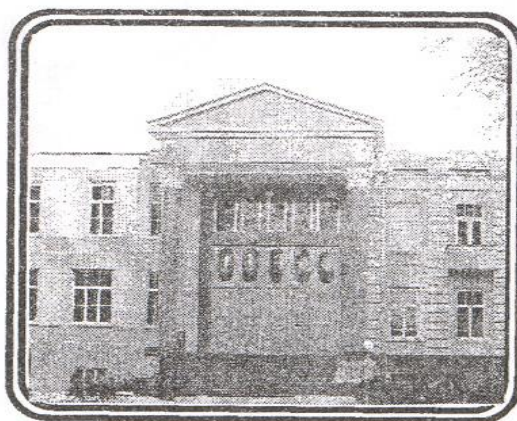


**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги
Самарканд Давлат тиббиёт институти
Онкология кафедраси**

Каримова М.Н.

Сут беги раки ва рак олди касалликлари

**5 курс даволаш ва тиббий педагогика факультет талабалари
учун
Очик маъруза**



Самарканд-2013

МАВЗУНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ.

Сут бези раки – аёллар хавфли ўсма касалликлари ичида энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади. Сут бези раки билан касалланиш кундан-кунга ошмоқда, бу эса иқтисодий ривожланган мамлакатларда ўрта ёшли аёллар ўлимининг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Россияда сут бези раки аёллар онкологик касалликлари ичида биринчи ўринни эгаллаб турибди, айниқса бу касаллик билан касалланиш ва ўлим меҳнатга лаёқатли аёллар ўртасида кўпайиб бормоқда. Ўзбекистонда сут бези раки билан касалланиш охириги 2 йилда онкологик касалликлар ичида биринчи ўринда турибди. Россияда бу касаллик 1992 йилда 100 минг аҳолига 32,1ни ташкил қилган бўлса, 2001 йилга келиб 38,5 %га ошган , бу эса кўрсаткичнинг 22,2 %га ошганлигидан далолат беради. Йилига бу касаллик темпи 2-3 % га ошган. Ўзбекистонда эса 1993 йил 100минг аҳолига 5,3 ни ташкил қилган бўлса, 1998 йил 6,1 га ошган. Сут бези раки билан бирламчи аниқланган беморлар сони ҳам йилдан йилга ошиб бормоқда. Биргина Самарқанд вилоятини олганимизда 2000 йилда сут бези раки билан 154 та бемор бирламчи рўйхатга олинган бўлса, 2006 йилда эса уларнинг сони 190 тага ошган.

Сут бези раки билан касалланишнинг охириги йилларда кескин кўпайиб кетаётганлиги, аксарият беморларни касалликни анча кечиктириб III-IV босқичларида врачларга мурожаат этаётганлиги ва шу сабабли беморларнинг 5 йиллик яшаш кўрсаткичи анча пасайганлиги мавзунинг янада долзарблигини кўрсатади.

Касалликни эрта даврларида оғриксиз кечиши, аёлларимизни эса унга эътиборсизлик билан қараши туфайли касалликни анча кечиктирилган босқичларида аниқланиш ҳоллари кўплаб учраб турибди. Бундан 10 йиллар илгари сут бези раки билан касалланиш 50-60 ёшли аёллар ўртасида энг кўп тарқалган бўлса, ҳозирги кунда 30-40 ёшгача бўлган аёллар ўртасида ҳам касалланиш кўпайганлиги мавзунинг янада долзарблигидан далолат беради.

Тавсия этилаётган услубий қўлланма ҳозирги республикаимиз миқёсида умумий амалиёт врачлари тайёрлаш бўйича кенг қўламда дастурга амал қилинаётган бир пайтда тиббиёт институтлари талабаларига сут бези раки ва рак олди касалликлари ҳақида тулиқ маълумот олишга, кейинчалик эса бу касаллик билан беморларни ўз вақтида аниқлашда, даволашда ва сут бези ракиннинг олдини олишда катта ёрдам беради деган умиддамиз.

МАҚСАД ВА ВАЗИФАЛАР.

А. Талабаларнинг билишлари шарт:

1. Сут бези ракини чақирувчи сабаблар.
2. сут бези ракиннинг келиб чиқишида хавф солувчи таъсирларни.
3. Хавф солувчи таъсирларнинг таснифи.
4. Рак олди касалликларини.

5. рак олди касалликларининг клиник кечишини, диагностикаси, даволаш усуллари.
6. Сут бези ракининг профилактикасини.
7. Сут бези ракининг патолго-анатомик хусусиятлари ва клинко-анатомик турлари.
8. сут бези ракининг тарқалиш (метастазланиш йўллари).
9. Сут бези ракининг босқичлар бўйича таснифи.
10. Сут бези раки ташхисоти ва даволаш усуллари, олдини олиш йўллари тўлиқ ўрганиш.

Б. Талабаларнинг бажаришлари шарт:

1. беморлардан шикоятларини касаллик ва ҳаёт тарихларини тўғри йиғиш. Беморлар билан жонли мулоқот қилишни ўрганиш
2. беморларни тўғри ва тўлиқ текшириш (кўриш, пайпаслаш)
3. сут бези раки билан касалланган беморларни текшириш режасини тузиш
4. УТТ ва маммограмма хулосаларини таҳлил қилиш ва цитологик текшириш учун материал олиш
5. клиник ва қўшимча текширишлардан олинган маълумотлар ёрдамида сут бези раки касаллигини асослаш.
6. сут бези ракини сут безининг бошқа касалликлари билан таққослашни ўрганиш.
7. даволаш режасини тузиш ва уни асослашни билиш
8. сут бези ракини олдини олиш йўллари билиш.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТГА ТАЙЁРЛАНИШ УЧУН САВОЛЛАР.

1. Сут бези ракига хавф соладиган қайси омилларни биласиз?
2. Сут бези ракини босқичлар бўйича таснифи қандай?
3. Сут бези ракини клиник формалари қандай?
4. Сут бези ракини диагностикаси қандай?
5. Сут бези ракини қайси касалликлар билан таққослаш мумкин?
6. Сут бези раки қандай усулларда даволанади?
- 7.

Беморларни текшириш усуллари:

1. Беморнинг шикояти: беморда безнинг қачон пайдо бўлганлиги, оғрик бор-йўқлиги, безга ўз-ўзича бирор-бир муолажаларни қилган қилмаганлиги сўралади. Бемор аёлнинг ёши , ҳайз жараёнининг қачон бошланганлиги, ҳайзнинг давомийлиги, қайси ёшда турмуш қурганлиги, ҳомиладорлик ва туғиш, аёллар жинсий аъзолар касалликлари бор-йўқлиги , лактация даври , абортлар сони, менопауза неча ёшда бошланганлиги, онаси, опа-сингилларининг сут бези ёки аёллар жинсий аъзолари касалликлари билан касалланган ёки касалланмаганлигини билиш.

2. Касаллик тарихи ҳақида: касалликнинг кўпинча 40-60 ёшли аёллар ўртасида кўп учраши, касалликда сут безида оғриқсиз безнинг пайдо бўлиши ёки қўлтик остида безнинг пайдо бўлганлиги. Сут безидаги безнинг катталашиб борганлиги, айрим ҳолларда сўрғичдан қонли ажралмалар келишини, сўрғичнинг ичкарига тортилиб киришини, сут безидаги без ҳисобига сут безининг бир томонлама катталашиб деформацияларга учрашини, терисида лимон қобиғи, киндик симптоми ва б.к. Бемор эътиборсиз бўлганда врачга мурожаат этмаган ҳолларда безнинг сут бези терисига ўсиб кириб, емирилиш, чириш ҳоллари кузатилишини, безнинг сут безининг тагигача ўсиб кириши натижасида кўкрак деворига ёпишиб ҳаракатсиз аҳволга келиши мумкинлигини, метастазларни нафақат қўлтик ости лимфа тугунларига, балки ўмров ости, усти сохаларига, ўпка ва бошқа органларга тарқалиши ҳақида тўлиқ маълумотларга эга бўлиш.
3. Беморнинг ҳаёт тарихи ҳақида: исми шарифи, ёши, манзили, уй телефони, иш жойи, зарarli таъсиротлар бўлса уларни кўрсатиш шарт. Беморнинг овқатланиш тартиби бузилиши, вазнининг ошиб борганлиги, гипотериоз, атеросклероз, қандли диабет каби касалликларни бошидан кечирган ёки йўқлиги. Беморни аёллар жинсий аъзолари касалликлари билан оғриган ёки йўқлиги, кеч турмушга чиққанми ёки жуда эрта турмуш қурганлигига аҳамият берилади. Хайзнинг 13 ёшдан олдин бошланиб 50 ёшдан кейин тўхтаган, боласини эмизмаган аёлларда сут бези раки билан касалланиш кўп учрашини назарда тутиш керак. Маълумки касаллик асосан туғмаган ёки кам туққан, кўп марта аборт қилдирган, тухумдонларнинг сурункали яллигланиш касалликлари билан касалланадиган аёлларда кўп учрайди.
4. Кўрик пайтида беморнинг умумий аҳволига, тери ости ёғ қаватини ривожланганлигига, семириш бор- йўқлигига аҳамият берилади. Шундан сўнг бемор вертикал турган ҳолида иккала сут безини бири-бирига солиштириб, унинг қўллари пастга туширилган ва боши орқасига эгилган ҳолатларда кўрилганда сут безларининг бири-бирдан фарқи, шаклининг ўзгарганлиги, пайдо бўлган дўмбоқлар ёки ичига ботган жойлар борлиги аниқланади. Бундан ташқари сут бези сўрғичларини ҳолатига, ичкарига тортилган ёки йўқлигига ҳам аҳамият берилади. Сўнггра пайпаслаш усулига ўтилади. Иккала сут бези, аввал соғ томондаги сут бези, сўнггра касалланган сут бези пайпасланиб без бор –йўқлиги аниқланади. Агар без топилса унинг чегараси, ўлчамига, каттиқлигига, ҳаракати бор –йўқлигига, тери ёки атроф тўқимага ёпишганлиги ёки ёпишмаганлигига аҳамият берилади. Сўрғичлар қисиб кўрилиб ундан бирор хил ажралма бор-йўқлигига иқроор бўлиш керак. Қўлтик ости, ўмров усти соҳа лимфа тугунлари ҳам ҳар иккала томонлама пайпаслаб текширилиши шарт.
5. Беморларга қуйидаги параклиник текширишлар ўтказилиши лозим: -кўкрак қафаси органларини R-графияси (флюорография)

