

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРКАНД ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ
ОНКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

ФАН: ОНКОЛОГИЯ

ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ ТАЛАБАЛАРИ
УЧУН

МАВЗУ: КИЗИЛУНГАЧ ВА МЕЪДА САРАТОНИ

ТУЗУВЧИЛАР: проф. Хасанов Ш.Р.

Самарканд 2013

МАЪРУЗА РЕЖАСИ:

1. Тушунча.
2. Эпидемиологияси.
3. Клиникаси.
4. Таснифи.
5. Ташхисоти.
6. Таккосий ташхисоти.
7. Даволаш.

КИЗИЛУНГАЧ САРАТОНИ.

Кизилунгач саратони ер юзасида нотекис таркалган: энг юкори касалланиш Шимолий муз океани регионига тугри келади, Азия мамлакатларига тугри келади. Регистрация килинганда энг куп ахоли Туркменистонга тугри келади (31 та 100.000 ахолига). АКШда эркаклар орасида 42%ни ташкил килди, аёллар орасида – 0,8%ни ташкил килди. Колган мамлакатларда кизилунгач саратонига дучор булганлар бу Францияда, Хитой, Япония, Швейцарияга тугри келади. Онкологик касалликлар структураси орасида Кораколпагистон республикаси кизилунгач саратони буйича биринчи урин эгаллайди.

Кизилунгач саратони энг огир касалликлардан бири булиб, хафли усмаларнинг тахминан 2% ини ташкил килади. Кизил унгач саратони энг куп учрайдиган минтакаларга (хар 100 минг ахолтга 25-30 киши) шимолий Эрон, Туркия, Урта Осиё, Жарубий Козогистон, Ёкутистон Хитой ва Мугилистон киради. Булардан ташкари убиан юкори даражали касалланиш (хар 100 минг ахолига 10-20 киши Жанубий Африка, Франция, Бразилия, Хиндистоннинг баъзи бир минтакалари ва АКШнинг кора танли ахолиси уртасида кузатилади. Европа мамлакатларида бу усмакам учрайди (хар 100 000 ахолига эркаклар орасида - 4,0 – 7,0, аёллар уртасида эса 1,0-2,0). Касалланиш куп булган минтакаларда Ушбу хасталик туб халк орасида махаллий булмаган ахолига нисбатан 5-10 баравар юкоридир. Бундай тафовутнинг булишига ахолининг овкатланиш хусусиятлари ва генетик олимларнинг таъсири сабаб булиши мумкин. Узбекистонда утган 5 йил ичида кизилунгач

саратони Билан касалланиш секин-аста камайиб борганлиги кузатилди. Кизилунгач касали Билан касалланишнинг энг юкори курсаткич Коракалпогистон республикаси (19,3), Андижон (8,1) ва Навоий (6,7), энг кам курсаткич – Тошкент шаҳри (2,2), Кашкадарё (2,5) ва Бухоро (2,9) вилоятлари кайд килинди. Кизилунгач раки Билан касалланиш 1998 йилдан бери онкологик касалликлар орасида Ўзбекистонда 3-уринда туради. Касалланиш ёш улгайиши Билан усиб боради ва 60 ёшдан утган кишилар уртасида энг куп учрайди. 30-40 ёшдагиларга нисбатан шу ёшларда Барча хавфли усамалар ичида бу касалликдан улиш иккинчи уринда туради.

5.2. Кизилунгач саратони касаллиги географик нотекис таркалиши ахоли озикланиш одатлари билан тушунтирилади. Ахолининг озика таркибига майда суяк баликлар, иссик ёғ, чой, спиртлик ичимликлар, дудланган гушт кириши, овкатни етган холда ейиши кизилунгачнинг лат етишига олиб келади. Шу сабабли хар кандай сурункали касалликлар келиб чикади (лейкоплакия, эзофагит). Бундай касалликлар кизилунгач саратонига моиллик келтиради. Бундан ташкари ичимлик суви хам мухим ахамиятга эга. Ичиладиган сув таркибида юкори минерализация ва радиактив элементларнинг аралашуви сув каттиклиги юкор булса, шуларнинг хаммаси кизилунгач саратонига моиллик хосил килади. Кизилунгач саратони билан кексалар касал булади. Москвада 80% касаллар 60 ёшдан ошганлар орасида учрайди. Бу касалликда мухим ролни саратон олди касалликлари эгаллайди. Бу касалликларга сурункали эзофагит, лейкоплакия, шиллик кават чандиклари киради. Бу касалликлар

кизилунгач физиологик торайиш жойида учрайди. Аутопексияда хар хил касалликлардан улганлар ичида 50% да кизилунгач шиллик каватида хар кандай сурункали касалликлар топилган. Шунинг асосида 3%да кизилунгачнинг саратони бошланиш боскичи аникланган.

