JO‘RAEV M.D., KARIMOVA M.N.,
ULMASOV F.G‘.

ONKOLOGIYA

Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun "Onkologiya" fanidan darslik

2-nashr



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

JO‘RAEV M.D., KARIMOVA M.N., ULMASOV F.G‘.

“ONKOLOGIYA”

Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun "Onkologiya" fanidan darslik

2-nashr

SamDTU
axborot-res[illegible]arkazi
1965 y

ARTEX NASHR
SAMARQAND – 2026

UDK: 616-006(075)

BBK: 55.6ya7

ONKOLOGIYA / JO'RAEV M.D., KARIMOVA M.N., ULMASOV F.G'. Darslik. Samarqand: ARTEX NASHR, 2026. 548-bet.

Mualliflar:

Jo'raev M.D. RIO va RIATM Abdominal xirurgiya bolimi ilmiy rahbari, T.f.d. professor.

Karimova M.N. Samarqand davlat tibbiyot universiteti «Onkologiya» kafedrasi dotsenti, T.f.n.

Ulmasov F.G' Samarqand davlat tibbiyot universiteti «Onkologiya» kafedrasi mudiri, DSc.

Taqrizchilar

Abduraxmonov K.F. O'zbekiston sog'liqni saqlash vazirligi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi onkologiya kafedrasi dotsenti.

Rahimov N.M. Samarqand davlat tibbiyot universiteti «Onkologiya» kafedrasi professori, DSc.

Onkologiya fanidan darslik barcha tibbiyot institutlari va tibbiyot universiteti talabalari uchun mo'ljallangan bo'lib, u onkologiyaning umumiy asoslari va onkologiyaning xususiy asoslaridan iborat 2 ta katta qismni o'z ichiga oladi. Onkologiyaning umumiy qismida onkologiya fani haqida, uni tarixi va hozirgi zamon onkologiyasi haqida to'liq to'xtalib o'tilgan. Bundan tashqari onkologiyaning qadimgi davrdagi va oxirgi 100 yillik taraqqiyoti haqida batafsil yoritib berilgan. Ushbu qismda xavfli o'sma kasalliklarini aynan bizning hududimizda tarqalganlik darajasi-epidemiologiyasi, xavfli o'smalarni keltirib chiqaruvchi sabablar haqida batafsil to'xtalib o'tilgan. Bundan tashqari xavfli o'sma kasalliklarini zamonaviy diagnostik usullari, jumladan morfologik, immunologik va immunogistoximik usullar to'liq yoritilib berilgan. Xavfli o'sma kasalliklarini hozirgi zamon standartlari asosida davolash usullari haqida, target terapiyasi,immunoterapiya va garmonoterapiya haqida to'xtalib o'tilgan.

Xususiy onkologiya qismida esa terining xavfli o'smasi, bosh- bo'yin o'smalari,ovqat hazm qilish tizimi, nafas olish tizimi, siydik ajratish tizimi, reproduktiv tizim va boshqa bir qancha a'zolar xavfli o'sma kasalliklarini tarqalish darajasi, etiologiyasi, klinikasi, TNM tizimi bo'yicha tasnifi, xavfli o'sma kasalliklarini diagnostikasi va davolash hamda profilaktikasi haqida to'liq yoritilib o'tilgan.

ISBN: 978-9910-8567-6-1

4494

© JO'RAEV M.D., KARIMOVA M.N., ULMASOV F.G'.,
© ARTEXNASHR

MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI 7
UMUMIY QISM 8
I BOB. ONKOLOGIYA HAQIDA TUSHUNCHA, UNING TARIXI VA ZAMONAVIY TIBBIYOTDA TUTGAN O‘RNI 7
II BOB. XAVFLI O‘SMALAR EPIDEMIOLOGIYASI 17
III BOB. XAVFLI O‘SMALAR ETIOLOGIYASI 23
IV BOB. RAK OLDI KASALLIKLARI KLINIK SIMPTOMLARINING PATOGENEZI 36
V BOB. XAVFLI O‘SMALAR KLINIK SIMPTOMLARINING PATOGENEZI 55
VI BOB. XAVFLI O‘SMALARNI TASHXISLASHNING UMUMIY QOIDALARI 58
VII BOB. XAVFLI O’SMALARNI DAVOLASHNING UMUMIY QOIDALARI 89
VIII BOB. XAVFLI O‘SMALARGA QARSHI KURASHNI TASHKIL ETISH QOIDALARI 116
XUSUSIY QISM 134
IX BOB. TERI RAKI 134
X BOB. MELANOMA 154
XI BOB. PASTKI LAB RAKI 167
XII BOB. SO’LAK BEZLARI RAKI 175
XIII BOB. QALQONSIMON BEZI RAKI (QBR) 191
XIV BOB. HIQILDOQ RAKI 222
XV BOB. BURUN HALQUM RAKI: 230
XVI BOB. HIQILDOQ HALQUM RAKI 237
XVII BOB. SUT BEZI RAKI 242
XVIII BOB. O‘PKA RAKI 274

XIX – BOB. QIZILO'NGACH SARATONI 300
XX BOB. OSHQOZON RAKI.....318
XXI BOB. CHAMBAR ICHAK RAKI EPIDEMIOLOGIYA 344
XXII BOB. TO'G'RI ICHAK VA REKTOSIGMOIDAL SOHA RAKI 364
XXIII BOB. OSHQOZON OSTI BEZI RAKI 375
XXIV BOB. JIGAR RAKI.....386
XXV BOB. SUYAK XAVFLI O'SMALARI 405
XXVI BOB. YUMSHOQ TO'QIMALAR O'SMALARI 423
XXVII BOB. XAVFLI LIMFOMALAR. XODJKIN LIMFOMASI 440
(LIMFAG RANULAMATOZ).....440
XXVIII BOB. BUYRAK SARATONI.....450
XXIX BOB. QOVUQNING XAVFLI O'SMASI 463
XXX BOB. PROSTATA BEZI SARATONI 469
XXXI BOB. BACHADON BO'YNI RAKI 478
XXXII BOB. BACHADON TANASI RAKI 506
XXXIII BOB. TUXUMDON RAKI.....519
XXXIV BOB. VULVA RAKI.....533
XXXV BOB. TROFOBLASTIK KASALLIKLAR 540
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR 546

QISQARTMA SO'ZLAR

UBN – Ultrabinafsha nurlar

FAMMM – Familial atypical multiple mole melanoma syndrome

XRTJ - Xalqaro rakni tekshirish jamiyati

UTT - Ultra tovush tekshirishi

KT - Kompyuter tomografiya

MRT – Magnit-rezonans tomografiya

PET - Pozitron emission tomografiya

PSA – Prostatospetsifik antigen

EGDFS- Ezofagogastroduodenofibroskopiya

MSKT – Multisperal kompyuter tomografiya

OBK - Osteoblastoklastoma

QBR - Qalqonsimon bezi raki

FBS - Fibrobronxoskopiya

TTG - Tireotrop gormon

GSR- Gepatotsellyulyar rak

SBR – Sut bezi raki

RFP – Radiofarm preparat

TUR- Transuretral rezeksiya

PXT - Poliximioterapiya

REA – Rak embrional antigen

JSST – Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

NAXT – Noad'yuvant ximioterapiya

NXL - Noxodjkin limfomasi

IONT - Intraoperatsion nurli terapiya

IFN - Interferon

XG - Xoriono gonadotropin

ERPXG - Endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya

ESG - Ezofagosonografiya

LDG - Laktatdegidrogenaza

YAMR- Yadro magnit rezonansi

IGX – Immunogistoximiya

XT – Ximioterapiya

XNT - Ximionur terapiya

AFA- Alfofetoprotien

XSR – Xolongotsellyulyar rak

BBR- Bachadon bo'yni raki

SA- Karbongidrid antigen

BTR- Bachadon tanasi raki

SO'Z BOSHI

Xavfli o'smalar (saraton, rak) keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) bergan ma'lumotlarga ko'ra, so'nggi yillarda dunyoda har yili 9 millionga yaqin odam saraton bilan kasallanadi va ulardan 6 millionga yaqini dunyodan ko'z yumadi. Bu raqamlar sekin-asta o'sib bormoqda. Xavfli o'smalar muammosini yechish sog'liqni saqlash tashkiloti xodimlarining markaziy masalalaridan biri bo'lib kelmoqda.

Odatda onkologik kasalligi bor bemorlar birinchi bo'lib onkologga emas, balki boshqa soxa shifokorlariga murojaat etadilar. Xavfli o'smalarning boshlang'ich belgilarini bilish darajasi, uni o'z vaqtida aniqlay olish va bemorni tezda mutaxassislarga yuborilishi ko'pincha bemorning taqdirini hal qiladi.

O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan keyin kadrlar tayyorlash davlat dasturi tuzilib, tibbiyot sohasida umumiy amaliyot shifokori tayyorlashga o'tilganligi davlat tilida darsliklar yaratishga zaruriyat tug'dirdi. Ushbu darslikda xavfli o'smalarning kelib chiqish omillari, normal hujayraning o'sma hujayrasiga aylanish mexanizmlari, xavfli o'smalarning tashxisi, davolash, oldini olish qoidalarining eng yangi ma'lumotlari mujassamlashgan.

Darslik O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim va Sog'liqni Saqlash Vazirligi tomonidan tasdiqlangan dastur asosida yozildi. Ushbu darslik O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "2017-2021 yillarda O'zbekiston Respublikasida Onkologiya xizmatini yanada rivojlantirish va aholiga onkologik yordam ko'rsatishni takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risidagi PQ-2866 sonli, "2017-2021 yillarda O'zbekiston Respublikasi aholisiga malakali tibbiy yordam ko'rsatishni takomillashtirish chora tadbirlari to'g'risidagi PF-3071 sonli va boshqa bir qancha qaror va farmonlarini ijrosini taminlashga yordam beradi. Darslik umumiy va xususiy qismlardan iborat bo'lib, umumiy qismida xavfli o'smalar etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, epidemiologiyasi, profilaktikasi, tashxis qo'yish va davolash asoslari, deontologiya masalalari va onkologik yordamni tashkil qilish batafsil bayon etilgan. Xususiy onkologiya qismida esa dunyoda va O'zbekistonda keng tarqalgan xavfli o'smalar to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan.

Darslikni yozishda rus, ingliz va o'zbek tillarida nashr qilingan onkologiyaga doir turli adabiyotlar, qo'llanmalar hamda ko'p yillik klinik tajriba asosida to'plangan materiallardan foydalanildi. Darslik oxirgi 15-20 yillar mobaynida birinchi marta nashr etilayotganligi sababli unda ba'zi xato va kamchiliklar uchrashi mumkin. Mualliflar ushbu darslik to'g'risidagi fikr va mulohazalarni, tilak-istaklarni minnatdorchilik bilan qabul qiladilar.

UMUMIY QISM

I BOB. ONKOLOGIYA HAQIDA TUSHUNCHA, UNING TARIXI VA ZAMONAVIY TIBBIYOTDA TUTGAN O'RNI

Onkologiya grekcha "oncos" - o'sma, "logos" - fan so'zlaridan olingan bo'lib, o'smaning kelib chiqish sabablarini, rivojlanish mexanizmlari va klinik ko'rinishlarini hamda o'smalarning diagnostika usullari, davolash va eng asosiysi profilaktikasini o'rganadigan fan bo'lib hisoblanadi.

Ma'lumki, butun jonzot (hayvonlar, odamzot) tariximiz davomida xavfli o'smalar bilan xastalanib kelgan. Paleontologik va arxeologik tekshirishlar orqali dinozavrlar (bundan 65 mln. yil ilgari), ibtidoiy odamlar — avstralopiteklar (taxminan 1 mln. yil ilgari) va qadimiy misrliklarning (5 ming yil ilgari) suyaklarida o'sma kasalligining alomatlari topilgan. Xavfli o'sma haqidagi tarixdagi birinchi axborot (eramizdan 2500 yillar avval) Misr papirusida keltirilgan. Unda shifokor va kohin Imgotep sut bezi raki va uning asoratlarini oldini olish to'g'risida hayron qolarli darajada fikr bildirgan. Eramizdan avvalgi XII asrda Xitoyda rak kasalligi «ay» nomi bilan hammaga ma'lum bo'lgan. Hindlarning muqaddas kitobi hisoblangan «Ayur-Veda»da o'smalarning ta'rifi keltirilgan. Bunda ular xavfli va xavfsiz turlarga bo'lingan, o'smalarni olib tashlash yoki unga tarkibida margimush bor surtmalar surtish kerak, degan ko'rsatmalar berilgan.

Onkologiyaning rivojlanishiga Gippokrat (Jolinus, eramizdan avvalgi IV—V asrlar), Ibn Sino (XI asr), R.Virxov (1863y.), M.A. Novinskiy (1877 y.) va N.N. Petrov (1910 y.) lar katta hissa qo'shganlar.

Mashhur grek shifokori Gippokratning tibbiyot, shu jumladan onkologiyani rivojlantirishdagi xizmati katta. U faqat «saraton» va «sarkoma» terminlarini fanga kiritib qolmay, balki uni davolashning asosiy qoidalarini yaratgan. Undan shifokorlar hozirgacha foydalanib kelmoqdalar. Gippokrat xavfli o'smalarning kelib chiqishida tashqi omillar katta ahamiyatga egaligiga e'tibor bergan, bunda bemorga uning ruhiy va tana sifatlarini mujassamlashtirgan holda har biriga alohida yondoshish kerakligini aytgan. Uning: «Faqatgina shifokorning o'zi ishga kerakli bo'lgan barcha narsalarni qo'llashigina emas, balki bemor ham, uning

atrofidagi barcha tashqi holat ham shifokor faoliyatiga katta yordam berishi kerak», degan so'zlari hozirda juda dolzarb masaladir.

X—XI asrlarda O'rta Osiyo, uning yirik shaharlari bo'lgan Buxoro, Urganch va Samarqand fan va madaniyat markazi bo'lib qolgan. U yerda mashhur olimlar, shoirlardan al-Farobiy, Rudakiy, al-Buxoriy, Firdavsiy, Beruniy, al-Xorazmiy, al-Farg'oniy va shular qatorida juda ko'p xudojo'y, qonun, falsafa, arxitekturani yaxshi bilgan odamlar va shifokorlar yashaganlar. Karvon yo'llari ularni uzoq mamlakatlar — Hindiston, Xitoy, Vizantiya, Rim va Gretsiya bilan bog'lab kelgan. Shaharlarda maktablar, shifoxonalar, kitob bozorlari va boy kitob omborlari bo'lgan. U yerda Geraklit, Aristotel, Platon, Gippokrat va Galen asarlari va tarjimalarining asl nusxalari saqlangan. Ma'lumki, Yevropa qadimgi Gretsiya va Rimliklarning boy ilmiy merosi, shu jumladan tibbiyot va onkologiya bo'yicha ma'lumotlar bilan O'rta Osiyo olimlarining asarlari orqali tanishishgan. Bunda juda katta vazifani Xorazmdagi Ma'mun Akademiyasi bajargan, bu erda yirik olimlardan Ibn Sinoning ijodi gullab yashnagan. Xorazmda uning yirik «Tib qonunlari» nomli asari yaratilgan, unda nafaqat Gippokrat, Galen, Abu Bakr-ar-Roziy, Hindiston va Xitoy olimlari, balki olimning shaxsiy boy eksperimental va klinik tajribasi, jumladan o'smalarning kelib chiqishi, belgilari, ularni aniqlay olish va davolash usullari aks ettirilgan. Tinimsiz mehnat evaziga yozilgan bu asar o'sha vaqtda ilm-fanning asosiy tili hisoblangan lotin tiliga o'girilgan va barcha Yevropa mamlakatlarida yuz minglab shifokorlarga 6 asr davomida asosiy qo'llanma bo'lib kelgan. «Tib qonunlari» jahon tibbiyot ilmi va amaliyotining, shuningdek onkologiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shganligiga hech shubha yo'q.

Besh jildli «Tib qonunlari»ning deyarli barcha jildida xavfli o'sma haqida fikr bildirilgan. Kasallikning nomiga kelsak, Ibn Sino shunday deb yozadi: «Shishning «qisqichbaqa» (arabcha saraton) deb atalishi uni qisqichbaqa singari a'zoga o'ljaga yopishganday yopishishi yoki uning shakliga va rangiga, ya'ni yumaloq va atrofiga qisqichbaqa oyoqlariga o'xshash tarmoqlar chiqarganligi tufaylidir. (VI kitob, 256-bet). Ibn Sino o'smaga odamning to'rtta asosiy suyuqligi mutanosibligi buzilishi deb qaragan bo'lsada (albatta bu hozirgi zamon ilm-fani uchun juda sodda fikr), lekin ularning birinchi sababi tashqi muhit: havo, suv, quyosh nuri va oziqlanishning buzilishi, deb hisoblagan (10 asrdan keyingina onkoepidemiologik izlanishlar natijasida bu tasdiqlangan). Kitobda har bir

odam mijozining kasallanishdagi ahamiyati qayd etilgan, o'smalar tasnifi, anamnez va palpatsiyaning ahamiyati haqida ko'plab bebaho fikrlar aytilgan. Xavfli o'smalarni Ibn Sino «sovuq» va «qattiq» o'smalar turiga kiritadi, bunda u ularning asosiy belgisi og'riqning yo'qligi, deb hisoblaydi. Uning ta'riflashicha, agar a'zo yoki to'qima qo'l bilan tekshirilganda unga «qattiqlik» sezilsa, bu «o'sma borligining eng zo'r isbotidan biridir, agar u a'zoga chuqur o'sib kirgan bo'lsa, u holda tezda ozib ketish va ko'zlarning ichiga tushib ketishi» kuzatiladi (I kitob, 237-bet).

O'smalarning metastazlanishi juda to'g'ri aniqlanadi: «Qadimgilardan birining ta'riflashicha, shifokor saraton bilan zararlangan ayolning ko'kragini olib tashlabdi, lekin u uning ikkinchi ko'kragiga o'tib ketibdi. Men shuni aytaman: «Balki ikkinchi ko'krakda saraton bilan zararlanish boshlangan bo'lsa kerak va birinchisini olib tashlash bu holatga to'g'ri kelib qolgandir yoki kasallik materiyaning siljishi natijasida kelib chiqqandir». Keyinchalik u shunday deb yozadi: «Ko'pincha materiya ichki o'smalar paytida bir a'zodan ikkinchisiga o'tadi» (IV kitob, 266-bet). Ibn Sino talabchan olim va malakali klinitsist sifatida shunga ahamiyat beradiki, «saraton hosil bo'lgandan so'ng birinchi paytlarda ko'rinmas holatda bo'ladi... Ko'pincha uni bilib olish juda qiyin, lekin keyinchalik uning belgilari aniq bo'lib qoladi» (IV kitob, 265-bet).

Albatta, bu yerda olim o'smaning rivojlanishi, uning klinikagacha bo'lgan davri va undan keyingi bosqichlari, ya'ni zamonaviy klinik onkologiya haqida to'g'ri gapirayotganiga shubha yo'q. Olimning hozirgi zamon qarashlariga mos keladigan fikrlaridan biri, radikal xirurgik operatsiya saratonning boshlang'ich paytida yordam berishi, kasallik o'tib ketgan holda u befoyda, degan fikrlaridir. «Agar rakni nima bilandir yo'q qilish mumkin bo'lsa, u ham uni asosigacha qattiq usul bilan olib tashlashdir, o'smani o'rab turuvchi to'qimalar kesib olinadi, ba'zida kesib olingandan keyin u yana kuydiriladi ham...». «Shunday hollar ham bo'ladiki, boshlanuvchi rakdan ba'zi paytda tuzalish mumkin, lekin o'tib ketgan hollarda bu mumkin emas» (IV kitob, 265—266-betlar).

«Tib qonunlari»ning ko'p asrlik ahamiyati faqatgina undagi bilimlarning kengligi emas, balki kasalliklarning, shular qatorida xavfli o'smalarning kelib chiqishi, tashxisoti va davolash yo'llarining aniq ko'rsatilganligidadir.

Mikroskopning kashf etilishi onkologiya fanining rivojlanishiga katta turtki bo'lgan.

1801 yilda M.Bish, keyinchalik 1838 yilda I.Myuller o'sma hujayralarining tuzilishini kashf qilishdi hamda unda stroma va parenxima borligini farqlashdi. Ular o'sma hujayrasi sog'lom hujayralar ichida tasodifan to'satdan paydo bo'lib qoladi deb hisoblashgan.

Keyinchalik J.Kryuvele (1791-1874) o'smaning rivojlanishi uchun ma'lum bir davr kerak bo'lib, bu davrda normal hujayralar «kanseroz degeneratsiya» davrini o'taydi degan fikrni olg'a surgan. Shunday qilib onkologiyada ilk bor o'sma asta-sekin ketma-ket, davriy ravishda rivojlanadi degan fikr paydo bo'lgan.

1870 yilda M.M.Rudnev ilk bor o'sma hujayralarining amyobasimon harakati tufayli organizm to'qimalariga kirishini aniqladi. Shunday qilib metastaz paydo bo'lishining mexanizmi va rivojlanishini tushuntirish imkoni paydo bo'ldi. Shu bilan birga bu kashfiyot o'sma to'qimalarini transplantatsiya qilish mumkinligini, hamda o'sma to'qimalarini muvaffaqiyatli transplantatsiya qilish uchun bir turdagi hayvonlar bo'lishi va material sifatida o'smaning tirik to'qimasi bo'lishi kerakligini isbotladi. M.M.Rudnevning bu kashfiyotlarini ilk bor rus olimi veterinar vrach M.A.Novinskiy itlarda qo'llab ko'rdi: u 1876 yilda katta itdan it bolasiga xavfli o'sma to'qimasini ko'chirib o'tkazdi. Uning bu dissertatsiyasi eksperimental onkologiyaning butun dunyoda rivojlanishiga sabab bo'ldi. Rudnev va Novinskiylarning tadqiqotlari haqli ravishda ularga eksperimental onkologiya asoschilari degan huquqni berdi.

1775 yilda ingliz xirurgi P.Pott professional rak: truba tozalovchilarda yorg'oq terisi raki uchrashini kuzatganligini yozib o'tgan. Shundan keyin kanserogenez bo'yicha ko'plab tadqiqotlar olib borila boshladi. Polisiklik aromatik uglevodorodlar (M:3,4-benzpiren),rentgen va ultrabinafsha nurlar, radioaktiv moddalarning kanserogen ta'sir etishi aniqlandi.

1932 yilda A.Lakassan ayrim o'smalar katta miqdorda esterogen gormonlar yuborish orqali paydo bo'lishi mumkinligini aniqlagan.

Onkologiyaning rivojlanishida yana bir etap F.Raus tomonidan 1910 1911 yillarda parranda sarkomasini chaqiruvchi viruslarni kashf etilishidan keyin boshlandi – u o'sma kelib chiqishini tushuntiruvchi "virus nazariyasi"ga asos bo'ldi.

N. N.Petrovning nazariy va amaliy onkologiyaga qo'shgan hissasi juda katta, unda eksperimentatorlik, klinitsistlik, pedagoglik va onkologik xizmat tashkilotchisi kabi qobiliyatlar mujassamlashgan edi. Uning «O'smalar haqida umumiy ta'limot» (1910) monografiyasi onkologiya tarixida shifokor onkologlarning birinchi ish kitobi bo'lib qoldi va rak kasalligi haqidagi bilimlarning keng tarqalishiga sabab bo'ldi.

N.N. Petrov onkologiya universiteti (Sankt-Peterburg, 1938), birinchi onkologiya kafedrasining (Sankt-Peterburg, 1930) tashkilotchisidir. Uning tahriri ostida onkologiyaga oid qator kitoblar chop etilgan (1934, 1947, 1954).U hozirgi kunda keng tarqalgan xavfli o'smalar polietiologiyasini nazariy jihatdan isbotlab bergan.

Eksperimental onkologiyaning rivojlanishida R.Virxovning «ta'sirlash» nazariyasi kuchli turtki bo'lgan. Bu nazariyaga muvofiq o'sma tashqi faktorlarning ta'sirida olgan shikastlanishlar tufayli paydo bo'ladi deb tushuntirilgan. Bundan keyin ko'p o'tmay Virxovning shogirdi Tirsh rak epiteliydan, sarkoma esa biriktiruvchi to'qimadan rivojlanishini isbotlab bergan. D.Ganzeman (1891) Virxov nazariyasini ma'qullagan holda o'sma hujayrasi ham shu organizmning hujayrasi bo'lib, u sog'lom hujayradan morfologik jihatdan differensiatsiyasining (takomillashganligini) pasayishi, fiziologik jihatdan esa o'sish jarayonida mustaqilligi bilan farqlanishini isbotlab bergan.

Virxovning shogirdi Kongeym o'smaning kelib chiqishining «embrional» nazariyasini yaratgan. Bu nazariyaga muvofiq o'smaning kelib chiqishi organizmning rivojlanish jarayonida embriogenezda ishtirok etmay qolgan embrional hujayralar bilan bog'liq bo'ladi deb tushuntiriladi. Organizm turli sabablarga ko'ra kuchsizlanganda bu embrional hujayralar tez, jadal ko'payib o'sma paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Ilmiy onkologiyaning rivojlanishi buyuk olim va reformator R. Virxovning faoliyati bilan bog'liq deb hisoblash mumkin. Tibbiyotda, shu jumladan onkologiyada«sellyulyar patologiya»(1885 y.) gacha bo'lgan davr tarixda oldingi o'tmish davr deb hisoblanadi. Bu davrda rakning jarrohlik yo'li bilan davolashning dastlabki ilmiy asoslangan konsepsiyasi U. Xolsted tomonidan 1894 yilda shakllantirildi va bu konsepsiya N.N. Petrov tomonidan ablastika va antiblastika prinsiplarini ishlab chiqilishi tufayli rivojlantirildi. Xirurgik onkologiya ikkita prinsipial kashfiyot: amaliyotga

narkoz va antiseptikani kiritilishi tufayli rivojlandi. Xirurgik davo usuli evolutsiyasida A.T.Bilrot ilk bor gastrektomiya, laringektomiya va ezofagoektomiya jarrohlik amaliyotlarini, E.Vertxaym esa radikal gisterektomiya (1906), X.YUing - radikal prostatektomiya (1904), Mayls – "to'g'ri ichakni qorin oraliq ekstirpatsiyasi" (1906) operatsiyalarini amaliyotga kiritib katta hissa qo'shishdi.

Keyingi 100 yilda onkologiyada xirurgik davo usulida evolutsiya sodir bo'ldi. N.N. Petrov tomonidan «Rakni barcha elementlari bilan olib tashlash tufayli bemor davolanadi" yoki «Kichik o'lchamli rak – katta operatsiya, katta o'lchamli rak – hech qanday operatsiya» degan naql aytilgan. Xirurgik texnika, anesteziologiya, reanimatologiya sohalarini rivojlanishi tufayli «supraradikal» operatsiyalar . o'tkazish imkoni yaratildi. Shu o'rinda "Xirurgiya bemor uchun xizmat qilishi, bemor xirurgiya uchun emas", degan olimlarning o'giti esdan chiqmasligi kerak. Katta hajmli operatsiya qilinar ekan bemorning hayot sifat ko'rsatkichi inobatga olinishi kerak. Organ saqlovchi operatsiya bajarilishida jarayonning haqiqatdan ham erta rak ekanligi inobatga olinishi kerak. Onkologiyada jarrohlik davo usuli lokal ta'sir etishi inobatga olganda uning rivojlanish imkoniyatlari kamayib bormoqda.

V.K. Rentgen, A. Bekkerel, Mariya Kyuri Sklodovskaya kabi olimlar tomonidan rakni radiatsiya bilan davolashdagi ilmiy va texnik kashfiyotlar onkologiyada yangi davo usulini joriy qilish imkonini berdi. Nur terapiya usuli ham xirurgik usul kabi onkologiyada faqat lokal ta'sir etadi.

Xirurgik va nur terapiyadan farqli o'laroq medikamentoz terapiya sistematik ta'sir qiladi. «Medikamentoz terapiya» o'smaga turli ta'sir etuvchi uch xil-sitostatik (ximioterapiya), gormonoterapiya va immunoterapiya usullarini o'z ichiga oladi.

Kubasov (1889), D.I.Ivanovskiy (1892), V.V.Pidvisotskiy (1908), I. I. Mechnikov (1910) larning mehnati tufayli o'sma rivojlanishining virus nazariyasi paydo bo'ldi. O'sma paydo bo'lishiga sabab bo'ladigan ilk virus parranda sarkomasi virusi Raus tomonidan 1911 yilda, quyon papillomasi virusi Shoup tomonidan 1932 yilda, sut bezi raki virusi 1936 yilda Bittner tomonidan kashf etildi. Rak rivojlanishining virus-genetik nazariyasi L.O.Zilber tomonidan olg'a surilgan. U o'z monografiyalarida onkogen virusning hujayra genomi bilan integratsiyasi tufayli normal hujayralarning

xavfli transformatsiyalanishi nazariyasini yoritib bergan. Bugungi kunda onkogen potensiyaga ega bo'lgan 200 dan ortiq viruslar aniqlangan.

Onkologiya o'zining maxsus terminologiyasiga, tashxisi va kasallik bosqichlariga, davolash sxemalari va ularning samaradorligini baholash usullariga ega. O'smaga ta'rif berilganda asosan 2 ta termin: birinchisi, o'smaning biror narsaga o'xshashligini bildiruvchi masalan, qisqichbaqaga (grekcha — «karsinos»), baliq go'shtiga (grekcha — «sarkos»), uning rangiga (grekcha — «melanos»), uning qaysi to'qimaga dahldorligiga (grekcha — «epitelios, osteos, lipos, xondros» va boshq.) hamda ikkinchisi (grekcha «oma» o'sma) termini bilan ifodalanadi. Natijada karsinoma, sarkoma, melanoma, epitelioma, lipoma va boshqa terminlar hosil bo'ladi.

Ba'zi o'smalar ularni aniqlagan olimlar nomi bilan (masalan, Pedjet, Vilms, Xodjkin o'smalari va boshqa) ataladi. To'qimaga aloqadorligi bo'lmaganlari (desmoid, sarkoid va boshqa.) yoki butunlay boshqa etimologik qoidaga asoslangan (leykoz, retikulyoz, limfogranulematoz va boshq.) ko'rinishda namoyon bo'ladi. Qadim zamonlardan beri inson, o'simlik va hayvonlar xavfli o'smalar bilan kasal bo'lgani aniqlangan. Bu arxeologik qazilmalarda isbotlangan. O'sma bu yangi hosil bo'lgan to'qima, neoplazma, blastoma va yana bir necha sinonimlar mavjud. Bu hujayra to'qima reaksiyasining o'ziga xos turi bo'lib, uning asosida u yoki bu to'qima hujayrasining boshqarib bo'lmaydigan va tartibsiz ko'payishi yotadi. Bundan 2500- yilda eramizdan avvalgi Imxotep sut bezi saratonini aniq tasvirlaydi. Xitoyda eramizdan avvalgi XVII asrda saraton " Ay" nomi bilan yuritilgan. Hind traktatlari – Ayur - Vedalarda o'smalarning faqat tasviri emas, balki ularning yaxshi va yomon sifatligi ham ko'rsatilgan. Shuning bilan o'smani kesish yoki asosida mishyak bo'lgan malham surtish tavsiya etilgan.

Quyidagi olimlar: Gippokrat (eramizdan avvalgi 5 asr), Abu – Ali ibn Sino (XI asr), R. Virxov (1863 yil), M. A. Novinskiy (1877 yil), N. N. Petrov (1910), D. M. Abdurasulov(1958 – 1978 yillar) kabilar onkologiyaga tarixiy va zamonaviy davrlarda o'z hissalarini qo'shganlar. Gippokrat faqat saraton, sarkoma terminlarini kiritib qolmay, balki keyinchalik vrachlar uchun yo'l – yo'riq bo'lgan o'smalarning davolash prinsiplarini ham yozib qoldirgan. U faqat vrach hamma kerakli bo'lgan narsalarni davolashda qo'llashi kerak emas, balki bemor va atrofdagilar ham

vrach faoliyatiga yordam berishi kerak degan. Abu Ali ibn Sino jahon ilm – fani taraqqiyotiga ulkan hissa qo'shgan "Tib qonunlari" asarini yozgan. M.A. Novinskiy jahonda birinchi bo'lib xavfli o'smalarni emlash mumkinligini ko'rsatdi. D.M. Abdurasulov 1958- yilda O'zbekistonda onkologiya institutini yaratdi va 20 yil bu institutni boshqardi, ko'p tomli «Birlamchi ko'p o'smalar» asarini yaratdi. Zamonaviy onkologiya – bu 14.00.14. onkologiya shifri bo'yicha alohida tibbiy ixtisoslik bo'lib, ya'ni tibbiyotning mustaqil bo'limidir.Uning asosida ko'pchilik kasalliklardagi lokal emas, balki o'zining maxsus terminologiyasi bo'lgan muammoli prinsip yotadi. Hozirgi kunda onkologiya tibbiyotning alohida bo'limi hisoblanib, alohida shifokorlar xizmat ko'rsatishadi. Dunyodagi ko'pgina malakatlarda onkologiya ilmiy-tekshirish institutlari, davolash-tashxisot markazlari,onkologlar jamiyati yoki assotsiasiyasi tashkil qilingan. Xalqaro onkologlar birlashmalari tuzilgan bo'lib, bular Xalqaro rakka qarshi Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining onkologiya bo'limi va rakni o'rganish bo'yicha xalqaro agentligidir.O'sma kasalliklarini aniqlash, davolash va oldini olishni o'rganadigan tibbiyot fani va amaliyoti onkologiya deyiladi. Ko'p mamlakatlarda onkologiya mustaqil ilmiy – amaliy ixtisoslikka bo'linmagan. Lekin ularda ba'zi bir onkologiya institutlari va markazlari, saratonga qarshi Xalqaro ittifoq, JSST ning onkologiya bo'limi, saratonni o'rganish bo'yicha Xalqaro Agentlik mavjud. Onkologik xizmat davlat himoyasi ostidadir. Umumiy boshqaruvni SSV ning o'z bo'limi orqali olib boriladi.

Bevosita onkologik savollar bilan onkologik ilmiy markazlar, ularning filiallari (shahar,viloyat), onkokabinetlar shug'ullanadi. Onkologik ilmiy markazlar – bu onkologiyaning ilmiy – teoritik muammolarini va profilaktika savollarini, ilk diagnostika va xavfli o'smalarni davolashni o'rganadigan ilmiy – amaliy muassasa. U o'z qo'l ostidagi filiallari ustidan tashkiliy – metodik nazorat qilishi kerak.

Viloyat va shahar filiallari – onkologik xizmatning asosiy tuguni hisoblanadi. U aholiga mustaqil poliklinik va statsionar xizmat, davolash – profilaktik muassasalariga davolash – profilaktik qo'llanmalar beradi va butun joylarda onkologik muammolarni hal qiladi va o'rta meditsina xodimlarining malakasini oshiradi. Har yili yangi kompleks ishlar olib boriladi va diagnostik muammolarni analiz qilish, profilaktik ko'riklarni nazorat qiladi, joylardagi bemorlarni muhokama qiladi va ular ustidan

dispanser ko'rikni nazorat qiladi, sanitar – oqartuv ishlari olib boradi. O'zbekistonda 13 ta viloyat, 1ta shahar filiallari ishlab turibdi.

Onkologik kabinet – poliklinikada joylashadi, ularning vazifasi – onkologik bemorlarni hisobga olish va dispanser kuzatuv olib borish, shuningdek, rak oldi kasalligini ro'yxatga olishni va davolashni, shuningdek, profilaktik, diagnostik, sanitar – oqartuv ishlarini , shu bilan birga hisob kartalari, tashxis va davolash ishlarini o'z nazoratiga oladi.

Bizning mamalakatimizda onkologik xizmatning asosiy vazifalaridan biri – kadrlarni doimiy tayyorlashdir. Har bir tibbiyot universitetini tamomlagan vrach onkologik kasallik profilaktikasi, tashxis va davolash rejasi bilan tanish bo'lishi kerak. Shuning uchun onkologiya rivojining asosiy omillaridan biri tibbiyot institutlarida onkologiya kafedralarini tuzilishi bo'ldi (1974 yil). Bu talabalarga onkologiyani mustaqil ilm va amaliy fan sifatida tanishtirish va o'sma kasalligini diagnostika va davolash jarayonini o'rganishni yengillashtiradi.

II BOB. XAVFLI O'SMALAR EPIDEMIOLOGIYASI

Xavfli o'smalar epidemiologiyasi — onkologiyaning bo'limi hisoblanib, u ijtimoiy-iqtisodiy (kasb, turmush darajasi, uy-joy sharoitlari va boshqalar), iqlimiy-geografik (iqlim, tuproq tarkibi, suv va havo, insolyasiya darajasi, tabiiy radioaktivlik va hokazo) va etnik omillarning (turmush tarzi, milliy-an'anaviy ovqatlanishning o'ziga xosligi, urf-odat ko'nikmalari, jinsiy hayot va hokazo) o'smalar bilan kasallanish va o'lishga bog'liqligini o'rganadi.

O'smalar epidemiologiyasi deskriptiv va analitik yo'l bilan o'rganiladi. Deskriptiv epidemiologiya yoki boshqacha aytganda onkologik statistika, intensiv va standartlangan ko'rsatkichlar yordamida turli davlat va territoriyalar aholisining har xil o'smalar bilan kasallanish va o'lish holatlari, shuningdek dinamikasi to'g'risida axborot beradi. Bular onkologik xizmatlar holatini va rivojlanish tendensiyasini, rakka qarshi kurash (profilaktik ko'riklarda faol ravishda aniqlash, dispanserizatsiya sifati, tashxisotning zamonaviyligi, davolash sifati, bemorlar umrining uzoqligi) samarasini baholashga imkon beradi.

Onkologik kasallanishning dunyo bo'yicha statistikasi shuni ko'rsatadiki, 2020 yilda jahonda rak bilan 19.3 mln. odam kasallangan bo'lib, ulardan 10 mlnga yaqini hayotdan ko'z yumadi. Uning eng ko'p uchraydigan turi me'da, o'pka, sut bezi, yo'g'on ichak va bachadon bo'yni raki hisoblanadi. 2020-yilda sut bezi saratoni tashxisi dunyo bo'ylab 2.3 mln bemorga qo'yilgan bo'lib, shundan 685 mingtasi o'lim bilan yakunlandi. Ertami-kechmi sayyoramizning har beshinchi aholisi saraton kasalligiga chalinadi. Har 8-erkak va har 11-ayol ushbu kasallikdan vafot etadi. Shuningdek, JSST saraton kasalligi bolalar va o'spirinlar orasida o'limning asosiy sababiga aylangani haqida xabar beradi. Har yili 400 ming bolada saraton kasalligi aniqlanadi. Saraton kasalligi soni, shuningdek, saraton kasalligi tufayli o'lganlar soni o'sishda davom etmoqda. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 2040 yilda saraton kasalligi soni 2020 yilga nisbatan 47 foizga ko'payadi. Eng sezilarli o'sish iqtisodi past va o'rta daromadli mamlakatlarda bo'ladi.

Deskriptiv epidemiologiya natijalari, statistik jadvallar, kasallanish va o'lim dinamikasi ko'rsatkichlari, atlaslar va regionlar bo'ylab tarqalish

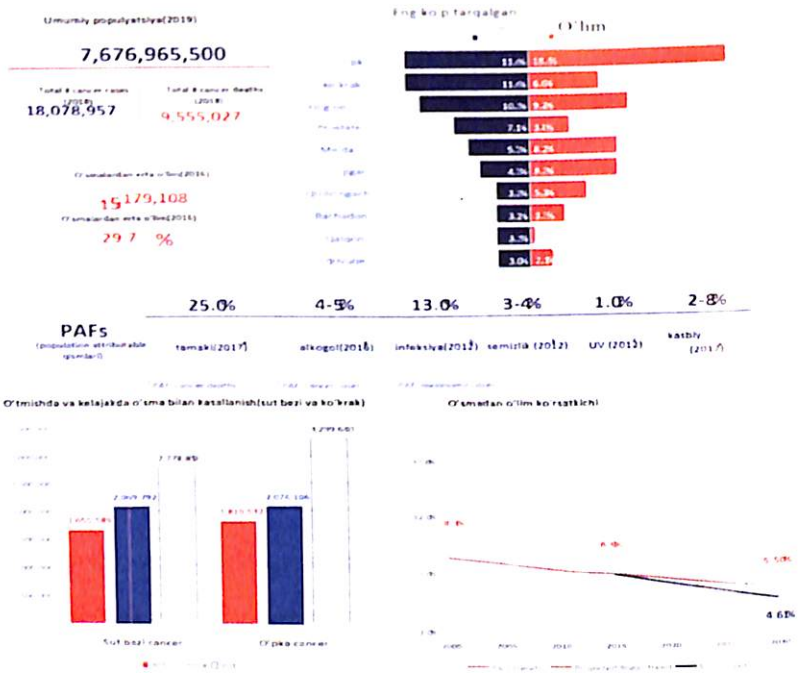
Samiddi
axbor... arkazi
1965 y

kartalaridan rakka qarshi kurash tadbirlarini rejalashtirishda foydalanish mumkin.

Analitik epidemiologiya deskriptiv epidemiologiyaning turli mamlakatlar aholisining onkologik kasalliklar bilan kasallanish va undan o'lish ko'rsatkichlari, uning jins va yoshga qarab o'zgarish sabablarini o'rganadi, hamda bunda turli xil tashqi va ichki omillarning ahamiyatini baholaydi, boshqacha aytganda, analitik epidemiologiyaning asosiy vazifasi xavfli o'smalarning kelib chiqish sabablarini o'rganishdan iborat.

Analitik epidemiologiya usullari yordamida «nos» chekish bilan og'iz bo'shlig'i raki, tamaki chekish bilan o'pka o'smasi o'rtasida bog'liqlik borligi ayniqsa kasbga bog'liq rak kasalliklari, shuningdek, yangi geografik va uy-joy sharoitlarining, onkokasalliklar ko'rsatkichiga ta'siri ham o'rganildi.

Analitik epidemiologiya usullari: matematik modellashtirish, «hodisatekshiruv» ko'rinishidagi nazoratli retrospektiv tadqiqotlar, kogort ko'rinishidagi prospektiv tadqiqotlar xavfli o'smalarning kelib chiqishida u yoki bu omillarning ahamiyati haqidagi istalgan gipotezani tekshirishga imkoniyat yaratadi.



Dunyodagi bir qancha mamlakatlar aholisining xavfli o'smalar bilan kasallanishi va undan o'lish hollari 1-jadvalda ko'rsatilgan.

1 - jadval.

Dunyo bo'yicha xavfli o'smalar bilan kasallanish ko'rsatkichlari (2018- yil)

Mamlakatlar	Kasallanishning standartlangan ko'rsatkichi (dunyo standart)	
	Erkaklar	Ayollar
Avstraliya	579.9	363.0
Yangi Zelandiya	526.0	358.3
Irlandiya	430.8	322.9
Fransiya	405.6	292.5
AQSH	393.2	321.2

O'zbekistonda rak epidemiologiyasini o'rganish shuni ko'rsatadiki, 2015-2018 yillargacha kasallanish va o'lim ko'rsatkichining sekin-asta kamayib borishi(2015y.-23.2 foiz, 2016y.-22.3foiz, 2017y.-22.4foiz, 2018y.-20.7foiz) va bu ko'rsatkich 5 yil mobaynida dinamik pasayib borishi kuzatilgan.

2019-yilda xavfli o'sma tashxisi qo'yilgan kasallar va bir yil davomida o'lganlar ko'rsatkichi regionlar bo'yicha nisbati quyidagicha: Qoraqalpog'iston Respublikasida 26.1 foiz, Buxoro viloyatida 26.1 foiz, Toshkent shahrida 25.0 foiz, Andijon viloyati 25.0 foiz, Surxondaryo viloyati 13.1 foiz, Qashqadaryo viloyatida 11.5 foiz va Namangan viloyatida 8.6 foiz. (2-jadval).

Onkokasalliklar bilan etnik omillar orasida ma'lum bog'liqlik borligi aniqlangan. Masalan, mahalliy xalqning etnik bo'lmagan aholiga nisbatan kasallanish ko'rsatkichi past, shahardagi etnik erkaklar orasida qishloq, maxalliy aholisiga nisbatan qizilo'ngach va teri raki kamroq, halqum va o'pka raki esa ko'proq uchraydi, shaharlik ayollarda qishloq ayollariga nisbatan sut bezi, o'pka va bachadon bo'yni raki ko'proq, halqum va teri raklari esa kamroq uchrar ekan.

2 - jadval

O'zbekiston respublikasi viloyatlaridagi onkologik xizmatning asosiy ko'rsatkichlari, 2019 yil.

O'smaning joylashuvi	Ichi marta o'sma bilan ro'yxatga olingan bemorlar		Aktiv Aniqlangan	Yil oxirigacha ro'yxatda bo'lganlar		5 yil va undan ortiq vaqt		yillik o'lim ko'rsatgichi
	Abs raqam	Kasallanish 100000 aholi orasida	%	Absolyut soni	Kasallanish 100000 aholi orasida	Absolyut soni	% 5 yillik yashovchanlik	%
O'zbekiston Resp	24648	74.1	22.2	103063	309.9	40613	39.4	16.9
Toshkent shahri	4327	194.1	19.0	17823	710.1	8369	47.0	25.0
Qoraqalpog'iston Res	1357	72.6	37.0	4602	246.1	518	11.3	29.8
Xorazm	1289	70.2	23.9	6030	328.5	2382	39.5	15.5
Farg'ona	2457	66.7	41.8	10820	293.8	3925	36.3	14.5
Toshkent viloyati	2522	87.0	22.2	10050	346.7	4231	42.1	20.2
Surxondaryo	1363	53.0	14.8	5824	226.6	2174	37.3	13.1
Sirdaryo	373	44.9	21.4	1760	212.1	603	34.3	19.0
Samarqand	2361	62.1	16.3	9983	262.8	3691	37.0	20.3
Namangan	1842	66.9	12.1	9023	327.8	3435	38.1	8.6
Navoi	592	60.4	20.6	2111	215.5	767	36.3	20.5
Qashqadaryo	1791	55.7	10.7	7752	241.3	2932	37.8	11.5
Jizzax	820	60.6	11.2	3332	246.4	1574	47.2	14.1
Buxoro	1555	82.1	21.2	7482	394.9	3748	50.1	26.1
Andijon	1999	65.2	31.7	6471	211.0	2264	35.0	25.0

3-jadval

O'zbekiston Respublikasida onkologik yordamning asosiy ko'rsatkichlar holati.

O'smaning joylashuvi	Xavfli o'sma qayd qilingan	Ulardan					
		Morfologik tashxis aniqlangan	Kasallik bosqichlari				
			I	II	III	IV	aniqlanmagan
O'zbekiston Resp.	24648	88.7	7.7	40.4	27.0	14.2	10.6
Toshkent shahri	4327	87.8	9.8	21.8	20.0	16.3	32.1
Qoraqalpog'iston Res.	1357	82.8	3.4	34.9	32.4	21.1	8.3
Xorazm	1289	89.1	10.5	35.6	40.2	8.8	4.9
Farg'ona	2457	87.5	4.2	58.6	22.8	11.8	2.3
Toshkent viloyati	2522	88.2	7.5	29.6	30.1	25.8	7.0
Surxondaryo	1363	94.8	10.8	46.1	24.0	5.8	13.3
Sirdaryo	373	89.3	6.4	26.3	38.3	24.4	4.6
Samarqand	2361	89.1	7.3	40.4	29.5	9.1	13.6
Namangan	1842	92.5	9.1	62.9	21.4	5.7	0.9
Navoi	592	89.0	19.8	42.7	16.4	10.1	11.0
Qashqadaryo	1791	84.6	2.8	44.1	35.0	16.4	1.8
Jizzax	820	78.4	7.8	29.0	45.2	16.1	1.8
Buxoro	1555	84.5	9.3	39.0	27.4	18.3	6.0
Andijon	1999	99.3	6.1	58.0	22.2	9.6	4.2

4-jadval.

O'zbekiston Respublikasida xavfli o'smadan vafot etganlar haqida ma'lumotlar 2019 yil.

Regionlar	2019-yilda vafot etgan kasallar			
O'zbekiston Resp.	13504	40.6	471	66
Toshkent shahri	2086	83.1	0	0
Qoraqalpog'iston Res.	966	51.7	0	0
Xorazm	903	49.2	151	0
Farg'ona	1043	28.3	12	14
Toshkent viloyati	1744	60.2	0	0
Surxondaryo	688	26.8	0	0
Sirdaryo	223	26.9	0	4
Samarqand	1221	32.1	10	0
Namangan	1247	45.3	0	20
Navoi	249	25.4	70	6
Qashqadaryo	930	28.9	228	0
Jizzax	393	29.1	0	18
Buxoro	824	43.5	0	0
Andijon	987	32.2	0	4
Regionlar	13504	40.6	471	66

III BOB. XAVFLI O'SMALAR ETIOLOGIYASI

O'smalar etiologiyasi — bu normal hujayraning o'sma hujayraga aylanish sabablarini o'rganuvchi ta'limot bo'lib, hozirgi vaqtda rak hujayrasi organizmga tashqaridan tushmaydi, balki kanserogen (rak chaqiruvchi) omillar ta'sirida normal hujayralardan paydo bo'lishi aniqlangan. Etiologiya – bu xavfli o'sma kelib chiqish sabablarini o'rganuvchi qismi bo'lib, u normal hujayraning rak hujayrasiga o'tishiga sabab bo'lgan hollarni o'rganadi. Shuni ta'kidlash kerakki, rak hujayrasi normal hujayraga kanserogen faktorlarning ta'siri natijasida yuzaga keladi. Ulardan 80-85 foizi – ekzogen va 15-20 foizi – endogen faktorlardir. Shuning uchun rakning kelib chiqishi ko'p etiologiyalidir. Ekzogen faktorlar: ximik, fizik va biologik faktorlarga bo'linadi.

Rak muammosining murakkabligi uni keltirib chiqaruvchi sabablarning ko'pligi (polietiologikligi)dandir. Rak shu jihati bilan infeksion kasalliklardan tubdan farq qiladi, chunki ularning sababi aniqlangan, bemor organizmidan ajratib olingan va yaxshi tekshirilgan. Hozirda hamma aniqlangan kanserogen omillarni 4 ta asosiy guruhga ajratish mumkin: kimyoviy (benzpiren, asbest, benzol, qorakuya, esterogenlar, levomitsetin, progesteron), fizikaviy (rentgen nurlari, quyosh ultrabinafsha nurlari, mexanik va termik jarohatlari), biologik (viruslar), va endogen omillar.

18 asr oxirlarida ingliz vrachi Pott birinchi marta mo'ri tozalovchilarda kasb kasalligi sifatida yorg'oq terisi rakini yozdi. Keyinchalik eksperimental holda quyon terisiga toshko'mir smolasini surtish yo'li bilan teri raki yuzaga keltirildi. Bunda kanserogen modda sifatida 3,4- benzpiren ajratib olindi. Hozirgi kunda ham atrof – muhitda benzpiren keng tarqalgan, bu katta korxonalar, avtomobillar, GES va boshqalar faoliyatining mahsulidir. Bunda benzpiren faqat teri rakinigina keltirib chiqarmay, balki boshqa ko'p a'zolarning, hatto me'da, siydik pufagi va boshqa organlar rakiga olib keladi. Shu bilan birga ba'zi dorilar ham rakni keltirib chiqaradi hamda me'da – ichak yo'lida ba'zi nitrobog'lanmalar sintezi aniqlangan. Fizik: birinchi marta rentgen nurlarining ta'sirini 1902- yilda Friben yozgan. U kaftini nurdan himoya qilmagan rentgenologda kaft terisi rakini paydo bo'lganligini qayd qildi. Keyinchalik rentgen nuri bilan davolangan suyak

sarkomasi to'g'risida axborot bergan. Uran konlarida ishlaydigan konchilarda o'pka saratoni qayd qilingan. Xirosima va Nagasakida atom bombasi portlatilgandan keyin ko'plab o'sma kasalliklari kuzatilgan. Biologik: saratonning virusli nazariyasi hozirgi kunda eng rivojlangan etiologik nazariyasi. O'sma chaqiruvchi viruslar shartli 2 guruhga bo'linadi: birinchisi – RNK tarkibli. Bular o'sma chaqiruvchi viruslar. Ikkinchisi – DNK tarkibli. Bular faqat tajribada o'sma chaqirishi mumkin. O'sma viruslari yuqumli kasalliklar viruslaridan farqli o'laroq hujayrani o'limga olib kelmaydi. 1910- yili P. Raus sog' tovuqqa sarkoma bilan kasallangan tovuqdan olingan filtrdan o'smani o'tkazdi. Bu virusli kanserogenez hisoblanadi. Endogen faktorlar ikki guruhga bo'linadi: 1 – naslga bog'liq bo'lgan, 2 – naslga bog'liq bo'lmagan. Naslga bog'liq: a) saraton genini nasldan o'tishi, b) saraton paydo bo'lishi mumkin bo'lgan genni nasldan o'tishi. Naslga bog'liq bo'lmagan: a) endogen kanserogenlarni sintezi, b) gormonal gomeostazni buzilishi.

