

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Андижон Давлат тиббиёт институти

Онкологик кафедраси.

Кафедра мудири: профессор Ибрагимов С.С.

ОНКОЛОГИЯ

(5-7 курслар учун)
маъруза матнлари

Андижон – 2005

МАЪРУЗА.

Мавзу: **УПКА РАКИ**

МАЪРУЗА РЕЖАСИ:

1. Мавзу: Упка раки.
2. Упка ракининг тарқалиши.
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клиник куриниши
6. Ташхисоти
7. Даволаш услублари, даво эффективлиги
8. Профилактикаси.

УПКА РАКИ.

(ташхис килиш ва даволаш муаммолари)

Упка раки кенг ратқалган касаллик бўлиб, куп давлатларда усма касаллари орасида биринчи уринни эгаллайди.

Кейинги 30-50 йил мобайнида упка раки энг куп учрайдиган касалликлардан бўлиб, ёмон сифатли усмалар билан касалланиш умумий структурасида ошқозон, бачадон, тери ракидан сунг туртинчи уринни эгаллайди. (А.М, Мерков ва б). 1962) 1785-2000 йиллар мобайнидаги текширувлар курсатишича упка раки 1974 йилга нисбатан 24,5%га купайган. Бу эса упка раки билан огриган касаллар сонини 44,4% га, касалликдан улим сонини эса 34,4%га ортишига олиб келади. (Б.Н.Ковалев и соавт.1992) Кейинги йилларда аёллар орасида упка раки билан огриши ва улим куп холларда эркаклардагига нисбатан юкори даражада экани кузатилмоқда.

ЭТИОЛОГИЯ.

Упка ракининг келиб чиқишида ташки мухит омиллари мухим аҳамият касб этади. Упка ракининг куп учрашига сабаб хар хил канцерогенларнинг таъсири ва куп холларда чекиш билан биргаликда таъсир килишидир деб ифодаланади. Атмосфера хавосининг саноат ва автомобиль газлария. Маиший ва техникавий чикитлар билан ифлосланиши, ахволи зичлиги, упка раки ривожланишида мухим роль уйнайди.

Бундан ташқари, хозирги замон кишисининг фан ва техника тараккий этган даврда жисмоний фаоллиги ва соф хавода булишининг камайгани, жисмоний меҳнат уринни аклий меҳнат эгаллаб бораётгани куп холларда упка вентиляцияси ва бронхлар санациясининг сусайишиги олиб келиши натижасида канценоген моддаларнинг шиллик пардаларга таъсирининг кучайиши ва упкада усмалар пайдо булишига асос яратилади. Хаво намлиги, температурасининг суткалик алмашинуви булмаслиги нафас йуллари шиллик пардалари атрофиясига олиб келади, натижада эпителий метаплазияси билан кечувчи сурункали атрофик бронхитлар кузатилади. Упка усмалари ривожланишида чекишнинг аҳамияти катта.

Кунига икки урамдан ортик сигарет чекувчи одамларда упка раки билан касалланиш чекмовчиларга нисбатан 20 марта ортик (Гаммонд, Горн, 1957 й).

Потенциал канцерогенли саноат омиллари 0 канцерогенли химиявий моддалар никелб, кобал, хром, темир оксиди, олин гугурт, бирикмалари, радиактив моддалар, асбест ва полиметалл рудаклари билан ишлаш мобайнида ортирилган касалликлар туфайли упка раки пайдо булиши профессионал миллар таъсирида рак хосил булишидан далолат беради.

Эндоген факторларига сурункали упка касалликлари – пневмония, туберкулёз, бронхит, локал пневмофибрез, 45-50 ёшдан кейин давр киради. Генетик факторларга бирламчи куп усма касаллиги ва упка ракининг 3 ва ундан ортик кариндошларда борлиги киради. Упка раки патогенезида 3 та мухим омилни хисобга олиш керак:

1. Упканинг химиявий, радиактив, бластомоген омиллар тутувчи механик аралашмалар билан чангланиши ва дудланиши.
2. Упка санацисининг бузилиши ва бунинг оқибати сифатида канцероген омилларнинг бронх девори ва упка тукумасида тупланиб қолиши.
3. Организм иммун ҳолатининг сустайиши ва усма ривожланишига қарши туриш қобилиятини пасайиши.

Касаллик ривожланишида бу факторлар ҳар хил вариацияда келиши мумкин.

УПКА РАКИГА ГУМОНЛИ ГУРУХНИ ШАКЛЛАНТИРИШ.

1. Упка касаллиги белгилари йук пациентлар учун: эркак жинси ва 50дан юкори ёш; аввал ва ҳозирда саноат зарарлари билан алоқадорлик; куп чекиш; упканинг сурункали касалликлари борлиги;
2. Ноаниқ ташхисли пациентлар учун: овоз темборини узгариши; қучли мажбурий, балғамда қон пайдо бўлиши, тана ҳароратининг қутарилиш, СОЭ ва лейкоцитознинг қутарилиш, бу белгиларнинг бирламчи рентгенологик текширувида упка дарвозасининг деформацияси, диффуз ёки учокли пневмосклероз билан кечиши.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

Энг қенг тарқалган ва амалиётга қулланилаётган синфланиш 1957 йили А.И.Савицкий томонидан тавсия этилган.

I. Марказий тури:

эндобронхиал рак
перибронхиал тугунакли рак
шахсимон рак

II. Периферик тури:

Шарсимон усма
Пневмониясимон рак
Упка чуққиси раки (Пенқост)

III. Атипик тури:

Медиастинал тури
Миллиар тури
Суяк тури
Мия тури.

Ошқозон ичак тури

Жигар тури ва бошқалар.

Бундан ташқари упка раки тарқалиш босқичлари ва халқаро TNM тизими бўйича синфланади.

КЛИНИКАСИ.

Упка раки клиникаси қупинча усманинг жойлашуви, усиш тури ҳажми, метастаз бериш ҳарактерига боғлиқ бўлади. Усманинг клиник-анатомик шакли ривожланишнинг эрта этапларида мухим аҳамиятга эга.

МАРКАЗИЙ РАК.

Марказий рақда клиник манзара бронхлар утқазувчанлигининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, патогенетик механизми бўйича қуйидагилар бўлинади: бирламчи ёки маҳалий белгилар бу симптомлар бронх бўшлиғи бирламчи усма тугунининг пайдо бўлиши билан тушунтирилиб, улар симптомлар хисобланади. (йутал, қон туфуриш, хансираш, қуқрак қафасида оғриқ); иккиламчи белгилар-бу узининг патогенетик

табиатига курс одатда кечки ва нибатан таркалган усмали процессда пайдо булади. Бу белгилар бронхоген рак яллигланиш табиатли асоратлар билан регионар ёки узок метастазлар, кушни органларнингжараёнга кушилиши билан келганда ривожланади.

Йутал. Усма ривожланишининг бошлангич боскичларида рефлектор хусусиятли були, 80-90% беморларда кузатилади. Йутал аввалига курук, баъзан кучли булиши мумкин. Беморлар доимий равишда йуталга шикоят киладилар, тана ҳолатининг узгариши киска муддатли енгилликка олиб келиши мумкин. Вакт утиши билан эса бронхнинг обтурацияси кучайган сари, йутал шиллик ёки йирингли – шиллик балгам ажралиши билан булиши мумкин.

Кон туфуриш. Купинча бронх деворига усиб кирган усманинг парчалиниши натижасида келиб чиқади. Кон туфуриш балгамда оч рангли кон лахтаклари шаклида, баъзан эса диффуз холда булиши мумкин. Касалликнинг кечки боскичларида эса балгам «малина желе» - куринишида булиши мумкин.

Хансираш. 30-40% беморларда учраб, бронх диаметри канча катта булса, хансираш шунча яқолрок намоён булади.

Кукрак кафасидаги огрик 60-65% холларда кукрак кафасининг касалланган кисмида, 8-10% холларда эса карама-карши кисмида кузатилади. Огрик кучи хар-хил интенсивликда булади.

Айрим холларда беморлар кукрак кафасида огирлик, ноаник огрик хисётига шикоят киладилар.

Хароратнинг кутарилиши 50-60% холларда рак билан бирга кечувчи иккиламчи яллигланиш процесси билан боглик булади.

Объектив текширувда катор кушимча белгилар аникланиши мумкин. Касалликнинг куйи боскичларида ателектаз туфайли кукрак кафасининг пучрайиши, нафас олишда орқада колиши, кобиргаларнинг узаро яқинлашуви кузатилади.

Агар экзофит эндобронхиал усма тезда обструктив пневмония белгиларини берса, эндо-экзобронхиал усувчи усмалар бронх утказувчанлигини узок вақт бузмагани туфайли касаллик белгилари куйи боскичларда намоён булади.

Упка чуққисининг раки (Пенкост) елка чигали, симпатик ук, кобиргааро нервлар, 1-кобирга зарарланиши белгилари билан кечади. Горнер ва бошка нервлар (симпатик ук, адашган, диафрагма) зарарланиш белгилар кузатилади.

Касалликнинг атипик турлари метастазларнинг локализациясига монанд клиник симптомлар беради.

ТАШХИСОТИ.

Упка раки ташхисотида клиник симптомларни тугир тахлил килиш катта аҳамиятга эга. Тана хароратининг киска муддатли тез-тез кутарилиш, йутал, кукрак кафасида огрик, кон туфлаш ҳамма вақт упка ракига гумон килишга асос булади. Ракнинг I-II боскичлари симптомсиз кечса, куйи боскичларининг асоратлари (пневмония, плеврит, абцесс, олис метастазлар) касалликнинг хақиқий куринишини мумкин.

Упка раки ташхисотининг асосий муаммоси – касалликни субклиник даврда аниқлаш имкониятларини кидиришдан иборат.

Флюорография хизматини юксалитириш, сурункали упка касаллари билан огриган беморни доимий назоратда саклаш, уларни даврий тулаконли бронхологик текширувдан утказиб туриш орқали упка ракининг эрат ташхис килишга эришиш мумкин.

Рентгенологик текширув упка раки ташхисотида ҳал қилувчи роль уйнайди, рентгенскопия, купукли рентгенография, томография, бронхография, пневмомедатинография ва ангиография усуллари уз ичига олади.

Упка раки рентгеноморфологик белгиларини тахлили касалликни зурайи тезлигига кура 3 гуруҳга булишга имкон берди:

I. Иккиланиш даври 17-80 кун (37%)

II. Иккига булиниш даври 81-160 кун (37%)

III. Иккига булиниш даври 161-256 кун (20%)

Биринчи гурухга шаклланмаган ва кам шаклланган рентгенологик шарсимон куринишдаги усма, иккинчи гурухга, хажмидан катъий назар нотугри шарсимон шакл хос булса, ноаник кон турли тез, уртача ва секин усувчи. Атрофдаги упка тукумасига ушиб кириб борувчи усмала учунчи гурухга хосдир.

Рентгенологик текширувнинг мухим вазифаси усмаларни бошлангич бочкисларида, хали усма бир анотомик тузилмадан бошкасига утмай туриб аниклашдан иборат. Беморни канча упка касаллиги клиник белгилари кам ривожланган даврда кенг рентгендиагности текширувлар утказилса, шунча эрта боскичда упка ракини ташхис килиш имконияти яратилади.

Упка ракининг клиник – рентгенологик синфланиши:

I. Марказий рак.

II. Периферик рак.

III. Упка чуққиси раки (пенкост)

IV. Медиастинал рак.

V. Миллиар карциноматоз.

Куп холларда касалликни тула рентгенологик аниклаш учун традицион рентено-томографи етарли булади.

Балгамни цитологик текширув (беш марталаб 50-85% холларда марказий, 30-60% холларда эса периферик упка раки хужайраларини балгамда аниклаш ва ташхис куйиш имконини беради.

Пайпасланувчи периферик лимфа тугунларини пункцион биопсичси ва биоптатни морфологик текширув оркали 60-70% беморларда упка ракини тасдиклаш мумкин.

Ташхиснинг иммунологик услублари клиник амалиётга хозирча кенг кулланилмапти. Усма маркерлари: рак-эмбрионал антиген, тукма полипептид антигени, липиб богли сиал кислоталарни аниклаш маълум амалий ташхисий ахамиятга эга.

Беморларни комплекс текширувда бронхоскопия катта ахамият касб этади. Усманинг перибронхиал усишию, юзасининг некрози, каттик капсула хосил килиши, коновчанлиги текширувда катта кийинчиликлар тугдиради. Куплаб биопси яолиш туфайли 98.9% холларда текширув аниклигига эришиш мумкин.

Упка яширин ракини аниклашда бронхларни алохиад катетеризация килиш оркали ювиб цитологик текшириш, бронх шиллик пардасидан куплаб биопсия олиш ва морфологик текшириш оркали усманинг тасдикланиши ташхисотда мухим роль уйнайди.

Соглом бронх шиллик каватига нисбатан бронхоген усма хужайраларида гематопорфирин дериватининг ун хисса куп тупланиши ва ультрабинафша нур остида флюоресценциялаш хусусияти балгамида атипик хужайралар аникланган беморларда бронхоскопик усулда упканинг мафйда усмалари ва прединвазив ракини аниклаш имконини беради. Фибробронхоскоп бу холда ультрабинафша нур манбаи, нур йуналтиргич, фильтр ва фокусдаги сояни кучайтиргич билан таъминланади. Айрим муаллифлар фикрича, 80: холларда жаррохлик давосидан сунг эртаки рецидив кузатилади. Трансбронхиал селектив электроплетивмография упка раки сохаси ва унга кушни сохаларда чукур ва стабил узгаришларни аниклайди. Кузга куринмайдиган узгариш холларида тукуманингузиб олиб текшириш 85,3% гача (контролда 64,7%), браш-биопсияда-76,6% гача (контролда 51,1%), кюретаж биопсияда – 81,3 % гача (контролда 52,4%) аниклик даражаси ортади.

Комплекс диагностикани янада яхшилашда метастазга гумонли лимфа тугунларидан трансбронхионал биопсияга йуналтирилган эндобронхила ультратовушли сканерлаш катта ахамиятга эга. Бу услуб касалликнинг кукс оралигида

таркалиш даражасини тугри аниклаш ва жаррохлик, комбинацияли, комплекс даволаш тактикаларини адекват режалаштириш имконини беради.

Упка ракини даволаш.

Упка раки химиопрепаратлар радиоактив нурларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолад икки гуруга булинади: сезгир-майда хужайрали (арпасимон, урчуксимон, лимфецитсимон, полиморф хужайрали) упка раки: резистент-майда хужайрали булмаган (хар хил даражада такомиллашган яси ва без хужайрали)ларга булинади. Иккинчи гуруҳ касалликнинг 75-80% ташкил этади.

