

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИНГ ИЛК
БЕЛГИЛАРИ ВА ОНКОЛОГИК
БЕМОРЛАРНИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ
ХИЗМАТГА КЕЧ МУРОЖААТ ҚИЛИШ
САБАБЛАРИ**

**ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ
5-6 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА**

БУХОРО-2008

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

**ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИНГ ИЛҚ БЕЛГИЛАРИ ВА
ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ
ХИЗМАТГА КЕЧ МУРОЖААТ ҚИЛИШ САБАБЛАРИ**

Тиббиёт институти даволаш ва тиббий педагогика факультети
V-VI курс талабалари учун услубий қўлланма

БУХОРО – 2008 йил

Ушбу услубий қўлланма тиббиёт институти даволаш ва тиббий педагогика факультети V-VI курс талабалари учун мулжалланган.

Муаллифлар: Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти онкология ва рентген-радиология кафедраси мудири т.ф.н., доцент Х.Н Абдуллаев

Ассистент Ф.С. Салихов

Такризчилар:

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти онкология кафедраси мудири, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги бош онкологи т.ф.д., профессор М.А. Гафур-Ахунов.

Бухоро Давлат тиббиёт институти умумий жаррохлик кафедраси мудири, т.ф.д., профессор Б.Р. Бобожонов

Бухоро Давлат тиббиёт институти умумий амалиёт врачлари тайёрлаш кафедраси мудири т.ф.д., профессор Н.Д. Шарипова

Бухоро Давлат тиббиёт институти VI-VII курс хирургия кафедраси мудири, т.ф.д. Ш.Т. Уроков

СУЗ БОШИ

Мухтарам Президентимиз кадрлар тайёрлашни мамлакатимиз ривожланишининг устивор йуналишлари қаторига киритиб, унинг муваффақиятли амалга ошириш, ҳаётга тадбик қилиш йулларини ҳам курсатиб берди. Барчага маълум «Кадрлар тайёрлаш миллий дастури» ва «Таълим тугрисидаги қонун»ларнинг қабул қилиниши бунинг ёрқин далилидир. Ушбу дастур юқори самарадорлик билан

амалга оширилиб, ҳозир иккинчи боскич-сифат боскичини уз ичига олади. Ушбу дастур онкологик касалликларни ўз вақтида самарали даволаш касалликни ўз вақтида тўғри аниқлашига боғлиқ. Хавфли ўсмаларни даволаш самарадорлигини баҳолаш мезони (критерийси) умумқабул қилинган беш йил яшаш кўрсаткичи, яъни даволангандан сўнг 5 ёки ундан ортиқ йил яшаган беморлар сони билан ўлчанади. Ўсма қанчалик эрта аниқланса, бу кўрсаткич шунга юқори бўлади.

Умумий даволаш муассасаларига умумий амалиёт врачлари рақ олди ва рақ касаллигининг илк давридаги белгиларини сабабли кўпгина беморлар касалликнинг асосий белгилари намоён бўлганида, яъни касалликнинг III-IV босқичларида шифокорга мурожаат этадилар. Бу пайтда радикал даволаш имкониятлари жуда кам бўлиб қолади. Назарий ва амалий онкологиянинг бош вазифаси талабаларнинг ва умумий амалиёт врачларининг хавфли ўсмаларини яширин белгисиз даврида, ёки хавфли ўсмаларнинг илк даврида учрайдиган белгиларни билишлари яъни беморнинг ўзи ўсма борлигини билмайдиган вақтда аниқлаш усуллари ишлаб чиқишдир. Ушбу услубий кулланма биринчи навбатда талабалар томонидан фаол равишда онкологик билимларини излашга жалб қилиш, клиник мушоҳодабларни ургатиш замон талабларига мос ҳолда малакаларини оширишни тақазо қилади. Пировардида ҳар томонлама етук, маънавий юксак, чуқур билимларни эгаллаган, бошқа мамлакатлар мутахассислари билан бемалол рақобатлаша оладиган кадрлар тайёрлаш имкониятини беради. Уқув жараёнидаги асосий омил - бу талабаларнинг амалий куникмаларини янада чуқурлаштириш, врачлик фаолияти билан боғлиқ барча фаолиятлар, табиий ҳар қуни бажариладиган одатдаги ҳол бўлишига эришишдир.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Наш уважаемый президент И.А. Каримов в числе приоритетных направлений развития нашей страны определения пути подготовки и внедрения в жизнь кадров. Этому свидетельствуют принятое «Закон об образовании» (1997) и «Национальная программа по подготовке кадров» (1997). Эта программа выполненная на высоком уровне, сейчас осуществляется 2 этапа-этапа качества обучения.

Эффективность лечения онкологических заболеваний в соответствии с программы от своевременной диагностики заболеваний. Критерий (оценка) эффективности лечения злокачественных опухолей определяется общепринятым показателем продолжительности жизни 5 лет, то есть определяется количеством больных, проживших. После лечение 5 лет и более лет. Чем раньше определяется диагностируется опухоль, тем выше этап показатель.

В общелечебных в медицинский учреждениях врачей общей практике не определяется ранние признаки рана и раневых заболеваний, и т.к. Большинство больных обращается к врачам при наличии основных признаков, т.е. когда больной находится на 3-4 стадий заболевания. В этот период остаётся очень мало возможностей для радикального лечения. Главной задачей теоретической и практической онкологии является подготовка студентов и практических врачей выработана методов выявления опухолей в период ранней скрытой стадией определение признаков злокачественных опухолей, встречающиеся в ранним периоде.

Это методическое пособие призвано в первую очередь приобщить студентов к активному изучению знаний по онкологии, направлять изучение клинических наблюдений, повышать эту квалификацию в соответствии с требованием временной. Предоставляет приоритетную (первоочередную) возможность подготовке передовых высококультурных, нравственных обладающих глубокими знаниями способных конкурировать со специалистами других стран. Основным источник учебного процесса – это углубление практических навыков студентов, превращение врачебную деятельность в ежедневного потребность.

PREFACE

Our dear President I.A.Karimov, in a number directions of developing our Republic, indicates way of preparing and using specialists. The “Law of education” (1997) and “National programmed in preparing specialists” (1997) can show it. This

programmer was made in high degree, and now is holding the degree of quality education.

Effective treating of oncology's disease in according with programmer about in time diagnosing of disease. Effective treating of this disease indicates with quality of patients and with contentious of their life. 5 years or more. If we diagnose and indicate it in time the degree of illustrating will be more higher. More patients come to doctors in the third or fourth degrees of disease. At this period we have a little changes to have a good treating. The main aim of teoric and practice oncology's is to indicate this disease in beginning digress.

This methodic book is design, at first, for active studying of oncology's know ledges by students. It can help to prepare high educated specialists who can work as other countries specialists.

The main rule of studying process is to made from doctors activity their daily wants.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ХИЗМАТГА КЕЧ МУРОЖААТ ҚИЛИШЛАРИНИНГ САБАБЛАРИ ВА ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИНГ ИЛК БЕЛГИЛАРИ

ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИ АНИҚЛАШНИНГ УМУМИЙ ҚОИДАЛАРИ

Касалликни ўз вақтида самарали даволаш тиббиётнинг муҳим вазифаларидан биридир. Бу онкологияда ҳам муҳим аҳамиятга эга, чунки

хавфли ўсмаларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида тўғри аниқлашга боғлиқ. Хавфли ўсмаларни даволаш самарадорлигини баҳолаш мезони (критерийси) умумқабул қилинган беш йил яшаш кўрсаткичи, яъни даволангандан сўнг 5 ёки ундан ортиқ йил яшаган беморлар сони билан ўлчанади. Ўсма қанчалик эрта аниқланса, бу кўрсаткич шунга юқори бўлади.

Афсуски, онколог-шифокорлар раkning I босқичидаги беморлар билан кам иш олиб борадилар. Чунки кўпгина беморлар касалликнинг асосий белгилари намоён бўлганида, яъни касалликнинг III-IV босқичларида шифокорга мурожаат этадилар. Бу пайтда радикал даволаш имкониятлари жуда кам бўлиб қолади. Бундан шундай хулоса чиқадики, назарий ва амалий онкологиянинг бош вазифаси хавфли ўсмани яширин белгисиз даврида, ёки хавфли ўсмаларнинг илк даврида учрайдиган белгиларни билишлари яъни беморнинг ўзи ўсма борлигини билмайдиган вақтда аниқлаш усуллари ишлаб чиқишдир.

Дунёдаги кўпгина мамлакатларда онкологик касалликларни ўз вақтида аниқлашнинг қонқарсиз ҳолати қайд этилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра (1984), биринчи бор аниқланган онкологик беморлар ичида атиги 1/3 қисми радикал даволанишга мойилдир, қолганлари норадикал терапия қабул қиладилар (асосан, симптоматик), бу ўсма тарқалиб кетганда қўлланилади. Хавфли ўсмалар ўз вақтида аниқланмаганлигининг асосий сабаблари қуйидагилар ҳисобланади:

1. Ўсманинг ички аъзоларда белгисиз III-IV босқичларга ўсиши.
2. Поликлиника ва умумий даволаш касалхонасидаги шифокорларнинг саратоннинг эрта аломатларини яхши билмасликлари.
3. Клиник белгилари аниқ бўлган беморларнинг тўлиқ текширилмаганлиги.
4. Беморларнинг керакли текширувдан бош тортиши (ректоромоноскопия, ирригоскопия, бронхоскопия, гастроскопия, биопсия ва ҳоказо).

ТЕРИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

ТЕРИ САРАТОНИ

Статистик маълумотлар. Саратон терининг энг кўп тарқалган хавфли ўсмаларидан бири ҳисобланади. Юқори даражада касалланиш (ҳар 100000 аҳолига 40 тадан кўпроқ) Австралия, Бразилия, Аргентина, АҚШ, Канадада кузатилади. Шимолий Европа мамлакатларида саратон касаллиги энг кам учрайди.

Россия Федерациясида 2002 йилда эркаklar орасида тери саратон касаллиги умумий онкологик касалланиш орасида 3 уринни эгаллайди, упка ва ошказон саратон касаллигидан сунг. Ўзбекистонда тери саратони кўрсаткичи йилдан-йилга кучаймоқда: 1998 йилда-5,2%га тенг. Меъда, қизилўнгач ва сут безининг хавфли ўсмаларидан кейинги (1998 йил маълумотиға кўра) ўрнини эгаллайди. Эркаklar аёлларға нисбатан 2 баробар кўп касалланадилар. Касалланиш ёшға боғлиқ ҳолда ўсиб боради. Энг кўп тери саратони 70 ёшдан ошганларда учрайди. Бу касалликдан ўлиш кўрсаткичи 0,5 га тенг (ҳар 100 минг аҳоли ҳисобига). Республиканинг айрим минтақаларида тери саратонининг тарқалиши ҳар хил.

Ўзбекистон тери саратонининг тарқалиши.
(ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1998	Минтақа	1998
Тошкент шаҳри	12,4	Самарқанд вилояти	3,6
Андижон вилояти	5,3	Сурхандарё вилояти	5,5
Бухоро вилояти	5,5	Сирдарё вилояти	2,6
Жиззах вилояти	2,7	Тошкент вилояти	7,1
Қашқадарё вилояти	4,2	Фарғона вилояти	5,2
Навоий вилояти	7,5	Хоразм вилояти	2,1
Наманган вилояти	3,5	Қорақалпоғистон республикаси	1,8
Ўзбекистон бўйича 1998 йилда-5,2% га тенг			

Бу маълумотларға кўра, ҳаммадан кўп тери саратони Тошкент шаҳрида, Навоий ва Тошкент вилоятларида, энг кам Қорақалпоғистон республикасида ва Хоразм вилоятида учрайди.

Касалликнинг сабаблари. Асосан 3 хил: физикавий, кимёвий омиллар ва вируслардир. Физикавий ультрабинафша нурлари тери саратонининг етакчи сабабчисидир. Ионловчи радиация, альфа ва бетта заррачалари, гамма ва рентген нурлари рентген-радиология ва бошқа нурлар билан боғлиқ бўлган касб эгаларида тери саратони пайдо бўлишиға сабабчи бўлади.

Ўсма пайдо бўлишиға узок давом этадиган термик таъсир ҳам сабабчи бўлади. Бунга Ҳиндистонда учрайдиган тери саратони-“канкри”, Ўзбекистонда танчадан куйиш жойидаги чандикда ҳосил бўлган хавфли ўсма мисол бўла олади. Кимёвий омилларға тери саратонига сабаб бўладиган касбий омиллар: маргимуш, қатрон, қорамой, қора мойли бўёқлар, нефт, кўмир, ёғловчи моддалар ва қорақуялар киради. Иш вақтида шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайдиган бундай касбдаги кишиларда хавфли ўсма пайдо бўлиши мумкин.

Вируслар натижасида келиб чиққан ўсмалар ҳали яхши ўрганилмаган.

Ўсма олди касалликлари. Ўсма олди касалликлари 2 хил бўлади: биринчиси облигат касалликлар: Пигментли ксеродерма, Койра

эритроплакияси ва Боуэн касаллиги киради. Терининг облигат саратон олди касалликлари нисбатан кам учрайди, секин ривожланади, бироқ саратонга айланади. Иккинчиси факультатив саратон касалликлари: сурункали дерматитлар, узоқ битмайдиган жароҳат ва яралар, чандиқлар, сурункали дистрофик ва яллиғланиш жараёнлари. Бу гуруҳдан энг хавфлилари қарилар кератози, тери шох пардаси касалликлари ва кератоакантома ҳисобланиб, улар 10-15% ҳолларда саратонга айланади.

Патоморфологик тузилиши. Тери саратони экзофит ва эндофит усиши билан ажралиб туради. Экзофит усмалар тери устида тугун ёки қарам қурилишида усади. Эндофит усма юзадан чуқурга таркалиб, ичкари туқималарга кириб боради ва ярага айланади. Тери саратонининг асосий гистологик турлари: ясси ёки базал хужайралардан иборат. Улар узларининг биологик хусусиятлари билан бир-биридан фарк қилади.

Базал хужайрали саратон (базалиома) купинча енгил кечади: секин усади ва амалда метастазлар бермайди. Лекин улардан баъзилари секин усиб, оғрик бермасдан терини емиради ва маҳаллий муҳим аъзолар ва қон томирларга таркалади. Тери саратони 80% ҳолда базал хужайрали бўлади. Улар кичкина интенсив бўяладиган, қуп сонли митозлари билан бўлган, қурилишдан базал қават хужайраларига ухшаш ва нозик, буралган тасмалар қурилишида бўлади.