- маммография
- сут безини ва регионар метастазлар соҳаларини УТТ текшириш
- сўрғичдан чиққан ажралмани олиб цитологик текшириш
- ўсма безни пункция қилиш
- жигар ва қорин бўшлиғи аъзоларини УТТси
- ЭКГ
- гинеколог кўриги
- хирург радиолог, ва химиотерапевт иштирокида консилиум

Факультатив муолажалар.

- лимфа тугунидан пункция қилиш
- сут бези трепанбиопсияси
- контакtsiz оксиллография
- суяклар R-графияси
- кичик чанок аъзолари УТТ
- дуктолактография.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРИШЛАРИ.

- қонни резус факторга текшириш
- қонни австралия антигенига текшириш
- қон гуруҳини аниклаш
- Вассерман реакцияси
- қонни умумий таҳлили (3 марта операциягача, операциядан кейин 2-кун, чиқишдан икки кун аввал)
- нур ва химиотерапия давоси вақтида қонни умумий таҳлили ҳафтада камида бир марта
- сийдикни умумий таҳлили
- қонни биохимиявий таҳлили
- биохимик коагулография
- ўсмадан олинган пунктатни ёки бошқа цитологик материални цитологик текшириш.
- операция вақтида олинган материални цитологияга текшириш
- сўрғичдан чиққан ажралмани цитологик текшириш
- операциядан олинган материални гистологик текшириш
- кесиб олинган ўсмада гормонал рецепторларни аниклаш.

МАВЗУНИ ТУЛИГИЧА ИЗОХЛАШ.

Сут бези раки аёлларда энг кўп учрайдиган хавфли ўсма касаллиги бўлиб, кўп хилдаги клиник турлари борлиги билан характерланади. Сут бези раки ҳозирги кунда Ўзбекистонда барча онкологик касалликлар ичида биринчи ўринни эгаллайди. Дунё бўйича йилига 570мингдан ортиқ сут бези раки билан оғриганлар рўйхатга олинади. Биргина

Самарқанд вилоятида йилига 190та аёл сут бези раки билан янгида рўйхатга олинади. Касаллик асосан 40-60 ёшдаги аёллар ўртасида кўп учрайди. Касалланиш кўрсаткичи барча иқтисодий ривожланган мамалакатларда йилан- йилга ошиб бормоқда. Касалликни келиб чиқишида бир қанча хавфли омилларнинг таъсири бор.

СУТ БЕЗИ РАКИГА ХАВФ СОЛАДИГАН ОМИЛЛАР ТАСНИФИ.(Семиглазов В.Ф. ва б. 2001)

1.Организм репродуктив системалари функцияланишини белгилайдиган омиллар.

- 1.1.ҳайз, жинсий, детород, лактация вазифалари;
- 1.2.бачадон ва тухумдон гиперпластик ва яллиғланиш касалликлари.

2.Бўлиб ўтган ва ҳамроҳ касалликлари билан боғлиқ бўлган эндокрин метаболик таъсирлар

- 2.1. семириш;
- 2.2. гипертония касаллиги;
- 2.3. қарияларда қандли диабет;
- 2.4. атеросклероз;
- 2.5. жигар касалликлари;
- 2.6. қалқонсимон без касалликлари (гипотериоз);
- 2.7. сут бези дисгормонал гиперплазияси;

3. Генетек омиллар(BRCA-1ёкиBRCA-2 генлар):

- 3.1. сут бези раки қон-қариндошларда ирсий ва «оилавий» сут бези раки
- 3.2. сут бези тухумдон «синдроми» (оилада сут бези раки ва тухумдон раки)
- 3.3. синдромлар:
 - 3.3.1. «СБР+ бош мия ўсмаси»;
 - 3.3.2. «СБР+ саркома»;
 - 3.3.3. «СБР+ ўпка раки+ ҳиқилдок раки+ лейкоз»
 - 3.3.4. «SBLA-синдром + саркома+ СБР+лейкоз+буйрак усти бези пўстлоғи карциномаси»

4.Экзоген таъсирлар

- 4.1. ионли радиация
- 4.2. чекиш
- 4.3.ҳамма жойдаги ўсмалар учун умумий бўлган химик кацерогенлар
- 4.4. ҳайвон ёғларини ва юқори каллорияли овқатларни ортиқча истеъмол қилиш.

ГОРМОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ РОЛИ.

Сут беи раки ривожланишининг кўпайиш хавфи гормонлар ишлаб чиқарувчи аъзолар фаолиятининг бузилиши билан боглиқ. Гипофиз , гипоталамус, калқонсимон без ва тухумдонлар фаолиятининг бузилиши алоҳида аҳамиятга эга. Сут беи ракининг ривожланиш хавфи ҳайзнинг эрта бошланиши ва ҳайзнинг кеч тугаши кузатиладиган аёлларда кўпайганлиги – 18 ёшгача туққан, ҳамда кўп туққан аёлларда камайганлиги аниқланган.

БОШКА ХАВФ ТУГДИРУВЧИ ОМИЛЛАР.

Охирги йилларда сут беи ракининг ривожланишида генетик бузилишларга катта аҳамият бериланти. Адабиётларда рак ривожланишида молекуляр бузилишларнинг 2 типи ҳақида ёзилган: генлар мутацияси ва ҳужайра пролиферациясининг юзага келиши. Мутация ҳужайранинг ўсиши, дифференциацияси ва ҳужайранинг ўсишини бошқариб турадиган бош генларнинг калитида содир бўлади. Бунинг натижасида улар ёки актив ҳолатга келади ёки аксинча активлиги йўқолади. Пролеферация ёрдамида «ўсма шаклланувчи» эффект юзага келади.

МАСТОПАТИЯЛАР.

Мастопатия- аёлларда энг кўп тарқалган касаллик бўлиб, унинг даражаси ҳар хил ривожланиш босқичларида 40 %дан то 90% гача ташкил қилади (Семиглазов В.Ф.,2001). ЖССТ экспертларининг аниқлашича, мастопатия фиброзли-кистозли касаллик бўлиб, дисплазия яъни сут беи тўқималаридаги пролифератив ва регрессив спектрларининг эпителий ва бириктирувчи тўқима компонентларини номутаносиб нисбати билан характерланади. Унинг асосида организмнинг гормонал статусини бузилиши ётади ва шунинг учун мастопатия ёки дисплазия сут безининг дисгормонал гиперплазиясига киритилади. Кўпчилик кузатувчилар мастопатияни рак олди касалликлари гуруҳига киритадилар.

ТАСНИФИ.

Клиник амалиётда мастопатиянинг қуйидаги таснифи қабул қилинган:

1. диффузли
 2. тугунли
 3. аралаш, қачонки диффуз ўзгаришлар асосида тугун топилса
- Д.В. Головин (1969) диффуз мастопатияни 5та вариантга ажратади:
1. мазоплазия (мастальгия).
 2. фиброаденоматоз.

3. фиброзли аденоз
4. цистаденопапиллома кенгайиши
5. катта сут йўллари нинг эктазияси

Фиброаденоматозни 2та асосий варианты ажратилади : нопрлифератив ва пролифератив.

Клиникасига қараб мастопатияни 3та тури тафовут килинади:

фиброзли, кистозли, фиброзли-кистозли.