Упка ракини специфик даволаш онкологик, хирургик, фтизитрик клиникаларда олиб борилади. Бунга сабаб, касалликнинг клиник кечиши, хусусиятлари, ташхисий ҳатолар, қисмон онкопулмонологик хизматнинг етарли даражада эмаслиги булади. Махсуслаштирилмаган клиникаларда даволаш купинча жаррохлик услубида булиб ташриҳдан сунг бемор махсус учун онкологик ихтиёрига юборилади.

Упка ракини даволашда асосий радикал ташриҳлар пневмоэктомия ва лобэктомия булиб, куп ҳоллара уларнинг вариантлари: кенгайтирилган ёки комбинацияли пневмоэктоми, лобэктомия-бронхциркуляр резекцияси билан, биллобэктомия кулланилади.

Пневмоэктомияга курсатмалар: марказий рак қушни булақларини зараловчи периферик рак, бир неча регионар соҳаларда метастатик лимфа тугунлари булиши, бирламчи усма локализациясидан катъий назар упка илдизи томирларининг инфильтратцияси (II-III боскич).

Кенгайтирилган пневмоэктомияда, одатдаги пневмоэктомияга нисбатан, олди ва орқа қуқс оралиги туқималарнинг лимфа тугунлари билан паратреҳеал, паразеофагеал тугунларнинг бир олиниши мақсад қилиб қуйилади. (Т-I-III № - II МО; III-боскич)

Усманнинг перикардга қуқрак қафасига трахеобронхиал бурчакка, диафрагмага, қизилунгачга усиши комбинацияли пневмоэктомия учун асос булади. Кенгайтирилган ва комбинацияли пневмоэктомия фақат юқори такомиллашган рақларда утқазилади.

Перифериклар рак, сегментар бронх марказий раки булақ бронхи дистал қисми рақиди Т-№ - IМО ҳолларда лобэктомия қилинади.

Қартайган беморларда, юрак-томир ва нафас системалари функционал ҳлатида ҳисобга олган пневмоэктомия ман этилса бронхрезекцияси билан юқори лобэктомия трахеобронхиал ва упка илдизи лимфа тугунларини олиш билан қилинади. Бундай қомпромиа ташрифлар шартли радикал ҳисобланади.

Упка рақиди урта добэктомия қамдан-қам бақарилади. Фақат 3 см гача булган периферик рақдагина ёки сегментар бронхметастасиз рақидагина бу ташриҳни бақариш мумкин.

Қуйи лобэктомия ташриҳи сегментар бронх марказий раки, қуйи буқал периферик рақиди кулланилади. Т-I; 2 № - OIM- O.

Қуйи биллобэктомия қуйи ва урта булақ марказий раки, қуйи ва урта булақ периферик раки булақлараро эғатга упка бронх лимфа тугунларига тарқалган ҳолларда бақарилади. Т-2 № OMO, Т-№ IМО

Упка рақининг ташриҳ усулида даволашнинг узок натижалари қасаллик босқичи, гистоморфологик тузилиши билан узвий боглиқдир.

Пневмоэктомиядан сунг 5-йиллий яшовчинлик 24,1%, лобэктомиядан сунг 31,8%. Яқши натижалар эрта босқичларда, юқори такомиллашган усма турларида қузатилади.

Упка рақининг нур билан даволаш «Вольфрам», «Рокс», «Луч» қабии такомиллашган дистанцион гамма-терапевтик усқуналарининг яратилиши билан боглиқ.

Нур билан даволаш купинча усма ва метастазлар усишининг туҳтатади, огир клиник симптомларни (нафас қисиши, тинимсиз метал, қон туфлаш, қуқракда огрик) усайтиради, яллиглантириш сурулиб бронх утқазувчанлиги тикланади, ателектас

ёзилади. Асосан нур билан даволаш паллиатив характерга эга булиб, бемор ахволини биров булсада енгиллатиш учун кулланилади.

Бемор ташрихни рад килганда, унга каршиликлар булганда касаллик куйи боскичларида упка дарвоза ва кукс оралигида метастазлар булганда, морфологиясидан катъий назар иноперабель холлардан нур тавсия килинади.

Кескин озгинлик, фаол упка туберкулёзи, упкадан кон кетиши экссудати плеврит, юрак-упка етишмовчилиги, усманинг катталиги (12смдан юкори), плеврага диссемениция, усманинг ириши нур билан даволаш учун монелик килувчи омиллардир.

Нур билан даволаш асосий муолажаси килиб белгиланса кундан бир-икки дала нурланади, бир марта ютиладиган учогли доза 150-200 раддан кам булмаслиги керак. Хамма ютилган учогли дуза 4000дан 12000 радгача булиб, бунга 4-8 хафта мобайнида эришиш керак. Касалликнинг эрта боскичларида радикал услубда нур билан даволаш куп холларда беморларнинг тула тузалишига олиб келади.

Нур билан даволаш баъзида ташрих ва химиотерапия билан комбинацияда олиб борилади.

Химиотерапия.

Хозиргача мавжуд химиопрепаратлардан скелофосфан, ниторзо мочевина, метотрексат, адриамитцин, этопозит булиб хар-хил комбинацияларида кулланилади. Максимал кутара олинадиган дозаси белгиланади ва схемалаб дорига резистентлик ошмаслиги учун алмаштириб берилади. Интенсив имеотерапия сучк мияси аутотравплантацияси билан олиб бориши мумкин.

Даво эффективлиги усма регрессияси ва ремиция узоклиги билан белгиланади. Махаллий таркалган ракта 69-94%, тула 20-5-% усма регрессияси кузатилиши мумкин. Уртача умар 14ой, 2-5 йиллик яшовчанлик 9-18 ва 3-9 %.

Таркалган турларида регрессия 15-20% беморда, кузатилди.

Уртача яшовчанлик 8 ой.

Жуда куп беморлар симптоматик давога мухтож буладилар.

Махсус давони албатта антибактериал терапия, кон тухтатувчилар йутални босувчи, огрикни колдирувчи, интоксикацияни хайдовчи дори-дармонларни адекват куллаш билан бирга олиб бориш керак.

АДАБИЁТЛАР.

1. Черенков В.Г. «Клиническая онкология».Москва2000
2. Российский онкологический журнал «Заболеваемость населения россии злокачественными новообразованиями в 2000 г.» 3.2002 ст 39-43
3. Коэн Д. «Секреты онкологии и гематологии».Москва,1997.
4. Черезов А.Э. «Общая теория рака».Москва1997.
5. Трапезников Н.Н. ва бошкалар. «Злокачественные новообразования в СССР и союзных республиках. М.Медицина. 1989. Част № стр.1-169.
6. Денисов Л.Е. и др. «Рак легкого: перспективы заболеваемости и улучшение диагностики до 1995 г.Груд. Хир. 1988. № 6 с.57-59.
7. Давыдов М.И. «Изучение возможности выявления раннего рака легкого с использованием опухолевых маркеров. (актуал. Вопр. Совершенст.Онкол.Компонента диспансеризаций) В сесоюз. Конф. Тез. Докл. Томск. 1999. С. 33-35.
8. Давыдов М.И с соавт. «Результаты лечения болных» раком легкого (обзор.Информация. Медицина и здравоохранение. Выживаемость онкологических больных. 1989. №3.3 стр. 2-12.

9. Переводчикова Н.И. показана ли химиотерапия при немелкоклеточном раке легкого. Современные тенденции развитиями лекарственной терапии опухолей. Конференция ЕСМО., 9-10 декабря 1997 –с57.
10. Бычков МБ, Горбунова В.А, Современная тактика лечения мелкоклеточного рака легкого, 1 съезд онкологов стран СНГ.Мат.Съезд, 1996-ч.2-с.372
11. Беттичер Д. Новые мишени противоспухолевогой терапии. Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей. Конференция ЕСМО. М., 9-10 декабря 1997-С. 10-14

Мавзу: **КИЗИЛУНГАЧ РАКИ.**

МАЪРУЗА РЕЖАСИ

1. Кизилунгач ракининг таркалиши
2. Этиологияси
3. Патогенези
4. Клиник куриниши
5. Ташхисоти
6. Усма жойлашугива караб даволаш услубини танлаш, даволаш
7. Профилактикаси

Кизилунгач раки – мураккаб муаммо. Кизилунгач касалликларининг 80-94% ни рак ташкил килади. Бошка турдаги усма касалликлари жуда кам учрайди.

Статистик маълумотларга караганда, кизилунгач раки билан касалланиш ер шари бўйлаб бир текис таркалган эмас. Айрим давлатлар ва аҳоли гурухлари ичида кизилунгач раки билан оғриш кам учраса, айрим жойларда бунинг акси кузатилади.

Масалан: Туркменистон, Козогистон, Ўзбекистонда 100 000 аҳоли нисбатида 26,6;25,7;28,6 бўлса, Украина, Беларусия, Битвада 1,7; 2,6; США да 1,7; Англияда 3,3. Айрим давлатлардаги юкори даражада касалланишни урганган муаллифлар (А.В. Чаклин, 1963 г.) касалликнинг ривожланишида овкатланишнинг узига хослигига катта аҳамиятга эга эканини аниқладилар. Касалликнинг хар-хир таркалишида аҳоли генетик хусусиятлари билан бир каторда сув ва тупрокнинг геслого- минералогик ҳолати хусусиятлари: юкори минералланиш уредиеактив микроэлементларнинг мавжудлиги муҳим аҳамиятга эга.

Кизилунгач ракидан улим касалланишга нисбатан юкори. Беморларнинг асосий қисмини 60 ёшдан юкори шахслар ташкил килади. 70 ёшдан юкорилар 46,2% 60 ёшдан юкори касалларда эркаклар 71, 61 аёллар 28,9% ни ташкил килади.

Рак олди касалликлари

Пламмер-Винсон синдроми – димий бир хил овкатланиш натижасида темир ва витаминлар етишмаслиги туфайли огиз бушлиги, халкум, кизилунгач шиллик пардасининг атрофияси кейинчалик гиперкератози билан кечувчи анемия ва ахлоргидрия синдроми шимол аҳолиси, Каспий, Орол бўйи аҳолиси).

Зарарли одатлар: овкатни яхши чайнамаслик, данаклар ва майда суякларни ютиш, ута иссик овкатланиш, аччик ва спиртли ичимликлар истеъмол қилиш.

Чандикли узғаришлар – кизилунгачнинг химиявий қуйишларидан сунг келиб қчиб, чандикли узгарган кизилунгач раки диагностика сиқинлиги сабабли малигнизация кам ҳолларда аниқланади.

Кизилунгач полиплари-ракга айланиш эҳтимоллиги юкори бўлиб, шиллик ости ёки безли эпителийдан ривожланувчи оёқчали ҳосилладир. Бундан ташқари киста, липома, фиброма, миома, лейомиома, гемангиома миксома каби усмалар ҳам учрайди.

Пептик яра вадивертикуллар сурункали яллиғланиш ва инфекция учоги сифатида малигнизацияга мойил бўлиши мумкин.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ.

Кизилунгач раки асосан физиологик торайган жойларда ривожланади. Кизилунгачнинг юкори кисмида – 10% холларда, урта кисмида 60% ва пастки кисмида 30% холларда учрайди.

Макроскопик манзарасига кура кизилунгач ракининг учта асосий тури учрайди:

ярали

сугалсимон-папилломатоз

инфильтрацияловчи-шиллик ости ёки скирроз

Кизилунгач ракининг Я Р А Л И тури касалликнинг бошлангич боскичларида шиллик каватда жойлашган тугунчани эслатиб, жуда тез вақт ичида, ярага айланиш хусусиятига эга.

СУГАЛСИМОН-ПАПИЛЛОМАТОЗ турдаги кизилунгач раки-гулли карамни эслатувчи супалсимон усимталар булиши билан намоён булади.

ИНФИЛЬТРАЦИЯЛОВЧИ турдаги рак шиллик парданинг чуқур каватларида ушиб, бир вақтнинг узида шиллик ости каватни ҳам зарарлаб, асосан кизилунгачнинг айланаси буйлаб таркалади.

ТАРКАЛИШИ

Кизилунгач ракининг таркалиши ҳам бошка аъзолардаги каби були, ракининг беъвосита атроф туқималарга ушиб, гематоген диссеминация ва лимфоген метастаз бериши билан намоён булади.

Ракининг беъвосита атроф туқималарга ушиб кизилунгач буйлаб юкорига ва пастга булади, яъни шу йул оркали ошқозонга ва халқумга утиши мумкин. Усманинг кизилунгач девори буйлаб таркалиши билан биргаликда чуқур ва юзаки регионар лимфа тугунларнинг жараёнга кушилиши кузатилади. Усма кизилунгач урта кисмида булса лимфатик метастазлар трахея атрофи, упка дарвозаси, куйи кизилунгач сохаларида булади. Куйи кисм усмаларида диафрагма ости, паракрдиал тугунларга метастаз беради. Бундан ташқари париэтал ва висцерал плеврага тариксимон сочилган метастазлар кузатилади. Касалликнинг олис гематоген метастазлари купинча упка ва жигарда кузатилади. Ракининг скирроз тури кам ва секин метастаз беради, айрим холларда эса кичкана усма катта метастазлар билан кечиши мумкин.

Гистологик тузилишига кура 96,2% ясси хужайрали рак, 3,8-4,3% аденокарциномалар 0,04% саркомалар турли даражада такомиллашган холда кузатилади.

Боскичлари буйича синфланиши.

боскич-кизилунгачнинг шиллик ва шиллик ости каватларига ушиб кирган кичк хажмдаги усма. Бу боскичда мушак кават зарарланмайди, торайиш кузатилмайди, метастазлар йук.

боскич-усма кизилунгач деворининг ҳамма каватларини зарарлайди, лекин ташки томонга ушиб чикмайди. Регионар лимфа тугунларда якка метастазлар аникланади.

боскич-усма кизилунгачнинг бутун девори буйлаб усади, кизилунгач олди туқимасига ҳам утади. Кушни аъзоларга ушиб кирмаган, у кизилунгач бушлиги умуман йук ёки усма хисобига жуда торайган. Регионар лимфа тугунларида куп микдордги метастазлар аникланади.

боскич-усма кизилунгача деворини тула эгаллаб кушни аъзоларга ушиб киради, кизилунгач-бронх, кизилунгач-трахея фистулалари пайдо булади. Олис метастазлар кузатилади.

Клиникаси ва симптоматологияси

Кизилунгач ракининг маҳаллий ва умумий белгилари тафовут килинади. Доимий симптоми-дисфагия, А.И. Савицкий ва В.И. Казанскийлар фикрига кура аввало кизилунгач усмаси жойлашган жойдаги спазмига боғлиқ, кейинги боскичларда эса усманинг механик қисилиши билан боғлиқ.

Огрик – овкат тановул килаётган пайтда-вактинчалик, тановулдан катъий назар-доимий булиши мумкин. Беморлар туш ортида ачишиш, босим сезадилар. Баъзан огрик юрак хуружларини симуляция этиши мумкин.