Кизилунгач саратонининг келиб чикишига канцероген маддалар (нитрозаминлар, бензпирен ва бошқалар) ва кассаликка мойилликнинг бевосита алоқаси бор. Касаллик куп таркалган минтакаларда канцероген таъсир аҳолии авкатланишнинг маҳаллий хусусиятларига боғланади. Жумладан, жуда иссик ва аччиқ овқат, кайноқ чой, майда суякли баликлар истеъмол қилиш, овқат таркибида сабзавот ва меваларнинг етарли бўлмаслиги ва натижада организмда витамин С,А,Е ва рибофлавининг етишмовчилиги сабабли хасталик юзага келади. Кизилунгач саратони келиб чиқишида тузларга бой хар хилсувлар, тупрокда молибден, Рух етишмовчилиги, кучли спиртли ичимликлар тамаки, нос чекиш, марихуана қабул қилиш қабилар ҳам маълум даражада аҳамиятга эга.

Кизилунгач саратонининг пайдо бўлишида сурункали эзофагит, лейкоплакия, кимёвий, термик ва миханик микрожарохатлар, полиппр, ахалазия, диафрагманинг кизилунгач тегишли чурраси, рефлюксэзофагитнинг аҳамияти катта.

Кизилунгач саратони куп учрайдиган минтакаларда (масалан, Қорақалпоғистон республикасида) профилактик эндоскопик курикларда 68,2% аҳолида сурункали эзофагит, 24,2% - лейкоплакия, 4,0% - рефлюкс-эзофагит учраган. Бу

касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари юқорида айтилган саратон омиллари билан бир хилдир. Агар саратон олди касалликлари бор беморларнинг оавкати оксил ва витаминларга бой булса ёки махсус пархез, витамин «С», «А» ва метилурацил Билан даволанса уларда кизилунгач саратони кам ривожланади.

5.3. Клиник кизилунгач саратони хар хил ажратилади. Шунинг ичида умумий симптомлари ажратиш мумкин. Буларнинг орасида жойланишига караб фаркланадиган симптомларни ажратиш мумкин. Купинча 80-90% беморлар кизилунгач саратони касаллигини утказиб юборилган холларда 3-4 боскичларида мурожаат килишади. Шуларнинг ичида 17% - 4 боскичли беморлар. Кизилунгач саратони касаллигидаги асосий симптом – кизилунгач дисфагияси, овкат утишини бузилиши. Кизилунгач саратонининг умумий симптомларига асабийлик, меҳнатга яроксизлик, тана харорати кутарилиши, иштаха пасайиши еки йуколиши, умумий холсизлик, анемиялар киради. Буларнинг хаммаси усманинг жойланишига боглик.

Москвадаги П.А. Герцен номидаги институт кизилунгач дисфагиясидаги градацияни ишлаб чикарди ва уни 4 гурухга булди:

1 даража – овкатнинг утишининг кийинлашуви, овкатланиш жараёнида тикилиб колиш функционал дисфагиясига киради. Кейинчалик усманинг катталашуви, кизилунгач тиркишининг этилиб колиш яъни органик дисфагия дейилади.

2 даража – ярим суюк овкатларни ютишга кийналиши.

3 даража – суюк овкатларни ютишга кийналиши.

4 даража – мутлок овкат утмаслиги.

Буларнинг хаммаси усманинг жойлашувига боғлиқ. Усма пастки қисмда жойлашган бўлса, дисфагия эрта симптоми бўлиши мумкин, урта қисмида бўлса биринчи, лекин кечки симптоми бўлиши мумкин. Беморнинг шифокорга мурожаат қилишнинг асосий симптоми туш суяги орасидаги умурткадаги оғрик, юрак 25% ни ташкил қилади. Овкат ютганда оғриқлар 15% беморларни безовта қилади. Шуларнинг ичида дисфагия кузатилади. 16% беморларда салвация учрайди. 8% беморларда симптомлар бирга келади. Қолган симптомлар юқори айтилганда. Бир қатор беморларда кечки симптом ҳисобланувчи салвация кузатилади. Гиперсаливациянинг келиб чиқишига 2-та сабаби:

1-сабаби: усманинг усишида сулак йиғилиши ва регургитация.