Сут беи хавфсиз ўсмлирини гистологик таснифи (ЖССТ, 1978-1981);

1. эпителийдан ўсган ўсмалар:

интрадуктал папиллома

сўрғич аденомаси

аденома:

тубуляр

лактацияловчи

бошқалар

2. аралаш- бириктирувчи ва эпителий туқимасидан ривожланган ўсмалар:

фиброаденома:

периканаликуляр (сут йўллари атрофи) фиброаденома;

интраканаликуляр (сут йўли ичи) фиброаденома

- 2.1.2.1.оддий тип;

- 2.1.2.2.хужайрали сут йўли ичи фиброаденомаси

филсимон ўсма (филсимон кистали карцинома);

3. аралаш ўсмалар:

юмшок туқима ўсмалари

тери ўсмалари

4. таснифлаб бўлмайдиган ўсмалар

5. сут беи дисплазияси (фиброзли-кистозли касаллик).

6. ўсмасимон жараёнлар;

сут йўллари кенгайиши (эктазияси);

яллигланиш ёлғон ўсмалари;

гемартома;

гинекомастия;

бошқалар.

Клиник белгилари.

Мастопатиянинг 1-чи белгиси бу хайз даври билан боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган ҳолатда сут безларидаги оғрик; кўрилганда бир жойда ёки диффуз қаттиқлик аниқланади. Қаттиқлашган жойни аниқ чегараси бўлмайди, ҳар хил ўлчамда ва қаттиқликда бўлиши мумкин. Мастопатияда сўрғичдан кул ранг ёки сариқ рангли сувсимон ёки шилимшиқсимон ажралма келиши ҳам мумкин. Агар диффуз-кистали мастопатия фонида бўлса алоҳида тугунлар аниқланади, яъни мастопатиянинг тугунли хили аниқланади. Тугунли

шаклида патологик жараён кўпинча чегараланган бир жойда қаттиқ конгломерат шаклида бўлади.

Мастопатиянинг чегараланган шаклида консерватив даво фойда бермайди, шунинг учун хирургик даво керак: ўсмани кесиб олиш, сут беги секторал резекцияси.

ДИФФУЗЛИ МАСТОПАТИЯНИ ГОРМОНАЛ ВА НОГОРМОНАЛ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ.

Мастопатияни даволаш комплекс хусусиятда бўлиши ва қуйидаги усулларни ўз ичига олиши керак:

1. Эндокринотерапия

1.1. фитопрепаратлар билан даволаш (мастодинон ва б.к.)

1.2. антиэстрогенлар билан даволаш (кломифен, тамоксифен, торемифен).

1.3 гипофизнинг гонадотроп функциясини пасайтирадиган ва ановуляцияга, ҳатто ҳайз функциясининг тўхташига олиб келадиган препаратлар билан даволаш (даназол).

1.4. кичик (физиологик) миқдорда эстрогенлар билан даволаш.

1.5. кичик миқдорда андрогенлар билан даволаш.

1.6 Эндокринотерапия, гипофизнинг пролактин ишлаб чиқаришини камайтиришга қаратилган.

1.7. тиреотроп моддалар ва калконсимон без гормонлари билан даволаш (тиреоидин).

1.8. 18-34 ёшгача давомий равишда эстроген ва прогестеронни, орал контрацептив моддаларни, прогестинни; 35-47 ёшларда – эстроген ва прогестеронни; 48-54 ёшда – прогестинни, андрогенни ва антиэстрогенларни; 55 ёшдан сўнг антиэстрогенларни қабул қилишлари мумкин.

2. Витаминлар.

3. Тинчлантирувчи воситалар.

4. Сийдик ҳайдовчи препаратлар.

5. ҳамроҳ касалликларни даволаш (асосан жигар касаллигини).

ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ.

Хавфли гуруҳга кирган диффуз шаклли дисгормонал касалликлар билан беморлар – ҳар 6 ойда; тугунли мастопатия билан (оператив даводан бош тортса) – ҳар 3 ойда; касалликни клиник белгилари бўлмайдиган хавфли омиллар бўлса: 40 ёшда – ҳар 24 ойда, 40 ёшдан кейин - 12 ойда бир марта онколог кўригидан ўтиши шарт. Соғлом аёлларни кўрикдан ўтиш даври - бир йилда бир марта.

СУТ БЕЗИ РАКИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Сут беzi ракининг профилактикаси бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикага ажратилади.

Бирламчи профилактика-бу хавфли омилларни ва этиологик факторларни ўрганиш йўли билан касалликни олдини олиш, ташқи муҳитни ҳимоя қилиш ва одам организмига канцерогенлар таъсирини камайтириш, оилавий аҳволини яхшилаш, жинсий ҳаётни нормал йўлга қўйиш, бола туғишни ўз вақтида амалга ошириш, чақалоқни кўкрак сути билан боқишдан иборат.

Иккиламчи профилактика –сут беzi ўсма олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш- мастопатиянинг ҳар хил турлари , фиброаденомани ва бошқа хавфсиз ўсмаларни , ҳамда эндокрин бузилишларни, аёллар жинсий аъзолари касалликларини, жигар касалликларини даволашдан иборат.

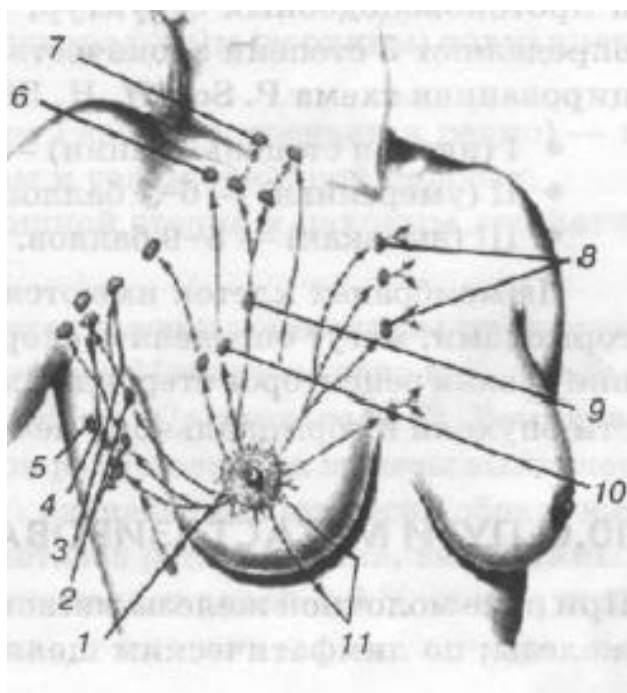
Учламчи профилактика- касалликни қайталаниши, метастазларини ва метакрон ўсмаларни эрта аниқлаш ва даволаш, олдини олишга қаратилган.

СУТ БЕЗИ РАКИНИНГ ПАТОЛОГО-АНАТОМИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ.

Сут беzi ракининг патолого-анатомик характеристикаси ўсманинг гистологик хусусиятини акс эттиради. Улар ўсманинг ўлчамини, бирламчи ўчоғнинг сут безида жойлашишини, ўсиш типини, морфологик тузилиши, дифференцировка даражаси ва хавфлилигини, регионар метастазларнинг борлигини ўз ичига олади.

Бирламчи ўсманинг ўлчами ўсмалар биологик активлигининг кўрсаткичи ҳамда сут беzi ракида асосий прогностик омил бўлиб ҳисобланади. Усма ҳажмининг катталашиши билан унинг агрессивлиги , лимфоген ва гематоген метастазлар интенсивлиги ошади. Сут безида ўсманинг жойлашиши катта прогностик аҳамиятга эга, бу эса сут безининг ҳар хил кавдрантларида лимфа оқими йўллари билан тушунтирилади.

1- расм. Сут бези квадрантларини ҳисобга олган ҳолда лимфа тугунлари бўйлаб лимфалар оқиш йўллари (Чиссов В.И.2002) расм №1



- 1-ареола атрофи лимфа томирлари (Canne)
- 2-парамаммар лимфатик тугунлар: А-Бертильс тугуни; б- Саргиус тугуни
- 3- латерал қўлтиқ ости лимфа тугунлари
- 4- марказий қўлтиқ ости лимфа тугунлари
- 5- курак ости лимфа тугунлари
- 6- ўмров ости лимфа тугунлари
- 7- ўмров усти лимфа тугунлари
- 8- парастернал лимфа тугунлари
- 9-тўш орти лимфа тугунлари
- 10- тўш оралиғи лимфа тугунлар

(Роттер лимфа тугуни)

11- эпигастрал соҳага боровчи лимфа тугунлар

Ракнинг қўлтиқ ости лимфа тугунларига метастазлар бериши кўпинча ўсма ареола тағи соҳада ва сут безининг ташқи ва ички квадрантлари чегарасида жойлашганида содир бўлади, бу эса ўша жойларда қайтувчи лимфатик тугунларнинг анча кўплиги билан тушунтирилади. Ўсма сут безининг медиал ва марказий қисмларида жойлашганида парастернал лимфа тугунларига метастазлар беради. Усманинг ўсиш типиди муҳим прогностик аҳамиятга эга бўлиб, бу унинг хавфлилиги поғонасини акс эттиради. Ривожланиш типига қараб раkning иккита асосий хили тафовут қилинади: тугунли ва диффуз (диффуз- инфильтратив, шишли-инфильтратив, панцерли, инфламаторли (мастит ва сарамассимон)).