Горнер синдроми-миоз, птоз, эндрфталъм; ёруглик реакциясининг сусайиши, юз ва буйин сохаларида терлашнинг кучайиши симпатик нервнинг зарарлашниши туфайли келиб чиқади.

Огиздан нохуш хид келиши –овкатнинг усма сохасида узок вақт ушланиб туришиши ёки усманинг парчаланиши оқибатида юзага келади.

Адашган ва кукрак-корин нервларининг усма билан эзилиши натижасида куркув ва диспноэ хуружи, гастродуоденал бузилишлари келиб чқади.

Кайталанма нервнинг зарарланиши натижасида эса овознинг хириллаб қолиши, аккиловчи йутал ҳамда буйин лимфа тугунларининг катталашуви кузатилади.

Кизилунгач ракиннинг умумий белгиларига озиб кетиш, умумий холсизлик, анемия, сувсизланиш, интоксикация киради.

Касаллик давомийлиги

Касалликнинг уткир шакли купинча ёшларда учраб касаллик давомийлиги бир неча ойни ташкил килади. Катта ёшдагиларда: эса касаллик аста-секин ривожланиб (1,5-2 йил) асосий белгилар суст намоён булади, умумий белгилар (озиб кетиш, холсизлик) эса зурайиб боради.

Диагностикаси.

Объектив белгилар. Аускультацияда: ютунганда иккинчи тову (10-20 сек нормада) 6-8 сек дан сунг эшитилади.

Рентгенологик текшириш: кизилунгач ракида муҳим урин эгаллайди. Кукрак кафасининг обзор р-скопия вар-графияси упка ва кокс оралигидаги метастазлар бор йуклигини аниқлашда муҳим.

Рентгеноскопия, рентгенорафия, томографи. Пневмомедиастинография, респиратор полиграфия, радиоизотопли текширув, эзофагоскопия, цитологик текширувлар муҳим урин эгаллайди.

Рентгенологик белгилар – шиллик кават укламалари муътадил холатининг бузилиши, тулиш дефекти (экзофит усмаларда) «Токча» симптоми (яра усмада), деворининг ригидлиги, усмали кисмда перистальтиканинг йуклиги кузатилади. Пневмомедиастинум шароитида: кизилунгач деворларининг калинлашуви, усма контури, усманинг кушни аъзоларга усиши, кукс лимфа тугунларига метастазлар аникланади. Респиратор полграфияда –усма характчанлиги аникланади.

P^{32} изотопи билан радиоизотоп текширув оркали изотопнинг бошка аъзоларга нисбатан усмада куп йигилиши аникланади.

Эзофагоскопия усманинг холати, атрофидаги шиллик пардага усиши, инфильтрация бор ёки йуклигини , биопсия олиш имкониятларини беради.

Фиброэзофагоскопия цито-гистологик текширувлар имкониятини беради.

Дифференциал ташхис

Кизилунгач раки дисфагия берувчи бошка касалликлар билан утказилади. Яхши сифатли усмалари – эзофагоскопик ва рентгенологик белгилари ракдака эмас. Кизилунгач ахалазияси билан куйи кисм инфильтратив ракини фарклаш анча мушкул. Ахалазияда дисфагия доимий эмас, баъзан суюк овкат суюлига нисбатан осон утади. Рентгенограммада кизилунгач супрастенотик кенгайиши кузатилади, спазмолитиклар яхши таъсир этади.

Эзофагит туш ортида огрикнинг овкат ютган пайтда кучайиши, аччик ва дагал овкатлар китиклаши билан кечади. Сурункали эзофагитда шиллик парда атрофияланган, оқиш, тиртиklar туфайли деворлари ригид булади.

Кизилунгач веналари варикоз кенгайишида рентген текширувида купол буйлама эгри-бугри букламалар кенгайган веналар эканидан далолат беради. Тиртикли

торайишларни усмали торайишдан фарклашда цитологик текширувнинг ахамияти катта.

Даволаш.

Хозирги пайтда кизилунгач ракини ягона радикал даволаш усули-ташрихдир. Кизилунгач юкори кисми усмаларида ташрих камдан-кам бажарилади, катта тахликали, кам яхши натижа беради. Шу туфайли нур билан даволаш максадга мувофикдир. Куйи кисми ракида танланган ташрих бир муддатли кизилунгач ва кардия резекциясини аорта ёйи остида кизилунгач-ошкозон анастомози куйиш билан плевра оркали олиб боришдир.

Урта кисми ракида – икки этапли ташрих: Добромислов – Торек ташрихи кизилунгач пластикаси.

Кейинги даврда аввало гастростома куйиш, кейин кизилунгач резекцияси, сунг эзофагопластика ташрихлари утказиш билан ташрихдан кейинги эрта улим фоизини анча пасайтиришга имкон бермокда.

Кизилунгач усмаси ташрих килиб булмайдиган даражада усган булса, утказувчанлик бутунлай булмаса паллиатив ташрих кулланилади. Гастростомия. Утувчи эзофагогастроанастомоз, реканализация. Кейинги пайтларда комбинацияли ташрихий ва нур терапияси кулланилмокда.

Комбинацияли услубда беш кун мобайнида кенг фракцияли нур920 гр) бергач икки кундан сунг ташрих утказилади. Булинган фракцияли нур билан даволашда 30 гр бергач, 2 хафтадан сунг ташрих утказилади.

Ташрихга каршиликлар булса нур давоси булинган усулда 50 гр берилади.

Паллиатив максадда 20-40 гр нур берилади. Даво юкори калорияли суюк овкатлар, витаминлар, эзофагит профилактикаси учун зарур препаратлар бериш билан кушиб олиб борилади.

Кейинги даврда химиопрепаратлар билан даволаш хам йулга куйилмокда. Ясси хужайрали кизилунгач раки катор химиопрепаратларга сезгир экани аникланди (колхамин, сарколизин, метотрексат, планиол ва б)

Химиотерапияни нур билан кушиб олиб бориш самарали булади.

Адабиётлар

1. Онкология. Муратходжаев Н.К., Джураев М.Д., Худайбердиев Т.К. Ташкент 2002
2. Черенков В.Г. «Клиническая онкология».Москва2000.
1. Журнал «Современная онкология»
3. Ю.П. Кувшинов, Б.К. Поддубный, О.Н. Ефимов, И.С. Стилиди, О.М. Смирнов, О.А. Малихова, И.П. Ганненко
«Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка» 3. 2000
4. Коэн Д. «Секреты онкологии и гематологии».Москва,1997.
5. Черезов А.Э. «Общая теория рака».Москва1997.
6. Березов Ю.Е. «Рак пищевода» М.Медицина 1979 г
7. Военно-медицинский журнал №-12.1981г.стр-28
8. Диагностика лечение рака пищевода. М.В. Шеляховский и др. Русанов А.А. Рак пищевода 1974
9. Шевченко И.Т, В.И.Шапошников: «Рак пищевода» 1972 г
10. Петерсон Б.Е. «Онкология» 1980
11. Линденбратен Л.Д. «Обследование больных» Медицина 1972

Маъруза.

Мавзу: **ОШКОЗОН РАКИ.**

МАЪРУЗА РЕЖАСИ

1. Ошкозон ракининг таркалиши.
2. Этиологияси
3. Патогенези
4. Клиник куриниши
5. Ташхисоти
6. Усманинг жойланишига караб ташрих услубини танлаш
7. Химиотерапия
8. Профилактика асослари.

ОШКОЗОН РАКИ.

(ташхис ва даволаш муаммолари)

Хозирги даврда ошкозон раки билан огриш куп давлатларда юкори даражада булгани учун бу муаммони ечиш учун куп киррали илмий текширув ишлари олиб борилмокда.

Статистик маълумотларга кура, Россияда ошкозон раки эркаклар уртасида иккинчи, аёлларда учинчи уринда, Ўзбекистонда эса иккала жинс уртасида биринчи уринда туради, купрок 50-70 ёш оралигидаги шахсларда учрайди. 1995 й маълумотларига кура шу ёш оралигида 25917 та бемор аникланган. Кейинги 20 йиллик мобайнида ошкозон раки билан огриш нисбатан камайиб бораётганига карамасдан, касаллар сони ва улим курсаткичи юкорилигича колмокда, касалликни эрта аниклаш имкониятларидан тулалигича фойдаланилмапти.

Шу туфайли бу касаллаикнинг ташхис ва даволаш услубларини янада юксалтириб бориш долзарб муаммо булиб колмокда.

ЭТИОЛОГИЯ

Куплаб муаллифлар маълумотларига кура, ошкозон раки билан касалланиш ва улим турли давлатлар ва регионларда турли даражада таркалган булиб, бунга сабаб хар-хил ахоли гурухлари хаётининг ижтимоий-иктисодий шароити, мухит омиллари, геобиогидрохимивий хисобланади.

1995 й. Россияда ошкозон раки билан касалланишнинг эркаклар уртасидаги умумий курсаткичи 39,9% Ўзбекистонда эса 19,9%га тенг булди.

Касаллик келиб чикиши ва ривожланишида номунтазам овкатланиш, овкат таркибида хайвон ёгининг куплиги, ута кайнок овкат истемол килиш, ошкозон шиллик пардасининг уткир зираворлар билан китикланиши, никтин ва уткир алкоголичимликларнинг зарарли таъсири шиллик каватда сурункали яллигланиш узгаришлари ривожланишига олиб келади. Бунинг натижасида учогли пролифератив жараёнлар, бундан эса кейинчалик ошкозон раки ривожланиши мумкин.

Юкорида келтирилган маълумотлар атроф мухитнинг экзоген омилларига, шунингдек канцерогенларига таалуклидур. Экзоген омиллар ораси ошкозоннинг турли патологик холатларида унда синтезланувчи Н-нитрозо бирикмаларининг зарарли таъсирини хам инкор килиб булмайти. Бу моддалар инсон учун потенциал канцероген

хисобланади. Н-нитробирикмаларининг (НВ) синтезининг интенсивлиги ошкозон бушлигига тушувчи нитритлар, аминлар, мадлар ва ошкозон ширасининг кислоталигига боғлиқ.

НВ синтезининг активлиги ошкозон ширасининг гиперацид ва нормоцид ҳолатларида юкорилиги кузатилади. Ошкозон ракиннинг бирламчи профилактикаси мақсадида НВ эндогастрал синтезининг пасайиши муҳим.

Бунинг учун инсон организмга нитритларнинг асосий тушиш йули булган сувдаги нитритлар ПДКсини кайтадан куриш зарур.

Ошкозон раки келиб чиқишида ирсий омиллар ролини ҳам инкор қилиб бўлмайди. Оилавий касалланиш анализи шуни курсатдики, ошкозон ракини хавфли гуруҳини беморларнинг яқин қариндошлари ташкил қилади. Ҳеч қандай ҳолатда ҳам ошкозон раки беморнинг турмуш уртоғида аниқланмаган.

Ҳозирги вақтда ошкозон касалликларини жаррохлик даволаш янги муаммони ташрих қилинган ошкозонда рақ ривожланишини келтириб чиқарди. Ошкозондаги жаррохлик муаммолари ошкозон раки келиб чиқиши учун шароит яратиб беради. Ташрих оқибатида ҳосил булган анастомоз орқали ишқорий реакцияга эга булган ичак хилтининг рефлeksi бу жараёнда муҳим рол уйнайди.

Бунинг натижасида ошкозон шиллик қаватидаги атрофик узғаришлар ортиши пролифератив жараёнларнинг қучайиб бориши ва турли даражада намоён булган дисплазиялар ривожланиши кузатилади. Яра касаллиги, полипоз туфайли ошкозон резекцияси утқазилган беморлар ичида 10 йилдан сунг-ташрих қилинган ошкозон раки сони ортиб бормокда.

Охириги вақтларда ошкозоннинг яхши ва ёмон сифатли усмалари билан (НР) уртасидаги сабаб-оқибатли боғланиш ҳақида маълумотлар пайдо бўлмокда. НР таъсири натижасида ошкозон усмаси ривожланишининг хавфлилик даражасини баҳолаш-ҳозирги кунда масаллардан биридир.

ПАТОГЕНЕЗ.

Ҳозирги вақтда соғлом ошкозон шиллик қаватда рақ ривожланмаслиги исботланган. Қуп сонли клиник кузатишлар ва морфологик текширишлар шиллик парданинг патологик узғаришларини рақ олди касаллиги деб уйлаш мумкинлигига имкон беради. Ҳозирги вақтда рақ олди касалликлари (ёки фонди) ва ошкозон шиллик қаватининг рақ олди узғаришларини фақлаш қабул қилиш.

Рақ олди касалликлари шундай патологик ҳолат бўлиб ривожланиши учун қулай шароитлар булганда раққа олиб қелиши мумкин (сурункали гастрит) яра, полип, резекциядан сунг ошкозоннинг қолган қисми). Ошкозон шиллик қаватининг рақ олди узғаришлари эса бу – ошкозон шиллик қаватининг морфологик исботланган узғаришлари бўлиб, бу уз навбатда жараённинг ёмон сифатлилик томонга ривожланишдан дарак беради. Бу узғаришлар ВОЗ тавсияси билан (дисплазия) термини билан белгиланган (эпителиал дисплазия). Бу уз ичига ҳужайра атипизмини, шиллик қават структураси ва дифференцировкасининг бузилишини уз ичига олади ва бир нечта ривожланиш даражасига эга енгил урта оғир ва оғир. Рақ олди узғаришларига фақат оғир дисплазия таъаллуқли. Турли авторлар маълумотларига қура оғир дисплазиянинг раққа утиш эҳтимоллиги 8% дан 75% гача ташкил қилади. Рақ олди касалликлари билан шиллик қават рақ олди узғаришларининг бирга қелиши ошкозон раки ривожланиш ҳажмини янада орттиради.

Рақ олди ҳолатлар ошкозон раки келиб чиқишининг юкори хавфлилик гуруҳини ташкил қилади. Улар диспансер назоратида бўлиши шарт. Рақ ривожланишида юкори хавфни атрофик гастрит ташкил қилади. (учраш даражаси 0-13%), гиперплихия учоклари эса рақ олди учоғи деб қаралади.

Менетрие касаллиги ҳам рақ олди хусусиятига эга (опухоль симулирующий гастрит). Гистологик текширилганда ҳамма ҳолатларда пролиферация билан кечувчи

гиперпластик гастрит белгилари ва безли эпителиянинг ичак метаплазияси аникланади. Адабиётларга кура ошқозон раки 8-40% ҳолларда шу касаллик фонида келиб чиқади.