Тери саратони 20% ҳолда **ясси хужайрадан** иборат бўлади. Усма атипик хужайралардан тузилган бўлиб, улар худди тиканга ухшайди. Усма хужайралари эпидермисни, шу билан бирга дермани ҳам инфильтратлайди. Улар учун саратон “марваридлари” нинг ҳосил бўлиши ҳос бўлиб, шохсимон моддалар усма уясининг уртасига тупланади. Ясси хужайрали тери саратони купинча терининг саратон олди касалликларидан кейин пайдо бўлади. Усма одатда якка бўлиб, тананинг исталган жойида учраши мумкин. Базалиомалардан тез инфильтратив усиши ва метастазлар бериши билан фарк қилади. Асосан лимфоген метастазлар беради. Қон томирлар орқали метастазлари жуда кам учраб, асосан суяк ва упка зарарланади.

Тери саратонининг таснифи: Ҳозирги кунда деярли ҳамма клиникаларида саратоннинг усиш ва ривожланиш босқичлари 2 усул билан ифода қилинади: халқаро TNM системаси ва босқичлари.

Тери саратонининг TNM таснифи.

Tis - инвазиясиз (in situ) саратон;

To - бирламчи усма аниқланмайди;

T1 - усма 2 см ёки энг катта улчами ундан кичикроқ, деярли юзаки ёки экзофит қурилишда;

T2 - усма 2 см дан катта, бироқ 5 см дан кичик, улчамига қарамасдан дермани инфильтрациялайди;

T3 - усма энг катта улчамда - 5 см дан каттароқ ёки улчамига қарамасдан дермани чуқур инфильтрациялайди;

- T4 - усма бошка тузилмаларга ҳам утади (тогай, мускул, суяк);
- N0 - регионар лимфа тугунчаларида зарарланиш белгилари йук;
- N1- кузгаладиган лимфа тугунларида метастазлар бор;
- N2- карама-карши томондаги кузгаладиган лимфа тугунларида ёки хар икки томонда метастазлар бор;
- M0 - узоклашган метастазлар аникланмайди;
- M1 - узоклашган метастазлар бор (карама-карши томондаги лимфа тугунлари ҳам хисобга олинади).

Тери саратонининг боскичлари.

- I боскич: усма ёки яранинг диаметри 2 см дан кам, эпидермис ва дермага таркалган, тери билан бемалол кузгалади, метастазлари йук.
- II боскич: усма ёки яранинг диаметри 2 см дан ошган, тери кавати бутунлай шикастланган, лекин остки тукималар зарарланмаган якин лимфа тугунларида битта кузгаладиган метастаз булиши мумкин.
- III-а боскич: усма ёки яранинг диаметри 5 см дан ошган, тери кавати ва тери ости тукималари шикастланган, аммо суяк ва тогай зарарланмаган, метастазлар борлиги аник эмас.
- III-б боскич: худди юкоридаги каби, аммо купгина кузгаладиган метастазлар ёки битта кам кузгаладиган метастаз бор.
- IV-а боскич: усма ёки яра жуда катталашган, тери ва тери ости юмшок тукималари, суяк ва тогайлар шикастланган.
- IV-б боскич: усма ёки яра унча катта булмасада кузгалмайдиган ёки узоклашган метастазлар мавжуд.

Клиник манзараси. Тери саратони кўпинча терининг очик жойларида, 70% дан кўпроқ ҳолда эса юз терисида пайдо бўлади. Саратоннинг юз терисида энг кўп пайдо бўладиган жойлари бу пешона, бурун, кўз бурчаклари, чакка ва кулоқ супрасидир. Тана, қўл ёки оёқ терисида 5-10% ҳолда учрайди.

Тери саратони гугурт чўпи бошидек оғримайдиган тугунча пайдо бўлиши билан бошланади. Тугунча тери юзасидан озгина кўтарилган, сариқроқ ёки хира оқ рангда ва ўртача консистенцияли бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма ўлчамлари катталашиб боради, юзаси текис ёки ғадир-будир бўлиб, четлари нотекис болишсимон бўлади. Кейинроқ марказида ботиқлик пайдо бўлиб, у

тангачадек пўст билан қопланади. Пўст олиб ташланса, қон томчиси пайдо бўлади.

Тери саратонининг ташхиси сўраш ва пальпация қилиш асосида қўйилади. Лекин у цитологик ёки гистологик текширишлар йули билан албатта тасдиқланиши керак.

Сўраш. Беморлар сабабсиз терисида пайдо бўлган бир неча ойдан бери тузилмайдиган, оғримайдиган тугунча ёки яра борлигидан шикоят қиладилар. Улар консерватив даволанишлар натижасиз эканлигини, ўсма ёки яра секин-аста катталашиб кетаётганлигини айтадилар.

Объектив текширишлар. Тери саратонининг кўпроқ учрайдиган яра шаклининг ташқи кўриниши ўзига хос хусусиятга эга: ўртаси чуқур, чети болишсимон, пўст билан қопланган, оғримайди. Тери саратонида метастазларни аниқлаш учун регионар лимфа тугунларчалар пайпастланади. Метастазлар билан зарарланган лимфа тугунчалари катталашмаган, тигиз консистенцияли, қимирлайди, оғриқсиз бўлади. Тери саратонини ўзига ўхшаш хасталиклар (тери сили, захм, замбуруғ касалликлари, хавфсиз ўсмалар)дан фарқлаш керак. Бунинг учун тегишли текширувлар ўтказилади. Аммо яқунловчи ташхис цитологик ёки гистологик текширувдан кейин қўйилади.

Даволаш. Тери саратони бор беморларни даволаш нур терапия, жаррохлик усули, музлатиш, лазер нури ва кимёвий препаратлар кулланилади. Даволаш усулини танлаш усманинг жойлашиши, усиш шакли, боскичи, усманинг гистологик тузилиши, шунингдек атрофдаги терининг ҳолатига боғлиқ. Усма бошда, айникса, юзда жойлашган бўлса, даволашдан кейинги косметик томонларни ҳам ҳисобга олиш зарур, лекин булар радикал даволашга бўлган талабни пасайтирмаслиги керак. Усманинг I-II боскичларида асосан киска фокусли рентгентерапия ишлатилади. Хар куни 3-5 гр, жами 60-70 гр. Бундан ташқари, усманинг шу боскичида лазер нури билан куйдириш ёки суюк азот билан музлатиш усуллари куллаш ҳам мумкин. Усманинг III боскичида комбинациялашган даволаш усули кулланилади: дастлаб телегамматерапия тайинланади, 30-40 гр нур дозаси берилади, кейин усма жаррохлик йули билан олиб ташланади. Усманинг IV боскичида тана ва кул-оёқларда жойлашган усмага ҳам жаррохлик йули билан даво қилинади. Агар усма кул ёки оёқ суяклари, қон томир, нерв боғламларига ушиб кирган бўлса, ампутация қилинади.

Криотерапия (яъни музлатиш) билан даволаш усули сунгги йилларда кенг тарқалган. Музлатиш суюк азот (-196 С) билан 3-5 минут давомида, купинча

контакт йули билан амалга оширилади. Бу усул айникса, усма коваклари, кулок супраси ва бурун канотларида жойлашганда жуда кул келади. Музлатиш туфайли некрозга учраган тукималарда усма емирилади, кейинчалик унча купол булмаган чандик хосил килиб битади.

Лазер нури билан даволаш ҳам самарали усул хисобланади. Тери саратонида импульсив углекислотали лазерлар кулланилади. Усмани некрозлантириш учун бир сеанс етарли, кейинчалик некрозга учраган жойда атрофдаги теридан кам фарк киладиган нозик чандик хосил булади. Касаллик кайталанганда даволаш жаррохлик йули билан амалга оширилади. Баъзан нур терапияси билан комбинация ҳам килинади. Лимфа тугунчаларида метастазлар булса, жаррохлик усули кулланилади. Метастазларнинг жойлашишига караб регионар метастазлар берадиган сохаларда операция килинади (буйин клетчаткасини олиб ташлаш, Дюкен операцияси, култик ости лимфааденэктомияси).

Тери саратонини даволаш купинча яхши натижа беради. Касалликнинг I-II боскичида даво олган беморларни 90-100%, III боскичда даво олган беморларнинг 40-50%, IV боскичдагиларнинг атиги 25-30%и 5 ва ундан куп йил яшайди.

Касалликнинг олдини олиш. Тери саратонининг олдини олиш чоралари куйидагилар хисобланади:

- 1) Юз ва буйин терисини интенсив ва узок давом этадиган куёш нуридан саклаш, айникса терисининг ранги окиш ва куёшда кораймайдиган кекса ёшдаги кишилар;
- 2) Теридаги узок битмайдиган кератоз, яра ва бошка саратон олди касалликларини вактида даволатиш;
- 3) Таркибида канцероген модда булган ёглайдиган материал ва моддалар билан ишлаганда шахсий гигиена коидаларига катъий амал килиш.

ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ (МЕЛАНОБЛАСТОМА)

Статистик маълумотлар: меланома жуда хавфли, терининг пигмент хосил қиладиган хужайраларидан (меланоцитлардан) ўсиб чиққан бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига 1-2 та тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич 0,6 терининг хавфли ўсмалари орасида 10% ни ташкил қилади, кўпроқ 35-50 ёшдаги эркакларда кузатилади.

Меланома касаллигига олиб келадиган сабаблар. Касаллик асосан туғма ёки туғилгандан кейин пайдо бўлган қорамтир ёки қора холдан ўсиб чиқади. Тажриба шуни кўрсатадики, холни ўзича йўқ қилиш ҳаракатлари йод,

одеколон, кислота, иситиш ва куйдириш жуда хавфли ҳисобланади. Холларнинг жуда тури кўп. Қуйида холларнинг бир неча турларини ифодалаймиз:

1. **Чегарадаги невус:** Базал қаватда жойлашади. Ясси тугун шаклида, куруқ, юзаси силлиқ, ялтироқ, ранги оч жигаррангдан то қорагача. Атрофи текис, аниқ размерлари 0,2-0,4 см.
2. **Мураккаб невус:** Терида ва эпидермисда жойлашади.
3. **Интродермал невус:** Невусларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, тери қаватида жойлашади. Тегилганда ёки инфекция таъсирида яллиғланиш реакцияси бўлиши мумкин.
4. **Кўк (голубой) невус:** Интродермал ҳисобланиб, тери сатҳига ўсган бўлади. Қаттиқ консистенцияли, юзаси силлиқ, кўк-хаворанг рангда бўлади. Чегараси аниқ. Катталиги 0,5-2,0 см, сочсиз. Кўпинча юз, оёқ-қўл терисида учрайди.
5. **Ҳужайрали кўк (клеточный голубой) невус:** Биологик актив бўлиб, оддий кўк невусдан меланоцитларнинг пролиферацияси билан ажралиб туради.
6. **Гигант пигментли невус:** Бу невус ясси копиляр юзали бўлиб, терининг катта ҳажмини эгаллаши мумкин. Кўпинча жигарранг, кулранг ёки қора рангда бўлиши мумкин.
7. **Диспластик невуслар:** Бу турдаги невусларга дермал ва аралаш невуслар киради. Размерлари 0,5 см дан катта бўлади, терининг турли сохаларида жойлашади. Юзаси ва чегаралари нотекис бўлади.
8. **Сочли невус:** Бу невуслар одатда туғма бўлиб, тана терисининг турли сохаларида жойлашади ва юзасида соч борлиги билан ажралиб туради.
9. **Пигментлик ксеродерма:** XERO- грекча сўздан олинган бўлиб, “куруқ” маънони билдиради. Кам учрайдиган тури бўлиб ҳисобланади. Ота-онасидан ўтиши мумкин.
10. **Меланотик доғлар (сепкиллар-веснушки):** Бу касалликни адабиётда Дюбрел меланози дейилади. Кўпинча юз, кўкрак, бармоқлар терисида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватда учрайди. Бу доғларнинг катталиги 2-6 см булади. Чегараси аниқ, юзаси нотекис, рангининг интенсивлиги турлича. Кулрангдан, кукимтир ва қора ранггача буялган булади. Тери эластиклиги пасайган.

Унг елка териси меланомаси. Гистологик маълумотлар: эпителиоид хужайрали варианты, Кларк буйича III даражаси. Куз билан курганда пигментли доғнинг рангининг узгариши (богланган депигментация феномени), морфология нуктаи назардан усманинг қисман спонтан регрессиясини курсатади.

Чап лунж терисининг меланомаси. Куз билан курганда ясси пигментли дог нотекис кирралари ва рангининг интенсивлигини бир хил булмаганлиги куринади.

Тугма, мураккаб папиляр невусдан пайдо булган корин олд девори терисининг меланомаси.

Юкорида курсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда куриниши.

Тугма, мураккаб, папиляр невусдан пайдо булган тана терисининг меланомаси.

Юкорида курсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда куриниши.

Чап юз териси меланомасининг тери ости сателлитлари куриниши

Юкорида курсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда куриниши.

Тананинг орка кисми терисининг меланомаси. Ясси пигментли доглар, турлича интенсивликдаги ранглар ва нотекис кирраларининг куриниши.

Юкорида курсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда куриниши.

Унг чекка териси юзаки таркалаётган меланомаси. Гистологик маълумотлар: Эпителиоид хужайрали варианты. Кларк буйича

инвазиянинг III даражаси. Пигмент доғларининг турлича рангланиши, чегараларнинг нотекислиги, юзасининг мугузланиши, вертикал усишнинг бошланиши

Чап сон терисининг нодуляр меланомаси. Гистологик маълумотлар: Кларк буйича инвазиянинг V даражаси. Усма атрофларида сателитларнинг қуриниши.

Чап сон терисининг нодуляр меланомаси. Гистологик маълумотлар: аралаш хужайрали варианты, инвазиянинг Кларк буйича V даражаси.

Корин олд девори терисининг нодуляр яраланган қонаётган меланомаси.

Юқорида қурсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда қуриниши.

Тугма пигментли невосдан пайдо бўлган тана орқа қисми терисининг меланомаси. Доғнинг нотекис (“боғланган депигментация” ҳолати) чегараларининг нотекис қуриниши, тугуннинг тери юзасига экзофит усиши

Юқорида қурсатилган бемор усмасининг катталаштирилган шаклда қуриниши.