Ўсиш типига қараб ажратилади:

1. ўсманинг тез ўсиши (ўсманинг икки баробар ўсиш вақти 1-3 ой);
 2. ўртача (ўсманинг икки баробарга ўсиш вақти 3-12 ойгача)
 3. секин (ўсманинг икки баробарга ўсиш вақти 12 ойдан кўп) .
- Сут бези ракининг анатомик ўсиш хили бўйича 3 хил турга ажратилади (Семиглазов ва б.к. 1986):

- тугунли шакли (чегараланиб ўсувчи, маҳаллий инфильтратив ўсувчи);
- диффуз хили (шишли, диффуз –инфильтратив, лимфангетик);

- атипик хили(Педжет раки, бирламчи метастатик(яширин)рак).

Сут беи ракининг морфологик тузилиши касалликнинг оқибатини аниқлаш учун асосий аҳамиятга эга. Усманнинг гистологик тузилиши унинг қайси хужайрадан чиқиб, ривожланишига боғлиқ. Кўпинча сут беи раки инвазив сут йўлидан чиққан ва инвазив сут беи бўлакчасидан чиққан ракдан ёки уларнинг комбинациясидан иборат бўлади.

ТАРҚАЛИШ ЙЎЛЛАРИ.

Сут беи раклари метастазида сут йўллари бўйлаб; лимфа ёриқлари , капиллярлар ва томирлар бўйлаб; қон томирлари бўйлаб юзага келади. Қайси йўллар билан тарқалганига қараб метастазланиш ҳар хил тўқима ва органларда юзага келади.

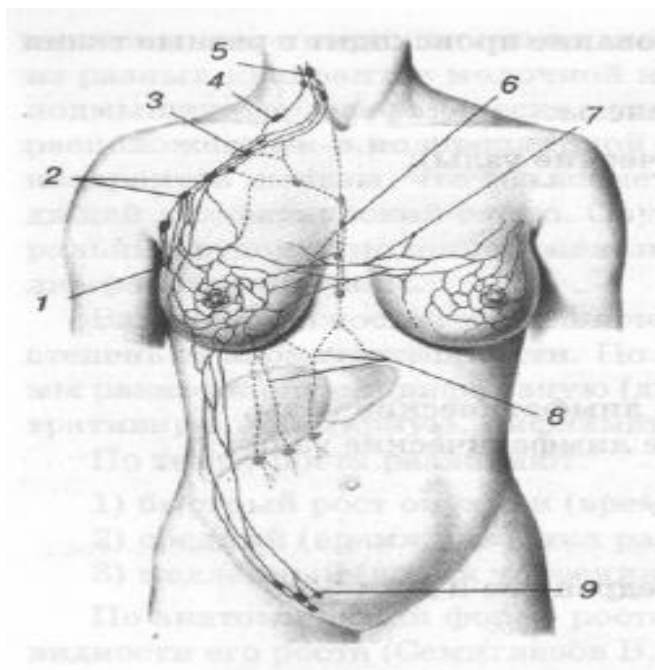
Сут беи ракида метастазланиш:

1. регионар (лимфатик тугунларга лимфоген):

қўлтиқ ости
курак ости
ўмров ости
ўмров усти
парастернал.

- 2.узоқ (лимфогематоген)

- 2.1. контрлатерал қўлтиқ ости лимфа тугунларига
- 2.2. контрлатерал ўмров усти лимфа тугунларига
- 2.3. юмшоқ тўқималарга, териға
- 2.4. жигарға
- 2.5. ўпкаға
- 2.6. суякларға: умуртқалар танасига, чаноқ—сон суякларига ва б.қ.
- 2.7. плевраға
- 2.8. тухумдонларға
- 2.9. бош мия ва бошқа органларға



Ракнинг лимфоген тарқалиши ҳар хил йўналишда амалга ошади(2-расмга қаранг).(Чиссов В.И. ва б.қ. 2002) расм №2

1- парамаммар лимфатик тугунлар
2. марказий қўлтиқ ости лимфа тугунлари

3. ўмров ости лимфа тугунлари
4. ўмров усти лимфа тугунлари
5. бўйин чуқур лимфа тугунлари
6. парастернал лимфатик тугунлар
7. кесишган лимфатик тугунлар, иккала сут безини боғловчи лимфатик система.
8. қорин бўшлиғига кетувчи лимфатик томирлар
9. юза чов лимфа тугунлари.

1. пекторал (кўкрак) йўли (60-70%)-парамаммар лимфа тугунларига ва кейинчалик қўлтиқ ости лимфа тугунларига
2. ўмров ости йўли (20-30%)-ўмров ости лимфа тугунларига
3. парастернал йўл (10%)-парастернал тугунларга
4. кесишган йўл (5%) –қарама-қарши томондаги қўлтиқ ости лимфа тугунларига ва бошқа сут безига
5. тўш орқа йўли (2%)-медиастинал лимфа тугунларга (парастернал соҳани қолдириб)
6. транспекторал (кўкрак орқали) йўл (кам ҳолларда)-марказий (юқори) қўлтиқ ости лимфа тугунларига
7. Герота лимфа йўли бўйлаб лимфа оқиши (кам ҳолларда учрайди)-эпигастрал лимфатик йўлларга ва қорин бўшлиғи лимфа тугунларига
8. тери ичи йўли (кам ҳолларда) –қорин девори бўйлаб чов лимфа тугунларига.

Кўпинча сут бези ракида узоқ метастазлар гематоген йўл билан жигарни , терини шикастлайди. Упкада метастазлар битта ёки кўплаб тугунлар ҳолида бўлади. Демидов В.П. маълумотлари бўйича (2000 йил.). сут бези ракида суякларнинг метастатик шикастланиши, беморлар бирламчи даволанганда 1,3-6% ҳолларда аниқланади, аутопсияда эса 44-70 % кузатишларда топилади; жигарга метастазланиш сканерлашда радикал даво ўтказгунча 1,5 % аниқланса, аутопсияда 35-67 %гача аниқланади.

БОСҚИЧЛАРГА бўлиш.

Сут бези ракини жараённинг тарқалиш даражасига қараб таснифи индивидуал рационал даво режасини тузишга, комплекс даво усулини танлашга ва кейинчалик даво натижаларини баҳолашга ёрдам беради.

БОСҚИЧЛАР БУЙИЧА КЛИНИКО МОРФОЛОГИК ТАСНИФИ
(1985)

I боскич- 2смгача атрофдаги ёғ қаватига ва териға ўсиб кирмаган ўсма, регионар метастазлари йўқ.

II^a боскич- ўсма 2смдан то 5смгача, атроф тўқималарға ўсиб кирмаган, ёки ўсма шундай ўлчамда ёки ундан кичик бўлиб ёғ қаватига ўсиб кирган ва териға ёпишган (ажин сипмтоми «майдонча») регионар метастазлари йўқ

II^b боскич -ўсма худди шундай ўлчамда ёки ундан майда, касалланган томонда ҳаракатчан битта қўлтиқ ости ёки парастернал лимфа тугунларға метастази билан.

III^a боскич - ўсма ўлчами 5смдан катта, атроф тўқималарға ўсиб кирмаган ёки ўсма ҳар-хил ўлчамда бўлиб тагидаги мушак ёки фасцияларға ўсиб кирган ёки териға ўсиб кирган. (киндикча сипмтоми «лимон кобиғи» чегараланган шиш, тери емирилиши , сурғичнинг тортилиш сипмтомлари), (рангли расмларға қаранг). Регионар метастазлар бўлмайди.

III^b боскич- ўсма худди шундай ёки майда даражада маҳаллий тарқалган, битта силжиши чегараланган ёки кўплаб қўлтиқ ости, ўмров ости, курак ости, парастернал лимфа тугунларға (касалланган томондаги) метастазлари билан; Усма шундай ёки майда бўлиб касаллик томонидаги ўмров усти лимфа тугунларига метастазлари билан. Умров усти соҳадаги метастазлари бошқа метастазлар билан қўшилиши ҳам мумкин.

IV^a боскич - маҳаллий тарқалган ўсма, териға диссеминацияси (сателлитлари) билан ёки катта емирилиш ёки ўсма кўкрак деворига ёпишган ёки сут безини бутунлай шишиши. Сут безининг ҳамма диффуз формали раклари; сарамассимон, маститсимон, панцерли шакллари ҳам шу босқичға киради. Регионар метастазлар аниқланмайди.