Ximik sabablar 70-80 foiz saraton chaqiradi, fizik – 1-10 foiz, biologik – 1 foiz, endogen – 15-20 foiz.

O'sma jarayonini mahalliy jarayon deb qaramaslik kerak,chunki u organizmning qayta qurilishi, moddalar almashinuvi ketayotgan bir vaqtda,endokrin organlari,markaziy nerv tizimi,biriktiruvchi to'qima funksiyasi o'zgarishi va buzilishi jarayonlarida yuzaga keladi. Shuning uchun o'sma jarayoni bu tashqi muhit ta'sirida tasodifan paydo bo'lgan jarayon emas deb qarash kerak.

R.E. Kavetskiy ta'kidlaganidek, hozirgi zamon tushunchasi nuqtai nazaridan rak haqida emas rak kasalligi haqida gapirish kerak.

Xavfli o'smalarning o'ziga xos asosiy xarakteristikasi.

1. Anaplaziya yoki hujayralarning mustahkam differensirovkasi.
2. O'smaning infiltrativ yoki invaziv o'sishi .
3. O'smaning metastazlanishi.
4. Avtonom o'sish

Yuqoridagi belgilarning bittasi bo'lganda ham bunday o'smani xavfli deyish mumkin. Lekin aksariyat o'smalarda yuqoridagi barcha belgilar bo'ladi. Ayrim o'smalarda barcha belgilar bo'lganda ham jarayon nisbatan yaxshiroq kechadi. Masalan bazalioma, desmoid o'sma, karsinoid – juda kam va juda kech metastaz beradi.

Hozirda hamma aniqlangan kanserogen omillarni 4 ta asosiy guruhga ajratish mumkin: kimyoviy, fizikaviy, biologik va endogen omillar.

Xalqaro raklarni tekshirish jamiyati (XRTJ) ma'lumotlari asosida kanserogen omillarning quyidagi ro'yxati taklif qilingan. (5-jadval)

5-jadval

Odam organizmi uchun kanserogen hisoblangan moddalar va kimyoviy faktorlar

Kimyoviy omillar	Nishondagi a'zolar
Tabiat va sanoatdagi kanserogenlar	
4-aminobifenil	Siydik pufagi
Asbest	O'pka, plevra, qorinparda, ovqat hazm qilish yo'li, hiqildoq.
Aflatoksinlar	Jigar, o'pka
Benziden	Siydik qopi
Benzol	Qon yaratish tizimi
Berilliy va uning birikmalari	O'pka, markaziy nerv sistemasi.
Bisxlometilli efir	O'pka
Vinilxlorid	Jigar, qon tomirlar, miya, o'pka va limfa tizimi
Achchiq gazlar	halqum, hiqildoq, o'pka
Kadmiy va uning birikmalari	O'pka, prostata bezi
Toshko'mir qatroni	Teri, o'pka, siydik qopi
Dietilstilbestol	Bachadon bo'yni, urug'don, sut bezi, bachadon tanasi, qin.
Kanserogen dori preparatlari	
Kontratseptivlar (peroral)	Bachadon
Melfalan	Qon yaratish tizimi
TioTEF	Qon yaratish tizimi
Xlorambutsil	Qon yaratish tizimi
Treosulfan	Qon yaratish tizimi
Steroid gormonlar (esterogen)	Sut bezi, bachadon
Siklofosfamid	Qon yaratish tizimi, siydik qopi

Siklosporinlar	Limfa tizimi
Kanserogen maishiy omillar	
Alkogol ichimliklar	Halqum, hiqildoq, qizilo'ngach, jigar, sut bezi
Chaynash uchun betel saqich	Og'iz bo'shlig'i, halqum, qizilo'ngach
Tamaki	O'pka, halqum, hiqildoq, qizilo'ngach, og'iz bo'shlig'i, buyrak, oshqozon osti bezi
Sanoatda chiqadigan kanserogenlar	
Gazlangan ko'mir	O'pka, oshqozon ichak yo'li, qon yaratish tizimi, siydik ayirish tizimi
Alyumin ishlab chiqarish	O'pka, siydik qopi, limfa tizimi
Mebel ishlab chiqarish	Burun bo'shlig'i

Tabiatdagi barcha jonli va jonsiz mavjudotlar kimyoviy elementlar va birikmalardan tuzilgan. Hozirgacha 5 mln. kimyoviy moddalar ro'yxatga olingan bo'lib, ulardan 60-70 mingtasi odam bilan kontaktda bo'ladi. Hozirgi vaqtda kanserogen ta'sirga ega bo'lgan ko'plab organik va noorganik moddalar aniqlangan. Ulardan tabiatda mavjud bo'lgan ekzogan kanserogenlar va odam faoliyatida (sanoatda, laboratoriya va h.k.) paydo bo'ladigan yoki tirik hujayralar faoliyatida paydo bo'ladigan endogen kanserogenlar farqlanadi. U.Saffiotti (1982) ma'lumotlariga ko'ra 5000 dan 50 000 gacha kanserogen kimyoviy moddalar mavjud bo'lib, ulardan 10005000 tasi odam bilan kontaktda bo'ladi. Eng keng tarqalgan quyidagi kanserogen aktivlikka ega bo'lgan kimyoviy birikmalar farqlanadi.

1) PAU- 3,4-benzpiren, 20-metilxolantren, 7,12-DMBA;

2) Aromatik amin va amidlar, kimyoviy bo'yoqlar, 2-naftilamin, 4aminodifenil, 2- atsetilaminoflyuoren va b.q.

3) Nitroz birikmalar tarkibida aminogruppa bo'lgan alifatik siklik birikmalar: nitrometilmochevina, dietilnitrozamin va b.q.

4) Aflotoksin va o'simlik va zambrug'lar faoliyatida paydo bo'ladigan mahsulotlar

(sikazin, safrol va b.q)

5) Geterotsiklik aromatik uglevodorodlar-1,2,5,6 va 3,4,5,6 dibenzkarbazol va b.q.

6) Epoksidlar, metallar, plastmassalar va b.q.

Hozirgi kunda inson deyarli har kuni ko'plab kanserogen moddalar ta'siriga uchraydi, ular teri, bronx-o'pka va hazm sistemasi shilliq pardasi bilan aloqaga kirishib qonga so'rilishi va a'zolarga ta'sir qilishi mumkin.Tibbiyot fanining aniqlashicha, doimiy ta'sirot inson organizmi uchun befarq emas. XVIII asrning oxirida ingliz shifokori Pott birinchi bo'lib uzoq vaqt davomida teriga qorakuya ta'sir etganda o'sha joyda paydo bo'lgan teri rakini ta'riflab bergan. Keyinchalik quyon terisiga uzoq vaqt davomida toshko'mir qatroni ishqalanishi natijasida o'sma paydo bo'lishi isbotlangan. Tezda undan sof xildagi bir nechta modda ajratib olinganda ulardan kanserogenlik jihatidan benzpiren 3,4 (BP) faol ekanligi ma'lum bo'lgan. Keyingi izlanishlar shuni ko'rsatadiki, benzpiren atrof-muhitda keng tarqalgan bo'lib, asosan barcha organik yoqilg'ilarning to'liq yonmagan mahsuloti ekan. U sanoat korxonalari, issiqlik energetika stansiyalarining tutunli chiqindilarida, havo, suv va yer transportining ishlatib bo'lingan gazlarida yetarlicha aniqlanishi mumkin. Alohida xavfni shahar ko'chalarini to'ldirib yuborgan yuk tashuvchi va yengil avtomobillardan ajralib chiquvchi gazlardagi, shuningdek sigaret tutunidagi benzpiren tug'diradi.

Ba'zi dorivor moddalar, gormonlar, o'smaga qarshi preparatlar va ayrim kontratseptivlarning kanserogenlik xususiyati borligi o'ta ehtiyotkorlikka chaqiradi. Bu moddalarni nazoratsiz qabul qilish ayniqsa yosh ayollarda og'ir oqibatlarga, aniqrog'i xavfli o'smalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bu esa o'z navbatida tug'ilajak bolalarga transplatsentar yo'l orqali o'tishi isbotlangan.

Hozirgi kunda shu narsa aniqlandiki, me'da-ichak yo'llaridagi ba'zi kuchli kanserogen nitrozo-birikmalar ovqat bilan tushuvchi nitrat, nitrit va aminlardan endogen yo'l bilan sintezlanishi mumkin ekan. Taomning zararlanish manbai turli pestitsidlar, bo'yoqlar, mineral va organik o'g'itlar va boshqalar hisoblanadi. Me'da-ichak yo'llarida sintezlangan nitrozobirikmalar qonga so'rilgandan keyin turli a'zolarda xavfli o'smalarni chaqirishga qodir. Shuning uchun sabzavot, poliz ekinlari, hovuzlardagi nitratlarning o'rtacha miqdori va onkokasallik ko'rsatkichlarini solishtirish ma'lum qiziqish uyg'otadi. Sabzavot, poliz ekinlari va hovuzlarda nitratlar miqdori kam bo'lgan tumanlarda onkokasalliklar ko'rsatkichi ham past.

Ba'zan moddalar almashinuvi buzilishi natijasida triptofan va tirozinning kanserogenlik xususiyatini namoyon qiluvchi metabolitlar hosil bo'lishi aniqlangan. Bunday endogen kanserogenlar ichki a'zolarda xavfli o'smalar paydo qilishi mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, xavfli o'smalardan o'lgan bemorlar a'zo va to'qimalaridan olingan ekstraktlar tajriba hayvonlarida o'smani keltirib chiqarishi mumkin ekan.

Onkologik kasalliklar kelib chiqishiga ko'pincha kimyoviy omillar sabab bo'ladi. Bu ayniqsa tamaki, nos chekish, alkogolli ichimliklarni suiste'mol qilish odati bo'lgan shaxslar orasida ko'p uchraydi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ekspertlari sigareta chekish va o'pka raki o'rtasida bog'liqlik borligini ko'rsatadilar. Bunda rakning rivojlanish darajasi chekilgan sigaretlar soni yoki uni alkogol bilan birga iste'mol qilinishiga bog'liq ekan. Masalan, bir kunda 2 pachka va undan ortiq sigareta chekkan shaxslarda o'pka raki chekmaydiganlarga nisbatan 24 marta ko'p uchraydi. Chekish ayollar va yoshlarga kattalarga nisbatan ko'proq zarar yetkazadi. Tamaki tutunining odamga ta'sirini asosan undagi kanserogen modda — benzpiren bilan bog'laydilar, chunki u o'pkadan tashqari pastki lab, og'iz bo'shlig'i, hiqildoq, qizilo'ngach, me'da va siydik pufagi rakini ham keltirib chiqaradi.

Markaziy Osiyo aholisi orasida og'iz bo'shlig'i rakiga asosan nos chekish, ya'ni uni til tagiga tashlash sabab bo'ladi. Nos tarkibiga mayda tamaki, daraxt kuli, paxta yoki kunjut moyi, bo'r va ohak kiradi. Ohak miqdori qanchalik yuqori bo'lsa, nosning kanserogenlik xususiyati shuncha kuchli bo'lar ekan. Uzoq muddat nos chekuvchi shaxslarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida avval yoriqlar, oqish dog'lar (leykoplakiyalar), so'ngra esa papilloma va xavfli o'smalar hosil bo'ladi. Hindiston, Indoneziya, Birma, Singapur va boshqa bir qator davlatlarda betel (alohida o'simlik), so'ndirilgan ohak, ba'zida tamaki va dorivorlar aralashmasini til tagiga qo'yish odati bor. Bu aralashmalar qo'yiladigan joyda ancha yillardan so'ng xavfli o'sma paydo bo'ladi. Epidemiologik ma'lumotlarning ko'rsatishicha, alkogolli ichimliklarni ko'p miqdorda iste'mol qilish og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, me'da, jigar va o'pka (ayniqsa chekish bilan birgalikda) rakiga olib keladi.

Kimyoviy kanserogenezning (normal hujayraning rak hujayraga aylanish jarayoni) zamonaviy konsepsiyasi bo'yicha birinchi navbatda uzoq

davom etuvchi latent davri borligi, kanserogenlarning biotransformatsiyasi, elektrofil metabolitlar paydo bo'lishi erkin radikal reaksiyalarning kuchayishi va ularning hujayralar ichidagi muhim jarayonlarga ta'sir qilishdan iborat. Natijada ushbu hujayralarda beto'xtov bo'linish yuzaga kelib, ular organizmning gomeostatik nazoratidan sekin-asta chiqa boshlaydilar.

Fizikaviy omillar. Ularga turli xildagi ionlovchi nurlar (rentgen va gamma nurlari, atomning elementar zarrachalari, neytronlar, alfa va betta zarrachalar) quyoshning ultrabinafsha nurlari, shuningdek, to'qimalarning mexanik va termik jarohatlari kiradi.

Ultra binafsha nurlar ta'siri:

UB nurlar quyosh nurining bir qismi bo'lib, diapazoni 2800-3400 Aga teng bo'lib, teri qoplami orqali pastki to'qimalarga o'tib hujayralarni shikastlashi mumkin. UB nurlarni kanserogen ta'siri ilk bor 1928 yilda G.Findlay tomonidan isbotlangan. Hozirgi vaqtda teri raki 95 foiz hollarda tananing ochiq yuzasida uchrashi aniqlangan.

Quyosh yorug'ligi - ko'rinadigan nur qismi va ko'rinmaydigan (infraqizil va UB nurlar) qismdan iborat. UB nurlar – uzun to'lqinli (ultra binafsha A), o'rta to'lqinli (ultra binafsha V) va qisqa to'lqinli (ultra binafsha S) spektrlardan iborat bo'ladi. A spektr teri orqali chuqurga biriktiruvchi to'qimagacha o'tib uni shikastlab rak kelib chiqishiga imkon yaratadi. V spektr A spektrga nisbatan teri hujayralarini ko'proq shikastlaydi, lekin u faqat yoz oylarida soat 10:00 dan 16:00 gacha ko'proq ta'sir ko'rsatadi. S spektr ko'proq epidermisga ta'sir ko'rsatib melanoma kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Terining quyosh nurlarining kanserogen ta'siriga rezistentligi undagi pigment-melanin miqdoriga bog'liq bo'ladi. Melanin UB nurlarini yutib to'qimaga chuqur kirishiga yo'l qo'ymaydi. UB nurlar ta'sirida melanotsitlar nafaqat melanin ishlab chiqaradi, balki ular ko'payadi. Melanotsitlar bo'linish fazasida boshqa hujayralar kabi kanserogen omillarga sezgirligi ortadi.

Radioaktiv nurlar ta'sirida hujayra molekulalari ionlarga bo'linadi: ayrim atomlar elektronlarini yo'qotadi,boshqalari qabul qilib oladi va natijada manfiy hamda musbat zaryadlangan ionlar paydo bo'ladi. Hujayradagi suv radiolizi ham shu prinsipda amalga oshadi va natijada

hujayraning turli makromolekulyar birikmalari hamda yadro tuzilmalariga nisbatan yuqori darajada reaksiyaga kirishish xususiyatiga ega bo'lgan erkin radikallar paydo bo'ladi. Aktiv kanserogen ta'sirga ega bo'lgan ionlovchi nurlanishga quyidagilar kiradi:

Alfa-zarrachalar o'lchami katta bo'lib musbat zaryadlangan bo'ladi va tirik hujayralarga yuqori toksik ta'sir qiladi. To'qimaga kirish kuchi 0 ga teng, lekin u organizmga alimentar yoki parenteral yo'l bilan yuborilsa chuqur to'qimalarga kirishi mumkin.

Betta-zarrachalar manfiy zaryadlangan bo'lib to'qimaga 5 mmgacha chuqurlikka kirib tirik hujayralarni yemirishi mumkin.

Gamma-nurlarni to'qima chuqurligiga kirishi nurlanish intensivligiga bog'liq bo'ladi, hujayralarga toksik ta'sir qiladi.

Neytronlar - atom yadrosi emirilishi tufayli hosil bo'ladi. Tirik hujayralarga chuqur kiradi. Aktiv moddalar neytronlar bilan uchrashganda ikkilamchi alfa, betta, gamma nurlarni chiqaradi.

Ionlovchi nurlanishning turidan qat'iy nazar uning kanserogen ta'siri hujayraning genetik apparatiga ta'siri bilan bog'liq bo'ladi. Radiologik meditsina bo'yicha Xalqaro komissiya odamga ionlovchi nurlanishning mumkin bo'lgan xavfsiz dozasini -1 mEv/yil (0,1 ber/yil) deb belgilagan.

Rentgen nurlarining kanserogenlik xususiyati 1902 yilda himoya qo'lqopisiz ishlagan rentgenologning kaftida teri raki paydo bo'lishi bilan tasdiqlangan. Keyinchalik matbuotda suyak siliga intensiv rentgen nurlari bilan davo qilingandan so'ng va radiy, mezotoriy va torotrast moddalar ichishga buyurilgandan keyin hosil bo'lgan suyak sarkomasi haqidagi ma'lumot chop etildi. Radioaktiv moddalarga boy bo'lgan rudalarni qazuvchi ba'zi shaxtyorlarda o'pka raki rivojlangan. Yaponiyaning Xirosima va Nagasaki shaharlariga atom bombasi yog'dirilishi natijasida nafaqat minglab odamlar halok bo'ldi, balki nurlanganlar leykoz, qalqonsimon bez, o'pka va sut bezi raki bilan ommaviy kasallandilar.

Insonga ionlovchi radiatsiyaning xavfi kamayishi o'rniga atom industriyasining rivojlanishi va nurlangan shaxslar sonining ko'payib borishi hisobiga u oshib boryapti.

Hayvonlardagi tajribalarda aniq ko'rsatilishicha, ionlovchi radiatsiya deyarli hamma a'zo va to'qimalarda o'smalar chaqirishi mumkin ekan. Ionlovchi radiatsiyaning ta'sir mexanizmi ko'pgina tadqiqotchilarning

fikricha, hujayraning suyuq komponentlarining intensiv ionizatsiyalashishi va unda erkin-radikal reaksiyalarning keskin kuchayishi bilan bog'liq ekan. Natijada nurlangan hujayra mikromuhitning korreksiyalovchi signallariga javob bermagani holda, to'xtovsiz bo'lina boshlaydi. Deyarli xuddi shunday mexanizm quyosh ultrabinafsha nurlarining biologik ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Uzoq vaqt va muntazam insolyasiyaga duch keluvchi shaxslarda teri raki ko'proq uchrashi kuzatiladi. Shuni aytish kerakki, teri rakining paydo bo'lishi terining pigmentatsiya darajasiga bog'liq ekan. Pigmentatsiya qanchalik kam bo'lsa, rak shunchalik ko'p uchraydi.

Klinik onkologlar mexanik va termik jarohatlar (urilish, sinish, o'qdan yaralanish va kuyish) natijasida ham ba'zi vaqtlarda xavfli o'smalar paydo bo'lishini aniqlaganlar.

O'zbekistonda tanchadan kuyish joyida teri raki paydo bo'lgan bemorlar kuzatilgan. Hindistonning tumanlarida (Ximolayda) tanani isitish maqsadida mahalliy aholi kiyimi tagida qizib turgan ko'mirli ko'zacha – "kankri"ni olib yuradi. Bu esa ko'pincha qorin terisining kuyishiga sabab bo'ladi. Natijada shu kuyishdan qolgan chandiqlar o'rnida ko'pincha teri raki rivojlanadi. Ba'zi bemorlar sut bezi, qo'l-oyoq, teri o'smalarini urilish, ezilish va uzoq vaqt davom etgan yaralanishlar bilan bog'laydilar. Jarohat o'rnida xavfli o'smalarning paydo bo'lishini quyidagicha tushuntirish mumkin: jarohat hujayralarni uzoq muddatli proliferatsiyaga olib keladi, shuningdek kuyish, chandiq va ayniqsa, surunkali yallig'lanish o'choqlarida kanserogen moddalarning to'planishi (depolanishi) kuzatiladi, bularning birgalikdagi ta'siri hujayralarning nazoratsiz - intensiv bo'linishiga olib keladi.

Biologik omillar. Qadim zamonlarda ko'pgina olimlar xavfli o'smalarga odam organizmiga kirib olgan tirik maxluqlar (daryo qisqichbaqasi, zamburug'simon gijja, sodda hayvonlar va hokazolar sababchi bo'ladi, deb hisoblaganlar. Lekin tajribalar bu fikrlarni birin-ketin rad qildi. 1910 yilda P. Raus o'sma filtratini (hech qanday hujayrasi yo'q) in'eksiya qilish yo'li bilan kasallangan tovuqdan sog'lom tovuqqa sarkomani o'tkaza oldi. Keyinchalik hayvonlar (tovuq, quyon, sichqon, it va hokazolar) sarkomani qo'zg'atuvchisi bo'lib, oddiy yorug'lik mikroskopida ko'rinmaydigan viruslar ekanligi fanda aniqlandi.

Hozirgi kunda saratonning virus nazariyasi o'smalar etiologiyasining eng rivojlangan aspektidir.

Virusli kanserogenez - o'sma hosil bo'lishi bilan tugaydigan murakkab jarayon bo'lib, uning asosida hujayra genomi va virus onkogenining o'zaro munosobati yotadi. L.A. Zilberning virus-genetik nazariyasiga asosan har qanday hujayra potensial jihatdan virus hosil qilishi mumkin,chunki hujayrada buning uchun yetarli informatsiya bor, u hujayraning genetik apparati DNK xromosomalarda saqlanadi. Endogen viruslar komponentlarini kodlovchi genlar normal hujayra genomini bir qismi bo'lib provirus yoki virogen deb aytiladi. Endogen viruslar bilan bir qatorda ekzogen onkoviruslar aniqlangan. Onkogen viruslar genomdagi molekulyar tuzilmalarga ko'ra DNK va RNK saqlovchi turlarga bo'linadi:

-DNK saqlovchi viruslar o'sma paydo bo'lishi va hujayralar kulturasini transformatsiya qilish imkoniga ega. Ularga odam papillom virusi-HPV, adenoviruslar, gerpesviruslar (virus Epshteyn-Barr-EBV) gepadnoviruslar (gepatit V virusi-HBV) kiradi.

-RNK saqlovchi viruslar-retroviruslar Retro-viridae oilasiga mansub bo'lib, genomida RNKga bog'liq DNK polimeraza (teskari transkriptaza) saqlaydi. Ularga kattalar T-hujayrali limfaleykoz virusi kiradi.

Mikrob agentlar, xususan Helicobacter pylori (H.pylori) ning oshqozon raki kanserogenezidagi roli aniqlangan. H.pylori bilan oshqozon MALT - limfomasining bog'liqligi isbotlangan.

6-jadvalda xavfli o'smalarning paydo bo'lishida ozmi-ko'pmi bo'lsada ahamiyati borligi isbotlangan viruslar keltirilgan.

6 - jadval

Virusli omillar	**Nishondagi a'zolar**
Odam papilloma virusi-HPV	Og'iz bo'shlig'i, hiqildoq, bachadon bo'yni
Gepatit B virusi-EBV	Jigar raki, sirroz, gepatatselyulyar karsinoma
Epshteyn Barr virusi	Burun tomoq karsinomasi, limfomalar
Gerpes virusi	Kaposhi sarkomasi
OIV	Kaposhi sarkomasi

Virusning kanserogen ta'siri bu normal hujayraga kirib o'zining genetik materialini hujayra yadrosi ichidagi DNK bilan biriktirish va unga xo'jayinlik qilishdir. Virus va hujayra genetik materialining bunday

fizikaviy integratsiyasi hujayralarni yangi xususiyat - to'xtovsiz bo'linishga olib keladi.

Endogen omillar. Ularni irsiy va irsiy bo'lmagan guruhlarga ajratish mumkin.

Irsiy omil – xavfli o'smalarni hosil bo'lishida nasliy omil borligi rakni to'g'ridan to'g'ri avloddan avlodga o'tishini bildirmaydi. Anamnezdan avlodida xavfli o'sma kasalligi bor odamlarda ayrim kanserogen agentlarga nisbatan yuqori sezgirlik bo'ladi.

1.Irsiy omillar:

a) Saraton xosil qiluvchi genning nasldan-naslga o'tishi (retinoblastoma, nefroblastoma, neyroblastoma).

b) Saratonga moyillikni oshiruvchi genning nasldan-naslga o'tishi (pigmentli kserodermiya, ichakning oilaviy polipozi, immunitet tanqisligi, sut bezi, tuxumdon, o'pka, me'da, o'tkir leykemiya va melanoma saratonlariga moyillik).

Xavfli o'sma kasalligiga 80-90 foiz genetik moyilligi bor ayrim kam uchraydigan o'sma kasalliklari mavjud. Bular- retinoblastoma, teri melanomasi, ko'z tomir pardasi sarkomasi va ayrim xavfsiz o'smalar: pigmentli kserodermiya, neyrofibromatoz, ichaklar polipozi shular jumlasidandir. Ilmiy adabiyotlarda ko'plab oilaviy yaqin qondosh qarindoshlarda bitta a'zo xavfli o'smasi uchragani keltirib o'tilgan (Masalan: sut bezi, tuxumdonlar, bachadon tanasi raki).

Nasliy moyilligi bo'lgan xavfli o'sma kasalligi bor bemorlar chuqurroq o'rganilganda ularda genetik defekt irsiyat orqali o'tganligi va atrof muhitning zararli omillari va organizmning o'ziga xos turmush tarzi ta'sirida rak yoki sarkoma rivojlanganligi aniqlangan. Hujayralar genomidagi mutatsiyalarning irsiy yo'l bilan o'tishi xavfli o'smalar kelib chiqishiga nasliy moyillik yaratadi. Hozirda sut bezi raki rivojlanishi bilan uzviy bog'langan BRCA1 genining 38 ta mutatsiyasi aniqlangan.

II. Irsiy bo'lmagan omillar:

a) Kimyoviy kanserogenlarning endogen sintezlanishi. Yuqorida aytib o'tilganidek, ba'zi moddalar almashinuvining buzilishi (masalan, triptofan va tirozin aminokislotalarining) kanserogen faollikka ega bo'lgan metabolitlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bular endogen kanserogenlar

deyiladi va ichki a'zolarda xavfli o'smalar rivojlanishiga sababchi bo'lishi mumkin.

b) Neyroendokrin sistemaning noto'g'ri ishlashi natijasida kelib chiqgan gormonal gomeostazning buzilishi o'smalar rivojlanishining ikkinchi sababchisi bo'lishi mumkin. Masalan, ayrim holatlarda organizmda estrogenlar miqdorining ko'payib ketishi sut bezi va endometriyda, tireotropinning ko'payishi qalqonsimon bezda, gonadotropinning ko'payishi tuxumdonda o'smalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Hozirgi vaqtda organ va to'qimalarda o'sma rivojlanishini tushuntiruvchi quyidagi triada omillar mavjud (Balitsskiy K.P. va b.q., 1983 yil):

1) Organizmning immunologik reaktivligini pasayishi;

2) Ekzogen va endogen tabiatli kanserogen omillarning ta'siri;

3) Organ va to'qima funksiyasini buzilishi;

Organizm funksional sistemalarini bir me'yorda faoliyat ko'rsatishi gipatalamo-gipofizar-buyrak usti va simpatico-adrenal tizimning normal funksiyasi bilan bog'liq bo'ladi. Barcha endokrin organlar o'zaro uzviy bog'liq bo'lib ulardan birining funksiyasini buzilishi boshqalarining faoliyatiga bevosita yoki bilvosita ta'sir ko'rsatadi.

V.M. Dilman (1983) rak kelib chiqishida gipotalamusning endogen omillarga nisbatan sezgirlik bo'sag'asini (porog) oshishi muhim patogenetik omil deb aytgan. Gipotalamusning sezgirlik bo'sag'asini oshishi periferiyadagi endokrin bezlarning aktivligini kompensator kuchayishiga va natijada gormonlarning ko'p miqdorda ishlab chiqishi va organizm to'qima hujayralarida metabolik jarayonlarning buzilishiga olib keladi. Metabolik jarayonlarning buzilishi oqibatida hosil bo'lgan aktiv metabolitlar to'qima hujayralarning turli kanserogen moddalarga sezgirlik bo'sag'asini oshiradi.

N. Burnet (1970) nazariyasiga asosan organizmning genetik tarkibi doimiyligi immun tizimi tomonidan nazorat qilinadi. Organizmning gen gomeostazi va antigen tarkibining doimiyligi gipotalamus tomonidan nazorat qilinadigan immun mexanizmlar tomonidan amalga oshiriladi. Metabolizmning buzilishi tufayli qonda yuqori miqdordagi kortizol, insulin, xolesterinning o'sma jarayoni kechishiga ta'sir etishini V.M. Dilman "Kankrofiliya sindromi" deb atadi.

Bu sindromda somatik hujayralarning proliferatsiyasini kuchayishi va limfotsitlar bo'linishining tormozlanishi tufayli metabolik immunodepressiya kelib chiqishi va bu holat o'z navbatida xavfli o'smalarining rivojlanishiga olib keladi.

Yuqorida keltirilgan kanserogen omillarning aholi orasida onkologik kasalliklar paydo bo'lishidagi o'rni quyidagicha:

Ko'pgina mutaxassislarning chuqur tekshiruv natijalariga ko'ra 70-80 foiz xavfli o'sma kimyoviy omillar ta'sirida, 15-20 foiz - endogen omillar, 1dan 10 foizgacha - radiatsion va atigi 1 foizgacha - biologik omillar ta'sirida yuzaga kelar ekan.

IV BOB. RAK OLDI KASALLIKLARI KLINIK SIMPTOMLARINING PATOGENEZI

Rak oldi kasalliklari va erta rak masalasi onkologiyada o'ta muhim masala bo'lib, ular onkologik kasallikning qanday rivojlanishini oldindan aytish imkonini berib, xavfli o'smani ilk bosqichlarda to'liq davolash va uni profilaktika qilish imkonini berishi mumkin. Xavfli o'sma kasalligi hech qachon sog'lom organizmda rivojlanmaydi, har qanday rakning rak oldi kasalligi bor. Normal hujayraning o'smaga o'tguncha oraliq davrlari bo'lib, bu davrlarda morfologik tekshirish usuli bilan tashxis qo'yish mumkin bo'ladi.

Hozirgi kunda rakka qarshi kurash tizimi o'sma kasalliklarini profilaktika qilish, rak oldi kasalliklari va erta rakni aniqlash va ularni davolashga qaratilgan. Rak oldi kasalligi bu rakka o'tish ehtimoli bo'lgan kasallik bo'lib hisoblanadi. Rak oldi holatlari spektri juda keng bo'lib, ularga deyarli barcha surunkali yallig'lanish kasalliklari kiradi.

Masalan: oshqozonda - turli etiologiyali surunkali gastritlar, o'pkada - surunkali bronxitlar, jigarda - surunkali gepatit va sirroz, sut bezlarida - disgormonal jarayonlar - mastopatiyalar, bachadonda - endometriy giperplastik jarayonlar va hokazo.

Rak oldi kasalliklariga – rak oldi holatlari (fakultativ rak oldi kasalligi) va rak oldi sharoiti (obligat rak oldi kasalligi) kiradi.

Erta rakka - invaziya oldi raki (carcinoma in situ) va erta invaziv rak - mikrokarsinoma kiradi. Shunday qilib erta onkologik patologiyaga rakni ketma-ket keladigan 4 ta morfogenez fazalarini kiritish mumkin.:

I-rak oldi holati -fakultativ rak oldi kasalligi;

II-rak oldi sharoiti - obligat rak oldi kasalligi;

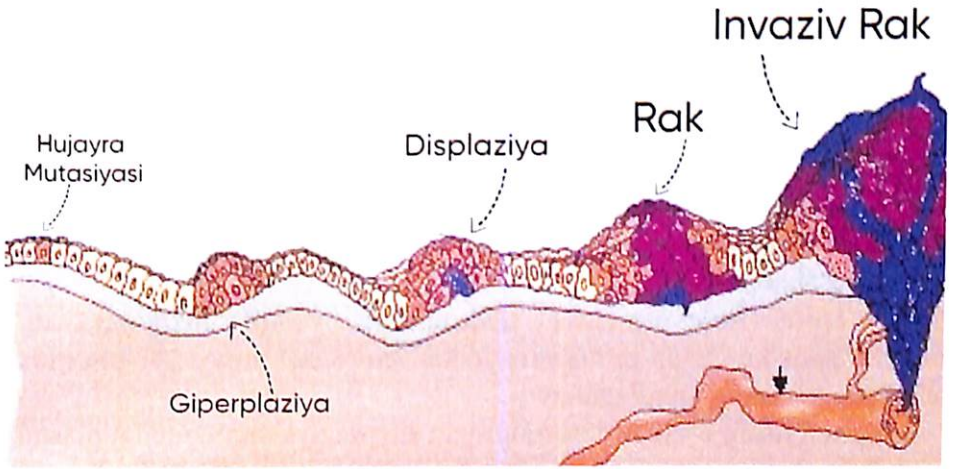
III-invaziya oldi raki (carcinoma in situ);

IV-erta invaziv rak (mikrokarsinoma);

Birinchi faza - fakultativ rak oldi kasalligiga - to'qimalarda distrofik va atrofik o'zgarishlar bilan kechadigan va proliferatsiya o'choqlari paydo bo'lishiga olib keladigan surunkali kasalliklar kiradi.

Ikkinchi faza - obligat rak oldi kasalligiga - displaziya (dys-buzilish, plasis-hosil bo'lishi) kiradi.

Displaziya



Epiteliy displaziyasini 1972 yilda BJSST ekspertlari quyidagi triada bilan izohlashgan.

1) Hujayra atipiyasi;

2) Hujayra takomillashuvining buzilishi;

3)To'qima arxitektonikasining buzilishi;

Ko'pgina organlarda displastik jarayon - surunkali yallig'lanish va disregeneratsiya tufayli kelib chiqadigan giperplastik jarayon fonida rivojlanadi. Aksariyat hollarda epiteliy giperplaziya va displaziyasi to'qima atrofiyasi bilan birgalikda keladi. Displaziyada hujayralararo regulyatsiya mexanizmlarida: adgeziv molekula va ularning retseptorlarida, o'sish faktorida, protoonkogen va ishlab chiqaradigan onkooqsillarda chuqur o'zgarishlar kuzatiladi.

Ayrim organlarda rak oldi holatlariga o'tishda displaziya termini qo'llanilmaydi. Masalan: bachadon bo'yni uchun – CIN (cervical intraepithelial neoplasia), prostata bezi uchun PIN (prostatic intraepithelial neoplasia), qin uchun – VaIN, vulva uchun - VIN va hokazo. Endometriyda ca in situ va displaziya termini o'rniga **"atipik bezli giperplaziya"** yoki adenomatoz terminlari qo'llaniladi. Ko'pincha 3 darajali displaziya farqlanadi: yengil (D I), o'rta (D II) va og'ir (D III) daraja; bunda asosiy kriteriy bo'lib hujayra atipiyasi ifodalanganligi inobatga olinadi. Displaziya darajasi ko'tarilib borgan sari hujayra yadrosi kattalashuvi, polimorfizmi,

giperxromligi, yadrochalarning soni va o'lchamlarining kattalashuvi kuzatiladi.

Displaziyaning og'ir darajasi (D III) yoki intraepitelial neoplasia – obligat rak oldi kasalligi bo'lib u erta yoki kech rakka o'tishi mumkin. Ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziya dinamikasi va rakka o'tishi quyidagi etaplardan iborat bo'ladi:

a) Normal epiteliyda - germinativ zona – bazal qavat bir kenglikda bo'lib, ular yuqori mitotik aktivlikka ega bo'ladi - bazal membrana o'zgarishsiz;

b) epiteliyning kuchsiz ifodalangan yengil displaziyasida germinativ zona kengayib proliferatsiyalanuvchi bazal hujayralar hisobida epitelial plastni 1/3 qismini egallaydi.

v) epiteliyning o'rtacha ifodalangan displaziyasida epitelial plastni ½ - va 2/3 qismi germinogen zona hujayralar bilan egallanadi. Yuqori mitotik aktivlik bilan birga hujayralarda patologik mitozlar ham kuzatiladi, hujayralar atipiyasi kuchli ifodalangan bo'ladi.

g) **epiteliyning kuchli ifodalangan displaziyasida** epitelial plastni 2/3 qismidan ortiq qismini bazal qavat hujayralari egallaydi. Patologik mitozlar va hujayralar atipiyasi kuchli ifodalangan bo'ladi. Bazal membrana buzilmagan bo'ladi.

d) **cancer in situ** – epitelial plast yetilmagan, hujayra atipiyasi kuchli shakllangan, patologik mitozlarga boy bo'lgan proliferatsiyalanuvchi hujayralardan iborat bo'ladi. Bunda o'sma jarayoni epitelial plast chegarasida bo'ladi va bu chegarada hujayralarda rak hujayrasining barcha belgilari bo'ladi.bazal membrana butunligi buzilmaydi. Bu holat ko'pincha epiteliy ichi raki - yoki carcinoma in situ yoki boshqacha qilib kompensatsiyalangan rak deb aytiladi.

Carcinoma in situ xavfli o'sma rivojlanishining qon tomirsiz fazasi hisoblanadi. Moddalar almashinuvi diffuziya yo'li bilan amalga oshiriladi va u faqatgina hujayraning hayotini saqlab turish uchun xizmat qiladi.

Carcinoma in situ termini faqat ko'p qavatli yassi epiteliy, o'tuvchi hujayrali uroteliy va sut bezi bo'lakchalari epiteliysi uchun qo'llaniladi

Ertachi rak

O'sma morfogenezining yana bir bosqichi bu noinvaziv epiteliy ichi yoki noinvaziv rak bo'lib hisoblanadi. Bu bosqichda o'sma hujayralari faqat

epitelial plastda joylashgan bo'lib bazal membrana buzilmagan bo'ladi, o'sma hujayralarida rakka xos bo'lgan kataplaziyaning barcha belgilari mavjud bo'ladi va ular epitelial plast bo'ylab joylashadi. Bunday o'zgarishlar epitelial ichi raki yoki "Carcinoma in situ" kompensatsiyalashgan rak deb aytiladi. "Carcinoma in situ" tashxisi chuqur morfologik tekshirish asosida qo'yiladi va uning 5 yillik yashash ko'rsatkichi 100 foizga teng bo'ladi va bu jarayon 10 yillab davom etishi mumkin.

O'sma morfogenezining yana bir bosqichi bu erta rak (early carcinoma) yoki mikrokarsinoma deyilib bu ham olib tashlangan preparatni chuqur klinik - morfologik tekshirish asosida qo'yiladi. Kanserogenezni turli bosqichlarini tuzulmaviy namoyon bo'lishini solishtirib ko'rib o'sma shakllanishini quyidagi etaplarini ajratish mumkin (Shabad L.M.,1969):

1) O'sma oldi proliferativ (giperplaziya);
2) Xavfsiz o'smalar;
3) Displaziya;
4) "Carcinoma in situ";
5) Invaziv rak;

O'smaning o'sishi va metastaz berishida qon tomirlarning hosil bo'lishi-angiogenez muhim rol o'ynaydi. 1971 yilda J. Folkman endoteliy hujayralarini bo'linishini stimulyasiya qiladigan oqsil faktorini aniqladi. U kapillyarlar proliferatsiyasini chaqirib o'sma atrofidagi to'qimadan qon tomirlarni o'smaga kirishini ta'minlaydi. Hozirgi vaqtda o'sma jarayonini tezlatuvchi yoki ingibirlovchi boshqa angiogen oqsil tabiatli faktorlar aniqlangan.

Angiogenezni ta'minlovchi pozitiv omillarga: angiogenin, transformatsiyalovchi o'sish faktori, tomirlar endoteliysini o'sish faktori, fibroblastlar o'sish faktori, epidermal faktor, granulotsitar-makrofagal kolonostimulyasiyalovchi faktor, o'sma nekrozi faktori va boshqalar kiradi. Bu faktorlar o'sma o'chog'ida atrofdagi biriktiruvchi to'qimalardan endotelial hujayralarning migratsiyasi va bo'linishini ta'minlash orqali qon tomirlarni hosil bo'lishini ta'minlaydi. Angiogenezni ta'minlovchi negativ omillarga: plazminogen komponenti-angiostatin, tog'ay to'qima ingibitori, geparinaza, proteinazani to'qimaviy ingibitori va boshqalar kiradi. Angiogenez boshlanishi bilan o'smani metastaz berishi imkoniyati

kuchayadi, o'sma hujayralari soni 10^6ga, o'lchami 12mm ga yetgandan keyin metastaz berishi mumkin bo'ladi. Agar o'sma o'lchami bundan kichik bo'lsa o'smaga oziq moddalari va kislorod atrof to'qimadan diffuziya yo'li bilan o'tadi. O'smani keyinchalik o'sishi qon tomirlarini paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'ladi, vaskulyarizatsiyalangan o'smani oziqlanishi perfuziya mexanizmlari asosida bo'ladi va bu o'smani invaziv o'sishi va metastazlar berishi imkoniyatini yaratadi.

Xavfli o'smalarni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni o'rganish jarayonida qiziq hodisaga duch kelingan: etiologik omillar (kimyoviy moddalar, har xil nurlar yoki viruslar) deyarli bir-biriga o'xshamaydi, lekin organizm hujayralariga ta'sir etganda bir xil natijaga hujayraning boshqaruvsiz, cheklanmagan bo'linishiga va ko'payishiga olib keladi.

Bundan bir taxmin tug'iladi: aytilgan omillarning hammasi hujayraning bo'linishini va ko'payishini boshqaruvchi va nazorat qiluvchi qandaydir qismiga, a'zosiga ta'sir qilib, uning ishini buzadi. Kanserogenez

O'sma hosil bo'lishi – bu biologik holat.

O'sma hosil bo'lishi bu hujayra massasining ko'payishi bilan kechadigan jarayon bo'lib, unga o'sishning avtonom tipi mos keladi. Normada hujayralar soni ikkita qarama-qarshi jarayon–hujayra bo'linishi va hujayra eliminatsiyasi balansirovkasi orqali regulyasiya qilinadi.

Onkologik kasalliklarda hujayra massasining ortishi - hujayralar proliferatsiyasi faollashuvi hujayralar o'limidan ustun bo'lishi, yoki apoptoz jarayonining pasayishi, yoki ko'pincha ushbu jarayonlarning birgalikda kelishi tufayli sodir bo'ladi.

O'sma jarayonida hujayra massasi organizm ehtiyojiga bog'liq bo'lmay qoladi-bu jarayonga **"avtonomlik"** deb aytiladi.

XX asr davomida olimlar o'sma hujayrasini normal hujayradan farq qildiruvchi aniq belgilarni shakllantirishga harakat qilishdi. Ushbu belgilarni birmuncha aniqroq qilib umumlashtirishga molekulyar onkologiyani asoschilari D.Hanahan va R.Weinberglar muvaffaq bo'lishdi (jurnal Cell №1 2000 yil). Ularning fikriga ko'ra barcha o'smalar uchun quyidagi bir nechta belgilar xarakterli bo'ladi;

1. O'sish faktori autoproduksiyasi bilan bog'liq bo'lgan, proliferatsiya signali bilan o'z-o'zini ta'minlashi;

Normal hujayra o'z o'zicha bo'linmaydi, proliferativ dastur ishga tushishi uchun endokrin tizim (gomonlar), parakrin mexanizmlar (to'qima o'sish faktori), yoki neyronlarning sinaptik oxirlari (neyrotrofika) orqali yetkaziladigan tashqi signal kerak bo'ladi. Shunday qilib normada hujayralar sonini ko'payishi uchun ko'p hujayrali **xo'jayin-organizm** hujayraviy massani ortishi bo'yicha signal yuboradi. Transformatsiyalangan hujayra esa organizm ehtiyojini inobatga olmasdan bunday signalni o'zi uchun o'zi yaratadi va hujayra to'xtovsiz bo'linaveradi.

2. Supressor (antimitotik) oqsillarni inaktivatsiya qilish orqali proliferatsiya jarayonini to'xtatuvchi signallarga sezuvchanlikni yo'qolishi;

Proliferativ kaskadni anomal autostimulyasiya qiluvchi **klonhujayralar** organizmda ko'plab hosil bo'lib turadi. Organizmda bo'linishni autokrin stimulyasiya qiluvchi bunday hujayralar paydo bo'lsa darhol organizm bu jarayonni to'xtatuvchi signal ishlab chiqaradi va gumoral faktorlar orqali hujayraga yetkaziladi va proliferatsiya jarayoni to'xtaydi.Transformatsiyalangan hujayra esa bunday signalni qabul qilmaydi.

3. Hujayra o'limining 2 xil asosiy turi: dasturlangan va dasturlanmagan turlari farqlanadi. Hujayraning dasturlanmagan o'limi **(nekroz)** turli noqulay omillar (gipoksiya, kuyish va b.q.) tufayli sodir bo'ladi va bu organ strukturasi hamda funksiyasiga salbiy ta'sir qiladi,chandiq to'qimasi shakllanadi. Dasturlangan hujayra o'limi nekrozdan farqli o'laroq yuvelir darajada boshqariladigan, organ va to'qimani morfofunksional xarakteristikasini ta'minlaydigan jarayon bo'lib hisoblanadi.

Dasturlangan hujayra o'limi – apoptoz - hujayralarning "rejali" eliminatsiyasini ta'minlaydi. Ayniqsa bu jarayon yuqori intensivlikda yangilanadigan to'qimalar - OIT epiteliysi,teri va qon to'qimalarida yorqin namoyon bo'ladi. Rak hujayralari esa "eliminatsiyasi" qilish qobiliyatini yo'qotadi va shu tufayli ular hayotini davom ettiradi.

4. Hujayralarning chegarasiz replikativ potensiali ("Xeyflik limiti"ning yengib o'tishi;)

Faraz qilaylik, organizmda bo'linishni autostimulyasiya qiladigan, hujayra mitozini supressorlarga sezgirligini yo'qotgan va apoptoz yo'li bilan o'z-o'zini eliminiatsiya qilish xususiyatini yo'qotgan hujayra kloni paydo

bo'ldi va hatto bu hujayralar xavfli o'sma hujayralarining barcha belgilariga ega bo'lganda ham klinik aniqlash mumkin bo'lgan o'smani hosil qila olmaydi. Chunki ko'p hujayrali organizmda yana bir himoya darajasi: bo'linayotgan hujayralarning replikativ potensialini chegaralanganligi mavjud. 1961-1962 yillarda amerikalik olim L.Hayflick, normal hujayralar 100-150 marta bo'linishi mumkinligi va undan keyin klon to'liq (dastlabki hujayra va uning avlodlari) bo'linish qobiliyatini yo'qotadi. Bu fenomen Xeyflik limiti deyiladi. Xeyflik limitini yengib o'tish xavfli o'sma hosil bo'lishining eng asosiy shartlaridan biridir. O'sma hujayralarining chegarasiz replikativ potensialga ega bo'lishi telomeraza fermentining aktivlanishiga bog'liq bo'ladi. Bu ferment o'smaga qarshi terapiyada eng perspektiv molekulyar nishon bo'lib hisoblanadi.

5. Transformatsiyalangan hujayralar tomonidan angiogen faktorlarning ekspressiyasini chaqirilishi tufayli o'sma to'qimasida angiogenez jarayonining stimulyasiyasi;

Buyuk amerikalik olim J.Folkman o'sma hujayralari neoangiogenez faktorlarni ishlab chiqarsagina ular klinik aniqlash mumkin bo'lgan o'sma hosil qila olishini eksperimentda isbotladi. Shunday qilib o'smaning qon tomir tizimi o'z o'zidan paydo bo'lib qolmasdan, transformatsiyalangan hujayralar tomonidan aktiv boshqariladigan biologik jarayonlar tufayli paydo bo'lishi isbotlandi.

6. O'sma tomonidan gistolitik fermentlar (proteaz)lar ishlab chiqarilishi, hamda mahalliy immunitetni pasayishi natijasida invaziya va metastaz berish xususiyati;

Xavfli o'sma transformatsiyasining bu xususiyati o'sma o'sishining eng muhim kaliti hisoblanadi. Aynan invaziya va metastaz berish xususiyati xirurgik operatsiya natijasini kompрometatsiya (buzadi) qiladi va onkologik kasallarni o'limiga olib keladi.

7. DNK reparatsiya tizimini inaktivatsiyasi va hujayra siklining molekulyar nazoratini buzilishi tufayli yuzaga keladigan genom nostabillik;

O'sma hujayralari uchun DNK reparatsiya jarayonining samaradorligini pasayishi bilan bog'liq bo'lgan tezkor mutatsiya yig'ilishi xarakterli bo'ladi. Genom nostabillik o'sma hujayralarining sitostatik preparatlarni tayinlashdagi "terapevtik tuynuk"ni ta'minlovchi asosiy xususiyati hisoblanadi.

8. Xavfli klonning evolyusiyasi uchun qulay sharoit yaratadigan stromal komponentlarni qayta qurilishi;

Uzoq yillar stroma elementlari ko'payayotgan o'sma hujayralari uchun passiv karkas vazifasini o'taydi deb xulosa qilingan. Lekin bu tushuncha haqiqatdan ancha yiroq. Chunki o'smaning stromal komponentlari normal to'qimanikidan sezilarli farq qiladi. Epitelial o'smalarni infiltratsiyalagan fibroblastlar o'zlarida somatik mutatsiyalarni saqlanib, ular xavfli o'smaning hayot faoliyati uchun juda muhim hisoblanadi.

O'smani o'ziga xos xususiyatlaridan biri bu atipiya, ya'ni normal to'qimadan farq qiluvchi belgilar kompleksidir. Strukturaviy va funksional atipiya farqlanadi. *Xavfli o'smaning biologik o'ziga xosligini ifodalovchi va uni sog'lom to'qimadan farq qildiruvchi belgilar yig'indisiga atipizm deb aytiladi. Quyidagi o'sma atipizmlari farqlanadi:*

Morfologik atipizm.

Xavfli o'smalar uchun ham hujayra, ham to'qima atipizmi xarakterlidir. **Hujayra atipizmida** o'sma hujayralarining o'lchamlari, shakli va tuzilishi noodatiyligi bilan sog'lom hujayralardan farq qiladi. O'sma o'sib borishi bilan hujayralarning «yosharishi» uning tuzilishini oddiylashib embrional hujayra tuzilishiga o'xshab qolishi kuzatiladi.

Odatda o'sma hujayralari o'lchamlari sog'lom hujayralarga nisbatan kattaligi va shaklini mos to'qimaga nisbatan nomutanosibligi bilan xarakterlanadi. Masalan: normada kubsimon epiteliy kesmada kvadratga o'xshab ko'rinsa, kubsimon epiteliydan rivojlangan o'sma hujayralari aylana, oval yoki noto'g'ri shaklda ko'rinadi, ularning yadrosi katta, noto'g'ri, chegaralari kesilgan shaklda bo'lib xromatin nukleoplazmada notekis tarqalgan holda bo'ladi. Ularda normal hujayralarga nisbatan mitoz soni ko'p bo'ladi, ko'p hollarda ko'p yadroli o'sma hujayralari uchraydi. Hujayra atipizmi o'sma to'qimasida turli darajada namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda hujayra atipizmi yorug'lik mikroskopida ko'rinsa, boshqa hollarda elektron mikroskopda va ayrim hollarda faqatgina sitoximik usullarda aniqlash mumkin bo'ladi.