ПИГМЕНТЛИ НЕВОСЛАР АКТИВЛАШУВИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Умумий амалиёт шифокорининг асосий вазифаси усма олди касалликларининг ва усма касаллигининг илк даврида аниқлаш бўлганлиги сабабли пигментли невосларнинг активлашуви жараёнида юз берадиган белгиларни билишлари катта аҳамиятга эга. Қуйида шу белгилар санаб чиқилади:

1. Невусларнинг тез усиши (йиллар давомида узгармай турган невуслар).
2. Невусларнинг каттиклашуви, чегараларнинг нотекислиги.
3. Огрик пайдо булиши, кичишиш, куйишиш хисси.
4. Рангининг узгариши (рангсизланиши).
5. Невус атрофида яллигланиш хошияси пайдо булиши.
6. Невус устидаги сочларнинг тушиши.
7. Невусларнинг конаши, папилломатоз усимталарнинг пайдо булиши.

Юкорида санаб утилган белгиларнинг кайси бири пайдо булишидан катъий назар, умумий амалиёт шифокорларини бефарк колдирмаслиги ва зудлик билан ихтисослашган онкологик даволаш муассасаларига текшириш ва даволаш учун юборишлари лозим.

ХАВФЛИ ГУРУХЛАРГА (ТЕРИ МИЕЛАНОМАСИ ПАЙДО БУЛИШИДА) КУЙИДАГИЛАР КИРАДИ:

1. Уз иши юзаси буйича ультрабинафша нурлар таъсирида буладиган кишилар.
2. Уз иш фаолияти буйича турли химиявий канцероген моддалар, ионли радиация ва электромагнит нурланиш таъсирида буладиган кишилар.
3. Тана терисининг пигментацияси бузилган кишилар.
4. Кариндошлари меналома билан огриган кишилар.
5. Узок муддатда гормонал препаратлар кабул килган кишилар.
6. Терисида Дюбрелия меланози булган кишилар.
7. Доимий пигментли невуси механик жарохатланадиган кишилар.
8. Терисида диспластик невуси бор кишилар ва уларнинг кариндошлари.
9. Терисида 1,5 см ва ундан катта кора ёки жигарранг невуси булган кишилар.
10. Терисида хар хил катталиктаги 50 ва ундан ортик невуси булган кишилар.
11. Хомила ёки лактация давридаги аёллар.

Беморларнинг тери саратон касаллиги ва меланома касаллиги билан огриган беморларнинг врачларга (тиббий ходимларига) кеч мурожаат килишларининг асосий сабаблари:

1. Бу касалликнинг тугун ёки яра шаклида огриксиз бошланиши.
2. Усманинг секин-аста ривожланиши.

3. Беморларнинг узлари хар хил дори-дармонлар, малхамлар билан даволанишлари.
4. Бу касалликнинг кеч метастаз берганлиги.
5. Ахоли орасида тиббий маданиятнинг етарлича булмаслиги.
6. Тиббиётдан хабардор булмаган кишиларнинг нотугри маслахат бериши.
7. Усма касаллиги тугрисида ахолида тугри тушунча булмаслиги ва шу сабабли ахоли орасида куркишнинг булиши.
8. Умумий даволаш муассасалари ходимлари томонидан профилактик курикларнинг утказилмаслиги.

СУТ БЕЗИ САРАТОН КАСАЛЛИГИ

Статистик маълумотлар. Сут беzi саратони аёлларда энг куп учрайдиган хавфли усмадир. Дунёда бир текисда таркалмаган: касалликнинг энг юкори интенсив курсаткичи (хар 100000 аёл хисобига) Англия, Дания, АКШ ва Болтикбуйи мамлакатларида 30-40%, энг кам курсаткичи Япония, Мексика ва Марказий Осиёда 2-10% ни ташкил килади. 2530 ёшгача булган аёлларда камдан-кам учрайди, аммо ёши бундан ошганларда касаллик сони купайиб, 50-60 ёшда у уз «чукисига» етади. Касалланиш хамма икисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга усиб бормокда. Узбекистонда сунгги йилларда сут беzi саратонининг сони аста-секин усиб аёлларнинг хавфли усмалари ичида биринчи уринни эгаллаган.

Сабаблари. Сут беzi фаолияти эндокрин система билан бевосида боғланган, буни хайз, хомиладорлик ва лактация даврларида куриш мумкин. Хайвонларга куп ва узок вакт мобайнида эстроген юборилса, сут беzi эпителийси пролифератив жараёнларининг кучайишига, мастопатиянинг хатто сут беzi саратонининг ривожланишига олиб келади.

Кузатишлар шуни курсатадики, купинча аёлларда тухумдонлар фаолияти бузилиши туфайли конда эстрогенлар микдори ошади, сут беzi эпителийси ва бириктирувчи тукумасининг учокли пролиферацияси ва атипик хужайралар пайдо булиши мумкин. Маълумки, касаллик асосан тугмаган ёки кам туккан, куп марта аборт килдирган, тухумдонларнинг сурункали шамоллаш касалликлари билан огрийдиган, хайз куриш 13 ёшдан олдин бошланиб 50 ёшдан кейин тухтаган, боласини эмизмаган аёлларда купрок кузатилади.

Хозирги вақта онаси ёки опа-сингиллари сут беzi ёки аёллар жинсий аъзолари хавфли усмалари билан огриган аёлларда сут беzi ракиннинг куп учраши аникланган. Касалланиш хавфли гипотиреоз, атеросклероз, кандли диабет билан огриган беморларда хам ошади. Овкатланиш тартибининг бузилиш хам маълум даражада ахамиятга эга. Вазни ошиб кетган, куп

микдорда ёгли овкатлар, витамин А каротиноидлар микдори кам булган озик-овкат махсулотларини истеъмол киладиган Хотин-кизларда ҳам сут беи раки билан касалланиш эхтимоли куп булади.

Сут беи саратон олди касалликлари. Аёллар организмида содир буладиган гормонал бузилишлар аввалига мастопатия ва фиброаденома деб номланадиган касалликлар пайдо булишига олиб келади. Мастопатия сут безларининг энг куп учрайдиган касалликлари каторига киради. Уни бошкардан сут безлари эпителийси ва бириктиручи тукимасининг узок давом этадиган ортикча пролиферацияси, хужайра элементлари дисплазияси ва гиперплазияси ажратиб туради. Мастопатия диффуз ва тугунли шаклларда учрайди.

Диффуз мастопатия одатда 35 ёшгача булган аёлларда хайз куришдан олдин сут безларида огрик пайдо булиши билан юзага чикади. Огрик айрим беморларда кучсиз, бошкарарида эса уткир булиб, кул, буйин ёки куракларга таркалиши мумкин. Пайпастланганда безнинг ичида огрийдиган каттиклик аникланади ваш у билан бир каторда сут безлари учидан тиник, окимтир ёки оч сарик рангдаги ажралма чикиши кузатилади. Даволанмаган диффуз мастопатия узок вақтдан кейин саратонга айланиши мумкин. Диффуз мастопатияни даволаш учун аввало калий йод, камфора, витаминлар, тинчлантирувчи дорилар ва транквилизаторлар кулланилади. Бу даводан наф булмаганда ёш аёлларда андрогенлар ва антиэстрогенлар, кексайган аёлларда эстрогенлар ишлатилади.

Тугунли мастопатия. Купинча 30-40 ёшдаги аёлларда учрайди. Сут беида бита ёки ундан купрок тугунчалар диффуз узгарган паренхима ичида пайдо булиб, бемор тик турган холатда чегаралари яхши пайпастланиб, горизонтал холатида ноаник булади. Агар тугунлар думалок, эластик консистенцияли, текис юзали, тер ива фасция билан боаланмаган булса, кистоз мастопатия деб аталади. Яна бир тури сут безлари йули папилломаси (бошкача айтганда «кон окиб турган сут беи») дейилади. Бу касалликда эмчак учига якин тери остидаги сут йуллари ичида усма пайдо булиб, енгил шикастланади ва сут беидан кон аралаш суюклик чикиб туради ёки баъши бир беморларда факат сут беи учи ёки ареола босилганда пайдо булади.

Эркаклада ҳам сут беи касаллиги учрайди, бу генекомастия дейилади. Унинг шаклларига хос булган пролифератив узгаришлар кузатилади. Кукрак безининг катталашиши ва каттиклашиши билан кечади, унга факат жаррохлик йули Билан даво килинади.

Фиброаденома - сут безининг хавфсиз усмаларига киради. Сут беида думалок, кимирлайдиган, эластик консистенцияли, ясси юзали тузилма пайдо булиши билан тавсифланади. Тугунли мастопатиялар ва фиброаденома жаррохлик усули билан даволанади. Сут беи секторал резекция килиниб, динамик кузатув утказилади.

Касалликнинг клиник куриниши. Сут беи саратонининг асосан 4 та клиник тури учрайди:

1. Тугунли шакли
2. Диффуз шакли
3. Педжет касаллиги.
4. Кам учрайлиган (Коллоид тури)

I. Сут беи саратоннинг тугунли шаклида етакчи ва яккаю-ягона белги сут беида огриксиз каттикликнинг пайдо булишидир. Бошлангич холларда бошка симптомлар булмаслиги мумкин. Шу сабабли куп беморлар усмани тасодифан топадилар. Тугун огримаслиги сабабли беморлар уз вактида мурожаат килмайдилар. Маълум вақт утгандан кейин пайпастланганда тугун чегаралари яхши аникланмайди. Сургич ичкарисига тортилганда ёки тугун тери остида жойлашган булса, “киндик” симптоми кузга куриниб колади. Бунда тугун устидаги тери чукиб, киндикка ухшаб колади. Баъзан тугун устидаги терида купгина майда чукурчалар пайдо булади, бу “лимон пусти” симптоми дейилади. Тугун, тери ва тери ости клетчаткаси усганлиги сабабли шу соха терисини икки бармок билан йигилганда бурма булмайди, окибатда “Майдонча” симптоми куринади. Бундан ташкари куз билан курганда “контурлари кесилган” симптомларини аниклаш мумкин. Яъни соглом сут безининг куз билан курганда пастки чегараси эллипсга ухшаган ёки ярим ойга ухшаган булади. Усма булганда бир томон контури кесилганга ухшайди. Клиник нуктаи назардан пайпастлаганда усманинг хавфли ёки хавфсиз эканлигини дифференцияция килиш мумкин. Масалан усма тугун вертикал холатда пайпастлансаю горизонтал холатда пайпастланмаса бу усманинг хавфсиз эканлигини курсатади. Бундан ташкари усма пайпастланганда врач беморнинг орка томонига утиб, вертикал холатда унг кул кафти билан усманинг олд томонидан узига караб тортганда усма тугун кафтга сезилмаса, бу усманинг хавфсиз эканлигидан дарак беради ва Кенига симптоми мусбат хисобланади. Кейинчалик терининг шикастланган жойи кизариб ярага айланади. Шу пайтда сут беи курак деворига ёпишиб колади, култикта, умров устида ва тагида лимфа тугунчалари катталашиб, бир-бири билан кушилади, бемор сут беида, кукрагида ва кулида сезиларли огрик пайдо булганидан шикоят килади. Агар узок метастазлар упкада жойлашган булса, кучли йутал, суякта булса, кучли огрик, жигарда булса, сариклик белгилари пайдо булади.

Унг сут беи ички квадранти саратон касаллигининг тугунли формаси. Сургичнинг тортилганлиги сут беи контурларининг кесилганлиги симптоми.

Чап сут беџи саратон касаллиги тугунли формасининг терига уџиб емирилиш ва иккиламчи яллигланиш жараёни курсатилган. Култик ости, умров усти ва буйин лимфа тугунлари катталашмаган, тери ости веналари кенгайган. Унг сут беџи узгаришсиз.

II. Сут беџи саратонининг диффуз шакллари.

1. Шишли-инфилтратив шакли. Сут безининг анча кисмига саратон хужайралари таркалиб, майда лимфа ва кон (вена) томирларини эџиб катта, чегаралари аник, бир оз огриклийёки огриксиз каттиклик хосил килади. Тери шишган булиб, лимон пустини эслатади ва кийинчилик билан букламга олинади. Шиш айникса ареола сохасида ва унинг атрофида булади. Саратоннинг бу шакли тез орада якин ва узок метастазлар беради.

Унг сут беџи нисбатдан катталашган, терисида инфилтрацияси бор, сургич тортилган, ареоласи узгарган.

2. Маститсимон шакли. Бу формада сут беџи яллигланишига хос хамма 5 белгиси мавжуд булади. Бу одатда беморлар шу холатда ургентли жаррохларга мурожаат киладилар ва мастит деб усмани кесиш холатлари кузатилади. 10-15 кундан сунг кесилган сохадан замбуругсимон хосила уџиб чикади ва усма эканлиги аникланади. Бу диагностик хато хисобланади. Усманинг маститсимон формаси асосан кекса, кари аёлларда, турмушга чикмаган, тугмаган, кукрак беџи билан эмизмаган аёлларда учрайди. Беморнинг умумий аъволи узгармаган. Тана харорати кутарилмаган. Култик ости лимфа тугунларини пайпастлаганда, улар катталашган, каттик консистенцияли, огриксиз, конгломерат шаклда булади. Хакикий мастит эса ёш аёлларда биринчи тугрукдан сунг лактацион даврда учрайди. Беморнинг умумий ахволи огир, септик холатлар юз беради. Култик ости лимфа тугунлари катталашмаган булади. Сут беџи катталашган, кукрак деворига ёпишган, териси ушлаб курилганда унинг харорати кутарилган булади. Бу хилдаги саратон тери, унинг тагидаги тукималарга тез уџиб киради, енгил яраланади ва метастазлар беради.

Маститсимон шакли. Сут беџи катталашган, кўкрак деворига ёпишган, териси ушлаб кўрилганда унинг харорати кўтарилган бўлади. Бу хилдаги саратон тери, унинг тагидаги тўкималарга тез ўџиб киради, енгил яраланади ва метастазлар беради.

3. Совутга ухшаш шаклида саратон сут беzi, унинг териси ва остидаги тукималарга усиб кириб, кукрак деворига ва иккинчи сут безига таркайди. Сут беzi кичрайиб, буришиб, каттиклашиб кукрак кафасига меxлаб куйилгандай булади. Сут безининг куриниши совутни эслатади. Шунинг учун бунга совутсимон шакл берилган. Саратон шикастланган тери, кукрак беzi ва унинг остидаги тукималар бир-бири билан кушилиб яхлит конгломератга айланади ва кам кимирлайдиган ёки бутунлай кимирламайдиган булиб қолади. Регионар лимфа тугунчаларига купгина метастазлар беради.