IV^b боскич- ўсма худди шундай маҳаллий тарқалган бўлиб ҳоҳлаган вариантда регионар метастазлари ёки ўсма кичикроқ маҳаллий тарқалган бўлиб ўмров устига битта кам силжийдиган ёки кўплаб ўмров устига силжийдиган регионар метастазлари билан. Усма ҳоҳлаганча маҳаллий тарқалган бўлиб узоқ метастазлар клиник аниқланса, худди шундай карама-қарши томондаги лимфоген метастазлар бўлса. 1953-йилдан бошлаб хавфли ўсмаларни TNM системаси бўйича таснифи ишлаб чиқилган; охирги ўзгартириш 1997-йилда.

TNM-системаси бўйича халқаро тасниф.(1997)

T-бирламчи ўсма

T_x-бирламчи ўсма ҳақида маълумот кам.

T₀ -бирламчи ўсма аниқланмайди.

Tis-преинвазив карцинома; интрадуктал ёки лобуляр carcinoma in situ ёки ўсма тугуни аниқланмаган Педжет касаллиги.

Эслатма; Педжет касаллигида ўсма пайпасланса унинг ўлчамига қараб таснифланади.

T₁-ўсма 2 см гача бўлган ўлчамда

T_{mic}(микроинвазив)-0,1 см гача бўлган ўлчамда

T_{1a}-0,5 смдан катта эмас

T_{1b}-1 см гача бўлган ўлчамда

T_{1c}-2 см гача бўлган ўлчамда

T₂-ўсма 5 см гача бўлган ўлчамда

T₃-ўсма 5 смдан катта бўлган ўлчамда

T₄-турли хил ўлчамдаги ўсма тўғридан -тўғри кўкрак деворигача ёки теригача тарқалган.

Эслатма :Кўкрак девори – кўкрак мушакларини эмас, қовурғалар, қовурғалараро мушаклар ва олдинги тишсимон мушакни ўз ичига олади.

T_{4a}-кўкрак деворига тарқалган

T_b-шиш(«лимфопустулоза») ёки сут бези терисининг емирилиши ,ёки без терисида сателлитлар.

T_{4c}-**4_a** ва **4_b** да саналган белгилар.

T_{4d}-ракнинг яллиғланган хили.

N- регионар лимфатик тугунларга метастазлар.

N_x-лимфа тугунларини ҳолатини баҳолаш учун маълумотлар кам.

N₀- регионар лимфа тугунларининг зарарланиш белгилари йўқ.

N₁-касалланган томондаги қўлтиқ ости лимфа тугунларида силжийдиган метастазларни бўлиши.

N₂- касалланган томондаги қўлтиқ остида бир-бири билан ёпишган ёки атроф тўқималарга ёпишган лимфа тугунларида метастазларнинг бўлиши.

N₃-касалланган томонда чуқур лимфа тугунларида метастазларни бўлиши.

M- узоқ метастазлар

M_x-узоқ метастазларни аниқлаш учун маълумотлар кам

M₀- узоқ метастазлар белгилари йўқ

M₁- узоқ метастазлар бор

M₁ва **pM₁** категориялари узоқ метастазларни жойлашган жойига қараб тўлдирилиши мумкин :

Упкага- PUL

Суякларга- OSS

Жигар -HEP

Бош мия -BRA

Лимфа тугунлар-LYM

бошқалар -OTH

суяк кўмиги-MAR

плевра-PLE

қорин парда-PER

ўмров устига-ADR

тери-SKJ

TNM патологик таснифи

pT- бирламчи ўсма

Патологик тасниф бирламчи ўсмани текширишни талаб қилади, ўтказилган резекцияни қиргоқлари бўйлиб ўсма тўқимаси бўлмаслиги керак. Агар резекция қиргоқлари бўйлаб ҳатто микроскопик ўсма тарқалганли аниқланса, бу ҳол pT бўйича таснифланади. pT категорияси T категорияга тўғри келади.

pN- регионар лимфатик тугунлар.

Патологик таснифни аниқлаш учун ҳеч бўлмаса пастки қўлтиқ ости лимфа тугунларини кесиб олиш ва текшириш керак бўлади (1-даража). Олинган материалда бтадан кам бўлмаган лимфа тугунлари бўлиши керак

pN_x –регионар лимфа тугунлар ҳолатини баҳолаш учун маълумотлар кам (тугунлар текшириш учун кесиб олинмаган).

pN₀- регионар лимфа тугунларда метастазлар билан зарарланиш белгилари йўқ.

pN₁ – касалланган томонида қўлтиқ ости лимфатик тугунларига силжийдиган метастазлар топилган.

-pN_{1a}- фақат микрометастазлар (0,2см дан катта бўлмаган).

-pN_{1b}-, 1та ёки бир нечта лимфа тугунларда 0,2см дан катта метастазларнинг бўлиши

-pN_{1b1}- 1-3та лимфа тугунларида 2см гача ўлчамдаги метастазлар

-pN_{1b2}- 4та ва ундан кўп лимфа тугунларда 2см гача ўлчамдаги метастазлар

-pN_{1b3}- лимфа тугунларни капсуласигача ўсиб кирадиган 2 смгача бўлган метастазлар

- pN_{1b4}-лимфа тугунларда 2 см дан катта бўлган метастазлар

pN₂- касалланган томонида қўлтиқ остидаги лимфа тугунларида бир-бири билан ёки атроф тўқималар билан ёпишган метастазларни бўлиши

pN₃- сут безининг ичкаридаги лимфа тугунларига метастазлар

pM- узоқ метастазлар

pM категорияси M категориясига тўғри келади.

G-гистологик дифференцировкаси

G_x-дифференцировка даражасини қўйиш мумкин эмас

G₁- дифференцировканинг юқори даражаси

G₂- дифференцировканинг ўрта даражаси

G₃- дифференцировканинг паст даражаси

G₄- дифференциаллашмаган ўсмалар

R- тасниф

Даволангандан сўнг ўсмани қайталаниши бор ёки йўклиги R белгиси билан белгиланади:

R_x-қайталанган ўсмани аниқлаш учун маълумотлар кам

R₀-ўсманинг қайталаниши йўқ

R₁-ўсманинг қайталаниши микроскопда аниқланади

R₂- ўсманинг қайталаниши макроскопик аниқланади.

Босқичлар бўйича гуруҳлаш

Босқичлар	T	N	M
Босқич -0	T _{is}	N ₀	M ₀
Босқич-1	T ₁	N ₀	M ₀
Босқич II- ^a	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁ ¹	N ₁ ²	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Босқич II- ^b	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Босқич III ^a	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁ ¹	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁ , N ₂	M ₀
Босқич III ^b	T ₄	ҳоҳлаган N	M ₀
	ҳоҳлаган T	N ₃	M ₀
Босқич IV	ҳоҳлаган T	ҳоҳлаган N	M ₁

Сут беи ракининг клиникаси

Клиник кўринишига қараб сут беи ракининг 3 та асосий тури бор: Тугунли, диффуз ва атипик яни кечишининг ва оқибатининг ҳар хиллиги билан характерланади.

Сут беи ракининг клиник таснифи.

1. тугунли шакли
2. диффуз шакли
шишли- инфилтратив.
маститсимон
сарамассимон
панцерли
3. атипик шакллари:

Педжет раки.
тери ортиқларидан чиққан рак
икки томонлама рак
эктопик рак
мультицентрик рак

Тугунли шакли.

Касалликни I-II босқичларида беморлар сут безларида унча катта бўлмаган каттиқ консистенцияли оғриксиз тугун аниқланади; «ажин», «киндикча», каби тери белгилари бўлиши мумкин; қўлтиқ ости соҳада кўпинча ягона ёки анча силжийдиган лимфа тугунлари бўлиши мумкин.(3-расм)



расм №3
бемор М. 42 ёшда. Ташхис: Унг сут беи
раки, II^a босқич (T₂ N₀ M₀). «майдонча»
белгиси

Сут беи ракининг III-IVбосқичларида каттакон ўсма топилади; «ажин», «лимон пўстлоғи» каби тери белгилари, терининг қизариши , сўрғичнинг ичига тортилиши ва сут беининг деформацияси, ўсманинг емирилиши ёки терига ўсиб кириши белгилари бор. Регионар лимфа тугунларга бир нечта силжимайдиган ёки узок органларга метастазлар бўлиши ,қўл шишиши мумкин. (расм 4-5)



расм №4



расм №5

Бемор К. 44 ёшда.
чап сут беи раки, IVбоскич
Шишли-инфилтратив
шакли. «лимон қобиғи» симптоми

Бемор Т., 54 ёшда ташиис:

ўнг сут беи раки III^б боскич
(T₄N₀M₀) чириш-емирилиш билан.

