



HALQUM VA HIQILDOQ SARKOMALARINING YAXSHI SIFATLI, O'SMA
OLDI VA O'SMASIMON KASALLIKLAR BILAN DIFFERENSIAL TASHXISINI
TAKOMILLASHTIRISH

Maxamadaminova Sh.A
Raupov.S.Z

Annotatsiya. *Tezida halqum va hiqildoq sohasida uchraydigan sarkomalarning yaxshi sifatli o'smalar, o'sma oldi jarayonlari hamda o'smasimon kasalliklar bilan differensial tashxisining klinik-morfologik jihatlari tahlil qilingan. Ushbu anatomik sohada sarkomalarning kam uchrashi, gistologik variantlarining xilma-xilligi va ayrim reaktiv hamda epitelial jarayonlar bilan morfologik o'xshashligi diagnostik xatolar uchun sharoit yaratishi ko'rsatilgan.*

Kalit so'zlar: *halqum, hiqildoq, sarkoma, differensial tashxis, sarkomatoid karsinoma, xondrosarkoma.*

KIRISH

Halqum va hiqildoq malign o'smalari tarkibida epitelial kelib chiqishga ega yassi hujayrali karsinomalar ustunlik qiladi, mezenximal kelib chiqishdagi sarkomalar esa nisbatan kam uchraydi. Shunga qaramay, aynan sarkomalarning kam uchrashi ularning diagnostikasini murakkablashtiradi, chunki klinitisist va patolog kundalik amaliyotda bu guruh kasalliklari bilan kamroq to'qnashadi. Hiqildoq sarkomalari bir xil morfologik guruh emas: ular orasida xondrosarkoma, leiomiosarkoma, rabdomiosarkoma, sinovial sarkoma, miofibroblastik sarkoma va boshqa yumshoq to'qima o'smalari uchrashi mumkin. AbdullGaffar va Keloth tomonidan tahlil qilingan hiqildoq sarkomalari seriyasida ham turli gistologik variantlarning diagnostikasida immunogistokimyoviy tekshiruv muhim o'rin tutishi ta'kidlangan [1].

ASOSIY QISM

Halqum va hiqildoq sarkomalarini aniqlashda birinchi bosqich klinik-endoskopik baholashdan iborat. Ovoz bo'g'ilishi, disfagiya, nafas olishning qiyinlashishi, halqumda begona jism sezgisi yoki asta-sekin kattalashayotgan hosila sarkomaga xos bo'lmagan, ammo chuqur tekshiruvni talab etuvchi belgilar hisoblanadi. Endoskopiyada o'smaning shilliq qavat bilan munosabati, yuzasining tekis yoki yaralanganligi, infiltrativ yoki polipoid o'sishi, ovoz boylamlari harakatchanligiga ta'siri baholanadi. Submukozal joylashgan o'smalarda KT va MRT o'smaning chuqur tarqalishi, tog'ay tuzilmalariga munosabati va atrof yumshoq to'qimalar bilan chegarasini aniqlashga yordam beradi. Biroq tasviriy tekshiruvlar yakuniy gistologik turini ishonchli belgilab bermaydi; shuning uchun morfologik verifikatsiya hal qiluvchi bosqich bo'lib qoladi [1].

Eng muhim diagnostik muammolardan biri haqiqiy sarkomani hiqildoqning urchuqsimon hujayrali, ya'ni sarkomatoid karsinomasidan ajratishdir. Sarkomatoid karsinoma mikroskopik



jihtadan urchuqsimon va pleomorf hujayralardan tashkil topishi sababli fibrosarkoma yoki boshqa yuqori darajali mezenximal malign o'smaga o'xshashi mumkin. Thompson va hammualliflar 187 ta hiqildoq sarkomatoid karsinomasini o'rgangan yirik klinik-morfologik tadqiqotida bu o'smalarning morfologik spektri nihoyatda kengligini ko'rsatgan [2]. Shu sababli biopsiyada faqat urchuqsimon komponent uchrasa, "sarkoma" tashxisini shoshilinch qo'yish maqsadga muvofiq emas. Preparatlarda yuzaki epiteliy, invaziv yassi hujayrali komponent, displaziya va keratinizatsiya o'choqlarini izlash kerak. Immunogistokimyoviy tekshiruvda sitokeratinlar, EMA, p40 va p63 kabi epitelial markerlar sarkomatoid karsinoma foydasiga dalil bo'lishi mumkin, biroq markerlar paneli morfologik manzara bilan birgalikda baholanishi zarur [2].

O'sma oldi jarayonlari, jumladan hiqildoq epiteliyining keratozi, leykoplakiyasi va turli darajadagi displaziyasi asosan shilliq qavat epiteliysida rivojlanishi bilan sarkomalardan farq qiladi. Sarkomalar esa mezenximal to'qimalardan kelib chiqib, ko'pincha subepitelial o'sish xususiyatiga ega. Shunga qaramay, sarkoma yuzasidagi reaktiv epitelial giperplaziya yoki yaralanish, shuningdek sarkomatoid karsinomadagi urchuqsimon komponent tashxisni murakkablashtirishi mumkin. Shu nuqtai nazardan kichik yuzaki biopsiya diagnostik imkoniyatlarni cheklaydi. Differensial tashxis uchun o'smaning nafaqat yuzaki, balki chuqur qismlarini ham qamrab olgan reprezentativ material olish muhimdir. Bu, ayniqsa, shilliq qavati saqlangan submukozal hosilalarda katta ahamiyatga ega [1; 2].