4. Сарамассимон шакли. Бунда сут беzi териси бир томонлама кизарган булади, ялтирок холатда, таранглашган булади. Терининг ташки куриниши сарамасга ухшайди. Култик ости лимфа тугунлари катталашган булади. Хакикий сарамас оёк-кул териларида купинча икки томонлама симметрик холатда булади. Лимфа тугунлари катталашмаган булади.

III. Педжет саратони. Бу усма эмчак учудаги катта сут йуллари эпителийсини тери эпителиясига утиш чегарасида пайдо булади. Аввало эмчакнинг учи калинлашади, кизаради, текканда огрийди, кичийди. Кейинчалик юзаки эрозия пайдо булиб, пустлок билан копланади. Ярагинг экземага ухшаганлиги, узок муддат 3-4 йил давомида юзаки яра шаклида булганлиги сабабли, бу беморлар одатда тери таносил касалхоналарида даволанадилар. Усма безнинг ичига караб усади, эмчак учи тагида каттик тугун хосил булади, усманинг узи эса ярага айланади. Эмчак учи без ичкарисига чукиб кетади, култиктаги лимфа тугунчаларида метастазлар пайдо булади. Метастазлар бергандан сунг усма эканлиги аникланади.

Педжет ракининг бошлангич боскичи, сургич емирилиши билан.

Гистологик диагноз: Педжета карциномаси.

(71 ёшли аёл)

Диагностикаси. Сут беzi саратонига шубха килинганда сураб-суриштириш, пайпаслаш, иккала сут безини ультратовуш ва маммография усуллари билан текшириш, усмадан олинган пунктатни цитологик текшириб куриш ва ноаник холларда зарур булганда секторал резекция килиб гистологик текширишлар утказилади.

Сураб-суриштиришнинг ташхис учун ахамияти катта. Ёшлигидан жинсий аъзоларида касалликлар булганлиги, хайз бошланиши ва тухтаган вакти, хомиладорлик ва абортлар сони, болаларни кукрак билан эмизиш, гормонал дориларнинг ишлатилиши каби саволлар билан саратонга сабабчи булган омиллар аникланади.

СУТ БЕЗИ САРАТОН КАСАЛЛИГИНИНГ ВИЗУАЛ АНИКЛАНАДИГАН СИМПТОМЛАРИ:

Куз билан куриб аникланадиган симптомлар:

1. Сургичнинг ичкарига тортилиши- “киндик” симптоми.
2. Апелсин (лимон) пустлоги симптоми.
3. Контурлари кесилагн симптом.
4. Сут безининг катталашуви.

**Чап сут бези сургичи ичкарига тортилган, сургич ва ареола
яллигланишининг даволангандан кейинги холати.**

**Сут бези саратон касаллиги инфильтратив формасида, лимон пустлоги
симптоми ва киндик симптоми тасвирланган.**

**Сургичнинг тортилганлиги сут бези контурларининг кесилганлиги
симпто**

**Сут бези кистoadеномаси деворидан усиб чиккан тугунли хавфли усма
куруниши (39 ёшли аёл) Бемор клиник цитологик ва УЗИ
текширишларида йирингли киста ташхиси куйилган, секторал резекция
килиниб, экспресс гистологик текширилган. Хулоса: Сут бези
ноинфильтратив раки. Оптимал даволаш режаси тузилган.**

**Унг сут бези пастки квадрантлари буйлаб утган бурмасида жойлашган
рак касаллигида терининг усмага караб тортилиши.**

Пайпаслаб аникланадиган симптомлар.

1. “Майдонча” симптоми.
2. Кенига симптоми.

3. Роттер симптоми-умров ости сохаси катта ва кичик лимфа тугунларининг катталашуви.
4. Геротта симптоми-лимфанинг корин девори лимфа йуллари билан таркалиши.
5. Трузе лимфа тугунларига метастази-умров усти сохасида М. Sterno cleudo mastoideus мушаги оёкчалари орасида умров суягининг медиал қисмида. Умров ости ва буйинтурук веналарининг қуйилиш сохасида.
6. Прибрама симптоми - сургични бармоқ билан ушлаб тортидан пайтда усманинг сургич билан бирга тортилиши.
7. Пайра симптоми - сут безини иккала бармоқ билан унг ва чап томондан ушлаб, иккинчи қул бармоқлари билан шу соха терисини йигиш. Хавли усмаларда териси йигилмайди.

Сут бези саратон касаллигининг тугунли формасида унг қул бармоқлари билан *майдонча* симптомини аниклаш.

Сут бези саратонида пайпаслаб текшириш усуллари. Стрелкада курсатилганидек бармоқ учлари билан 2 усул йули билан сургичдан сут бези асосига ва айланасимон, сургичдан тушгача пайпасланади.

Маммография. Бу сут безининг ички тузилмасини рентгенологик усул орқали урганишдир. Маммография махсус рентген-диагностик аппаратлар ёрдамида ҳеч қандай контраст моддаларсиз бажарилади. Флюоромаммография усули сунгги йилларда жуда қам ишлатилмоқда. Рентген суратлари тугри ва ён проекцияларда олинади. Одатда солиштириб қуриш учун соғлом сут бези ҳам айнан шундай проекцияларда маммография қилинади. Ёш аёлларни текшириш хайз қуриш оралигида бажарилади. Мастопатияларда сут бези тузилмасида диффуз ва толали узғаришлар, уларнинг орасида эса қичкина ёруғликлар (кисталар) пайдо бўлганлигини қуриш мумкин.

Сут бези саратонининг маммографияда тасвири:

Маммография ёрдамида аниқланган сут безининг тугунли (оккультный), яширин (скрытый) раки.

Ультратовуш билан текшириш усули. Кейинги йилларда бу усул сут безларини текширишда қенг қулланилмоқда. Кистали ва тугунли узғаришларни у яхши аниқлаб беради. Бу усул сут бези учун зарарсиз бўлганлиги туфайли, уни ёш беморларда қуллаш ҳам мумкин.

Цитологик текшириш учун сут бези усмасини чап қул бармоқлари билан ушлаб туриб, унг қул билан бир марта ишлатиладиган шприц игнаси юборилади. Игна учи тугун марказида бўлиши керак. Усма бушатилиб, чап

кул билан шприц ушлаб турилиб, унг кул билан унинг поршени бир неча маротаба тортилади. Бу ҳолат бир неча маротаба кайтарилади. Чап кул курсаткич ва урта бармоклари билан игнани ушлаб, бош бармок билан игнанинг бушлиги ёпилади (вакуум ҳосил қилинади). Шу аҳволда игна ташкарига чиқарилади, шприцга игнани киритиб, предмет ойнасига игна бушлигидан сачратилади, суртма тайёрлаб цитологик текширувга юборилади. Цитологик текшириш усули билан 80-90% беморларда саратон ташхиси тулик аниқланади.

Сут беzi саратонини эрта аниқлаш асосан икки йул билан аниқланади:

- 1. Хотин-қизларнинг “уз-узини” мунтазам равишда текшириб туришлари.**
- 2. Доимий равишда профилактик куриклардан утиб туришлари.**

1. Бутун дунё олимларининг маълумотиға кура ер юзида аниқланадиган сут беzi саратон касаллигининг 85-90% ни аёлларнинг узлари “уз-узини” текшириш усули билан аниқланар экан. Қолган врачлар “армияси” факатгина 10-15% усмани аниқлар эканлар. Шунинг учун ташхис қуйишда қимматбаҳо асбоб-ускуналар керак бўлмасдан факатгина уз-узини текширишнинг аҳамияти нихоятда катта. Бунга биноан ҳар бир аёл ойида бир маротаба ойна қаршисида туриб, уз сут безларининг катта-кичиклигини, сургич ҳолатининг, сут беzi терисининг узғаришларини, контурларини ҳолатини аниқлаши лозим. Чап кули билан унғ қукрагини, унғ кули билан чап қукрагини, бармок учлари билан (икки хил усул) сургичдан сут беzi асосига қараб ва айланасимон ҳолатда пайпастлаш лозим. Пайпастлаш горизонтал ва вертикал ҳолатда қилиниши лозим. Шу усул билан барча сут беziга учрайдиган ҳосилаларни аниқлаш мумкин. Шу билан бирга қултиқ ости, умров усти ва бўйин лимфа тугунларини пайпастлаш лозим. Агар сут безларида тугунчалар, каттиқлашган жойлар топилса, эмчак учидан қон аралаш суюқлик чиқса, дарҳол онколог мутахассисга мурожаат қилиш лозим. 25-30 ёшдан ошган аёлларга ҳар ойда сут безларини уз-узича текшириб қуриш тавсия қилинади.

Сут беzi саратонига шубҳа қилинганда уни фиброаденома, киста (галактоцеле), сурункали мастит, мастопатиянинг тугунли шакли ва ҳавфсиз усмалардан фарқлай билиш керак. Фиброаденома, киста ва мастопатияларнинг тугунли шакли сут беzi саратонидан тери симптомларининг йуклиги, без учидаги усма атроф туқималар билан қушилмаганлиги ва бемалол қимирлаши

хамда култик остида катталашган лимфа тугунчанинг йуклиги билан фарк килади.

2. Доимий равишда хотин-кизларнинг 20-25 ёшдан сунг туман ва шахар поликлиеникаларда ташкил килинган курув хоналарига мурожаат килишлари ва профилактик куриклардан доимий равишда утиб туришлари тавсия килинади.

Сут беzi саратон касаллигининг профилактикаси.

Тухумдон сурункали касалликлари, сут безининг дискроминал касалликлари, гипотериоз, кандли диабет ва жигар касалликларини киритиш мумкин. Янги тугилган чакалокнинг она сути билан бокилиши ҳам мухим ахамиятга эга. Семиришдан сакланиш. Сабзавотлар, мева, витаминларга бой овкатларни истемол килиб туриш тавсия килинади. Бутун дунё олимларининг ва жахон согликни саклаш ташкилотининг тавсияларига кура бола тугилгандан сунг камида 2 йил кукрак сути билан бокиш тавсия килинади. Абортларнинг сонини камайтириш, ота-онасининг кариндошлари сут беzi раки билан огриган булса кейинги буладиган хотин-кизлар хавфли гурухга киради ва скрининг усули билан курикларда утиб туриши тавсия килинади. Охирги пайтларда сут беzi саратон касаллигининг пайдо булишида стресс холатларига катта ахамият бериляпти. Вахоланки хотин-кизлар хаётда, уйда, корхонада ва хк жойларда стресс олишга жуда ҳам мойил. Касалланмаслик учун бу стресс холатларини енгил, утиб кетадиган холатлар сингари кабул килиш тавсия этилади.

Сут беzi хавфсиз усмалари ва саратон касаллиги билан огриган беморларнинг тиббий ходимларига (врачларга) кеч мурожаат килишларининг асосий сабаблари:

1. Сут беziда пайдо булган туғунининг огриксиз бошланиши.
2. Аёллар ва ахоли орасида сут беzi усмалари хусусида маълумотнинг етарли булмаслиги.
3. Беморларнинг уз якинлари ёки умумий даволаш муассасалари ходимларига мурожаат килишлари ва нотугри тавсиялар олишлари.
4. Онкологларга мурожаат килганда сут безини бутунлай олиб ташлаш хавфидан куркишлари вахоланки касаллик илк даврида аникланса, сут безини саклаб қолиб, касалликдан бутунлай кутилиш йуллари мавжуд (аъзоларни саклаб қоладиган операциялар).
5. Нотугри маслахатлар билан беморларнинг узлари ёки кариндошлари томонидан хар хил “даволашни” утказишлари (компресс, иссик туз, кепак, ёг ва хк лар куйиш).
6. “Сут котиб колган”, “менга ҳам шу нарса бор эди, узи утиб кетади” деган нотугри маслахатни аёллар томонидан берилиши.
7. Ахоли ва айрим тиббий ходимлар орасида хавфли усмаларига умуман тегмаслик керак, деган нотугри фикрнинг мавжудлиги. Вахоланки онкологик даволаш муассасаларига абластика ва антибластика коидаларига риоя килиб, усма олиб ташланади.

УПКА САРАТОНИ КАСАЛЛИГИ

Статистика маълумотлари. Иктисодий ривожланган мамлакатларда упка саратони кенг тарқалган бўлиб, у билан касалланиш йилдан-йилга ушиб бормокда, айниқса, Франция (хар 100 минг аҳолига 66,6), ФГР (62,2), Англия, АКШ, Голландия ва Австрияда бу яққол кузга ташланмокда. Бу мамлакатларда упка саратони билан касалланиш ва ундан улиш курсаткичи хавли усмалар орасида биринчи уринни эгаллайди.

Ўзбекистонда упка саратони билан касалланиш 1998 йилда 100000 аҳоли сонига ҳисобланганда 5,4 га тугри келади. Бутун хавфли усмалар орасида республикада упка саратони билан касалланиш 5-уринга бўлиб, улим курсаткичи хар 100000 аҳоли ҳисобига 4,2 га тенг.

Эркақлар аёлларга нисбатан 7-10 марта куп касалланади ва беморларнинг 80% ни сигарета чекувчилар ташкил килади. Упка саратонидан улим курсаткичи чекувчиларда чекмайдиганларга нисбатан 10-15 марта купрокдир. Касалланиш одамларнинг ёшига пропорционал равишда ушиб боради ва 60-69 ёшга энг чуққига чикади. Шу пайтда касалланиш 30-39 ёшдагиларга нисбатан 53 баравар купрок учрайди.

Касалликка олиб келадиган омиллар. Упка саратони билан касалланишнинг асосий омиллари шахар хавосининг канцероген моддалар билан ифлосланиши ва тамаки чекишдир. Тамаки тутуни таркибида жуда куп микдорда канцероген моддалар, полициклик ароматик углеводлар, нитроза бирикмалари, ароматик аминлар, огир металл тузлари, радиоактив полоний ва бошқалар мавжуд. Чекиш пайтида ҳосил буладиган канцероген моддаларга бой булган смола бронх эпителийларига утириб қолади. Узок вақт давом этган чекиш жараёнида канцерогенлар таъсири остида бронх эпителийларининг фаолияти, тузилиши бузилади ва цилиндрик эпителийнинг куп каватлилиққа утиши-метаплазияси юз беради, бу эса уз навбатида хавфли усма пайдо булишига олиб келади. Касалланиш эҳтимоли чекиш давомийлиги ва чекиладиган сигареталар микдорида боглик. Тамаки маҳсулотлари сифатининг ҳам бу уринда аҳамияти бор. Арзон ва филтрсиз сигарета чекувчиларда касалланиш хавфи юкори булади.