2-сабаби: адашган нерв билан усманинг китиклашуви.

Довитосипласти касали билан касалланган беморлар купинча яллигланишга қарши даво олишади, аммо бунинг сабаби қийсилар нервнинг захарланиши билан боғлиқ. Купинча қатлар нервнинг чап қисми зарарланади. Одатда бу МТС тугунлари билан тушунтирилади. Усманинг трахеяга ушиб утиши, беморда тана харорати кутарилиши ва қон туфайли кузатилади. Шу билан биргаликда тутканок йутал, овкатланиш махалида, аспирацион тивигопия йирингли митпаспинит бўлганда бу қизилунгач ва трахея орасида свищ пайдо бўлганлиги ҳақида далолат беради.

Бошқа аъзоларнинг метастатик захарланишида (упка, жигар) шу аъзо соҳасида оғирлик синдром кучаяди. Қизилунгач

саратонини клиникаси кушилиб келган касалликларга боғлиқ. Шу билан биргаликда клиникани 3-гурухга булиш мумкин:

1. Бу гурухга клиникаси яхши ривожланган ва шунинг асосида кизилунгач саратони келиб чиккан. Бу касалликларга яхши сифатли житилион усмалар, эзофагит чандиклар.
2. Бу гурухга соғлом холда юрганда тусатдан кизилунгач саратони клиникаси номоён булиши. Бу симптомларга 3 дисфагия, икчок овкат ютгандаги огриклар киради.
3. Бу турга метастазланиб таркалган синдромли беморлар киради. Одатда шу огриклар асосида бирламчи касаллик учоги аникланади (диагностикаси).

Кизилунгач саратони ташхиси комплекс текшириш ва клиник симптоматика асосида куйилади, рентгенологик, эндоскопик, патоморфологик. Зарурат булса купинча текширувлар утказилади: компьютер томография, радионуклисликлар каби. Юкорида кайд килинган текширувлар 2та муолажани хал килади.

1 – усмани аниклаш ва уни морфологи к тахлил килинг.

2 – усманинг таркалиши даражасини аниклаш. Клиника текширув биринчи навбатда аник ва тула анализ йигилишдан иборат. Чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, иссик овкатга мойиллик каби зарарли одатлар борлиги аникланади. Бундан ташкари кандай шикоятлар борлигини аникланади – суюк ёки куюк овкатнинг кийланиб утиши, гиперсаливация, овкат ютиш жараёнида йутал, овкат ютиш жараёнига боғлиқ булмаган йуталлар каби. Бу симптомларнинг келиб чикиш вакти ва тавсифи, тана вазининг катталашиши ва кукрак унг ковурга пастида огрик

ва шу кабилар. Беморни текширишдан олдин унинг тана тузилишига ва тери копламига, рангига, умумий ҳолатига аҳамият бериш керак ва тери ости ёғ каватиға. Эпигастрал соҳани, унғ ковурға равоғи остини пайпаслаб туриш керак, огрик бор еки йуклиғини билиш учун ва катталашган лимфа тугунларига аҳамият бериш керак. Кизилунгачни ва ошкозонни рентгенологик усулда текшириш контраст модданинғ тулик усиши рентгенологик услубида текшириш шарт. Бундан ташқари шиллик каватнинғ рельефи регидлиғини куриш мумкин. Рентгенологик текшириш усманинғ жойланишиға ва кай даражада тарқалганлиғини аниқлайди. Бундан ташқари рентгенологик текшириш яралар борлиғини ёки окима борлиғини ҳам курсатиб беради. Шу билан биргаликда қушимча касалликлар бор йуклиғини аниқлайди.

Бу ҳолатни комплекс рентгенологик текширишда, яъни рентгеноскопия, полипозицион рентгеноскопия кизилунгачнинғ контрастли рентгеноскопияси, парацинография, респиратор полугграфия. Ҳозирғи кунларда ультратовуш ва компьютер томография текшириш усуллари кенг кулланади. Аммо ташхис қуйишда 98% ренгенологик текшириш ёрдам беради. Эзофагоскопия килизунгач шиллик каватини хомила бор йуклиғини аниқлашда ишлатилади.