Сут беи ракининг махсус турлари

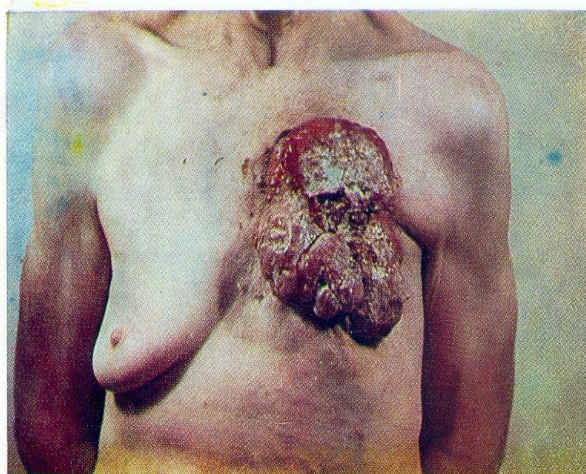
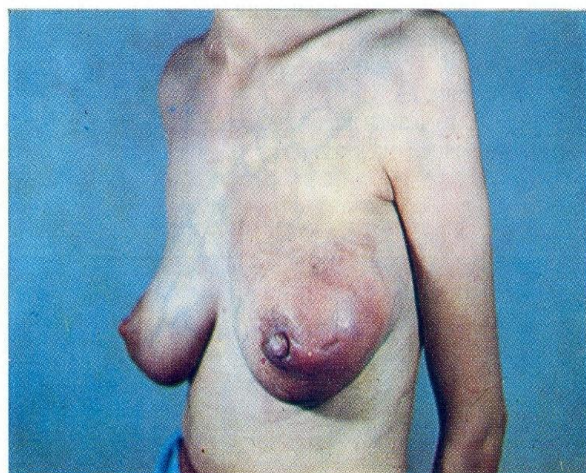
Шишли –инфилтратив турида-чегараси аниқ бўлмаган, сут безини катта қисмини эгаллаган инфилтрат аниқланади; сут беи катталашган, териси мармар рангли, шишган, қизариш ва «лимон пўстлоғи» белгиси кузатилади.

Маститсимон турида - сут беи анча катталашиб кетган, пайпаслаганда каттиқ. Инфекция қўшилганлиги сабабли терининг гиперемияси ва гипертермияси кузатилади бу эса маститни барча белгиларини ифодалайдиган тўқималар деструкциясини беради. Тана ҳарорати ошади.

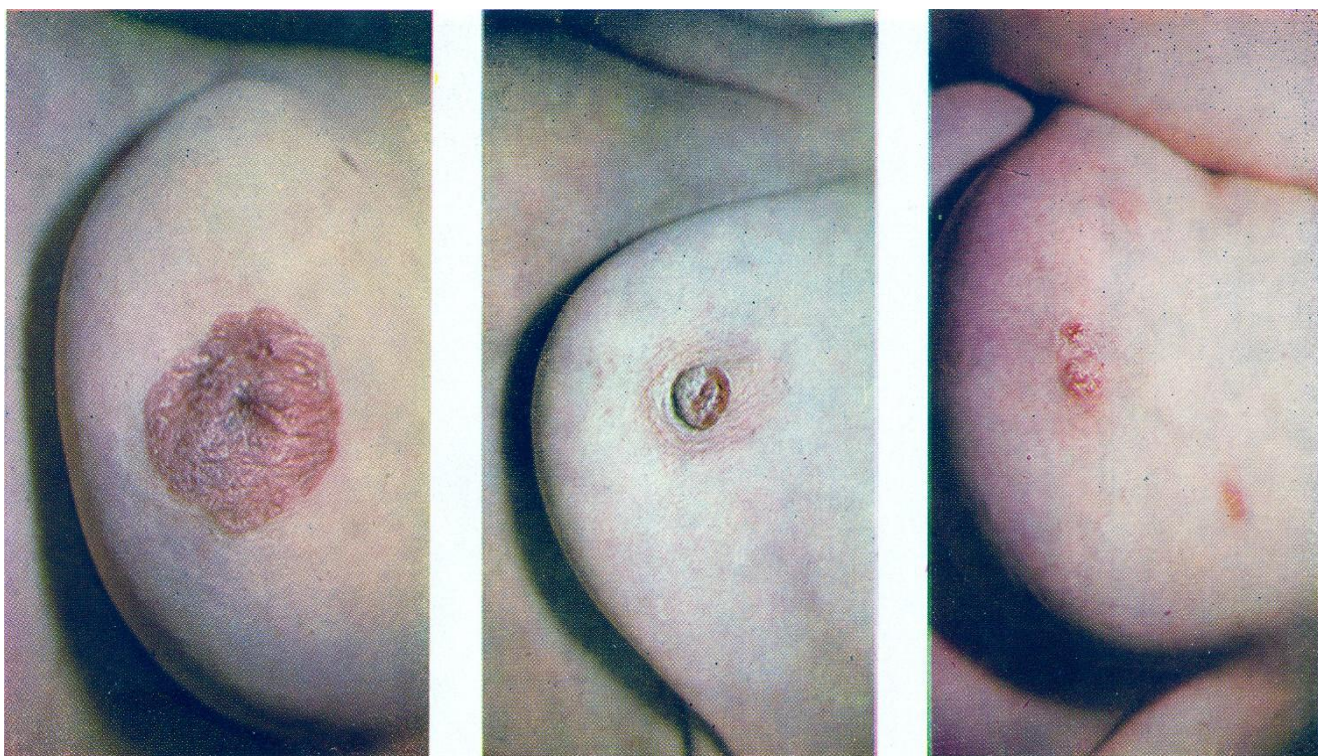
Сарамассимон турида ўсма жараёни тери қатламига ўтиб терининг кучли гиперемияси билан кечади (ташқи кўриниши сарамасли яллиғланишни эслатади). Гиперемия кўкрак қафасига ҳам тарқалиши мумкин. Сут беи териси қизил, каттиқ, айрим вақтларда емирилган ўчоқларни эслатади.

Панцер турида ўсма инфилтрацияси сут безининг ҳамма жойига ва терига ундан эса кўкрак деворига ўтади. Кўплаб тери ичи ўсма тугунлари пайдо бўлади. Сут беи бужмаяди, деформацияланади. Бу тури шиш-инфилтратив сут беи ракининг IV-боскичи бўлиб ҳисобланади.

Педжет раки-ўзига хос хавфли ўсма бўлиб, сўрғич ва ареолани зарарлайди. Клиник кўринишига қараб экземасимон (ареола соҳада ҳўлланиб ўзгариб турувчи тугунчали), псориазсимон (сўрғичда кипикча ва пуфакчалар пайдо бўлиши билан), ярали (четлари каттиқ кратерсимон яра) ва безли (ареола тагида ёки сўрғич соҳадаги каттиқлик) хиллари фарқланади.



Сут беџи раќининг емирилган териға ўсиб ќирган ва ќириган босќичлари



Педжет карциномасининг эртачи клиник белгилари



Иккала томонлама элефантизм билан Панцерли рак

Киёсий ташхис.

Сут бези ракини бошқа касалликлардан фарқлашда тугундан олинган пунктанти ва сўргичдан чиққан ажратмани цитологик текшириш асосий аҳамиятга эга. Сут бези ракини сут безининг ҳавфсиз ўсмаларидан (тугунли мастопатиянинг ҳар хил туридан, фиброаденомадан, липомадан, лимфогранулёмадан, галактоцеледан, ангиоматоз ўсмаларидан, саркомадан) фарқлаш керак. Клиник кўринишлар, маммография, УТТ, цитологик текширишлар асосида бу касалликлар фарқланади. Сут бези маститсимон ракини, шишли-инфильтратив хилини ва ўткир маститни фарқлай билиш керак. Мастит ва ўткир ва қисқа вақт ичида бошланади, оғриқ билан кечади ва яллиғланишга қарши даво фойда беради: кўпинча ёш аёлларда бўлади, лактация билан боғлиқ.

Беморларни текшириш.

Сут бези ракини ташхисида обектив текшириш асосий текшириш бўлиб ҳисобланади. Диагностика бир нечта текшириш усуллари ўзида бирлаштирувчи- комплекс усулдан иборат бўлиши керак. раққа шубҳа қилинганда асосий усул бўлиб ҳисобланади:

1. клиник-кўрув, пайпаслаш
2. рентгенологик –контрастсиз маммография, дуктография, (галактография), тўш орқали флебография, пневмоцистография, КТ.
3. морфологик: цитологик ва гистологик
4. УТТ

Сут безини ва лимфа тугунларини пайпаслаш усуллари.

Пайпаслаш сут бези ракида қулай ва анча оддий текшириш усули бўлиб ҳисобланади.

Сут безини пайпаслаш беморни белигача ялонғоч қилиб беморни горизонтал ва вертикал ҳолатда ўтказилиши керак. Сут безини пайпаслаш юзаки ва чуқур, барча квадрантлари бўйлаб сўргичдан периферияга қараб ўтказилади. Пайпаслашда ўсмани жойлашган жойи унинг ўлчами, чегаралари, атроф тўқимага нисбатан ҳолати аниқланади.