Шахар хавосининг канцероген моддалар (масалан, бензпирен) билан ифлосланиши, автотранспорт воситалари, завод ва фабрикаларнинг тутунлари ҳам касаллик келиб чиқишида катта аҳамиятга эга.

Касби бўйича узок вақт зарарли моддалар (асбест, кумир, радиоактив чанглар, хром ва никел) билан ишлаган кишиларда бошқаларга нисбатан упка саратони купрок учрайди.

Усма олди касалликлари. Усма пайдо булишида бронх ва упкаларнинг бошлангич ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Бронх аденомаси, папилломатозли бронхит, упка паренхимасидаги сурункали касалликлар (масалан, сил),

чандикли узгаришлар ва учокли пневмосклероз аста-секин упка саратонига айланиши мумкин.

Упка саратон касаллигининг клиникаси. Касалликнинг клиник манзараси усманинг клинико-анатомик турларига караб, маҳаллий ва умумий белгиларга ажратилади.

Марказий саратон. Одатда 80-90% беморлар дастлаб курук ва сийрак, кейинчалик эса кийнайдиган, тинимсиз, айникса кечалари зурайдиган йутал, унча куп булмаган купиксимон ёки купик-йирингли балгам ташлашдан шикоят киладилар. 40-50% беморнинг болгамида кон кузатилади-бу усманинг емирилишидан дарак беради. 60-70% беморда кукрак кафасидаги усма плевра ва нервга усиб кирганлиги туфайли тухтовсиз огрик пайдо булади. Баъзида тана харорати кутарилиши кузатилади. Бу зарарланган бронхнинг усма ёки балгам билан ёпилиб қолиши натижасида упканинг хаво утмайдиган кисмида яллигланиш-обтурацион зотилжам пайдо булганлигидан дарак беради. Холсизлик, тез чарчаб қолиш, харсиллаш, бемор иштахасининг пасайиб кетиши каби белгилар усма катта улчамларга етган пайтда пайдо булади.

Упканинг периферик саратони. Бу касаллик кекса ва қари кишиларда учрайди. Асосан кичик бронх ва бронхиолалардан усиб чиқади. Узок вақтгача унинг белгилари намоён булмайди. Беморларни бошқа бир касалликлар хусусида рентгенологик текширилганда упкада айланасимон гомоген сояли, атрофлари хипчинли усма тугунлари аникланади. Факат усма уз ёнилагича туқима ва аъзоларни эзганла ёки уларга усиб кирганда клиник белгилар-аввало кукрак кафасида огрик ва харсиллаш пайдо булади. Огрик 20-50% беморда касалланган упка томонда булиб, бу усманинг плевра ёки кукрак деворига усиб кирганлигига боғлиқ. Харсиллаш уртача 50% беморда учрайди ва унинг асосий сабабчиси катта веналар, бронх ва трахеяни усма томонидан эзилишидир. Кейинчалик усма катта бронхга усиб кирган вақтда йутал, кон туфлаш кузатилади ва касалликнинг манзараси марказий саратонникига ухшаш булиб қолади.

Упка чуққиси раки (Пенкоста раки).

Упка саратонининг Пенкост шаклида усма упка чуққисидаги плеврадан утиб, елкадаги нерв боғлами, бўйин умуртқалари, кофургалар ва симпатик нервга усиб қиради. Шу сабабли беморнинг асосий шикоятлари шикастланган томонида қулида сезувчанлик узгаради, мускуллар атрофияси ва Горнер синдроми юзага келади. Бу беморлар асосан невропатологларга мурожаат киладилар ва мумкин булмаган физиотерапевтик муолажаларни қабул килади. Усма катталашгандан кейин ва умров усти лимфа тугунлари катталашгандан сунг ташхис тугри қуйилади.

Диагноз қуйиш учун сабаб-суриштириш, объектив қуриш, лаборатория, рентгенологик, цитологик, бронхологик, гистологик, радионуклид ва трансторакал пункция ёрдамида текшириш усларидан фойдаланилади.

Сураб-суриштириш. Беморга упка шикоятлари булганда, уларнинг алохида хусусиятлари, касалликнинг давомлилиги ва динамикаси, илгари бошдан утказилган упка касалликлари ва даволаш усуллари натижаларини урганиш лозим. Беморнинг зарарли одатлари, асосан, чекиш ва унинг давомлилиги, бир кунда канча сигарета чекиши, касб ва турмуш шароитларини билиш зарур.

Ташхис учун куйидаги “хавфли аломатлар” муҳим аҳамиятга эга:

1. Узок вақт давом этадиган, азоб берадиган курук, кичиб келадиган кам балгамли кон лахтачалари аралиш йутал бўлади. Балгам ранги “малина рангига” ухшайди.

2. Упка шамоллашининг тез-тез кайталаб туриши.

3. Бир марта ёки бир неча марта кон туфлаш.

4. Кукрак кафасида доимий кучсиз огрик пайдо бўлиши.

Объектив текшириш. Объектив текшириш беморни синчиклаб куриш, кукрак кафаси, корин ва лимфа тугунчаларини пайпаслаш, упкани перкуссия ва аускультация қилишдан иборат. Беморни куриш пайтида юзнинг оқарган ва шишганлиги, кукрак кафаси бир томонини нафас олганда орқада қолиши, тирнокларнинг “соат шишаси”-га, бармоқларнинг эса ногора чупига ухшашлиги кузатилади. Одатда кукрак кафасининг шикастланган томонида овоз тебранишининг сусайганлиги кузатилади.

Жигар ва умров усти лимфа тугунчалари пайпаслаб қурилганда уларда саратон метастазларини аниқлаш мумкин. Кукрак кафаси перкуссия қилинганда, агар упкада ателектаз бўлса, унинг проекциясига мувофик перкутор товушнинг пасайиши кузатилади. Аускультацияда ателектаз туфайли бронхдан ҳаво ута олмаганлиги натижасида нафас овозининг йуклиги, зотилжамда ҳул хириллашлар ёки гичирлаш эшитилиши мумкин.

Унг упканинг хавфли ўсмаси – марказий рак ва метастаз.

Рентгенограммада унг упка саратон касаллигининг марказий формаси ифодаланган. Унг упка илдизида периферияга қараб хипчинлари мавжуд гомоген, чегаралари ноаниқ ҳосила қуринади. «Қуёш шуъласи» симптоми мусбат.

Ўпканинг метастатик раки - карциноматози

Иккала упканинг ҳамма жойида шарсимон соялар - упкада метастатик рак.

Иккала упка флюорограммасида диффуз учокли диссеминация, упка илдизлари катталашган ва кенгайган. Упка карциноматози.

Компьютер томографияда унг упканинг метастатик раки.

Компьютер томографияда унг упка урта булагининг сиртки раки.

Компьютер томографияда чап ўпка пастки булагининг марказий раки.

Упка саратонининг олдини олиш. Бунинг асосий йуналиши-шахар ва кишлоклар хавосидаги упка саратонининг етакчи сабабчиси булган бензпиренни йукотиш ёки уни хавфсиз даражагача камайтиришдир. Шу мақсадда барча тутун чиқарадиган саноат корхоналари, иссиқлик ишлаб чиқариш станциялари ва автотранспорт воситаларининг янги, кам тутунли технологияларга, энг яхшиси, электр қуввати билан ишлатишга ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Энг муҳим профилактик чоралардан бири бу чекишдан воз кечиш ҳисобланади. Чекишни ҳеч ташлай олмайдиган “ашаддий чекувчиларга” ҳеч бўлмаса сигаретанинг охиригача чекмаслик тавсия қилинади, чунки унинг охириги учдан бир қисмида канцероген моддалар энг кўп йиғилади. Тамаки тутунида канцероген моддалар ва катрон концентрациясининг камайтириш ва муҳим чоралардан биридир. Бу тамаки маҳсулотлари тайёрлаш технологиясининг яхшилаш ва махсус филтрлар ишлатиш йули билан амалга оширилади. Упка саратонининг олдини олишнинг муҳим йулларидан яна бири упкада учрайдиган бронхоаденома, папилломатоз, бронхит ва сурункали касалликларни ўз вақтида ва самарали даволашдир. Касалланиш хавфи А витамини ва каротиноидларга бой булган сабзавотларни кўпроқ истеъмол қилиб, тугри овқатланганда ҳам анча камаяди. А витамини нафас йулларидаги эпителийнинг бутунлигини тиклашга ёрдам беради.

Упка саратон касаллигининг ва умуман саратон касаллигининг профилактикаси 2 катта гуруҳга бўлинади:

- 1. Бирламчи профилактика.**
- 2. Иккиламчи профилактика.**

1. Бирламчи профилактика: Бу тиббиёт ходимларига боғлиқ булмаган давлат миқёсида ҳал қилиниши лозим булган тадбирлар-зарарли ва захарли

чикиндилар ишлаб чиқариладиган завод, фабрикалар қурилишини режалаштириш. Шу завод, фабрикаларда ишлайдиган ишчилар маошини қупайтириш, ҳар йил бир икки мартаба санатория оромгоҳларида даволанишида йулланмалар бериш, таъминли қупайтириш, иш соатини камайитириш, сут маҳсулотлари билан таъминлаш, иш шароити чанг билан боғлиқ бўлганда, “чанг юткич” аппаратлари билан таъминлаш ва ҳк.

2. Иккиламчи профилактика: Бу тиббиёт ходимларига боғлиқ. Аҳоли орасида санитария-оқарту тадбирларини утказиш, зарарли одатлар орасида овкатланиш. Тартибли чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, иссик ва қайноқ овкатлар қабул қилишнинг зарарлари. Шур, аччик, қотирилган гушт маҳсулотларининг зарарларини тушунтириш. Профилактик қуриклар утказиш, усма олди касалликларини ва ҳавфли усмаларни илк даврида аниқлаш, уларни радикал даволаш тадбирлари қиради. Бундан ташқари атмосфера ҳавосининг канцероген моддалар билан зарарланишга олиб қеладиган асосий сабабларни, ер ости, ер усти сув таркибини, тупроқ структурасини қолиз маҳсулотларида, нитратлар миқдорини аниқлаш тадбирларини утказиш ва бу омилларни олдини олиш қораларини қуриш учун ҳужжат тайёрлаб, давлат, ҳокимият маъсул ходимларига, халқ нойибларига ва сенатга тақдим қилишлари қозим.

Упка ҳавфсиз усмалари ва саратон касаллиғи билан оғриган беморларнинг тиббий ходимларга (врачларга) қеч муқожаат қилишларининг асосий сабаблари:

I. Упка саратони касаллиғи марказий формаси:

1. Энг қуп учрайдиган белғиси йутал бўлганлиғи сабабли бронхит деб таххис қуйиб, тавсиялар берилиши.
2. Усманинг бошланғич босқичларида объектив. Физикал, рентгенологик белгиларнинг бўлмаслиғи.
3. Беморларнинг узлари уйларида даволанишлари.
4. Тана ҳароратининг бошланғич давларида меъёрда бўлиши.

II. Упка саратон касаллигининг периферик формаси:

1. Периферик формани бошланғич даврида оғриксиз бошланиши ва беморларнинг безовта қилмаслиғи.

2. Усманинг секин-аста ривожланиши.
3. Бошлангич боскичда йутал, огрик, хансираш ҳолатларнинг булмаслиги.
4. Пенкоста формасида упка томондан умуман шикоятларнинг булмаганлиги.

КИЗИЛУНГАЧ САРАТОН КАСАЛЛИГИ

Статистика маълумотлари. Кизилунгач саратони энг огир касалликлардан бири булиб, хавфли усмаларнинг тахминан 2% ни ташкил килади. Кизилунгач саратони энг куп учрайдиган минтакаларга (хар 100 минг аҳолига 25-30 киши) шимолий Эрон, Туркия, Урта Осиё, Жанубий Козогистон, Ёкутистон, Шимолий Хитой ва Мугулистон киради. Булардан ташқари, у билан юкори даражада касалланиш (хар 100 минг аҳолига 10-20 киши) Жанубий Африка, Франция, Бразилия, Хиндистоннинг баъзи бир минтакалари ва АКШ нинг кора танли аҳолиси уртасида кузатилади. Европа мамлакатларида бу усма кам учрайди (хар 100 минг аҳолига эркаклар орасида-4,0-7,0, аёллар уртасида эса 1,0-2,0). Касалланиш куп булган минтакаларда ушбу хасталик туб халк орасида маҳаллий булмаган аҳолига нисбатан 5-10 баравар юкоридир. Бундай тафовутнинг булишига аҳолининг овкатланиш хусусиятлари ва генетик омилларнинг таъсири сабаб булиши мумкин. Ўзбекистонда утган 5 йил ичида кизилунгач саратони билан касалланиш секин-аста камайиб борганлиги кузатилди.

Ўзбекистон аҳолиси ичида кизилунгач саратонининг тарқалиши (хар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтака	1998	Минтака	1998
Тошкент шаҳри	2,2	Самарканд вилояти	4,1
Андижон вилояти	8,1	Сурхандарё вилояти	7,4
Бухоро вилояти	2,9	Сирдарё вилояти	6,1
Жиззах вилояти	4,9	Тошкент вилояти	5,8
Кашкадарё вилояти	2,5	Фаргона вилояти	7,9
Навоий вилояти	6,7	Хоразм вилояти	5,8
Наманган вилояти	6,6	Коракалпогистон Республикаси	20,1
Ўзбекистон бўйича жами: 1998 - 5,8			

Кизилунгач саратони билан касалланишнинг энг юкори курсаткичи 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) вилоятларида кайд килинган. 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 кизилунгач саратони 8-10 баравар купрок кузатилади. Барча хавфли усмалар ичида бу касалликдан улиш иккинчи уринга туради.

Этиологик омиллар. Кизилунгач саратонининг келиб чикишига канцероген моддалар (нитрозаминлар, бензпирен ва бошқалар) ва касалликка мойилликнинг бевосита алокаси бор. Касаллик куп таркалган минтакаларда канцероген таъсир ахоли овкатланишнинг маҳаллий хусусиятларига боғланади. Жумладан, жуда иссик ва аччик овкат, кайнок чой, майда суякли баликлар истеъмол килиш, овкат таркибида сабзавот ва меваларнинг етарли булмаслиги ва натижада организмда витамин С,А,Е ва рибофлавиннинг етишмовчилиги сабабли хасталик юзага келади. Кизилунгач саратони келиб чикишида тузларга бой хар хил сувлар, тупрокда молибден рух етишмовчилиги, кучли спиртли ичимликлар, тамаки, нос чекиш, марихуанна кабул килиш кабилар хам маълум даражада аҳамиятга эга.