To'qima atipizmi parenxima va to'qima stromasini o'zaro mutanosibligini buzilishida namoyon bo'ladi. Masalan liposarkomada yog' va biriktiruvchi to'qimalarni absolyut tizimsiz ketma-ketligi kuzatiladi. Bez

to'qimasidan rivojlanuvchi o'smalarda sekretor to'qima o'zaro bog'lanmagan "orolcha"lar shaklida joylashuvi mumkin.

Agar o'smada morfologik atipizm kuchsiz ifodalangan bo'lsa, u o'zi rivojlangan normal to'qimaga o'xshaydi va bunday o'smalar gomotipik yoki gomologik o'smalar deyiladi. Agar morfologik atipizm kuchli ifodalangan bo'lsa o'smani qaysi to'qimadan rivojlanganligini aniqlash imkoni bo'lmaydi va bunday o'smalar geterotipik yoki geterologik o'smalar deyiladi.

Metabolik atipizm.

O'smalarda to'qima metabolizmi buzilishi, ularda uglevodlarning anaerob parchalanishi aerob parchalanishdan ustunligida namoyon bo'ladi.

Sog'lom to'qimada Paster effekti xarakterli bo'ladi, ya'ni kislorod anaerob parchalanish jarayonini tormozlaydi, chunki uglevodlarning aerob oksidlanishi energetik nuqtai nazardan anaerob oksidlanishga nisbatan 19 marta samaraliroq bo'ladi. Shuning uchun to'qimada uglevodni aerob oksidlash imkoni bo'lsa anaerob oksidlash yo'li bloklanadi. O'sma to'qimasida Paster effekti bo'lmaydi: uglevodlarning anaerob parchalanishi nafaqat kislorod bo'lganda ham amalga oshadi, balki aerob parchalanishdan ustun bo'ladi. Moddalarning bu tipdagi almashinuvi embrional hujayralarga xos bo'lib hosil bo'lgan energiya o'sma hujayralaridagi kabi plastik jarayonlar uchun sarflanadi. Shu sababli o'sma to'qimasida uglevodlarning anaerob parchalanishi oqibatida ko'p miqdorda sut kislotasi to'planib qoladi va bu lokal atsidozga olib keladi.

O'sma to'qimasida plastik jarayonlar intensiv davom etishi oqibatida oqsil sintezi uning parchalanishidan ustun bo'ladi vaholanki butun organizmda buning teskarisi oqsil parchalanishi uning sintezidan ustun bo'ladi va bu manfiy azot balansiga olib keladi.

Organizmda lipid almashinuvi ham buziladi, erkin yog' kislotalari utilizatsiyasi ko'payadi natijada lipoliz ortib bemor ozib ketadi. Lipidlarning perekis oksidlanishi intensifikatsiyasi – kuchayishi oqibatida erkin radikallar miqdori oshadi va ular boshqa hujayralar, shu jumladan eritrotsitlar membranasini shikastlaydi, bu holat gemolizga olib keladi va bemorlarda anemiya rivojlanadi.

O'sma to'qimalarida elektrolit almashinuvi buziladi: kalsiy miqdori kamayib kaliy to'planishi kuzatiladi.

O'sma hujayralaridagi chuqur metabolik buzilishlar ulardagi hujayra bo'linishiga bevosita ta'siri bo'lgan biologik aktiv moddalar- keylonlar almashinuviga ta'sir qiladi.

1964 yilda Ballox va Lourens to'qimaning shikastlovchi omilga reaksiyasini o'rganish jarayonida tabiiy kimyoviy moddani aniqlashdi va unga keylon deb nom berishdi. Keylon hujayra bo'linish sikliga ta'sir qilib hujayra o'sishini to'xtatadi.

Hujayra siklini quyidagi fazalarini ajratib o'tish mumkin:

-hujayraning DNK sinteziga tayyorgarlik fazasi;

-hujayraning DNK sintezi fazasi;

-Mitozga tayyorgarlik fazasi;

-Mitoz fazasi;

Hujayra sikli tugagach yangi hujayralar paydo bo'ladi va ularda ham shu sikl amalga oshadi. Keylonlar hujayra siklining DNK sinteziga tayyorgarlik va Mitozga tayyorgarlik fazalariga ta'sir qilib hujayrani "mitotik sokinlik"holatiga tushiradi va hujayra bo'linishdan to'xtaydi. Boshqacha aytganda keylonlar antimitotik ta'sir ko'rsatadi. Keylon ta'sir mexanizmini quyidagicha tushuntirish mumkin: keylon mitoz repressorini, ya'ni matritsa RNK sintezlovchi oqsilni bloklaydi. Keylon bo'lmasa bu oqsil noaktiv, bunda matritsa RNK sintezlanadi va mitoz amalga oshadi. Repressor keylon bo'lmasa yadro membranasi orqali o'ta olmaydi, keylon bilan birikib yadroga kiradi va matritsa RNK sintezlovchi oqsilni bloklaydi.

O'sma hujayralarida keylonlar normal hujayralarga nisbatan kam miqdorda bo'ladi, o'sma to'qimasidan chiqayotgan qonda ularning konsentratsiyasi yuqori bo'ladi. Sababi keylonlar o'sma hujayralarida fiksatsiyasi past bo'ladi, hujayra membranasidan erkin chiqa oladi.

Keylonlar ta'siri bir qator gormonlar bilan bog'liq bo'ladi (M:epitelial keylon faqat adrenalin bilan kompleks holatda faol bo'ladi).

Keylonlar yuqori to'qima va tur mosligiga ega bo'ladi. Shuning uchun ekzogen keylonlarni organizmga kiritib davolash imkoni hozircha mumkin emas.

Immunologik atipizm

Atipizmning bu turi shu bilan tushuntiriladiki, o'sma hujayralarida organizm genetik informatsiyaga yot bo'lgan oqsillar, ya'ni antigenlar hosil bo'ladi.

Xavfli o'smalarni metastaz berishi

Xavfli o'sma to'qimasidan alohida hujayralarning ajralib chiqib boshqa a'zolarga o'tib implantatsiyalanib o'sha joyda ham xuddi shunday o'sma rivojlanishiga metastazlanish deyiladi.

Metastaz berishning quyidagi turlari farqlanadi:

1. Gematogen – qon tomirlari orqali;
2. Limfogen – limfa tomirlari orqali;
3. To'qima(implantatsion) – to'qimalar oralig'i orqali.

O'smalar tasnifi

O'sma, neoplazma (grekcha neos - yangi, plasma - shakllangan), blastoma (grekcha blastos - o'simta) sinonimlari o'smaning qaysi to'qimaga tegishli ekanligini tushuntirmaydi. Shuning uchun o'smaning ko'p turlari borligi,ularning xarakteri va kelib chiqishi turli ekanligi tufayli yagona terminologiya mavjud.

1. RAK (carsinoma, xavfli epitelioma) – epitelial to'qimadan, ya'ni ekto-endodermadan kelib chiqadigan xavfli o'smadir.
2. Sarkoma (grekcha sarc - go'sht va oma - o'sma) - biriktiruvchi to'qimadan, ya'ni mezodermadan kelib chiqadigan xavfli o'smadir.

Biriktiruvchi to'qima pay, fastsiya, mushak, suyak tarkibiga kirib organizmda trofik, plastik, himoya va mexanik (tayanch) funksiyasini bajaradi.

3. Bir vaqtning o'zida epitelial va biriktiruvchi to'qimadan rivojlanadigan o'smalarga karsinosarkoma yoki sarkokarsinoma deb aytiladi.
4. Gemopoetik to'qimadan rivojlanadigan o'smalarga gemoblastozlar deyiladi. Bularga leykozlar va xavfli limfomalar kiradi.
5. Neyroendokrin hujayralardan (APUD tizimi) rivojlanadigan o'smalar apudomalar deyiladi. Bularga karsinoid, paraganglioma, o'pkaning mayda hujayrali o'smasi, qalqonsimon bezi medullyar raki, timoma va h.k.lar kiritiladi. Apudomaning o'ziga xos xususiyati bu o'smalar tomonidan gormon va biologik aktiv moddalarning sekretsiyasi tufayli rivojlanadigan paraneoplastik sindromning yuzaga kelishidir.
6. Endoteliy va mezoteliy o'smalari; qon tomir va limfa tomirlar sinovial va seroz pardalardan kelib chiqadigan o'smalar;
7. Nerv to'qimasidan rivojlanadigan o'smalar;

8. Embrional to'qima qoldiqlaridan rivojlanadigan o'smalar;
9. Trofoblastik o'smalar;
10. Aralash o'smalar

O'sma jarayonini mahalliy jarayon deb qaramaslik kerak, chunki u organizmning qayta qurilishi, moddalar almashinuvi ketayotgan bir vaqtda,endokrin organlari, markaziy nerv tizimi, biriktiruvchi to'qima funksiyasi o'zgarishi va buzilishi jarayonlarida yuzaga keladi.

Shuning uchun o'sma jarayoni bu tashqi muhit ta'sirida tasodifan paydo bo'lgan jarayon emas deb qarash kerak. R.E. Kavetskiy ta'kidlaganidek, hozirgi zamon tushunchasi nuqtai nazaridan rak haqida emas, balki rak kasalligi haqida gapirish kerak.

Odam organizmida turli gistologik tuzilishga, o'sish va tarqalish tezligiga va murakkab klinik belgilarga ega bo'lgan 200 dan ortiq o'smalar paydo bo'lishi mumkin. Barcha o'sma kasalliklarini yagona bir tasnif (klassifikatsiya)ga sig'dirish oson emas. Shuning uchun o'smalarni hayot uchun xavfliligi, joylashishi, tashqi ko'rinishi, invaziya va o'sish xususiyati, metastazlanish yo'llari bo'yicha turli guruhlarga bo'lishga harakat qilinadi.

Klinika amaliyotida bemorda aniqlangan o'smaning xavfli yoki xavfli emasligi eng muhim masala hisoblanadi va birinchi navbatda yechiladi.

Xavfsiz o'smalar sekin o'sishi, atrof to'qimalardan chegaralanganligi, metastazlanmasligi, bemorning umumiy ahvolini buzmasligi va o'limga olib kelmasligi kabi belgilari bilan farq qiladi.

Xavfli o'smalar esa tez o'sishi, atrof to'qimalarga o'sib kirishi, metastazlanishi, bemorning umumiy ahvolini og'irlashtirishi va o'limga olib kelishi (agarda o'z vaqtida aniqlanmasa va samarali davolanmasa) bilan xavflidir.

Ba'zan ham xavfli, ham xavfsiz o'sma xususiyatiga ega bo'lgan tuzilmalar uchraydi (masalan, bazalioma, desmoid, karsinoid, dermatofibroma va ba'zi lipomalar).

7-jadvalda xavfli va xavfsiz o'smalarning asosiy turlari, ularning qaysi to'qimadan kelib chiqqanligi (gistogenezi) keltirilgan.

7 - jadval

O'smalarning asosiy turini gistogenez bo'yicha tasniflash (B. E. Peterson, 1980)

	Xavfsiz	Xavfli
	I. Epitelial o'smalar	
1.	Papilloma-yassi epiteliydan hosil bo'lgan o'sma	Yassi xujayrali (epidermoid) muguzlangan va muguz lanmagan saraton
2.	Adenoma-bezli epiteliydan hosil bo'lgan o'sma	Adenokarsinoma (bezli saraton)
3.	Fibroadenoma	Differensiyalashmagan saraton
4.	Papillomatoz va adenomatoz poliplar	
	II.Biriktiruvchi to'qima o'smalari	
1.	Fibroma	Fibrosarkoma
2.	Miksoma	Miksosarkoma
3.	Lipoma	Liposarkoma
4.	Xondroma	Xondrosarkoma
5.	Osteoma	Osteosarkoma
6.	Leyomioma	Leyomiosarkoma
7.	Rabdomioma	Rabdomiosarkoma
8.		Yuing sarkomasi
	III. Endoteliy va mezoteliy o'smalari (qon va limfa tomirlari, sinovial va seroz parda)	
1.	Gemangioma	Gemangiosarkoma
2.	Limfangioma	Limfangiosarkoma
3.	Sinovioma	Sinovial sarkoma
4.	Mezotelioma	Diffuz mezotelioma
	IV.Nerv sistemasi o'smalari	
1.	Neyrofibroma	Neyrofibrosarkoma
2.	Nevrinoma	Xavfli nevrinoma
3.	Ganglionevroma	Ganglioneyroblastoma
4.	Oligodendroglioma	Simpatogonioma
5.	Astrotsitoma	Astroblastoma
6.	Meningeoma	Medulloblastoma

7. Ependioma	Multishaklli glioblastoma
8.	Ependimoblastoma
9.	Meningeal sarkoma
V. APUD sistema o'smalari (organizmda tarqalgan neyroendokrin hujayralar sistemasi)	
1. Endokrin bezlar adenomasi(gipofiz,epifiz, me'da osti bezi,qalqonsimon bez, prostata bezi)	Gormonal faol karsionid
2. Gormonal faol bo'lmagan karsinoid	Feoxromoblastoma
3. Feoxromotsitoma	O'pkaning mayda hujayrali saratoni
4. Paraganglioma	Melanoma
5. Timoma	
VI. Embrional qoldiqlardan hosil bo'lgan o'smalar	
1. Teratoma	Teratoblastoma
2. Dermoid kista	Nefroblastoma
VII. Trofoblastik o'smalar	
1. Elbug'oz	Xorionepitelioma
VII.Gemopoetik to'qimadan hosil bo'lgan o'smalar (gemoblastozlar)	
1.	Leykozlar (o'tkir va surunkali)
2.	Gematosarkomalar (limfosarkoma, retikulosarkoma,limfogranulematoz va boshqa xavfli limfomalar
IX. Aralash o'smalar	
1. Bir necha turdagi to'qimalardan hosil bo'ladi.	

Xavfli o'smalarga davo qilishni rejalashtirish va uning oqibatini aniqlashda ularning o'sish shakli (ekzofit, endofit va aralash) katta ahamiyatga ega. Ekzofit shaklli o'smaning oqibati boshqa o'smalarga nisbatan yaxshiroq tugaydi.

Jahon onkologlarining tajribasi shuni ko'rsatadiki, davolash usulini tanlashda va uning oqibatini baholashda o'sma jarayonining tarqalganligi muhim ahamiyatga ega. Xavfli o'smalarda o'sma o'lchamining ortib borishi qatorida metastazlanish ehtimoli ham oshib boradi va kasallikni kechish oqibatini o'rganishda,samarali davo usulini tanlashda va davo natijasini

baholashda o'smaning gistologik turi va differensirovka darajasini aniqlashdan tashqari uning bosqichini aniqlash ham kerak bo'ladi.

O'sma jarayonining bunday tarqalishi - TNM sistemasi - Xalqaro rakka qarshi kurash tashkiloti tomonidan ishlab chiqilgan. Hozirgi paytda TNM sitemasi barcha mamlakatlarda ishlatiladi, u o'smalarning tarqalish darajasini baholash va davolash natijalarini solishtirish uchun juda qulay.

TNM sistemasi bo'yicha o'smalar tasnifi ularning 3-parametrlarini baholashga asoslangan:

«T» (tumor - lotincha o'sma so'zining birinchi harfi) - o'smaning mahalliy tarqalganligini yoki birlamchi tugunning a'zoga va atrof to'qimaga invaziya darajasini aniqlaydi.

«N» (nodulus - limfa tuguni) - regionar limfa tugunlarida metastazlar bor yoki yo'qligi.

«M» (metastasis - metastaz) - olis metastazlarning bor yoki yo'qligi.

Har bitta parametrga uning miqdorini ko'rsatadigan raqam qo'shiladi.

TNM tasnifining asosiy qoidalari

1. Barcha hollarda tashxisning gistologik tasdig'i bo'lishi kerak; agar u bo'lmasa, bunday o'sma bu sistemadan tashqarida kuzatiladi.

2. Har bir o'sma uchun 2 ta tasnif qo'llaniladi:

a) klinik - operatsiyagacha (TNM),

b) operatsiyadan keyingi, patogistologik (p. TNM) - jarrohlik operatsiyasi natijalari yoki operatsion preparatni tahlil qilish bo'yicha.

3. Sistemaning o'rnatilgan miqdoriy parametrlari keyinchalik o'zgartirilmaydi.

A. TNM klinik tasnifi (davolashdan oldin aniqlanadi). "T" - birlamchi o'sma:

Tis - invaziyasiz karsinoma (carcinoma in situ);

T0 - birlamchi o'sma aniqlanmaydi;

Tx - birlamchi o'sma o'lchamini baholashning imkoniyati yo'q.

T1, T2, T3, T4 - birlamchi o'smaning o'lchami. Naysimon va kovak a'zolarda T1 - o'smaning shilliq va shilliq osti qavatgacha bo'lgan invaziyasi, T2 - o'smaning mushak qavatidan subseroz qavatgacha infiltratsiyasi, T3 - o'smaning seroz qavatga o'sib kirishi, qo'shni a'zolarga invaziyasi yo'q, T4 - o'smaning qo'shni a'zolarga tarqalishi.

"N" - regionar limfa tugunlari:

N0 - limfa tugunlarining metastazlanish belgilari yo'q;

Nx - regional limfa tugunlarini baholashni imkoniyati yetarli emas.

N1, N2, N3 - regionar limfa tugunlarining har xil metastazlanish darajasi seziladi.

"M" - olis a'zolarga metastazlari:

M0 - olis metastaz belgilari yo'q.

Mx - olis metastazlar bor yoki yo'qligini aniqlashning imkoniyati yo'q.

M1 – olis a'zolarda metastazlar bor;

Bosqichlar bo'yicha tasnifidan tashqari o'smalarning gistologik differensiallanish darajasi G gradatsiya ham inobatga olinadi:

Gx-differensiallanish darajasini baholash imkoni yo'q;

G1-differensiallanish darajasi yuqori;

G2- differensiallanish darajasi o'rtacha;

G3- differensiallanish darajasi past; G4-

differensiallashmagan o'sma.

B. Operatsiyadan keyingi patogistologik tasnif

O'sma hujayralarining differensiyallanish darajasi («G»1,2,3,x), limfa tomirlari («L»0,1,2,x) va venalari («V»0,1,2,x) invaziyasi, aniqlash axborotining ishonchliligi («C»1- yagona klinik tekshiruv o'tkazilgan, «C»2-maxsus diagnostik usullar qo'llanilgan «C»3 - aniqlash uchun jarrohlik usuli qo'llanilgan, «C»4 - radikal operatsiya natijalari operatsion preparatni o'rganish bo'yicha ma'lumotlar, «C»5 - autopsiya natijalari) haqidagi to'ldiruvchi morfologik ma'lumotlar kiritiladi.

TNM sistemasi bo'yicha berilgan o'smalar tasnifi faqatgina 29-xavfli o'smaga tegishli bo'lsa limfogranulematoz va xavfli limfomalar uchun uni ishlatib bo'lmasada, bosqichli tasnifga nisbatan afzalroqdir.

Oshqozon rakining Xalqaro TNM sistemasi bo'yicha (1997) bosqichlari quyidagi ko'rinishda bo'ladi. MKB-10ga muvofiq S16 dasturda turadi:

Tx - birlamchi o'smani baholashning imkoniyati yo'q.

T0 - birlamchi o'sma aniqlanmaydi;

Tis - invaziyasiz karsinoma (carcinoma in situ);

T1 - o'smaning shilliq va shilliq osti qavatgacha bo'lgan invaziyasi

T2 - o'smaning mushak qavatidan subseroz qavatgacha infiltratsiyasi,

T3 - o'smaning seroz qavatga o'sib kirishi. qo'shni a'zolarga invaziyasi yo'q.

T4 - o'smaning qo'shni a'zolarga tarqalishi,

Nx - regional limfa tugunlarini baholashni imkoniyati yetarli emas.

N0 - limfa tugunlarining metastazlanish belgilari yo'q;

N1 - 1-6 ta regionar limfa tugunlarda metastaz bor;

N2 - 7-15 ta regionar limfa tugunlarda metastaz bor;

N3 -15 dan ortiq regionar limfa tugunlarda metastaz bor;

Mx - olis metastazlar bor yoki yo'qligini aniqlashning imkoniyati yo'q.

M0 - olis metastaz belgilari yo'q. M1

- olis metastazlar bor;

8 - jadval

Oshqozon rakining bosqichlar bo'yicha tasnifi

Bosqich	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
II	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IV	T4	N1,N2,N3	M0
	T1,T2,T3	N3	M0
	T ixtiyoriy	N ixtiyoriy	M1
	T4	N0	M0

Rak kasalligi rivojlanishining klinik namoyon bo'lishidan oldingi va klinik davrlari

O'sma klinik namoyon bo'lmasdan uzoq yillar davomida rivojlanib boradi. Rak oldi displastik jarayonlari bir necha 10 yillar davom etishi

mumkin. Oshqozonda birinchi rak hujayrasining paydo bo'lishidan o'smani yaqqol klinik simptomatikasi namoyon bo'lgunicha 7-10 yil vaqt o'tadi.

O'sma to'qimasi ham normal to'qima kabi proliferatsiyali (o'sish fraksiyasi, yoki proliferativ) va **"sokinlik"**dagi hujayralar populyasiyasidan iborat bo'ladi. **"Sokinlik"**dagi hujayralarni proliferatsiyalanmaydigan hujayralar tashkil qilib, ular vaqtinchalik hujayra siklidan chiqqan bo'ladi, ammo bo'linish xususiyatini yo'qotmagan bo'ladi (faza G0).

G0 fazasidagi **"Sokinlik"**dagi hujayralar miqdori uncha ko'p bo'lmaydi, lekin aynan shular nur va ximioterapiyaga rezistent bo'ladi. Keyinchalik ushbu hujayralar proliferatsiyalanib ma'lum bir vaqt o'tgach o'smani qaytalanishi yoki **"uyqudagi"** metastazlarni namoyon bo'lishiga sababchi bo'ladi.

Hujayra mitoz siklini o'tagandan keyin unda ikkita yo'l qoladi: yoki u bo'linish jarayonini to'xtatib, takomillashadi va o'zini maxsus funksiyasini bajaradi yoki keyingi yangi mitozga tayyorgarlik ko'radi. Ikki mitoz orasidagi davrga interfaza deb aytiladi.

Interfaza hujayra reproduksiyasining muhim jarayoni bo'lib - DNK replikatsiyasi - uni 3 davrga ajratish mumkin: presintetik (G1 davri), sintetik (S davri), postsintetik (G2 davri). Interfaza mitoz bilan birgalikda hujayraning mitotik siklini tashkil etadi:

Profaza - metafaza - anafaza - telofaza - ikkita qiz hujayra.

Hujayraning mitotik sikli - tabiiy zanjirsimon ketma-ket keladigan jarayon bo'lib, u DNK sinteziga tayyorgarlik, xromosomaning ikkilanishi, hujayraning mitozga tayyorgarligi va nihoyat mitozdan iborat bo'ladi.

Har bir o'smani o'sish tezligi individual bo'lib, quyidagi parametrlarga bog'liq bo'ladi:

-hujayra siklining davomiyligi;

-proliferativ o'lchami;

-yo'qotilgan (hujayra siklidan chiqqan) hujayralar soni;

Solid o'smalar o'lchamining 2 baravar kattalashuvi uchun o'rtacha 90 kun kerak bo'lsa, leykozlarda bu ko'rsatkich 4 kunga teng bo'ladi.

Rak oldi kasalligini hozirgi zamon tekshirish usullarini qo'llagan holda qachon rakka o'tishini aniq aytish imkoni yo'q, bu jarayonni bashorat qilish faqat ehtimol bo'lib qolaveradi.

Xavfli o'sma kasalligini erta bosqichlarda aniqlash o'ta muhim bo'lsada, ammo aniq simptomatika kasallikning tarqalgan va o'tinqiragan bosqichlarida namoyon bo'ladi.

V BOB. XAVFLI O'SMALAR KLINIK SIMPTOMLARINING PATOGENEZI

Xavfli o'smalarning klinik simptomatikasi turli tuman bo'lib bir qator omillarga bog'liq bo'ladi.

Jumladan: o'smalarning joylashgan joyiga (lokalizatsiyasi), gistologik formasi, o'sish xarakteri, jarayonning tarqalganligi, bemorning yoshi, qo'shimcha kasalliklarning mavjudligi va boshqalar.

Kasallikning klinikasi o'smaning anatomik joylashuviga bog'liq bo'ladi. Masalan, o'sma oshqozonning piloroantral qismida joylashgan bo'lsa stenoz simptomlari - qayt qilish va kaxeksiya, kardial qismida joylashsa disfagiya simptomlari, ichaklarda joylashsa - ichak tutilishi, siydik yo'lida (nayi) bo'lsa - anuriya, hiqildoqda joylashsa - stenoz, bo'g'ilish, bronxlarda joylashsa - o'pka atelektazi, o't yo'llarida joylashsa - mexanik sariqlik simptomlari namoyon bo'lishi mumkin.

O'smalarni organizmga ta'sirini **mahalliy va umumiy simptomlari** farqlanadi.

O'smaning organizmga **mahalliy ta'siri** bir qator klinik fenomenlar bilan namoyon bo'lib, ular klinik tashxis qo'yish imkonini beradi. Quyidagi simptomlar guruhini ajratish mumkin: o'sma(hosila)ni palpator aniqlanishi, obturatsiya, kompressiya va destruksiya;

O'sma o'sib borgan sari uni yemirilishi va parchalanishi kuzatiladi, bunday holatlarda tomirlarga o'sib o'tgan bo'lsa - erroziv qon ketishlar, bo'shliq a'zolar devoriga o'sganda - perforatsiya, suyaklar yemirilganda patologik sinishlar kuzatiladi.

O'smalarni organizmga **umumiy** ta'siri **nospetsifik simptomlar** bilan namoyon bo'ladi: umumiy immunodepressiya, lixoradka, anemiya, asteniya, kaxeksiya va spetsifik paraneoplastik sindromlar shular jumlasidandir.

O'sma o'sishida **"tuzoq substrati"** fenomeni xarakterli bo'lib, o'sma to'xtovsiz o'sib, organizm uchun muhim mahsulotlarni iste'mol qiladi: glyukozani-energiya hosil qilish uchun, aminokislotalarni sitoplazma komponentlarini yaratish uchun, lipid va xolesterinlarni hujayra membranalarini sintezida ishlatadi.

O'sma hujayralari spetsifik toksik modda ishlab chiqarmaydi. Ammo o'sma hujayralari gipoksiya holatiga qanchalik chidamli bo'lsa ham, o'sma o'lchami katta bo'lsa hujayralarning massaviy nekrozi-yemirilish sodir bo'ladi. Bunda to'qimaning yemirilish mahsulotlari qonga so'riladi va nospetsifik endogen intoksikatsiya sindromi kelib chiqadi. Tarqalgan o'smaning metabolizm mahsulotlari organizmning turli fiziologik tizimlariga salbiy ta'sir ko'rsatadi: normal hujayra membranalariga shikastlovchi ta'sir etishi, lipidlarning perekis oksidlanishi kuchayishi oqibatida erkin radikallar miqdorini oshishi tufayli eritrotsitlar gemolizga uchrashi va anemiya rivojlanishi shular jumlasidandir.

O'smaning organizmga spetsifik ta'siri paraneoplastik sindrom bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. Paraneoplastik sindrom - bu o'sma rivojlanishi tufayli yuzaga keladigan metabolik buzilishlar jamlanmasidir. Uning asosiga o'smaning bilvosita ta'siri tufayli hosil bo'ladigan buzilishlar: moddalar almashinuvining disbalansi, "organizm-o'sma" orasidagi immun konflikt, normada bo'lmaydigan gormonsimon polipeptidlarni ektopik hosil bo'lishi shular jumlasidandir. Bu simptomlar o'sma paydo bo'lishi bilan paydo bo'ladi va o'sma olib tashlangach yo'qoladi.

Paraneoplaziyaning spetsifik namoyon bo'lishi o'sma metabolizmi mahsulotlari, gormon va mediatorlar sintezi tufayli paydo bo'ladigan endokrin buzilishlar bilan bog'liq bo'ladi. Hujayralar genlarining konstruksiyasi prinsipial jihatdan polipotent sintezga imkon beradi, shuning uchun endokrin hujayralarda gormon sintezi bloklanganda, o'sma hujayralarida gormonlar sintezi amalga oshadi. Masalan o'pka rakida paratgormon sintezlanib giperkalsiemiya kuzatilishi, buyrak, tuxumdon va buyrak usti bezlari o'smalarida insulin, oshqozon osti bezi va so'lak bezlari o'smalarida trombokinazasimon moddalar, o'pka va ko'ks oralig'i o'smalarida - AKTG (adreno kortikotrop gormon) ishlab chiqariladi va Kushing sindromi rivojlanishi mumkin.

Buyrak usti bezi o'smalari, neyroendokrin tizim o'smalari apudomalarda serotonin, gastrin, AKTG ishlab chiqarilishi oqibatida asosiy neyroendokrin sindrom rivojlanadi.

ES-hujayralardan **(ingl. Enterochromaffin cells, Kulchitskiy hujayrasi** oshqozon ichak traktining qizilo'ngach pastki uchligidan

anusgacha bo'lgan qismining shilliq qavati epiteliysida joylashgan enteroendokrin hujayralar bo'lib, o'zidan serotonin sintezlovchi gormonlar ishlab chiqaradi) kelib chiqadigan karsinoid o'smalarda karsinoid sindromi rivojlanadi. Organizmdagi 90 foiz serotonin ES- hujayralarda ishlab chiqariladi.

Paraneoplastik sindromda gemostaziologik va nevrologik buzilishlar, dermatopatiyalar, miopatiya va mushaklar distrofiyasi, glyukozaga tolerantlikni pasayishi, OIT faoliyati buzilishi, kardiodepressiya va boshqalar kuzatiladi.

Xavfli o'sma kasalligi bilan bemorlarda gemostaziologik paraneoplastik sindrom - tromboz, migratsiyalanuvchi tromboflebit, o'pka arteriyalari tarmoqlarining emboliyasi, abakterial tromboendokardit, trombatik mikroangiopatiya, paradoksal qon ketishi bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Xavfli o'smani yemirilishi va yaralanishi ikkilamchi infeksiya qo'shilishi uchun muhim zamin yaratadi. Onkologik kasalliklarda immunodepressiya rivojlanib ikkilamchi infeksiyalar qo'shilib turli septik asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Bu kabi asoratlar onkologik kasallikning o'tinqiragan bosqichlarida kuzatiladi. Kasallikning ilk bosqichlarida hech qanday spetsifik asoratlar kuzatilmaydi. Palpatsiya qilish mumkin bo'lgan yoki rentgenda ko'rinadigan o'smaning eng kichik o'lchami 1 sm^3, massasi 1 gramm bo'ladi. Ammo bu kichik hajmdagi o'smalar metastaz berish imkoniyatiga ega bo'ladi

VI BOB. XAVFLI O'SMALARNI TASHXISLASHNING UMUMIY QOIDALARI

Kasallikni o'z vaqtida samarali davolash tibbiyotning muhim vazifalaridan biridir. Bu onkologiyada ham muhim ahamiyatga ega, chunki xavfli o'smalarni davolash natijalari kasallikni o'z vaqtida to'g'ri aniqlashga bog'liq. Xavfli o'smalarni davolash samadorligini baholash mezoni umumqabul qilingan besh yil yashash ko'rsatkichi, ya'ni davolangandan so'ng 5 yoki undan ortiq yil yashagan bemorlar soni bilan o'lchanadi. O'sma qanchalik erta aniqlansa, bu ko'rsatgich shuncha yuqori bo'ladi.

O'sma kasalliklari diagnostikasini zamonaviy prinsiplari

Xavfli o'sma kasalliklarini davolash qachonki uni ilk bosqichlarda aniqlanganda muvaffaqiyat keltiradi. Rak kasalligini ilk bosqichda aniqlash esa har bir vrachdan juda katta javobgarlikni talab qiladi, chunki u rak oldi kasalliklarini hamda rakning ilk bosqichdagi barcha simptomlarini to'liq bilishi, o'sma aniqlanganda esa uni bosqichlari rivojlanishi jarayonida (o'smani organda tarqalishi, limfa tugunlarga, qo'shni a'zolarga o'sib o'tishi yoki uzoq a'zolarga metastaz berishi) yuzaga keladigan simptomlarni aniq bilishi kerak. Onkologiya asoschilaridan biri N.N. Petrov so'zlari bilan aytganda **«onkologik bemorning taqdiri u birlamchi murojaat qilgan vrachga bog'liq bo'ladi».** Bulardan tashqari, vrach-onkolog turli diagnostika usullarini o'zlashtirgan bo'lishi kerak, u rentgenologiyani yaxshi bilishi, endoskopiya usullarini yaxshi tushunishi va albatta, klinik - laboratorik tekshirish xulosalarini o'qiy bilishi va tahlil qilishi kerak. Albatta buning uchun u barcha laboratorik ko'rsatkichlarni me'yorlarini bilishi kerak.

Rak kasalligini ilk bosqichlarda aniqlashning asosida esa onkologik hushyorlik prinsiplari yotadi. Onkologik hushyorlik asosida esa murojaat qilgan har bir bemorni diqqat bilan tekshirish, murakkab holatlarda onkologik kasallik haqida o'ylash, onkologik tashxisni inkor qilish uchun esa diagnostika standartlarini qo'llash yotadi.

Rak kasalligini ilk bosqichida aniqlash prinsiplarini qisqacha quyidagicha ifodalash mumkin:

I. Onkologik hushyorlikni oshirish. Bunda esa quyidagi omillarni inobatga olish kerak:

1. Murojaat qilgan har bir bemorni onkologik kasallikni inkor qilish uchun diqqat bilan tekshirish;

2. Rak oldi kasalliklarini aniqlash, davolash va dispanserizatsiya qilish;

3. Xavfli o'sma kasalliklarini ilk bosqichdagi simptomlarini bilish;

4. Aholiga onkologik yordamni tashkil qilish talablariga qat'iy rioya qilish;

5. Asossiz optimistik xayollardan xolis bo'lish va kasallikni diagnostikasida murakkabliklar yuzaga kelganda xavfli o'sma kasalliklarini atipik kechishi mumkinligini e'tiborga olish kerak.

II. Bemorlarni sistematik tekshirib turish kerak. Bunda kasallik to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'linadi. Anamnezni yig'ishda hamda ob'yektiv tekshirishda ham tizimlilik va ketma-ketlikka rioya qilish kerak.

III. Vrach-onkolog tomonidan kasallik simptomlarini chuqur o'rganish to'g'ri tashxis qo'yishga olib keladi.

Kasallik simptomlarini yuzaki sanab o'tish rakka shubha tug'dirmaydi, chunki rakning ilk bosqichlardagi belgilari unchalik yorqin bo'lmaydi. Shuning uchun ayrim simptomlarni xar bir detalini dinamikada o'rganish katta informatsiya beradi.

IV. Kasallik anamnezini aktiv yig'ish. Bunda vrach bemorga uni shikoyatlarini aniqlashda yordam berishi kerak. Ayniqsa ichki a'zolar xavfli o'smalarida buni ahamiyati katta, chunki rakning ilk bosqichlarida ob'yektiv tekshirish kam informatsiya beradi.

V. Bemorning shikoyatlari va anamnezi rak kasalligining o'tib ketgan bosqichlarida aniq yorqin bo'ladi. Ammo rakning ilk bosqichlarida quyidagi o'ziga xos xususiyatlarga e'tibor qaratish kerak bo'ladi:

1. Ishlab chiqarishning zararli omillari mavjud bo'lganda to'g'ri yig'ilgan anamnez xavfli o'sma borligini aniqlashi mumkin.

2. Xavfli o'sma sog'lom organizmda rivojlanmaydi. Shuning uchun o'tkazilgan kasalliklar, ayniqsa rak oldi kasalliklari borligi tahlil qilinishi kerak.

3. Anamnez yig'ishda turmush tarzi va irsiyatiga katta e'tibor qaratish kerak.

4. Odamdan chiqadigan ajralmalarda qon bo'lishi aksariyat hollarda xavfli o'sma borligidan dalolat beradi.

5. Rakning ilk bosqichlarida og'riq deyarli bo'lmaydi, intensivligi past bo'lgani uchun bemor uni «yoqimsiz sezgi» deb baholaydi.

6. Kasallik belgilarini uzluksiz ko'payib borishi onkologik kasallikka xos hisoblanadi, ammo ularning kamayishi rak borligini inkor qilmaydi.

Onkologiyada diagnostik algoritm:

Onkologiyada diagnostika birlamchi, aniqlovchi va funksional diagnostikaga bo'linadi;

1.Birlamchi diagnostika - kompleks diagnostik usullar bo'lib, onkologik kasallikni morfologik tasdiqlashga qaratilgan bo'ladi.

2.Aniqlovchi diagnostika - kompleks diagnostik usullar bo'lib, o'sma jarayonini topografiyasi va tarqalganligini baholashga qaratilgan bo'ladi.

3.Funksional diagnostika - organizmning hayotiy muhim a'zo va tizimlari funksional faoliyatini baholashga qaratilgan bo'ladi.

Onkologiyada diagnostika usullari:

1. Anamnez yig'ish va bemorni umumiy klinik (ko'rik, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) tekshirish;
2. Laboratorik tekshirishlar (umumiy qon, siydik tahlillari, bioximik tahlillar va b.q.)
3. Funksional tekshirish usullari (EKG, EEG, ExoKG, spirografiya, jigar va buyrakni funksional radioizotop tekshiruvi va b.q.)
4. Radioimmunologik testlar va immunogistoximik tekshiruvlar;
5. Organizmdagi biologik suyuqliklarda onkomarkerlarni aniqlash;
6. Nurli diagnostika usullari (rentgenografiya va uning boshqa turlari,

KT, MSKT, MRT, PET);

7. Ultratovush tekshirish usullari;
8. Radionuklid tekshirish usullari;
9. Endoskopik tekshirish usullari(EGDFS, RPXG, bronxoskopiya, laparoskopiya va b.q.);

10. Gistologik va sitologik tekshirish usullari;

Rak kasalligini erta diagnostikasida klinik tekshirish birinchi o'rinni egallaydi. To'g'ri tashxis qo'yishda umumiy ko'zdan kechirish katta axamiyatga ega bo'ladi.

Avvalam bor u bemorni umumiy holatini baholash imkonini beradi. O'pka rakida ko'krak kafasi deformatsiyasi, ko'ks oralig'i o'smalarida yuz shishi, teri osti venalari kengayishi, oshqozon osti bezi boshchasi o'smasi bilan **V. Portaeni** bosilishi tufayli qorin old devori venalarini kengayishi **("meduza boshi")** va hokazo belgilarni aniqlash mumkin.



"Meduza boshi" simptomi.

Aksariyat a'zolarning o'sma kasalliklarini aniqlashda palpatsiya va fizikal tekshirishlar muhim rol o'ynaydi. A'zoni mahalliy palpatsiyasi albatta birlamchi o'smaga nisbatan regionar va uzoq joylashgan limfa tugunlarini palpatsiyasi bilan o'tkazilishi kerak. Masalan lab, til, va og'iz bo'shligi o'smalarida jag' osti limfa tugunlari palpatsiya qilinishi kerak va hokazo. Birlamchi sut bezi, qalqonsimon bez o'smalarida palpatsiya asosiy rol o'ynaydi.



Kattalashgan chov limfa tugunlari



Chap bo'yin-o'mrov usti sohasi kattalashgan limfa tugunlari.

Laboratoriya va qon bioximiya tahlillari o'sma kasalliklarida o'smaga xos maxsus belgilarni ko'rsatmasada tashxisni tasdiqlashda katta ahamiyatga ega bo'ladi. Qonning laboratorik teshiruvida gemoglobin miqdori, eritrotsit va leykotsitlar miqdori va sifati, leykotsitar formula, trombotsitlar miqdori, eritrotsitlar cho'kish tezligi ECHT aniqlanadi. Bu elementlarning har birini alohida va birgalikda kasallik klinikasini inobatga olib tahlil qilish muhim ahamiyat kasb etadi.

Laborator tekshirish usullari onkologiyada keng ko'lamda qo'llaniladi.

Onkologik bemorlarning periferik qonidagi o'zgarishlar nospetsifik bo'ladi: ECHT (SOE)>30 mm/s ning tezlashuvi, leykopeniya yoki leykotsitoz, limfopeniya, trombotsitopeniya yoki trombotsitoz, anemiya kuzatiladi.

Onkologik bemorlarda qonning reologik xossalarining buzilishlari: qonning yopishqoqligini o'zgarishlari, eritrotsitlar giperagregatsiyasi va b.q. Bu o'zgarishlar giperkoagulyasiya, eritron tizimidagi o'zgarishlar va endogen intoksikatsiya bilan kechadi. Onkologik bemorlarda spetsifik biokimyoviy o'zgarishlar aniqlanmagan. Ammo o'sma to'qimalarining kimyoviy tarkibi normal hujayralardan farq qilishini esda tutish kerak.

XX asr boshlarida Otto Varburg o'sma hujayralari hayot faoliyati uchun energiyani anaerob glikoliz yo'li bilan glyukozani sut kislotasiga almashtirish orqali olishini aytib o'tgan. Bundan tashqari u o'sma hujayralari normal hujayralardan ko'ra kislorodni kam iste'mol qilishini aniqlagan. O'sma hujayralari tarkibida embrional hujayralar kabi suvni, kaliy va kalsiyni, askorbin kislotasini ko'p miqdorda, natriy va sinkni kam miqdorda saqlaydi.

Rak hujayralarida aminokislotalardan oltingugurt saqlovchi birikmalar - metionin, sistein, glutation, shuningdek lizin, arginin kabi asosiy birikmalar ko'p miqdorda bo'ladi. Onkologik bemorlarning qon plazmasida temir miqdori kam, mis esa ko'p bo'ladi.

Birlamchi jigar rakida ishqorli fosfataza, oshqozon osti bezi rakida lidaza va amilaza, ishqorli fosfataza; mexanik sariqlikda aldolaza va aminotransferaza aktivligi, prostata bezi rakida kislotali fosfataza miqdori yuqori bo'ladi. Sut bezi, buyrak, tuxumdonlar, o'pka va boshqa joylar raklarida giperkalsiemiya kuzatiladi, buning sababi osteolitik metastazlar tufayli suyak to'qimasining rezorbsiyasi yoki o'smalar tomonidan paratgormonsimon oqsillarining ajralishi tufayli osteoliz bo'lishi mumkin.

Giperkalsiyemiyada organizmning suvsizlanishi, massasining kamayishi, hushining buzilishi, talvasaga tushishi, yurak qon tomir tizimi tomonidan aritmiya, bradikardiya, asistoliya kabi buzilishlar, dispepsiyalar kuzatiladi.

Giperkalsiyemiyaning klinik simptomlari uning qondagi miqdori >3,0 mmol/l bo'lganda kuzatiladi va o'z vaqtida korreksiyalovchi davo o'tkazilmasa komatoz holat va yurak to'xtashi sodir bo'ladi.

Xavfli o'smalarda katabolizmning oshishi va detoksikatsiya imkoniyatlarini pasayishi hisobidan organizmda endotoksinlar to'planib qoladi va ular organ va tizimlarga shikastlovchi ta'sir qiladi. Metabolizmning buzilishi qonga proteolitik fermentlarning ko'p miqdorda chiqishi va qonda o'rta molekulyar massali peptidlarning hosil bo'lishiga olib keladi.

Giperfermentemiya va o'rta molekulyar massali peptidlar endogen intoksikatsiyaning asosiy omili hisoblanadi va ular ta'sirida gematologik buzilishlar, birinchi navbatda anemiya rivojlanadi. Anemiyaning patogenezida endotoksinlar ta'sirida nafaqat eritropoezning pasayishi, balki qon sirkulyasiyasi past bo'lgan zonalarda eritrotsitlarning sekvestratsiyasi sodir bo'lib, u yerda degenerativ shakldagi eritrotsitlar to'planib qoladi va ularning hayot davomiyligi qisqa bo'ladi.

Immunologik tekshirishlar

Onkologik bemorlarda immunologik testlar onkologik bemorlarda immunitetning, ayniqsa T-hujayrali zvenoning pasayishi kuzatiladi. Txelper va sitotoksik T-limfotsitlar miqdorining kamayishi hisobidan Tlimfotsitlarning umumiy miqdori kamayadi. Ayniqsa xavfli o'smalarning kechki bosqichlarida immunitetning kuchli pasayishi kuzatiladi.

Onkologik bemorlarda immunitetning pasayishi o'smaning borligi, metastazlar mavjudligi, operatsiya hajmi va kimyonur terapiyaning toksik ta'siri bilan tushuntiriladi.

Xavfli o'smalarda immun tizimining buzilishini yanada chuqurlashuvi o'sma to'qimalarida boshqa normal organlarga xos bo'lgan antigenlarning (divergensiya), hamda embrional davrga xos bo'lgan antigenlarning paydo bo'lishi (antigenli reversiya) hamda normal to'qima uchun xos bo'lgan katta miqdordagi antigenlarning to'planishi bilan amalga oshadi.

Onkomarkerlar

Hozirgi kunda organizmda xavfli o'sma borligini aniqlovchi spetsifik biror bir aniq test mavjud emas. Organizmda o'sma borligini bilvosita belgilarini ko'rsatuvchi laborator testlar bor bo'lib ular davolash dinamikasini nazorat qilish imkonini beradi. Bu laborator testlar

onkomarkerlarni aniqlashga asoslangan bo'lib, ular yordamida xavfli o'sma tashxisini qo'yish, o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash, qaytalanish va metastaz borligini aniqlash hamda o'tkazilgan maxsus davoning samaradorligini baholash mumkin.

Onkomarkerlarga turli tabiatdagi moddalar: antigen, gormon, fermentlar, glikoproteinlar va b.q. lar kiradi. O'sma hujayralari tomonidan onkomarkerlarni ajralib chiqishining asosiy mexanizmi bo'lib genomning anomal ekspressiyasi va natijada embrional, platsentar, ektopik oqsillar, fermentlar, antigenlar, gormonlar sintezlanishi hisoblanadi.

Onkomarkerlarni qondagi konsentratsiyasiga qarab o'tkazilgan davoni radikalligi, keyinchalik qaytalanish va metastazi haqida xulosa qilish mumkin. Bu holat onkologik bemorlarni davolash jarayoni va undan keyin dinamikada kuzatish imkonini beradi.

ИНФОРМАТИВЛИГИ ЮҚОРИ БЎЛГАН ТУРЛИ ЛОКАЛИЗАЦИЯДАГИ ХАВФЛИ ЎСМА МАРКЁРЛАРИ

ЎСМА БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН АЪЗОЛАР	ОНКОМАРКЁРЛАР
Сут бези раки	CA 15-3. рак-эмбрионал Аг (РЭА), TPS, CA 72-4. пролактин, эстрадиол
Тухумдонлар раки :	
эпителиал	CA 125, CA 72-4. CA 19-9
герминоген	бета-Субъединица хорионического гонадотропина человека (бета-ХГЧ), альфа-фетопротеин
Гранулёз ҳужайрали	Эстрадиол. ингибин В
Мояк ўсмалари	бета-ХГЧ, альфа-фетопротеин
Бачадон бўйини раки	SCC, РЭА. TPS, Cyfra 21-1
Вульва раки	SCC, РЭА
Эндометрий раки	CA 125. CA 19-9. РЭА, CA 72-4
Қизилўнгач раки	SCC, Ти М2-РК
Ошқозон раки	CA 72-4. РЭА. CA 19-9

Йўғон ичак раки	РЭА, СА 19-9, СА 72-4
Ошқозон ости бези раки	СА 19-9. СА 242. Ти М2-РК
Ўт қопи раки	UBC, BT A. NMP-22. SCC
Буйрак раки	Ти М2-РК, SCC. СА 125
Простата бези раки	ПСАобщ, ПСАсвоб./ $ПСА_{общ}$
Ўпка раки:	
Майда ҳужайрали	НСЕ. РЭА. Ти М2-РК
Ясси ҳужайрали	SCC. Cyfra 21-1, РЭА
аденокарцинома	РЭА. Ти М2-РК. СА 72-4
Катта ҳужайрали	SCC, Cyfra 21-1, РЭА
Қалқонсимон бези раки:	
фолликуляр, папилляр;	Тиреоглобулин. тиреотропный гормон
Медулляр;	Кальцитонин. РЭА
Меланома	S-100
Суяклар метастази	TRAP 5b

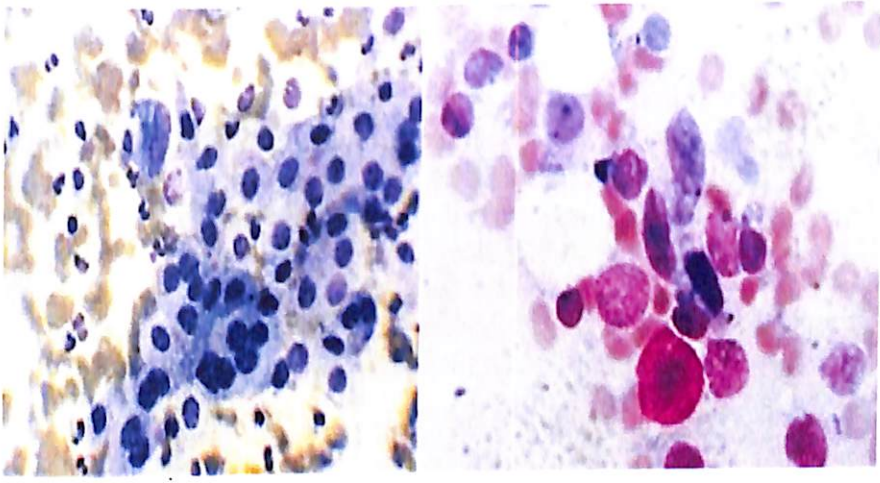
Morfologik tekshirishlar

Xavfli o‘sma kasalliklariga tashxis qo‘yishda, o‘ta travmatik ximionur terapiya o‘tkazishda va operatsiya rejalashtirishda yuridik tomondan imkonga ega bo‘lish asosida tashxisni morfologik tasdiqlash yotadi.

Tashxisni morfologik tasdiqlash biopsiya yordamida amalga oshiriladi. Biopsiya bu tirik odamdan gistologik yoki sitologik material olish usulidir. Sitologik usul turli ajralmalar (balg‘am, siydik) bo‘shliqlardan qirindi olish va yaralardan (teri, til va hokazo) surtmalar olish, hamda o‘smalar (sut bezi, yumshoq to‘qima, limfa tugunlar, suyak o‘smalari va

hokazo) dan olingan punktatlardagi hujayra va ularning komplekslarini mikroskopik tekshirish asosida amalga oshiriladi.

Sitologik tekshirish usuli oddiyligi va mikroskopiyaning turli turlarini qo'llash mumkinligi bilan juda ahamiyatlidir. Shuning uchun bu usul oddiyligi va tez xulosa berishi sababli keng tarqalmoqda .



Sitologik preparatlar

Gistologik tekshirish nafaqat tashxisni tasdiqlash uchun, balki mutaxassis uchun o'sma shaklini, genezini, oqibatini (takomillashganligi, proliferatsiya markerlarini, gormon retseptorlarini) aniqlash uchun ham muhim.

Biopsiyaning quyidagi turlari mavjud:

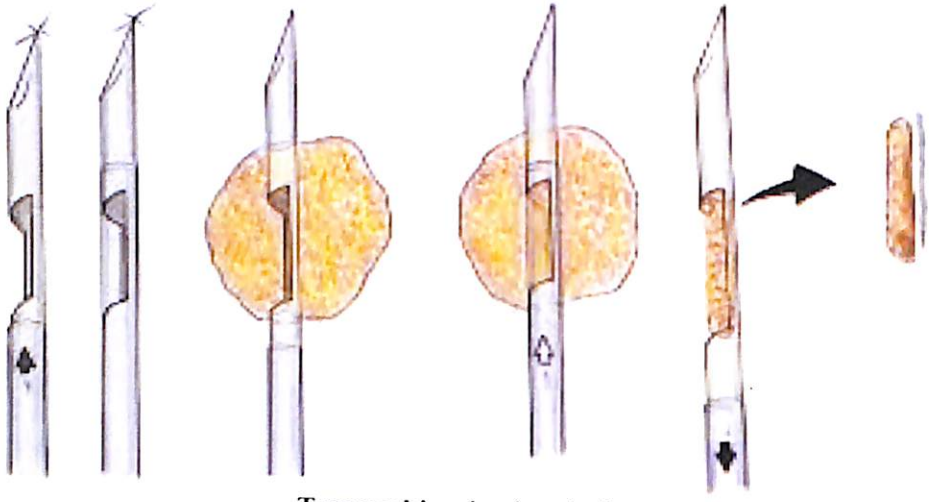
1. Ekssizion ;
2. insizion ;
3. trepanobiopsiya ;
4. punksion(aspiratsion);
5. qirindi olish, surtma olish;
6. eksfoliativ;
7. kyuretaj;
8. qisqichli;

Ekssizion biopsiya - uncha katta bo'lmagan o'sma yoki limfa tugunini to'liq kesib olish. Bunda biopsiyani to'qima sog' to'qima bilan patologik

to'qima chegarasida o'tkazish muhim, chunki o'sma hujayralarini sog' to'qimaga invaziyasini aniqlash lozim bo'ladi.