Ракнинг тугунли шакли қаттиқ ўсмадек пайпасланади, унинг қаттиқлиги марказдан периферияга қараб камаяди. Усмалар кўпинча тери ва тери ости ёғ қавати билан боғланган, айрим ҳолларда эса тагидаги мушак фасцияси ва кўкрак девори билан боғланган бўлади, шунинг учун пайпасланганда кам силжийдиган бўлади. Кўрик вақтида сут бези терисида қалинлашишга ўхшаш ўзгаришни, шиш, теридаги томирлар расмини, қизаришни сезиш мумкин; бу белгилар сут бези ракиннинг шишли, диффуз турида бўлиши мумкин. Лимфа тугунларидаги метастаз ўчоғлари пайпаслаганда қаттиқ, ўлчами катталашган; ўсманинг капсуласига ўсиб кирганида тугунлар кам силжийдиган, айрим вақтларда йиғилиб конгломерат ҳосил қилади.

МАХСУС ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Маммография сут беи ракида юқори аниқ диагностик усул бўлиб, у ёрдамида 83-95% ҳолларда тўғри диагноз аниқланади. (Демидов.В.П,2000). Одатда сут беини текшириш 2 та бир-бирига перпендикуляр стандарт проекцияларда , тўғри ва ён проекцияларда ўтказилади. Маммография махсус рентген аппарати-маммограф ёрдамида ўтказилади. Маммографияда сут беи ўсмасини бирламчи ва иккиламчи хавфлилик белгилари ажратилади. Ракнинг бирламчи белгиси-ўсма соясини ва микрокальцинатларни бўлиши ўсма сояси нотўғри шаклда-юлдузча ёки амёбасимон, ноаниқ, нотўғри чегарали, радиал нурсимон тарқалган жойлари бўлиши мумкин. Кўпинча ўсма тугуни сўрғичга қараб боровчи ”йўлак”, ва сўрғични тортилиши, без терисининг қалинлашганлиги, айрим пайтларда унинг тортилиши билан бирга келади. Сут беи ракини энг эрта ва аниқ **рентгенологик белгиларидан** бири бу сут йуллари деворида чуқиб қолган кальций тузларини акс эттирувчи кичик оҳанланган жойларни булишидир. Сут беи ракида, тери сургич, усма атрофидаги туқималарда пайдо бўлган, ҳамда васкуляризациянинг қучайиши қаби белгилар иккиламчи рентгенологик белгиларга қиради.

Дуктография сут йулларига контраст модда юбориб сунгара мамография ўтказиш йули билан амалга оширилади. Дуктография сургичдан ажралма чиқиб турган ва қон чиқиб турган сут безларида ўтказилади, бу эса сут беи ракини хавфсиз усмалардан фарқлашда ёрдам беради.

Ультратовуш (эхографик) диагностика сут беи раки бўлган ёш аёлларда (35-40 ёшгача) қўпинча ўтказилади, чунки уларда сут безининг қаттиқлиги туфайли рентгенологик текшириш қийин (қўзатиқлардан 57% беморларда), (Демидов В.П. 2000).

Бу усул зарарсиз, қўп харажат талаб қилинмайдиган ва уни ўтказишга қаршилиқлар йўқлиги учун скрининг сифатида ҳам қўллаш мумкин.

Адабиётларда ёзилишича сут беи раки УТТ ёрдамида 65 – 92% ҳолларда топилиши мумкин. Сут беида хавфли усмага шубҳа қилинган ҳар бир ҳолда пункцион биопсияни қўллаш зарур, сўртма олиниб кейинчалик цитологик текширилади ёки сургичдан қикқан ажралма цитологик текширилади. Сут беи ракида цитологик текшириш усули 80-96% тўғри диагноз беради.

Комплекс диагностика – клиник, мамографик, цитологик, УТТ биргаликда қўлаш усули бўлиб- анча юқори фойиз тўғри ҳулоса беради. Барча босқичларда клиник текшириш 88% тўғри ҳулоса беради, рентгенологик 79%, цитологик 90%, комплекс 95% тўғри ҳулоса беради. Бу усуллар аниқ қилмаган ҳолларда усмадан биопсия олиш ёки экспрес – биопсия билан секторал резекция қилиш мумкин. Фақат морфологик текширишигина даво тактикасини аниқлаши мумкин.

Ракни эрта аниклаш. Уз – узини текшириш усули.

Сут беи ракини эрта аниклаш бу- радикал даволашда, касаллики натижасини, окибатини яхшилашда жуда мухим ахамиятга эга. Уз – узини текшириш сут беи усмаларида кушимча текшириш усулларида бири булиб хисобланади. Уз – узини текшириб туриш ойда бир марта хайз бошланганидан 6 – 12 кунлари утказилади. Хайз курмайдиган аёллар оининг маълум бир кунини белгилаб утказишлари керак. Уз – узини текшириш куришдан ва сут беи ва култик ости сохаларини пайпаслашдан иборат. Текшириш вертикал ва горизонтал холатда утказилади. Сургичга ҳам ахамият бериш керак: уни ичига тортилиши, шакли ва ранги узгарган ёки йуклигига, емирилиши бор йуклигига. Сут безининг терисига каралади: ранги узгарганлиги, шиш, тортилиш, емирилиш бор йуклигига ахамият берилади. Уз сут безларини текшириб туриш усулини хар бир аёл утказиб туриш шарт, бу сут беи ракини эрта аниклашга ва даво натижасини яхшилашга ёрдам беради.

Сут беи ракини аниклашда скрининг усули.

Скрининг – яширин кечувчи онкологик касалликларни топишда ҳамма соглом ахолини мунтазам текшириб туриш усули.

Тажрибалар курсатишича, умумий амалиёт врачлари томонидан оммавий прфилактик курикларни эффеки камлиги учун узини окламади. Шунинг учун сут беи ракини иккиламчи профилактикаси концепцияси, жумладан скрининг кенг таркалди. Куп давлатларда бу бир халкаро программа булиб, сут беи ракини олдини олиш праграммасига айланди.

Сут беи ракини даволаш принциплари

Хозирги вақтда сут беи ракини даволашнинг 6000 дан ортик турлари бор. Хамма даволаш усуллари махаллий регионар (операция, нуртерапияси) ва системали (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия) даволаш усулларига булинади.

Даво тактикаси бир канча факторларни хисобга олган холда индивидуал булиши керак. Даволаш радикал, паллиатив ва симптоматик булиши мумкин. Энг мухими беморга даво режасини ишлаб чикиш керак. Операциядан олдинга даврда, бемор операция олди давосини утказгандан сунг усмани сурилиш даражасини аниклаб сунгра операция хажмини белгилаш керак. Операция утказилганидан сунг, гистологик жавоб олингандан ва усма рецепторлари аниклангандан сунг операциядан кейинги даво режасини тузиш керак, бу эса химия, гормоно ва нур терапиясини уз ичига олади.

Радикал операциялар турлари.

Хирургик даволаш сут безини даволашда асосий уринни эгалайди. Сут бези ракида операциялар куйидаги турларга ажратилади:

1. Стандарт **радикал мастэктомия** (Halsted W.,1989; Meyer W.,1984) – сут безини катта ва кичик кукрак мушаклари, уларнинг фасциялари, умров ости, култик ости ва курак ости соха клетчаткалари, лимфа тугунлари билан бир блокда олиб ташлаш.
2. **Кенгайтирилган култик ости – туш радикал мастэктомия** (Margottimi M.A., Bucalossi P.,1949; Urban Z.,1951; Veroseni U.,1952; Холдин С.А., Димарский Л.Ю.,1975) – сут безини кукрак мушаклари, умров ости – култик ости ва курак ости клетчаткалари билан, ҳамда кукрак деворини бир кисми – парастернал лимфа тугунлари ва ички кукрак томирлари билан бирга бир блокда олиб ташлаш.
3. **Ута радикал кенгайтирилган матэктомия** (Wangensteen O.,1952) - нафакат парастернал каллекторларни, балки умров усти соха ва кукс оралиги олдинги кисми лимфа тугунларини олиб ташлаш.
4. **Модификацияланган радикал мастэктомия** Холстед усулидаги радикал мастэктомиядан катта кукрак мушагини саклаб қолиш билан фарк қилади (Patey D., Dyson W.,1965) мушаклар қолдирилганда матэктомия кам травматик ва кам қон йукотиш билан кечади, операциядан кейинги яра яхши битади. Мушакларни саклаб қолиш қуллар вазифасини саклаб яхши касметик натижага олиб келади.
5. **Мастэктомия култик ости лимфоденэктомияси билан** (Пирогов Н.И., Volkmann K.,1875; Winiwarter A.,1978) сут безини ва култик ости лимфа тугунларини пастки кисмини олиб ташлаш. Бу операцияни бажаришга курсатма бўлиб, рақнинг эрта босқичи (I – II^a), усманинг сут безининг ташқи квадрантида жойлашиши қари, қучсиз, оғир ҳамроҳ қасалликлари бор беморлага утказилади.
6. **Оддий мастэктомия (ампутация)** – сут безини катта кукрак мушаклари фасцияси билан бирга олиб ташлаш. Бу операцияни утказишга курсатма бўлиб, емирилган, қириган усма, беморни ёшининг қатталиги, оғир ҳамроҳ қасалликлари ҳисобланади.
7. **Радикал секторал резекция** – органни саклаб қолувчи операция бўлиб, унда сут безини сектори усма билан ва катта ва кичик кукрак мушаклари фасциясининг усмага тегиб турган кисми билан ҳамда умров ости, култик ости, курак ости соха клетчаткалари, лимфа тугунлари билан бирга бир блокда қесиб олиб ташланади. Бу операцияда усманинг маҳаллий қайталаниш ҳавфи қаланд, шунинг учун органи саклаб қолувчи операциялардан кейин беморларга сут безининг қолган қисмига нур терапияси утказилади.
8. **Секторал резекция** – сут бези секторини тагидаги фасциягача олиб ташлаш. Секторал резекция мустақил даво усули сифатида рақларда қуланилмайди. Уни қакат диагностик мақсадларда қуллайди. Даво