Усма олди касалликлари. Кизилунгач саратонининг пайдо булишида сурункали эзофагит, лейкоплакия, кимёвий, термик ва механик микрожароҳатлар, полиплар, ахалазия, диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси, рефлюксэзофагитнинг аҳамияти катта.

Клиник манзараси. Барча ички аъзо хавфли усмаларидан дисфагия белгиси билан фарк килади. Бемор дисфагиядан шикоят килса, унда усма борлигига шубҳа килиш мумкин. Дисфагия бу овкатни кизилунгачдан кийинчилик билан утишидир. Дисфагия усма туфайли аъзо бушлигининг торайишидир (механик дисфагия). Лекин, баъзи холларда дисфагия кизилунгачнинг юкори кисмлари спазмида (рефлектор дисфагия) хам руй бериши мумкин. Куп холларда дисфагия аста-секин кучайиб боради. Дастлаб бемор овкатнинг туш оркасига тушиши ёки гоҳо тикилиб утиши шикоят килади. Кейинчалик бемор каттик овкатларни кизилунгачидан утказиш учун сув ичишга мажбур булади ёки бундай овкатларни ейишдан бош тортади. Орадан бир неча хафта ёки ойлар утгандан кейин ярим суюк овкат, кейин эса суюк овкат хам утмай қолади. Бу халк орасида “килтомик” деб аталади. Баъзан усма емирилиши ёк беморни доривор моддалар билан даволаниши туфайли кизилунгачдан овкат утиши бир оз ёки бутунлай тикланиши мумкин. Бемор ахволининг яхшиланиши бунда

узок давом этмайди ва дифагия тез орада яна қайта кучая боради. Дисфагия куп холларда касалликнинг биринчи белгиси булади, лекин купгина беморларда даставвал овкат қабул қилиш билан боғлиқ ҳолда оғрик ҳам руй беради (бу усманинг яраланиш белгиси). Айрим холларда бемор туш орқасидаги доимий оғриқдан шикоят қилади, бу усманинг кукс оралигидаги клетчатка ёки нерв узакларига ушиб қирганлигини билдиради. Касалликка ҳос ва ташҳис учун муҳим аҳамиятга эга диспептик белгилари: кекириш, зарда қайнаши, кунгил айнаши, қайт қилиш, куп сулак ажралиши (гиперсаливация) намоён булади. Буларнинг ҳаммаси купинча ривожланган стенозда руй беради. Бундан ташқари, оғиздан ёқимсиз хид қилиши мумкин. Бу усма емирилиши ва кизилунгачнинг торайган қисми юқорисида чириш жараёни бошланишидан дарак беради. Буни беморнинг узи ёки атрофидаги кишилар дарҳол пайкашади. Агар усма кизилунгач деворидан ташқарига чиқиб, кукс оралиги ва кукрак бушлигидаги аъзоларга ушиб қирган бўлса, адашган ёки қайтувчи хикилдок нервларининг зарарланиши туфайли симпатик нерв, трахея ва бронхларнинг босилиб қолиш аломатлари юзага келади. Агар усма яраланса ва емирилса қон кетиши, медиастинит белгилари кузатилади. Адашган нервнинг шикастланиши юрак фаолиятининг бузилишига, симпатик нервнинг зарарланиши-Горнер синдромига, қайтувчи нерв фаолиятининг бузилиши хикилдок фалажи ва овознинг хириллашига олиб келади. Усманинг трахея ва бронхларга ушиб қириши йуталиш, харсиллаш, зотилжам ва абсцесслар ривожланишига олиб келади. Кизилунгач-трахеал ёки кизилунгач-бронхиал окмалар пайдо бўлса, бемор суюқлик қабул қилганида азоб берадиган йутал пайдо булади.

Ҳамма ички аъзонинг ҳавфли усмаларига ҳос бўлган умумий белгилар, яъни тана вазнининг камайиши (хатто қаҳексиягача), умумий ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш ва бошқалар кизилунгач саратонида ҳам кузатилади. Иштаха пасайишидан одатда беморлар шикоят қилмайдилар, лекин кизилунгачдан овкат утишини таъминлайдиган паллиатив операция қилингандан сунг купинча уларнинг иштахаси пасаяди. Бемор дисфагиядан шикоят қилганда клиник натижаларга асосланиб уни бошқа касалликлардан фарқловчи ташҳис утқозишга тугри келади. Овкат утишининг қийинлашиши кизилунгач саратонидан бошқа касалликларда ҳам, масалан кизилунгачда чандикли узғаришлар бўлганда, ахалазия, дивертикул ва уткир эзофагитларда ҳам кузатилиши мумкин.

Диагностикаси. Кизилунгач саратонининг ташҳис тизими унча мураккаб бўлмасдан, сураб-суриштириш, физикавий, лаборатория, рентгенологик, эндоскопик ва албатта патоморфологик текширишларни уз ичига олади. Бемор ҳаётини сураб-суриштириш умумий қоидаларга мувофиқ утқозилади. Сураб-суриштириш пайтида касаллик белгиларининг пайдо бўлиш вақти, унинг ривожланиши, беморнинг овкатланиш хусусиятлари, иссик овкатларни истеъмол қилишга мойиллиги, алкогольли ичимликлари ичиши, майда суюқлик

балик истеъмол килиши, илгари бошдан утказган кизилунгач касалликлари аникланади. Илгари курсатилган тиббий ёрдам тавсифи ва боскичлари, утказилган текширув ва даволашнинг турлари тугрисида ҳам маълумотлар суралади. Кизилунгачда хавфли усма борлигига шубхаланиладиган белгиларга куйидагилар киради:

1. Овкат ютиш пайтида сезиладиган ёкимсиз хис;
2. Такрорланиб турадиган кунгил айнаши ёки кайт килиш (айникса кон аралаш);
3. Каттик овкат-нон, гушт еганда унинг тикилиб утиши;
4. Сабабсиз пайдо булган овоз хириллаши;
5. Суюклик ичганда пайдо буладиган азоб берувчи йутал.

Касалликнинг олдини олиш. Хамма минтакаларда кизилунгач саратонининг олидини олиш чораларига чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, жуда иссик ва аччик овкатлар ейишдан сакланиш, хилма-хил овкатланиш, таркиби витамин А, С ва В га бой булган сабзавот ва меваларни купрок истеъмол килиш киради. Булардан ташкари, сурункали эзофагит ва бошка усма олди касалликлари билан огриган беморларни адекват даволаш мухим ахамиятга эга. Коракалпогистон республикаси Муйнок туманида Ўзбекистон онкология илмий текширишлар кизилунгачнинг усма олди касалликлари ва организмдаги витамин С микдори уртасида патогенетик боғлиқлик борлигини исботлайди. Бу туманда аҳолини ёппасига витаминлаштириш ишлари утказилиши ва стационар шароитида кизилунгачнинг ва усма олди касалликлари булган беморларни даволаш, кизилунгач саратони билан касалланганлар сонини 1979 йилдан 1990 йилгача 1,7 марта камайишига олиб келди. Келтирилган далиллар кизилунгач саратонининг келиб чиқишида витамин С етишмаслигининг ахамияти ва унинг микдорини организмда нормал даражада ушлаб туриш касалликни кескин камайитириши мумкинлигини курсатади.

Кизилунгач хавфсиз усмалари ва саратон касаллиги билан огриган беморларнинг тиббий ходимларга (врачларга) кеч мурожаат килишларининг асосий сабаблари:

1. Кизилунгач усма олди касалликларида (полипда) дисфагиянинг парадоксал булиши.
2. Беморнинг умумий ахволининг узгармаслиги (хавфсиз усмада).

3. Кизилунгач саратон касаллигида дисфагиянинг секин-аста пайдо булиши ва кучайиб бориши.
4. Беморларнинг каттик овкатни рад килиб, суюк овкат кабул килишлари.
5. Беморларнинг узлари ёки кариндошлари маслахати билан хар хил дориларни уйда кабул килишлари.
6. Саратон касаллигини беморларнинг тан олмаслиги.
7. Операция муолажасидан куркиш хиссини булиши.
8. Фиброэзофагоскопия муолажасидан беморларнинг бош тортишлари.

МЕЪДА САРАТОНИ КАСАЛЛИГИ

Статистик маълумотлар. Меъда саратони ер юзида бир хилда таркалган. Ушбу хасталик билан энг куп касалланиш Япония, Италия, Чили, Исландия ва бошка бир катор мамлакатларда кайд этилган. Энг кам касалланиш Канада, АКШ, Австралия ва баъзи бир африка мамлакатларида кузатилади. Хамдустлик мамлакатларида меъда саратони билан касалланишнинг энг юкори курсаткич Россия Федерацияси, Белоруссия, Латвия ва Литвада булиб, энг кам курсаткич -Туркменистон, Узбекистон, Арманистон ва Грузияга хосдир.

Узбекистонда меъда саратони хавфли усмалар билан касалланиш тузилмасида биринчи уринда туради. Унинг республикада минтакалараро таркалишини куйидаги жадвалда куриш мумкин.

Узбекистонда меъда саратонининг таркалиши (хар 100 минг ахоли орасида аникланган беморлар сони)

Минтака	1998	Минтака	1998
Тошкент шаҳри	8,5	Самарканд вилояти	4,7
Андижон вилояти	8,3	Сурхандарё вилояти	3,9
Бухоро вилояти	8,1	Сирдарё вилояти	5,4
Жиззах вилояти	8,3	Тошкен вилояти	7,2
Кашкадарё вилояти	4,8	Фаргона вилояти	6,7
Навоий вилояти	9,7	Хоразм вилояти	3,3
Наманган вилояти	7,7	Коракалпогистон Республикаси	8,6
Узбекистон бўйича жами :		1998 -	6,7

Касалланиш курсаткичи Тошкент шаҳри, Навоий, Жиззах, Андижон, Бухоро вилоятларида ва Коракалпогистон республикасида энг юкори. Меъда саратони Хоразм ва Сурхандарё вилоятларида кам учрайди. Энг куп касалланиш 60 ёшдан ошган кишиларда ва эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта купрок кузатилади. Меъда саратони уларда 30-39 ёшларга нисбатан 20 баравардан

купрок кайд этилган. Сунгги 25-30 йил ичида бу хасталик билан касалланиш ва ундан улиш бутун дунёда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам камаймокда. Бундай ижобий узгаришларнинг сабаблари охиригача урганилмаган.

Этиологик омиллар. 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 килинадиган 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 бевосита иштирокида синтез килинади.

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. Клиник тажрибалар шуни курсатадики, кучли спиртли ичимликларни суистнъмол килувчиларга ва тамакини куп чекадиганларда меъда саратони купрок учрайди. Шу нарса аникланганки, А, С, Е ва бошка витаминлар антиоксидантлик хусусиятига эга булиб, нормал хужайраларни саратон хужайраларига айланишига йул куймайди ёки фаол равишда камайтиради.

Меъда саратони олди касалликлари. 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 чикарилиши камаяди, бактериал флора купайиб кетади ва бу эса навбатида меъдада нитроза бирикмалари пайдо булишига олиб келади.

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

Полиплар борлиги ва унинг ташхиси эндоскопик ва рентгенологик йул билан аникланади. Рентгенологик текширилганда полип 0,3% холда соглом одамларда аникланади, унинг сояси диаметри купинча 0,5 дан то 2 см гача, атрофидаги шиллик кават узгармаган, бурмачалари узилмаган булади. Агар

полип ингичка ва узун оёкчали булса, куринмаслиги хам мумкин. Эндоскопик текшириш утказилганда полиплар 0,2-0,6% соглом одамларда аникланиб, думалок ёки замбуругсимон шаклда, атрофдаги тукималардан аник чегараланган булади. Уларнинг ранги кизилрок булиб, юзасида окимтир караш ёки унча чукур булмаган яраланиш кузатилиши мумкин. Полипларнинг саратонга айланиш эхтимоли купгина олимлар фикрича 1,5-5% га тенг.

Полипларни даволаш жаррохлик усули билан амалга оширилади. Унча катта булмаган (диаметри 1,5 см гача етадиган), яраланмаган ва прогрессив усмаётган полипларни эндоскопик полипэктомия килиш 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 кузатувида булади. Бу онкологлар томонидан амалга оширилади. Назорат-курик вактида албатта эндоскопик текшириш утказилади. Даволашдан кейинги биринчи икки йил давомида хар 6 ойда, кейинчалик эса бир йилда бир марта назорат-курик утказилади.

Сурункали меъда ярасига хам усма олди касаллиги сифатида каралади. Уни аниклаш учун рентгенологик ва эндоскопик усуллар кулланилади. Меъда ярасидан саратон келиб чикиши патогенези узил-кесил хал килинмаган. Сурункали яралинг 4,6-15% беморда хавфли усмага айланиши кузатилган. Меъда яраси хавфли усмага айланиши пайтида одатда ярага хос булган овкатдан кейинги огриклар тухтайди, бемор сабабсиз оза бошлайди, иштахаси пасаяди, кучсизлик руй беради.

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.

Клиникаси. Меъда саратонининг клиник куриниши хилма хил булиб, бошка купгина меъда-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 колинади.

Меъда саратонининг бошлангич пайтида “кичик белгилар” синдромини учратиш мумкин. Унга куйидагилар киради:

-беморнинг охирги вақтларда узини ёмон сезиши, тез чарчаб колиши;

- кайфияти, хаётга, ишга кизикиши йуклиги, ётсираш;
- сабабсиз иштаханинг пасайиши, баъзида эса бир хил овкатлар, масалан, гушт, балик ва бошқаларни кунгил тортмаслиги;
- “меъда дискомфорти” ҳолати (яъни овкатланишдан мамнун бўлмаслиги, кориннинг тулиб кетиш ҳисси, эпигастрал соҳада огирлик ёки огрик пайдо бўлиши, баъзан кунгил айнаши);
- беморнинг тез ориклаб кетиши, камконлик (анемия) пайдо бўлиши.

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

Кардиал булим саратонида овкат утиш йули қисилиши туфайли келиб чиққан дисфагия бошқа симптомларга нисбатан биринчи уринда туради. Бемор овкатнинг кийналиб ёки тухталиб утишидан шикоят қилади. Дастлаб каттик овкат сувсиз утмайди, кейинчалик юмшоқ ва ярим суюқ овкатлар ҳам утмай қолади. Овкат етгандан кейин дарҳол кунгил айнаши ва қайт қилиш кузатилиши мумкин. Бемор тез озиб кетади ва тиббий ёрдамга муҳтожлик сезади.