Insizion biopsiya - o'smadan bir yoki bir necha bo'lak kesib olinadi. Asosan bu katta hajmli o'smalarda (yumshoq to'qima sarkomalarida) amalga oshiriladi.

Trepanobiopsiya - trepanbiopsiya uchun mo'ljallangan mandrenli ignalar bilan o'sma to'qimasi ustuni olinadi.



Trepanobiopsiya ignalari

Punksion biopsiya o'smani chuqurda joylashgan hollarda, sut bezi raki, suyak va yumshoq to'qima o'smalari, jigar raki, limfoma va hokazolarda qo'llaniladi. Punksion biopsiya uchun diametri 1-2 mmli maxsus ignalar qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi.



UTT nazorati ostida sut bezi o'smasidan punksion biopsiya olish

Qirindi yo'li bilan biopsiya olish teri, lab, yumshoq to'qima, sut bezi va h.k. o'smalarida olinadi. Bunda yetarli material olish uchun skalpel bilan qirilib material buyum oynachasiga surtiladi, to'qima esa laboratoriyaga gistologik tekshirish uchun yuboriladi.

Surtma (o'sma izi) yuzaki joylashib yemirilayotgan, eroziyalangan o'smalardan olinadi. Operatsion materialdagi o'sma yuziga buyum oynasi tekizilib surtma (o'sma izi) olinadi.

Eksfoliativ biopsiya rakka shubha bo'lganda olinadi. Bo'shliq organlar epiteliysi maxsus mexanik instrumentlar yoki eritmalar bilan yuvilib suyuq muhitlar – so'lak, balg'am, siydik, me'da shirasi, yuvindilar maxsus qayta ishlanib buyum oynasiga qo'yib tekshiriladi. Gastroskopiyada vizual maxsus cho'tkalar bilan qirindi olinib buyum oynasiga qo'yiladi.

Kyuretaj – materialni qirish yo'li bilan (bachadon yoki gaymor bo'shlig'i) olinib tekshiriladi.

Qisqichli biopsiya - materialni (to'qima bo'lagini) maxsus qurilma - qisqich, yordamida, masalan endoskopik tekshirish vaqtida olinadi.



Oshqozon o'smasidan qisqich bilan biopsiya olish

IMMUNOGISTOXIMIYA

Immunogistoximiya (IGX)-bu to'qimalarda antigenlarning antitelalar bilan o'zaro ta'siriga asoslangan usuldir. Bu usul onkologiyada diagnostikaning ajralmas qismi bo'lib, morfologik tekshirishni to'ldiradi va o'simtaning immunfenotipini prognozini va davolovchi terapiyaga sezgirligini aniqlashga imkon beradi. **IGX ning mohiyati.**

- O'simta hujayralarining maqsadli oqsillari uchun xos bo'lgan monoklonal yoki poliklonal antigenlardan foydalanish.
- Fermentlar va xromogen substratlar yordamida reaktsiyani vizualizatsiya qilish, kamroq tez-tez Fluorestsent bo'yoqlaridan foydalanish.

- Ijobiy hujayralar intensivligini foizini baholash.

Onkologiyadagi ahamiyati.

O'smalar diagnostikasida, prognostik belgilarni aniqlashda, prediktiv belgilarga qarab davoni tanlash, davolash jarayonini va kasallikni qaytalanishini monitoring qilish.

Klinik qo'llanilishi bo'yicha misollar.

Sut bezi raki: ER, PR, HER2, Ki-67, GATA3, E-cadherin.
Neyroendokrin o'smalar: Chromogranin, Synaptophysin, Ki-67.
Birlamchi lokalizatsiyasi noaniq o'smalari: CK7, CK20, TTF-1, CDX2, GATA3, PAX8.

Turli xil o'smalar uchun Immunogistoximiya

Sut bezi raki:

- ER, PR – gormonterapiyaga javobning prediktorlari.
- HER2/neu – nishonga qaratilgan terapiyani belgilash.
- Ki-67 – proliferativ faollik belgilari.
- GATA3 – sut bezlari differensirovkasini tasdiqlaydi.
- E-cadherin – duktal va lobulyar rakni farqlaydi.

Yo'g'on ichak raki.

- CDX2 – ichak differensirovkasi.
- CK20+, CK7 – xarakterli profil.
- MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 – MMR status.

Endometriy va tuxumdonlar.

- ER, PR, -- gormonal sezuvchanlik.
- WT1, PAX8 – tuxumdon o'smalari.
- P53, PTEN – molekulyar stratifikatsiya.

Prostata bezi raki uchun.

- PSA, NKX3.1 – yuqori spetsifik belgilar.

Nurli diagnostika

Nurli diagnostika kelib chiqishi turli bo'lgan nurlanishlarni tekshirilayotgan ob'yektdan o'tgan manzaralarini o'rganish usullariga asoslangan bo'ladi.

Nurli manzaralarni registratsiyasi bevosita oddiy tartibda (qayta kompyuter ishlovisiz) va raqamli tartibda (raqamli kompyuter ishlovi bilan) diskda, plyonkada va qog'oz tashuvchilarda bajariladi.

Nurli diagnostikaning asosiy turlariga:

- rentgenodiagnostika:

-bazaviy;

-rentgen KT (RKT);

- MRT:
- UKT:

-radionuklid diagnostika kiradi.

Bazaviy rentgeno diagnostika o'zida rentgenoskopiya, flyuorografiya, rentgenografiya va chiziqli tomografiya, hamda maxsus uslub va usullarni mujassamlashtiradi.

Rentgenoskopiya asosan ikki soha:

-Oshqozon - ichak tizimining kontrastli tekshirishda; -nafas tizimini holatini o'rganishda qo'llaniladi.

Ushbu tekshirishlar vaqtida o'rganilayotgan sohani nishonli yoki obzor rentgenogramma qilish mumkin. Har qanday rentgenoskopiya tekshiruvi polipozitsion (bemor joylashuvini o'zgarishi va rentgen apparat stolini joylashuvini o'zgarishi) va poliprocksion (bemor tanasi orqali o'tayotgan rentgen nurlarini turli proeksiyalarda ko'rish), hamda rentgenoskopiya nazorati ostida punksion biopsiya va rentgenoendoskopik muolajalar bajarilishi mumkin.

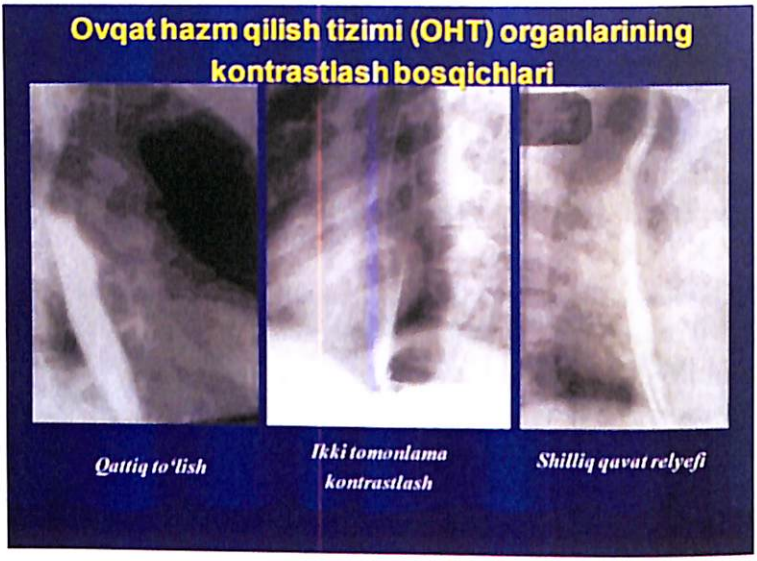
Ovqat hazm qilish tizimining yuqori qismi (hiqildoq, qizilo'ngach, oshqozon va 12-barmoqli ichak) a'zolari xavfli o'smalari diagnostikasida rentgenoskopik tekshirish asosiy o'rin egallaydi. Yuqoridagi 4 ta a'zo rentgenoskopiyada bir vaqtda ko'riladi. Ayniqsa endoskopik tekshirishlarda ko'rinmaydigang intramural (devor ichidagi) yoki ekzaorgan (devordan tashqarida) hamda qo'shni a'zolar o'smalarida bu tekshirish usuli ahamiyati katta bo'ladi.

Muolaja 3 etapda o'tkaziladi:

-shilliq qavati relefi;

-kontrast bilan to'liq to'lgan holda; va

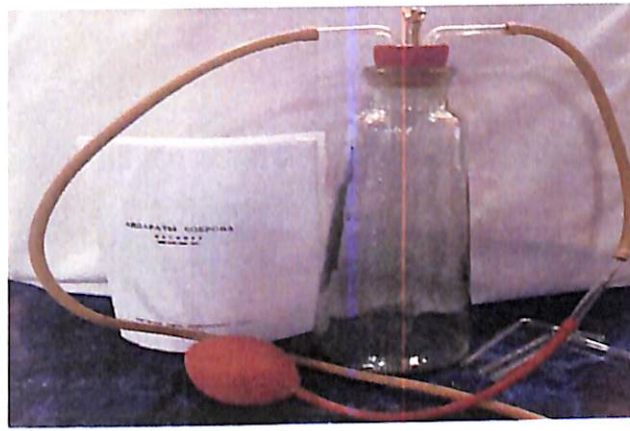
ikkilik kontrastlash orqali bajariladi.



Bariy aralashmasi birinchi porsiyasi bilan qizilo'ngach to'ldiriladi va oshqozon ichki relyefi o'rganiladi. Bariy qizilo'ngachdan o'tib bo'lgach uning ichki relyefi (bo'ylama burmalar) ikkilik kontrastlashda (havo fiziologik yutiladi) va bo'shagan a'zo (havo o'tib bo'lgach) aniq ko'rinadi. Keyin vrach-rentgenolog oshqozonni to'ldirish uchun yana 1-2 stakan bariy sulfat qorishmasini beradi, ikkilik kontrastlash uchun gaz hosil qiluvchi aralashma (limon kislota va ovqat sodasi) beriladi yoki zond orqali havo yuboriladi. Bu vaqtda bariy aralashmasi privratnik orqali 12-barmoqli ichakka etib boradi. Oshqozon piloroantral qismi va 12-barmoqli ichak shilliq qavati relyefini ko'rish uchun dozali kompressiya - maxsus moslama (tubus)dan foydalaniladi.

Ingichka ichakni bariy qorishmasi bilan passaji - ushbu a'zoni o'rganish uchun bazoviy rentgendiagnostika arsenalidagi yagona usul bo'lib hisoblanadi. Kontrast massaning ingichka ichak bo'ylab harakatini rentgenoskopiya va obzor rentgenografiya bilan kuzatib turiladi.

Irrigoskopiya - to'g'ri va yo'g'on ichakni kontrastli tekshirish usuli hisoblanadi (retrograd kontrastli huqna). Bobrov apparati yordamida rentgenoskopiya nazorati ostida to'g'ri ichak orqali bariy qorishmasi yuboriladi. Dastlab an'anaga ko'ra kontrast bilan yo'g'on ichak to'ldiriladi, buning uchun 4-4,5 litr kontrast massa kerak bo'ladi.



Bobrov apparati

Ichak bo'shagandan keyin rentgenogrammada shilliq qavatning relyefi ko'rinadi. Ikkilik kontrastlash uchun yana Bobrov apparati yordamida havo yuborilib ichaklar qovuzloqlari kengaytiriladi. Rentgenogrammada bariy qorishmasi qoldiqlari hisobidan kengaygan ichak konturlari ko'rinadi. Bundan tashqari bir vaqtning o'zida ikki xil kontrastni: navbati bilan bariy qorishmasi va havoni yuborib tekshirish mumkin. Bunda yuborilgan havo yo'g'on ichak qovuzloqlarini kengaytirib bariy qorishmasini ichak devoriga yopishtiradi va natijada ichakni ichki relefi va boshqa anatomik belgilari yorqin ko'rinadi.

Shuni inobatga olish kerakki irrigoskopiyadan avval albatta to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish va rektoromanoskopiya vrach-proktolog tomonidan qilinishi kerak. Chunki xavfli o'sma irrigoskopiyada yomon ko'rinadigan aynan shu joylarda bo'lishi mumkin. Havo yuborganda to'g'ri ichak devori yorilib ketishi mumkin, vrach rentgenolog buni esdan chiqarmasligi kerak. Alohida «irrigografiya» degan tekshirish yo'q, aks holda yo'g'on ichakni rentgenoskopiya nazoratisiz kontrast bilan to'ldirish tushuniladi, lekin shunday bo'lsada yo'g'on ichakni rentgenogrammasi irrigogramma deb aytiladi.

Oshqozon ichak traktini kontrastli rentgenoskopiyasining asosiy belgilari barcha a'zolar uchun bir xil bo'ladi:

- A'zoni bo'shlig'ini organik torayishi va deformatsiyasi; Bu rakni sirkulyar tarqalgan infiltrativ shakliga xarakterli bo'ladi;

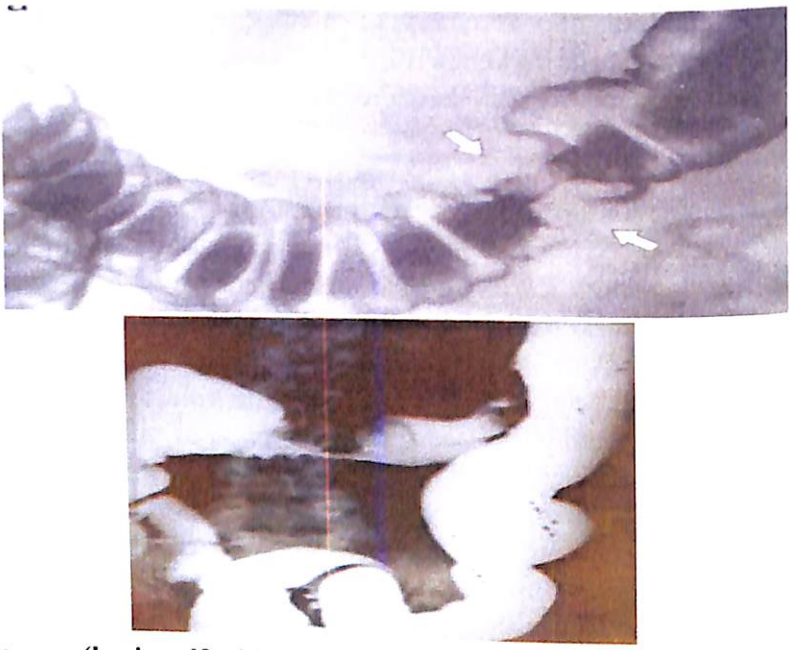
- To‘lish nuqsoni (defekti) (a’zoni o‘sma bor sohasini ko‘rinmasligi); Bunday o‘zgarishlar a’zo bo‘shlig‘iga qarab o‘sgan o‘smaning ekzofit shakliga xos bo‘ladi;
- A’zo devorining ma’lum bir qismini rigidliligi (kontrast bilan to‘ldirilganda va ikki martalik kontrastlashda ko‘rinadi); Bu belgi o‘smaning a’zo devori va undan tashqariga qarab o‘sgan infiltrativ shakliga xos bo‘ladi.

Boshqa rentgenologik simptomlar ham muhim ahamiyatga ega bo‘lsada yetarli tayyorgarlikka ega bo‘lgan mutaxassis vrach-rentgenolog tomonidan aniqlanadi (Masalan: aperistaltik zona, shilliq qavat burmalarining uzilganligi, shilliq qavat burmalarining konvergensiya va divergensiyasi va b.q.).

Rentgenoskopiyaning ustunlik tomonlari:

-A’zoning funksional holatini baholash imkoniyati borligi;

-endofit va ekzoorgan o‘sgan o‘smalarni va o‘smalar chegarasini aniqlashda yuqori informativligi;



Irrigogramma (bariy sulfat bilan kontrastlash). Ko‘ndalang chambar ichak raki



Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenoskopiyasi onkologiya amaliyotida qiyosiy taqqoslashda qo'shimcha tekshirish usuli sifatida qo'llaniladi.

Rentgenoskopiya nazorati ostida invaziv tekshirish usullari aseptika va antiseptika talablarini bajargan hollarda hamda tez yordam ko'rsatish hollarida qo'llaniladi. Asosan turli punksion biopsiya usullari –o'pka, plevra o'smalarida (transtorakal punksiya) va suyak – bo'g'im tizimi o'smalarida qo'llaniladi.

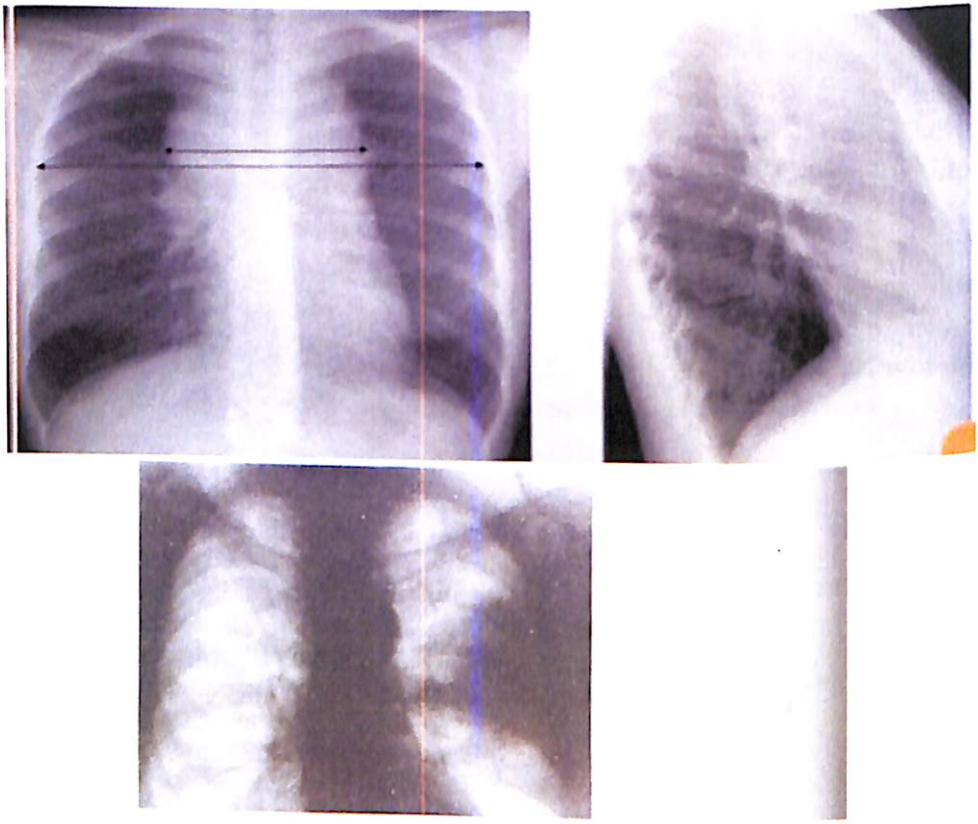
Bu muolajalar maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach-rentgenolog yordamida xirurglar tomonidan bajariladi.

Flyuorografiya- bu rentgenoskopik manzarani fotografiya qilish usuli hisoblanadi. "Diagnostik flyurografiya " termini rentgenografiya o'rniga qo'llanilganda aytiladi, bunda rentgenologik manzara 70, 100 va 110 mmli plyonkalarda olinadi. Bunday flyurogrammalarda mayda detallar rentgenogrammaga nisbatan kamroq ko'rinadi.

Rentgenografiya- ko'krak qafasi a'zolari va suyak-bo'g'im tizimi kasalliklarida keng qo'llaniladi va ushbu tekshirish usulidan keyin xavfli o'sma to'g'risidagi dastlabki tashxis qo'yiladi.

Rentgenografiya obzorli (ob'yekt to'liq olinadi) yoki parsial (ob'yektning bir qismi) bo'ladi va minimum ikkita perpendikulyar proeksiyada (to'g'ri va yon) bajariladi.

Xojkin limfomasi



Chap o'pka raki. Rentgenogramma

Bu muolajani bajarish uchun gorizontal rentgenografik stol va vertikal stoyka ishlatiladi.

O'pkadagi patologik o'zgarishlarni o'rganishda simptomlarni 5 guruhga ajratish mumkin:

- O'pka to'qimasidagi patologik o'zgarishlar: o'choqlar va fokuslar- bitta yoki ko'plab (periferik rak yoki metastazlar) yoki infiltrativ o'zgarishlar (markaziy rakda bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi fonidagi obturatsion pnevmoniya yoki periferik rak atrofidagi parakankroz pnevmoniya);
- Ventilyasion buzilishlar — markaziy rak yoki boshqa bronx ichi o'smalarida ketma ket keladigan 3 ta bronxial o'tkazuvchanlik buzilish fazalari (gipoventilyasiya, klapan emfizema, atelektaz);

- O'pka ildizi kengayishi bilan kechadigan uning strukturasini buzilishi tufayli yuzaga chiqadigan patologik o'zgarishlar (o'pka markaziy rakining belgilaridan biri);
- Mediastinal limfa tugunlarining metastatik zararlanishi, limfaproliferativ kasalliklari va ko'ks oralig'i o'smalari tufayli sodir bo'lgan - ko'ks oralig'i soyasining kengayishi;
- Plevral bo'shliqda suyuqlik bo'lishi va parakostal yoki bo'laklararo plevraning qalinlashuvi (metastatik plevrit yoki plevra mezateliomasi).

Yuqorida keltirilgan simptomlarga tekshirishning chiziqli tomografiya, KT yoki endoskopik tekshirish etaplarida aniqlik kiritish talab qilinadi.

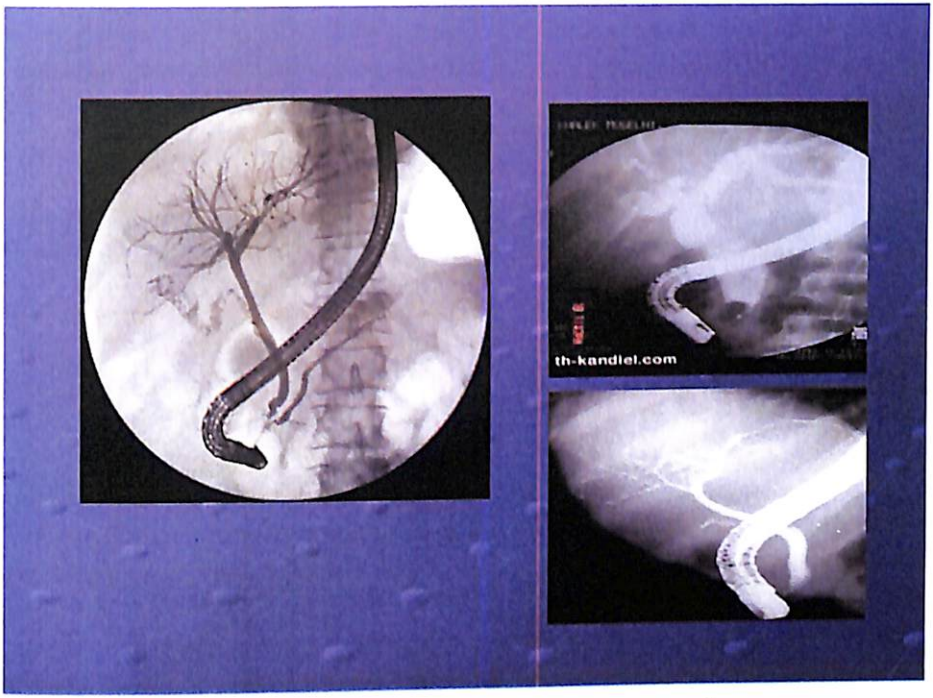
Suyak-bo'g'im tizimi xavfli o'sma kasalliklarida quyidagi simptomlar aniqlanishi mumkin:

- Suyakning shishib deformatsiyalanishi (suyak ichki qismidan o'sayotgan o'sma belgisi);
- destruksiya- o'choqsimon yoki to'liq suyakning g'ovaksimon va kompakt moddasini buzilishi, suyak pardasining yemirilishi va periost uzluksizligini buzilishi;
- bu simptom suyak o'smalarining birlamchi yoki metastatik o'smalarida aniqlanadi;
- osteoplastik o'choqlar yoki suyak strukturasini to'liq mramorsimon («shakarsimon») qayta tuzilishi osteosklerozga o'xshagan osteoblastik metastazlarda uchraydi.



Rentgenografiyani maxsus turlari— xoletsistografiya, mammografiya (shu jumladan sisto- va duktografiya), sun'iy pnevmotoraks, pnevmoperitoneum va pnevmoretroperitoneum sharoitida rentgenografiya, parietografiya, fistulografiya, va boshqa ayrim rentgenoendoskopik muolajalar ixtisoslashtirilgan onkologiya shifoxonalarida o'tkaziladi.

Keng tarqalgan rentgenoendoskopik muolaja bu endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya (ERPXG) bo'lib, bunda katta duodenal so'rg'ich orqali xoledox va virsungov yo'liga suvga eruvchan neion rentgenokontrast modda yuboriladi. O't yo'llarini to'lganligi rentgenoskopik nazorat qilib turiladi. Muolaja yakunida rentgenografiya qilinib xolangioxoletsistovirsungogramma tayyorlanadi.

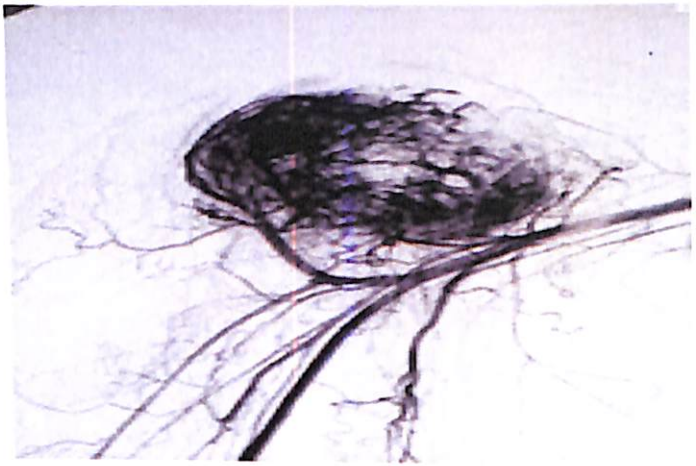


Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya

Angiografiya qon tomiriga suvda eruvchi kontrast yuborilganda rentgenografiya qilinishga asoslanadi. Arteriyadagi o'zgarishlar (arterial faza), normal va o'sma to'qimalarini (kapillyar faza) va venoz tomirlarni (venoz faza) kontrastlash orqali o'smani lokalizatsiyasi, o'lchamlari va atrof to'qimalarga, magistral qon tomirlariga tarqalishi haqida xulosa chiqarish mumkin.

Seldinger metodi bo'yicha arteriyaga kateter kiritish uchun ko'pincha transfemoral, kam hollarda— transaksillar va translyumbal yo'llar tanlanadi.

Angiografiya yordamida bosh va bo'yin, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i, kichik chanoq hamda oyoq qo'llarning qon tomirlari tekshiriladi.



Angiogramma. Yelka suyagi gigant hujayrali o'smasi



Seliakogramma . Jigar va taloqning ko'plab metastazi

Ekskretor urografiya - rentgenografiyaning keng qo'llaniladigan turlaridan biri hisoblanadi: suvda eriydigan kontrast moddalar vena ichiga yuboriladi (tana vazniga qarab 20—50 ml 60 yoki 76 foiz eritmasi), keyin vertikal holatda siydik chiqarish yo'llari obzor rentgenogramma qilinadi. Vaqtiga qarab 5minutda 1 soatgacha vaqt oralig'ida buyrak, siydik nayi, siydik qopi manzarasi olinadi.

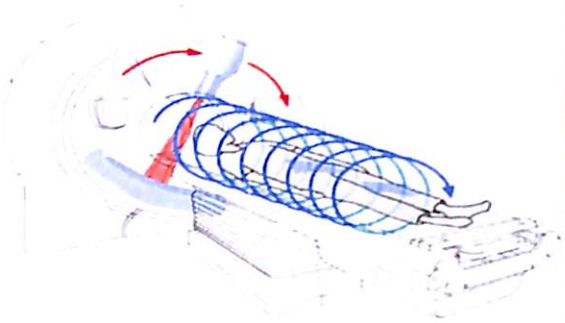


ЭКСКРЕТОР УРОГРАФИЯ
ЦИСТОГРАФИЯ БИЛАН

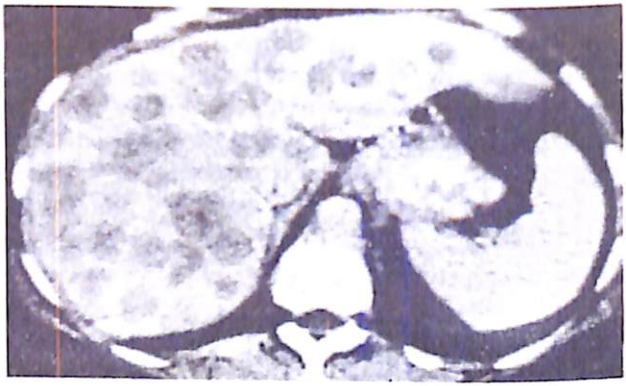
Kompyuter tomografiya (KT) yoki rentgen kompyuter tomografiyasi (RKT) – rentgent tekshirish usuli bo'lib, o'rganilayotgan ob'yektning turli nuqtalarida rentgen nurlarining yutilishi tufayli hosil bo'ladigan ma'lumotlarni kompyuter yordamida qayta ishlanishiga asoslangan. KT ob'yekt yuzasidagi atomlar tuzilishini aks ettiradi, chunki rentgen nurlarining yutilishi elektronlarning bir elektronlar qobig'idan boshqasiga o'tishi bilan bog'liq bo'ladi.

Kompyuter tomografiyaning asosiy qismlari bu - gentri, stol, kompyuter, operator konsoli (rasm. 6.7). Gentri - informatsiyani hisoblaydigan asosiy qismi bo'lib uning teshigi (apertura) ichida patsient joylashadi. Gentri ichida doimiy aylanib turadigan katta diametrdagi kolso bo'lib unga rentgen trubka va bir yoki bir nechta rentgensezgir datchiklar joylashgan bo'ladi. Datchiklardagi signallar asosiy kompyuterga uzatiladi va bu informatsiyalar qayta ishlangach manzara namoyon bo'ladi. Stolga joylashgan bemor qadamba-qadam gentri teshigiga tortiladi. O'rganilayotgan ob'yekt kesma qalinligi va tomograf qadamiga qarab manzara pauza bilan namoyon bo'ladi.

Operator konsoli — apparatning asosiy boshqaruv pulti bo'lib, vrach-rentgenologning ish joyi hisoblanadi. Zamonaviy kompyuter tomograflar spiralli (doimiy aylanuvchi tizimli), subsekundli (1 sekunddan kam vaqtda 1 ta kesma) va multiskanli (bir nechta chiziqli datchiklar bilan jihozlangan) bo'ladi.



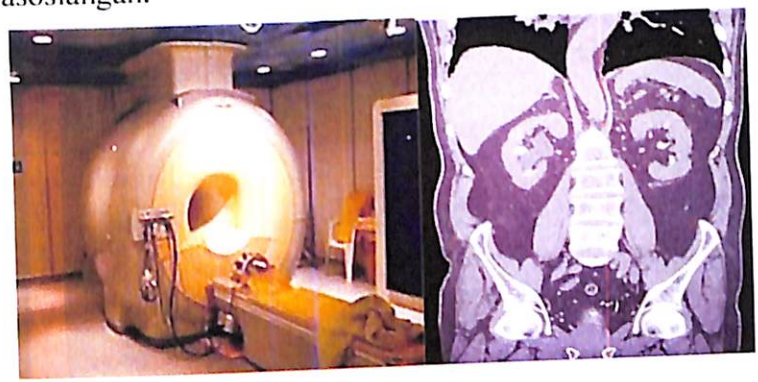






Magnit-rezonans tomografiya (MRT) nurli diagnostikani ionlovchi nursiz tekshirish usuli bo‘lib yadro-magnitli rezonans fizik hodisasiga asoslangan bo‘ladi.

Ushbu usulning fizik asosi bo'lib – tashqi radioto'lqin signallarini magnitlangan vodorod atomlarga ta'siri natijasida chiqayotgan radioto'lqinlarni registratsiya qilish va ularga kompyuterli qayta ishlov berishga asoslangan.



Ultra tovush yordamida tekshirish usuli

Bu usul birlamchi o'smani va limfa tugunlardagi metastazlarni aniqlashda qo'llaniladi.Qalqonsimon bezi, sut bezi,buyrak,siydik pufagi, jigar, yumshoq to'qima o'smalari exografiyasida keng qo'llaniladi.



Exogramma: Siydik qopi o'smasi



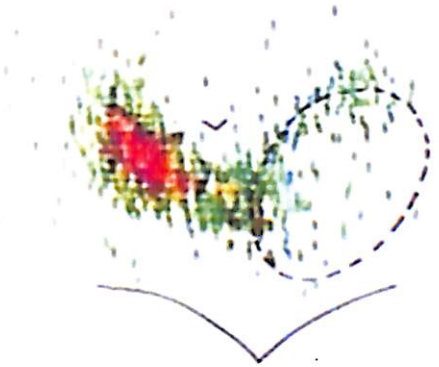
Exogramma: Buyrak o'smasi.

Radioizotopli diagnostika .

Bugungi kunda tibbiyot amaliyotida radioizotopli diagnostika keng qo'llaniladвi. Bu usul organizmning deyarli barcha a'zolarini tekshiradi . Bu usul radioaktiv izotoplarning selektiv xususiyatiga asoslanib ulardan tarqalayotgan nurni registratsiya qilish bilan izohlanadi. Radioaktiv izotoplar organizmning metabolizmida ishtirok etib, uni o'ziga xos kechishini ko'rsatadi.

Izotoplar peroral yoki vena ichiga yuboriladi.

radioaktiv fosfor (^{32} P) – suyak o'smalari diagnostikasida, mis xloridi (^{64} Cu) buyrak kasalliklari diagnostikasida peroral yuboriladi.



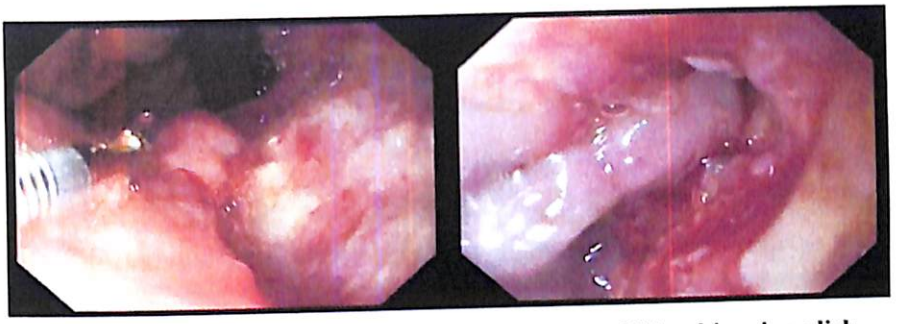
Qalqonsimon bezi ssintigrammasi.Chap bo'lak raki (izotop to'planishi yo'q. «Sovuq tugun»

Radioaktiv yod (^{131} I) peroral yoki vena ichiga qalqonsimon bezi kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladi.

Organlarni funksiyasi, uni o'lchami va shaklini radioizotop preparatlari yordamida o'rganish uchun ancha murakkab apparat: Geyger schetchiklari , turli dozimetrlar , skanerlar , radiomanipulyasion qurilmalar qo'llaniladi.

Radioizotop diagnostikasi yordamida organni funksiyasi va topografiyasi, uni shakli , o'lchami, o'smani tarqalish darajasi va atrof to'qima bilan munosobati, metastaz borligini aniqlaydi.

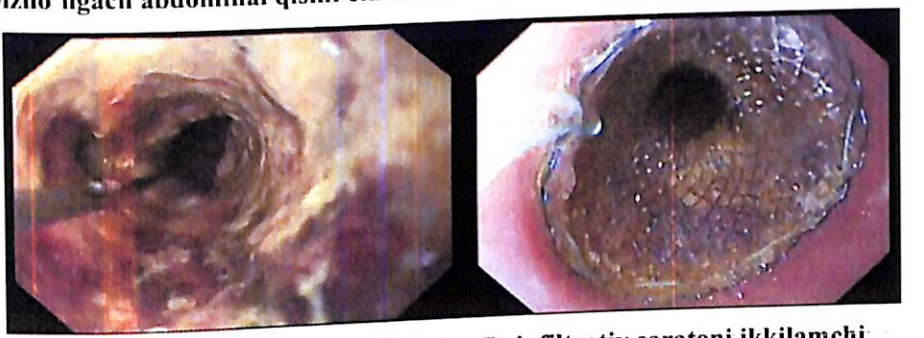
Kovak a'zolarda o'tkazilgan endoskopik tekshirishlardan namunalar



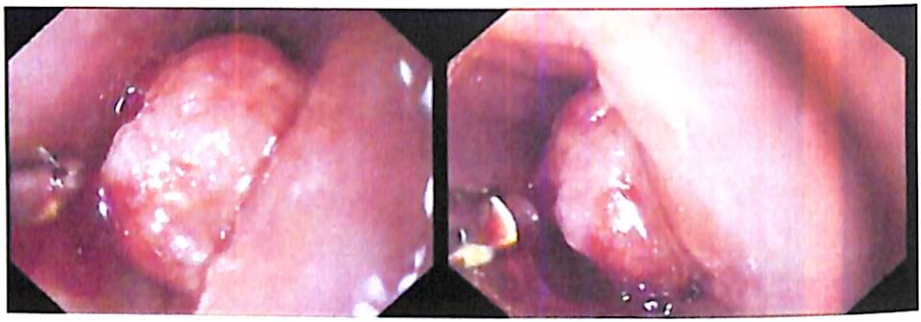
Oshqozon tanasi kichik egriligi yarali infiltrativ rakidan biopsiya olish.



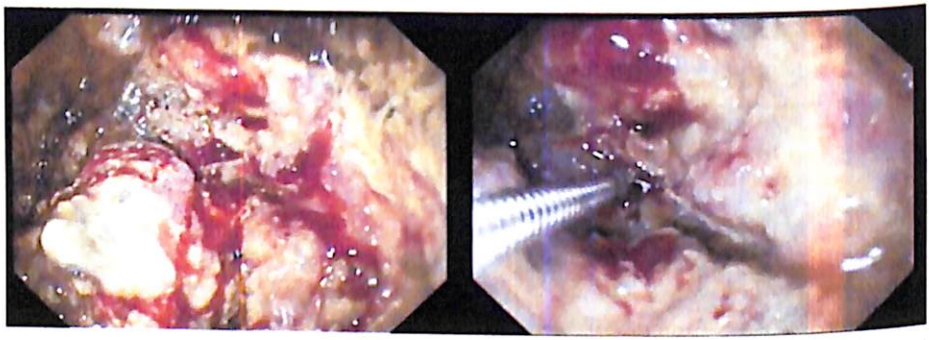
Qizilo'ngach abdominal qismi ekzofit infiltrativ raki to'liq stenoz belgisi bilan



Qizilo'ngach yuqori o'rta uchligi ekzofit-infiltrativ saratoni ikkilamchi stenozlanishi va oqma bilan. Stentlash amaliyotidan keyingi holat.



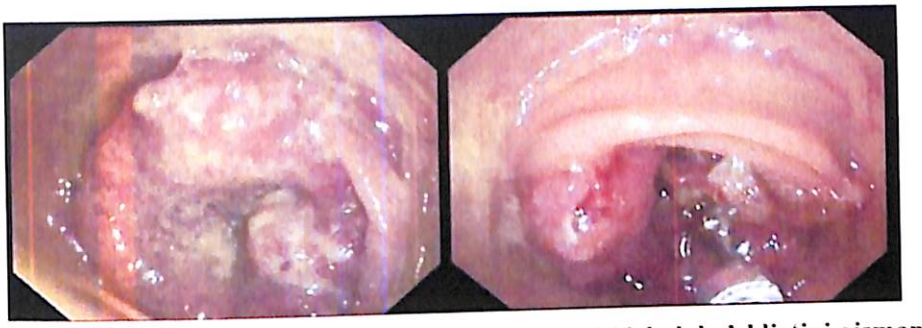
Qizilo'ngach polipsimon rakidan biopsiya olish.



Oshqozon tanasining o'rta va pastki uchligi sohasi ekzofit yarali infiltrativ raki subkompensatsiyali pilorostenoz belgilari bilan.



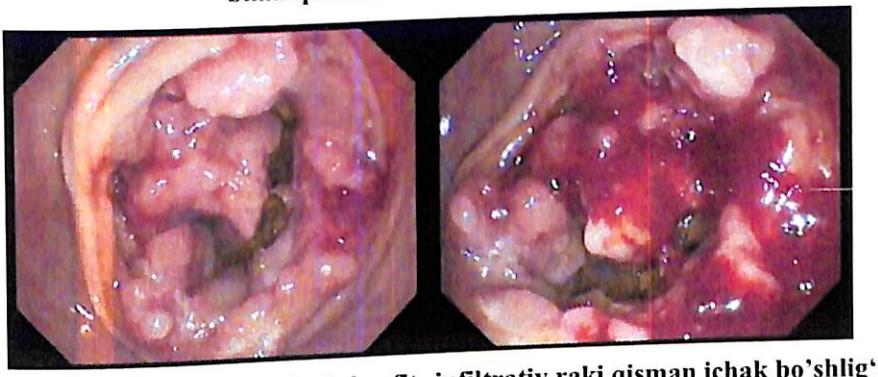
Tushuvchi chambar ichakning ekzofit infiltrativ raki ichak bo'shlig'ini qisman obturatsiyasi bilan.



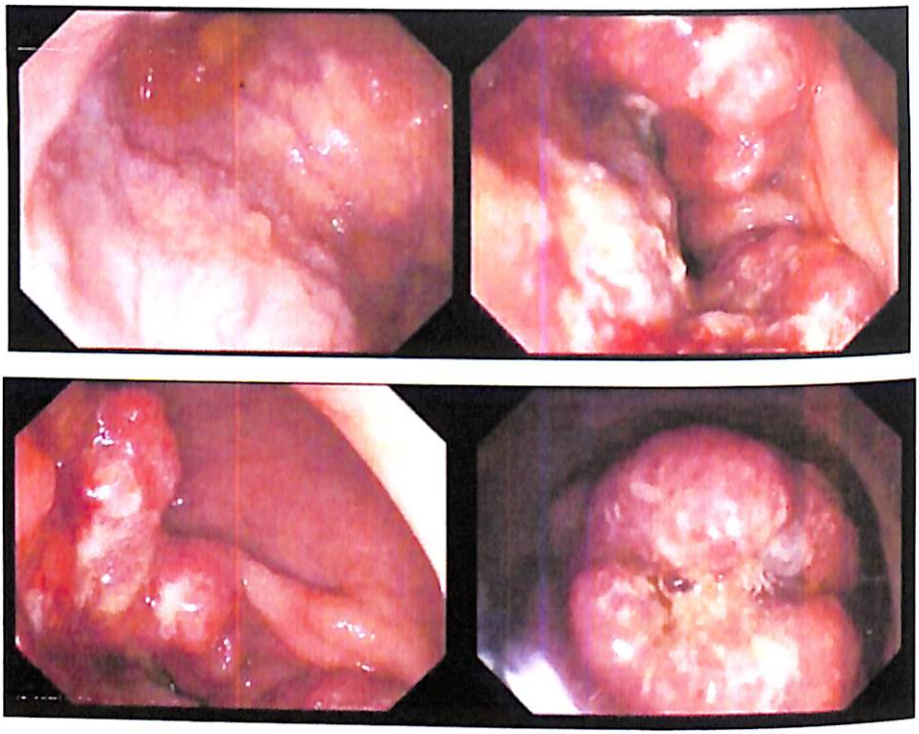
Ko'ndalang chambar ichakning ekzofit infiltrativ raki ichak bo'shlig'ini qisman obturatsiyasi bilan.



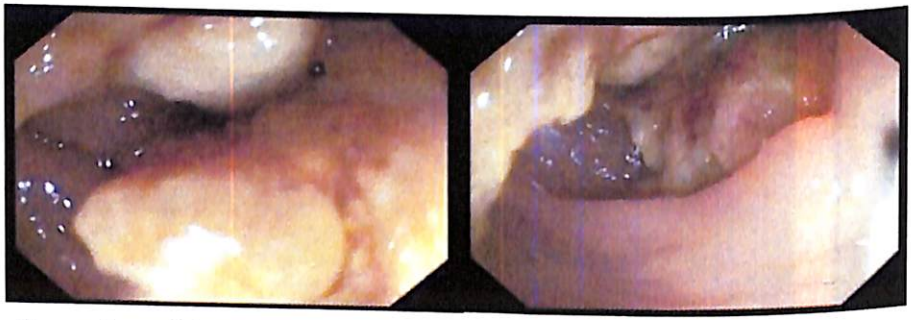
Ko'tariluvchi chambar ichakni ekzofit- infiltrativ raki ko'r ichakni kasallanishi bilan qisman ichak obturatsiyasi



Ko'tariluvchi chambar ichakni ekzofit- infiltrativ raki qisman ichak bo'shlig'i obturatsiyasi bilan



To‘g‘ri ichak polipi. To‘g‘ri ichak ekzofit raki.



Sigmasimon ichak ekzofit rakida ichak bo’shlig‘ini obturatsiyasi bilan

VII BOB. XAVFLI O'SMALARNI DAVOLASHNING UMUMIY QOIDALARI

Qadimgi vaqtlardan beri insonlar saratondan davolanish usullarini izlab kelganlar. Turli xildagi o'simliklar va hayvon tabiatli moddalar, oddiy minerallar va qimmatbaho toshlar, qizigan temir va o'tkir pichoq kabilar qo'llanib ko'rilgan, biroq xavfli o'smalarning barcha turidan to'la xalos bo'lish muammosi hanuzgacha yechilmay qolyapti. Oxirgi o'n yilliklar mobaynida onkologiya sohasida ko'pgina yutuqlarga erishilganligiga qaramay, onkologik bemorlarning faqatgina 50 foizini saqlab qolish mumkin bo'lyapti. Buning asosiy sabablari birinchidan, o'sma jarayonining biologik xususiyatlari (birlamchi o'choqda o'sma hujayralarining to'xtovsiz o'sishi, millionlab limfa va qon aylanish sistemasi bo'ylab barcha a'zolarga tezda tarqalishi va har bir o'sma hujayrasining avtonom hayot kechirishi, shuningdek yangi o'sma tugunini hosil qilishi) bo'lsa, ikkinchidan o'smaning yashirin davrida, ya'ni undagi hujayralar miqdoridagi 1 mlrd (1 g) dan kam bo'lganida aniqlovchi ishonchli vositalarning yetarli emasligidir. Shu sababli onkolog-shifokorning klinika amaliyotida, mahalliy tarqalgan yoki umumiy tarqalgan kasallik bilan ish olib borishiga to'g'ri keladi. Saratonga davo qilish tarixini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, avvalo hamma joyda o'smaga qarshi kurash mahalliy ta'sir etadigan usullardan boshlangan, keyinchalik unga umumiy ta'sir etish yo'llari topilgan. Aniq davolash usullari ro'yxatiga quyidagilar kiradi:

Mahalliy ta'sirlar:	**Umumiy ta'sirlar:**
1.Xirurgik davo	1.Ximioterapiya;
2.kriodestruksiya;	2.gormonoterapiya;
3.nur terapiyasi;	3. Immunoterapiya
4.mahalliy gipertermiya	4. umumiy gipertermiya

Hozirgi zamonaviy klinik onkologiya yutuqlari xavfli o'sma bilan kasallangan bemorlarning 1/3 qismini to'liq davolash imkonini beradi. Bemorlarning (60—70 foiz)iga jarrohlik operatsiyasi va nur yoki ximioterapiya usullari bilan kombinatsiyalanadi. 30 foiz bemorlarga faqat nur terapiya va 10 foiziga esa faqat sitostatik terapiya o'tkaziladi.

Onkologik bemorlarni ixtisoslashgan, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan onkologik klinikalarda yuqori malakali mutaxassislar tomonidan davolanishi va nazorat qilib borilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Onkologik bemorni davolashni rejalashtirish bir guruh mutaxassis onkologlar (patomorfolog, xirurg, radioterapevt va ximioterapevt) tomonidan amalga oshirilishi kerak bo'ladi. Davolash taktikasini muhokomasida kasallikning barcha individual biologik kriteriylari, ya'ni o'sma jarayoning gistologik turi, bosqichlari hamda bemorning umumiy ahvoli, qo'shimcha kasalliklari, immuniteti va hokazolar inobatga olinishi lozim bo'ladi. Bemorni davolashda zamonaviy yondashuv eng optimal bo'lib davolashni to'liq hajmda o'tkazish imkonini beradi.

O'smani davolashda davolash usullaridan birini (jarrohlik, nur yoki ximioterapiya) yoki ko'pincha ularning kombinatsiyasi qo'llaniladi.

Klinik onkologiyada davolashning quyidagi variantlari qo'llaniladi:

Kombinatsiyalashgan davo — bemorga bir yo'nalishdagi ikki davolash usulini qo'llash (masalan, o'smaga lokal ta'sir etuvchi radikal operatsiya va undan keyin nur terapiyasi);

Kompleks davo – o'smaga lokal va tizimli ta'sir etuvchi davo usullarini qo'llash (jarrohlik operatsiyasi va ximioterapiya yoki nur terapiyasi)

Qo'shma davo – bir turdagi turli ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan davo usullarini qo'llash (masalan nur terapiyasining distansion va braxioterapiya usullari);

Onkologik bemorlarni davolash radikal, palliativ va simptomatik bo'ladi.

Radikal davolash – davoning shunday turiki, o'tkazilgan davo muolajalaridan keyin organizmda klinik, rentgenologik, endoskopik va morfologik o'sma belgilari aniqlanmaydi.

Palliativ davodan keyin organizmda o'sma kasalligi belgilari topiladi:



Diagramma-1.O'zbekistonda birinchi marta xavfli o'sma aniqlangan bemorda davolanish metodlarning umumiy hajmi. (2019-yil.)

Yuqoridagi diagrammadan ko'rinib turibdiki 2019 yil ma'lumotiga ko'ra O'zbekistonda birinchi marta aniqlangan xavfli o'sma kasalliklarining 46,10 foiziga kompleks davo,27,90 foiziga faqat ximioterapiya,22,40 foiziga faqat xirurgik davo va 3,60 foiziga esa faqat nur terapiyasi o'tkazilgan.

Keltirilgan har bir umumiy va mahalliy davolash usullari o'zining ko'lami, me'yori, afzalligi va kamchiligiga, ko'rsatma va qarshi ko'rsatmasiga, shuningdek o'zining potensial ehtimoliy asoratlariga ega. Bundan terapevtik ehtiyojlar, ko'ngilsiz asoratlar bemor hayotiga xavf tug'diruvchi davolash usullari, shuningdek o'sma gistiostrukturasi va differensiyalanish darajasi haqidagi aniq axborotni hisobga olgan holda yuqorida ko'rsatilgan usullar asosida har bir bemorni davolash rejasini tuzish kerakligi kelib chiqadi.

1. Jarrohlik usulida davolash

Onkologiyadagi jarrohlik operatsiyalarining umumiy jarrohlikdan farqi ablastika va antiblastikaga qat'iy amal qilishdir.

Aksariyat hollarda bemor ilk bor jarrohga murojaat qiladi, chunki onkologik bemorni davolash jarayonida tashxisni morfologik verifikatsiya qilish talab qilinadi. Morfologik tekshirish o'tkazish adekvat jarrohlik hajmini tanlash hamda ularni bajarishda yuridik asos bo'lib xizmat qiladi.