Ошқозон яра касаллигига –кенг тарқалган касаллик бўлиб яранинг ёмон сифатли усмага трансформацияси доимий муаммо бўлиб қолмоқда. Ошқозон яраси малигнизацияси унинг жойланишига ва размерига боғлиқ. Ошқозон яраси катта эгриликда жойлашганда (бу кам ҳолларда учрайди) малигнизацияси 100%ни ташкил қилади. Кичик размерли яраларга нисбатан диаметри 2 см дан катта бўлган яра малигнизацияси хавфи анча юқори. Биопсияга олинган материални морфологик текширилгандан сунггина якуний ҳулосага келиш мумкин. Усма олди патологиясига яна ошқозон полипларини ҳам киритиш керак, айниқса лигнизация эҳтимолига юқори бўлган аденوماتоз ҳосилалар гуруҳини.

Ҳозирги вақтда юқори онкологик хавф гуруҳларини шакллантиришга имконият тутилган. Биологик суякликлар орқали (кон зардоб, ошқозон шираси) ультратовуш тулкининг утишига асосланган текшириш услуби ишлаб чиқилган. Экспериментал текширишлар бу акустик усулнинг юқори диагностик хусусиятини (88%), самарадорлигини (89%) ва сезгирлигини (86%) кўрсатди.

Хавф гуруҳларни бундай шакллантириш ошқозон раки ривожланишига олиб келувчи юқори хавфли беморларни чегаралашга ва бу касалликни уз вақтда аниқлашга имкон беради.

Ошқозон раки кечиши унинг жойланиши, узиш шакли, ошқозон девори бўйлаб тарқалиши, қушни органларга узиб кириши ва метастазланиш интенсивлиги билан аникланади.

Ошқозон раки шиллик каватининг кичик бир соҳасидан ривожлана бошлаб ошқозон деворининг ҳамма каватларига узиб киради. Бундан ташқари унинг яна ошқозон девори бўйлаб узиши, асосан кардиал соҳага қараб узиш яъни лимфа оқими туфайли бўлади. Усма урмаловчи инфильтрация типига тарқалади. Усманинг макроскопик ва микроскопик чегаралари ҳеч қачон бир-бирига тугри келмайди. Буни доимо жарроҳ назарида тутмоғи лозим.

Ошқозон ракининг асосий морфологик шакли бўлиб турли даражада етилган аденокарциномалар ҳисобланади.

Ошқозон раки бошқа усмалардан метастазланиш интенсивлиги юқорилиги билан фарқланади.

Ошқозон раки лимфоген, гематоген, имплантацион ва аралаш йуллари орқали метастазланади.

1960 йилги адабиётларда А.В. Мельниковни ошқозон ракини метастазланиш схемаси яхши ёритилган эди, унда лимфа йулларининг асосий 4 белгиси ёритилган. Бу бассейндан ҳар бирининг жараёнга қушилиши бир томондан ошқозондаги бирламчи учокнинг жойлашувига, иккинчи томондан эса ошқозоннинг лимфа системаси анатомик тузилишига боғлиқ. Метастазланишнинг магистрал типига метастаз аниқ бир бассейни чекланган лимфа тугунларига боради. Метастазланишнинг шохланган ва аралаш турларида бундай қонуният йўқ, ошқозон даврдаги турли зоналар лимфа қозон девордаги турли зоналар лимфа йулларининг уртасида қўп сонли анастомозлар бўлганлиги сабабли лимфа оқими маълум қонуният бўйича олмайди, яъни метастазлар ошқозоннинг бу қисмидан лимфа олмайдиغانлик лимфа тугунларига ҳам берилади. Япон текширувчиларнинг фикрига қура, ошқозон ракининг 16 соҳага метастаз бериши эҳтимоли бор, ошқозон ракининг жарроҳлик даволаш вақтида қенгайтилган лимфаденэктемия утқиши ёмон оқибатларни олдини олишга имкон беради.

Ошқозон раки диаметри катта бўлмаган ҳолларда ҳам регионал лимфа тугунлари 45-65% беморларда зарарланади. Лимфа тугунлар зарарланиш эҳтимолини ошқозон девори инфильтрацияси билан ортиб боради. Яъни, усма шиллик каватда жойлашганда регионар лимфа тугунлар 1,8% беморларда, уша кават зарарланганда 4,3%, сероз каватга ҳам тарқалганда эса 73,2% беморларда зарарланади. Регионар

лимфа тугунлар зарарлангандан сунг эса корин парда ортига ва узок метастазлар берилиши мумкин. Купинча узок метастазлардан чап умров усти лимфа тугунига (вирхов) метастази учрайди.

Гематоген йул оркали метастазланишга дарвоза вена тизими оркали жигарда метастазни пайдо булиши (31,4%) мисол була олади. Жигари иккинчи марта зарарланган хар 1/3 беморда асцит келиб чиқади.

Бир вақтнинг узида суякка (0,8%), аёлларда тухумдонга (Крукенберг (2,4%), корин пардага (18,2%) ва бошқа аъзоларга метастаз бериши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ТАШХИСИ.

Клиник курилиши кенглигига қарамадан эрта этапларда ҳеч қандай тоғномоник симптомлар аниқланмайди. Улар усмани ривожланган стадияларда, радикал даволаш купинча мумкин бўлмай қолганда пайдо бўлади. Чунки рақ клиникаси ошқозоннинг бошқа сурункали касалликлари симптомлари билан нико бўланади.

Ошқозон рақи клиникаси турли хил бўлиб, қуйидаги гуруҳ симптомлардан иборат: умумий симптомлар (иштахани пасайиши, тана вазнини қамайиши, умумий ҳолсизлик, қувватсизлик), ошқозонни бевосита зарарланиши билан боғлиқ бўлган маҳаллий симптомлар (огриклар, купинча овқатга боғлиқ бўлмаган, қунгил айнаш, кекириш, эпигастрал соҳада туликлик ва огриклик ҳис қилиш), асоратлар қушилиши билан қелиб қиккан симптомлар (қон томир ёрилиши ёқи некрози натижасида ошқозон уткир ва яширин қон қетишда анемия, дисфагия).

Ошқозон рақини клиникаси усмани жойланишига ҳам боғлиқ, ошқозоннинг пастки 1/3 қисмида жойлашган рақ асосан диспептик бўзилишлар, ошқозондан овқат эвакуациясининг бўзилиши ҳамда огрик билан намоён бўлади. Ошқозоннинг урат 1/3 қисмида жойлашган рақ узок вақтга қаниқ белгиларсиз сурункали қон қетиши фонида анемия ривожланиши билан қетиши мумкин. Бунда умумий характердаги симптомлар биринчи уринга қиқади. Усма ошқозон ости безига утганда эса огрик синдроми қушилиши мумкин. Ошқозоннинг юқори 1/3 қисмида жойлашса усма клиникаси турли туман бўлиб, купинча усма қечиши симптомсиз баъзан эса юрак соҳасидаги огриклар билан қечиши мумкин. Огрик қакатгина усмани қушни анатомик аъзоларга утгандагина қелиб қикиши мумкин. Ошқозон қардиал қисмида Р оксил етишмовчилигига, гиповолемияга олиб қелувчи дисфагия симптоми ривожланиши мумкин.

Ошқозон рақи ташҳиси қуйишда хар бир белгини индивидуал қуриб қикиш лозим. Бу симптомларни уз вақтида аниқлаш нақакат жарроҳ, балқи терапевт учун ҳам муҳимдир. Уларнинг онқологик эҳтиётқорлиги, қатти қаракати туқайли бемор тақдири боғлиқ.

Ошқозон усмалари ташҳисотида қомплекс тақбирлар жудаям зарур.

Беморни текширишда ҳақимдан қаоллиқ талаб қилинади, ундан шикоятларини қутиб утирмасдан қасаллиқ ҳақидаги хар бир маълумотни эртароқ сураб қилиб олишга қаракат қилмоқ қерақ. Шундагини ташҳис қуйилмаса ҳам, ошқозон рақи ҳақида гумон қилишга асос туғилади.

Беморда ошқозон рақиға гумон бўлганда клиник қуриқ бемор умумий аҳволиға баҳо беришни, терини ҳолати, қориннинг пальпацияси ва перкуссияси уз ичига олади. Палпацияда эпигастрал соҳада усмани аниқлаши ошқозон рақини муҳим маҳаллий белгиси ҳисобанади. Эртанги босқичларда қуп ҳолларда ошқозон усмасини пальпацияда аниқлаб бўлмайди. Пайпасланувчи ошқозон усмасининг борлиги ошқозон рақининг қуйи босқичларига ҳос белги бўлсада бу ҳали ташриҳ қилиб бўлмайдиған усма дегани эмас, чунки 80-87% ҳолларда пайпасланувчи усма билан ҳам, узок вақтга тузалиш имқонияти оз бўлсада радикал операция утқазиш мумкин бўлади.

Қап умров усти соҳаси, қиндик соҳаси, қичик тоз ва тухумдонлар текширмасдан туриб беморни физикал текширишни туғаллаган деб ҳисоб бўлмайди. Ошқозон рақи

билан огриган эркакларни албатта ректал, аёлларни эса ретовагинал текширувдан сунгина физикал текширувни якунлаш керак.

Махсус текширувларга рентгенологик ва эндоскопик усуллар киради. Ошкозон раки ташхисида бу усулларни морфологик текширув тасдиги билан олиб борилсагина асосий ташхисий масала ечилган хисобланади.

Рентгенологик текширув асосий услублардан булиб бошка услублардан аввал кулланилади, шу сабабли рентгенологик хулосани аниклиги кейинги текширувларни тугри танлаб килишга имкон беради.

Ошкозон ракининг рентгенологик куриниши унинг усиш тури, жойлашуви ва усма хажмига боглик. Айрим муаллифлар фикрига кура, ошкозон ракини бошлангич боскичларида рентгенологик услуб маълумот бериш даражасига кура эндоскопик услубдан куйида туради лекин хозирги давр рентген асбоблари ва бир вақтли икки тарафли контарстлаб текшириш услубини кулланилиши рентгенологик текширувлар даражасини янада кенгайтирди ва ошкозон ракини эрта ташхис килиш 82,5% беморларда имконияти тугилди. Эндоскопия оркали усманинг мароскопик цикли аъзо ичида таркалиши аникланади, морфологик текширув учун биопсия килинади. Ошкозонни эндоскопик текширув учун амалда ҳеч қандай қаршилик йук ва хозирги даврда бу усул кенг микёсда кулланилмоқда. Ошкозон раки ташхиси учун айрим ҳолларда факат эндоскопик усулни узи етарли, лекин аъло даражада аниқ хулоса олиш комплекс ташхисот талаб килади.

Рентгенологик эндоскопик ??налтирилган морфологик текширув асосида ошкозондаги узгаришини аниқ хулосасини олиш мумкин.

Касалликнинг таркалиш даражасининг аниқлаш учун лапароскопия, ультратовуш текшируви, рентген, компьютер, томография усуллари кулланилди.

Касалликни ташрихга муносиб эканлигини аниқлашда лапароскопияни аҳамияти катта. Бундай текширув мобайнида касалликнинг қорин бушлиги буйлаб диссеминацияси аъзоларга таркалиши ва биопсия олиш имкониятлари бор. Лапароскопия туфайли 60-90% ҳолларда қераксиз лапаротомиялар олдини олиш мумкин.

Хозирги даврда УТТ ва РКТ тенг кулланилмоқда. Хозирги кунда ультратовуш оркали жигар ва қорин парда орти лимфа тугунларига берилган метастазларни аниқланишни эскирган услуб десак ҳафа булмайди. Замонавий компьютер аппаратлар оркали туқималар структураси, майда ҳосилларини анатомик узгаришларни аниқлаш имконияти бор. Кулланишининг осонлиги аппаратларнинг оронлигини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир поликлиника ва касалхона микёсида бу усулни куллаш имкониятини беради. Метастатик усмаларни аниқлашдаги имкониятлари жуда кенг булишига қарамай РКТ услубини куллаш бир мунча чегараланган.

Даволаш.

Ошкозон ракини даволашнинг ягона услуби жаррохлик услуби булиб ошкозон билан бирга регионар лимфа тугунларига боғламларига тарқалган процесс билан бирга усмани радикал олиб ташлашга имкон беради. Ошкозон раки касаллигида асосий ташрихлар субтотал резекция: дистал-ошкозоннинг чиқиш қисми ракида, проксимал-ошкозоннинг проксимал қисми ракида ва гостроектомия бажарилади.

Ошкозон субтотал резекцияси ошкозоннинг экзофит усган дистал ёки проксимал жойланган ташқи туқималарга тарқалмаган турларида бажарилади.

Экзофит усувчи усма ошкозон танасида жойлашса, инфильтратив усувчи усмаларда гостроектомия ташрихи бажарилиши қерак. Ошкозонда бажарилувчи ташрихларнинг энг масъулиятли босқичи қизилунгач ичак ёки ошкозон ичак анастомозларни шакллантиришдир. Ташрих натижаларини яхшилаш йулида қизилунгач ичак анастомозларни янгидан янги турлари ишлаб чиқарилмоқда, ташрихдан кейинги йирингли яллиғланиш асоратларини олдини олиш йулида куплаб илмий изланишлар олиб қорилмоқда. Буларнинг ҳаммаси ташрихдан аввалги ва

кейинги адекват парентерал овкатлантиришни йулга куйиш билан бирга олиб борилиши натижасида гастрэктомиядан кейинги анастомозлар сакланишига ва ташрихдан кейинги улимнинг камайишига олиб келмокда.

Ошкозон раки 3 смдан кам булса, факат шиллик ва шиллик ости каватлари булса ва регионар тастазлари булмаса жаррохлик услубида даволаб яхши натижа олиш мумкин.

Бу холда 5 йиллик яшовчанлик жаррохлик давосидан сунг 80-90% ташкил этади. Бу курсаткични яхшилаш максидида Япон олимлари ташрих хажмини кенгайтириб ошкозон резекцияси ёки гастрэктомия билан бирга метастаз булиши эхтимоли булган корин бушлиги юкори булимидаги хамма лимфа коллекторларини кушиб олиб ташлашни тавсия этадилар. Кенгайтирилган лимфадоссекцияси топографик сохаси килиб талокдан жигар дарвозасигача, диафремадан меъда ости беи юкори киргогигача булган соха белгиланади, шундай килиб ошкозон раки туфайли бажарилади ташрих мобайнидаги кенгайтирилган лимфадоссекция оркали онкологик ластика принципларини саклаш, лимфа тугунларини фрагментацияланишини олиш, касал аъзонинг атроф тукималар билан бир олиб ташлаш имконияти яратилади.

Кейинги пайтларда ошкозон ракининг махаллий таркалган турларда гастропанкреатодуоденал резекция, жигар резекцияси ва бошка аъзолар резекцияси билан ошкозон операциясини кушиб олиб борилиши кутилмокда. 30-50% радикал ташрихлар комбинацияланган усулда утказилмокда. Ошкозон ракининг ташрихли даволаш усуллари натижалари коникарли булган клиникаларда мураккаб ташрихларни кенг микёсда кераксиз лапаротомияларини камайишига ва ташрихлар радикализмининг ортишига олиб келади.