5.4. Кизилунгач саратонини даволашда комбинирлашган ва комплекс даволаш кулланилади. Қандай даво утқазиш усманинғ жойланишиға боғлиқ. Ҳозирғи пайитда жаррохлик, нур ва комбинирлашган усуллар кулланмокда. Кимевий даво фойдалиқ булмаганлиғи сабабли кам кулланади. Кизилунгач саратони факат

онкологик муаммо эмас, балки герпатрик муаммо ҳамдир. Шундай қилиб кизилунгач саратонинг 82%ни 60 ёшдан утганлар ташкил қилади. 49%ни 70 ёшликлар. Шундай булганлиги сабабли беморларга нур билан даволаш купрок кулланилади. Кизилунгач саратони даволаш жуда ҳам мураккаб вазифа. Жаррохлик нур терапияси ва комбинатциялашган усуллар ишлатилади. Беморни фақат жаррохлик усули билан узл кесил даволаш мумкин, бироқ радикал операциялар жуда мураккаб ва хавфлидир. 90 – 95% беморни уз вақтида касллигига ташхис қуйилмаганлиги, 805 дан ортик беморни кексайиб қолганлиги ва бошқа хасталиклари борлиги сабабли операция қилиб бўлмайди. Шу сабабли жаррохлик усули мустақил равишда фақат 3-5% беморда қуланилади. Даволаш усулини танлаш усманинг жойлашишига боғлиқ бўлади.

Усма юкори қисмида бўлса фақат нур терапияси ёрдам беради. Урта ва пастки қисимларида бўлиб, усманинг улчами 5 смга етмаса у фақат жаррохлик усули билан даволанади. Ундан каттарок бўлса ҳам радикал операция қилинади, аммо операциядан олдин нур ва қиме терапиялар берилса яхши натижаларга эришилади.

Хозирги вақитда онкология амалиётда Льюис ва Гэрлок операцияларини қуллаш мақсада мувофиқ бўлиб бунда орқа қуқис оралиги ва қорин орти ёғ қлетчатқасини метастазлардан шқастанган лимфо тугунчалари билан қушиб олиб ташлашнинг имқони бор. Бу эса операциянинг радикаллик даражасини ошириб, узоклашган натижалари яхшилашига олиб келади.

Нурлантириш гамма – терапия опаратларида утказилиб, асосан 3 хил режада олиб борилади.

Ката фракциянинг режада нур 4 Грдан 5 марта берилиб (жами 20 Гр) 3-5 кундан кечикмасдан операция килинади.

Кичик фракцияли режа: нур хар куни 2 Гр дан 4-6 хафта берилиб, жами дозаси 60 Гргача етказилади.

Купинча курс булинган холда утказилади, бунда нурлантириш 30-35 Гр дозага етказилиб, 2 хафта давомида танаффус берилади, кейин Яна давом этирилиб, жами доза 60-70 Гргача етказилади. Охирги 2та режадан кейин 2-3 хафта утказилиб операция килинад. Кизилунгачнинг юкори кисми саратонида хам шу тартибда нурлантириш утказилади.

Агар кизилунгач жуда торайган булса мажмуий усул куланилиши мумкин. Дастлаб усма харорати махсус апататлар (СВЧ,УВЧ) ёрдамида 44-47 градусгача етказилади, кейин суний гипергликемия килиниб нур берилади. Бу усул паллиатив даволашлар билан кушилиб купгина беморлар ахволини яхшилади ва уларнинг 8,2% и умрини 5 йил ва ундан купрокка чузади.

Паллиатив даволашдан махсад, радикал даволаш утказиб буламайдиган беморларда дисфагия ва орикларни бартараф килиб, уларнинг ахволини яхшилаш ва умрининг узайтиришдир. Бунинг учун нур терапияси, лазер нурлари ва паллиатив жаррохлик усуллари ишлатилади.

Кимётерапия мустакил даволаш усули сифатида унча яхши натижа бермайди, аммо адриамицин, меторексат ва уларнинг

комбинацияси ишлатилганда вақтинча ремиссияга эришилади. Хозирги вақтда адювант ва ноадювант кимётерапия натижалари урганилмокда.

Кизилунгач саратонида даволашнинг узок натижалари коникарсиз. Радикал жаррохлик усули билан даволанган беморлар 5-15% холда 5 йилдан куп яшайди. Радикал операциядан олдин нур терапияси утказилса, 16,3% агар нур хамда кимётерапия утказилса 32,2% беморлар 5 йил ва ундан ортик яшайдилар.

Хозирча кимёвий даволашнинг узок натижалари унча яхши эмас. Паллиатив даволаш беморлар хаётини бироз узайтиради, касалликнинг салбий асоратларини камайтиради ва колган умр сифатини яхшилайдди.

