка: современное состояние проблемы // *Сибирский онкологический журнал*. 2009. № 3. С. 60–62.

4. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И., Иорданишвили А. К. Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки жевательного аппарата при экспериментальном канцерогенезе // *Российский стоматологический журнал*. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.

5. Ризаев Ж. А., Ахроров А. Ш., Норбутаев Ш. А. Морфологические подтипы доброкачественных опухолей слюнных желез: современные представления // *Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS)*. – 2025. – Т. 4. – №. 4. – С. 20-29.

6. Улмасов Ф.Г. и др. Пневматоз кишечника при мезотелиоме брюшной полости: клинический случай // *Главный редактор*. 2024. Т. 12. № 2. С. 214.

7. Fujishiro M. Advanced diagnostic and therapeutic endoscopy for early gastric cancer // *Cancers*. 2024. Vol. 16. No. 5. P. 1039.

8. Juraev M.D. et al. The role of metanephrens in arterial hypertension caused by malignant pheochromocytoma // *International Journal of Medical Sciences and Clinical Research*. 2022. Vol. 2. No. 06. P. 15–21.

9. Liu-Burdowski J., Park J. Treatment of early gastric cancer // *The Surgical Clinics of North America*. 2025. Vol. 105. No. 1. P. 55–63.

10. Schlottmann F. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a major challenge for the West // *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2024. Vol. 16. No. 7. P. 1965.

11. Sun L. et al. Impact of endoscopic surveillance on the early diagnosis and endoscopic resection likelihood of gastric cancer // *Surgical Endoscopy*. 2024. Vol. 38. No. 4. P. 2188–2196.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Мамаризаев Д.Ю., Рахимова М.У.

**Резюме.** Средний срок наблюдения составил 60 месяцев. Общая выживаемость за 1 год составила 100%, за 24 месяца - 96,3%. 5-летняя выживаемость составила 92,6%. Осложнениями были кровотечение в 1 (2,9%) случае в группе EMR, кровотечение в 1 (5%) случае в группе ESD и перфорация (Clavien-Dindo III) в 2 (3,7%) случаях. Вероятность положительного края резекции при ESD была выше, чем при EMR (2,9% против 5%). Все случаи смерти (5,6% за 5 лет) не были связаны с раком.

**Ключевые слова:** ранний рак желудка, эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD), эндоскопическая резекция с опухолью эндоскопической слизистой оболочки (EMR), выживание, осложнения, край резекции