Xirurgik operatsiyalar diagnostik va davolovchi turlarga bo'linadi.

Diagnostik operatsiyalar (ingichka ignali va trepanobiopsiya, biopsiyaning insizion va ekssizion turlari va b.q) tashxisni morfologik verifikatsiya qilish uchun limfa tugunlar yoki o'smadan olinadi.

Davolovchi operatsiyalar radikal, shartli yoki sitoreduktiv va palliativ turlarga bo'linadi.

Operabellik - bu tushuncha bemorning umumiy ahvoli, yoshi, qo'shimcha kasalliklari, operatsiyani bajarish imkonini beradigan hayotiy muhim a'zolar funksional holatini baholovchi umumiy kriteriylar hamda o'sma va o'sma jarayonini xarakterlaydigan kriteriylarni o'zida mujassamlashtiradi. Ularga o'smani lokalizatsiyasi, zararlangan a'zoni anatomo-funksional buzilishlari, o'smani tarqalganlik darajasi, uzoq a'zolarga metastaz borligi, o'smaning o'sish tipi va gistologik turi kiradi. Xirurgik davo o'tkazishga monelik qiluvchi holatga inoperabel holat deb aytiladi.

Operabellik tushunchasini shartli ravishda quyidagi 3 guruhga ajratishimiz mumkin: **Texnik-** o'smani mahalliy tarqalganligi tufayli olib tashlash imkoniyati mavjudligi; **Onkologik** – uzoq a'zolarga metastazlar borligi;

Funksional – hayotiy muhim a'zolar–qon aylanish, nafas olish tizimi a'zolari holati va metabolik buzilishlar darajasi;

Rezektabellik. Operabellikdan farqli o'laroq o'smani tarqalish darajasi, regionar va uzoq a'zolarga metastaz borligini inobatga olib texnik jihatdan o'smani olib tashlash imkoniyati bor yoki yo'qligi tushuniladi. Rezektabellik klinik, qo'shimcha tekshirish usulari yordamida va intraoperatsion aniqlanadi.

Operatsiyaning radikallik tushunchasi birlamchi o'sma va regionar metastazlarga nisbatan tushuniladi:

1.Radikal operatsiyalar:

-Tipik (standart)- standart radikal operatsiyalarda o'sma va unga yaqin bo'lgan metastazlanish zonasidagi limfatik tizim olib tashlanadi.

-Kombinatsiyalashgan- kombinatsiyalashgan yoki multiorganli operatsiyalarda birlamchi o'sma invaziya bergan boshqa organ qisman yoki to'liq olib tashlanadi.

- Kengaytirilgan operatsiyalarda olib tashlanadigan regionar metastaz berish zonasi qo'shni anatomik soha hisobida kengaytiriladi.

-Organ saqlovchi operatsiyalar;

2.Palliativ;

-Sitoreduktiv operatsiyada o'sma qisman yoki to'liq sitoreduksiya qilinib qolgan qismiga keyinchalik nur yoki ximioterapiya o'tkazish imkoniyatini beradi.

Simptomatik operatsiyada o'smaga ta'sir qilishga urinilmasdan, faqat o'sma kasalligini hayotga xavf tug'diradigan simptomlari va asoratlarini bartaraf qilishga qaratilgan bo'ladi (ichak tutilishi, o'smadan qon ketishi, nafas qisilishi va h.k.)

3.Simultant operatsiya – bir vaqtning o'zida turli lokalizatsiyadagi o'smalarni (radikal yoki palliativ) yoki onkologik operatsiya bilan bir vaqtning o'zida boshqa umumiy kasallik bo'yicha operatsiyani bajarilishi hisoblanadi.

4.Takroriy (second-lock) - operatsiya maqsadi birinchi operatsiya vaqtida nooperabel bo'lgan yoki qisman olingan o'smani, kimyo yoki nur terapiyasidan keyingi qoldig'ini olib tashlash hisoblanadi.

5. Diagnostik (Eksplorativ) operatsiya;

Reabilitatsion;

Operatsiya hajmi o'smaning a'zodagi joylashgan joyiga, bosqichi va anatomik o'sish tipiga qarab aniqlanadi. Ekzofit o'suvchi o'smalarda chegarasi aniq bo'lgan o'smalarda operatsiyani kombinatsiyalashgan rezeksiyagacha kengaytirish mumkin bo'ladi. Infiltrativ o'sish turi bo'lgan o'smalarda organ saqlovchi operatsiyalar o'tkazilishi o'zini oqlamaydi.

Birlamchi o'smani radikal olib tashlash ablastika, antiblastika, zonalik va futlyarlik prinsiplarini qanoatlantirishi kerak.

Ablastika deganda o'sma bilan zararlagan a'zo yoki uning bir qismi, hujayralari tarqaluvchi regionar limfa tugunchalari va qo'shni sog'lom to'qimalarni qisman birgalikda, yagona blokda olib tashlash tushuniladi. Bunda ularning tashqi chegarasi fassial, plevral va qorin pardalari, shuningdek yog' to'qimasining qalin qatlamlari bo'lib hisoblanadi.

Shu narsa aniqki o'sma hujayralari o'zaro bir biri bilan kuchsiz bog'langan bo'lib oson ajralib chiqadi va qon tomirlari orqali migratsiya qilib keyinchalik **qaytalanishi va metastaz** bo'lishiga sabab bo'ladi.

1.Ablastikani asosini operatsiya vaqtida o'smani sog'lom to'qima chegarasida anatomik zonalilik va futlyarlik prinsiplariga amal qilgan holda bajarish tashkil qiladi:

-Anatomik zonalilik prinsipi bu o'smani atrof to'qima **(o'sish zonasi)** va regionar limfa tugunlar **(metastaz berish zonasi)** bilan bir blokda olib tashlashga asoslangan. Onkologiyada o'smani qismlarga bo'lib, bo'laklab olish qat'iy man etiladi.

Limfadenektomiya (limfodisseksiya) –bu olib tashlanayotgan a'zoga regionar bo'lgan limfa tugun va tomirlarni olib tashlashdir. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki termin «limfodisseksiya» termini «limfadenektomiya» terminiga nisbatan kengroq ma'noni anglatib, nafaqat limfa tugunlarni olib tashlash balki limfatik apparat (limfatik tugun va tomirlar atrofidagi yog' kletchatkasi)ni fassial futlyar chegarasida olib tashlash tushuniladi. Bunday yondashuv ilk bor sut bezi raki operatsiyasida W.S. Halsted tomonidan bundan 100 yillar oldin amaliyotga tatbiq qilingan.

-Futlyarlik prinsipi – bu o'smani yuzasini ochmasdan uni o'rab turgan fassial parda, qorin parda, plevra varag'i, mushak, yog' yoki teri qoplamalari bilan bir butunlikda **"sog'lom to'qimali futlyarda"** olib tashlashga asoslangan. Futlyarga kiradigan qon tomirlari uni tashqarisida kesib olib tashlanadi.

- O'sma hujayralarini jarohatga disseminatsiyasi va implantatsion metastazni oldini olish uchun asosiy limfa tomirlarini bog'lash yoki koagulyasiya qilish, jarroh qo'li va instrumentlarni o'sma bilan bevosita kontaktda bo'lishidan qochish, operatsiya vaqtida salfetka, tupfer, instrumentlarni tez –tez almashtirib turish, o'smani operatsion maydondan salfetkalar bilan e'tibor bilan izolyasiya qilish va operatsiya tugagach operatsion jarohatni antiseptik eritmalar bilan e'tibor bilan yuvib quritish; - O'sma hujayralarini a'zo bo'shlig'i bo'ylab tarqashi va keyinchalik qaytalanish berishini oldini olish uchun o'smani mobilizatsiya qilishdan oldin trubkasimon a'zoni o'smadan distal va proksimal tomondan bog'lash talab qilinadi.

Antiblastika —bu o'smaning yashashiga qodir hujayralari tarqalishi va qolib ketishining oldini oluvchi choralar kompleksidir (o'sma bilan zararlangan a'zo yoki to'qimani olib tashlashdan oldin magistral tomirlarni bog'lash, to'qimalarni kuydirish va gemostaz uchun elektro- va lazer

uskunalarini ishlatish, o'sma hujayralari va embollar bilan to'lgan tomirlarni koagulyasiyalash; operatsiya davomida qo'llarni tez-tez yuvish, qisqich, salfetka va sharchalarni bir marotaba ishlatish). Ablastika va antiblastika prinsiplarini qo'llashda elektrokoagulyatsiya va lazer texnikasining roli muhimdir.

Antiblastika – bu operatsion jarohatga tushgan o'sma hujayralarini yo'q qilishga qaratilgan kompleks chora tadbirlarga aytiladi. Antiblastika prinsiplari jarohatdagi o'sma hujayralariga turli kimyoviy va fizikaviy omillar bilan ta'sir etishga asoslangan:

-jarohatni furatsillin, 3 foizli vodorod perekisi, fiz.eritma bilan yuvish;

-jarohatga kriogen yoki lazer bilan ta'sir etish;

-Operatsion stolda vena ichiga va undan keyin 2 kun davomida kimyoviy o'smaga qarshi dorini yuborish;

-Operatsiya oldi, operatsiya ichi (intra) va operatsiyadan keyingi nur terapiya;

-Ad'yuvant ximioterapiya;

2. Nur terapiyasi

Nurli terapiya – bu bemorlarni ionlovchi nurlar yordamida davolash usulidir. Nurli terapiya asosan xavfli o'sma kasalliklarini,ayrim hollarda xavfsiz o'sma kasalliklari, hatto ayrim nooonkologik kasalliklarni davolashda ham qo'llaniladi.

Hozirgi vaqtda onkologiya amaliyotida bemorlarni davolash uchun asosan jarrohlik usuli, ximioterapiya, gormonoterapiya, immunoterapiya hamda nur terapiyasi qo'llaniladi. Onkologik bemorlarni davolashda yuqorida keltirilgan 5 xil davo usuli turli birlikda va turli ketma-ketlikda qo'llaniladi, ammo BJSST tavsiyasiga binoan amalda

80 foiz onkologik bemorlarda ushbu davo usullari

kompleksida nur terapiyasi qo'llaniladi.

Xavfli o'sma kasalligida nur terapiyasining maqsadi

Xavfli o'sma kasalliklari va noonkologik o'sma kasalliklarini davolashda nurli terapiyani qo'llash patologik o'choqqa beriladigan nur dozasi, ta'sir mexanizmi va olinadigan samara nuqtai –nazaridan ham prinsipial farq qiladi. Bu farq bemorlarni davolashda ko'zda tutilgan maqsadning har xil ekanligi bilan bog'liq bo'ladi.

Onkologik bemorlarga nur terapiya o'tkazishning **maqsadi** ionlovchi nurlarning **bevosita yoki bilvosita ta'sirida** o'sma to'qimasida trofik jarayonlarni buzilishi natijasida o'sma xujayralarini yo'q qilishga qaratilgan bo'ladi.

Noonkologik kasalliklarda nur terapiyasining maqsadi

Avvalambor shuni ta'kidlash joizki noonkologik bemorlarga nur terapiyasi boshqa davo usullari samarasiz bo'lganda, yoki nur terapiyasining samarasi boshqa davo usullariga nisbatan yaqqol ustun bo'lgan hollardagina qo'llaniladi.

Noonkologik bemorlarga nur terapiya o'tkazishning maqsadi patologik o'choqdagi trofik jarayonlarning yaxshilanishi oqibatida yallig'lanishni likvidatsiya qilish, sekin kechayotgan epitilizatsiyani stimulyasiya qilish, nerv-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilashdan iborat bo'ladi.

Nur terapiyasi tarixi

Nur terapiyasini shakllanishi va rivojlanishida yadro

fizikasi, radiobiologiyadagi kashfiyotlar, hamda tibbiy texnikani yaratilishi va takomillashuvidagi yutuqlar muhim omil bo'lib xizmat qiladi. Jumladan:

1.Vilgelm Konrad Rentgen tomonidan 1895 yilda X-nurlar

(rentgen) nurlarini kashf qilinishi;

2.Antuan Anri Bekkerel tomonidan 1896 yilda tabiiy radioaktivlikni ixtiro qilinishi;

3.M. Sklodovskaya –Kyuri va i Per Kyurilar tomonidan 1898 yilda poloniy va radiyning radioaktivlik xususiyatini aniqlanishi;

Er-xotin Kyurilar tomonidan **8 tonna uran rudasidan 1 gramm** yangi ximiyaviy element ajratib olinishi va unga radiy **«nurli»** deb nom berilishi hamda uning aktivligi uran aktivligidan million marta yuqori ekanligini isbotlanishi;

4.Undan keyingi 20 yil ichida barcha boshqa tabiiy radioaktiv elementlarning aniqlanishi;

-1898 yilda E. Rezerford tomonidan uran nurlarining 2 xil tarkibi: o'tuvchanligi kam bo'lgan α- nurlar va o'tuvchanligi ko'p bulgan β nurlar borligi aniqlangan. E. Rezerford va uning shogirdlari radioaktivlik atom yemirilishi (keyinchalik aniq bo'lishicha atom yadrosi) bilan bog'liq bo'lib

bunda ma'lum bir tipdagi nurlar ajralishi isbotlangan. Ular tomonidan o'tkazilgan keyingi izlanishlarda α- nurlar bu α- zarrachalarning oqimi ekanligi, α –zarrachalar geliy ^{4}He izotopi yadrosi ekanligi,β- nurlar elektronlar oqimi ekanligi, μ-nurlar atom yadrosini qo'zg'alish holatidan tinch holatga o'tish jarayonida hosil bo'ladigan elektromagnit kvantlari oqimi ekanligi aniqlangan.

5. uran radiatsiyasining 3chi tarkibiy qismi, o'tuvchanligi eng yuqori bo'lgan μ-nurlar keyinchalik 1900 yilda P. Villard tomonidan kashf etilgan.Neytron fizik Dj. Chedvik tomonidan, pozitron K.Anderson tomonidan - 1932 yilda aniqlangan.

1934 yilda er-xotin Jolio-Kyurilar ilk bor laboratoriya sharoitida sun'iy radioaktiv izotoplarni olishga muvaffaq bo'lishdi. Shundan so'ng ushbu sun'iy radioaktiv izotoplar nur diagnostikasi va nur terapiyasida rentgen nurlari bilan bir qatorda qo'llanila boshlandi.

Hozirgi vaqtda ma'lum bo'lgan jami (2000 atrofida) radioaktiv izotoplarning 300 tasi — tabiiy bo'lib, qolganlari yadro reaksiyalari natijasida hosil bo'lgan sun'iy radioaktiv izotoplardir.

Tabiiy va sun'iy izotoplar o'rtasida deyarli hech qanday prinsipial farq yo'q. Rak kasalligida rentgenterapiyani ilk bor qo'llagan inson bu chikagolik doktor DJ.Djillman hisoblanadi. Unga fizik E.Grubbe rentgen nurlari bilan o'tkazgan tajribasidan keyin kuchli kuygani uchun murojaat qiladi. Rentgen nurlarining bu ta'sirini ko'rgan Djillman Grubbega nooperabel sut bezi raki bilan bemorni yuboradi va 29 yanvar 1896 yilda birinchi seans rentgenterapiya o'tkaziladi. Bir qator fiziklar ,shu jumladan A.Bekkerel, er-xotin Jolio-Kyurilarning o'zlarida radiy bilan nurlanish ta'sirida terining kuyishi kuzatilgan. Shundan keyin 1901 yilda ular radiyning teriga shikastlovchi ta'siri haqida va uni o'sma kasalliklarini davolashda qo'llash g'oyasini olg'a suradi. Shundan keyin xavfli o'sma kasalliklarini davolashda radiy bilan nur terapiyasi o'tkazish ommalasha boradi.

Nur terapiyasining fizikaviy asoslari

Ionlovchi nurlar – foton nurlari va korpuskulyar nurlarga bo'linadi.

Foton–nurlariga elektromagnit to'lqinlar kirsa, korpuskulyar nurlarga zarrachalar oqimi kiradi.

«Elektromagnit», «Kvant», «Foton», - nurlari tushunchalari ekvivalentdir.

Fotonlar bilan modda atomlari o'zaro ta'siri foton energiyasiga bog'liq.

Mikrozarrachalarning energiyasi va massasini o'lchash uchun tizimsiz energiya birligi – elektronvolt ishlatiladi.

1 eV- bu potensiallar farqi 1V bo'lganda bir elementar zaryadli zarra ega bo'ladigan kinetik energiyadir. $1eV=1,6x10^{19}$ Dj;

1 keV= 10^3 eV; 1MeV=10^6 eV;

Nur energiyasini yutilishi

Zaryadlangan zarrachalar(alfa,betta,proton va h.k.) moddalarni bevosita ionlasa, neytral zarralar (neytronlar) va elektromagnit to'lqinlar (fotonlar) bilvosita ionlaydi.

Elektromagnit to'lqinlar modda bilan o'zaro ta'sir ko'rsatib zaryadlangan zarrachalarni hosil qiladi va ular o'z navbatida muhitni ionlaydi.

Nur terapiyasi jarayonida nur energiyasi to'qimadagi hujayralar tomonidan yutiladi.Natijada hujayralarda bioximik, fizikoximik, biofizik jarayonlar sodir bo'ladi va bu hujayralarning morfologik, funksional o'zgarishlariga olib keladi.

Dastlabki etap- nur energiyasini yutilishi va hujayralar bilan o'zaro ta'sirlanishi, ya'ni ionizatsiyasi, atomlarning qo'zg'alishi juda tez sodir bo'ladi.

Keyingi etaplar rivojlanishi- morfologik va funksional o'zgarishlar turli vaqt (bir necha minutdan bir necha yillargacha) davom etishi mumkin.

Atomning ionizatsiyasi

Atom yoki molekulalarni ionizatsiyasi natijasida 2 ta – musbat va manfiy zaryadlangan ion hosil bo'ladi. Bunda ular kimyoviy jihatdan aktiv bo'lib boshqa molekulalar bilan reaksiyaga kirishadi va ularni ham qo'zg'alishiga olib keladi va buning natijasida molekulyar bog'lanish uziladi. Shundan keyin kimyoviy aktiv bo'lgan bo'lingan molekulalar mahsulotlari neytral molekulalar bilan reaksiyaga kirishadigan jarayon ishga tushadi.

Suv molekulasini ionizatsiyasi kuchli oksidlovchilar — N^+, ON^-, N2O2, N2 paydo bo'lishiga olib keladi. Ionizatsiyalangan va bo'lingan suv molekulalari unda erigan moddalarni oksidlaydi.

Fizikaviy jarayon — atom va molekulalarni ionizatsiyasi va qo'zg'alishi –nurlangan molekulani qayta kimyoviy qurilishiga olib keladi. Nurlanishning hujayraga ta'siri

Nurlanishning bevosita va bilvosita ta'siri farqlanadi.

Bevosita ta'siri-bunda hujayra molekulalaridagi o'zgarishlar ionizatsiya yoki qo'zg'alish natijasida sodir bo'ladi.

Bilvosita ta'siri — bu nur ta'sirida hosil bo'ladigan suv molekulalari radiolizi mahsulotlari bilan hujayra tuzilmalarini buzilishidir.

Nurning bevosita ta'sirida yoki radikallar ta'sirida DNK molekulasida bir ipli yoki ikki ipli uzilishlar, ya'ni DNK ipining butunligi buziladi.

Hujayrada nur ta'sirida hujayra bo'linishi sekinlashadi, xromatid va xromosom aberratsiyalar va mikroyadrolar paydo bo'ladi.

Apoptoz va nekrotik o'lim

Hujayraning o'lishi apoptotik yoki nekrotik yo'l bilan amalga oshadi. Hujayralarning katta qismi mitoz boshlangunga qadar halok bo'ladi.

Hujayralarning apoptotik o'lishi limfotsitlar uchun xarakterli bo'lib, bu uncha ko'p bo'lmagan nur dozasi tufayli sodir bo'ladi.

Katta doza nur berilgandan keyin hujayralar bo'linish xususiyatini yo'qotadi. Gigant hujayralarning patologik shakli hosil bo'ladi. Hujayralarning bo'linish xususiyatini yo'qotishini radiobiologlar hujayrali o'lish, ya'ni reproduktiv o'lish deb aytishadi. Bunday o'limning asosiy sababi bu DNK shikastlanishi hisoblanadi.

Hujayraning nurga sezuvchanligi

Odam organizmning hujayralari, to'qimalari, organlarini nurga sezuvchanligi har xil darajada bo'ladi. Nurni qabul qilish darajasi radiosezuvchanlik deb aytiladi. Radiosezuvchanligi yuqori bo'lgan to'qimalar bu qon yaratish tizimi a'zolari, ingichka ichak shillik qavati epiteliysi hisoblansa, mushak, nerv, suyak to'qimalari eng radiorezistent to'qimalar hisoblanadi. O'smalarning radiosezuvchanligi o'rganilganda o'smaning lokalizatsiyasi va gistologik turiga ko'ra turli bo'lishi aniqlangan.

Radiosezuvchan o'smalarga limfomalar, seminomalar, plazmotsitomalar, bosh va bo'yin o'smalari kiradi. O'rtacha radiosezuvchan

o'smalarga sut bezi o'smalari, katta hujayrali o'pka raki kiradi. Radiorezistent o'smalarga neyrogen o'smalar, osteosarkoma, fibrosarkoma, buyrak raki kiradi. Past differensiallashgan o'smalar yuqori differensiallashgan o'smalarga nisbatan radiosezuvchanligi yuqori bo'ladi.

Radiosezuvchanlik

Shu narsa ma'lumki to'qimalarning radiosezgirligi yoki radiorezistentligi nisbiy tushuncha bo'lib, radiosezgirlik organizm holatiga, kislorodga to'yinganligi va h.k. omillarga bog'liq bo'ladi.

Hujayralar mitoz davrida nurga radiosezgir bo'ladi. Radiosezgirlikni miqdoriy o'lchovini baholash uchun uning ta'sirida o'zgarish sodir bo'ladigan nur dozasi olinadi.

Radiobiologlar eksperimentda hujayra yadrosini sitoplazmaga nisbatan radiosezgirligi yuqoriligini isbotlashgan. Yakunda shuni aytish kerakki hujayra genetik apparatining shikastlanishi reproduktiv o'limning asosiy sababi bo'lib hisoblanadi.

1959 yilda V. I. Korogodin hujayralarning radiatsiyadan keyingi tiklanish mexanizmini aniqladi. Ammo tirik organizmdagi hujayralar bilan eksperimentdagi hujayralarning nurlash samarasi har xilligi aniqlandi.

Hujayraning radiatsiyadan keyingi tiklanishi

Hujayraning radiatsiyadan keyin tiklanishi uchun ma'lum bir vaqt kerak bo'ladi – bu vaqt eksperimentda 6 soatga teng bo'ladi. Hujayraning qayta tiklanishi nur turiga bog'liq bo'ladi: nurning chiziqli zichligi qancha yuqori bo'lsa hujayraning nurlanishdan keyingi tiklanishi shuncha yomon bo'ladi.

Nurlanishning biologik samaradorligiga kislorod juda katta ta'sir ko'rsatadi. Nurlanayotgan to'qimadagi oksidlanish jarayonini kuchayishi kislorod ishtirokida sodir bo'ladigan kimyoviy aktiv radikallar bilan bog'liq bo'ladi. DNK molekulalaridagi uzilgan atom bog'lanish joylariga kislorod birikib reparatsiya jarayonini pasaytiradi. Shunday qilib kislorod tufayli hujayralarning radiosezgirligi kuchayadi.

Kislorod effekti

Kislorod effekti ayniqsa elektromagnit tabiatli nurlar bilan nurlanishda sezilarli darajada yuqori bo'ladi.

Fraksiyali nurlashda kislorod effekti bir martali nurlashdan ko'ra yuqori bo'ladi. Nur terapiyasidan keyin to'qimani kislorodga to'yintirilsa hujayralarning tez qayta tiklanishi isbotlangan.

To'qimalarning radiosezgirligi protektorlar ta'sirida pasayadi.

Radioprotektorlar — nurning bilvosita ta'sirini pasaytiradigan moddalar bo'lib hisoblanadi. Proteksiya, ya'ni himoyaning asosiy ta'sir mexanizmi moddalarning kislorod va erkin radikallarni bog'lab olishi bilan bog'liq bo'ladi. Hujayralarning radiorezistentligi to'qima gipoksiyasi, ya'ni kislorodga to'yinishning pasayganligida kuzatiladi.

Nurlashning biologik effekti organizmning dastlabki holatiga va nurning xarakteriga bog'liq bo'ladi.

Asosiy fizik omillar

Asosiy fizik omillarga nur dozasi, va nur quvvati kiradi. Ularning kuchayishi biologik effektni ko'payishiga olib keladi. Bundan tashqari nafaqat yutilgan energiya , balki uning to'qimada tarqalishi ham katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Turli nurlar bilan nurlanishda yutilgan doza bir xil bo'lsada samaradorlik har xil bo'ladi. Nurlanish sifatini biologik effekti bo'yicha miqdoriy baholash uchun nisbiy biologik effekt (NBE) tushunchasi kiritilgan.

Standart nur sifatida energiyasi 180—250 keV bo'lgan rentgen nurlari qabul qilindi. Bu nurning koeffitsienti 1 ga teng deb olindi.

NBE standart nur tufayli olingan biologik effekt bilan shu effektni olish uchun ketgan boshqa nur dozasi bilan taqqoslash orqali baholanadi. NBE quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi.

NBE = DR/Dx, Dr— standart rentgen nur dozasi

Dx— o'rganilayotgan nur dozasi

Proton, neytron va a-zarrachalar yuqori (200 MeV va undan yuqori) energiyagacha tezlatilganda standart rentgen nurlari kabi NBEga ega bo'ladi.

Nur terapiyasining usullari

Ionlovchi nurni nurlantiriladigan o'choqqa yetkazilishiga ko'ra nur terapiyasi ichki va tashqi usullarga bo'linadi. Ikkala usulni birgalikka qo'llashga qo'shma nur terapiyasi deyiladi.

Tashqi nur terapiyasi usulida — nur manbai organizmdan tashqarida joylashgan bo'ladi. Bunda distansion nur terapiyasi turli apparatlar orqali amalga oshirilib nur manbai va nurlantiriladigan o'choq turli masofalarda joylashadi.

Tashqi nur terapiyasi usullariga quyidagilar kiradi: distansion -terapiya;

distansion yoki chuqur rentgenoterapiya;

yuqori energiyali tormozlovchi nur bilan terapiya o'tkazish; tezlashtirilgan elektronlar bilan terapiya o'tkazish; proton terapiya, neytron va boshqa tezlashtirilgan zarrachalar bilan terapiya o'tkazish;

Aplikatsion nur terapiya usuli (oftalmologiya amaliyotida radionuklidli applikator patologik o'choqqa qo'yiladi);

Yaqin fokusli rentgenterapiyasi (teri rakida anoddan chiqayotgan nur tutami va o'sma orasidagi masofa bir necha santimetrni tashkil qiladi);

Distansion nur terapiya statik yoki harakatdagi rejimda o'tkazilishi mumkin.

Nur terapiyasi usullari

Statik rejimda nur manbai bemorga nisbatan harakatlanmaydi.

Harakatdagi tartib orqali nur terapiyasiga boshqariladigan tezlikdagi rotatsion-mayatnikli yoki sektor- tangensial, rotatsion- konvergen va rotatsion nur terapiya usullari kiradi.

Nur terapiyasi bir yoki ko'p 2-3 va undan ortiq maydon orqali amalga oshirilishi mumkin. Nur terapiyasi ochiq nur tutami yoki shakllantiruvchi qurilmalar-himoya bloklari, ponasimon yoki to'g'rilovchi filtrlar hamda panjarasimon diafragmalar orqali amalga oshirilishi mumkin.

Ichki nur terapiya usulida — nur manbai to'qima ichiga yoki organizmdagi bo'shliqqa kiritiladi hamda radiofarmatsevtik preparat sifatida patsientga ichishga berilishi mumkin.

Ichki nur terapiya usullariga: bo'shliq ichi nur terapiyasi; to'qima ichi nur terapiyasi; tizimli radionuklid terapiya kiradi.

Braxioterapiya

Braxioterapiyada nur manbai maxsus moslamalar orqali bo'shliq a'zoga ketma-ket- endostat va nur manbai kiritilishi bilan amalga oshiriladi. Bu usul afterloading prinsipi bo'yicha nur terapiyasi usuli deyiladi.Turli

lokalizatsiyalar uchun turli endostatlar: metrokolpostatlar, metrastat, kolpostat, proktostat, stomatat, ezofagostat, bronxostat, sitostatlar qo'llaniladi. Endostatlarga yopiq nur manbalari- qobiq-filtrga kiritilgan, ko'p hollarda silindr, igna, shariklarga kiritilgan radionuklidlar kiritiladi.

Radioxirurgik nur terapiyasi gamma-pichoq, kiber-pichoq qurilmalari orqali maxsus stereotaksik moslamalar qo'llagan holda ko'p nur manbali aniq optik yo'naltiruvchi uch tizimli (three-dimensional— 3D) radioterapiya o'tkaziladi.

Nur terapiyasini maqsadga ko'ra turlari

Tizimli radionuklid terapiyada bemorning ichiga kiritiladigan aniq bir to'qimaga tropik xususiyati bo'lgan radiofarmatsevtik preparat (RFP) qo'llash orqali amalga oshiriladi. Masalan qalqonsimon bezi raki va uning metastazlarida radionuklid yod qo'llaniladi.

Nur terapiyasining maqsadiga ko'ra radikal, palliativ va simptomatik nur terapiya o'tkaziladi.

Radikal nur terapiyasi birlamchi o'sma va limfogen metastazlanish zonasiga radikal doza va hajmlarni qo'llab bemorni sog'aytirish uchun qo'llaniladi.

Palliativ nur terapiyasi radikal nur terapiyasidagidan ko'ra kam doza va hajmda nur terapiyasi qo'llab o'sma hajmini kamaytirish orqali bemorni umrini uzaytirishga qaratilgan bo'ladi.

Simptomatik nur terapiya

Simptomatik nur terapiyasi o'smaning o'sishi tufayli rivojlangan ayrim og'ir simptomlarni (og'riq, magistral tomir va ayrim a'zolarning bosilishi va h.k.) yo'qotishga qaratilgan bo'ladi.

Nur terapiyasida berilayotgan doza vaqtga ko'ra turlicha taqsimlab yuborilishi mumkin:

-Bir martalik nur terapiyasi; Fraksiyali nur terapiyasi; Uzluksiz nur terapiyasi.

Bir martalik nur terapiyasiga protonli gipofizektomiya misol bo'lib bunda bir nur terapiya bir seansda tugatiladi. To'qima ichi, applikatsion nur terapiyasi uzluksiz usulga misol bo'ladi.

Distansion nur terapiyasida asosan nur terapiyasi fraksiyalar yoki porsiyalar orqali amalga oshiriladi.

Dozani fraksiyalashda turli sxemalar qo'llaniladi: **Nur terapiyasi fraksiyasi**

oddiy (klassik) kichik fraksiyalash — bir kunda 1,8—2,0 Gr va haftada 5 kun;

O'D (summar o'choqli doza) — o'smaning gistologik turi va boshqa omillarga ko'ra 45—60 Gr bo'ladi.

o'rta fraksiyalash — kuniga 4,0—5,0 Gr va haftada 3 marta; katta fraksiyalash — kuniga 8,0—12,0 Gr va haftada 1—2 marta; intensiv-konsentirlangan fraksiyalash — har kuni 4,0—5,0 Gr 5 kun davomida, masalan operatsiya oldi nur terapiyasida; tezlashtirilgan fraksiyalash — sutkada 2—3 marta oddiy fraksiyalash bilan kurs davolashda umumiy dozani kamaytirish orqali bajariladi.

Giperfraksiyalash, yoki multifraksiyalash — sutkalik dozani 4- 6 soat interval bilan va 2 3 fraksiyaga bo'lish, bunda kurs davomiyligi o'zgarmaydi, ammo umumiy doza ko'payadi.

Dinamik fraksiyalash — davolanishning ayrim etaplarida turli fraksiyali sxemalarini qo'llash orqali bajariladi.

Radiosensibilizatsiya

Split-kurs — nur terapiyasi uzoq muddatli 2-4 haftali tanaffus orqali amalga oshiriladi.

Split-kursda tanaffusni 10— 14 kungacha kamaytirish lozim bo'ladi, chunki o'lmay qolgan klon o'sma hujayralarning repopulyasiyasi 3-haftaga to'g'ri keladi.

Radiosensibilizatsiya –turli usullar orqali nur terapiyasining o'sma hujayralarini ko'proq shikastlantirish xususiyatini ko'paytirishga qaratilgan usuldir.

Radioproteksiya — turli usullar orqali nur terapiyasining o'sma hujayralarini shikastlantirish xususiyatini kamaytirishga qaratilgan usuldir.

Oksigenoterapiya — bemorni odatdagi bosim bilan toza kislorod bilan nafas oldirib o'smani oksigenatsiya qilish usuli hisoblanadi.

Oksigenobaroterapiya —maxsus barokameralarda 3-4 atm.bosimi bilan nur terapiyasi jarayonida bemorlarni toza kislorod bilan nafas oldirib o'sma hujayralarini oksigenatsiya qilish usulidir.

Regionar turniket gipoksiya

Regionar turniket gipoksiya — oyoq yoki qo'llari xavfli o'sma bilan kasallangan bemorlarga pnevmatik jgut qo'yib nur terapiya o'tkazish usulidir. Bu usul jgut qo'yilgan normal to'qimalarda pO_2 nolgacha tushadi, o'sma to'qimasida esa kislorodning parsial bosimi asta-sekin tushadi, shuning uchun bir martalik va umumiy dozani oshirish imkoni tug'iladi. Gipoksik gipoksiya — bu usulda bemor nur terapiyasidan oldin va davo jarayonida gipoksik gaz aralashmasi (GGA), 10 foiz kislorod va 90 foiz azot (GGS-10) yoki kislorod 8 foizgacha kamaytirilgan gipoksik gaz aralashmasi (GGA-8) bilan nafas oladi. O'sma to'qimasida o'tkir gipoksik hujayralar bo'lib ular radiorezsistent hisoblanishadi.

Bu usul o'sma to'qimasiga yaqin joylashgan nur terapiyasiga yuqori sezgir bo'lgan normal to'qimalarni himoya qilish uchun qo'llaniladi.

Nur terapiyasi

Lokal va umumiy termoterapiya usuli - ularning o'sma to'qimasini qo'shimcha shikastlovchi xususiyatiga asoslangan. Nur terapiyasi bilan termoterapiya kombinatsiyalanganda hujayra mitotik siklining sinxronizatsiyasi kuzatiladi. Yuqori temperatura tufayli ko'plab o'sma hujayralari nur terapiyasiga sezgir faza G2ga tushadi.. «YAXTA-3», «YAXTA-4», «PRIMUSU+R» apparatlarida lokal gipertermiya qo'llaniladi.

Rektal datchik orqali prostata bezi to'lqin uzunligi 915 MGs bo'lgan SVCH- gipertermiyada 40-60minut davomida temperatura 43—44°C ga ushlab turiladi va undan keyin darrov nur terapiyasi o'tkaziladi.

Sun'iy giperglikemiya o'sma hujayralarini pH 6,0 va undan pastga tushiradi, normal hujayralarda bu ko'rsatkich deyarli o'zgarmaydi. Giperglikemiya gipoksiya sharoitida postradiatsion tiklanishni ingibirlaydi.

Elektronakseptor birikmalar (EAB) — kislorod funksiyasini imitatsiya qiluvchi ximik moddalar bo'lib ular gipoksik hujayralarni sensibilizatsiya qiladi.

Eng ko'p ishlatiladigan EABga metronidazol va mizonidazol kiradi.

O'sma hujayralari va normal to'qimani nur terapiyasiga sezgirligini o'zgartiruvchi bir necha xil agentlarni birgalikda qo'llanilishiga poliradiomodifikatsiya deyiladi.

Nur terapiyasi

Operatsiya oldi nur terapiyasi o'sma o'lchamlarini kamaytirish, operabellikni oshirish, o'sma hujayralarini proliferativ aktivligini pasaytirish, regionar metastaz yo'llariga ta'sir qilish uchun qo'llaniladi va u qaytalanishlarning hamda metastazlarning kamayishiga olib keladi.

Intensiv-konsentirlangan operatsiya oldi nur terapiyasidan keyin operatsiyadan 3-5 kundan keyin, **dinamik fraksiyalashdan** keyin 14 kundan keyin, **klassik fraksiyalashda** 40 Gr olgan bo'lsa 21—28 kundan keyin nur reaksiyalari o'tgach operatsiya qilinadi.

Operatsiyadan keyingi nur terapiya jarohatda hamda regionar limfa tugunlardagi subklinik o'sma hujayralarini yo'q qilish va o'tkazilgan noradikal operatsiyalardan keyin qo'llaniladi.

Operatsiyadan keyingi nur terapiyasini ko'pi bilan 3-4 haftadan keyin amalga oshirish kerak.

Intraoperatsion nur terapiyasi narkozda yotgan bemorga ochiq operatsion maydon orqali sog'lom organlar mexanik chetga surilib bir marta intensiv nur terapiyasi 15-40 Gr o'tkaziladi.

3. Xavfli o'smalar ximioterapiyasi

O'smaga qarshi ximioterapiya zamonaviy onkologiyaning dinamik rivojanib borayotgan bo'limlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Har yili amaliyotga yangi o'smaga qarshi preparatlar kiritiladi, ximioterapiyaning imkoniyatlarini oshiradigan va onkologik bemorlarning davo natijalarini yaxshilaydigan yangi terapevtik rejim va sxemalar aprobatsiya qilinadi.

Xavfli o'smalar ximioterapiyasi bu - o'sma hujayralarining proliferasiyasini to'xtatadigan yoki ularni o'limiga olib keladigan davolash maqsadida dori vositalarining qo'llanilishidir.

"O'smalar ximioterapiyasi" termini keng ma'noda o'smaga bevosita ta'sir qiladigan farmakologik moddalar bilan bog'liq bo'lgan xavfli o'smalarni barcha medikamentoz davo usuli bo'lib hisoblanadi. Yangi ximiopreparatlar ishlab chiqishda avvalam bor ularning o'sma hujayralariga maksimal ingibirlovchi ta'siriga hamda sog'lom normal hujayra va to'qimalarga minimal shikastlovchi ta'sir etishiga qaratiladi.

Molekulyar biologiyaning yutuqlari tufayli hujayra sikli va o'limi, ularni nazorat qilish mexanizmlarini tushunish, genetik stabilligini saqlanishi va retseptorlardan yadrolarga signallarni uzatilishini tushunish

imkonini berdi. Bu esa molekulyar –nishonli ta'sir etuvchi (target – ingl.tairget - nishon) preparatlarni yaratish imkonini berdi. Bu guruhga kiruvchi trastuzumab (gerseptin), imatinib (glivek), rituksimab (mabtera), bevasizumab (avastin) kabi dorilar klinik amaliyotda qo'llanilib kelinmoqda. Biologik reaksiyalarning modifikatorlarining qo'llanilishi, xususan sitokinlar (interferon, interleykin, koloniy stimulyatsiyalovchi faktorlar)ning qo'llanilishi o'smalarni medikamentoz davolash imkoniyatlarini yanada oshirdi.

Ayni vaqtda klinik amaliyotda 100 dan ortiq o'smaga qarshi dori vositalari kirib keldi. Lekin barcha xavfli o'smalarga ta'sir qiladigan universal dori vositasi yo'q. Aksariyat hollarda o'smaga qarshi dori vositasi ta'sir spektri bir xil o'sma turi yoki uni morfologik varianti bilan chegaralanadi.

Shuning uchun o'smalar ximioterapiyasining amaliy ahamiyatga ega bo'lgan qo'yidagi qoidalari mavjud:

- Preparatni o'smaga qarshi spektrini hisobga olib tanlash;
- paydo bo'ladigan nojo'ya ta'sirlarini bartaraf qilish, imkoni bo'lgan preparatni optimal dozasi, rejimi va qo'llash usulini tanlash;
- ximioterapiyaning og'ir asoratlarini kamaytirish uchun preparat dozasi va rejimini korreksiya qilishini talab qilinishi faktorini hisobga olish;

O'smaga qarshi ximioterapiya o'sma kasalligi morfologik tasdiqlangandan keyin o'tkaziladi. Preparatni individual ko'tara olinishi hisobga olinadi.

O'smaga qarshi preparatning nojo'ya ta'sirini aniqlash va uni davolash imkoni bo'lmasa ximioterapiya o'tkazilmaydi.

Ximioterapiyaning davo effekti o'smaning dori vositasiga reaksiyasini ko'rsatuvchi ob'yektiv ko'rsatkichlar bilan baholanadi.

Preparatning dozasi, rejimi va organizmga kiritish usuli (uzluksiz, uzoq infuziya, yuqori doza, bo'lingan doza) organizmga yuborish o'rtasidagi interval preparatning turiga, uning sikl va faza maxsusligiga bog'liq bo'lib, bularning barchasi klinik eksperimentlar vaqtida aniqlanadi.

Hujayralari faol-tez bo'linadigan o'smalar traditsion sitotoksik, ayniqsa fazaspetsifik preparatlarga sezuvchan bo'ladi. Ximioterapiyaning potensial samarasi o'smaning o'lchamiga, xususan uning o'sish fraksiyasiga, ya'ni aktiv bo'linadigan hujayralar soniga bog'liq bo'ladi.

O'smaning o'sish fraksiyasi o'smaning o'sib borishi bilan kamayib boradi. Shuning uchun ximioterapiyaning erta boshlanishi , sitoreduktiv operatsiyalar va mikrometastazlarni eradikatsiya qilishga qaratilgan ad'yuvant ximioterapiyani o'tkazilishi ahamiyati katta.

Preparatning bir martalik va umumiy dozasi va terapevtik effekti orasida bevosita bog'liqlik mavjud. Lekin preparatning dozasini oshirilishi uning toksikligi tufayli chegaralanadi. Preparat dozasi formula orqali tana yuzasiga qarab hisoblanadi. Agar bemor tana yuzasi 2 m 2 dan yuqori bo'lsa hisob bari bir 2 m2ga hisoblanadi. Ayrim target preparatlari kg massaga qarab hisoblanadi.

Ximioterapiyagacha o'tkazilgan davo usullari –nur terapiyasi yoki o'tkazilgan ximioterapiya o'sma sezuvchanligini o'zgartiradi.

Bemorning umumiy ahvoli muhim faktor bo'lib shunga qarab ximioterapiya o'tkaziladi.

Qo'llash usullari

Sistem ximioterapiya o'smani davolashda ximiopreparatni og'iz orqali, mushak orasiga, vena ichiga va rektal yuborilishiga aytiladi.Bunda umumiy (rezorbtiv) o'smaga qarshi ta'sir kuzatiladi.

-Regionar ximioterapiya;

-Lokal ximioterapiya – o'sma yuzasiga (maz), intratekal, bo'shliq ichiga (siydik qopi ichiga), assit, plevrit evakuatsiya qilingandan keyin joyiga yuboriladi.

Monoximioterapiya va poliximioterapiya;

PXT uchun o'smaga qarshi aktivligi mos keladigan, lekin ta'sir mexanizmi farq qiladigan preparatlar tanlanadi.

Ayrim hollarda preparatni toksikligini kamaytiradigan preparatlar qo'llaniladi. Masalan metotreksat +leykovorin.

O'sma hujayralari ham normal hujayralar kabi hujayra sikli fazalarini o'taydi. Postmitotik G1 –fazada DNK,oqsillar va RNK sintezi uchun zarur bo'lgan fermentlar hosil bo'ladi, S –fazada DNK sintezlanadi, premitotik G2 fazasida oqsil va RNK sintezi davom etadi va undan keyin mitoz boshlanadi, G0 –tinchlik(sokinlik) fazasidan keyin hosil bo'lgan qiz xujayralar yangi sikl boshlaydi.

Klassik sitotoksik preparatlar o'smaga qarshi aktivligiga qarab fazaspesifik (antimetabolitlar, taksanlar, vinalkaloidlar, topoizomerazlar

ingibitorlari), siklospesifik - butun sikl davomida ta'sir qiladigan (alkillovchilar,antratsiklinlar) siklonospesifik - G0 – tinchlik fazasida ta'sir etuvchi (nitrozmochevina).

Siklospesifik yoki siklonospesifik preparatlarni fazaspesifik dorilar bilan qo'llanilishi ko'p sonli o'sma hujayralarni shu jumladan tinchlik fazadagi hujayralarni o'limiga olib keladi.

Sitokinetik prinsip preparat bilan hujayra sikli sinxronizatsiyasi hosil qilinadi. Masalan vinkristin mitozga ta'sir qiladi, undan keyin qolgan xujayralar S fazasiga o'ta sitarabin ta'sir qiladi.

Xavfli o'smalarning disseminatsiyalashgan shaklida, gemablastozlarda ximioterapiya asosiy davo usuli bo'lib hisoblanadi. O'smalarning ilk bosqichlarida esa ximioterapiya kompleks davo usulining bir komponenti bo'lib hisoblanadi.

Ximioterapiyaning bevosita davo samaradorligini baholash uchun bir xil ob'yektiv va sub'yektiv kriteriylar ishlab chiqilgan. Solid o'smalarning davo samaradorligining ob'yektiv kriteriysi bo'lib, o'sma va metastazlarning o'lchamini kichrayishi hisoblanadi. Uzoq yillardan buyon davo samaradorligining ob'yektiv effektini baholashda BJSST ekspert komiteti kriteriylari qo'llaniladi. Bunda o'smaning eng katta o'zaro perpendikulyar diametrlari hisoblanadi.

Solid o'smalarning BJSST shkalasi bo'yicha samaradorlik kriteriylari:

-To'liq effekt - bu o'smaning kamida 4 hafta davomida to'liq yo'qolishi;

-Qisman effekt – bu o'sma o'lchamlarining 50 foiz va undan ortiq kamayishi va boshqa o'choqlarni paydo bo'lmasligi va progressiyalanmasligi;

-Stabilizatsiya – bu o'sma o'lchamlarining 50 foizdan kam kichrayishi yoki yangi o'choqlar paydo bo'lmasdan o'sma hajmining 25 foizdan kam bo'lgan kattalashuvi;

-Progressiyalanish – bu o'sma o'lchamlarining 25 foizdan ortiq kattalashuvi yoki yangi o'sma o'choqlarini paydo bo'lishi;

2000 yildan boshlab Xalqaro klinik tekshirishlarda solid o'smalarning davo samaradorligini baholaydigan yangi RECIST (Response Evalution Criteria In Solid Tumors) shkalasi qo'llanilib 2009 yilda qayta ko'rib chiqildi.

-To'liq effekt - bu o'smaning barcha o'choqlarini kamida 4 hafta davomida to'liq yo'qolishi;

-Qisman effekt – bu o'sma o'lchamlarining 30 foiz va undan ortiq kamayishi;

-Stabilizatsiya – o'sma o'lchamlari kamaymagan, ya'ni o'lchamlari kichrayib qisman effekt yoki kattalashib progressiyalangan deb baholab bo'lmaydi;

-Progressiyalanish – bu o'sma o'lchamlarining 20 foizdan ortiq kattalashuvi yoki yangi o'sma o'choqlarini paydo bo'lishi;

Sub'yektiv effekt bemor statusining o'zgarishi, og'riqlarning yo'qolishi, tana vaznining o'zgarishi. Bemorning statusi davo boshlanishidan oldin, davo vaqtida va davolashdan keyin 5 ballik EGOGWHO tizimi bo'yicha baholanadi va bu tizimni Karnovskiy shkalasining modifikatsiyalashgan varianti deb qarash mumkin; Og'riq sindromi, ishtaha, va organlar funksiyasini baholashda quyidagi shkala qo'llaniladi: 0 ball-simptomlar yo'q, 1-yengil (kuchsiz) simtomlar, 2-o'rta ifodalangan simptomlar, 3 – og'ir , 4- o'ta og'ir, hayot uchun xavfli belgilari yuqori. Ad'yuvant ximioterapiya – yordamchi , xirurgik va nur terapiyasini to'ldiruvchi medikamentoz davo usulidir. Ayrim hollarda bu davoni profilaktik deb ham aytishadi.

Ad'yuvant ximioterapiyaning asosiy maqsadi - birlamchi o'smani olib tashlangani yoki nur terapiyasi o'tkazilgandan keyin mikrometastazlarni eradikatsiya qilish -yo'q qilish yoki uzoq vaqt faolligini so'ndirish. Bu davo usulini rejalashtirilganda rakning har xil turini biologik va klinik xususiyatlari hisobga olinadi. Shuni hisobga olish kerakki ad'yuvant terapiyadan keyin o'sma dorilarga sezuvchanligi yo'qolmasin. Aks holda retsidivsiz vaqt uzayadi, retsidivdan keyingi vaqt esa qisqaradi.

Ximiopreparatlarning quyidagi turlari mavjud:

1) **Alkillovchilar** – bularning molekulasida xloretilamin, epoksid, etilenim guruhi, yoki metan sulfon kislota qoldig'i mavjud bo'lib ular alkillaydi, ya'ni ma'lum bir modda molekulasidagi vodorod atomi o'rniga alkil guruhini almashtiradi. Alkillovchilarga platina saqlovchi dorilar va nitrozomochevina dorilari ham kiradi.

2) **Antimetabolitlar** – bu dorilar tuzilishi jihatidan nuklein kislota sinteziga ishtirok etuvchi metabolitlarga o'xshaydi. Masalan metotreksat –

digidrofolat reduktaza fermentini ingibirlaydi. Pirimidin antagonistlari – nuklein kislota sintezida ishtirok etadigan fermentlarni ingibirlaydi. Bular 5- ftoruratsil, tegafur, kseloda va h.k.z.

3) **O'smaga qarshi antibiotiklar** –zamburug'lar hayot faoliyati mahsuloti bo'lib tayanch-DNK darajasida ta'sir etib nuklein kislotalar sintezini to'xtatadi. Bulardan antratsiklin antibiotiklar keng qo'llaniladi. Bularning ta'sir mexanizmi DNK bilan kovalent bog'lanish, topoizomeraza II ni tormozlash va erkin radikal hosil bo'lishi bilan bog'liq.

4) **O'simliklardan olinadigan dori vositalari (Vinalkaloidlar)** – ta'sir mexanizmiga ko'ra- hujayra mitotik apparati mikrotrubkachalariga ta'sir etuvchi(vinalkaloidlar va taksanlar), DNK topoizomerazasini ingibirlovchilar: topoizomeraza I ingibitorlari (topotekan,irinotekan) va topoizomeraza II ingibitorlari (etopozid, tenopozid) lar farqlanadi.

5) **Ferment preparatlari (asparginaza)**

6) **Gormon va antigormonlar** (androgenlar,esterogenlar, antiesterogen va antiandrogen, progestin, kortikosteroidlar, aromataza ingibitorlari va x.k.)

7) **Target preparatlari** (gerseptin, avastin, mabtera va x.k.)

8) **Biologik reaksiyalar modifikatorlari** (sitokinlar-interferon, interleykin), koloniy stimulyatsiyalovchi faktorlar (filgrastim –neypogen, eritropoetin) va x.k.

4. Xavfli o'smalar gormonal terapiyasi

O'smalar gormonal terapiyasi (yoki endokrin terapiya) ning nazariy asosi gormonlarning hujayra bo'linishi va genlar faolligini boshqarishdan iborat.

Aniqlanishicha, tuxumdon gormoni — estradiol sut bezi epiteliy xujayralarining bo'linishini, gipofiz gormoni — somatotropin (o'sish gormoni) esa mushak hamda tog'ay hujayralarining metabolizmi va o'sishini tezlashtiradi.

Ko'pgina mamlakatlardagi ayrim klinik kuzatishlarning ko'rsatishicha, gormonoterapiya metastazlar o'sishini to'xtatishi yoki sut bezi saratonining o'tib ketgan turida bemorlarning 2/3 qismida regressiya chaqirishi mumkin. Yaxshi natijalar endometriy, tuxumdon, qalqonsimon bez va prostata bezi saratonlarida aniqlangan.