Каласалликнинг куйи боскичларида даволаш натижалари коникарсиз булиб боради. Бахтга карши юртимизда ошкозон ракининг куп кисми 3-боскичда аникланади. Бу боскичлардаги яшовчанлик эса 10-12%дан ортмайди, шу сабабли кушимча нур билан ва кимёвий препаратлар билан даволаш кулланилади.

Нур терапияси мураккаб даво компоненти сифатида радикал ташрихлар бажаришда ва дистанцион хамда аъзо ичига юборилувчи нур терапияси сифатида ошиб борилмокда. Ошкозон раки дистанцион гамма терапия асосан ташрих олди даврида олиб борилади. Усманинг девитаризацияга каратилган бу усул профилактика омили хисобланади. Аъзо ичига юборилган нур терапияси асосан ошкозон ва кизилунгачининг колган кисмида рецидивни олдини олиш учун кулланилади. Бундай йуналиш ошкозон раки билан огриган касаллар хаётини узайтиришда маълум даражада яхши натижаларга олиб келади.

Касалликнинг таркалган турларида факат паллиатив ташрихлар бажариш мумкин. Бу хил ташрихларга паллиатив ошкозон резекцияси паллиатив гастрэктомия киради. Бу хил ташрихларни бажаришнинг техник жихатдан имкони булмаса хажми камайтирилган ташрихлар-айланиб утувчи анастомозлар, овкатлантирувчи стомалар куйилади. Албатта, паллиатив ташрихлар бемор хаётини узайтирмасада уларни азобдан, огир хиссиётлардан фориғ килади. Кейинчалик химия терапия утказишга имконият яратади.

Химия терапия мустикал даво услуги сифатида ошкозон ракининг ташрих килиб булмайдиган турларида кулланилади. Айрим химия препаратларнинг (фторурацил, флорофур, адриамицин) фойдалилик даражаси 20-25% ни ташкил килади. Хозирги даврда мураккаб химия терапияга катта ахамият берилмокда. Фторурацил-адриамицин-метамицин С (схема ФАМ-1) ва адриамицин-диплатин-этопозид (схема ЭАП) хозирги вақтда комбинациялар ошкозон раки касаллигида куп кулланилмокда.

Беморнинг огир умумий ахволи ва касалликнинг таркалган турида усмага карши препаратларни кулланишининг фойдаси йук. Бундай холларда симптоматик даво чоралари кулланилади.

Ошкозон раки рецидивни ва резекция килинган ошкозоннинг бирламчи раки билан огриган беморларни махсус клиникаларда юкори малакали жаррохлар даволаши мақсадга мувофиқ бўлиб, бу мураккаб клиник ҳолатларда тугри тактик ҳулосалар килиш имконини беради.

Шундай қилиб ошкозон раки билан огриган беморларни даволаш мураккаб муаммодир. Бу соҳада жуда кўп масаллар ўз ечимини топганига қарамай яна жуда кўп масалалар ечилмай қолмоқда, асосийси-эрта ташхис қайсики, даводан сўнг мустаҳкам яхши натижа беради.

Бу муаммо ташкилий муаммо бўлиб ўз ичига финанс харажатлар асбоб ускуналар, врачлар тайёрлашни, кенг микёси профилактик куриклар ташкил этишни олади ва бу масалани умумдавлат микёсдагина ечиш мумкин.

Даволаш усуллари янада юксалтириб бориш билан бирга ошкозон раки эрта ташхисини программасини йўлга қўйиш орқали кенг тарқалган бу касалликни даволашнинг олис натижаларини яхшилаш имконияти тугилади.

АДАБИЁТЛАР:

2. Журнал «Современная онкология»

Ю.П. Кувшинов, Б.К. Поддубный, О.Н. Ефимов, И.С. Стилиди, О.М. Смирнов, О.А. Малихова, И.П. Ганненко

«Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка» 3. 2000

3. Черенков В.Г. «Клиническая онкология». Москва 2000.

4. С.П.Л. Тревис, Р.Х.. Тейлор Дж.Дж. Мисевич «Гастроэнтерология» Москва 2002

5. Черезов А.Э. «Общая теория рака». Москва 1997.

6. Коэн Д. «Секреты онкологии и гематологии». Москва, 1997.

7. Клименков А.А. и др. Опухоли желудка. М. Медицина. 1988.

8. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. М. Медицина 1976.

9. Сигал М.З, ахметзянов Ф.Ш. Гастроэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань. 1991. С.252.

10. Справочник по онкологии – Выпуск 4. М.КАППА 71996.

Маъруза: **«ЙУГОН ИЧАК РАКИ»** 2 соат.

ЙУГОН ИЧАК РАКИ

Ошкозон ичак раклари ичида йугон ичак раки 3-4 уринни эгаллайди. Охириги йилларда йугон ичак раки билан огриган беморларнинг сони ошиб бормоқда. Касалликнинг қўпайишини сабабларидан бири кекса ва қари кишиларнинг қўпайишидир. Ушбу касаллик қўпинча кексаларда учрайди. Адабиётларнинг айримларида аёлларнинг қўпроқ касалланиши таъкидланса ҳам, бизнинг кузатишларимиз эъқак ва аёлда бир микдорда учрашини такозо қилади. Йугон ичакнинг бўлимлари рақ билан бир хилда жароҳатланмайди. Қўпроқ чап ярми жароҳатланади, ўнг ярми – қамроқ. Сигмасимон ичакни рақ 40% жароҳатлайди, қўр ичакни 25%. Қолган бўлимлари қамроқ жароҳатланади. Жигар ва талоқ бўрилмаларнинг жароҳатланиши алоҳида урин тутати.

Этиология ва патогенез. Йугон ичак раки қўпроқ ичакда ахлат путланиб қоладиган бўлимларда тараккиёт қилади. Ушбу муҳитга рақ патогенезида қўпроқ ахамият бердилар. Ахлатда ички канцероген моддалар оксил парчаланишини ҳосили-

индол, скатол ва гуанадин учрайди. Ахлат ичакда купрок туриб колганда уларнинг шиллик пардага таъсири узаяди ва кучаяди, бу эса уларни эпителиал хужайраларга таъсирини кучайтиради ва рак трансформациясига олиб келади. Сурункали колитлар, полипоз ракини келтириб чиқарувчи омиллардандир. Полипоз ва сурункали ярали колитлар предрак ҳисобланади.

Патанатомия.

Рак усмаси купинча кичкинагина, узининг бошланиш боскичида полип ёки кузикорин сифатли булиб тез орада емирила бошлайди ва чекалари нотекис, киркилган, некроз қобиг ва қул ранг рангли ярага айланади. Ичак девори усма билан айланасимон жароҳатланганда ичак тутилиши пайдо булади, бу эса ичакнинг юқори қисмини кенгайтириб чузиб юборади. Усманинг тобора ушиб билан инфильтратив ушиб кучайиб боради, бу эса ракини ичак девори бўйлаб ушиб олиб келади, яранинг чуқурлаши эса инфекцияни тарқалишига олиб келади, усма атрофида яллигланиш инфильтрати пайдо булади, ичак деворини тешилишига ва перитонит тараккиётига олиб боради. Усманинг патологик тузилиш-оденокарцинома.

Йўгон ичак ракининг стадиялар бўйича классификацияси.

1 стадия Кичкина, шиллик парда ва шиллик парда ости қаватига ушиб қирувчи усма. Метастаз бермайди.

2 стадия. А) Ичакни ярим айланасини эгаллаган, унинг деворидан ташқарига чиқмаган ва қушни аъзоларга ушиб қирмаган усма. Метастазлар йўқ.

2 стадия. Б) Юқори усмани ёки ундан кичикрок, лекин регионал лимфа тугунчаларида метастаз булади.

3 стадия. А) Усма ичак ярим доирасидан купрогини эгаллайди, ичак деворига ёки қушни қорин пардасига тулик ушиб қиради. Метастазлар йўқ.

3 стадия. Б) Усманинг катта-кичиклигидан қатъий назар регионар метастазларнинг қуплиги.

4 стадия. Қушни аъзоларга ушиб қирувчи, қуп регионар метастазли ёки усманинг катта-кичиклигидан қатъий назар узоклардаги метастазли усма.

Йўгон ичак ракининг Т№М бўйича классификацияси.

Т – Бирламчи усма

То – Усманинг бирламчи жой аниқланмайди.

Ту – Усма ичак деворининг факат шиллик парда ва шиллик парда ости қатламини эгаллайди.

Т₂ – Усма ичак мушак қатламини жароҳатлайди.

Т₃ – Усма ичакнинг ҳамма қатламларини жароҳатлайди, ёки қушни аъзоларга тарқалади.

Т₄ – Свищ ҳосил бўлган усма.

№ – Регионар лимфа тугунчалари.

№ – Регионар лимфа тугунчалари жароҳатланганинг белгилари йўқ.

№₀ – Ичак деворидан 1 см дан узок жойлашмаган лимфа тугунчаларининг жароҳатланиши.

№₂ – Чаври, аорта лимфа тугунчаларининг жароҳатланиши.

№₃ – Аорта атрофи лимфа тугунчаларининг жароҳатланиши.

М – узокдаги метастазлар.

М₀ – Узокдаги метастазлар белгиси йўқ.

Р – Гистологик белгилар (критерии)

Р₁ – Усма факат шиллик пардага усади.

Р₂ – Усма факат шиллик парда ости қаватини эгаллайди. (мушак қаватигача).

Р₃ – Усма ташки (сероза) қаватгача тарқалади.

Р₄ – Майда вена ва лимфа томирларига ушиб қиради, ичакнинг ташки қавати (сероза) ва қушни туқималар жароҳатланади.

КЛИНИКА. Йугон ичак ракининг клиник куринишлари усма усган фон ва унинг жойига боглик. Узок вақт давом этган колит ёки йугон ичак полипозидида бошланаётган раkning белгиларини аниклаш жуда қийин, чунки касалликларнинг белгилари рақда ҳам қолади, ва бу белгиларни қучайишини сезиш мумкин. Йугон ичакнинг унги бўлими, айниқса, қур ичак рақиди анемия ва захарланиш билан боглик умумий белгилар қупрок юзага чиқади. Сигмасимон ичак рақиди, аксинча қупрок маҳаллий, ичак тутилиши билан боглик белгилар учрайди. Йугон ичак рақиди қуп ҳолларда уткир ёки сурункали яллигланиш ҳолатларининг белгиларини қуриш мумкин: хароратнинг қутарилиши, қондаги тааллуқли узғаришлар ва ҳ.к.

Касаллик уч клиник шаклда утиши мумкин: токсикоанемик, стеноз қақирувчи ва белгисиз(симптомларсиз).

Биринчи шакли дизентерияни эслатиши мумкин.

Иккинчи шакли ичак тутилиш ҳолатлари билан утади. Охириги шакли қичик усмаларга ҳос бўлиб, одатда профилактик рентген ва эндоскопия текширилишларда аниқланади. Қичик усмаларда ҳам дағал анатомо-физиологик узғаришларнинг пайдо бўлмаганлиги сабабли клиник белгилар ҳам қузатилмайди. Касаллик эрта топилмаган ҳолларда усманинг тобора зуриқиши, албатта юқорида қурсатилган клиник шакллардан бирига олиб келади.

Энг қуп учрайдиган белги – огрик. У 90% беморларда учрайди. Огрик, одатда усма жойлашган жойга тугри келади. У ичак методикасининг бўзилиш, ичак тутилиши ва инфекциянинг тараккий этиши натижасида пайдо бўлади. Ушбу белгилар ичак тутилишига олиб келмаган қичик усмаларда, ичак спазми ёки тесқари перистальтика натижасида бўлиши мумкин. Усма уса берган сари, вақти-вақти билан пайдо бўладиган огрик, доимийга айланади, бир вақтда узида унинг қучи зураяди. Тусикдан юқорида аҳлатнинг тутилиб қолиши қучли ичак санчигини қақиради. Лекин хар бир ичак тутилиши ҳам усманинг кечки босқичларидан қалолат бермайди.

Йугон ичак рақидидаги патологик қушимчалар усма қанқалик пастрокда бўлса шунча қупрок учрайди. Бу белги (симптом) 20% беморда қузатилади. Бемор аҳлатда қон(протилни) ва шиллик қуради.

Айниқса қур ичак рақиди вақти вақти билан пайдо бўладиган ич кетиш, усма усган сари тезлашади. Кейинқалик аҳлат ута сассик бўлиб, ичакда яллигланиш қучайган сари, аҳлатда шиллик ёки йиринг қонли суюқлик пайдо бўлади. Баъзида аҳлат ута сассик лойқа қон аралаш суюқлик тусини олади. Умумий белгилар ичида дармонсизлик, озиш, қнелин, лихорақда айниқса характерлидир. Раkning эрта босқичларидаги умумий объектив текширишлар бирорта белгини топа олмайди, факат усма ривожланган сайин беморнинг ташқи қуриниши узгара бошлайди. Бемор оқаришган, қул ранг бўшашган бўла бошлайди. Уларнинг қупчилигида харакатчан ёки силжимас, унинг ичакни харакатчан ёки силжимас қисмида жойлашганига қараб, яллигланишнинг қучига ва қушни анатомик образование ушиб қириши билан боглик бўлган усмани аниклаш мумкин. Палпация қилинадиган усмада огрик бўлиши мумкин. Баъзида перитонеал белгилар пайдо бўлади.

Диагностика. Клиник қуринишларга (қориндаги огрик, ичак ишининг бўзилиши, аҳлат билан патологик қичиндилар ва анемия) тугри баҳо берилган тақдирда йугон ичак рақига шубҳа қилиш мумкин ва рентгенологик ва эндоскопик текширишларни қуллаш мумкин. Агарда қорин бўшлигида усма аниқланса, диагноз яна ҳам осонлашади. Қуп ҳолларда рентгенологик текшириш аниқ диагноз қуйишга ёрдам беради. У нотекис арра-арра қон турли тулиш нуксонини аниқлайди. Бу жойда шиллик парда рельефи қурирмайди. Қонцентриқ қисмини ва тусикнинг юқорисида ичакнинг қенгайиши қузатилади. Тугри ичакнинг рентгенологик текширишда ичакга контраст модда қлизма орқали ёки огиз орқали юборилади. Ичак бурмаларининг рельефини аниклаш учун ҳаво билан иширилади. Ютулувчан эндоскоп билан бақариладиган қолоноскопия давомида усмани қуриш ва гистлогик текшириш учун нусха олиш мумкин. Йугон ичак рақи

диагностикасида кон ва ахлатни лабораторик текширишларнинг ҳам аҳамияти бор. Лабораторик текширишлар гинохроид анемия, СОЭ нинг кутарилишини, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга огишларини аниқлайди. Ахлатни куриномас конга текширилиши мусбат натижа беради.