Аммо упка ва юрак касаллиги кушимча булган беморларда упка сурункали касаллигида жигар ва буйрак етишмовчилигида усманинг бронхларга усиб утиши ва аорта трахеяга, яккол кофнсияда нур давоси карши курсатма деб хисобланади. Касалликни олдини олишга касалланган тишларни даволаш, бурум халкуми йирингли касалликлари даволаш киради. Овкатланиш коидасига риоя килиш, яъни чапканча килиб овкатланиш, кайнок овкат ейиш, дудланган гушт, килтанокли балик ейиш. Механик ва термик шикасланиш. Юкори минерализациялашган, хамда каттиклиги юкори булган сувни ичишда. Зарарли одатлардан: чекиш, спиртли ичимликлар ичиш ва нос чекишдан батамом холис булиш лозим. Кизилунгач канчалар камлаш еса шу касалликка дучор булганлар сони камаяди.

5.5. Кизилунгач саратони келиб чиқиш сабаблари, ҳар хил жарроҳлик усулида нур билан, доривор даволаш, анеснецеологик ва реашимостологик усулда даволаш, даволашнинг юқори курсаткичларига эришганлигини курсатади. Шундай қилиб охириги йилларда комплекс терапия ва химио-нур даволаш статистик 5-йиллик умрни узайтиришга олиб келади - 16,3%дан 32,2% гача. Шунинг таъкидлаб ўтиш лозимки, утказилаётган комплекс даво тулиқ йулга қўйиш жараёнида турибди, батамом тулиқ урганилаганлиги учун.

Ҳамма минтакаларда кизилунгач саратонини олдини олиш чораларига чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, жуда иссиқ ва аччиқ овқатлар ейишдан сакланиш, хилма-хил овқатланиш, таркиби витамин А, С ва Вга бой бўлган сабзавот ва меваларни купрок истеъмол қилиш қиради. Булардан ташқари, сурункали эзофагитга бошқа усма олди касалликлари илан оғриган беморларни адекват даволаш муҳим аҳамиятга эга.

7. Таблица ва слайдлар (учун) демонстрацион усулга қиради.

8. Хулоса: Кизилунгач раки хавфли усмалар орасида 8-уринда туради.

Ошқозон ичак йуллари усма касалликлари орасида 3-уринда, ошқозон саратони ва тугри ичак саратонидан сунг кизилунгач саратони купинча кекса ёшда учрайди. Кизилунгач саратони келиб чиқишида унинг лат ейишининг ва сурункали яллигланишга учраши хос бўлиб қолади. Янги комплекс даволаш усулларида куллаш бу касалликнинг прогнозини яхшилайдди.

9. Аудиторияга саволлар:

1. Кизилунгач эпидемиологияси кандай?
2. Этиологияси
3. Патогенези
4. Клиникаси
5. Дифференциал ташхиси
6. Даволаш усуллари кандай
7. Касаллик профилактикаси
8. Прогнози.

. МЕЪДА САРАТОНИ

2. Даволаш куллийетининг 5- курс талабалари учун

3. Маъруза максоди: талабаларнинг меъда хавфли усмалари билимларини ошириш, мустахкамлаш.

4. муҳокама килиниши керак бўлган саволлар, ҳар бир саволга ажратилган вақтлар:

- 4.1. Эпидемиологияси (5 мин.)
- 4.2. Этиология ва патогенези (15 мин.)
- 4.3. Диагностикаси, клиникаси (30 мин.)
- 4.4. Профилактикаси, даволаш (30 мин.)
- 4.5. Прогноз (5 мин.)

5. Маъруза матни:

Статистика маълумотлари. Меъда саратони ер юзида бир хилда тарқалмаган. Ушбу ҳасталик билан энг кўп касалланиш Япония, Италия, Чили, Исландия ва бошқа бир қатор мамлакатларда қайд этилган. Энг кам касалланиш Канада, Америка Қушма Штатлари, Австралия ва баъзи бир Африка мамлакатларида кузатилади. Ҳамдустлик мамлакатларида меъда саратони билан касалланишнинг энг юқори курсаткичи Россия Федерацияси. Беларуссия, Латвия ва Литвада бўлиб, энг кам курсаткич — Туркменистон, Ўзбекистон, Арманистон ва Грузияга ҳосдир.

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 тасдиқданган.