Hozirgi paytda gormonal (yoki endokrin) terapiya ko'pincha gormonlarga bog'liq, bo'lgan o'smalarda, ya'ni normal sharoitda endogen gormonlar orqali nazorat qilinadigan to'qimalardan chiqqan o'smalarda (sut bezi, prostata bezi, endometriy saratoni) da qo'llanilayapti. Gormonlar ta'siriga qalqonsimon bez, tuxumdonning xavfli o'smalari va juda kam darajada hiqildoq saratoni va melanoma sezgir hisoblanadi.

Gormonlarning o'smaga qarshi ta'sir mexanizmi hali oxirigacha o'rganilmagan, lekin so'nggi paytlarda sitoplazmatik retseptorlarning o'sma hujayralariga gormonal ta'siri aniqlangan. Esterogenoretseptorlar va progesteroretseptorlar yanada katta ahamiyatga ega. Masalan, shu retseptorlardan biriga ega bo'lgan 50—60 foizga yaqin o'smalar gormonal terapiya paytida regressiyaga uchraydi, ega bo'lmaganlari esa faqat 10 foizni tashkil qiladi. O'smada ham esterogenlar, ham progesteronlarga sezgirlik bo'lsa, remissiya miqdori 75 foizga etadi.

Gormonal terapiyaning 2 asosiy usuli mavjud:

1. Gormon preparatlarini yuqori dozalarda ishlatish (shular qatorida qarama-qarshi jinsda).

Gormon ishlab chiqaruvchi a'zolarni (urug'don, tuxumdon, buyrak usti bezi, gipofiz, qalqonsimon bez) jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, ularga nur ta'sir ettirish yoki sun'iy medikamentlar qo'llash orqali gormonlar hosil bo'lishini kamaytirish.

Tamoksifen — asosiy antiesterogen, dunyoning barcha mamlakatlarida keng qo'llaniladi. Yillab qo'llanilishi mumkin, bunda deyarli hech qanday asorat qolmaydi.

Aminoglyutetimid esterogen hosil bo'ladigan barcha manbalarni bog'laydi va shu bilan o'sma o'sishini sekinlashtiradi.

Megestrol (megatse) — onkologik kasalliklarning og'ir alomatlari (ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, oziqlanishning buzilishi) ga qarshi ta'sir etuvchi va uni bartaraf qiluvchi xususiyati bo'lgan preparat. Ana shu simptomlarni yo'qotish orqali preparat bir paytning o'zida bachadon tanasi va sut bezining xavfli o'smalariga qarshi ta'sir etadi.

Gipofizning gonadotrop-rilizing gormonining sun'iy analoglari — moyak va tuxumdon faoliyatining to'liq buzilishiga olib keladi. Natijada ularni xirurgik yo'l bilan olib tashlash yoki nur bilan davolashga o'rin qolmaydi.

5. Xavfli o'smalar immun terapiyasi

Oxirgi yillarda xavfli o'smalarni davolashda immun terapiyaga katta ahamiyat berilmoqda. Bu usul o'sma jarayoniga qarshi kurashda fiziologik immun sistemalarni qo'llashga asoslangan. Bunday yangi davolash usulining yutuqlari hali a'lo darajada emas. Chunki o'smaning organizm immun himoyasi bilan bog'liqligi hozircha etarli o'rganilmagan.

Klinik onkologiya bakterial tabiatli turli vaksina va preparatlarni qo'llash bo'yicha ko'pgina tajribalar to'plagan, lekin yakuniy terapevtik natijalar kutilgandagidan ancha past bo'lib chiqmoqda. Haligacha autologik o'sma xujayralari, immunokompetent hujayralar hamda o'xshash o'smalardan tuzalgan bemorlarning zardobini yuborish usuli keng qo'llanilmayapti. Buning sabablaridan biri ba'zi bemorlarda ana shu usul qo'llanilganda immun kuchlar ko'payishi o'rniga immunodepressiyaga va o'sma o'sishining kuchayishiga olib kelgan. So'nggi yillarda onkologiya klinikasida biotexnologiya va gen-injeneriyasining intensiv rivojlanishi tufayli limfokinlar, monokinlar va monoklonal antitanachalar qo'llanilmoqda.

Limfokinlar — antigenlar bilan aloqaga kirishganda «T» va «B»limfotsitlar tomonidan ishlanib chiqadigan moddalar (makrofaglar migratsiyasini pasaytirish omili; T-supressorlarni faollovchi omil; hujayralarning o'sish omili — interleykin -2; gamma-interferon va hokazo. Limfokinlar immun himoyani faollovchi vosita sifatida tavsiya qilingan, bu birgalikda qo'llanilganda yaxshi samara beradi.

Monokinlar — monotsit va makrofaglar tomonidan ishlanib chiquvchi moddalar (sitotoksiklik, fagotsitoz, xemotaksis, komplement sintez va koloniyani rag'batlantiruvchi omil). Shulardan eng samarali bo'lgani rekombinantli odam granulotsiti — makrofagal koloniyani rag'batlantiruvchi omildir («leykomaks» nomi bilan chiqariladi), u granulotsitlar va monotsitlar proliferatsiyasini kuchaytirish hamda kimyoterapiyadan so'ng suyak ko'migini tiklash uchun qo'llaniladi.

Monoklonal antitanachalar — ular o'zlariga qarshi bo'lgan hujayralarni (antigenlarni) tanlab olish va faqat o'shalar bilan qo'shilish xususiyatiga ega. Shu sababli ulardan onkologiya amaliyotida 2 yo'nalishda foydalanish mumkin:

1. Davolash vositasi sifatida — o'sma o'sishini va progressiyasini to'xtatish maqsadida.

2. O'tkazuvchi (tashuvchi) sifatida — o'smaga radionuklidlar yoki toksinlar yetkazib berish maqsadida.

Keyingi yo'nalish juda samaralidir. O'smaga qarshi preparatlarning yangi sinfini — immunotoksinlarni hosil qilish uchun jadal ilmiy izlanishlar olib borilyapti. Immunotoksinlar — bu o'simlik yoki hayvon toksinlari va monoklonal antitanachalar kon'yugatlari (birikmasi) (masalan, AQSH da ritsin asosidagi immunotoksin saratonini davolash uchun ishlatilmoqda). Interleykinlar bilan qo'shma kultivatsiya qilib faollashtirilgan bemor limfotsitlarini (periferik qondan yoki o'smaning o'zidan olingan) davolash uchun qo'llash samarali natijalar bermoqda.

XAVFLI O'SMALARDA TARGET TERAPIYA:

Klinikada qo'llanilish prinsiplari.

Target terapiya – bu o'simta hujayralarining o'sishi, rivojlanishi va omon qolishi bilan bog'liq bo'lgan aniq molekulyar maqsadlarga qaratilgan saraton kasalligini davolash shakli. An'anaviy ximyaterapiyadan farqli o'laroq, maqsadli dorilar birinchi navbatda o'simta hujayralariga ta'sir qiladi va normal to'qimalarga zarar yetkazmaydi.

Target terapiya tamoyillari.

- Muayyan molekulyar maqsadlarga (retseptorlar, oqsillar, signalizatsiya yo'llari) ta'siri.
- Maqsad (biomarker) mavjudligi uchun o'simtani dastlabki tekshirish.
- Ko'pincha boshqa davolash usullari bilan birlashtiriladi – ximyaterapiya, gormon terapiya yoki immunoterapiya.

Target preparatlarining asosiy sinflari.

1.Monoklonal antitela – hujayralardan tashqari maqsadlarga (masalan,retseptorlar) bog'lanadi.

2.Kichik molekulalar – hujayra ichiga kirib signalizatsiya yo'llarini ingibirlaydi.

Antitela- dori konyugatlari preparati (ADC) – sitotoksik agentni to'g'ridan tog'ri o'simtaga yuborish.

Xulosa

Target terapiya – Xususiylashtirilgan tibbiyotning asosiy tarkibiy qisimlaridan biridir. Dayolashdan oldin molekulyar test talab qilinadi, bu ma'lum bir bemor uchun eng yaxshi davolanishni tanlash imkonini beradi.

VIII BOB. XAVFLI O'SMALARGA QARSHI KURASHNI TASHKIL ETISH QOIDALARI

A. Onkologik xizmat.

Xavfli o'smalarga qarshi kurash deyarli barcha mamlakatlarda Sog'liqni saqlashning asosiy masalalaridan biri bo'lib hisoblanadi. O'zbekiston respublikasida saratonga qarshi kurash davlat tomonidan maxsus onkologik xizmat orqali amalga oshiriladi. Xizmatni Respublika Sog'liqni saqlash vazirligi boshqaradi.



Respublika darajasidagi onkologik xizmat Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy – amaliy tibbiyot markazi tomonidan amalga oshiriladi. Viloyatlar miqyosida esa markazning viloyat filiallari va Toshkent shahar filiali mavjud.

Markazning viloyat filiallari — onkologik xizmatning asosiy tarkibiy qismi bo'lib, mustaqil muassasa hisoblanadi.

U orqali viloyat (shahar) aholisiga onkologiya sohasida statsionar va poliklinika yordami, onkologiya masalasi bo'yicha viloyat (shahar)

davolash-profilaktika muassasalariga tashkiliy-metodik boshqaruv, onkologiya bo'yicha o'rta tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish ishlari amalga oshiriladi. Viloyat filiallari har yili viloyat (shahar) larda saratonning oldini olish tadbirlarining kompleks rejasini ishlab chiqadi, xavfli o'smalarning kechikib qilingan tashxislarini tahlil qiladi, xavfli o'smasi bor bemorlarni aniqlash uchun mo'ljallangan profilaktik ko'riklar o'tkazilishini nazorat qiladi, ularning samaradorligini aniqlaydi, viloyat (shahar)dagi onkologik bemorlar sonini aniq va to'la hisobga olib, ularni dispanser orqali kuzatadi, aholi orasida saratonga qarshi sanitariya-oqartuvi targ'ibotini olib boradi. Respublikada aholiga onkologik yordam ko'rsatish davlat sistemasi mavjud, bu esa o'z ichida katta onkologik va rentgen– radiologik ilmiy tadqiqot oliygohlarini, maxsus dispanserlarni, onkologik bo'limlarni, onkologik va ko'rik kabinetlarini hamda onkologik kadrlarni yetishtiradigan meditsina oliygohlari va vrachlar malakasini oshirish institutlarini tashkil etadi. Xavfli o'smalar bilan kurashish muammosiga Respublika sog'liqni saqlash vazirligi doim katta ahamiyat bergan.

Bizning respublikamizda onkologiya sohasida katta hajmdagi ilmiy ishlar majmuasi amalga oshirilayapti. Rakka qarshi kurash tashkiloti onkologik kasallar profilaktikasiga, diagnostika, davolash, dispanser kuzatish va reabilitatsiyaga qaratilgan Davlat majmuasini tashkil etadi.

Mustaqillikni qo'lga kiritganimizdan so'ng, tibbiyot muassasalari faoliyatini birlashtiruvchi va boshqaruvchi bir tibbiy tashkilot tuzish kerakligi ma'lum bo'ldi.

Davlat negiziga rakka qarshi kurash ham kiritilgan edi. Respublika sistemasining negiziga birinchi kunlardanoq xalq manfaatini birinchi o'ringa qo'yadigan, gumanizm prinsipi yo'lga qo'yildi. Bu bilan birga sog'liqni saqlash vazirligi vazifalariga yondashish prinsipi o'zgargan, shular qatorida respublikada rakka qarshi kurash sistemasini tashkil qilish negizida profilaktik yo'nalish va tibbiyot xizmatni hammaga taalluqligi birinchi o'rinni egallaydi.

Shuni aytib o'tish kerakki, aholiga onkologik yordam ko'rsatish tashkiloti davlat tomonidan alohida tibbiy tashkilot bo'lib tashkil topgan. Xavfli o'smalar bilan kurashish muammolarini yechish borasida davlat ilmiy – tadqiqot oliygohlarini tashkil etgan, ularga onkologiya sohasida katta yo'l ochgan.

Mustaqillik qo'lga kiritilgandan keyin O'zbekiston Respublikasida xalqimizning sog'ligini mustahkamlash, yetuk va barkamol avlodni tarbiyalash davlat siyosatining ustuvor yo'nalishlaridan biri etib belgilandi. Hozirgi vaqtda O'zbekistonning barcha mintaqalarida tibbiy xizmatlar sifatini yanada oshirish uchun shart-sharoitlar yaratishga alohida e'tibor berilmoqda. Mamlakat Prezidenti Shavkat Mirziyoev o'z nutqlarida aholining sifatli tibbiy xizmatga bo'lgan ehtiyojini qondirish zarurligini qayta-qayta qayd etdi. Jumladan, joriy yilda bo'lib o'tgan sog'liqni saqlash tizimining rahbar xodimlari bilan uchrashuvlarda davlat rahbari tomonidan tarmoqning holatiga tanqidiy baho berildi, bu aholi sog'lig'ini muhofaza qilish sohasida bir qancha muammolarni hal etish yo'lidagi muhim qadam bo'ldi.

Mamlakatni rivojlantirishning muhim ijtimoiy ustuvor vazifalari sifatida aholiga onkologik yordam berish sohasini takomillashtirish va modernizatsiya qilish sog'liqni saqlash tizimini yanada isloh qilishning asosiy yo'nalishlaridan biri etib belgilandi. Maqsadli davlat dasturlarini amalga oshirish doirasida respublikada sog'liqni saqlash tizimining barcha darajalarini qamrab oluvchi, Respublika onkologiya ilmiy markazidan, 15 ta viloyat va shahar onkologiya filiallaridan, tumanlar va shaharlarning markaziy ko'p tarmoqli poliklinikalari huzuridagi 232 ta onkolog xonalaridan iborat bo'lgan onkologik yordam berishning yagona vertikal integratsiyalashtirilgan xizmati tashkil etildi. Onkologiya muassasalarini yuqori texnologik tibbiyot uskunalari bilan jihozlash va mutaxassislar tayyorlash tizimini takomillashtirish hisobiga onkologik kasalliklarga tashxis qo'yish va davolashning zamonaviy standartlari tibbiyot amaliyotiga joriy etildi.

Shu bilan birga, respublikada, butun jahonda bo'lgani singari, ijtimoiy-iqtisodiy faravonlik oshishi va aholining uzoq umr ko'rishi bilan bog'liq bo'lgan onkologik kasalliklar o'sishi qayd etilmoqda. Tibbiyot fanini rivojlantirishning zamonaviy bosqichi saraton kasalliklarining oldini olish choralarini yanada takomillashtirishga va respublika aholisiga onkologik yordam berish sifatini jahon standartlari darajasigacha oshirishga yo'naltirilgan ustuvor vazifalar hal etilishini talab etadi.

Ushbu maqsadlarda O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "20172021 yillarda O'zbekiston Respublikasida onkologiya xizmatini

yanada rivojlantirish va aholiga onkologik yordam ko'rsatishni takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori saraton kasalliklariga qarshi kurashning yangi bosqichini boshlab beradi, eng avvalo aholining davolashning yuqori texnologik usullariga bo'lgan ehtiyojlarini qoplashga, onkologik kasalliklarning oldini olish va barvaqt aniqlashning zamonaviy tizimini yaratishga yo'naltirilgan. Qarorni asosiy maqsadi onkologik kasalliklar tufayli o'limni pasaytirish hisobiga aholi hayoti sifatini yaxshilash va umrini uzaytirish hisoblangan onkologiya xizmatini yanada rivojlantirishning ustuvor yo'nalishlari belgilangan quyidagi tadbirlar amalga oshirilishi nazarda tutilgan: aholini skrining tekshirishlarning samarali dasturlarini bosqichma-bosqich amalga oshirish yo'li bilan onkologik kasalliklarni ilk bosqichlarda faol aniqlashning zamonaviy usullarini joriy etish; aholining onkologik kasalliklarga tashxis qo'yish va davolashning jahon standartlari darajasiga muvofiq bo'lgan zamonaviy yuqori texnologik usullaridan foydalanishini yaxshilash; reabilitatsiya va palliativ yordamning zamonaviy tizimini, shuningdek, xospislar tashkil etish yo'li bilan onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarning hayoti sifatini yaxshilash; onkologik kasalliklarning oldini olish, tashxis qo'yish va davolashning samarali usullarini ishlab chiqishga yo'naltirilgan fundamental va ilmiy-amaliy tadqiqotlar doirasini kengaytirish hamda zamonaviy mahalliy o'smaga qarshi preparatlar yaratish; Respublika onkologiya muassasalarini zamonaviy tibbiyot uskunalari bilan jihozlash, shuningdek, ularning binolari va xonalarini rekonstruksiya qilish, mukammal ta'mirlash va yangilarini qurish. Rejalashtirilgan tadbirlar doirasida respublika onkologiya muassasalari saraton kasalliklarini endoskopik va radioterapevtik davolash bo'yicha eng yangi apparatlar komplekslari bilan jihozlanadi, shu jumladan, respublikaga "Da Vinchi" raqobatlashtirilgan jarrohlik kompleksi va gamma tig' singari noyob uskuna yetkazib beriladi. Viloyat onkologiya muassasalari tuzilmasida palliativ yordam berish bo'yicha bo'limlar, shuningdek, Toshkent, Farg'ona, Samarqand va Urganch shaharlarida to'rtta mintaqalararo xospislar tashkil etilishi respublika fuqarolarining hayoti sifati yaxshilanishiga prinsipial jihatdan muhim yondashuv bo'ladi. Respublikaning barcha hududida ko'krak bezi va bachadon bo'yni saratonini va Farg'ona viloyatida tajriba loyihasini amalga oshirish doirasida qizilo'ngach, me'da va kolorektal saratonni aniqlashga yo'naltirilgan skrining tadqiqotlarini

bosqichmabosqich joriy etish yo'li bilan onkologik kasalliklarning oldini olish va barvaqt tashxis qo'yish chora-tadbirlarini takomillashtirishga, xavfli o'smalarga barvaqt tashxis qo'yishning molekulyar-biologik, genetik, endoskopik va nur usullarini onkologiya dispanserlari amaliyotiga joriy etishga muhim ahamiyat berilgan. Onkologiya xizmatining kadrlar salohiyatini mustahkamlash va onkologik kasalliklarning oldini olish, tashxis qo'yish va davolash sohasida ilmiy tadqiqotlar doirasini kengaytirish, shuningdek, ilmiy ishlanmalarning zamonaviy jahon tajribasini mahalliy amaliyotga joriy etish, vrachlarning xorijiy mamlakatlarda malaka oshirishi maqsadida yetakchi onkologiya klinikalari bilan sheriklik munosabatlarini o'rnatish yo'li bilan xalqaro hamkorlikni kengaytirish qabul qilingan dasturning muhim yo'nalishlaridan biri etib belgilangan. Umuman olganda, 2017-2021 yillarda O'zbekiston Respublikasi aholisiga onkologik yordam berishni yanada rivojlantirish tadbirlarini amalga oshirishga O'zbekiston Respublikasi byudjeti mablag'laridan 32,5 milliard so'm hamda xalqaro moliya institutlarining kredit mablag'lari va grantlari hisobiga 144,1 million AQSH dollarini yo'naltirish nazarda tutilgan.

Mamlakat Prezidentining qarorida nazarda tutilgan tadbirlarning amalga oshirilishi 100 ming aholiga onkologik kasalliklardan vafot etish ko'rsatkichini 38,7 foizdan 35 foizgacha pasaytirish, onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarni o'smaga qarshi preparatlar bilan ta'minlashni 33 foizdan 90 foizgacha ko'paytirish, aholining davolashning yuqori texnologik turlariga bo'lgan chtiyojini qoplashni 70 foizgacha yetkazish imkonini beradi. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining ushbu qarorida nazarda tutilgan tadbirlarni amalga oshirish onkologiya xizmatini yanada rivojlantirish va sifatini oshirishga hamda respublika aholisiga onkologiya yordami berish sifatini oshirishga kuchli turtki beradi. Bu O'zbekistonning ko'p millatli aholisi sog'ligi, fuqarolarning manfaatlari va aholi farovonligi hamma vaqt davlatning e'tiborida ekanligidan dalolat beradi.

B. Hisob va hisobot

Har bir onkologik bemorni kasalligi birinchi marta qayerda aniqlanganligidan qat'iy nazar (poliklinikada, ayollar maslahatxonasida, kasalxonada, institut klinikasida va hokazo), majburiy hisobga olish qoidasi

1945 yildan beri amalga oshirib kelinmoqda. Shunga ko'ra, har bir shifokor «Hayotida birinchi marta rak yoki boshqa xavfli o'sma tashxisi qo'yilgan bemorga «tezkor xabarnoma» (N 090-U shakl)ni to'ldirishga majbur va 3 kunlik muhlat ichida uni bemorning turar joyidagi viloyat filialiga yuborishi shart. Bu tibbiy hujjat bemor poliklinikaga mustaqil murojaat etganda, statsionarda tekshirilganda, profilaktik ko'riklar o'tkazilganda, operatsiyada hatto murda yorib ko'rilganda xavfli o'sma aniqlansa barcha davolashprofilaktika muassasalari tomonidan to'ldiriladi. Bu xabarnomalar viloyat filialida bemorlarni dispanser hisobiga olish (N 030-U shaklni to'ldirish orqali), shuningdek rak va boshqa xavfli o'smalar haqida yillik hisobotni (N7) tuzish uchun zarur bo'ladi.

Barcha Davolash profilaktika muassasalarida onkologik bemorning kasallik tarixidan № 027-1 shakldagi ko'chirma to'ldiriladi va bemor statsionardan chiqqanidan keyin hududiy Onkologiya Markazining viloyat filialiga yuboriladi.

Hisobga olishni qulaylashtirish maqsadida xavfli o'sma va o'sma oldi kasalliklari bo'lgan bemorlar 4 ta klinik guruhga ajratiladi (buni kasallik bosqichlari bilan almashtirib yubormaslik kerak):

Ia- klinik guruhga tashxisi noma'lum bo'lgan, xavfli o'smaga shubha qilingan bemorlar kiritiladi. Bu guruhga kiritilgan bemorlar 10 kun davomida chuqurlashtirilgan tekshiruvlardan o'tkazilib yakuniy tashxis qo'yiladi va xavfli o'sma tashxisi tasdiqlansa boshqa klinik guruhga o'tkaziladi, tasdiqlanmasa hisobdan chiqariladi.

Ib- klinik guruhga rak oldi kasalliklari (fakultativ va obligat) bilan bemorlar kiritiladi.

Fakultativ rak oldi kasalligi- bu patologik jarayon bo'lib uning asosida rak rivojlanishi mumkin. Bunday bemorlarni joylarda profili bo'yicha mutaxassislar kuzatib boradi.

Obligat rak oldi kasalligi- bu rak oldi patologik jarayoni bo'lib uning xavfli o'smaga o'tish ehtimoli juda yuqori bo'ladi. Bunday bemorlarni vrach-onkologlar kuzatib boradi. Ularga jarrohlik amaliyoti o'tkazilganda olingan preparat qat'iy gistologik tekshiruvdan o'tkaziladi. O'tkazilgan radikal operatsiyadan keyin bemor 2 yil davomida aktiv dispanser kuzatuvida bo'ladi, agar o'smaning qaytalanishi kuzatilmasa u dispanser hisobidan chiqariladi.

II- klinik guruhga xavfli o'sma bilan bemorlarga o'tkazilgan maxsus davo tufayli ular kasallikdan xalos bo'lishi yoki uzoq muddatli remissiyaga tushishi mumkin.

IIa-klinik guruhga xavfli o'sma bilan radikal davo o'tkazish mumkin bo'lgan bemorlar kiritiladi. Radikal davo –bu zamonaviy davo usullari bo'lib unda bemor kasallikdan to'liq tuzaladi. Bu klinik guruhga kasallikning ilk bosqichi (asosan I- II bosqich) bilan bemorlar kiritiladi.

III-klinik guruhga radikal davodan keyingi sog'lom bemorlar kiritiladi. Agarda bu guruhdagi bemorlarda kasallikni qaytalanishi kuzatilsa ular II klinik guruhga qaytarilib maxsus davo o'tkaziladi yoki jarayon tarqalib ketgan bo'lsa IV klinik guruhga o'tkaziladi.

III-klinik guruhga kiritilgan bemorlar o'tkazilgan maxsus davodan keyin birinchi yili har 3 oyda, ikkinchi yili har 6 oyda, 3 yili qaytalanish va metastaz berish ehtimoli yuqori bo'lgani uchun har 3 oyda, keyin 5 yilgacha har 6 oyda va undan keyin bir umr har yilda 1 marta intensiv tartibda nazoratda bo'lib turishadi.

IV-klinik guruhga jarayonning tarqalib ketganligi tufayli maxsus davo o'tkazib bo'lmaydigan simptomatik davoga muhtoj bo'lgan bemorlar kiritiladi. Bu bemorlar vrach-onkolog konsultatsiyasi ostida o'z hududi vrachlari kuzatuvida bo'ladi.

Bemorlarning oxirgi guruhi — barcha mamlakatlar, jumladan, O'zbekiston respublikasi onkologlarining og'ir muammosi bo'lib hisoblanadi. Bir yillik o'lim darajasi hali ham yuqori. Respublikadagi yirik davolash muassasalarining ma'lumotlariga ko'ra xar yili onkologik bemorlar umumiy sonining kamida 40 foizi kechki bosqichlarida aniqlanmoqda, ularni rakdan to'liq tuzatib yuborish juda kam hollardagina mumkin bo'ladi.

Kasallikning o'tinqiragan bosqichida birlamchi aniqlangan bemorlarga (vizual lokalizatsiya o'smalari uchun - III - IV bosqichlarda , ichki lokalizatsiyalar uchun IV bosqichda) № 027-2 shakldagi «Xavfli o'smani kechki bosqichida aniqlangan bemorga bayonnoma» rasmiylashtiriladi. Bu davolash-diagnostika muassasalari shifokorlarining klinik konferensiyalarida kasallikning kechikib ketish sabablarini aniqlash va aniq choralar qabul qilishda muhokamaga qo'yiladi.

Kasallikning kechikib ketish sabablarini 3 turga bo'lish mumkin:

1) tibbiyot xodimining aybi bilan (to'la va adekvat bo'lmagan tekshiruv o'tkazilishi);

2) bemorning aybi bilan (kasallik belgilarini to'la ayta olmaslik, shunday kasalligi borligiga ishonmaslik va yordam uchun tabiblarga, ekstrasenslarga murojaat etishi va hokazolar).

3) kasallik aybi bilan (kasallik belgilari aniq emasligi, ko'pgina kasalliklarga xos bo'lgan belgilarning mavjudligi, kompensatsiyalashgan holatining uzoq davom etishi).

Har bir ana shu sabablarga tegishli choralar rejalashtiriladi. Masalan, tibbiyot xodimlarining aybi isbotlangan bo'lsa — ana shu muassasada bemorlarning tekshiruv sistemasini qayta ko'rib chiqish va yaxshilash, shuningdek, saratonni erta aniqlash bo'yicha o'qitish ishlarini tashkil etish lozim bo'ladi.

Bemorning aybi bilan kasallikning kechiktirilishi barcha ommaviy axborot vositalari (mahalliy, viloyat va respublika matbuoti, televideniye orqali) kasallikning erta belgilari, o'z-o'zini tekshirish, o'smalarni o'z vaqtida davolash mumkinligi va boshqalarni tushuntirish, targ'ibot qilish yo'li bilan kamaytirish mumkin bo'ladi.

Kasallikning yashirin va aniq bo'lmagan holatlarida esa bu muammoni 40 yoshdan oshgan har bir odamni majburiy yillik tibbiy profilaktika ko'riklaridan o'tkazilgandagina yechish mumkin bo'ladi. Bunda ultratovush, endoskopiya, immunologik va morfologik usullarni qo'llash orqali (o'smaga shubha bo'lganda) o'tkazilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

O'zbekistonda barcha filiallarning (viloyat va shahar) hisobot axborotlari (7-shakl) har yili Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy – amaliy tibbiyot markaziga yetkaziladi, u yerda aniq tekshirilgach, tahlil qilinadi va yig'ma statistik ma'lumot ko'rinishida tibbiyot vazirligiga topshiriladi.

D. Ilmiy - tekshirish institutlari, oliy o'quv yurtlari va jamoat tashkilotlarining saratonga qarshi kurashdagi o'rni

Xavfli o'smalarga qarshi kurashda O'zbekiston onkologiya ilmiy markazi faol ishtirok etadi, bunda u respublika onkologiya muammosi bo'yicha yagona bosh muassasa sifatida hamma onkologik dispanserlarga va kafedralarga doimiy ilmiy-metodik, davolash-diagnostika va konsultativ yordam ko'rsatadi. Shuningdek, u asosiy fundamental ilmiy tadqiqotlar

o'tkazish, yuqori malakali mutaxassislar, onkolog va radiologlar — tibbiyot fanlari doktorlari va nomzodlarini tayyorlash markazi va vrach-onkologlar hamda radiologlarning o'smalarni turli xil zamonaviy usullar bilan aniqlash va davolash usullari bo'yicha malaka oshirishda doimo qatnashadi.

Respublikaning barcha tibbiyot institutlarida onkologiya kafedralari (kurslari) tashkil qilingan, ularning asosiy vazifasi har bir bitiruvchini xavfli o'smalarni aniqlash, davolash va ayniqsa, profilaktikasining asosiy ma'lumotlari bilan tanishtirish hisoblanadi.

Onkologiya kafedralarining respublika, viloyat va tumanlarda xavfli o'smalarga qarshi kurash rejalarini amalga oshirishdagi hissasi yil sayin o'sib bormoqda. Onkologiya xizmatining kadrlar tayyorlashda va ularning malakasini oshirishda Toshkent shifokorlar malakasini oshirish universiteti onkologiya kafedrasining o'rni katta.

Saratonga qarshi kurashda Respublika rakka qarshi kurash jamiyati ma'lum o'rin tutmoqda. Onkologiya muammolarini yechishda O'zbekiston Fanlar Akademiyasi olimlari ilmiy izlanishlarining ahamiyati katta. Onkolog-olimlarning xalqaro hamkorligi va ilmiy bog'lanishlari Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti, Xalqaro rakka Qarshi ittifoq va rak bo'yicha Xalqaro agentlik orqali amalga oshadi.

Dunyoda saratonning alohida ko'rinishlarini o'rganadigan Xalqaro markazlar hamda kasallanishlarni, o'limni hisobga oluvchi maxsus kanserregistrlar zo'r berib izlanishlar olib bormoqdalar. Onkologiya sohasidagi ishlarning natijalari har 4 yilda bir marta rakka qarshi Xalqaro kongresslarda muhokama qilinadi.

Respublikada onkologiya bo'yicha ilmiy izlanishlar ilm va fan bo'yicha Davlat qo'mitasi dasturiga asoslanib tuziladi. Dasturning asosiy maqsadi O'zbekistonda uchraydigan xavfli o'smalarni aniqlash, davolash va uning oldini olish usullarini ishlab chiqishdir. Dasturning tarqalishida O'zbekiston onkologiya ilmiy markazi ilmiy tekshirish laboratoriyalari, tibbiyot va malaka oshirish institutlarining onkologiya kafedralari va kurslari qatnashadilar. Onkologiya bo'yicha ilmiy mavzular umumiy miqdorining 30 foizini fundamental tadqiqotlar tashkil qiladi. Ular orasida onkologik kasalliklarning shakllanishidagi etnik omillarning o'rni, xavfli o'sma paydo bo'lishi va rivojlanishida immun-genetik yo'llarni izlash va yangi kimyoviy preparatlar ishlab chiqarish kabi mavzular mavjud. Qilingan

ilmiy ishlar amaliy ahamiyatga ega. Bu o'smalarga kombinatsiyalangan va kompleks usulda davo qilishni hamma joyda targ'ib qilish, rakning asosiy turlariga davo qilish natijalarini o'rganish, respublika yoki viloyat miqyosida ko'pincha uchraydigan o'smalar bashoratini ishlab chiqishdir. Xavfli o'smalar muammosi bo'yicha ilmiy izlanishlarning natijalari xalqaro va respublika matbuotida e'lon qilinadi, Xalqaro kongress va simpoziumlarda o'rganiladi.

O'zbekistonda onkologiya mutaxassisligiga ixtisoslashtirilgan kengash ishlaydi. U yerda butun Markaziy Osiyo mamlakatlari onkologlari doktorlik va nomzodlik dissertatsiyalarini himoya qilishlari mumkin.

Xavfli o'smalar profilaktikasi

Onkologik kasalliklar profilaktikasining nazariy asosi bo'lib 3 ta axborot manbai xizmat qiladi:

Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika

O'tkazilgan ko'plab epidemiologik va eksperimental tekshiruvlar tashqi muhit faktorlari (kimyoviy, fizik va biologik) bilan odamning turmush tarzi orasida bog'liqlik borligini isbotladi.

Tashqi muhitning organizmga kanserogen ta'sir etuvchi omillarining maksimal darajada kamaytirishga qaratilgan kompleks sotsial-gigiyenik chora - tadbirlar, hamda organizmning immunologik statusini stabilizatsiya qiluvchi nospetsifik muolajalar (sog'lom turmush tarzini targ'iboti, sog'lom ovqatlanish, zararli odatlardan voz kechish va b.q.) ga xavfli o'smalarning **birlamchi profilaktikasi** deb aytiladi.

Rak oldi kasalliklarini aniqlash va ularni sog'lomlashtirish hamda keyinchalik ularni kuzatib borishga qaratilgan kompleks tibbiy chora-tadbirlarga xavfli o'smalarning **ikkilamchi profilaktikasi** deb aytiladi.

Xavfli o'sma kasalligi bilan o'tkazilgan davolashdan keyin kasallikning qaytalanishini oldini olishga qaratilgan tibbiy chora-tadbirlarga xavfli o'smalarning **uchlamchi profilaktikasi** deb aytiladi.

Xavfli o'smalardan organizmning individual himoya choralari

1. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish;
2. Organizm funksiyasi buzilgan holda o'z vaqtida korreksiya qilish;
3. To'g'ri ratsional ovqatlanish;
4. Zararli odatlardan voz kechish;

5. Reproduktiv tizim faoliyatini optimizatsiyalashtirish;
6. Sog'lom turmush tarzi olib borish;
7. Odamning intellektual yetukligi, ya'ni kanserogen omillarning organizmga ta'siri va ulardan chtiyot bo'lish choralarini bilishligi, xavfli o'sma kasalliklarini kechishini o'ziga xosligi, bosqichlari va o'z vaqtida davolashdan samara yuqori bo'lishligini bilishi;

Birinchisi — 80—85 foiz xavfli o'smaning tashqi muhit omillari orqali chaqirilishi (asosan, kimyoviy moddalar bilan) haqidagi epidemiologik ma'lumotlar.

Ikkinchisi — kanserogen omillar va o'smalar orasida to'g'ridanto'g'ri bog'liqlik borligini ko'rsatuvchi eksperimental ma'lumotlar.

Uchinchisi — ba'zi kasb bilan bog'liq saraton turlarining kanserogen omillar bilan bog'liqligi ishchilarning kontakti bartaraf etilgandan yoki cheklangandan so'ng keskin kamayganligi, shuningdek o'tmishda surunkali kasalligi bo'lgan shaxslarda saratonning ko'proq uchrashi haqidagi klinik ma'lumotlar. Bunday daliliy material xavfli o'smalar profilaktikasi bo'yicha amaliy choralar ko'rishda poydevor bo'lib xizmat qildi. Profilaktikaning asosiy maqsadi odam organizmiga kanserogen omillar ta'sirini yo'qotish (kamaytirish) yo'li bilan saratonning oldini olish.

1. Davlat miqyosida — inson yashaydigan muhitda kimyoviy moddalar va ionlovchi radiatsiyani me'yorlashtirish (gigiyenik reglamentlash) bo'yicha qonun va qarorlar chiqarish.
2. Individual pog'onada — shaxsiy gigiyena va sog'lom hayot tarzi qoidalariga amal qilish, chekish, «nos», alkogolli ichimliklar va ovqatni suiste'mol qilishdan voz kechish, o'sma oldi kasalliklarini davolash.

Hozirgi paytda ko'proq uchraydigan o'smalar uchun alohida profilaktika choralari ma'lum.

O'pka va hiqildoq rakining asosiy profilaktik choralari: bu korxonalar, yer va havo transportining tutunli chiqindilari bilan atmosferaning ifloslanishiga yo'l qo'ymaslik, chekish va ichkilikbozlikdan voz kechish, bronx-o'pka sistemasining surunkali kasalliklarini davolashdan iborat.

Qizilo'ngach, me'da va yo'g'on ichak rakining oldini olish choralari: ko'p, juda achchiq, yog'li, qovurilgan ovqat yeyishdan, alkogolli

ichimliklarni suiste'mol qilishdan saqlanish, yengil, kanserogen moddalari yo'q ovqat yeyish, yangi sabzavotlar, ko'katlarni doimo iste'mol qilib turish, surunkali kasalliklarni (ayniqsa, ezofagit, gastrit, kallyoz yara, polipoz, spastik kolit) davolatish lozim.

Sut bezi va tuxumdon rakining profilaktikasi: bu kasallik asosan tug'magan ayollarda, tez-tez abort qildiradigan, bolani ko'krak suti bilan emizishdan voz kechgan ayollarda, tuxumdon endokrin faoliyati buzilganlarda, jinsiy gormonlar, sigaret, alkogolli ichimliklarni haddan tashqari ko'p iste'mol qiluvchilarda uchrashi kuzatilgan.

Bachadon bo'yni raki profilaktikasining asosiy omili — jinsiy hayot gigiyenasiga amal qilish, tug'ish davrida ro'y bergan yoriqlar, eroziyalar, leykoplakiya va endotservitsitlarni tezda davolatish hisoblanadi. Rakni chaqiruvchi odam papillom virusidan saqlanish.

Teri va lab rakining ratsional profilaktika choralari — bu uzoq davom etuvchi insolyasiyadan himoyalanish, shaxsiy va ishlab chiqarish gigiyenasiga rioya qilish, rak oldi kasalliklari — Xeylit, Bouen kasalligi, pigmentli kseroderma, tez o'suvchi xol va tez bitmaydigan yara, ayniqsa jarohat va kuyishdan keyingi chandiqlarni davolatishdir.

Aytib o'tilgan profilaktika choralariga amal qilish kelajakda onkologik kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Agar shahar va qishloq aholisining onkokasalliklari darajasidagi farqning sababi to'la o'rganib olinsa, profilaktika choralarini kengaytirish mumkin bo'ladi. Ma'lumki, qator xavfli o'smalar qishloqlarda shahardagiga nisbatan 2—3 marta kam uchraydi, boshqalari esa shaharlarda qishloqdagiga nisbatan kamroq. Onkokasallanishning pastligi sabablarini aniqlash va ularni profilaktika maqsadida qo'llash kelajak masalasidir.

E. Onkologik deontologiya. Tibbiy etika

Etika – (yunon. so'z- "axloq falsafasi",yunon (ethos)- "odat")- shaxs yoki jamiyat odatlarini, axloq normalarni o'rganuvchi hamda belgilovchi falsafiy tadqiqotdir.

Etikani quyidagi mezoniy tushunchalari-kategoriyalari bor: fazilat va illat, yaxshilik va yomonlik, halollik, rostgo'ylik, kamtarlik, adolat, burch, vijdon, nomus, ideal, baxt, hayotning ma'nosi va boshqalar;

Estetika- yunon. so'z bo'lib ."sezish", "his qilish qobiliyati" kabi ma'nolarni anglatadi. Bu inson hayotidagi go'zalliklar, chiroyni,

umumbashariy qadriyatlar va qiymatliklarning mohiyatini o'rganadi, ularni yaratish, idrok etish,baholash va o'zlashtirish haqidagi fandir.

Tibbiy va biologik etikani shakllanishi hamda rivojlanishi odamlar huquqiga bo'lgan e'tiborni kuchayib borayotganligi bilan tushuntiriladi.

Birinchi tibbiy etika kodeksini Gippokrat yaratgan. U har bir aql bilan fikrlaydigan vrach ma'lum bir vaziyatda bemorni aytgani, talab qilganini emas o'zi to'g'ri va lozim deb hisoblagan tekshirish yoki davolash muolajasini qilishi kerak deb hisoblagan. Bundagi paternalizmning ma'nosi - ya'ni **"vrach yaxshiroq biladi".**

Paternalizm (lotin.paternus- "otalik", "otaga xos")- munosobatlar tizimi bo'lib, hokimiyat fuqarolarning talablarni bajaradi va buning evaziga hokimiyat fuqarolarning xulqining modelini shaxsan va ommaviy ravishda aytib belgilab beradi.

Tibbiy etika vrach va bemor, vrach va bemorning qarindoshlari, vrach va uning kasbdoshlari orasidagi munosobatni belgilaydi hamda shifokorlik burchi va javobgarligini, shifokorlik siri va kasbdoshlilikni, vrachning o'zini tutishi, kiyinishi, gapirishi, bemorning oldida hazillasha olishi kabi xususiyatlarni o'zida mujassamlashtiradi.

"Vrach- bemor" munosobatida keyingi 10 yilliklarda katta o'zgarishlar sodir bo'ldi. Diagnostika va davolashda zamonaviy texnologiyalarni joriy qilinishi bemor taqdirini hal qilishda tibbiy xodimning rolini biroz kamaytirdi. Paternalistik yondoshuv o'rniga vrach va bemor munosobati kontrakt asosida yo'lga qo'yilayapti. Rasmiy ravishda vrachdan:

1)Bemorga ob'yektiv informatsiya berish;

2)Bemorga mustaqil ravishda qaror qabul qilishga imkon berish talab qilinadi. Mutaxassis vrach bemorga tashxis va uni davolash usuli to'g'risida ma'lumot berishi kerak. Ayrim hollarda sog'lom fikrlab tan olish kerakki, bemorning hayotini saqlab qolib davom ettirish uning o'zi uchun ham va yaqinlari uchun ham to'g'ri bo'lmaydi

Bu onkologiyadagi tibbiyot etikasi bo'lib, shifokorlar va barcha tibbiyot xodimlarining onkologik bemorga, uning qarindoshlariga va o'rtoqlariga bo'lgan munosabati, shuningdek onkologik bo'lim jamoasi o'zaro aloqasining shakl va tarkibidir. Deontologiya muammosiga bag'ishlangan ko'pgina asarlar bo'lib, unga teatr va kino san'ati asarlari, gazeta va jurnallarda chop etilgan ko'pgina maqolalarni misol keltirish

mumkin. Bundan — deontologiya muammosini qisqacha bayon etish, asosiysini tanlash va eng muhim aspektlarni ajratib olish nihoyatda qiyinligini tushunish mumkin. Minglab xavfli o'smasi bor bemorlarni kuzatish va muloqot tajribasi asosida onkologik deontologiyaning 3 asosiy aspektini ajratish mumkin.

1. Shifokorning onkologik bemorga bo'lgan munosabati.
2. Shifokorning bemorning qarindoshlari va o'rtoqlariga bo'lgan munosabati.
3. Klinika bo'lim xodimlarining bir-biriga bo'lgan munosabati.

Deontologiya –etikani bir bo'limi bo'lib burch va majburiyat muammolarini o'rganadi. Keng ma'noda deontologiya tibbiy xodimning bemor va kasbdoshlariga nisbatan axloqiy, huquqiy, kasbiy majburiyatlari va xatti- harakatlari qoidalari to'g'risidagi fan bo'lib hisoblanadi.

Bemorning oldida deontologiya qoidalarini buzilishi og'ir axloqiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Ambulatoriya etapidan boshlab vrach bemorga davolashni albatta kechiktirmasdan boshlash shart ekanligi, davolash samara berishi va u to'liq tuzalishi haqida bemorni ishontira bilishi kerak. Depressiya, vahimani oldini olishi uchun vrach erta psixoterapevtik davoni boshlashi kerak.

Dunyoda birinchi hujjat: "Bill bemorning huquqlari haqida" 1971 yilda yaratilib, undagi 12 punktdan bittasi : "Bemor o'zining sog'lig'i to'g'risida to'liq ob'yektiv ma'lumotni olish huquqiga ega"- deb aytilgan.

Birinchi aspekt — onkologiyada eng muhimi bo'lib, deyarli bemor kelajagini hal qiladi. Shifokorning bemorga bo'lgan munosabati uning madaniyati, qalbi va maxsus bilim darajasi bilan ifodalanadi. Deontologiyada axloqiy-etik, huquqiy va o'zini tutish qoidalari kam emas, ular Gippokrat qasamida ham keltirilgan, unga shifokorlarning ko'pgina avlodi vafo qilganlar. Shunday qoidalardan biri — «Senga qanday munosabatda bo'lishlarini istasang, bemorga shunday munosabatda bo'l», — degan eng sodda, oson qo'llaniladigan qoida onkologiya klinikasida juda qo'l keladi. Xayolan bemor holatiga tushish har bir tibbiyot xodimi uchun bemor bilan bo'lgan muloqotni to'g'ri tanlashga yordam beradi. Bemorning shifokor-onkolog bilan birinchi uchrashuvi tuman poliklinikasida sodir bo'ladi. Bu bemor uchun shifokor tomonidan ko'ngilli va diqqat-e'tiborli

munosabatda o'tishi kerak. Bunda bemorda shifokorga ishonch va unga yordam berishlariga qatiy ko'nikma ***hosil*** bo'lishi lozim. Bemorning o'z kasali to'g'risidagi so'zlarini oxirigacha eshitib, umumiy ko'rikdan o'tkazib, uni turli laboratoriya tekshiruvlari va asboblar yordamida tekshirishlarga yuborish onkologning doimiy odati bo'lishi lozim. Shifokorning bemorni onkologiya muassasalariga maslahatga yoki statsionar davolanishga yuborishi to'g'risidagi qarori, bemor hayoti uchun xavf tug'dirishi va ko'pincha jiddiy psixik depressiyaga olib kelishi mumkin. Bunda shifokorning bemorga — uning onkologik muassasalarga yuborilishi unda rak borligini isbotlash uchun emas, balki, bu profilaktika maqsadida qilinayotganligi haqidagi so'zlari juda muhimdir. Bemorning onkolog bilan ikkinchi uchrashuvi onkologiya dispanseri yoki institutning konsultativ poliklinikasida sodir bo'ladi. Muassasalar nomining o'zigina bemorda kelajagiga nisbatan umidsizlik uyg'otadi, chunki aholining ko'p qismi rakni tuzatib bo'lmaydigan kasallik, deb hisoblaydi.

Bemorning bunday psixologik holati vrach-onkolog tomonidan uning shikoyatlarini diqqat bilan eshitish, bemorni sinchiklab ko'rib chiqish, barcha tahlillar, instrumental xulosalar, rentgenogramma va boshqalarni diqqat bilan kuzatishni talab etadi. «Rak» tashxisi tasdiqlanganda, bemorga onkologiya muassasasida statsionar davolanishi maqsadga muvofiq ekanligini tushuntirish oson masala emas. Shifokorlar siriga amal qilish, aniq tashxisni bemorga ochiqchasiga aytish mumkin emasligi ko'pincha onkolog-shifokorni og'ir ahvolga solib qo'yadi. Undan chiqish yo'li — chuqur o'ylangan va mantiqan asoslangan dezinformatsiyani qo'llashdir. Bemorga (unda qaysi a'zo zararlanganiga qarab) «qizilo'ngach, me'da, yo'g'on ichak, siydik pufagida yara borligi yoki polip, hiqildoq papillomasi, o'pka, jigar, tuxumdon kistasi, bachadon bo'yni croziyasi aniqlangani, bular xavfsiz tuzilma ekanligi, lekin ularga tezda davo qilinmasa, ular qiyin davolanuvchi kasallikka aylanib ketishi mumkinligi tushuntiriladi. Shuning uchun statsionardagina haqiqiy tashxis qo'yilishi, u yerda murakkab tekshiruvlar o'tkazishning iloji borligi tushuntiriladi.

Nihoyat, bemor hayotidagi muhim bosqich — uning klinikada onkolog-shifokor bilan uchrashuvidir. Bu ikki bir-biriga yaqin kishining muloqotiga aylanishi kerak, bulardan biri fojiaga uchragan, ikkinchisi esa bor kuchi bilan unga yordam berishni xohlaydigan va uni bajara oladigan

kishidir. Shu bilan birga klinika bo'limining ko'p o'rinli palatalarida bemorlar intensiv muloqotda bo'lishlarini, bir-birlariga o'z kasalliklari haqida gapirishlari, qo'shnilarning operatsiya natijalari uchun qayg'urishlari va ba'zan kasallarning rakdan o'lishini ko'rishlarini shifokor nazarda tutishi lozim. Bularning barchasi bo'limda o'ziga xos psixologik sharoitni yaratadi va shifokor oldiga har kuni bemorlarda sog'ayib ketishlariga ishonchni saqlab qolish, bemorlarga nur va kimyo terapiyasi usullari va ularning salbiy ta'sirlari haqida to'g'ri ma'lumot berish kabi murakkab masalani qo'yadi.

Xavfli o'smaning boshlang'ich bosqichlarida xirurgik, nur va kimyoterapiya usulida davolashlar yaxshi natija berishi ma'lum. Bu shifokor kayfiyatini yaxshilaydi, o'z navbatida u bemorni qo'llabqo'vvatlab turadi (agar unga haqiqiy tashxis aytilmasa). O'sma radikal yo'l bilan olib tashlangan bo'lsa bemor haqiqatni aytishni iltimos qilgan taqdirda ham, u mard odamman, o'z tashxisimni bilaman deb aytgan bo'lsa ham, davolovchi shifokor radikal davolanishdan oldin aytilgan tashxisga qat'iy amal qilishi kerak. U ilmiy- ommabop (ba'zida maxsus) adabiyotlarni o'qib chiqqan ba'zi bemorlarning savollariga javob berishda bitmas-tuganmas sabrga ega bo'lmog'i lozim.

Og'ir tashvishni shifokor o'smasi har tomonga tarqab ketgan IV bosqichli bemorlar to'shagi oldida boshdan kechiradi. Shifokorning burchi har kuni, oylab, yillab shunday bemorlar bilan uchrashib turish, bemorlarni darddan butunlay forig' bo'lishiga ishontirish, sabr va ***toqat*** bilan adekvat terapiya (palliativ operatsiyalar, nur terapiyasining analgetik usullari, kimyoterapiyaning maxsus sxema asosida va simptomatik davolashning qator arsenali) o'tkazishni talab etadi.

IV bosqichli bemorlarning har biriga alohida munosabatda bo'lishi lozim. Zamonaviy onkologiyaning barcha imkoniyatlaridan foydalanib — xorionepitelioma, neyroblastoma, seminoma, limfogranulematoz va boshqalarga davo qilinganda, bemorlarning sog'ayib ketishi, xavfli limfomalarda, sut bezining tarqalgan rakida uzoq, remissiyalar bo'lishi, qizilo'ngach, to'g'ri ichak va boshqa raklarda umrning uzayishi kuzatilgan.

Onkologiya deontologiyasining ikkinchi aspekti — davolovchi shifokorning bemorning qarindoshlari, hamkasblari, do'stlari va boshqalar bilan munosabatidir.

Bemor atrofidagilarni deontologik nuqtai-nazardan 2 guruhga ajratish mumkin: birinchisi — bemorning ota-onasi, rafiqasi (eri), ulg'aygan bolalari, aka-singillari, ikkinchisi — qolgan qarindosh-urug', do'st birodarlari va boshqalar. ' ***Birinchi guruh,*** kishilariga tashxisni aytish paytida ularga hamdardlik bildirish, ko'z-yoshlarini bemorga ko'rsatmasliklari haqida ogohdantirilgandan so'ng shifokor bor haqiqatni ularga aytishi kerak. Bunda u zamonaviy onkologiyaning davolash imkoniyatlari haqida so'zlab berishi, klinikada bemorni xavfli o'smadan xalos etishga (I va II bosqichlarda) yoki uning umrini uzaytirishga va dardini yengillashtirishga (kechiktirilgan bosqichda) ishonch borligi to'g'risida aytishi lozim. Eng muhimi, qarindoshlar keyinchalik shifokorning qo'lidan kelgan barcha imkoniyatlarni ishlatganligini o'z ko'zlari bilan ko'rishlari kerak. ***Ikkinchi guruh;*** (bemorning hamkasblari, do'stlari va boshqa) kishilar bemorning tashxisidan ogoh bo'lmasliklari kerak. Ular kasallik haqida faqat bemor bilganlarini bilishlari lozim. Agar ular bemorning davolanishi uchun chin dildan yordam berish xohishini bildirsalar, bunda davolovchi shifokor bu taklifdan bosh tortmasligi kerak va yordam turini aniqlash uchun uni bo'lim boshlig'i yoki bosh shifokorga tanishtirishi lozim.