Меъда танаси саратони куп вақт узини намоён қилмаслиги мумкин. Одатда беморлар иштаха пасайиши, узини ёмон ҳис қилиш ва сабабсиз озишдан шикоят қиладилар. Факат усма емирилгандан кейин ичдан қон кетиш аломатлари пайдо бўлади, усма меъда ости безига ушиб қирса, белда қучли огрик руй беради.

Меъданинг пилорик булими саратони қиска муддат ичида меъдадан ичакка овкат чиқиш йулини қисади. Бунда эпигастрал соҳада огирлик ҳисси, ёқимсиз хидли кекириш, бир неча соат олдин ёки кечаги еган овқатини қайт қилиш кузатилади. Купинча беморларнинг узлари ахволини вақтинча яхшилайдиган қайт қилишни чақирадилар. Қорин пайпаслаганда суюқликнинг шалоплаган овози эшитилади, баъзида эса умуртка поғонасининг унғ томонида каттик тузилмани пайкаш мумкин. Беморларда тез озиш ва сувсизланиш кузатилади.

Баъзи бир беморларда лимфоген метастазлар узок лимфа тугунчаларида, жумладан, умров усти, киндик, Дуглас оралиги ва тухумдонларда аниқланади. метастазлари бор лимфа тугунчалари думалок шаклда, каттик консистенцияда, пайпаслаб қурилганда қимирлайдиган, огриксиз, конгломератлар ҳосил қилмаган бўлади. Улчамлари тарик дони қатталигидан то 2 см гача етиши мумкин. Чап умровнинг медиал қисми устидаги лимфа тугунчаларидаги метастаз-Вирхов метастази, киндик ёнидаги-Джозеф метастази, Дуглас оралигидаги-Шнитцлер метастази ва тухумдондагилар Крукерберг метастази деб номланади. Гематоген метастазлар энг куп ҳолларда жигарда, камрок упка, плевра, меъда ости беzi ва буйракларда учрайди.

Диагностикаси. Меъда саратонига шубҳа қилинганда одатда қуйидаги клиник текширишлар қулланилади: сураб-суриштириш, объектив ва

лаборатория текширишлари, рентгеноскопия, рентгенография, эндоскопия ва ультратовуш текширишлар.

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

Конни умумий тахлил қилганда усмаси катта улчамларга етган беморларнинг 80% да эритроцитларнинг чуқиш тезлиги ошиб кетганлиги кузатилади. Эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошганлиги қушимча ташхисот белгиси булиб хизмат қилади, чунки касаллик қайталанмаган пайтда у узгармаган бўлади. Анемия борлигига ҳам катта аҳамият берилади. Одатда анемия гипохром турда булиб, қон кетиши натижасида юзага келади. Ахлатни қонга текшириш ҳам муҳим қушимча текшириш усулларида хисобланади. Ахлатда қон одатда емирилган экзофит ва яраланган меъда саратонларида пайдо бўлади. Агар қон кам булса, яширин ҳолда булиб, қон булса ахлат рангини қорайтиради.

Меъдани рентгеноскопия ва рентгенография қилиш узок вақтдан бери саратонга ташхис қилишда етакчи усуллардан бири булиб келмакда. Меъда саратонининг рентгеноскопик манзараси жуда хилма-хил булиб, унинг узиш хусусиятлари, усманинг улчами ва жойлашишига боглик.

Экзофит саратонда контраст модда - барий билан меъда бутунлай (усма бор жойдан ташқари) тулади. Бу “тулиш нуқсони” симптоми деб аталади ва унинг ташхис учун аҳамияти катта. Уша улмаган жой рентген суратида думалок шаклга яқин, четлари нотекис булиб қуринади.

Эндофит саратонда ҳам “тулиш нуқсони” симптоми учрайди, аммо у одатда каттарок ва япалок бўлади. Бу жойда меъда деворининг физиологик қисқариши кузатилмайди.

Меъданинг тана қисмида рак.

1. Катта эгриликда нуқсон борлиги.
2. Қирралари тулкинсимон.
3. Меъданинг торайиши ва деформацияси

Меъданинг олд ҳолатдаги рентгенограммаси. Асосий синдром – контурнинг ўзгариши. Экзофит меъда раки

1. Катта эгриликда нуқсон борлиги.

2. Нуқсон дамида меъда торайган ва деформацияланган

Меъданинг антрал қисмида ўсма.

1. Антрал қисм воронкасимон торайган.
2. Қирраси аррасимон бўртган
3. Привратник канали
4. 12 бармоқ ичак пиёзчаси

Диффуз рак (скирр)

1. Меъда гумбази деформацияланган.
2. Ўсма
3. Кичик эгрилик юкорига тортилган
4. Ўсма яраси
5. Антрал қисм воронкасимон торайган

Инфильтратив яраланган рак.

1. Кичик ва катта эгрилик яллиғланган
2. Тўлишдаги нуқсон
3. Нуқсон ва торайиш

Меъданинг чиқиш қисмининг олд ҳолатдаги рентгенограммаси. Эндофит рак. Асосий синдром контурнинг ўзгариши билан нуқсон ва буртиб чиқиш борлиги.

Эндоскопик текшириш. Куп беморлар учун, айниқса, меъда саратонининг эрта боскичларида ҳал қилувчи текшириш усули ҳисобланади. Бунда меъда шиллик кавати бевосита фиброгастроскоп билан қурилиб, гистологик текширишга материал олинади. Эндоскопик текшириш натижалари жуда юқори бўлиб, ҳатто эрта саратон билан оғриган беморларнинг 90 %га тугри ташхис қуйишга эришилади. Шу билан биргаликда бунда диаметри 5 мм бўлган тузилмаларни ҳам аниқлаш имконияти туғилади.

Ошқозон кардиал соҳа саратон касаллиги кизилунгач паст қисмига таркалган тури

Кизилунгачни диатермик реканализация қилиш жараёни:

- а) Электр тигининг торайган соҳага келтирилиши

1. Кизилунгач торайган (стеноз) кисми
2. Электр тиги (электронож)

Электрокаргуляция жараёни

1. Ошкозон бушлиги
2. Электр тиги (электронож)

Электрокаргуляциядан кейинги холат

1. Ошкозон бушлиги
2. Электр тиги (электронож)

Ошкозон танаси лимфосаркомаси.

а) Пункциягача булган холат

1. Усма
2. Ошкозон бушлиги

б) Усманинг пункция килиш жараёни

1. Усма
2. Ошкозон бушлиги
3. Пункцион игна

Ошкозон кичик эгрилигининг малигнизация берган яраси.

а) Яра киррасидан олинадиган биопсия

1. Яра
2. Кискич

б) Биопсиядан кейинги ҳолат

1. Биопсиядан кейинги кон кетиш ҳолати

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

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

Радионуклид усулининг факат меъда саратонини эмас, балки унинг жигарга берган метастазларини аниқлашда аҳамияти катта.

Иммунологик таъхис беморларнинг конида махсус оксиллар (альфафетопротеин-АФП; саратон-эмбрионал антигени-СЭА; сульфогликопротеин антигени ва бошқалар) топилишига асосланган. Бу усул ҳозирги вақтда профилактик курикларда ва поликлиника текширувларида ишлатилмоқда ва айрим мамлакатларда 70% гача меъда саратони бор беморларни топишга ёрдам бермоқда. Лекин иммунологик усул купрок жаррохлик ва бошқа даволашлар самарадорлиги, рецидив ва метастазларни аниқлашда муҳим аҳамият касб этади.

Дифференциал диагностикаси. Беморларнинг шикоятларига қараб меъда саратонини қатор бошқа касалликлардан ажрата билиш керак. Меъда касалликларида 5 та асосий клиник синдром кузатилади: 1) оғрик; 2) меъда дискомфорти; 3) анемия; 4) дисфагия; 5) меъда эвакуациясининг бузилиши. Беморларда меъда саратони оғрик синдроми ва меъда дискомфорти билан кечса, бундай ҳолларда таккословчи таъхис меъда яраси, гастритлар, меъда ости беъи саратони ва бошқаларга нисбатан утказилади.

Дисфагик синдромда таккословчи таъхисни қандикли торайишлар ва кизилунгач аҳалазиясига нисбатан утказилиши керак. Киска булган анамнез, симптомларнинг аста-секин зурайиб бориши, меъда дискомфорти, умумий ҳолсизлик, озиб кетиш ҳавфли усмадан дарак беради. Меъда эвакуациясининг бузилиши, анамнезда яранинг йуклиги, симптомларининг секин-аста қучайиб бориши, меъда дискомфорти, стенознинг нисбатан тез вақт (ҳафта, ой) давомида ривожланиши, касалликнинг қундан-қунга зурайиб бориши юз берса ва ҳасталанган кишилар кекса булса пилорик стенознинг усма табиатли эканлиги тугрисида фикр юритиш мумкин.

Даволаш. Меъда саратонини даволашда кейинги йилларда қуп узғаришлар руй берди ва ҳозирги вақтда қуйидаги усуллар кулланилмоқда:

- жаррохлик усули
- нур терапияси
- кимётерапия
- криотерапия

-иммунотерапия

-комбинацияланган усуллар.

Интраоперацион нурлантириш махсус шароитни талаб килади: операция килинадиган хонада ионловчи нур аппаратлари (гамма нурлар, электронлар тарами ва бошка) булиши керак. Корин бушлиги очилиб меъданинг саратон жойлашган кисми нурлантирилади ва кейин жаррохлик усули кулланилади. Илмий адабиёт маълумотларига кура, бу даволаш усули узок натижаларни яхшилаиди. Интрагастрал нурлантириш учун бемор гастростоме килиниши керак. У оркали меъда ичига хар хил радиоактив моддалар (кобальт, цезий, иридий, стронций, технеций ва бошқалар) юборилади ва саратон бевосита контакт билан нурлантирилади. Бу янги усул булиб, клиник тажриба энди йигилмокда.

Кимётерапия меъда саратонини даволашда мувапиф равишда ишлатилмайди. У III ва IV боскичлардаги саратонни даволаш режалари таркибига киради ва уларни узок натижалари яхшиланишига, метастазлари камайишига олиб келади. Меъда саратонида сезиларли самара берадиган кимёвий препаратлар: 5-фторурацил, митомицин, циплатин ва вепезиддир. Буларнинг ичида энг куп таркалгани ва барча онкологик касалхоналарда ишлатиладигани -5-фторурацил хисобланади. Одатда у даволаш режасида беморнинг хар 1 кг вазнига 15 мг дан кунора берилади, жами-3 г ни ташкил килади. Бундай режа 2-4 марта кайтарилади.

Криотерапия-бевосита жаррохлик операцияси пайтида меъда саратонини суюк азот (харорати-196 С) билан музлатиш усулидир. У меъдани олиб ташлашдан олдин кулланилганда метастазланишни камайтиради ва узок натижаларини яхшилаиди. Саратоннинг IV боскичида айрим холларда у ягона даволаш усули сифатида ишлатилади ва кучли огриклар хамда кон кетишини тухтатади.

Касалликнинг олдини олиш. Меъда саратонининг олдини 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, каттик каби махсулотларни купрок ишлатиш, витамин А, С ларга бой булган мева ва сабзавотларни истеъмол килиш, чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларини ортикча истеъмол килишдан сакланиш катта ахамиятга эга. Якин кариндошларида меъда саратони булган, айникса меъда ширасининг кислоталилиги камайган ва 50 ёшдан ошган кишиларга купрок эътибор бериш лозим.

Меъда хавфсиз усмалари ва саратон касаллиги билан огриган беморларнинг тиббий ходимларга (врачларга) кеч мурожаат килишларининг асосий сабаблари:

1. Ахоли тиббий маданиятининг пастлиги. Усмалар тугрисида аник тушунчаларнинг етарли эмаслиги.
2. Кишлок хакимлик пунктларига ва умумий амалиёт шифокорларига беморларнинг мурожаат килмаслиги.

3. Фиброгастроскопия муолажасидан бош тортишлари.
4. Усмаларнинг белгисиз утиши (усма танада жойлашган булса).
5. Беморларнинг ошқозон раки бошлангич боскичида руй берадиган умумий белгилари пайдо булганда мурожаат килмасликлари.
6. Операция муолажасидан куркиш хиссининг борлиги.

ОГИЗ БУШЛИГИ САРАТОНИ КАСАЛЛИГИ.

Статистик маълумотлар. Огиз бушлиги саратонига бир гурух хавфли усмалар киради. Булар тил, огиз бушлиги туби, линж, каттик ва юмшок танглай, юкори ва пастки жагнинг альвеоляр усимталари саратонидир. Огиз бушлиги хавфли усмалари ичида тил саратони 50-60%, огиз туби саратони 20-35%, колган 10-15% лунж, танглай, юкори ва пастки жаг альвеоляр кисми шиллик кавати саратонларидир. Ўзбекистонда 1998 йилда огиз бушлиги саратони хар 100000 аҳолига 2-3 кишини ташкил килади. Хамдустлик мамлакатлари орасида огиз бушлиги саратонининг усиши Тожикистон ва Туркменистоннинг баъзи бир вилоятларида кайд этилган. Огиз бушлиги саратони эркакларда аёлларга нисбатан 5-7 марта куп учрайди. Касалланиш курсаткичи ёшга боглик холда усиб боради. Ўзбекистонда асосан тил саратони ва огиз бушлиги туби саратони кузатилади.

Тил саратони пайдо булишига аҳоли уртасида кенг таркалган зарарли одатлар, тиш ва протезларнинг ёмон холати туфайли тез-тез такрорланиб турадиган механик жарохатлар сабаб булади. Тил саратонининг келиб чикишида чекиш мухим омил хисобланади. Чекишнинг зарарли таъсири айникса алкоғолли ичимликларга ружу куйган шахсларда намоён булади. Махсус текширишлар шуни курсатадики, чекмайдиганлар ва ичмайдиганлар солиштирилиб курилганда, чекадиган, лекин ичмайдиганларда касалланиш хавфи 2,5 бараварга ортади, хам чекувчи, хам ичувчиларда усма пайдо булиш эхтимоли 15 мартага ошади. Бундан ташкари, жуда аччик ва иссик овкат ейиш, кайнок чой ичиш хам зарарли. Республикамизда огиз бушлиги тубининг саратони купинча “нос” чекувчиларда кузатилади. Маълумки, **нос тамаки, кул, охак ва усимлик ёғи аралашмасидан тайёрланади. Нос чекувчиларда тилининг тагида узок вақт битмайдиган эрозия ва яралар пайдо булиб, саратон пайдо булишига олиб келади.** Шундай зарарли таъсир Хиндистонда кенг таркалган “бетел” чайнаш натижасида хам келиб чиқади.