Клиник тажрибалар шуни курсатадики, кучли спиртли ичимликларни сууистеъмол килувчиларда ва тамакини куп чекадиганларда меъда

саратони купрок учрайди. Меъда саратони пайдо булишида генетик мойилликнинг ахамияти ҳам бордир. Лекин, меъда саратони айрим оилаларда купрок учрайди. Бунинг молекуляр механизми хозир илмий марказларда урганилмокда.

Шу нарса аниқданганки, А, С, Е ва бошка витаминлар антиоксидантлик хусусиятига эга булиб, нормал хужайраларни саратон хужайраларига айланишига йул куймайди ёки фаол равишда камайтиради. Овкатлапиш ху-сусиятларидан ташкари, тупрокдаги микроэлементлар — магний ва селеннинг меъда саратони ривожланишидаги ахамияти туфисида олимларнинг фикри хар хил ва махсус тажрибалар билан тасдиқланмаган.

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 ҳеч қандай аломатларсиз кечади. Агар полип емирилса, унда анемия, холсизлик, кучли оғрик ва қусиш руй бериши мумкин.

Полиплар борлиги ва унинг ташҳиси эндоскопик ва рентгенологик йул билан аникланади. Рентгенологик текширилганда полип 0,3 % ҳолда соғлом одамларда аникланади, унинг сояси диаметри купинча 0,5 дан то 2 см гача, атрофидаги шиллик қават узгармаган, бурмалари узилмаган бўлади. Агар полип ингичка ва узун оёкчали бўлса, қуринмаслиги ҳам мумкин. Эндоскопик текшириш утказилганда полиплар 0,2—0,6 % соғлом одамларда аникланиб, думалок, ёки замбуругсимон шаклда, атрофидаги туқималардан аник, чегараланган бўлади. Уларнинг ранги кизилрок, булиб, юзасида оқимтир қараш ёки унча чуқур бўлмаган яраланиш қузатилиши мумкин. Полипларнинг саратонга айланиш эҳтимоли купгина олимлар фикрича 1,5—5 % га тенг.

Полипларни даволаш жаррохлик усули билан амалга оширилади. Унча катта бўлмаган (диаметри 1,5 см гача етадиган), яраланмаган на прогрессив усмаётган полипларни эндоскопик полипэктомия қилиш мумкин, лекин препаратни албатта гистологик текширишдан утказиш зарур. Катта улчамли ва кенг асосли полипларда меъда резекцияси утказилади. Полип олиб ташлангандан кейин ёки бемор операциядан бош тортса, улар диспансер қузатувида бўлади. Бу онкологлар томонидан амалга оширилади. Назорат қурик вақтида албатта эндоскопик текшириш утказилади. Даволашдан кейинги биринчи икки йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик эса бир йилда бир марта назорат қурик утказилади.

Сурункали меъда ярасига ҳам усма олди касаллиги сифатида қаралади. Уни аниқлаш учун рентгенологик ва эндоскопик усуллар қулланилади. Меъда ярасидан саратон келиб чиқиши патогенези узил-кесил ҳал қилинмаган. Сурункали яранинг 4,6—15 % беморда хавфли усмага айла-ниши қузатилган. 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 инфильтрация 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 вактида 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. вакт 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, ушиб, 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 ҳам экзофит, ҳам эндофит саратон аломатлари юзага чиқади. Амалиётда купинча ликопчасимон ва яраланган — инфильтратив шакллари учрайди.

Микроскопик текшириш натижалари буйича саратоннинг ҳар бир тури узига хос хужайралардан иборат булади. 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;

Шакланмаган хужайрали саратон;

Нотасниф хужайрали саратон.

Одатда экзофит турдаги усма безли хужайралардан иборат булади. Эндофит турини эса купинча шакланмаган, нотасниф хужайралар ташкил этади. Меъда саратонининг узиши 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 кавати билан биргаликда шикастлаган, унинг улчами ва жойлашишининг аҳамияти йук
- T — усма меъда деворига чуқур ушиб кирган,

унинг ярмидан камрок, кисмини шикастлаган.

T₃ — усма меъда деворига чукур усиб кирган ва унинг ярмидан купрок кисмини шикастлаган.

T₄ — усма меъда деворига чукур усиб кирган ва унинг ярмидан купрогини шикастлаган ёки кушни аъзоларга таркалган.

N — регионар лимфа тугунчалар ҳолатини аниклаш 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-дуоденал ва корин бушлига ичидаги бошка лимфа тугунчаларида метастазлар бор.

M — узоклашган метастаз борлигини аниқдаш 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.

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

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

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

Шб 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 бошкалари эса кушимча меъда-ичак касачликларидан шикоят киладилар.