Onkologik deontologiyaning uchinchi aspekti — bo'lim yoki klinikadagi tibbiyot xodimlarining bir-birlariga bo'lgan munosabatlaridir. Chunki bu axloqiy-psixologik muhit xodimlar ta'bini, vazifalarini bajarishini va nihoyat, bemorlarga bo'lgan tibbiy yordam sifatini belgilaydi.

Onkologiya klinikasida tibbiyotning asosiy qoidalariga so'zsiz amal qilinishi lozim, bemorga bo'lgan haqiqiy hurmat, unga vaqtincha kulfatga uchragan kishiga qaragandek qarash, uning uchun klinikada kecha-kunduz davomida kerakli sharoitlarni yaratib berish va kasallik simptomlarini yo'qotish yoki kamaytirish uchun to bemor klinikadan chiqib ketgunicha amaliy yordam ko'rsatish lozim bo'ladi. Bemorning davolanishiga tibbiyot va xo'jalik xodimlarining qo'rsligi va ahamiyatsizligi katta zarar yetkazadi. Tibbiyot hamshiralarining va sanitarkalarning noxush ko'rinishi, ularning palatada baland ovoz bilan gapirishi va kulishlari, o'zaro kelishmovchiliklari, bemorlarga nisbatan hurmatsizliklari (ayniqsa qariyalarga), ishga kechikib kelish, o'z burchlariga sovuqqonlik bilan qarash, palata, manipulyasiya hamshirasining, sanitarkalarning ishdan barvaqt ketib qolishlari — bular faqatgina mehnat intizomini buzib qolmay,

balki bemorlarga bo'lgan tibbiy yordam sifatining keskin pasayishiga olib keladi. Onkologiya bo'limida o'rta va kichik xodimlar bemorlarga tashxisi haqida gapirmasliklari, ularning kasallik tarixi va tekshiruv natijalari bilan tanishishlariga yo'l qo'ymasliklari kerak. Kasallarning barcha savollariga faqat davolovchi shifokor javob berishi mumkinligini aytishlari lozim. Bemor bilan bo'lgan barcha muloqotlarda xodimlar doimo ularning ruhini ko'tarishlari, yaxshi so'zlar bilan sog'ayib ketishlariga ishontirishlari kerak

XUSUSIY QISM

IX BOB. TERI RAKI

Teri raki– ko'p qavatli yassi epiteliydan kelib chiqadigan xavfli o'sma bo'lib, ko'pincha 90 foiz hollarda tananing ochiq sohalarida (yuz, bo'yin, quloq va h.k) uchraydi. Tanada, qo'l va oyoqlarda 10 foiz hollarda uchraydi.

Etiologiyasi.

-Quyoshning ultrabinafsha nurlarining uzoq muddatli intensiv ta'siri;

-Kanserogen ta'siri bo'lgan kimyoviy moddalar (mishyak, yoqilg'imoylash mahsulotlari, degot)

-Ionlovchi radiatsiya;

-Mexanik va termik travmalar ta'sirida paydo bo'ladigan chandiqlar;

-Nasliy omillar;

Teri xavfli o'smalari to'satdan paydo bo'lmasdan, balki rak oldi kasalliklari fonida rivojlanadi. Terining fakultativ va obligat rak oldi kasalliklari farqlanadi.

Terining fakultativ rak oldi kasalliklari.

Terining fakultativ rak oldi kasalliklari har doim ham rakka o'tavermaydi, tashqi muhitning noqulay tasirlari hamda organizm ichki muhiti tasirlari natijasida rakka aylanishi mumkin.

Terining fakultativ rak oldi kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- Qarilik (quyosh) keratozi
- Teri "shoxi"
- Qarilik keratomasi

-Trofik yaralar;

-Terining (tuberkulyozi) sil kasalligi

-Terining zaxm kasalligi

Quyosh (qarilik, aktinik) keratozi – 50 yoshdan o'tgan erkaklarda ko'proq aniqlanib tananing ochiq sohalarida uchraydi. Terida muguz tangachalarining to'planishidan hosil bo'lgan sariq-qo'ng'irsimon diametri 1 smgacha bo'lgan hosilalar paydo bo'ladi. Ular pastki qavatlar bilan mustahkam bog'langan bo'lib ajratib olish qiyin, agar ajratib olinsa eroziya o'choqlari paydo bo'ladi. Ular yassi hujayrali teri rakiga kam hollarda

o'tadi, bunda shu sohada qichishish, og'riq, infiltratsiya, yaralanish va qon ketishi kuzatilishi mumkin. **Qarilik (quyosh) keratozi**





Teri "shoxi"- qarilik keratozining bir varianti bo'lib, ko'pincha terining ko'proq travmalanadigan joylarida uchrab, konussimon sarg'imtirqo'ng'ir rangli, teri bilan zich birikkan hosila bo'ladi, uzunligi 4-5 smgacha yetishi mumkin, rakka o'tganda asosida qizarish, qattiqlik va og'riq paydo bo'ladi.



-Qarilik keratomasi - qarilarda ko'p uchraydigan epitelial o'sma bo'lib tananing yopiq joylarida uchraydi. Zararlangan o'choqlar ko'p bo'lib, sekin o'sadi 1-2 smgacha yetadi. U yassi yoki yuzasi g'adir-budir pilakcha bo'lib, chetlari aniq, kulrang - qo'ng'irsimon rangda bo'ladi. Yuzasi oson

olinadigan yog'li po'st bilan qoplangan bo'ladi, chunki soch follikulalari yopilib qolishi tufayli paydo bo'ladigan muguzli kistachalardan iborat bo'ladi. Rakka juda kam hollarda o'tadi.



Qarilik keratomasi

Terining obligat rak oldi kasalliklari.

Terining obligat rak oldi kasalliklari deyarli to'liq rakka aylanadi.

Terining obligat rak oldi kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- **Pigmentli kseroderma**
- **Bouen kasalligi**
- **Pedjet kasalligi**
- **Keyr eritroplaziyasi**

Pigmentli kseroderma - tug'ma autosom-retsissiv tipdagi nasliy kasallik bo'lib, ilk belgilari erta bolalik vaqtida namoyon bo'ladi. Terining ultrabinafsha nurlariga yuqori sezgirligi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikning 3 davri farqlanadi:

1. **Eritema va pigmentatsiya** davri. Bunda qisqa muddatli quyosh nuri ta'sirida terida giperemiya va shish paydo bo'ladi. Keyinchalik eritematoz dog'lar kattalashib qorayadi.

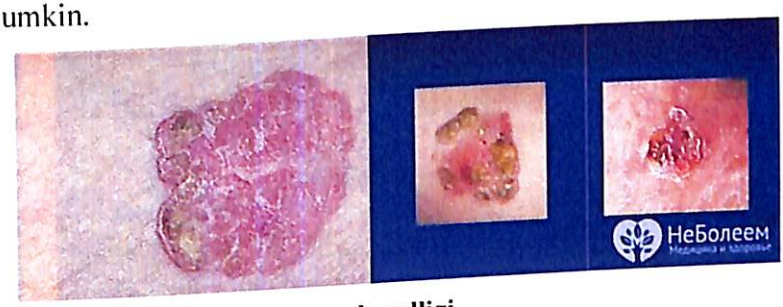
2. **Atrofiya va teleangioektaziya davrida** eritematoz dog'lar usti qipiqlashib atrofiyalanadi. Teri qizil va qora dog'lar, chandiqli o'zgarishlar, atrofiya sohalari va teleangiektaziyalar tufayli ola-bula bo'lib qoladi.

O'sma paydo bo'lish davri- keyinchalik bu sohalarda papilloma, fibromalar paydo bo'ladi.Pigment kseroderma 100 foiz hollarda rakka, melanoma yoki sarkomaga o'tadi. Bemorlar odatda 15-20 yoshda vafot etishadi.



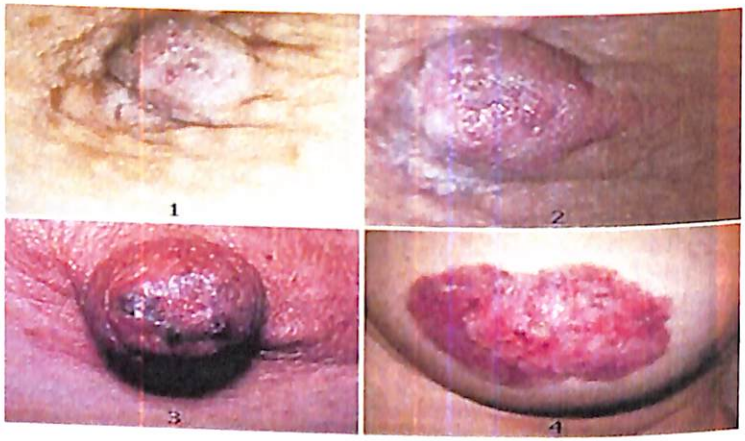
Terining pigmentli kserodermiyasi

Bouen kasalligi- ko'proq qari yoshdagi erkaklarda uchraydi. Kelib chiqishiga ultrabinafsha nurlari, kimyoviy moddalar bilan uzoq muddatli travmatizatsiya hamda odam papillomavirusining ta'siri bo'lishi mumkin. Odamning har qanday joyida uchrashi mumkin, lekin ko'proq odamning tana qismida uchraydi. Och-qizg'imtir rangli bitta pilakcha shaklida bo'lib diametri 10 mmgacha bo'ladi. O'smaning chetlari aniq, teri sathidan biroz ko'tarilgan, yuzasi po'st bilan qoplangan va qipiqlanib turadi, ayrim joylari eroziyalangan va atrofiyalangan. Bouen kasalligi 100 foiz hollarda yassi hujayrali teri rakiga o'tadi va ichki a'zolarning o'sma kasalliklari bilan birga kelishi mumkin.



Bouen kasalligi

Pedjet kasalligi ko'pincha sut bezi areolasida, kam hollarda genitaliy, qo'ltiq osti va oraliqda uchraydi. Makroskopik chegarasi aniq, oval shaklidagi qizg'imtir pilakcha shaklida bo'ladi. Pilakcha yuzasi eroziyalanadi, namlanib po'st bilan qoplanadi. Bemorlarni shu sohadagi achishish va qichishish bezovta qiladi.So'rg'ichda bo'lganda u tortiladi,seroz-qon aralash ajralma keladi. Rak hujayralari (Pedjet hujayralari) epidermis, ter bezlari yoki sut yo'llarida joylashgan bo'ladi. Terida faqat yallig'lanish belgilari kuzatiladi.



Pedjet rakini rivojlanish bosqichlari

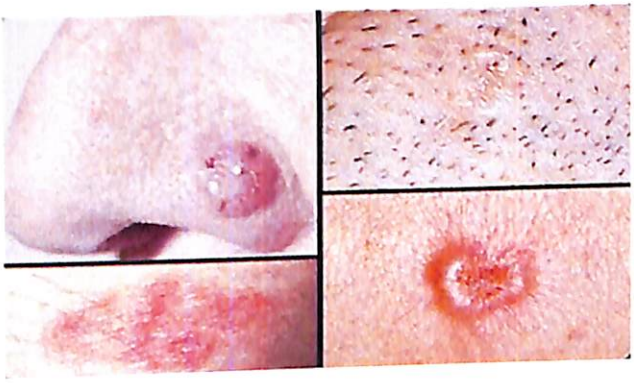
Keyr eritroplaziyasi - Bouen kasalligining shilliq qavatida uchraydigan variantlaridan biri deb qaraladi. Bu sirkumsiziya qilinmagan erkaklarda uchraydi. Makroskopik ochiq-qizil rangli chetlari aniq,chetlari biroz ko'tarilgan pilakcha shaklida bo'ladi. Yassi hujayrali rakka o'tganda chegaralari notekis bo'ladi, eroziyalanadi, yaralanadi, fibrin yoki gemorragik po'st bilan qoplanadi.

Teri xavfli o'smalarining gistologik shakllari.

Teri xavfli o'smalarining quyidagi gistologik shakllari farqlanadi:
Teri raki epidermisning o'suvchi qavatidan rivojlanadi:
-Bazal hujayrali rak – 75 foiz hollarda;
-Yassi hujayrali rak;
-Ter va yog' bezlaridan rivojlanadigan- adenokarsinoma;
-Melanoma;
-Dermatofibrosarkoma;

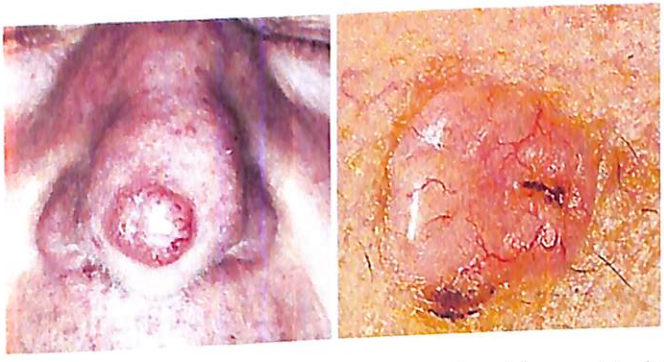
-Teri xavfli limfomalari –(qo'ziqorinsimon mikoz).

Bazal hujayrali rak epidermisning eng pastki –**bazal qavati hujayralaridan rivojlanib**, dastlab 3-5 mmli yarim shaffof tuguncha paydo bo'ladi, keyinchalik 1-2 yil ichida bir necha bor kattalashadi. Markazida gemorragik po'st paydo bo'lib uning ostida yara bo'ladi. O'smaning periferiyasi qizg'imtir rangda bo'lib uning ostida tomirlar ko'rinadi.



Bazal hujayrali rakning quyidagi klinik shakllari farqlanadi:

1. **Tugunli** shakli. Zich konsistensiyali tugun yupqa teri bilan qoplangan, rangi och qizildan to'q qizilgacha bo'ladi. Tugun asta sekin o'sib asimmetrik bo'ladi, markazida yaracha paydo bo'lib po'st bilan qoplanadi, chetlari valiksimon ko'tarilib o'rtasi chuqurlashib boradi.



2. **Yarali** shakli- bazaliomaning tugunli yoki yuzaki shakli fonida paydo bo'lib, bu shakl uchun atrof yumshoq to'qima va suyaklarni destruksiya qilib o'sish xarakterli bo'ladi. Yara aylanasimon yoki noto'g'ri

shaklda bo‘lib, tubi kulrang-qo‘ng‘ir po‘st bilan qoplangan, po‘st osti qizilqo‘ng‘ir rangda yuzasi notekis- g‘adir-budir, yaraning chetlari valiksimon ko‘tarilgan pushti- inju rangli teleangioektaziyalari mavjud bo‘ladi.



3. **So‘galsimon (ekzofit, papillyar) shakli**. Teri sathidan gulkaramga o‘xshab yarim aylanasimon shaklda ko‘tarilgan o‘sma bo‘lib, zich konsistensiyali, och pushti rangda bo‘ladi.



4. **Pigmentli shakli**. Terida zich konsistensiyali tugun yoki pilakcha paydo bo‘lib yuzasi notekis, yoriqlar bo‘ladi, markazida qora dog‘ paydo bo‘ladi. Melanomadan farqi tugun perimetrida oq valik bo‘ladi.



5. **Sklerodermasimon shaklida** teri yuzasida zich konsistensiyali oq rangli tugun paydo bo'lib u asta sekin kattalasha boradi va qattiq konsistensiyali pilakcha paydo bo'ladi, u yorug' yarim shaffof holda bo'lib, teri ostida kapillyarlar ko'rinib turadi, keyinchalik uning yuzasida 0,5 - 3 smli yaralar paydo bo'ladi.

6. **Yuzaki shaklida** tananing yopiq sohalarida och-qizg'ish yoki to'q qizil rangli ko'plab o'smalar paydo bo'ladi. O'lchamlari 4 smgacha bo'lgan teri sathidan ko'tarilmagan o'smalarni atrofi valiksimon ko'tarilgan bo'ladi.

7. **Shpigler o'smasi** ("tyurban" o'sma). O'sma boshning soch qismida joylashgan bo'lib yarim sharsimon qattiq konsistensiyali o'smalardan iborat bo'ladi. O'lchamlari 1-10 smgacha yetib qizil-binafsha rangli bo'ladi.

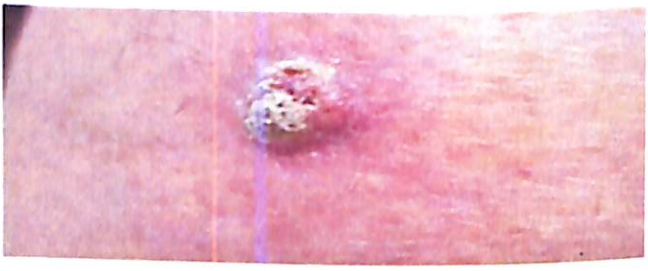
Teri adenokarsinomasi - o'lchamlari uncha katta bo'lmagan do'ngcha yoki tuguncha shaklida bo'lib, ko'pincha qo'ltiq osti, ko'krak bezi burmasi ya'ni yog' bezlari to'plangan sohalarda uchraydi. Sekin o'sadi, lekin aktiv fazaga o'tgach juda katta o'lchamlarga yetib mushaklarga o'sib o'tadi.

Yassi hujayrali teri raki – epidermisning tikanakli qavatidagi yassi hujayralardan kelib chiqadigan xavfli o'sma bo'lib juda agressiv kechishi, atrof to'qimalarga o'sib kirib regionar limfa tugunlarga metastazlar berishi bilan xarakterlanadi.

Ko'pincha katta yoshli bemorlarda uchraydi va asosan tananing ochiq sohalarida: pastki labda, chakka va peshona sohasida, boshning soch qismida, kaftlarda, oyoqlarda, tashqi jinsiy a'zolar va anus atrofida, travmatik va kuygandan keyingi chandiqlar sohasi va surunkali yallig'lanish sohalarida uchraydi

Yassi hujayrali rakning quyidagi klinik shakllari farqlanadi:

1. **Pilakchali (blyashka)** – zich qizg'ish rangli yassi hosila, yuzasi kichik do'ngchalar (do'mboq) bilan qoplangan, tez kattalashadi va qonaydi.



2. **Tugunli shakli** – keng asosda gulkaram shaklida bo'lib zich konsistensiyali bo'lib yuzasi eroziya o'choqlari va po'st bilan qoplangan bo'ladi. Qo'ng'ir yoki to'q qizil rangda bo'ladi, tez o'sadi.



3. **Yarali shakli** – tubi notekis vulqon krateriga o'xshab, qo'lansa hidli ajralma chiqadi.Tubi qurib po'st hosil qilishi mumkin, tez o'sib suyakkacha yetadi.



O'ng quloq suprasi terisi yarali raki T4N0M0

4. **Chandiqsimon shaklida** qattiq hosila paydo bo'lib yuzasida eroziya va yoriqlar paydo bo'ladi. Uning ustida so'galsimon o'siqlar paydo bo'ladi.



Teri rakining TNM-klassifikatsiyasi .

T — birlamchi o'sma

- TX — birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.
- TO — o'sma aniqlanmaydi.
- Tis — cancer in situ

TI — o'smaning o'lchami 2 smgacha.

- T2 — o'smaning o'lchami 2 smdan katta.
- T3 — o'smaning o'lchami 5 smdan katta .
- T4- o'sma chuqur joylashgan to'qimalarga: mushak, tog'ay va suyaklarga o'tadi.

N — regionar limfa tugunlar

- Nx — regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi.
- N0 — regionar limfa tugunlarda metastaz yo'q.
- N1 — bitta limfa tugunida 3 smgacha bo'lgan metastaz bo'ladi.
- N2 — bitta limfa tugunida 3 smdan katta 6 smdan kichik bo'lgan, yoki o'lchami 6 smdan katta bo'lmagan bir nechta limfa tugunlarda ipsilateral metastazlar bo'ladi.
- N3 — limf tugunidagi metastaz 6 smdan katta bo'ladi.

M — uzoq a'zolardagi metastazlar

- MO — uzoq a'zolarga metastazlar bo'lmaydi.
- M1 — uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi.

O'sma hujayralarini gistologik takomillashganlik tasnifi ·

Gx — takomillashganlik darajasini aniqlash imkoni yo'q.

- G1 — yuqori takomillashgan.
- G2 — o'rta takomillashgan.
- G3 — past takomillashgan.

G4 — takomillashmagan.

Bosqichi	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
III	T4	N0	M0
	Barcha T	N1	M0
IV	Barcha T	Barcha N	M1

Qovoq terisi rakining TNM-klassifikatsiyasi (C44.1.).

T — birlamchi o'sma

- Tx — birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.
- TO — o'sma aniqlanmaydi.
- Tis — cancer in situ
- TI — o'smaning o'lchami 5 mmgacha, o'sma qovoq tog'ayi va qirg'og'iga o'tmagan.

T2a — o'smaning o'lchami 5 mmdan katta 10 mmdan kichik yoki har qanday o'lchamdagi o'sma qovoq tog'ayi(tarzal plastinka) va qirg'og'iga o'tgan.

- T2b — o'smaning o'lchami 10 mmdan katta 20 mmdan kichik yoki o'sma qovoqning barcha qavatlariga o'tgan.
- T3a — o'smaning o'lchami 20 mmdan katta yoki o'sma ko'z olmasi va ko'z orbitasi yaqin elementlariga o'sib o'tgan.
- T3b — o'smani kesib olish, enukleatsiya, ekzentratsiya yoki suyak rezeksiyasini talab qiladi.
- T4-o'smani ko'z olmasi, orbita, kalla-yuz strukturalariga invaziyasi tufayli rezeksiya qilib bo'lmaydi.

N — regionar limfa tugunlar

- Nx — regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi.
- N0 — regionar limfa tugunlarda metastaz yo'q.
- N1 — regionar limfa tugunida metastaz bo'ladi.

M — uzoq a'zolardagi metastazlar

- MO — uzoq a'zolarga metastazlar bo'lmaydi.
- M1 — uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi.
- **O'sma hujayralarini gistologik takomillashganlik tasnifi**
- Gx — takomillashganlik darajasini aniqlash imkoni yo'q.
- G1 — yuqori takomillashgan.
- G2 — o'rta takomillashgan.
- G3 — past takomillashgan.

G4 — takomillashmagan.

Vulva rakining TNM-klassifikatsiyasi (ICD-O C51).

T — birlamchi o'sma

- Tx — birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.
- TO — o'sma aniqlanmaydi.

· Tis — cancer in situ (preinvaziv karsinoma) intraepitelial neoplaziya III darajasi

· T1 — o'sma vulva va oraliq chegarasida.

· T1a — o'smaning o'lchami 2 smgacha, stromaga invaziyasi 1 mmgacha

· T1b — o'smaning o'lchami 2 smdan katta yoki stromaga invaziyasi 1 mmdan katta.

· T2 — har qanday o'lchamdagi o'sma: siydik kanali pastki uchligi, qin pastki uchligi va anusga o'sib o'tadi.

T3 — har qanday o'lchamdagi o'sma: siydik kanali yuqori uchligi, qin yuqori uchligi hamda siydik qopi va to'g'ri ichak shilliq qavatiga yoki tos suyaklariga o'sib o'tadi.

N — regionar limfa tugunlar

· Nx — regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi.

· N0 — regionar limfa tugunlarda metastaz yo'q.

· N1a — 1-2 ta limfa tugunida 5 mmgacha bo'lgan metastaz bo'ladi.

· N1b — bitta limfa tugunida 5 mmdan katta bo'lgan metastaz bo'ladi.

· N2a — 3 va undan ortiq limfa tugunida 5 mmgacha bo'lgan metastaz bo'ladi.

· N2b — 2 va undan ortiq limfa tugunida 5 mmdan katta bo'lgan metastaz bo'ladi.

· N2s — limfa tugunlardagi metastaz kapsuladan chiqqan bo'ladi.

· N3 — limf tugunlarda fiksatsiyalangan yoki yaralangan metastazlar bo'ladi.

M — uzoq a'zolardagi metastazlar

· M0 — uzoq a'zolarga metastazlar bo'lmaydi.

· M1 — uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi.

· **O'sma hujayralarini gistologik takomillashganlik tasnifi**

· GX — takomillashganlik darajasini aniqlash imkoni yo'q.

· G1 — yuqori takomillashgan.

· G2 — o'rta takomillashgan.

· G3 — past takomillashgan.

G4 — takomillashmagan.

Jinsiy olat rakining TNM-klassifikatsiyasi .

T — birlamchi o'sma

- Tx— birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.
- TO — o'sma aniqlanmaydi.
- Tis — cancer in situ
- Ta — verrukoz karsinoma (noinvaziv-destruktiv o'sish)
- T1 — o'sma teri osti kletchatkasiga o'sib o'tadi:

T1a — o'sma teri osti kletchatkasiga limfa tomirlariga invaziyasiz o'sib o'tadi, past takomillashgan yoki takomillashmagan gistologik shakli bo'lmaydi.

1b — o'sma teri osti kletchatkasiga limfa tomirlariga invaziyasi bilan o'sib o'tadi yoki past takomillashgan yoki takomillashmagan gistologik shakli bo'ladi.

- T2 — o'sma g'ovaksimon yoki kavernoz tanaga o'sib o'tadi.
- T3 — o'sma siydik kanaliga o'sib o'tadi.
- T4 — o'sma boshqa yaqin to'qimalarga o'sib o'tadi.

N — regionar limfa tugunlar

- Nx — regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi.
- N0 — regionar limfa tugunlarda metastaz yo'q.

N1— chov bir tomonlama limfa tugunida palpatsiya qilinadigan, harakatchan metastaz bo'ladi.

- N2 — chovda ikki tomonlama limfa tugunida yoki ko'plab harakatchan metastazlar bo'ladi.
- N3 — chovda fiksatsiyalangan limfa tugunlar yoki kichik chanoqda bir yoki ikki tomonlama metastazlar bo'ladi.

M — uzoq a'zolardagi metastazlar

- MO — uzoq a'zolarga metastazlar bo'lmaydi.
- M1 — uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi.

O'sma hujayralarini gistologik takomillashganlik tasnifi .

Gx — takomillashganlik darajasini aniqlash imkoni yo'q.

- G1 — yuqori takomillashgan.
- G2 — o'rta takomillashgan.
- G3 — past takomillashgan.

Teri rakining diagnostika va davolash standartlari Asosiy tekshirish usullari:

1. Teri qoplamasi va zararlangan o'choqni ko'zdan kechirish, kerak bo'lganda optik kuchaytiruvchi moslama bilan;
2. O'sma sohasida terini palpator ko'rish;
3. Regionar limfatik tugunlarni palpatsiya qilish;
4. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi;
5. Qorin bo'shlig'i a'zolari va regionar limfa tugunlarini UTT tekshiruvi;
6. O'smadan olingan surtma yoki qirindini sitologik tekshirish;
7. Klinik va sitologik tekshirishda tashxis qo'yilmasa insizion (sog'lom to'qima chegarasida) yoki ekssizion (kichik o'lchamdagi o'smalarda) biopsiya o'tkaziladi.
8. Kattalashgan regionar limfa tugunlaridan ingichka ignali punksion (aspiratsion) biopsiya olinadi.

O'smaning keng tarqalgan hollarida qo'shimcha tekshirish usullari:

1. O'sma sohasida suyakni rentgenografiyasi; 2. Zararlangan anatomik sohani KT tekshiruvi.

Laborator tekshiruvlar: (operatsiya rejalashtirilganda)

1.Qon guruhi va rezus-faktor, sifilis seroreaksiyasi, umumiy qon, siydik va bioximik tekshiruvlar (umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza, elektrolitlar – K, Na, Ca, Cl);

Teri rakining davolashni umumiy prinsiplari

Davolash o'smaning bosqichini, lokalizatsiyasini, gistologik tuzilishini inobatga olib o'tkaziladi. Nur terapiyasi, xirurgik va ximioterapiya usullari mustaqil yoki kombinir va kompleks davo komponenti sifatida qo'llaniladi. Nur terapiya va xirurgik davo –teri rakining 1 bosqichida alternativ davo usullari hisoblanadi. Bunda o'smaning lokalizatsiyasi, murakkab topografik-anatomik sohalarda (burun qanoti, ko'z burchagi, quloq suprasi va h.k) joylashganligi, operatsiyaga qarshi ko'rsatma va operatsiya xavfi inobatga olinadi.

Nur terapiyasi mustaqil davo usuli sifatida o'smaning oyoq kafti, barmoqlarda, genitaliyda joylashganda tavsiya etilmaydi.

Xirurgik usul bilan davolashda yassi hujayrali teri rakida o'sma chetidan kamida 1,5-2sm uzoqlikda kesib olinadi.

Bazal hujayrali teri rakining tugunli va yuzaki formalarida, shuningdek yuqori takomillashgan yassi hujayrali teri rakida o'sma chetidan 0,5 sm uzoqlikda quyidagi hollarda o'sma olib tashlanadi: **-o'sma** tana terisida, oyoq –qo'llarda joylashganda va o'lchami

< 2 sm bo'lganda;

-o'sma yanoq, peshona, boshning soch qismida va bo'yinda joylashganda va o'lchami < 1 sm bo'lganda;

-o'sma qovoqlarda, burunda, periorbital sohada, yuqori labda, iyakda, jag' oldi sohasida, quloq oldi va orti sohasida, quloq suprasida, chakka, genitaliy, barmoqlar, oyoq kafti sohalarida joylashganda va o'lchamlari < 0,6 sm bo'lganda; Boshqa hollarda bazalioma chetidan 1 sm uzoqlikda o'sma olib tashlanadi

Jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadigan to'qimalar blokida o'sma atrof to'qimalari, teri osti kletchatkasi hamda o'sma atrofidagi yallig'langan yoki giperemiyalangan teri ham kiradi.

Teri rakining infiltrativ formasida o'smaning klinik aniqlanadigan qirg'og'idan kamida 2 sm uzoqlikda o'sma olib tashlanadi. O'sma jarayoniga pastki qavatdagi to'qimalar (fassiya, mushak va suyaklar) infiltratsiyalangan bo'lsa ular ham rezeksiya qilib olib tashlanadi. Mahalliy tarqalgan o'sma bo'yicha o'tkazilgan operatsiya radikalligiga shubha qilinsa olingan to'qima qirg'og'i va operatsion jarohat tubidan tezkor gistologik tekshirish o'tkaziladi.

Operatsiyadan keyingi teri defekti bo'lsa quyidagi amaliyotlar o'tkaziladi:

-o'sma oyoqlarda bo'lsa sog' oyoq sonidan erkin teri loskuti tayyorlanib plastika qilinadi;

-mahalliy to'qimalar bilan plastika qilinadi;

-kombinirlashgan teri plastikasi qilinadi;

-mikroxirurgik texnika yordamida tomirli oyoqchadagi «orolcha»li loskutlar yoki erkin to'qima loskutlari bilan plastika qilinadi.

Limfodisseksiya faqat limfa tugunlarda metastaz bo'lsa bajariladi,bunda standart jarrohlik amaliyotlari – o'mrov osti-qo'ltiq osti-

kurak osti limfodisseksiyasi, yonbosh-chov –son limfodisseksiya bajariladi.

Nur terapiyasi

Mustaqil davo usuli sifatida terining bazal - hujayrali va yassi hujayrali rakida o'sma diametri 2 smgacha bo'lgan hollarda o'tkaziladi.

O'sma diametri < 2 sm bo'lganda o'sma va uni atrofidagi to'qima 1–1,5 sm uzoqlikda SOD 60–70 Gr (ROD 2,5–3 Gr) nur terapiya beriladi.

O'sma diametri ≥ 2 sm bo'lsa 1,5–2 sm uzoqlikda SOD 60–70 Gr (ROD 2 Gr) yoki 50–60 Gr (ROD 2,5 Gr) nur terapiya beriladi.

Nur terapiya T1–T2da qisqa fokusli rentgenoterapiya (ROD 3,5–4 Gr, bazaliomada – izo ekvivalent SOD 60–65 Gr, yassi hujayrali rakda– 70 Gr) o'tkaziladi.

T1 bosqichda nur terapiyasiga alternativ davo usuli – kontakt nur terapiyasi ROD 3–5 Gr (kuniga 2 fraksiya), izo ekvivalent SOD 60–70 Gr.

T3–T4 bosqichlarda elektronoterapiya, telegammaterapiya, qo'shma nur terapiya (qo'shimcha kontakt nur terapiya) o'tkaziladi. Elektronoterapiya samarasi ustunlik qiladi. Dastlabki 4–7 fraksiyada ROD 4–5 Gr, keyinchalik 2 Grdan SOD 70 Grgacha yetkaziladi. Elektron tutam energiyasi (5–15 MeV) o'sma qalinligiga qarab tanlanadi.

T3–T4 bosqichlarda qo'shma nur terapiya (distansion va kontakt) qo'llanilishi mumkin,bunda SOD mos ravishda 40–50 Gr va 20–30 Gr bo'ladi.

Nur terapiyasi samarasi 1–1,5 oydan keyin baholanib o'sma to'liq rezorbsiya bo'lmagan bo'lsa xirurgik yo'l bilan olib tashlanadi, operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lsa qo'shimcha 20–30 Gr nur terapiya beriladi.

Bosqichlarga qarab davolash

I va II bosqichlarda (T1–2 N0 M0):

O'sma xirurgik olib tashlanadi. Kerak bo'lsa bir vaqtning o'zida operatsiyadan keyingi defekt teri plastikasi qilinadi. Gistologik tahlil xulosalariga ko'ra o'sma tanada yoki oyoq-qo'llarda bo'lsa rerezeksiya qilinadi. Boshqa lokalizatsiyalarda kosmetik natija yomon bo'lishi mumkin bo'lsa operatsiyadan keyingi nur terapiya o'tkaziladi.

Radikal programma bo'yicha nur terapiya o'tkaziladi.

Yuzaki tarqalgan bazaliomada, shu jumladan sinxron teri raki in situda, kosmetik natijani yaxshilash maqsadida fotodinamik terapiya, elektroximioterapiya, krioxirurgik usullar qo'llanilishi mumkin.

III bosqich (T1–3 N1 M0; T3 N0 M0):

O'sma xirurgik yo'l bilan olib tashlanadi va bir vaqtning o'zida operatsiyadan keyingi defekt plastika qilinib + regionar limfodisseksiya (limfa tugunlardagi metastaz sitologik yoki mofologik tasdiqlansa) operatsiyasi bajariladi. O'sma perinevral tarqalgan bo'lsa yoki katta nervlar zararlangan bo'lsa olib tashlangan o'sma joyiga operatsiyadan keyingi telegammaterapiya SOD 60–70 Gr o'tkaziladi.

Oyoq–qo'llarda joylashgan mahalliy tarqalgan o'smalarda organ saqlovchi operatsiya bajarilishi uchun optimal sharoit yaratish maqsadida sisplatin va ftoruratsil bilan regionar arteriya ichi ximioterapiya o'tkaziladi. O'sma osti yumshoq to'qimasi, suyak yoki nerv-tomir tutami keng zararlangan bo'lsa – oyoq –qo'llar amputatsiya qilinadi. Bemor operatsiyadan bosh tortsa radikal programma bo'yicha elektronoterapiya, telegammaterapiya o'tkaziladi.

IV bosqich (T4 N0 M0):

Kombinir davo: o'sma xirurgik olib tashlanadi va bir vaqtning o'zida defekt plastik operatsiya qilinadi + nur terapiya SOD 60–70 Gr;

Norezektabel o'sma bo'lsa yoki bemor operatsiyadan bosh tortsa telegamma- yoki elektronoterapiya o'tkazilib (ROD 2 Gr, SOD 60–70 Gr), 2–3 haftadan keyin rezidual o'smani xirurgik olib tashlab defekt plastik operatsiya qilinadi.

IV bosqich (T1–3 N2–3 M0, T4 N1–3 M0):

O'sma xirurgik olib tashlanadi va bir vaqtning o'zida defekt plastik operatsiya qilinadi + regionar limfodisseksiya bajariladi. O'sma oyoqqo'llarda joylashganda o'sma osti yumshoq to'qima, nerv-tomir tutami keng zararlangan bo'lsa – amputatsiya + regionar limfodisseksiya bajariladi. Ko'plab regionar metastazlar bo'lganda yoki metastatik limfa tugunlar konglomerati bo'lganda (N2–3) olib tashlangan limfatik kollektor sohasiga (ROD 2 Gr, SOD 50–60 Gr) operatsiyadan keyingi nur terapiya o'tkaziladi.

Birlamchi o'sma yoki regionar metastazlar norezektabel bo'lganda bir vaqtning o'zida ximionur terapiya o'tkaziladi: sisplatin 100 mg/m2 vena ichiga infuziya tezligi 1 mg/mingacha pred- va postgidratatsiya bilan 1-, 22-

va 43- kunlar nur terapiya birlamchi o'choqqa SOD 70 Gr (ROD 2 Gr) va regionar limfa tugunlar sohasiga SOD 50–60 Gr (ROD 2 Gr) o'tkaziladi. 2–3 haftadan keyin rezidual o'smani xirurgik olib tashlab masalasi ko'rib chiqiladi.

IV bosqich (har qanday T har qanday N M1):

Davo programma bo'yicha olib boriladi (xirurgik davo, nur terapiya, sistemali ximioterapiya qo'llanilishi mumkin). Teri rakining metastatik formalarini davolashda sistemali ximioterapiya o'tkazilishi mumkin: sisplatin 25 mg/m2 vena ichiga infuziya tezligi 1 mg/mingacha pred - va postgidratatsiya bilan 1–5- kunlar; metotreksat 15 mg/m2 vena ichiga struyno 1-, 8- va 15- kunlar; bleomitsin 15 mg/m2 vena ichiga 10 minut davomida 1-,3-,5-,8-
,10-va12-kunlar. Kurs har 3–4 haftada qaytariladi; sisplatin 100–120 mg/m2 vena ichiga infuziya tezligi 1 mg/mingacha
pred- va postgidratatsiya bilan 1- kun; ftorouratsil 800–1000 mg/m2 vena ichiga yoki arteriya ichiga (24-soatli infuziya 1–4-kunlar). 2–4 kurs 4 haftali interval bilan o'tkaziladi.

Teri rakining qaytalangan o'smalarining davosi xirurgik va kombinirlashgan bo'ladi.

X BOB. MELANOMA

Nevuslar – odatda xol yoki xolli dog' deb aytilib, embrional rivojanish nuqsoni bo'lib teri (kam hollarda shilliq qavat) sathidan ko'tarilib turadigan xavfsiz hujayralardan iborat hosila yoki dog' bo'lib hisoblanadi. Nevus bu melanotsitlar - melanin pigmentini ishlab chiqaradigan hujayralar to'planmasidir. Har bir melanotsitning o'sig'i bo'lib uning yordamida melanin pigmenti teri, soch yoki shilliq qavatlarga uzatiladi, ammo ayrim melanotsitlarda bu o'siq bo'lmaydi. Bunday melanotsitlar tananing ayrim joylarida yig'ilib nevus-xol hosil qiladi, bu holat terining tug'ma nuqsoni hisoblanadi.

Xavf omillari

Ekzogen omillarga melanotsitlarga shikastlovchi ta'sir etadigan tashqi muhit omilari kiradi:

1.Fizikaviy omillar:

-Quyoshning ultrabinafsha nurlari. Bunda uning ta'sir etish vaqti emas intensivligi muhim rol o'ynaydi. Hatto bolalikda olingan quyoshdan kuyish keyinchalik melanoma rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

-Ionlovchi nurlanish;

-Elektromagnit nurlanish. Bu ko'pincha elektrokommunikatsiya kasbi bilan bog'liq bo'lgan hollarda uchraydi.

-Mexanik travma. Xolga doimiy mexanik ta'sir qilib borish ham melanoma kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

- Kimyoviy omillarga neft mahsulotlari, plastmass, polivinilxlorid, kraska bo'yoqlar, farmatsevtika sohasi mahsulotlari ta'sir qilishi mumkin.

-Melanotsitlar defektini chaqiruvchi biologik omillarga:

-doimiy ko'p miqdorda hayvon yog'lari va oqsillarini iste'mol qilish;

-A vitamin yetishmasligi;

-oral kontratseptiv va dorilarni iste'mol qilish (bu hozircha isbotlanmagan taxmin hisoblanadi, chunki teri raki kelib chiqishi bilan gormonal vositalar bog'liqligi isbotlanmagan).

Endogen omillar -Irqqa bog'liqligi.

Negroid irqli insonlar deyarli melanoma bilan og'rimaydi.

Yevropoidlarda kasallanish ko'p uchraydi.

-Immun omillari. Immunodefitsit holatlari xavfli o'smalar rivojlanish ehtimolini oshiradi.

-Endokrin omillar. Gormonal disbalans melanotsitlar malignizatsiyasini chaqirishi mumkin.

Semizlik;

Yoshi va jinsi . Melanoma bilan ko'proq ayollar kasallanib kasallikning eng ko'p uchrash cho'qqisi 40-50 yoshga to'g'ri keladi.

Nasldan naslga o'tish

Ko'pincha melanoma pigmentli xol (nevus) o'rnida rivojlanadi. Melanoma asosan tug'ma emas, orttirilgan melanotsitar nevuslardan rivojlanadi.

Melanomaga o'tish ehtimoli yuqori bo'lgan quyidagi nevuslar farqlanadi:

Ota nevusi - Birinchi bor ushbu nevusni xarakterlagan olim nomiga berilgan bo'lib, mongol dog'iga o'xshab asosan osiyoliklarda yuz sohasida uchraydi. Katta o'lchamlarga yetishi mumkin, kul rangda bo'ladi. Nafaqat teri, balki ko'z tuzilmasi ham zararlanishi mumkin. Sababi tug'ma bo'lib embrional rivojlanish davrida terining uch shoxli nerv bo'ylab joylashuvi buziladi. Shu sababli darhol tug'ilgandan keyin yoki 20 yoshgacha Ota nevusi paydo bo'ladi.

Simptomlari: yuz, quloq suprasi, ko'z konyunktivasi, yonoq ichki yuzasida ko'k- kulrangdagi notekis va rangi bir xil bo'lmagan hosila paydo bo'ladi, mustaqil ravishda yo'qolmaydi, sekin o'sadi va melanomaga o'tish ehtimoli bo'ladi. 20 yoshdan keyin paydo bo'lmaydi.

Dyubreyl melanozi- pigmentli hosila bo'lib, terining melanoma oldi zararlanishi hisoblanadi, asosan qari yoshlilarda uchraydi. Ayrim mualliflar teri melanomasi 10-33foiz hollarda Dyubreyl melanozidan kelib chiqadi deb hisoblashadi. Uning melanomaga o'tishi insolyasiya, mexanik, ximik va boshqa travmalar bo'lishi mumkin.

Simptomlari: yassi pigmentli dog' bo'lib, notekis qirg'oqlari geografik kartani eslatadi, dastlab och-qo'ng'ir rangli, diametri 2-3sm bo'ladi. Keyinchalik rangi qorayib boradi va o'lchami 20 smgacha yetishi mumkin. Dyubrey melanozi melanomaga o'tish vaqtida pigmentli dog' sohasida papillamatoz yuzali qattiqlik paydo bo'ladi, rangi o'zgaradi, yuzasida

eroziya o'choqlari paydo bo'lishi mumkin. Tibbiyot nuqtai nazaridan Dyubrey melanozi nevus hisoblanmasdan, balki melanin pigmentini epidermis ostida notekis to'planishidir. Asosan 65 yoshdan oshgan odamlarda uchraydi. Melanin pigmentini epidermis ostida to'planishi quyosh nurlari tushadigan tananing ochiq joylarida ko'proq uchraydi. Amalda bu holat 1/3 holatda melanomaga o'tadi.

Gigant tug'ma nevus- katta pigmentli dog' bo'lib tug'ma hisoblanadi. Rangi och–yoki to'q qo'ng'ir rangda bo'ladi. O'lchami 3 smdan to bir anatomik sohani to'liq egallashi mumkin aylana shaklda bo'ladi.Teri o'zgarmagan yoki g'adir budir, ajinsimion, usti tuk bilan qoplanishi mumkin. Uni melanomaga o'tish ehtimoli borligi uchun operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi, o'lchami katta bo'lsa bir nechta bosqichda operatsiya qilinadi.

Ko'k nevus- (Yadasson-Tiche ko'k nevusi) — terining tug'ma pigmentli hosilasi bo'lib , to'q – ko'k rangda bo'ladi, bitta va ayrim hollarda ko'p sonli bo'lishi mumkin. Bu nevus xavfsiz, ammo melanomaga o'tish xavfi bo'ladi. Diametri kam hollarda 5 mmdan oshadi, chegarasi aniq, zich konsistensiyali, oval shaklida va teri sathidan ko'tarilib turadi. Ko'pincha balog'at yoshiga yetish vaqtida paydo bo'ladi, agarda o'lchami 1 smdan kichik bo'lsa kuzatib turiladi, kattalashsa yoki rangi o'zgarsa xirurgik yo'l bilan olib tashlanadi.

Melanoma oldi kasalliklari:

Dyubreyl melanozi,
kseroderma, ko'k yoki gigant
nevus.

Tavsiflash

Odam terisidagi barcha nevuslar **3 ta kliniko-gistologik tipga** bo'linadi.

1. Teri ichi (intradermal) nevuslar teri qalinligida chuqur joylashib, epidermisni tugunchaday ko'taradi, och-qo'ng'ir rangda bo'lib aksariyat hollarda tug'ma yoki erta bolalikda paydo bo'ladi.

2. Aralash tipdagi nevuslar - intradermal nevus hujayralari epidermis va derma o'rtasidagi bazal membranaga yetganda paydo bo'ladi va intradermal nevuslarga juda o'xshaydi, faqat tugun atrofida pigmentatsiya hoshiyasi bo'ladi. Aralash nevuslar ham tug'ma yoki bola

tug'ilgandan keyin paydo bo'ladi. Intradermal va aralash tipdagi nevuslardan deyarli melanoma kelib chiqmaydi.

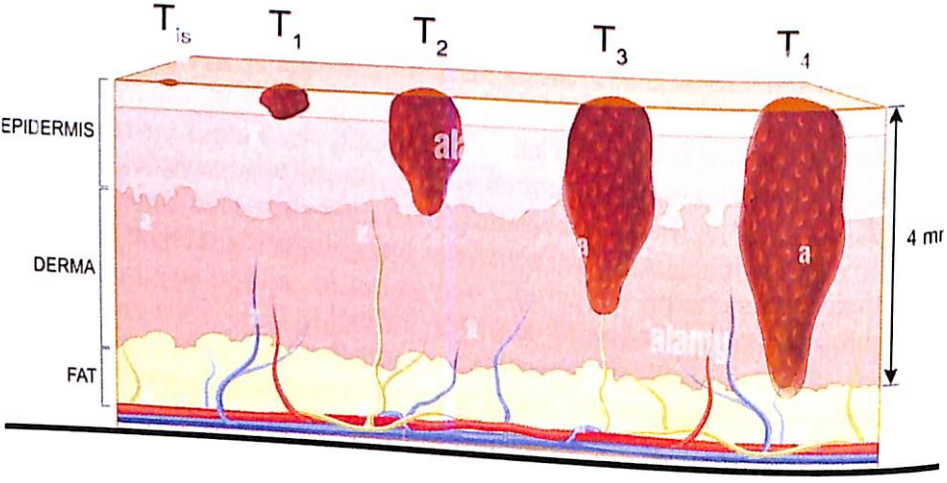
3. Chegaraviy nevuslar epidermis va derma chegarasi bo'ylab joylashadi va ular aksariyat hollarda orttirilgan bo'lib 15-25 yoshlarda paydo bo'ladi va melanoma kelib chiqish ehtimoli yuqori bo'ladi. Dastlab uni o'lchami 2-3 mmga teng bo'ladi, agarda u 5-6 mmga yetsa darhol onkologga murojaat qilish talab etiladi.

Melanoma qalinligi (Breslow bo'yicha) va uning "Kritik massasi"

Ø 2 mm = 0,004 sm3 = 4·106 kl.
Ø 4 mm = 0,033 sm3 = 33·106 kl.
Ø 1,25 sm = 1,0 sm3 = 1 g = 109 kl.
Ø 2 sm = 4,2 sm3 = 4·109 kl.
Ø 3 sm = 14 sm3 = 14·109 kl.
Ø 5 sm = 65,4 sm3 = 65·109 kl.
Ø 6 sm = 113 sm3 = 113·109 kl.
Ø 10 sm = 523 sm3 = 523·109 kl.

- T1 < 1 mm
- T2 1-2 mm
- T3 2-4 mm • T4 > 4 mm

Melanomaning invaziya darajasi (Clark) bo'yicha



Melanomaning pTNM patomorfologik tasnifi 3 kriteriyga asoslanadi:

1. O'smaning qalinligi (Breslow) usuli bo'yicha o'smaning vertikal diametri, mm
2. O'smaning invaziyasi (Klark usuli)
3. Birlamchi o'smaning yemirilganligi (yaralanganligi) yoki yaralanmaganligi pTx-birlamchi o'smani baholash imkoni bo'lmaydi. pT0-birlamchi o'sma haqida ma'lumot yo'q.

pTis- Melanoma in situ (Klark bo'yicha 1-darajali invaziya)

pT1-melanoma qalinligi 1,0 mmgacha, yaralangan yoki yaralanmagan. pT1a- melanoma qalinligi 1,0 mmgacha, invaziya darajasi II yoki III va yaralanmagan:

pT1b- melanoma qalinligi 1,0 mmgacha, invaziya darajasi IV yoki V yoki yaralangan:

pT2- melanoma qalinligi 1,01-2 mm yaralangan yoki yaralanmagan:

T2a- melanoma qalinligi 1,01-2 mm yaralanmagan; T2b- melanoma qalinligi 1,01-2 mm yaralangan:

pT3- melanoma qalinligi 2,01-4 mm yaralangan yoki yaralanmagan:

pT3a- melanoma qalinligi 2,01-4 mm yaralanmagan ;

pT3b- melanoma qalinligi 2,01-4 mm yaralangan ;

pT4- melanoma qalinligi 4 mmdan katta yaralangan yoki yaralanmagan; pT4a- melanoma qalinligi 4 mmdan katta yaralanmagan; pT4b- melanoma qalinligi 4 mmdan katta yaralangan ; pN1- bitta regionar limfa tugunlarga metastaz bo'ladi. pN1a- yashirin (mikroskopik) metastaz bo'ladi. pN1b- makroskopik metastaz bo'ladi.

pN2- ikkita yoki uchta regionar limfa tugunlarga, jumladan satellit va tranzit metastaz bo'ladi.

pN2a- yashirin (mikroskopik) metastaz bo'ladi. pN2b-makroskopik metastaz bo'ladi.

pN2s- limfa tuguni zararlanmasdan satellit yoki tranzit metastaz bo'ladi.

pN3- to'rt yoki undan ortiq tugunlarga, o'zaro yopishgan regionar limfa tugunlarga yoki limfa tuguni zararlangan satellit va tranzit metastaz bo'ladi pM1-uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi.

pM1a-teri, teri osti kletchatkasi yoki uzoq limfa tugunlariga metastaz bor.

pM1b-o'pkalarga metastaz bo'ladi

pM1s-ichki a'zolarga metastaz yoki laktotdegidragenaza ko'tarilishi bilan kechadigan har qanday uzoq a'zolarga metastaz

0 bosqich	**rTis**	**N0**	**M0**
1 bosqich	pT1	N0	M0
IA bosqich	pT1a	N0	M0
IV bosqich	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	M0
IIA bosqich	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
IIB bosqich	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
IIC bosqich	pT4b	N0	M0
III bosqich	Har qanday pT	N1-3	M0
IIIA bosqich	pT1a-4a	N1a,2a	M0
IIIV bosqich	pT1a-4a	N1b,2b,2c	M0
	pT1b-4b	N1a,2a,2c	M0
IIIC bosqich	pT1b-4b	N1b,2b	M0
IV bosqich	Har qanday pT	N3	M0
	Har qanday pT	Har qanday N	M1

Melanoma o'sishining klinik formalari:

- yuzaki (gorizontal) – 70 foiz
- tugunli melanoma - 15-20 foiz
- lentigo-melanoma - 4 -10 foiz
- akral melanoma - 2-8 foiz
- pigmentsiz melanoma – 5 foiz

Yuzaki- tarqalgan melanoma-70foiz hollarda uchraydi. O'rtacha 3050 yoshlarda uchrab ayollarda oyoqlarda, erkaklarda tana orqa yuzasida joylashadi. Melanomaning bu shakli nevus (xol) o'rnida, yoki o'zgarmagan teri qoplamasidan ham rivojlanishi mumkin. Bunda terida chegarasi notekis

va noto'g'ri shakldagi teri sathidan ko'tarilib turgan hosila paydo bo'ladi. Uning rangi och qo'ng'ir yoki qora va ko'k rangda bo'lishi mumkin. Keyinchalik o'sma zichlashib boradi va dastlab "pilakcha" (blyashka) hamda keyin tugun paydo bo'ladi va uning yuzasi yaralanadi. Melanomaning bu shakli ayollarda ko'proq uchraydi. Oqibati nisbatan yaxshi, 2 fazali – dastlab radial va keyin vertikal o'sadi. Radial fazasi yillab davom etishi mumkin, rivojlanish potensiali past bo'ladi, vertikal fazaga o'tgach kasallik tez tarqaydi.