Саратон олди касалликлари. Огиз бушлигининг саратон олди касалликларига лейкоплакия, лейкокератоз, папилломатоз ва сурункали яра, ёриклар киради. Уларни уз вақтида стоматолог ёрдамида даволатиш керак. Сунгги йилларда уларни даволашда консерватив ва жаррохлик усуллари билан бир каторда криоген таъсир хам кенг кулланилмоқда.

Клиникаси. Огиз бушлиги саратони билан касалланган беморларда касалликнинг бошлангич даврида патологик учокда нохуш хид пайдо булиши мумкин. Баъзан огрик бевосита килиб, буни бемор ангина ёки тиш

касалликлари билан боғлайди. Усма усган сари огрик ҳам кучайиб, азоб берадиган даражагача етиб боради, юкори чакка сохаси ёки кулокка ҳам таркалиши мумкин. Кейинчалик усма емирилади ва яллигланиши туфайли огиздан куланса хид келади. Огиз бушлиги туби саратонида купинча нотекис, гадир-будир, кулранг яра пайдо булади. У каттик консистенцияли булиб, пайпастанганда огрик беради. Баъзан яранинг асосида каттик инфилтрат булиб, тукумалар ичига чукур кириб боради, шу сабабли унинг чегараларини аниклашнинг иложи булмайди. Тил саратони шиллик каватни емирган, чети каттик консистенцияли, кучли огрикли, енгил қонайдиган яра, текис юзали тугунча ёки сугалсимон усма шаклида булади.

Огиз бушлиги хавфсиз усмасининг хавфли усмага утиши- остеобластокластома

Огиз бушлиги шиллик кавати раки - ярали лейкоплакия куринишида.

Огиз бушлиги шиллик кавати раки - ярали лейкоплакия куринишида.

Огиз бушлиги хавфли усмаси-тил раки (инфилтратив ярали формаси)

Огиз бушлиги хавфли усмаси - тил раки инфилтратив формаси.

Огиз бушлиги хавфли усмаси - юкори жаг раки.

Касалликнинг олдини олиш. Касалликнинг олдини олишга нос ва тамаки чекишни танлаш, спиртли ичимликлар, аччик, шур ва иссик овкатларни куп емаслик, огиз бушлигини соғломлаштириш, кариес тишлар, лейкокератоз, папилломатоз ва сурункали касалликларни уз вақтида даволаш киради.

ПАСТКИ ЛАБ САРАТОН КАСАЛЛИГИ

Статистик маълумотлар. Купгина чет мамлакатларда пастки лаб саратони кам учрайди. Эркаклар орасида хар 100000 та аҳолига 1 та бемор тугри келади: 1,0 тадан (Англияда) то 8,9 тагача (Венгрияда). Бу касаллик билан касалланиш йилдан-йилга камаймокда. Кишлок аҳолиси орасида шаҳарликларга нисбатан пастки лаб саратони 1,5-2 баравар куп учрайди, эркаклар аёлларга нисбатан 4 марта купрок касалланишади. Ёшлар орасида пастки лаб саратони жуда кам учрайди. Касалланиш ёшга боглик равишда усади. Купинча касаллик 40-60 ёшда пайдо булади. Энг куп касалланиш жанубий мамлакатлар ва кишлок аҳолисига тугри келади.

Касаллик сабаблари. Пастки лаб саратони билан касалланиш маълум даражада генетик хусусиятларга, тери ранги ва салбий одатларга боглик. Чекувчиларда хусусан филтрсиз сигаретани охиригача чекувчиларда пастки лабнинг куйиш холатлари ва химиявий канцероген моддаларнинг шу сохада таъсир килиши натижасида, куп микдорда алкоғолли ичимлик ичувчиларда, нефт махсулотлари, кумир, тери ва тукимачилик саноатида ишловчилар орасида купрок учрайди. Кишлокларда яшовчилар ва денгизчиларнинг куплаб пастки лаб саратони билан касалланишга куёшнинг ультрабинафша нури сабабчидир.

Усма олди касалликлари. Пастки лабнинг облигат усма олди касалликларига учокли дискератоз ва папиллома киради. Баъзан лабда лейкоплакия, учокли гиперкератоз, эрозия ва яра пайдо булади. Бу касалликлар узок вакт давом этиб, купинча саратонга айланади.

Клиникаси. Лаб саратонининг бошлангич аломатлари саратон олди касалликлари билан белгиланади.

Папилляр шакли. Лабдаги папиллома узгариб, лаб жиягининг олд томонида думалок, чегаралари ноаник, огриксиз, юзаси мугузлашган эпителиал пуст билан копланган каттиклашган жойга айланади. Кейинчалик унинг юзасида яра пайдо булиб, лаб ости ва атроф томонларига усади.

Сугалсимон шакли. Лабдаги узок вакт кузатилган дискератоз юзасида куп сонли майда усимталар пайдо булиб, улар катталашиб, бир-бирига кушилиб кетади ва пастки лабни бутунлай шикастлаб, карам рангига ухшаш саратонни хосил килади. Кейинчалик усма емирилиб, катта ярага айланади.

Яра шакли. Лабдаги узок вакт битмайдиган ёрик катталашиб ярага айланади, атрофи ва ости каттиклашади.

Пастки лабнинг папиллиматози.

Пастки лаб раки-папилляр формаси.

Пастки лаб раки-инфилтратив ярали формаси.

Диагностикаси. Пастки лаб саратони жойлашиши ва куришга кулайлиги туфайли 95-98% беморларда эрта боскичларда аникланади. кам холларда касалликнинг кеч аникланиши беморларнинг шифокорга ва уз вактида мурожаат килмаганлиги ёки у бу хасталикнинг клиник куринишини яхши билмаслиги окибатида руй беради. Уз вактида ташхис куйиш касалликдан согайиб кетишнинг асосий омилларидан биридир. Хозирги вақтда пастки лаб саратонидан согайиб кетиш учун хамма шароитлар мавжуд. Умумий амалиёт билан шугулланаётган врачларнинг асосий вазифаси касалликни аниклашдир. Пастки лаб саратонига ташхис куйиш учун сураб-суриштириш, объектив текшириш, ярадан суртма олиб цитологик текшириш, шубхали жойни биопсия килиш зарур булади.

Сураб-суриштириш. Пастки лабда саратони бор беморлар лабда усма ёки яра борлигидан шикоят киладилар. Сураб-суриштириш пайтида беморлардан яра дастлаб қачон, қандай шароитда, нимадан кейин пайдо булгани аникланади. шу билан бирга беморнинг куёш нури таъсири ёки шамолда узок вақт булиш-булмаслиги, касбий зарарликлар билан боғликлиги, меъда-ичак касалликлари билан оғриш-оғримаслиги аникланиши лозим.

Объектив текширишлар. Курик пайтида лабдаги усма ёки яранинг шакли, ташки куриниши, юзасининг ҳолати ва шикастланган жойнинг четларига эътибор берилади. Усма пайпасланганда унинг консистенцияси, улчами, яра ва инфилтратнинг узунлиги ва чуқурлиги, оғриш-оғримаслиги ва атрофдаги туқималар билан боғликлиги аникланади. Агар шикастланган жой пуст билан копланган булса, эҳтиёткорлик билан олиниб, яранинг туби, чуқурлиги ва четларининг хусусиятига эътибор берилади. Жағ, энгак ости ва буйиндаги лимфа тугунлари пайпасланиб, уларнинг консистенцияси, кимирлаш-кимирламаслиги ва улчамлари аникланади.

Жуда фойдали, аммо кам ишлатиладиган усул бу хейлоскопия килишдир. Бу пастки лабдаги касалланиш учогини 10-15 баравар катталаштириб курсатадиган оптик асбоб билан текшириш усулидир. Агар хейлоскоп булмаса, катталаштириб курсатадиган лупалардан фойдаланилади. Хейлоскоп оркали куз билан унча яхши аниклаб булмайдиган усманинг тушилиш хусусиятларини фаркланиш мумкин, бу эса клиник текширишлар хулосаси аниклигини оширади. Лаб саратонига охирги ташхис куйишда энг мухими бу морфологик текшириш усулидир. Пастки лабдаги касалланиш учогининг муфассал куриш ва пайпаслаш имконияти булсада, купгина беморларга ташхис куйишда хатоликлар руй бериб туради. Бу эса нотугри ва хавфли даволаниш утказилишига сабаб булади. Шу сабабли даволаш утказишдан олдин ташхис цитологик ёки гистологик текшириш билан албатта тасдикланиши керак.

Касалликнинг олдини олиш. Лаб саратонининг олдини олиш-бу биринчи навбатда учокли дискератоз ва папилломаларни жаррохлик ёки криоген усуллар билан даволаш демакдир. Чекишни ташлаш, алкогольли ичимликларни суистеъмол килмаслик, огиз бушлигини согломлаштириш мухим ахамиятга эга. Очик хавода ишлаш билан боглик булган касбдаги одамларга куёш нури таъсирида куп вақт булмаслик, юзни соябонли шляпа билан химоя килиш, химояловчи мойлар билан пардозлаш зарар.

Огиз бушилиги шиллик кавати ва пастки лаб хавфсиз усмалари ва саратон касаллиги билан огриган беморларнинг тиббий ходимларга (врачларга) кеч мурожаат килишларининг асосий сабаблари:

1. Огиз бушлигида пайдо булган ок доғларга беморларнинг эътибор килмаслиги.
2. Усманинг огриксиз бошланиши.
3. Усма касалликлари тугрисида маълумотларнинг етарли эмаслиги.
4. Табиблар ва баъзи хакимларнинг нотугри маслахат беришлари, “даволаш” муолажаларни утказишлар.
5. Нос чекиш одатидан воз кечмасликлари.
6. Операция муолажаларидан куркиш хиссини борлиги.
7. Хар хил фирмаларнинг шу касалликни даволаш учун дори-дармонларни реклама килишлари.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Петерсон Б.Е “Онкология” М.Медицина, 1980й.
2. Трапезников М.Н “Онкология” М.Медицина, 1996й.
3. Муродхажаяев Н.К, Т.К Худойкулов, М.Д Жураев “Онкология” Тошкент 2002 йил.
4. Блохин Н.Н “Клиническая онкология” 1979й.
5. Черенков. В.Г “Клиническая онкология” 2000г Москва.
6. Атаханова Н.Э, Тилляшайхов М.Н «Лекции по онкологии» 2001й Тошкент.
7. Тюляндин С.А, Моисеенко В.М «Практическая онкология: избранные лекции» Санкт-Петербург 2004 йил.
8. Семиглазов В.Ф “Что вы должны знать об опухолях молочной железы” Санкт-Петербург 2006 йил.
9. Тюляндин С.А, Переводчикова Н.И, Носов Д.А (редакторы русского перевода) «Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинского онкологии» Москва 2006 йил.
10. Журнал «Современная Онкология» №2. Москва 2006 йил.
11. Журнал «Маммология» Российский онкологический научный центр 2005-2006 йил.
12. Журнал «Вопросы онкологии» 2004-2006 г Санкт-Петербург .
13. Журнал «Российский онкологический журнал» 2004-2006й. г Москва. Н.И. Онкологический институт им. П.А Герцена.

Использованная литература

1. Петерсон Б.Е “Онкология” М.Медицина, 1980г.
2. Трапезников М.Н “Онкология” М.Медицина, 1996г.
3. Муродхажаяев Н.К, Т.К Худойкулов, М.Д Жураев “Онкология” Ташкент 2002 год.
4. Блохин Н.Н “Клиническая онкология” 1979г.
5. Черенков. В.Г “Клиническая онкология” 2000г Москва.
6. Атаханова Н.Э, Тилляшайхов М.Н «Лекции по онкологии» 2001г Ташкент.
7. Тюляндин С.А, Моисеенко В.М «Практическая онкология: избранные лекции» Санкт-Петербург 2004 г.
8. Семиглазов В.Ф “Что вы должны знать об опухолях молочной железы” Санкт-Петербург 2006 год.
9. Тюляндин С.А, Переводчикова Н.И, Носов Д.А (редакторы русского перевода) «Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинского онкологии» Москва 2006 год.
10. Журнал «Современная Онкология» №2. Москва 2006 год.
11. Журнал «Маммология» Российский онкологический научный центр 2005-2006 год.
12. Журнал «Вопросы онкологии» 2004-2006 г Санкт-Петербург .
13. Журнал «Российский онкологический журнал» 2004-2006г. г Москва. Н.И.Онкологический институт им. П.А Герцена.

М У Н Д А Р И Ж А

Суз боши.....	2
Хавфли ўсмаларни аниқлашнинг умумий қоидалари.....	5
Терининг хавфли ўсмалари. Тери саратони.....	6
Тери меланомаси (меланобластома).....	11
Кургазмали расмлар.....	14
Сут беи саратон касаллиги	16
Кургазмали расмлар.....	25
Упка саратони касаллиги.....	26
Кургазмали расмлар.....	38
Кизилунгач саратон касаллиги	31
Меъда саратони касаллиги	35
Кургазмали расмлар.....	56
Огиз бушлиги саратони касаллиги.	44
Кургазмали расмлар.....	59
Пастки лаб саратон касаллиги	46
Кургазмали расмлар.....	63
Фойдаланилган адабиётлар	49

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие	4
Общие вопросы выявления злокачественных опухолей	6
Злокачественные опухоли кожи. Рак кожи.....	7
Меланома кожи (Меланобластома)	12
Иллюстрации	14
Рак молочной железы	23
Иллюстрации	25
Рак легких	36
Иллюстрации	38
Рак пищевода	43
Рак желудка	47
Иллюстрации	56
Рак полости рта	58
Иллюстрации	59
Рак нижней губы	62
Иллюстрации	63
Литература	66

C O N T E N T S

Preface.....	5
General questions of the appearance of cancer (Bad qualitative swelling of skin)	6
Cancer (Bad qualitative swelling) of the skin. Cancer of skin.....	7
Melanome of skin (Melanabla/ctoma)	12
Illustrations	14
Cancer of milky iron	23
Illustrations	25
The lunge cancer (the slight cancer).....	36
Illustrations	38
Gullet (esophagus) cancer.....	43
Cancer of stomach	47
Illustrations	56
Cancer of the mouth cavity	58
Illustrations	59
Cancer of the low-lip	62
Illustrations	63
Literature	66

Китобнинг расмли, тулик матнини олиш учун tib1@mail.ru электрон почта манзилига мурожаат килинг.