Диф. Диагностика. Диф. Диагностика ичак тутилиши(чандикли, бурама ва инвагинация) билан утказилиши керак. Чандик ичак тутилишида бемор анамнезида жаррохлик йули билан даволанганлиги маълум булади. Бирламчи чик тутилишида касаллик бирдагина ҳеч-қандай узғаришсиз кутилмаган ҳолда бошланади. Рак келтириб чиқарувчи ичак тутилиши секин-аста, сурункали ичак касаллигининг ва кейинчалик қисман ичак тутилиши белгилари билан бошланади. Айрим беморлар тахминан дизентерия диагнози билан юқумли касалликлар бўлимига тушадилар, чунки йугон ичак ракида интоксикация (заҳарланиш) ва энтерит жуда яққол ривожланиши мумкин. Корин бушлигидаги ҳар-хил яллигланиш инфильтратлари ҳам ракга ухшаши мумкин. Бундай ҳолатларда диф. Диагноз утказиш ниятда мураккаб булади, чунки инфильтрат негизида қичкинагина рак бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда икки ҳафталик яллигланишга қарши даволангандан сунг диагностик лапаротомия қилишига тугри келади, бу эса уз навбатида даволашга ҳам олиб келади. Йугон ичак сили узига ҳос белгиларга эга, шунинг учун диагноз қуйишда катта қийинчиликлар тугилмайди. Бундай ҳолатларда бошқа аъзоларда актив сил очаг, ахлатда эса сил таёкчалари топилади.

Сил инфильтрати текизрок, кам силжийдиган ва огриксиз булади. Сил билан купрок ёшлар огрийди. Йугон ичак антиномикозида купинча свишлар пайдо булади, инфильтрат эса тошдек каттик. Ахлатда актиномицет друзаларни топиш мумкин. Йугон ичак раки жаррохлик йули билан даволанади. Операция қилишнинг иложи бўлмаса, ёки у қисман утга утқазилган бўлса 5-фторурация билан даволаб қуриш мумкин. Йугон ичак ракида жаррохлик абластикага (рак ҳужайраларидан саклаш) қаратилган бўлиб регионар лимфа тусиклари (барьер) қаври ва корин орқаси туқималари олиб ташланиши керак. Ичак усмадан юқоридан 12 см, пастидан эса 5 см, каммас қисми олиб ташланди. Кон айланишнинг хусусиятлари ва ичак ҳар бўлимларининг ҳаракатчанлигини ҳисобга олиб кенгайтирилган резекция қилинади. Мисол, ичакнинг ярми олиб ташланади. Қур ичак ракида унғ томонлама чемиқол эктомия бақарилади. Бунда албатта ёнбош ичакнинг терминал қисмидан 15-25 см, қундаланг ичакнинг ярми олиб ташланади. Бу операцияда повздошный ободочный, қап ободочный ва урта артерияларнинг унғ шохобчалари бойланади. Радикал операциянинг асосий шартлари юқорига қутарилувчи ичак орқасида ва қигар бурчагида қойлашган туқималар, илеоцекал бурчагидаги қаври ва қундаланг ичак қаврисининг ярми олиб ташланиши радикал операциянинг асосий шартларидандир, Қаври туқимасида регионар лимфа тугунчалари қойлашган булади, уларни олиб ташламасдан қилинган жаррохлик радикал ҳисобланмайди.

Унғ томонли геминолэктомиядан сунг ёнбош ичак қундаланг ичак билан уланади. Шундай ҳажмдаги операция юқорига қутарилувчи ичак ва қигар бурчаги рақларида ҳам бақарилади. Қойлашган урнига қайси томонга, унғга ёки қапга қикнрок қойлашишига қараб унғ ёки қап геминолэктомия бақарилади. Йугон ичакнинг урта қисмида қойлашган катта бўлмаган усаларда албатта қисман қаврини қушиб резекция ичакни жароҳатланган қисми) қилинади. Йугон ичакнинг талок бурчаги ёки пастга тушувчи қисми ракида қап томонлама геминолэктомия бақарилади, ва қундаланг ичак 9-симон ичакнинг қолган қисми билан уланади. 9-симон ичак ракида ҳам қап томонлама геминолэктомия бақарилади.

Леқин катта бўлмаган усаларда факат 8-симон ичак қавриси билан олиб ташланиши мумкин. «Утқир» қоринда тез жаррохлик ёрдами қурсатилганда қундаланг ичак рақининг топилиши кам учқайдиган ҳол эмас.

Купинча беморлар холдан тойган катта операцияга тайёр эмас ахволда буладилар, шунинг учун ҳам радикал операция катта хавф хатар билан боглик булади. Бундай холларда ичак резекция килиниб, учлари корин деворига чиқарилиб қуйилади. (микулич операцияси) Свишлар беморнинг умумий ахволи яхшиланиб сунг рецидив ёки метастаз йук холдагина бажарилиши мумкин. Йугон ичак ракида буладиган операциялар огир операциялар туркумига киради. Операциядан кейинги улим уртача 10-15% ни ташкил этади. Энг хавф-хатар перитонит, ичак тутилиши ва кексаларда учрайдиган хар хил касалликларнинг уткирлашидир. Олиб ташланиши мумкин булмаган усмаларда паллиатив операциялар бажарилади. Булар ичида купинча икки танали сунъий орка пешовдир.

Бу операция беморни ичак тутилиши, тешилишидан холос килади ва атроф яллигланишини камайтиради. Катер холларда айланиб утувчи анастомозлар қуйиш мақсадга мувофикдир. Мисол, резекция килиб булмайдиган кур ичак ракида плеотрансверзоанастомоз қуйилади.

Прогноз. Вақтида диагноз қуйилган йугон ичак ракида радикал операциядан сунги прогноз яхши. Радикал операция килинган беморлардан 60-70% 5 йилдан куп умр курадилар. Ичак шиллик пардаси билангина чекланган рақда килинган, операция сузсиз, тула соғайишига олиб келади.

Маъруза: «**ТУГРИ ИЧАК РАКИ**» 2 соат
РЕЖА.

1. Тугри ичак ракининг тутган урни
2. Этиологияси
3. Патанатомик ва гистологик классификацияси
4. Боскичлари
5. Клиникаси
6. Ташхиси
7. Ташқисий ташхис
8. Даволаш/хирургик, нур, химиотерапия, ва уларнинг комоинациялари/
9. Даволашнинг натижалари
10. Ташқисий ва даволашдаги хатоларнинг сабаблари.

ТУГРИ ИЧАК РАКИ

Тугри ичак раки тез-тез учраб турадиган касалликдир. У 100.000 ахоли орасида 7,8 кишида учрайди. Хавфли усма касалликларини 4-6%, ичак усмаларини эса 80% ташкил этади. Буларнинг 99% рақ ва 1%-саркомадир. Бу касаллик купрок кекса ёшдаги кишиларда, эркак ва аёлларда бир меёрда учрайди. Бирок тугри ичак хавфли усмаси ёшларда ҳам, 20-30, тараккиёт этиши мумкин. 70 ёшдан кейин рақ купрок аёлларда учрайди.

ПАТОГЕНЕЗ. Ушбу касалликни ривожланишида тугри ичакда учрайдиган полиплар, айниқса оилавий полипозлар алоҳида роль уйнайди. Узок муддат давом этадиган кабзият (ич котиш)га олиб келувчи барча холларда ичак раки пайдо булишига олиб боради. Тугри ичак раки патогенезида ахлатнинг ичакда заволи(узок тухтаб туриши) ва ахлатда оксилнинг чириши натижасида пайдо буладиган махсулотларнинг (индол, скатол, гуанидин) ичак шиллик каватига узок таъсир этиши алоҳида урин тутати.

Эндоген канцерогенлардан булган бу моддалар, айниқса узок давом этиб келган, ичак шиллик каватининг яллигланишида сог эпителиал хужайраларни бошка холга утказишга (трансформация) олиб келади.

Рак олди касалликларига аденоматозполиплардан ташкари сурункали дизентерия касаллигида пайдо буладиган яра ва проктит хам киради.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯ. Усма купинча тугри ичакнинг олдинги ярим айланасини шикастлайди. С.А. Ходин(1977) йугон ичакнинг охирги кисмида жойлашган раkning 3020 нафар беморда урганиб чикиб ректосигмон булимида 10% тугри ичакнинг юкори ампула кисмида 25%, ампулада-9%, урта ампула кисмида 26%, аноректол булимида 3,5% раkning жойлашганлигини аниклади. Тугри ичакда раkning 2 гистологик тури учрайди. Ясси ва без эпителий чегарасидан пастда, орка пешовда купинча ясси хужайрали рак учрайди. Тугри ичакнинг бошка булимларидан рак без тузилишига хосдир. (аденокарциномалар)

Рак – ушшнинг анатомик тури буйича экзофит, аник чегарага эга булган, тугунсимон, ичак бушлигига усадиган ва инфильтратив, чегараси ноаник, асосан ичак деворига караб усадиган, хамда аралаш шакллардан иборат. Тугри ичакнинг экзофит раки купрок полипдан усади ва катталашган сари яраланиб лейкопсимон шаклга айланади, чекалари каваксимон, биров кутарилган ва калинлашган, чукур ярани эслатади. Усманинг шифилтратив туридаги ушши узининг ута хавфлилиги билан ажралади, чунки у экзофит ушшдан тезрок усади, чегаралари ноаник, тез орада лимфа кон томирларига нихоятда бой шиллик ости пардасига ушиб кириши жадвал-метастазлар пайдо булишига олиб келади.

Ракнинг инфильтратив тури ичак деворлари буйлаб айланасимон усганда ичакни ригид, тогайсимон трубкага айлантириб куяди ва тез орада кисади ва ичак тутилишига олиб келади. Тугри ичак раки купинча лимфа томирлари оркали метастаз беради. Бошлангич боскичида параректаль, тос кон томирлари йуналишидаги, тос тукумаси хужайралари, кейин эса корин пардаси орти бушлигидаги лимфа тугунчаларига метастаз беради. Купинча упкада, жигарда ва камрок суякларда гематоген (кон томирлари оркали) метастазлар хам учраб туради. Тугри ичак ракидан улганлар текширилганда жигарда 50%, упкада 15%, метастаз кайд килинади. Орка пешов ракида метастазлар чов лимфа тугунчаларида хам учрайди.

1-боскич: Шиллик парда ва шиллик парда ости каватнинг кисмини эгаллаган кичкина, аник чегарали харакатланган усма ёки яра метастази.

2-боскич: а) Усма ёки яра тугри ичак ярим айланасини эгаллайди, унинг ташкарисига чикмайди, метастазсиз. б) Усма уша катталикида ёки кичикрок булиб регионал лимфа тугунчаларида якка метастаз булади, тугунча харакатчанлигини йукотмайди.

3-боскич: а) Усма тугри ичак ярим айланасидан купрок кисмини эгаллайди, ичак деворида ушиб чикади ёки кушни орган ва тукумаларга ёпишади. б) Усма катта-кичиклигидан катъий назар регионал лимфа тугунчаларини купчилигига метастаз беради.

4-боскич: Регионал ёки олис метастазли атроф тукума ва органларга ушиб кирувчи емирилаётган кенг ва силжимас усма.

ТЎ М БУЙИЧА ТУГРИ ИЧАК РАКИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Т – бирламчи усма

Т₁ – Мувак каватига утмаган тугри ичакнинг 1/3 ёки озрок айланасини ёки узунлигини эгаллаган усма.

Т₂ – Тугри ичакнинг 1/3 лекин ярмидан купмас узунлигини ёки айланасини эгаллаган ёки ичакнинг силжиш хусусига таъсир этмаган, мушак каватига ушиб кирган усма.

Т₃ – Ичак узунлигининг ёки айланасининг ярмидан куп кисмини эгаллаган ёки кушни органларга утмаган ичак силжиш хусусиятини камайтирган усма.

Т₄ – Кушни структура (тузилиш)ларга таркалган усма.

№ - регионал лимфа тугунчалари.

№ - Вахоланки, корин бушлигидаги лимфа тугунчаларининг холатини аниклаш мумкинлиги йуклигидан х категория ишлатилади, кейин гисталогик текширишдан сунг аниклик киритиш мумкин, мисол № х –ёки №х+

М – Олисдаги метастазлар

М₀ – Олисдаги метастазлар белгиси йук.

М₁ – Олисда метастазлар бор.

Р – гисталогик категория (операциядан сунг аникланади)

Р₁ – Усма ичакнинг факат шиллик каватини эгаллайди.

Р₂ – Усма ичакнинг шиллик ости каватини эгаллайди.

Р₃ – Усма ичакнинг мушак каватини эгаллайди.

Р₄ – Усма ичакнинг ташки пардасини эгаллайди ёки ундан ташкарига чикади.

Клиника. Касалликнинг клиник куринишлари купрок усманинг ичакда жойлашган ерига ва анатомик нусхасига богликдир. Купчилик беморларда касалликнинг биринчи белгиси – ахлатда кон ва шиллики пайдо булишидир.

Касалликнинг дастлабки белгиларидан бири бемор унчалик эътибор килавермайдиган дефециядан сунги каноат хосил килмаганлик, ичакнинг тула бушамаган холатининг пайдо булишидир. Кейинчалик касалликнинг ривожда кориннинг пастки кисмида, думгазада, орка пешовда огрик пайдо булади. Баъзида огрик дефеция пайтида пайдо булади. Ичак кисмини кучайиши билан ахлат лентасимон булиб тушади, ва ичакнинг усмадан юкори кисмида ахлатнинг тулиб кетиши муносабати билан дефецияга ёлгондакам чакирув танезм пайдо булади. Ичак механик тутилишининг кучая бориши коринни шишишига олиб боради. Купинча инфекциянинг кушилиши сабабли ичак яллигланиши кучаяди ва ёлгон чакирув ва огрик сезишга олиб келади. Ракни проктит ва усманинг емирилиши ахлатда кон ва шилликининг пайдо булишига олиб келади. Тугри ичакдан паталогик чикишларнинг тугри ичак ракиннинг тез-тез учраб турадиган белгисидир. Дефекация пайтида огрикнинг пайдо булиши орка пешов ракиннинг энг эрта белгисидир.

Ушбу огрик сфинктрни рефлектор кисилишига, иккиламчи ичак котишига ва ичак шишишига олиб келади. Усанинг орка пешовга якин жойлашиши ёки орка пешов тешигида усиши усмани ахлат билан доимо жарохатлантиради, бу эса сфинктерни доимо кискаришига ва тез орада кон чикишига олиб келади. Тугри ичакнинг ампула кисмига тенезм ва ичакнинг тулиб кетиш белгилари хосдир. Бу хол купрок усманинг экзофит усишни холларига хосдир. Баъзида тугри ичакда куп кон кетишига сабаб булади. Усманинг ичакнинг ушбу кисмида жойлашганида ахлат билан куп холларда кон, шиллик, баъзида эса емирилаётган усма тукималари чикиши кузатилади.