максадида секторал резекция жуда кам холларда бажарилади ва нур терапияси билан тулдирилади (масалан но инвазив Cancer in situ)

Нур терапия

Регионар метастазлари бор беморларга ягона даво усули сифатида операцияни куллаш усмани тез – тез кайталанишига, узок метастазларни пайдо булишига олиб келади. Оператив давони бевосита ва кейинги натижаларини яхшилаш максатида нур терапиясини куллаш фикри тугилди. Нур терапияси 1901йилдан бошлаб кулланилмокда лекин то хозирги вақтгача сут беги ракини даволашда унинг урни ва роли хакида бахслар кетаяпти. Нур терапиясини операциядан олдин ва операциядан кейинги даврларда куллаш мумкин. Операция олди нур терапиясини вазифасига киради: усмани хавфлилик даражасини анаплазияланган хужайралар девитализацияси хисобига анча камайтириш усма хужайралари радио сезувчанлигини активлаш; таркалиши мумкин булган сохаларидаги микродиссеменантлар ва микрометастазларни то бутунлай йукотишгача зарарлаш.

Бу вазифаларни амалга ошириш учун 40-45 Гр нур терапияси етарли (4-5 хафта давомида). Операция олди нур терапияси купинча катта фракцияларда утказилади – кунига 5 Гр сут безига иккита майдон буйлаб, хаммаси булиб 5 фракцияда – 25 Гр, бу биологик изоэффекивлигига караб 40 Грга тугри келади. Классик тартибда фракцияланганда кунига 2 Гр. Умров ости- култик ости сохаларига кунига 4Грдан битта майдонда, хаммаси булиб 6 фракция, бу эса 35 Гр классик тартибдаги фракция дозасига тугри келади. Бу усулдаги нур терапияси берилганда нур тугагандан 2-3 кунда оператив даво утказилади. умров усти ва парастернал сохалар классик тартиб асосида операциядан 10-14 кун кейин кунига хар сохага 2Гр жами 44Гр нур олади.

Ракнинг шишли – инфильтратив турида операциядан олдин сут безига ва регионар лимфа йулларига классик тартибда фракцияланган дозада нур терапияси берилади.

Химиотерапия

Сут беги раки юкори даражадаги лимфо – гематоген метастазлар хос булган усмалар каторига киради. Адьювант химиотерапияни куллаш сут безининг опербел раклари булган беморларда кайталаниш ва улим хавфини анча камайтиради. Химиотерапияни максати: беморларни тузатиб юбориш, умрини узайтириш, усма жараёнини боскичларини кичрайтириш, хаёт тарзини яхшилаш ва касаллик белгиларини назорат килиш, хирургик ва нур билан даволаш натижаларини яхшилаш, хатарли операциялардан бош тортиш, операцияни хажмини камайтириш. Хар бир химиопрепарат факат шундай хужайраларга таъсир киладики, улар хужайра маълум бир даврининг аник бир фазасида топилади. Шунинг учун монокимиотерапия полиохимиотерапияга караганда кам эффекивдир. Сут беги ракида операцияга кушимча эффекив препаратларга циклофосфан, тиофосфамид, фторурацил, метатрексат, адриомецин (доксорубомицин) каби препаратлар

киради. Адъювант химиотерапия сифатида энг куп таркалган схема ЦМФ схемасидир. Сут беги ракида энг куп кулланиладиган химиотерапия схемаларига (Переводчикова Н.И., 2000):

1 CMF

- циклофосфан 100мг / м² м/о кунига 1-14 кунлар;
 - метатрексат 40мг/ м² в/и 1чи ва 8 чи кунлар;
 - 5-фторурацил 600мг/ м² в/и 1чи ва 8 чи кунлар;
- курсни кайталаниши хар турт хафтада.

1. CAF:

- циклофосфан 100мг / м² м/о кунига 1-14 кунлар;
 - адреномицин 30мг/ м² в/и 1чи ва 8 чи кунлар;
 - 5-фторурацил 500мг/ м² в/и 1чи ва 8 чи кунлар;
- курсни кайталаниши хар турт хафтада.

Сут беги ракининг даволашда ноадъювант химиотерапия усули усмани боскичи кичрайтиришда ва сут беги ракини хирургик даволаш натижасини яхшилашда кулланилади.

Гормонотерапия

Гормонотерапиянинг асосий максади беморларда эстероген гормонининг ишлаб чикарилишини тухтатиш ёки микдорини камайитиришдир. Бундай даволаш хайз курадиган ёки хайз тухтаганига 5 йил булмаган беморларда усмада эстероген ва прогестирон рецепторлари булганда овариэктомия килиниб кейин хар куни 20мг томоксифен (антиэстероген препарат) ва преднизалон (кортикостероид) 10мг бериш билан 1йил давомида утказилади. хайз тухтаганига 5 йилдан куп вакт утган булса, овариоэктомия килинмайди ва 1 йил томоксифен берилади. Агар 1-2 ой ичида усма регрессия бермаса кушимча химиотерапия кулланилади.

Иммуноотерапия

Иммуноотерапия учун курсатма- бу усма борлиги туфайли ва химио нур ва хирургик даводан кейинги иммунодепрессив холат туфайли организм реактивлигини бузилиши булиб хисобланади. Даво бошлангунча ёки даво вактида иммунологик статусни аниклаш керак, яъни хужайра ва гуморал иммунитет курсаткичларини. Переводчиков (2000) маълумотлари буйича иммуномодуляторларга киради: стокинлар (интерлейкин, интерферон); моноклонал антители, антиангиогенез таъсирлар.

Комбинирли ва комплекс давога курсатма

Сут беги усмаларини хилма-хилиги, окибати, юкори даражали метастазларининг булиши комплекс даво учун асос булади, унда хирургик даво, нур терапияси, гормонотерапия ва химиотерапия билан тулдирилади

Сут беи ракининг эрта боскичларида хирургик даво нур терапияси билан тулдирилади.

Окибати салбий булган холларда даво химиотерапия билан тулдирилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 516с.
2. Вajенин 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., 2011.
9. Маммология
- 10.ИНТЕРНЕТ – САЙТЫ:

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

www.esmo.org

www.medline.ru

www.medlinx.ru

www.oncoweb.ru

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

мундарижа

мавзунинг долзарблиги.....	3
максад ва вазифалари.....	3
амалий машгулотга тайёрланиш учун саволлар.....	4
мавзуни тулалигича изохлаш	6
сут бе­зи ракига хавф соладиган омиллар таснифи.....	7
мастопатиялар.....	8
сут бе­зи ракининг профилактикаси.....	11
сут бе­зи ракининг патолого-анатомик характеристикаси.....	11
таркалиш йуллари	13
боскичларга бу­лиш.....	14
TNM системаси буйича хал­ка­ро тас­ниф.....	15
Сут бе­зи ракининг клиникаси.....	18
Сут бе­зи ракининг махсус турлари.....	19
Киёсий та­ш­хис.....	22
Бе­морларни текшириш.....	22
Махсус текшириш усуллари	23
Ради­кал опе­ра­ция турлари.....	24
Нур те­ра­пия.....	25
Химиоте­ра­пия.....	26
Гормоно­те­ра­пия.....	27
Иммуно­те­ра­пия.....	27
Уз-уз­и­ни текшириш учун са­во­ллар.....	28
Мавзу буйича ва­зият­ли маса­ла­лар.....	28
Мавзу буйича те­ст са­во­л­ла­ри.....	29
Та­в­сия этилган ада­биёт­лар.....	31
Мун­да­ри­жа.....	32