Tog'ay to'qimasidan kelib chiqadigan o'smalarda xondrosarkomani xondromadan ajratish alohida murakkablik tug'diradi. Thompson va Gannonning 111 ta hiqildoq xondrosarkomasi bo'yicha klinik-patologik tadqiqoti ushbu o'smalarning ko'pchiligi past darajali differensiyalangan bo'lishi mumkinligini ko'rsatgan [3]. Past darajali xondrosarkoma yaxshi differensiyalangan tog'ay matriksi sababli xondromaga juda o'xshashi mumkin. Bunday holatlarda hujayralilikning ortishi, yadrolarning kattalashishi va giperxromiyasi, ikki yadroli hujayralar, mezbon to'qimaga infiltrativ o'sish va klinik-radiologik destruksiya birgalikda baholanadi. Faqat bitta mikroskopik belgi asosida xondrosarkoma tashxisini qo'yish yetarli emas; radiologik ma'lumot bilan gistologik tuzilmaning muvofiqligi zarur [3].

Yallig'lanishli miofibroblastik o'sma sarkomaga o'xshab ketuvchi muhim o'smasimon yoki chegaraviy jarayonlardan biridir. Wenig, Devaney va Bisceglia hiqildoqning sakkizta yallig'lanishli miofibroblastik o'smasini o'rganib, ularning ayrim hollarda malign urchuqsimon hujayrali o'sma sifatida noto'g'ri talqin qilinishi mumkinligini ko'rsatgan [4]. Ushbu o'smada miofibroblastlarga o'xshash urchuqsimon hujayralar limfotsitlar, plazmatik hujayralar va boshqa yallig'lanish elementlari bilan aralashgan bo'ladi. Atipiya va mitotik faollik mavjud bo'lsa, past darajali miofibroblastik sarkoma bilan differensial tashxis murakkablashadi. Bunday vaziyatlarda morfologik tuzilish bilan birga SMA, desmin, sitokeratin va ALK kabi markerlarni maqsadli panel shaklida qo'llash diagnostik aniqlikni oshiradi [4].



XULOSA VA MUNOZARA

Halqum va hiqildoq sarkomalarining differensial tashxisi ularning kam uchrashi, gistologik xilma-xilligi va yaxshi sifatli, o'sma oldi hamda o'smasimon jarayonlar bilan klinik-morfologik o'xshashligi sababli murakkab diagnostik vazifa hisoblanadi. Eng katta xatolik xavfi urchuqsimon hujayrali jarayonlarda kuzatilib, haqiqiy sarkomani sarkomatoid karsinoma, yallig'lanishli miofibroblastik o'sma va boshqa mezenximal lezyonlardan ajratishni talab qiladi. Tog'ayli o'smalarda esa xondroma bilan past darajali xondrosarkoma o'rtasidagi chegara faqat hujayra atipiyasiga emas, balki infiltrativ o'sish va klinik-radiologik belgilarga tayangan holda belgilanadi [2–4].

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. AbdullGaffar B., Keloth T. Laryngeal sarcomas: A case series of 5 cases // *Annals of Diagnostic Pathology*. — 2018. — Vol. 37. — P. 35–41. — DOI: 10.1016/j.anndiagpath.2018.09.007.
2. Thompson L. D. R., Wieneke J. A., Miettinen M., Heffner D. K. Spindle cell (sarcomatoid) carcinomas of the larynx: A clinicopathologic study of 187 cases // *American Journal of Surgical Pathology*. — 2002. — Vol. 26, No. 2. — P. 153–170. — DOI: 10.1097/00000478-200202000-00002.
3. Thompson L. D. R., Gannon F. H. Chondrosarcoma of the larynx: A clinicopathologic study of 111 cases with a review of the literature // *American Journal of Surgical Pathology*. — 2002. — Vol. 26, No. 7. — P. 836–851. — DOI: 10.1097/00000478-200207000-00002.
4. Wenig B. M., Devaney K., Bisceglia M. Inflammatory myofibroblastic tumor of the larynx: A clinicopathologic study of eight cases simulating a malignant spindle cell neoplasm // *Cancer*. — 1995. — Vol. 76, No. 11. — P. 2217–2229. — DOI: 10.1002/1097-0142(19951201)76:11<2217::AID-CNCR2820761107>3.0.CO;2-N.
5. Dei Tos A. P., Dal Cin P., Sciot R., Furlanetto A., Da Mosto M. C., Giannini C. et al. Synovial sarcoma of the larynx and hypopharynx // *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. — 1998. — Vol. 107, No. 12. — P. 1080–1085. — DOI: 10.1177/000348949810701215.