Тугри ичакнинг юкори кисмида ва ректосигменд булимида купрок ракиннинг инфильтратив (тукима ичига караб усувчи) нусхаси учрайди ва у тез орада ичакни кисиб куяди хамда ичак тутилишига олиб келади.

Ичак тутилиши накадар ёркин буладики беморлар шошилиш операция килинадилар. Баъзида эса усма жойлашишининг бу турида ичбуруг кузатилади. Узок вакт кон кетиши натижасида пайдо булган анемия (камконлик) усманинг емирилиши(чириши) натижасидаги хароратнинг баландлиги микробларнинг кушилиши ва сурункали (хроник) ичак тутилиши сабаблик тугри ичак ракида беморнинг умумий ахволи факат касалликнинг охирги боскичларида ёмонлашади. Шунинг учун беморнинг ранги зохил, ва улар озадилар. Тугри ичакни панжа билан текшириш кимматли маълумот беради. Тугри чак усмаси панжа билан текшириб батафсил таърифлаш мумкин. Бунда усманинг чегараси, унинг жойлашиши, ичакнинг кисиш боскичи, размери (улчови) ва усишнинг анатомик нусхаси аникланади. Ошкозон-ичак хавфли усмалари ичида тугри ичак раки нисбатан секин-аста ривожланади.

Вафот этган беморлар текширилганда 20% да метастазлар топилмаган. Беморлар махаллий сабаблар: кон кетиш, йирингли яллигланиш, ичак тутилиши ва

тролбоэмболиядан халок булади. Даволанмаган беморлар диагноз куйилгандан кейин урта хисобда 2 йил яшайдилар.

ДИАГНОСТИКА. (ташхиз) Бемор шикоятларига тугри бахо бериш, тугри ичакдан чиккан чикиндиларни куриш тугри ичак ракини гумон килишга ва панжа билан текширишган, ректороманскопия ва уни рентгенологик текширишга мажбур килади. Тугри ичакни панжа билан текшириш 80% холда тугри диагноз куйишга ёрдам беради. Тугри ичакни панжа билан текширганда факат юкорида жойлашган усмаларнинг аниклаб булмайди. Бахтга карши куп практик врачлар бу усулга тугри бахо бера олмайдилар. Ичак ёки кориндаги дискомфортга шикоят килган беморнинг тугри ичагини панжа билан курмаслик энг купол врачлик хатодир. Тугри ичакни алохида конунга биноан текшириш керак. Тугри ичакни аввал беморни тизза-тирсак холида, кейин белга ётганда, чап-унг бикинда ва касал чуккайиб утирганда, кучанганда текшириш керак. Аёлларда тос аъзони кин оркали ва бира тула кин тугри ичак текширишини утказиш мажбурийдир. Тугри ичакни бундай тула текширишни ичакнинг килиш хусусияти ва атроф аъзо ва тукималари билан ёпишганлиги хакида тула таъсурот беради. Тугри ичак ракининг мухим белгиси текширувчининг панжасидаги кондир.

Тугри ичак ракида бундай баъзи пастки анал усмалари мустасно, ректораманскопия шартдир. У усмани куришга имкон беради, панжа билан куришдаги хулосаларга аниклик киритади, панжа билан аникланмаган ёки аникланиши кийин булган усмани тонишга, тугри ичакнинг усмадан юкори кисмини куришга, иккинчи бир усмани бор йуклигини аниклашга ва биопсиз олишга имконият тугдиради.

Каттик ректоскоп билан ичакнинг 25-30 см кисмини куриш мумкин.

Ректороманскопияни беморнинг хар хил холатида утказиш мумкин (орка, тизза-чаганок ва ёнбош холатларда). Беморни ректоромакскопияга тайёрлаш керак. Бир кун олдин кечкурун ва эртаси эрта билан тоза сув чиккунча ювиш керак. Вазелин суркалган ректоскоп аналсфинкофи оркали охисталик билан ичакга киритилади. Кейин утказувчи урта кисмини чикариб опуляр урнатади ва ичак кура бошланади. Кейин ичакга хаво юбориш йули билан унинг катламлари ёзилади, ва куз назорати остида ректоскопсимон ичакгача киритилади. Одатда усмага ректоскоп тегиши билан у конай бошлайди. Усманинг инфилтратив усишида ичак шиллик пардасининг окариши, деворларини котиши(эластикликни йуколиши) ва яраланиши аникланади. Купинча ичак бушлиги кисилган булади, шу сабабли ректоскопни усманинг кисмига утказиш кийин булади ёки бутунлай иложи булмайди. Тугри ичакга каптраст юборилгандан кейин рентген тасвирларида усманинг котзви ва чегараларини, ичакнинг кесилиши, энг мухими бошка усма ёки полипларни бор-йуклигини куришга имконият тугилади.

Ракнинг инфилтратив тури рентгендиагностика учун кийиндур, чунки улар тулиш нуксонини тула курсатмайди. Ракнинг бу тури ичак деворининг ригидлиги, шиллик парда рельефининг теккизланиши аниклашини мумкин булган бурмаларини йуклиги аникланади. Усманинг экзофит турида эса купинча усманинг бошлангич боскичларида аниклаш мумкин. Раенинг рентгенологик аломати(симптоми) ичак шиллик пардасининг ёки усмани контраст суюкликнинг озрок кисми суваганда якколрок аникланади. Ичак контраст модда билан тулатилганда булса кичик хажмдаги усмани топиш кийин. Ирригоскопия нафакат тугри ичак ракини аниклаш учунгина керак эмаслигини купрок йугон ичакнинг юкори кисмларини ахволини аниклаш ва операция режасини тузиш учун кераклигини алохида таъкидлаш керак.

АДАБИЁТЛАР:

1. Черенков В.Г. «Клиническая онкология».Москва2000.
2. С.П.Л. Тревис, Р.Х.. Тейлор Дж.Дж. Мисевич «Гастроэнтерология» Москва 2002

3. Проблемы онкологии . Сборник научных статей. Ташкент 2001
4. Черезов А.Э. «Общая теория рака».Москва1997.
5. Коэн Д. «Секреты онкологии и гематологии».Москва,1997.

М А Ъ Р У З А.

МАВЗУ: БИЛИО ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОХА АЪЗОЛАРИ ЁМОН СИФАТЛИ УСМАЛАРИ

БИЛИО ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОХА АЪЗОЛАРИ ЁМОН СИФАТЛИ УСМАЛАРИ маъруза – 2 соат

РЕЖА

1. Жигар бирламчи раки – (пат.анатомия, клиника, диагностика, даволаш).
2. Жигар иккиламчи раки – (пат.анатомия, клиника, диагностика, даволаш).
3. Ут пуфаги раки – (пат.анатомия, клиника, диагностика, даволаш).
4. Жигардан ташкари ут йуллари раки – (пат.анатомия, клиника, даволаш)
5. Катта дуоденал сургич раки – (пат.анатоми, клиника, диагностика, даволаш)
6. Ошкозон ости беzi раки – (пат.анатомия, клиника, диагностика, даволаш)

Билиопанкреатодуоденал соха аъзоларининг ёмон сифатли усмалари.

Ёмон сифатли усмалар билан умумий касалланиш микдорида бу соха аъзолари касалланиши кам фоизни эгалласада, ташхисотнинг мураккаблиги, даволаш натижаларининг коникарли эмаслиги бу муаммони долзарблигини оширади. Ташхисий ва даволаш ишларининг кейинги пайтдаги ривожланиши бу соха касалликларини янада чуқур урганишга имкон бермокда.

Меъда ости беzi (МОБ), умумий ут йули (УУЙ). Фатер сургичи (ФС) куйи кисмининг узаро анатомик богликлиги туфайли шу сохалар усмалари клиник белгилари куп ухшашликларга эга. Бундан ташкари куп ташхисий муолажалар хам ухшаш. Шу туфайли куп олимлар бу соха касалликларини умумлаштириб: «панкреатодуоденал соха усмалари» деб номлашдилар.

Бу соха усмалари жинс, ёш ва жойланишига мувофик узига хос клиник конуният касб этади. Куп белгилар ухшаш булишига карамай; усма процессини аник локализациясини белгилашга имкон берувчи алохида белгилар фаркланади. Касалликнинг аник ташхисида хакимининг шу соха усмалари хакида билимдонлиги, анамнезнинг муфассаллиги, клиник холатни тугри бахолаш, лаборатория ва бошка текширув услубларини тугри танлаш ва натижаларини тулакони тахлил килиш билан узвий боглиқдир.

Билиопанкреатодуоденал сохага таъллуклик аъзолар усмалари хар хил даражада учрайди. Механик сариклик билан кечувчи усмалар касалликлардан кейинги умумий улимнинг $6,8 \pm 0,5\%$ усмалар туфайлидир. Шундан 50% меъда ости беzi раки, 20% ут йуллари, 15% - ут пуфаги ракига тугри келади.

Бирламчи жигар раки

Жигарнинг ёмон сифатли усмалари жигар тукималаридан-бирламчи ва метастатик-иккиламчи булиши мумкин. Бирламчи жигар раки билан касалланишда географик алокадорлик мавжуд булиб, усмадан умумий улимнинг Африкада 50,9%, Осиё айрим давлатларида – 34%, Ханте-Мансий округи –1%, Японияда 15%ини ташкил этади.

Жигар раки соғлом мухитда пайдо булмайди. Бирламчи жигар раки купинча сурункали гепатит, цирроз, паразитар касалликларда: амёбиаз, бильгарциоз, опистархоз касалликларидан кейин вужудга келади. Асосан 50 ёшдан юкори эркаklar касалланади. Болаларда ҳам учраб туради.(Г.А.Байров 1970)

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ

Бирламчи жигар раки алохида тугун ёки конгломератдан иборат булади. Цирроз туфайли пайдо булса, куплаб майда туганаклар цирротик узгарган жигар буйлаб таркалган булади. Гистологик жихатдан гепатоцеллюляр ва холангиоцеллюляр усмалар факрланади. Метастазлари кон томирлари буйлаб таркалади.

Клиникаси: касаллик туфайли вужудга келган интоксикация холсизлик, иштахасизлик, озиш, камконлик келтириб чикаради, усаётган усма чап ковурга остида огирлик, босим ва огрик келтириб чикаради. Жигар катталашуви ва пайпасланувчи усма жигар ракининг энг куп учрайдиган белгисидир. Цирроз асосида ривожланувчи диффуз ракда бу белги булмайди. Спленомегалия, абсцесс. Асцит кизилунгач веналаридан кон кетиши дарвоза венасининг босилиши билан боглик булади. Купинча усманинг махаллий белгилари метастазлар ва асоратлар белгилари билан аралашиб кетади. В.В.Петровский ва Б.(1972 г). Фикрича 11-19% касалларда усманинг корин бушлигига ёрилиши ва кон кетиши кузатилади, кариб хамма касалларда улимга якин сариклик пайдо булади. Кеч белгиларга яна гепатомегалия, асцит, корин юза веналарининг кенгайиши, шишлар, нафас кисиши кузатилади. Юкори харорат радикал даволаш учун моилик килолмайди. Симптомларнинг турларига караб куйидаги клиник турлар фаркланади: 1) типик рак; 2) рак-цирроз;3) асоратланган рак;4) метастатик рак; 5) яширин кечувчи рак.

Жигар бирламчи раки ута огир, тез кечувчи касаллик. 75% беморларда касаллик бошланишидан госпитализацияга булган давр бир ойдан ошмайди. Даволанмаган касалларнинг уртача умри 4,5 ой.

ТАШХИСОТ

Бирламчи жигар ракини ташхис килиш кийин муаммо. Касалликни бошка аъзолар ракининг жигарга метастазларидан, жигар циррози, эхинококкози, холецистит, яхши сифатли усмалардан факрламок керак.

Касалликнинг бошлангич боскичларида лаборатория текширувлари ва функционал синовлар натижалари меъёр даражасида булади. Факат Г.Е. Абелев ва Ю.С. Татаринов (1963) тавсия этган эмбриспецифик оксил – альфа – фета – протеинни иммунологик жихатдан бемор конида аникланиши гепато целлюляр ракга хос махсус реакция хисобланади. Пневмоперитонсум холатида корин бушлигининг куринишли рентгенографияси жигарнинг хажмини ва шаклини аниклашга имкон беради.

Стинциграфия оркали (У-131 – бенгаль пуштиси ва Ау198) жигарнинг «соков» сохалари аникланади. Тери оркали жигар усмасининг пункцияси ва цитологик текшируви мухим ташхисий услуб хисобланади. Лапароскопия, жуда кийин холларда ташхисий лапаротомия зарур булади.

Даволаш жигар бирламчи ракининг ягона даволаш услуби ташрих булиб, кам кулланилади. Радикал ташрих усмани олиш билан бирга автоном томир бассейни буйлаб жигар резекциясини уз ичига олади. Бу талабга гемирепатэктомия ташрихи жавоб бера олади. Ташрих факат ягона таркалмаган усмадагина мумкин. Жигар ёки бошка аъзоларга метастазлар булса резекцияни ман килиш керак.

Жигар ракининг нур терапияси натижаси паст булганлиги туфайли паллиатив максатда кулланилади. Химиопрепаратлардан факат 5-фтор урацил бу касаллик учун

хос препарат хисобланади ва унинг таъсирида усманинг кичрайиши ва бемор ахволининг бир мунча яхшиланиши кузатилади. Жигар артериясини ёки киндик венасининг катетеризацияси билан олиб бориловчи регионар химиотерапия тобора кенг кулланилмоқда. (Г.Е.Остреве́рхов ва б. 1964 В.Г. Ходжаев 1975).

Прогноз: яхши эмас. Хатто жигар гемирезекциядан сунг бемор ҳаёти факат бир неча йилни ташкил қилади.

ЖИГАР ИККИЛАМЧИ РАКИ

Жигар метастатик усмалари бирламчи ракига нисбатан 50-60 марта купрок учрайди (Неллеч буйича 19250 меъда ости беъи 50% холларда, ут пуфаги 39,5%, ошқозон-33%, ичак-33% сут беъи раки 32%, кизилунгач раки 2-3% холларда жигарга метастаз беради.

Патанатомияси: макроскопик жихатдан метастазлар хар-хил хажмдаги туганаклар булиб, асосан жигар унг булимида жойлашади ва бирламчи рак микроскопик тузилишини такрорлайди.

Клиникаси: бирламчи жигар раки клиникасида ухлаш. Кенг камровли ташхисий тадбир бирламчи учокни аниқлаганда касалликни аниқлашда кийинчилик тугдирмайди ва аксинча – жигар зарарланиши белгилари билан бирга кечганда эса ташхисот кескин кийинлашади.

Даволаш: метастакит тугунларнинг куплиги уларни олиб ташлаш имкониятини чеклайди. Баъзи холларда якка метастазлар булганда кенгайтирилган ташрихлар бажарилади: бирламчи учокни олиш жигар резекцияси билан ёки усма бирламчи учогини даволагандан сунг метастатик тугунни олиб ташлаш.