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

— беморнинг охирги вактларда узини емоп сезиши, тез чарчаб колиши;

— кайфияти, хаётга, ишга кизикиши йуклиги, етсираш;

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

— «меъда дискомфорта» холати (яъни овкатланишдан мамнун булмаслиги, кориннинг тулиб кетиш хисси, эпигастрал сохада огирлик еки огрик пайдо булиши, баъзап кунгил айтиши);

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

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

Кардиал булим саратонида овкат утиш йули кисилиши туфайли келиб чиккан дисфагия бошка симптомларга нисбатан биринчи уринда туради. Бемор овкатнинг кийналиб ёки тухталиб утишидан шикоят килади. Дастлаб каттик, овкат сувсиз утмайди, кейинчалик юмшок ва ярим суюк овкатлар ҳам утмай қолади. Овкат егандан кейин дархол кунгил айланиши ва кайт килиш кузатилиши мумкин. Бемор тез озиб кетади ва тиббий ердамга мухтожлик сезади.

Меъда танаси саратони куп вака узини намоён кил-маслиги мумкин. Одатда беморлар иштаха пасайиши, узни ёмон хис килиш ва сабабсиз озишдан шикоят киладилар. Факат усма емирилгандан кейин ичдаи кон кетиш аломати пайдо булади, усма меъда ости безига усиб кирса, бунда кучли огрик руй беради.

Меъданинг пилорик булими 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 овкатини кайт килиш кузатилади. Купинча беморларнинг узлари ахволини вақтинча яхшилайдиган кайт килишни чакирадилар. Корин пайпасланганда суюкликнинг шалоплаган 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 бсморларда 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. Улчам-лари 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 усиб кириши, корин бушлигига тешилиб кетиши кузатилади.

Таиҳисоти. Меъда саратонига шубҳа 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 таҳлил қилганда усмаси катта улчамларга етган беморларнинг 80%ида эритроцитларнинг чуқиш тезлиги ошиб кетганлиги кузатилади. Эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошганлиги қушимча ташхисот белгиси бўлиб хизмат қилади, чунки касаллик қайталанмаган пайтда у узгармаган бўлади. Анемия борлигига ҳам катта аҳамият берилади. Одатда анемия гипохром турда бўлиб, қон кетиши натижасида юзага келади. Ахлатни қонга текшириш ҳам муҳим қушимча текшириш усулларида хисобланади. Ахлатда қон одатда емирилган экзофит ва аралаш меъда саратонларида пайдо бўлади. Агар қон кам бўлса, яширин ҳолла бўлиб, қон бўлса ахлат рангини қорайтиради.

Меъдани **рентгеноскопия ва рентгенография** қилиш узок, вақтдан бери сарагонга ташхис қуйишда етакчи усуллардан бири бўлиб келмоқда. Меъда саратонининг рентгеноскопик манзараси жуда хилма-хил бўлиб, унинг узиш хусусиятлари, усманинг улчами ва жойлашишига боғлиқ.

Экзофит саратонда контраст модда — барий билан меъда бутунлай (усма бор жойлан ташқари) тулади. Бу «тулиш нуқсони» симптоми деб аталади ва унинг ташхис учун аҳамияти катта. Уша тулмаган жой рентген суратида думалок, четлари нотекис бўлиб қуринади.

Эндофит саратонда ҳам «тулиш нуқсони» симптоми учрайди, аммо у одатда катгарок ва япалок бўлади. Бу жойда меъда деворининг физиологик қисқариши кузатилмайди.

Эндоскопик текшириш. Қон беморлар учун, айниқса меъда саратонининг эрта босқичларида ҳал қилувчи текшириш усули хисобланади. Бунда меъда шиллик қавати бевосита фиброгастроскоп билан қурилиб, гистологик текширишга материал олинади. Эндоскопик текшириш патижалари жуда юқори бўлиб, ҳатто эрта саратон билан оғриган беморларнинг 90%ига тугри ташхис қуйишга эришилади. Шу

билан биргаликда бунда диаметри 5 мм булган тузилмаларни хам аииклаш 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 аниманади.

Радионуклид усулнинг факат меъда саратонинимас, балки унинг жигарга берган метастазларини аниклашда ахамияти катта.

Иммунологии, таишис бсморнинг конида махсус оксиллар (афафеюпротеин — АФП; саратонэмбрионал антигени — СЭА; сульфогликопротеин антигени ва бошкалар) топилишига асосланган. Бу усул хозирги вақтда профилактик курикларда ва поликлиника текширувларида ишлатилмокда 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.

Киёсий таишис. 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 таишис меъда яраси, гастритлар, меъда ости беи 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 ҳал қилинади. Текшириш вақтида айниқса меъда туби ҳолатига, қонайдиган ҳавфли усма қаерда учраши мумкинлигига эътибор берилади.

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

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

Бу усулларни алоҳида ёки бирга қушилган ҳолда қулланиши асосан саратон меъданинг қайси қсмида жойлашганлиги ва қайси боскичда у аниқанганлигига боғлиқ.

Жадвалдан қуриниб турганидек, жаррохлик усулларида бири бўлган проксимат субтотал резекция саратон меъланинг проксимал қисмда 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 утказиш мақсадга мувофиқ, бўлади ва ҳамма боскичларда (факат IVб боскичдан ташқари) қуланилади.(18-расм).

Шунга ахамият бериш керакки, жаррохлик усуллари алслида холда факат проксимал булимдаги саратоннинг I боскичида, дистал булимнинг T ва II боскичларида кулланилади. Бошка холларда 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 боскичидан бошлаб барча колган боскичларида ҳам кулланилади.

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

Классик режа — хар куни 2Гр дан 15 кун давомида, жаъми 30 Гр доза нур берилади ва 3—4 хафтадан сунг жаррохлик операцияси утказилади.

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

Меъда саратонининг III—IV боскичларини даволаш усуллари самарадорлиги бахоланганда узок, натижаларига кура биринчи уринни шубхасиз комбинацияланган ва комплексланган усуллар эгаллайди. Беморни безовта киладиган хасталик 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 караб бахоланади. Бу эса купгина омилларга боглик, булиб, уларнинг энг мухимлари саратоннинг боскичи, макроскопик шакли, микроскопик ту-

зилиши, кайси кисмда жойлашиши, беморнинг еши ва жаррохлик операциясининг хажми хисобланади. Омиллар ва даволаш усулларини бирга ишлатиш коидалари куплиги туфайли даволаш натижалари ҳам хар хил булади. Аммо шу нарса аниikki, саратоннинг биринчи боскичи, экзофит шакли, у меъданинг дистал кисмида жойлашган ва бемор унча кари булмаганда радикал операция билан даволаш самарадорлиги бошкача усулларга нисбатан юкори булади. Масалан, меъданинг экзофит саратони I—II боскичларида жаррохик усулларида (субтотал резекция, гастроэктомия) кейин беморларнинг 90,5—97,0% и 5 йилдан ортирок яшайди, эндофит шаклида эса курсаткичлар бундан 5—10 марта паст булади.

III боскичда жаррохлик усули билан даволаш факат 20,2% дан 31,5% гача холларда экзофит саратонли беморлар хаётини 5 йилдан купрокга 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 операциндан 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 купрок, яшаши билан ифодаланади. IV боскичда факат жаррохлик усулининг узи ишлатилса, эндофит саратонда 1,4%, экзофит турида—6,5% бемор 5 йил яшайди холос. Паллиатив операциядан 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.

7-АДАБИЕТЛАР:

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 516с.
2. Важенин А.В., Воронин М.И., Ваганов Н.В. и др. Лучевая диагностика и лучевая терапия. Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений, клинических ординаторов и интернов. « Иероглиф », 2003.
3. Гарин А.М., Хлебников А.В., Хабагари Д.З. справочник по противоопухолевой лекарственной терапии. — М., 1992.
4. Гершанович М.Л., Борисов В.И., Сидоренко Ю.С., Тюляндин С.А., Горбунова В.А. современные возможности перспективы лекарственной терапии в онкологии. Вопросы онкологии. — 1995. - № 2 (41).

5. Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Черниченко А.В. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей. Российский онкологический журнал. – 2000. - № 1.
6. Избранные лекции по клинической онкологии. Под ред. В.И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – м., 2000.
7. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Руководство для врачей \ Под ред. В.И. Чиссова.
8. Переводчикова Н.И. Химиотерапия опухолевых заболеваний. – М., 2000.

9.ИНТЕРНЕТ – САЙТЛАРИ:

[www. rambler.ru \oncology\](http://www.rambler.ru/oncology/)

[www.esmo/org](http://www.esmo.org)

www.medline.ru

www.medlinx.ru

www.oncoweb.ru

[www.yandex.ru\ medicine\oncology\](http://www.yandex.ru/medicine/oncology/)