УТ ПУФАГИ РАКИ

Ут пуфаги раки ёмон сифатли усмалардан улганлар ичида 163-2% ни ташкил қилади. Аёлларда эркаклардагига нисбатан 4-5 баробар куп учрайди. 3/4 кисм беморлар 60 ёшдан катталарни ташкил қилади. Ут пуфаги тош булиши ёки яллигланиш булиши (аёлларда купрок) усма ривожланиши учун кулай мухитни яратади. Сурункали яллигланиш-ут пуфаги шиллик каватида облигат рак олди холати саналган полпоз вужудга келишига сабаб булади. Шу туфайли куп мутахассислар ут-тош касаллигида уз вақтида холецистэктомия қилиш мақсадга мувофиқ деб биладилар.

Патанатомияси: усма ут пуфагининг исталган соҳасида жойлашиши мумкин, экзефит ва эндофит тури фаркланади. Эндофит тури куп учрайди ва ёмонрок кечади. Гистологик жихатдан аденокарцинома, скирр, айрим холларда ясси хужайрали усмалар учрайди.

Кечиши: ут пуфаги раки тезкор касаллик. Тез ушиб метастазлар беради. Жигар паренхимаси перипортал лимфа тугунларига энг куп метастаз беради.

Клиника: ут пуфаги раки одатда ут-тош касаллиги асносида ривожлангани учун анамнези узун булади. Клиник жихатдан қачон рак олди касаллиги малигнизация берганини аниқлаш кийин, бу хол касалликининг одатдаги кечишининг узгариши, усма ушшининг умумий симптомлари пайдо булиши даврига тугри келади. 75-95% холларда унг кову́рга остида огрик кузатилади. Озиб кетиш, касаллик купрок семизларда учрагани учун қахексия даражасига етмайди. 40-60% холларда ут пуфаги проекциясида гадир-будир шиши пайпасланади. 32-90% холларда механик сариклик кузатилади ва кам холда биринчи симптом булади. Сариксиз анамнез уртача 7 ой. Сарикликнинг пайдо булиши бу процесснинг тарқалиб кетганидан далолат беради. Купинча харорат кутарилиши, лейкоцитоз, анемия кузатилади.

Диагностикаси мураккаб, купинча ут йуллари ва жигар ташрихлари пайтида тасодифан аниқланади. Ташрихгача ташхис пневмоперитонеми рентген нография, тери орқали ва ички холангиография, лапатоскопия ва селектив ангиография усуллари ёрдамида олиб борилади.

Даволаш радикал операцияси истисно сифатида пуфак тубида жойлашган усмаларда ут-тош касаллиги туфайли ташрихда амалга оширилади ва бу ҳолларда ут пуфаги раки қутилмаган топилма бўлади. Колган ҳолларда усма пуфак танаси ва бўйнида жойлашганда, усма жигарга усгани ва метастазлар бергани учун радикал ташрихнинг имкон йук. Шу туфайли паллиатив ташрихлар: билиодигестив анастомозлар ва йирингли учокларни йукотишга қаратилган муолажалар бажарилади.

Қуино ташрихи – ут пуфагини квадратсимон жигар бўлаги билан резекциясидан сунг беморларнинг 15-16 йиллаб рецидивсиз яшагани фанга маълум

ЖИГАРДАН ТАШКИ УТ ЙУЛЛАРИ РАКИ.

Жигардан ташқари ут йуллари раки меъда ости беши ракидан сунг 2-3 уринни эгаллайди. ВОНЦ АМН СССР бўйича 13%, МНИОПР им.Герцена бўйича 160 ташкил қилади. Беморларнинг уртача ёши 60 ёш. Эрақ ва аёллар бир хил нисбатда оғрийдилар.

Патанатомияси: САКАО маълумотларига қура (1957), ЖТУИР билан текширилган 570 ҳолатдан 35,6% умумий ут йули ракига, уч протокнинг бирлашган қисми ракига –13,9%, унғ ва чап жигар йулларини ракига –8,2%, ут пуфаги йули ракига –6% тугри келади.

Макроскопик жихатдан ЖТУЙРнинг тугунли, инфильтратив ва папиллар шакллари тафовутланади. Инфильтратив шаклида ут йулининг тулик беркилиши кечроқ келиб чиқади, метастазлар қу учрайди, радикал ташрих бажариш имконияти қам бўлади. Папиллар рақда оқибати нисбатан яхши. Микроскопи – аденокарцинома, қам ҳолларда ясси ҳужайрали рақ. Метастазланиш – асосан лимфоган йул билан, қупинча жигар зарарланади. 50-71% беморларда метастазлар ташрих вақтида топилади.

Клиника: сариклик: магистрал ут йуллари зарарлаши оқибати бўлиб қупинча қуқисдан бошланади(50%), қолганларда саргайиш симптоматикаси 2,5 ойдан 7 ойгача қузатилади. Одатда сариклик интенсив ва доимий бўлади. Бирламчи усма ут йуллари пуфак ва умумий қушилган жойда бўлса саргайиш тулкинсимон қайталаниш характерига эга бўлади.

Магистрал ут йуллари тула обтурациясида механик сариклик ва жигар декомпенсацияси тез юзага келади. Проксимал ут йулларининг стенозида жигарнинг қатталашуви қуйи-дистал қисмлардида Қурвуазье симптомининг ривожланиши қузатилади. Ут пуфагининг қаттайиши механик сарикликда қамма вақт қам қузатилмайди, пуфак йули усма билан беркилиб қолса пуфак қатталашмаслиги мумкин. 38-55% қасалларда ут йуллари рақда қолангит қузатилади бунда сариклик пайдо бўлишидан 1,5-2 ой аввал иситма қириши пайдо бўлади, оғрик қам ҳудди шундай.

Ташхисот: механик сариклик билан беморлар одатда инфекцион қасалқонага ётқизилади ва уртача 4 ҳафтадан сунг ташрих учун жаррохлик бўлимига утқизилади. Бу қатта муҳлат. Механик сарикликка гипербирирубинемия, гиперқолестеринемия, ишқорли фосфатаземия, мугадил альқолаза ва аминотрансферила фаоллигининг қуйи миқдорда ортиши ҳосдир.

Қиёсий ташхис шу соҳа бошқа қисмлари усмалари билан, ут тоши қасаллиги билан яллигланиш жараёнлари билан утқизилади. Тери орқали қолангиография қатта аҳамиятга эга.

Даволаш. Ташрихий даво қасаллиқни эрта ташхис қилганда имконияти бор. Қасаллик қушни аъқоларга тарқалмаган бўлса ут йулларини босимини пасайтиришга ёрдам берувчи ташрихлар утқизилади.

Умумий ут йули дистал қисми рақининг радикал ташрихи деб панкреатодуоденал резекция қабул қилинган. Жигар-ут, йулининг супрадуоденал бўлими рақда қекланган соҳада қолестистэқтомия ут йуллари резекцияси билан ташрихи утқизилади. Усма жигар дарвозаси томон усган ҳолларда эса сарикликнинг барқараф қилишга қаратилган паллиатив ташрихлар бажарилади.

КАТТА ДУОДЕНАЛ СУРГИЧ РАКИ.

Ёмон сифатли усмалардан улганларнинг 0,1-1,7% ташкил килади. Билиопанкреатодуоденал соха аъзолари раки ичида 15-20% ташкил килади.

Патанатомияси Хосила умумий ут йули, ошкозон ости беи йули, сургич ампуласи эпителийсидан ёки 12 бармокли ичак шиллик кавати эпителийсидан ривожланади. Усма юмолук ёки овл шаклида булиб 12 бармокли ичак бушлигига чикиб туради ва 0,5-2,5 см катталикида булади. Купинча экзофит усади, инфильтартив шаклида эса процессга 12 бармокли ичак, ошкозон ости беи бошчаси, умумий ут йули кушилади.

Клиника. Ошкозон ости беи бошчаси ракига, ухшаш кечади. Усма сургич сохасида жойлашганда усма-сариклик тезда келиб чиқади. 50% беморларда тулкинсимон кечади.

Катта дуоденал сургич усмалари тез яраланади, бу инфекция тушишига олиб келади. Холангит купинча ошкозон ости беи бошчаси ракида келиб чикиб, жигар сохасидаги огрик, юкори харорат, калтираш билан намоён булади. Бу панкреатитнинг кузишига(сийдикда диастаза ортиши, камарсимон ва хуружли огрик, кайт килиш, лейкоцитоз) олиб келади.

Ташхисот. Юкоридаги белгилар асосида олиб борилади. Шу соханинг яллигланиш процесслари клиникаси билан ухшаш булганлиги учун баъзан кийинчилик тугилади. Ташхис куйишда биринчи уринда шифокорнинг онкологик эхтиёткорлиги ва бемор анамнези клиник, рентгенологик ва эндоскопик текширувлар натижалари мухим. Курвуазье симптомининг мусбатлиги 50-75% холларда кузатилиб ут йули дистал кисми утказувчанлигининг бузилиши учун характерли ва бу катта дуоденал сургич, ошкозон ости беи бошчаси ва умумий ут йули дистал кисми ракида келиб чиқади.

Даволаш. Бемор эрта муружаат килганда, усма катта булмаган ва метастазлар кам булган холларда 42-89% холатда даволаш мумкин. Макоха (1961г) буйича экономли панкреатодуоденал папиллаэктомия килинади.

Радикал ташрих утказиш имконияти йук булганда ут йуллари декомпрессияси биллиодегестив оким куйиш ёрдамида килинади.

ОШКОЗОН ОСТИ БЕИ РАКИ.

Хамма ёмон сифатли усмалар орасида нисбатан кам учрайди, эркаklar ва аёллар бир хил касалланади.

Патанатомия. Бошча сохасида 50-60%, танасида 10%, дум сохасида 6-7% ва 25% холларда ошкозон ости безининг тотал зарарланиши кузатилади. Усма зич тугун куринишда булиб катталиги 10 см гача, чегаралари аник эмас. Ошкозон ости беи бошчаси усмаларида сариклик тез ривожланганлиги сабаблик беморлар эрта аникланади. Гистологик-аденокарцинома, баъзан ясси хужайрали рак. Ошкозон ости беи раки келиб чикишида нотугри овкатланиш, алкоголь ичимликларни куп микдорда истеъмол килиш, яллигланиш жараёнлари билан бир каторда утказган вирусли ва бактериал юкумли касалликлари мухим роль уйнайди.

Метастазланиши лимфоген, биринчи навбатда без бошчаси сохасидаги лимфа тугунларда, кейинчалик жигар дарвозаси лимфа тугунларида топилади. Олис метастазлар купинча жигарда, упка, суяк, буйракларда аникланади.

Клиника Упка жойлашувига усманинг безга ва чикарув йулларига муносабатида, кушни аъзоларга таркалганлигига боглик булади. Ошкозон ости беи бошчаси ракида бошка сохалардагига нисбатан эрта аникланади.

Чикарув йуллари босилгунга кадар булган бошлангич боскичларда касаллик симптомсиз кечади. Тобора усма катталашган сари умумий холсизлик, кориннинг юкори яримида огрик, диарея, кейинчалик кучли хуружсимон огриклар билан кечувчи

сариклик, тана хароратининг кутарилиш жигар катталашиши кузатилади. Сариклик доимий булади, ахлат рангсизланади, сийдик ранги туклашади, конда биллируммин микдори ортади. Интоксикация кучайиши билан кайт килиш, ошкозон ости беги сохасида усма хамда корин олдинги девори таранглиги аникланиши мумкин. Рентгенологик: 12 бармокли ичак така шаклининг ёзилиши, усма туфайли ичакнинг торайиши, «ниша» белгиси, 12 бармокли ичак бошлангич кисмининг унга ва юкорига силжиши кабилар аникланади.

Ошкозон ости беги танаси ва дум сохаси ракида клиника суи намоён булади. Эпигастрал сохадаги огрик, асосан камарсимон, елкага, куракка хамда чап кулга иррадиацияланувчи характерда булади. Огрик баъзан жуда кучли-куёш чигалини ёзиши хисобига булади. Рентгенологик ошкозон пилороантрал кисмининг олдинги ва чапга силжиши аникланади.

Киёсий ташхис. Жигарнинг инфекцион ва яллигланиш касалликлари билан сурункали панкреатит, ут тош касаллиги билан килинади. Сариклик ООБРнинг урта белгиси булганлиги учун беморлар купинча инфекцион булимларга келиб тушади. Агар сариклик бир неча марта келиб чиккан булса унг ковулга ости сохасида хуружсимон огриклар билан кечган булса, купрок ут тош касаллигига гумон килиш керак. ООБРда сариклик аста секин бошка симптомларсиз интенсив кучайиб боради ва сунгра ракнинг бошка белгилари пайдо булади. Баъзан ташхисий лапаротомия килиш хам мумкин. Рак клиникасининг индуратив панкреатит хам бериши мумкин. Куздан кечириш ва пальпация килиш, баъзан эса хатто биопсия оркали хам касалликни аниклаш кийин булади.

Даволаш. Факат жаррохлик усулида, аммо радикал ташрихни хаммада бажариб булмайди. Купинча паллиатив ташрихлар, ут чикишининг тикловчи ташрихлар бажарилади. Ошкозон ости беги тана ва дум резекцияси нисбатан хавфсиз хисобланади, бунда без субтотал олиб ташланади. Усма бошча сохасида жойлашганда панкреатодуоденал резекция килинади.

Прогноз. Яхши эмас. Сариклик келиб чиккан вақтдан бошлаб бемор хаёти уртача 6 ойдан ошмайди. Радикал ташрихлардан сунг беморлар умри купинча 2 йил атрофида булади, паллиатив ташрихлар эса бемор хаётини 6-10 ойгача чузилиб боради.

АДАБИЁТЛАР.

1. Черенков В.Г. «Клиническая онкология». Москва 2000
2. С.П.Л. Тревис, Р.Х.. Тейлор Дж.Дж. Мисевич «Гастроэнтерология» Москва 2002.
3. Журнал «Вопросы онкологии», «Артериальная химиоэмболизация в комбинации с чрезкожной инъекционной терапией при гепатоцеллюлярном раке» 1. 2003г
4. Черезов А.Э. «Общая теория рака». Москва 1997.
5. Коэн Д. «Секреты онкологии и гематологии». Москва, 1997.
6. I съезд онкологов стран СНГ . часть I. «Диагностика и лечение новообразований печени» Москва 1996.
7. Матюшин И.Ф. «Операции на печени». Г.Горький 1975 г
8. «Хирургическая гепатология» под ред. В.Б. Петовского, медицина 1972г.
9. Королёв Б.А. Пиковский Д.Л., Грудинская Й.Н. «Холецистостомия при остром холецистите» медицина 1973 г