Lentigo melanoma-5 foiz hollarda uchraydi. Bu shakli xavfli lentigo yoki Xatchinson "sepkili" nomlari bilan ham aytiladi. Ko'pincha qarilik pigmentli dog', tug'ma xol, kam hollarda oddiy xoldan kelib chiqadi. Bu shakli quyoshning ultrabinafsha nurlari ko'p ta'sir qiladigan tananing ochiq sohalari-yuz, quloq, bo'yinlarda uchraydi. 2 fazali – dastlab radial va keyin vertikal o'sadi. Radial fazasi 10-20 yillar, vertikal fazasi esa bir necha oylar emas, yillar davom etishi mumkin. Oqibati yaxshi bo'ladi.

Akral-lentiginoz melanoma (10 foiz hollarda uchraydi) ko'pincha qora tanli odamlarda uchraydi va oyoq-qo'l kaftlarida, tirnoqlar atrofida uchraydi. O'sma tez o'sadi va tez metastazlanadi. Dastlab qo'ng'ir rangli dog' paydo bo'ladi, tirnoq ostida to'q qizil yoki ko'kimtir-qizil rang ko'rinishida bo'ladi. Kasallik progressiyalanib borgan sari u yaralanadi,va tirnoq zararlanib yemirilishi mumkin. 2 fazali – dastlab radial va keyin vertikal o'sadi.

Tugunli melanoma(15 foiz hollarda uchraydi) juda agressiv o'sishi bilan namoyon bo'ladi va o'rtacha 6 oydan 18 oygacha davom etadi.Tananing har qanday joyida uchrashi mumkin. Bu shakli gorizontal o'smasdan birdan vertikal o'sadi. Hosil bo'ladigan tugunning yuzasi yupqalashadi, oson shikastlanadi va qon ketishi kuzatilishi mumkin.Tugunda yara paydo bo'la boradi, undan sarg'imtir suyuqlik ajraladi, ayrim hollarda qonli ajralma kelishi mumkin. Rangi och – sarg'ishdan to'q-ko'k rang bo'ladi.

Melanomaning pigmentsiz (amelanotik)shakli kam uchraydi. Bunday nomlanishiga sabab melanotsitlarda patologik o'zgarishlar tufayli pigment yemiriladi va rangsiz bo'lib qoladi. U biroz qizg'imtir yoki tana rangida bo'lishi mumkin.

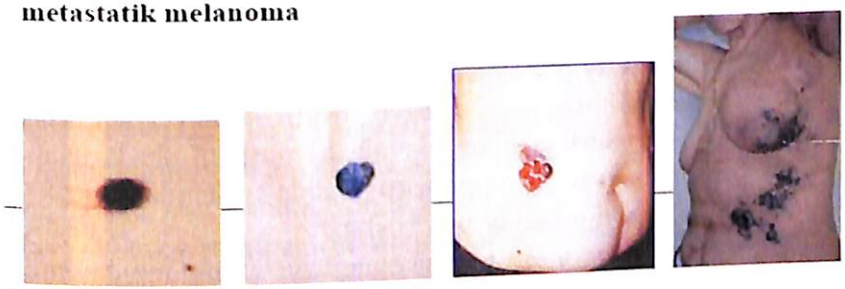
0 bosqich	rTis	N0	M0
1 bosqich	pT1	N0	M0
IA bosqich	pT1a	N0	M0
IV bosqich	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	M0
IIA bosqich	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
IIB bosqich	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
IIC bosqich	pT4b	N0	M0
III bosqich	Har qanday pT	N1-3	M0
IIIA bosqich	pT1a-4a	N1a,2a	M0
IIIV bosqich	pT1a-4a	N1b,2b,2c	M0
	pT1b-4b	N1a,2a,2c	M0
IIIC bosqich	pT1b-4b	N1b,2b	M0
	Har qanday pT	N3	M0
IV bosqich	Har qanday pT	Har qanday N	M1

Nevusning displaziya belgilari

- O‘lchamlarining kattalashuvi;
- Rangining o‘zgarishi;
- pigmentatsiya va depigmentatsiya zonalarini paydo bo‘lishi;
- Nevus atrofida depigmentatsiya zonalarini paydo bo‘lishi;
- Nevus yuzasidan soch tolasini tushishi;
- yaralanishi;
- vertikal o‘sish sohalarini paydo bo‘lishi;
- Yallig‘lanish belgilari: giperemiya,og‘riq, qichish

Melanomaning biologik progressiya etaplari

Melanotsit ⇨ nevus ⇨ displastik nevus ⇨ melanoma "*in situ*"⇨yuzaki melanoma⇨ tugunli melanoma⇨ metastatik melanoma



Melanoma: ABCD - test Diagnostikasi:

1. Teri qoplamasini, shu jumladan bosh soch qismi, jinsiy a'zolar va perianal zonani ko'zdan kechirish;
2. Palpatsiya qilish imkoni bo'lgan barcha limfa tugunlar (bo'yin, qo'ltiq osti, son-chov va h.k.) palpatsiyasi;
3. Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenografiyasi;
4. Qorin bo'shlig'i va regionar limfa tugunlar UTT yoki chov-yonbosh limfa tugunlarda metastaz bo'lsa kichik chanoqni KT tekshiruvi;
5. Yaralangan o'sma yuzasidan sitologik tekshirish uchun surtma olish;
6. O'sma yaralanmagan bo'lsa ekssizion biopsiya va tezkor intraoperatsion gistologik tekshirish;
7. UTT asosida kattalashgan limfa tugunlar bo'lsa aspiratsion biopsiya.
8. Agarda bu usul yetarli informatsiya bermasa- kattalashgan limfa tugun ekssizion biopsiyasi;
9. Osteossintigrafiya, qorin va ko'krak qafasi a'zolarini KT, klinik belgilari bo'lganda bosh miyani KT yoki MRT Laboratoriya tekshiruvlari:

Qon guruhi va rezus-faktor;
Sifilis seroreaksiyasi;
Virusli gepatit B va C;
OIVga tekshirish;
Umumiy qon va siydik tahlili;

Qon bioximik tekshiruvi(umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza, AsAT, AlAT, LDG, ishqor fosfataza, elektrolitlar – K, Na, Ca, Cl);

koagulogramma;

EKG.

Davolash

Davolashning asosiy prinsiplari:

Teri melanomasining asosiy davo usuli – xirurgik. Metastatik formalarida xirurgik, dorilar bilan davolash mustaqil davo usuli yoki kombinir va kompleks davoni komponenti sifatida qo'llaniladi.

Anesteziologik ta'minotni o'ziga xosligi:

-Teri melanomasi bo'yicha barcha operatsiyalar umumiy narkoz ostida bajariladi;

-melanomaning klinik belgilari bo'lmaganda teridagi pigmentli hosilaning ekssizion biopsiyasi mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajariladi(in'eksion igna pigmentli hosilaga yoki uning ostiga kirmasligi kerak);

- melanomaning klinik belgilari bo'lganda, ekssizion biopsiya narkoz ostida bajariladi.

Xirurgik operatsiyalar standarti.

Ekssizion biopsiyada o'smadan 2-3 mm uzoqlikda ellipssimon kesiladi, tezkor gistologik tekshiruv o'tkaziladi, va ko'rsatma bo'yicha radikal operatsiya bajariladi. Bunda parafin preparati bilan pTni aniqlash qiyin bo'lganda yoki tashxisga shubha bo'lganda radikal operatsiya qisqa kunlar ichida bajariladi.

O'sma chegarisidan quyidagi uzoqlikda kesma o'tkaziladi: melanoma in situ – 0,5 sm;

melanoma qalinligi ≤ 1,0 mm – 1,0 sm; melanoma qalinligi 1,01–2 mm – 1–2 sm;melanoma qalinligi 2 mmdan ko'p bo'lsa – 2 smdan ko'p bo'ladi.

Katta yaralangan melanomada o'sma klinik aniqlanadigan chegaradan kamida 3 sm uzoqlikda kesma o'tkaziladi (regionar limfa tugunlardan distal yo'nalishda kamida 3 sm, proksimal yo'nalishda 4–5 sm uzoqlikda kesma o'tkaziladi.

Melanoma atrof teri, teri osti kletchatkasi, mushak fassiyasi yoki aponevrozi bilan bir blokda olinadi.

Melanoma qo'l va oyoq barmoqlarida bo'lsa amputatsiya, ekzoartikulyasiya bajariladi. Yuzaki melanomada organ saqlovchi operatsiya plastika bilan bajariladi.

Katta hajmdagi yara defekti bo'lganda quyidagi plastik operatsiyalar bajariladi:

-o'sma oyoqlarda bo'lsa sog' oyoq sonidan erkin teri loskuti tayyorlanib plastika qilinadi;

-mahalliy to'qimalar bilan plastika qilinadi;

- Kombinirlashgan teri plastikasi qilinadi;

-mikroxirurgik texnika yordamida tomirli oyoqchadagi «orolcha»li loskutlar yoki erkin to'qima loskutlari bilan plastika qilinadi.

Limfodisseksiya faqat limfa tugunlarda metastaz bo'lsa bajariladi, bunda birlamchi o'choq bir vaqtda olinadi.

Profilaktik limfodisseksiya birlamchi o'sma limfatik regionar kollektor proeksiyasida joylashganda, metastaz berish ehtimoli yuqori bo'lganda (o'smani yaralanganligi va qalinligini 2 mmdan ortiqligi) bajariladi.

Regionar limfa tugunlardagi standart xirurgik operatsiyalar:

-o'mrov osti-qo'ltiq osti;- kurak osti limfodisseksiyasi;, yonbosh-chov – son limfodisseksiyasida limfa tugunlar aorta bifurkatsiyasigacha tozalanadi. Kechiktirilgan davolash limfodisseksiyasi birlamchi o'sma davolangandan keyin regionar limfa tugunlarda metastazlar paydo bo'lganda bajariladi.

Nur terapiyasi

Nur terapiyasi asosan palliativ maqsadda quyidagi fraksiyalash rejimida qo'llaniladi:

6 hafta davomida ROD -2 Grdan 30 fraksiyada SOD 60 Gr ;

4 hafta davomida ROD-2,5 Grdan 20 fraksiyada SOD 50 Gr ;

4 hafta davomida ROD-2,4 Grdan 20 fraksiyada SOD 48 Gr ;

2,5 hafta davomida (haftada ikki marta) ROD-6 Grdan 5 fraksiyada SOD 30 Gr ;

Distansion nur terapiya (ROD 2 Gr) SOD 60 Gr operatsiyadan keyin regionar limfa kollektorlar sohasiga beriladi.

Operatsiyadan keyin nur terapiyaga ko'rsatma:

-Makroskopik aniqlanadigan metastaz bo'yicha quloq oldi so'lak bezi rezeksiyasidan keyingi holat;

-4 va undan ortiq limfa tugunlarda metastazlar bo'lganda:

- metastazlarni makroskopik ekstrakapsulyar tarqalgan holatida;
- Limfadenektomiyadan keyin qayta regionar metastaz paydo bo'lganda

Melanomani bosqichlariga ko'ra davolash I va II bosqich:

Birlamchi o'choqni xirurgik yo'l bilan olib tashlash va kerak bo'lganda teri plastikasi amaliyotni bajarish.

III bosqich:

Birlamchi o'choqni xirurgik yo'l bilan olib tashlash (shu jumladan satellit va tranzitor metastazlarni) + regionar limfodisseksiya ± zararlangan limfatik kollektor sohasiga operatsiyadan keyingi nur terapiya SOD 60 Gr o'tkazish; Oyoqlarda ko'plab tranzit metastazlar (N2c) bo'lganda regionar perfuzion ximioterapiya o'tkazish kerak.

IV bosqich:

Bemorning umumiy holati kompensirlangan holatda bo'lsa va o'sma intoksikatsiyasi belgilari yorqin namoyon bo'lmasa individual sxema bo'yicha kompleks davo - ximioterapiya, ximioimmunoterapiya, palliativ nur terapiya o'tkaziladi;

-umumiy holati kompensirlangan bemorlarda solitar visseral metastazlar bo'lsa u xirurgik olib tashlanadi; palliativ xirurgik operatsiyalar sanitar ko'rsatma bo'yicha o'tkaziladi. **Melanomani tarqalgan formalarida ximioterapiya tartibi**

Sisplatin 20 mg/m2 vena ichi infuziyasi tezligi 1 mg/mingacha gidratatsiya fonida 2–5-y kun; dakarbazin 800 mg/m2 2-soatli vena ichi infuziyasi 1- kun. Sikl – har 3 haftada takrorlanadi.

Dakarbazin 200–250 mg/m2 vena ichiga 15–30 minut davomida yuboriladi 1–5-kun.

Sikl – har 3 haftada takrorlanadi (oldingi sikl boshlangandan keyin 28 kun o'tgach).

Paklitaksel 175 mg/m2 vena ichiga 3 soat davomida - kun premedikatsiyadan keyin;

Paklitaksel tugagandan keyin karboplatin AUS 5 vena ichiga 30 minut davomida.

Sikl – har 3 haftada takrorlanadi.

Melanomani profilaktikasi

- Chegaraviy nevuslarni o'z vaqtida olib tashlash;
- Oftob ultrabinafsha nurlarini chegaralash (ratsional qorayish, ishlab chiqarishda texnika xavfsizligi qoidalariga rioya qilish; • Nevus joylashgan sohani travmalardan ehtiyot qilish.

sistem ximioterapiya o'tkazilishi mumkin: sisplatin 25 mg/m2 vena ichiga infuziya tezligi 1 mg/mingacha pred- va post gidratasiya fonida.

XI BOB. PASTKI LAB RAKI

Epidemiologiya

Xavfli o'sma kasalliklari tuzilmasida lab raki 9 o'rinni egallaydi. Ayollarda erkaklarga nisbatan 3 marta kam uchraydi, buning sababi erkaklarda zararli odatlarning ko'pligi va og'ir mehnat sharoiti bilan bog'liq bo'ladi. Aksariyat hollarda 50-70 yoshli odamlarda uchrasada, yoshlar o'rtasida ham kuzatilishi mumkin. Odamda lab 3 qismdan: teri, qizil hoshiya (vermilion-vermillion) va shilliq qavatdan iborat bo'ladi. Dastlabki 2 qismi tashqi va shilliq qavati ichki qism hisoblanadi. Teri yassi hujayrali muguzlanuvchi epiteliy bilan qoplangan bo'lib unda yog' va ter bezlari ham mavjud bo'ladi. Labning o'tish zonasida (qizil hoshiya) muguz qavati juda yupqa bo'lib, deyarli shaffof hisoblanadi va unda juda ko'p qon tomirlari bo'ladi shuning uchun ham u qizil bo'ladi. Qizil hoshiyada juda ko'p nerv tolalari oxirlari bo'lgani uchun o'ta sezuvchan bo'ladi. Shilliq qavati labning ichki qismi bo'lib unda shilliq va so'lak bezlari joylashgan bo'ladi, u milkka o'tadi va burma hosil qilib jag' suyagiga birikadi.

Ikkala lab burchakda maxsus bitishma bilan birikadi. Lab og'izning aylanma mushaklari va yuz hamda uch shoxli nervlar faoliyati tufayli harakatlanadi. U ovoz hosil qilishda, mimika va ovqatlanishda ishtirok etadi.

Yassi hujayrali rak asosan qizil hoshiya sohasida boshlanib u o'sgan sari teri va shilliq qavati sohalariga o'tadi. Ko'proq labning o'rta qismda, kamroq burchaklarida uchraydi. 95 foiz hollarda pastki labda uchraydi, bu uning o'ziga xos anatomik tuzilishi bilan tushuntiriladi. Sababi unga yog' va so'lak bezlari kam joylashgan bo'lib ularning moddalari kam ajralib chiqadi va natijada ko'proq ta'sir qiluvchi zararli omillardan kamroq himoya qiladi. Yuqori lab kam hollarda zararlanib asosan ayollarda uchraydi.

Lab rakining xavf omillari va sabablari:

Lab rakining kelib chiqishiga chekish (asosan trubka orqali) va tamaki aralashmalari iste'mol qilish sabab bo'lishi tadqiqotlarda isbotlangan. Bu zararli odat shilliq qavatga shikastlovchi ta'sir qilib turli kasalliklar (Masalan: leykoplakiya) ga olib keladi. Tamaki tarkibidagi ximik kanserogen moddalardan tashqari, mexanik va yuqori temperatura orqali termik kuyishlar ham ta'sir qiladi.

Agar odam alkogol ham iste'mol qilsa rak xavfi bir necha bor oshadi.

Boshqa xavfli omillarga:

- Quyoshning ultra binafsha nurlarining uzoq va doimiy ta'siri;
- Yuqori haroratli ish joylarda ishlash (masalan: po'lat quyish sexi)
- Noqulay iqlim sharoitlari (shamol, havo haroratining tez o'zgarishi, quruq iqlim). Issiq va sovuq harorat xeylit kasalligini chaqiradi.
- Infeksion kasalliklar,(gerpes), OIT surunkali kasalliklari;
- travmalar. (mexanik, ximik, termik) Tishlarning o'tkir uchlari yoki labni tishlab yurish odati; yoki noto'g'ri qo'yilgan protezlar;
- kimyoviy moddalarning ta'siri, kuyishlar;
- avitaminoz S,E, A;
- doimiy issiq va achchiq ovqatlar iste'mol qilish; • so'lak bezlari gipofunksiyasi; **Labning obligat rak oldi kasalliklari:**

Lab qizil hoshiyasining so'galli predraki – xavfli o'smaga o'tish ehtimoli yuqori bo'lgan obligat rak oldi kasalligi bo'lib 1-2 oy ichida xavfli o'smaga transformatsiya bo'ladi. Ko'pincha lab burchagi va o'rta chiziq oralig'ida joylashadi, dastlab og'riqsiz bo'ladi, ko'rinishi tugun yoki pilakcha shaklida, yuzasi g'adir-budir, ayrim hollarda yuzasi yupqa po'st bilan qoplangan bo'lib uni ajratib olib bo'lmaydi. O'lchamlari 4-10 mm atrofida bo'ladi.

Manganotti xeyliti - ilk bor 1933 yilda italyan dermatologi Xeylit tomonidan izohlanganligi sababli xeylitning ushbu turi uning nomi bilan ataladi. Asosan 50 yoshdan o'tgan chekuvchi erkaklarda ko'proq uchrab ular buning sababini Herpes labialisning qaytalanishi va travma (tishlab olish) bilan bog'lashadi. Bu obligat rak oldi kasalligi bo'lib bir yoki bir nechta chetlari notekis, shakli noto'g'ri bo'lgan eroziya o'choqlaridan iborat bo'ladi. Yuzasi qonli po'st bilan qoplangan bo'lib, po'st olinganda qonaydi. Diagnostikasi bemorning shikoyati, anamnezi, fizikaviy ma'lumotlar va labarotoriya tekshiruvlari asosida qo'yiladi.

Lab qizil hoshiyasining chegaralangan giperkeratozi

(hyperkeratosis precancerosa circumscripta) — lab qizil hoshiyasining diametri 0,2 – 1 smgacha bo'lgan chegaralangan zararlanishi bo'lib, yuzasi tekis, yupqa mustahkam joylashgan oq-kul rangli qipiq-muguz bilan qoplangan, qirilganda ajratib bo'lmaydi, palpatsiyada qattiqlik aniqlanmaydi. Gistologik tekshirganda to'qima mag'zida epiteliy proliferatsiyasi, tikanakli qavatning diskompleksatsiyasi kuzatilib, yuzasida giperkeratoz aniqlanadi. Proliferatsiya ostidagi biriktiruvchi to'qimada ko'p sonli plazmatik va semiz hujayralar hamda polimorf-hujayrali infiltratsiya kuzatilib ayrim joylarda bazal membrana buzilgan bo'ladi.

Leykoplakiya muguzlanishning buzilishi tufayli kelib chiqadigan diskeratoz bo'lib ko'pincha katta yoshli odamlarda uchraydi. Uning quyidagi 3 xil turi mavjud: **yassi-** chegarasi aniq oq dog' bo'lib yupqa tekis pardaga o'xshaydi va
mexanik olib tashlab bo'lmaydi; **verrukoz (so'galsimon)**-oq dog' ko'rinishda bo'lib, karashga
o'xshaydi va chegaralari aniq bo'ladi.

sochli leykoplakiya odatda OIV bilan kasallangan bemorlarda immunosupressiv holatda uchraydi, zararlangan soha ko'plab kichik "ipchalar" ko'rinishida bo'lib, mikroskop ostida gilam yuzasiga o'xshab ko'rinadi.

Lab qizil hoshiyasining teri shoxi - (cornu cutaneum) epiteliyning chegaralangan giperplaziyasi bo'lib kuchli ifodalangan giperkeratoz bilan xarakterlanadi, diametri 1 sm. gacha bo'lib –konussimon o'siq (shox) ko'rinishida bo'ladi, rangi kulrang –qo'ng'irsimion bo'ladi, yillab davom etadi malignizatsiyasi atrofida yallig'lanish, qattiqlashuv va muguzlanishning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi.

Muguzlanuvchi papilloma- virusli infeksiyalar, (shu jumladan VPCH) tufayli kelib chiqadi, och-qizg'ish rangli so'galsimon bo'lib teri sathidan ko'tarilib turadi;

Lab eritroplakiyasi – rak oldi kasalligi bo'lib, bemorlar zararlangan sohada achishishga bezovta bo'ladi, chegarasi aniq, to'q qizil rangda bo'lib diametri 2 smgacha bo'ladi. Diagnostikasi –bemorning shikoyati, anamnez ma'lumotlari, fizikal tekshiruvlar va sitologik tekshirish asosida qo'yiladi.

Qizil yugurik (volchanka –yarali va giperkeratoz shakli).

Uning **(lupuserythematodes)**: nisbatan yaxshi kechadigan surunkali (diskoid) va og'ir kechuvchi o'tkir (tizimli) shakli farqlanadi.

Labning qizil hoshiyasida qizil yugurikning 4 xil klinik shakli:

-tipik;

-klinik ko'rinish atrofiyalanmagan;

-eroziv –yarali shakli kuchli ifodalangan yallig'lanish belgilari, yorqin qizil rangli o'choqlar bo'lib, shishadi, eroziyalanib yoriqlar paydo bo'ladi, qonli-yiringli po'st bilan qoplanadi. Bemorlarni kuchli achishish, og'riq va qichishish bezovta qilib, ovqat vaqtida kuchayadi. Yara bitgandan keyin joyida atrofiyalangan chandiq qoladi;

- ***Chuqur joylashgan*** **Kaposhi — Irganga shakli** kam uchraydi, zararlangan zona tugunsimon, lab yuzasidan ko'tarilgan, yuzasida eritema va giperkeratoz belgilari bo'ladi.

Labning keratoakantomasi – tez o'sadigan epitelial o'sma bo'lib rak oldi kasalligi hisoblanadi. Labning qizil hoshiyasida og'riqsiz hosila paydo bo'lib o'rtasi chuqurlashadi, ichi muguz massa bilan to'lgan bo'ladi. **Fon kasalliklari**

- *Yassi leykoplakiya. Oq dog' ko'rinishda bo'lib, karashga o'xshaydi va chegaralari aniq bo'ladi • Surunkali yaralar va yoriqlar; Nurdan keyingi, aktinik xeylit. Qizil rangli eroziya shaklida bo'ladi;*

Lab rakining morfologik tiplari:

- *Yassi hujayrali muguzlanadigan rak (lab terisi raki);*
- *Yassi hujayrali muguzlanmaydigan rak (lab shilliq qavati qismi).*

Birinchisi – Yassi hujayrali muguzlanadigan rak 95 foiz hollarda uchrab, sekin o'sadi va kam hollarda yaralanib metastaz beradi.

Yassi hujayrali muguzlanmaydigan rak agressiv kechib 5 foiz bemorlarda uchraydi.

Kam hollarda takomillashmagan (differentsiallashmagan) shakli ham uchraydi va u oqibatining o'ta yomonligi bilan xarakterlanadi **Lab rakining klinik shakllari :**

1. **Ekzofit:** papillyar va so'galsimon shakli. Bu shakli muguzlanadigan gistologik turidan kelib chiqib, papilloma, so'gallar, teri

shoxi, diskeratoz fonida rivojlanadi. Dastlab papilloma yuzasida yaracha paydo bo'lib keyinchalik u tushib ketadi va asosi infiltratsiyalanadi;

2. **Endofit: yarali yoki infiltrativ shakli.** O'sma to'qimanining chuqur qavatiga kirib borib, shilliq qavatini yemiradi. Bu shakli muguzlanmaydigan gistologik shakliga mos bo'lib, xeylit yoki destruktiv diskeratoz fonida rivojlanadi. Bu klinik shakllar kasallikning boshlanish bosqichlarida aniqlanib kasallik progressiyalanganda ikkala shaklni ham oladi.

Klinik klassifikatsiya TNM

T – birlamchi o'sma

Tx – birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0 – birlamchi o'sma yo'q.

Tis - rak *in situ.*

T1 – o'sma o'lchami - 2 smgacha

T2 – o'sma o'lchami - 2,1 dan 4 smgacha

T3 – o'sma o'lchami 4 smdan katta

T4a — o'sma suyakning kortikal qavatiga, pastki alveolyar nerv, og'iz tubi, yuz terisi (iyak va burun terisiga o'sib o'tadi)

T4b – o'sma chaynov mushaklari sohasiga, qanotsimon plastinka yoki kalla suyagi asosi yoki ichki uyqu arteriyalariga o'sib o'tadi. **N - regionar limfatik tugunlar** N0 – metastazlar yo'q.

N1 – o'lchami 3 smdan katta bo'lmagan 1ta ipsilateral tugunga metastaz bor.

N2a- o'lchami 3,1-6 sm bo'lgan 1ta ipsilateral tugunga metastaz bor;

N2b bir nechta ipsilateral limfa tugunlarida o'lchamlari 6 smdan kichik bo'lgan metastazlar bor;

N2c ipsilateral va kontralateral limfatik tugunlarga metastaz bor yoki faqat o'lcham 6 smdan katta bo'lmagan 1ta kontrlateral limfa tugunga metastaz bo'ladi.

N3 - o'lchami 6 smdan katta bo'lgan limfa tugunlarga metastaz bor.

M0 –uzoq a'zolarga metastaz yo'q.

M1 – uzoq a'zolarga metastaz bor.

Lab raki boskichlari

BOSQICH	T	N	M
I	T1	N0	MO
II	T2	N0	MO
III	T3	N0	MO
	T1-T3	N1	MO
IVa	T4a T1,T2,T3,T4a	N0, N1 N2	MO M0
IVb	Har qanday T T4b	N3 Har qanday N	MO M0

Lab rakining klinik belgilari

Aksariyat hollarda lab raki yuqorida keltirilgan rak oldi kasalliklari fonida paydo bo'ladi. Labda kichik qattiqlik(strup) paydo bo'lib , keyinchalik u kattalashadi, yaralanadi va uning chetlarida kichik valik paydo bo'ladi. Bular lab rakining ilk belgilari hisoblanadi. Bemorlar bu qattiqlikni tirnab yuqori qavatini ochishadi, shunda so'galsimon so'rg'ich tuzilmalar ko'rinadi, hosila qonaydi. Keyinchalik u yanada zich po'st bilan qoplanadi, lab sathidan ko'tariladi. Vaqt o'tishi bilan hosila notekis shakl oladi, chetlari notekis bo'ladi, yassi yoki g'adir-budir shaklda bo'lishi mumkin.

Yarali shaklida po'st ko'chib tushadi — nekrotik o'choqlari bo'lgan yara ochiladi, yiring chiqadi, markazida infiltrat ko'rinadi, asta-sekin mushak qavatiga o'tadi.

Kechki bosqichlarida atrof to'qimaga, og'iz bo'shlig'i, iyak, lunj, jag'larga o'sib o'tadi, shilliq qavatning butunligi buzilganligi tufayli doimiy so'lak oqib qoladi. Kuchli og'riq, qichish, temperatura ko'tarilishi, charchash, apatiya, depressiya, ishtaxa yo'qligi, ozib ketish kuzatiladi. Regionar limfa tugunlar kattalashadi.

Diagnostika

· Shikoyati va anamnez, onkolog ko'rigi, umumiy fizikal tekshiruvlar;

· Ingichka ignali punksion (aspiratsion) biopsiya (kattalashgan limfa tugunlardan metastatik zararlanishni aniqlash uchun bajariladi)

- Umumiy qon va siydik tahlili,

·bioximik tahlillar (bilirubin, umumiy oqsil, ALT, AST, mochevina, kreatinin, glyukoza, LDG);

- Qon guruhini ABO tizimi bo'yicha standart zardoblar bilan aniqlash;

- rezus – faktorni aniqlash;

- gistologik va sitologik tekshiruvlar ;

- Ko'krak qafasi a'zolarini 2 proeksiyada rentgenografiyasi;

- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasini kontrastli rentgenografiyasi; Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi, kichik chanoq a'zolari, regionar limfa tugunlarni UTT tekshiruvi;

Fizikal ko'rikda o'smaning tashqi ko'rinishi uning tashqi ko'rinishiga bog'liq bo'ladi.

Davolash

Medikamentoz davolash :

Lab rakining ximioterapiya sxemasi: 1) sisplatin 75 -100mg/m2 vena ichiga 1-kun;
ftoruratsil 1000 mg/m2 24-soatli vena ichi infuziyasi, 96-soatli uzluksiz 1-4 kun, kurs har 3-4 haftada qaytariladi.

2) sisplatin 75–100 mg/m2 vena ichi infuziyasi 1- kun;
ftoruratsil 750 mg/m2 sutkada 24-soatli infuziya 1-chidan 5 kungacha 2-4 kurs, interval 4 hafta;

3) dotsetaksel 75mg/m2 v/v 1- kun Sisplatin 75mg/m2 v/v 1-kun

Nur terapiya:

Nur terapiya turlari:

· distension nur terapiya;
· 3D-konform nur terapiya;
· intensivligi bo'yicha modullashtirilgan nur terapiya **Nur terapiyaga ko'rsatma:**

T1-T2 bosqichlarda zararlangan zonaga nur terapiya o'tkazish, regionar metastaz berish zonasiga adyuvant nur terapiya o'tkazish.

Bosqichlari bo'yicha davolash

I bosqich (T1N0M0): o'smani xirurgik yo'l bilan olib tashlash va operatsiyadan keyingi defekt joyini teri plastikasi bilan yopish; yoki yaqin fokusli rentgenterapiya (SOD - 70Grgacha) yoki elektron

nur terapiyasi (SOD 64 Gr) radikal programma bo'yicha .

II bosqich (T2N0M0):

xirurgik operatsiya + kombinir davo: asosiy o'choqqa nur terapiya SOD 64 Gr (gamma-terapiya) + nur terapiyadan 2-3 hafta o'tgach yuqori fassial-futlyar kesish operatsiyasini bajarish; yoki radikal programma bo'yicha nur terapiya (elektronoterapiya,

telegammaterapiya);

III bosqich (Har qanday T N1 M0):

pastki labni xirurgik davo - rezeksiya qilish+ bo'yin kletchatkasini ikki tomonlama fassial- futlyar kesish, metastaz ichki bo'yinturuq venasiga o'tgan bo'lsa Krayli bo'yicha operatsiyasi va + adyuvant ximionur terapiya.

IV bosqich (Har qanday T har qandayN M1):

individual programma bo'yicha palliativ yoki simptomatik davo (xirurgik davo, nur terapiya, tizimli ximioterapiya qo'llanilishi mumkin.

XII BOB. SO'LAK BEZLARI RAKI

So'lak bezlari raki kam uchraydigan onkologik kasallik bo'lib, katta so'lak bezlari (quloq oldi, jag' osti, til osti) hamda kichik so'lak bezlarini (tanglay, til, molyar, lab, lunj) zararlanishi bilan kechadi. So'lak bezi xavfli o'smalari 50 yoshdan o'tgan bemorlarda ko'proq uchraydi, ammo kasallik uchrashi 20-70 yoshni tashkil qiladi. Ushbu lokalizatsiya o'smalari 4 foizi 20 yoshdan kichik bo'lgan bemorlarda uchraydi . Ayollarda birmuncha ko'proq uchraydi. 80 foiz hollarda quloq oldi, 1-7 foiz kichik so'lak bezlarda, 4 foiz -jag' osti va 1 foiz -til osti so'lak bezlarida uchraydi.

So'lak bezi rakini keltirib chiqaruvchi sabablar:

Aniq bir sababi ma'lum emas, lekin bir qator moyil qiluvchi omillar mavjud:

1.Tashqi muhitning noxush omillari (nur terapiyasi o'tkazilganligi, ko'p martalab rentgenologik tekshiruvlar, radiatsiya foni yuqori bo'lgan muhitda yashash, yuqori insolyasiya;)

2. So'lak bezlarining yallig'lanish kasalliklari;

3. Chekish va ayrim ovqatlanish tarzi (M:doimiy achchiq iste'mol qilinishi, xolesterolga boy ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, ratsionda meva sabzavotlarni yetishmasligi va h.k.)

4. Kasbga oid omillar (yog'ochsozlik, avtomobilsozlik, asbest shaxtalari, metallurgiya ishchilari, kanserogen moddalar (sement changi ,asbest, xrom, kremniy, qo'rg'oshin , nikel birikmalari);

5.Virusli infeksiyalar (Epshteyn-Barr virusi), epidemik parotit; Nasliy omil tasdiqlanmagan.

So'lak bezi rakining gistologik tasnifi

-atsinoz-hujayrali adenokarsinoma; -silindroma (adenokistoz rak); mukoepidermoid rak;

-adenokarsinoma (bazal hujayrali adenokarsinoma, papillyar adenokarsinoma); - yassi hujayrali rak; -onkotsitar rak; - so'lak bezi yo'li raki; **TNM bo'yicha tasnifi:**

*Tx –birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

*T0 –birlamchi o'sma to'g'risida ma'lumot yo'q

*T1–o'sma o'lchami 2 sm dan kichik, ekstraparenximatoz tarqalmagan.

- T2– o'sma o'lchami 2-4sm, ekstraparenximatoz tarqalmagan;
- T3–o'sma o'lchami 4 smdan katta, ekstraparenximatoz tarqalgan;
- T4a–o'sma yuz nervi, tashqi eshituv yo'li, pastki jag', yuz-bosh terisiga o'sib o'tadi;
- T4b–o'sma kalla suyagi asosi, ponasimon suyakka, uyqu arteriyasiga o'sib o'tadi;

. Nx- regionar metastazlarni baholab bo'lmaydi

- N0- regional tugunlarda metastaz yo'q.
- N1- ipsilateral metastaz o'lchami 3 smdan kichik.
- N2a- ipsilateral metastaz o'lchami 3smdan katta, lekin 6 smdan kichik bo'ladi;
- N2b- o'lchamlari 6 smdan katta bo'lmagan bir nechta ipsilateral metastazlar bo'ladi;
- N2s - o'lchamlari 6 smdan katta bo'lmagan bir nechta ipsi va kontrlateral metastazlar bo'ladi;
- N3 - o'lchami 6 smdan katta bo'lgan metastazlar.
- M0 - uzoq a'zolarga metastazlar bo'lmaydi; • M1 - uzoq a'zolarga metastazlar bo'ladi; **So'lak bezi rakining simptomlari:**

Ilk bosqichlarida simptomsiz kechadi. Og'iz qurishi ilk belgilaridan biri bo'lishi mumkin. O'smaning sekin o'sishi tufayli bemorlar uzoq vaqt vrachlarga murojaat qilmaydi.

Bemorning ilk shikoyatlaridan biri bo'lib so'lak bezi proeksiyasida hosila paydo bo'lishi hisoblanadi. Dastlab o'sma og'riqsiz, zich konsistensiyali, erta bosqichlarida harakatchan bo'lib, ustida teri o'zgarmagan bo'ladi. Keyinchalik og'riq paydo bo'lib mimika mushaklarining falaji kuzatilishi mumkin. Ayrim bemorlarda yuz mushaklarining kuchsizligi, sezgining pastligi (onemenie) bo'ladi shuning uchun u nevrologga murojaat qiladi va yuz nervi nevriti tashxisi bilan fizioterapiya oladi, natijada o'sma tez kattalashadi. Ba'zida chaynov mushaklarining spazmi, quloqqa uzatiluvchi og'riq, eshituv yo'lini obturatsiyasi tufayli eshitishni pasayishi kuzatiladi.

Metastazlanishi

So'lak bezlari raki uchun gematogen metastaz berish xarakterli bo'lib hisoblanadi. Eng ko'p o'pkaga metastaz beradi - yo'tal, qon tupurish, tana harorati subfebril ko'tarilishi paydo bo'ladi. Suyaklarga metastaz berganda kuchli og'riq beradi, bosh miyaga metastazda-nevrologik buzilishlar, ko'ngil aynishi, qayt qilish kuzatiladi. Gematogen metastazlar asosan qaytalangan so'lak bezi raklarida ko'proq uchraydi.

Diagnostika

Diagnoz qo'yishda bemorning anamnezi, shikoyatlari, tashqi ko'rik, palpatsiya, laborator, instrumental tekshiruv xulosalari (rentgenologik tekshirish usullari, UTT, KT, MRT, PET-KT) inobatga olinadi.

Yakuniy tashxis aspiratsion biopsiya va olingan materialning sitologik tekshirish hamda trepan biopsiya va gistologik tekshirish hisoblanadi.

Limfogen va uzoq a'zolarga metastazlarni aniqlash uchun ko'krak qafasi a'zolarini rentgenografiyasi, MSKT, skelet suyaklari ssintigrafiyasi, periferik limfa tugunlari va jigarni UTT, bosh miyani KT va MRT va boshqa tekshiruv muolajalari qilinadi. So'lak bezlari raki shu lokalizatsiya xavfsiz o'smalari bilan differensial diagnostika qilinadi.

Davolash.

So'lak bezi rakini davolashda uning bosqichi va gistologik varianti inobatga olinadi. Xirurgik davo: Bosqichiga qarab subtotal va total parotitektomiya qilinadi.

I-II bosqichda subtotal rezeksiya, boshqa xollarda ekstirpatsiya qilinadi. Agarda limfa tugunlarda metastaz bo'lsa qo'shimcha limfodisseksiya qilinadi. Jag' osti so'lak bezi rakida fassial-futlyar kesish operatsiyasi qilinadi. Yuz nervining zararlanish xavfi doimo turadi. Shuning uchun kichik o'smalarda radioxirurgiya qo'llanilishi mumkin **Nur terapiyaga ko'rsatma:**

- O'smaning so'lak bezi chegarasidan chiqqanligi;
- O'smaning qon tomirlariga o'sib o'tganligi; Rakning qaytalanganligi:
- Regionar limfa tugunlarga metastaz borligi;
- Nooperabel holatlarda nur terapiya mustaqil davo usuli sifatida qo'llaniladi.
- **Ximioterapiya**

Ximioterapiya kompleks davo usulida qo'llaniladi.

- Karboplatin - Paklitaksel;
- Fluorouratsil – Sisplatin sxemalari eng ko'p qo'llaniladi.

So'lak bezi rakining bosqichiga ko'ra davolash usullari

I-II bosqich (T1-2 N0 M0) (xavflilik darajasi past o'smalar) – so'lak bezini to'liq olib tashlash (parotitektomiya).

I-II bosqich (T1-2 N0 M0) (xavflilik darajasi o'rta /yuqori bo'lgan o'smalar) - birlamchi o'choqni radikal xirurgik davolash (parotitektomiya) +o'sma o'rniga operatsiyadan keyingi distansion nur terapiya SOD 60-70 Gr (ROD 2 Gr) + zararlangan tomonda regionar limfa tugunlarga profilaktik nur terapiya SOD 50 Gr (ROD 2 Gr);

Adeno kistoz karsinomada operatsiyadan keyingi o'sma o'rni va yaqin kalla-miya nervlariga distansion nur terapiya SOD 60-70 Gr (ROD 2 Gr) o'tkaziladi (intaktregionar limfa tugunlari nur terapiya berilmaydi);

III – IV bosqich (T2-4 N0-1 M0) (rezektabel) – o'smani olib tashlash (parotitketomiya) + (N+) bo'lganda zararlangan tomonda bo'yinning radikal limfodisseksiya + o'sma o'rniga operatsiyadan keyingi distansion nur terapiya SOD 60-70 Gr (ROD 2 Gr) + zararlangan tomonda regionar limfa tugunlarga profilaktik nur terapiya SOD 50-60 Gr (ROD 2 Gr).

Operatsiyadan keyingi kesma qirg'og'ida o'sma hujayralari topilganda, o'sma differensirovkasi o'rta yoki past bo'lganda, nevral/ perinevral invaziyada, metastazlarning ekstrakapsulyar tarqalgan hollarda, limfatik/tomir invaziyalarida bir vaqtning o'zida ximioterapiya va nur terapiya o'tkaziladi.

Medikamentoz davolash:

So'lak bezi raklarida neoad'yuvant hamda ad'yuvant poliximioterapiya o'tkazilganda quyidagi ximiopreparatlar kombinatsiyasi qo'llaniladi:

1. doksorubitsin 60 mg/m^2 vena ichiga 1 kun; sisplatin 100 mg/m2 vena ichiga 1 kun; qayta kurs 3 haftadan keyin
2. Dakarbazin 200 mg/m2 vena ichiga 1- 3-y kunlar; epirubitsin 25mg/m2 v/v 1- 3-y kunlar; ftoruratsil 250 mg/m2 vena ichiga 1- 3-y kunlar ; qayta kurs 3 haftadan keyin.
3. doksorubitsin 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; bleomitsin 15 mg/m2 vena ichiga 1- 5 kunlar;

4. doksorubitsin 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; siklofosfan 1000 mg/m2 v/v 1 vena ichiga 1 kun; qayta kurs 3 haftadan keyin.

Bir vaqtning o'zida ximonur terapiya qo'llanilganda quyidagi ximioterapiya dasturlari tavsiya etiladi:

Nur terapiya vaqtida sisplatin 20-40mg/m2 vena ichiga har hafta, nur terapiya UD- 66-70Gr. BD-2 Gr x 5 fraksiya haftada

Karboplatin (AUC1,5-2,0) vena ichiga har hafta, nur terapiya UD- 66-70Gr. BD-2 Gr x 5 fraksiya haftada

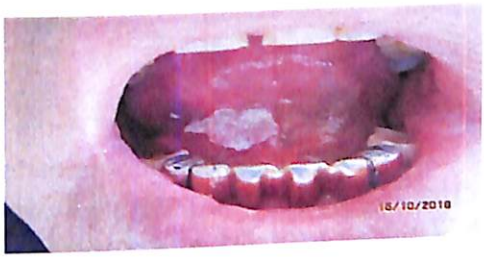
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati raki

Etiologiyasi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining kelib chiqishi maishiy odatlar, ovqatlanish tarzi (issiq va achchiq ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, vitamin A yetishmasligi), tashqi muhit omillarining ahamiyatli ta'siri bo'ladi. Ayniqsa yomon illatlar - spirtli ichimliklar ichish, chekish, tamaki aralashmalari (nos, betel), kasbiy zararli omillar (neft mahsulotlari) bilan kontaktda bo'lish, (og'ir metal tuzlari va h.k.), og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilmaslik, kariyes, tish toshlari, noto'g'ri qo'yilgan plombalar tufayli travmalar oqibatida rak kelib chiqadi. Odam papillomasi virusi (OPV) ham rakni chaqirishi isbotlangan. Tamakining turli chaynaluvchi va hokozolar lab, lunj, milk raki kelib chiqishini 50 marta oshiradi. Buning sababi kanserogen moddalar oddiy chekishdan ko'ra shilliq qavatlar bilan uzoq muddatlarda bevosita kontaktda bo'ladi va kuchli shikastlovchi ta'sir o'tkazib surunkali yallig'lanish kasalliklariga olib keladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining 50 foizi til rakiga, 20 foizi lunj shilliq qavati rakiga, 20 foizi og'iz tubiga to'g'ri keladi. Yuqori jag' alveolyar o'sig'i va qattiq tanglay shilliq qavati 2-3 foiz, yumshoq tanglay 2-3 foiz, pastki jag' alveolyar o'sig'i shilliq qavati 4-5 foiz, tilcha shilliq qavati raki 1.5 foiz va oldingi tanglay shilliq qavatida 1.3 foiz hollarda uchraydi. Erkaklar ayollarga nisbatan 5-7 marta ko'p kasallanadi.

Bouen kasalligi (cancer in situ) obligat rak oldi kasalligi bo'lib shilliq qavatida chetlari notekis yuzasi silliq, lekin qalinlashgan, ayrim hollarda eroziyalangan, o'lchami 5 smgacha bo'lgan hosila- dog' aniqlanadi



Leykoplakiya – fakultativ rak oldi kasalligi bo'lib 3 xil formasi: oddiy,verrukoz (so'galli, leykakeratoz) va eroziv shakli farqlanadi:



-oddiy leykoplakiya chegarasi aniq, shilliq qavat sathidan ko'tarilmagan, qirindi olib bo'lmaydigan oq dog' bo'lib hisoblanadi, bemorlarning shikoyati bo'lmaydi.

Leykokeratoz oddiy leykoplakiya fonida paydo bo'lib, balandligi 5 mmgacha bo'lgan so'galli o'simta – bolishcha (blyashka) - hosila hisoblanadi.Travma tufayli yoriq, eroziya, yara hosil bo'lishi mumkin, bemorlar shu sohada g'adir-budirlik hissini sezishadi.

Eroziv formasi yuqorida aytilgan ikkala shaklining asoratlanganda paydo bo'lib bemorlar ovqatlanganda og'riq sezadi.



Papilloma – xavfsiz epitelial o'sma bo'lib, biriktiruvchi to'qimali so'rg'ichsimon o'simta tashqi tomondan ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'ladi. O'lchamlari 2 mm - 2 smgacha bo'lib ingichka yoki keng asosli bo'ladi, konsistensiyasi yumshoq yoki qattiq bo'lishi mumkin.



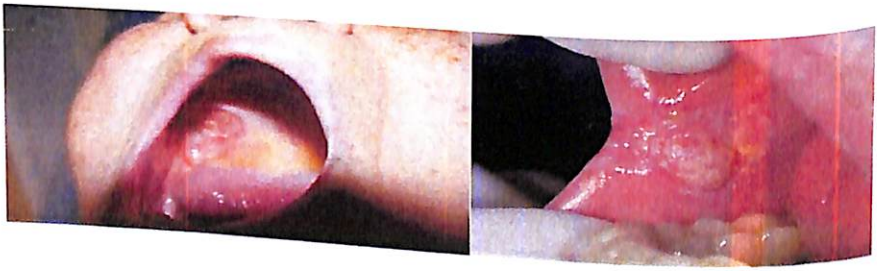
Til papillomasi

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining 3 xil turi tafovut qilinadi

1.Yarali shaklida chetlari notekis, qonaydigan yara aniqlanadi.



2.Infiltrativ shaklida chegaralari noaniq, g'adir-budir, qattiq konsistensiyali infiltrat aniqlanadi, ustida teri yupqalashgan, kuchli og'riq sindromi kuzatiladi .



3.Papillyar formasi shilliq qavati sathidan ko'tarilgan o'sma bo'lib, sekin o'sishi va prognozi yaxshiligi bilan xarakterlanadi. 95 foiz -yassi hujayrali rak va qolgan formalari 5 foizni tashkil qiladi. Og'iz bo'shlig'ining orqa qismlarida uchraydigan o'smalar oldingi qismga ko'ra agressiv kechadi, tez metastaz beradi.

Og'iz bo'shlig'i o'smalarining gistologik variantlari

1. **Ko'p qavatli yassi epiteliydan kelib chiqadigan o'smalar**:

A. Xavfsiz

2. A.Yassi hujayrali papilloma.

B. Xavfli

1.Intraepitelial karsinoma (karsinoma *in situ).*

2.Yassi hujayrali rak.

3. Yassi hujayrali rakning turlari:

a) verrukoz karsinoma;

b) vereten hujayrali karsinoma;

v) limfoepitelioma.

II Bez to'qimasidan chiquvchi o'smalar(adenokarsinoma)

III. Yumshoq to'qimadan chiquvchi o'smalar 2 xil, ya'ni xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi;

Xavfsiz o'smalarga quyidagilar kiradi:

1.Fibroma.

2.Lipoma.

3.Leyomioma.

4.Rabdomioma.

5.Xondroma.

6.Osteoxondroma 7.Gemangioma:

a) kapillyar;

b) kavernoz

8.Xavfsiz gemangioendotelioma.

9.Xavfsiz gemangioperitsitoma. 10.Limfangioma

a)kapillyar;

b)kavernoz;

11. Neyrofibroma.

12.Nevrilemmoma (shvannoma). Xavfli o‘smalarga esa quyidagilar kiradi;
1.Fibrosarkoma.
2.Liposarkoma.
3.Leyomiosarkoma.
4.Rabdomiosarkoma
5.Xondrosarkoma.
6.Xavfli gemangioendotelioma (angiosarkoma).
7.Xavfli gemangioperitsitoma.
8.Xavfli limfangioendotelioma (limfangiosarkoma).
9.Xavfli shvannoma

IV.Melanogen tizimdan chiquvchi o‘smalar A. Xavfsiz:

1.Pigmentli nevus.
2.Pigmentsiz nevus **B.**

Xavfli:

1. Xavfli melanoma.

V.Noaniq gistogenezli o‘smalar:

A. Xavfsiz:

1.Miksoma.
2.Donador hujayrali o‘sma (donador hujayrali o‘sma «mioblastoma»).
3.Tug‘ma «mioblastoma».

B. Xavfli:

1. Xavfli donador hujayrali o‘sma
2. Alveolyar yumshoq to‘qima sarkomasi. 3. Kaposhi sarkomasi

VI.O‘smasimon tasniflanmaydigan holatlar 1.Oddiy so‘gal.
2.So‘rg‘ichli giperplaziya.
3.Xavfsiz limfoepitelial zararlanish.
4.Shilliqli kista.
5.Fibrozli o‘simta.
6.Tug‘ma fibromatoz.
7.Ksantogranulema.

8.Yiringli granulema.

9.Periferik gigant hujayrali granulema (gigant hujayrali epulis).

10.Travmatik nevrinoma.

11.Neyrofibromatoz

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining TNM bo'yicha klassifikatsiyasi

Tx – birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0 – birlamchi o'sma yo'q.

Tis - rak *in situ.*

T1 – o'sma o'lchami - 2 smgacha

T2 – o'sma o'lchami - 2,1 dan 4 smgacha

T3 – o'sma o'lchami 4 smdan katta

T4a – o'sma pastki jag' suyagi kortikal plastinkasiga, til mushak tizimiga, gaymor bo'shlig'i yoki yuz terisiga o'sib o'tadi.

T4b – o'sma qanot tanglay chuqurchasiga, halqum yon devori yoki miya asosiga yoki ichki uyqu arteriyasiga o'sib o'tadi **N - regionar limfatik tugunlar** N0 – metastazlar yo'q.

N1 – o'lchami 3 smdan katta bo'lmagan 1ta ipsilateral tugunga metastaz bor.

N2 – metastazlar:

N2a- o'lchami 3,1-6 sm sm bo'lgan 1ta ipsilateral tugunga metastaz bor;

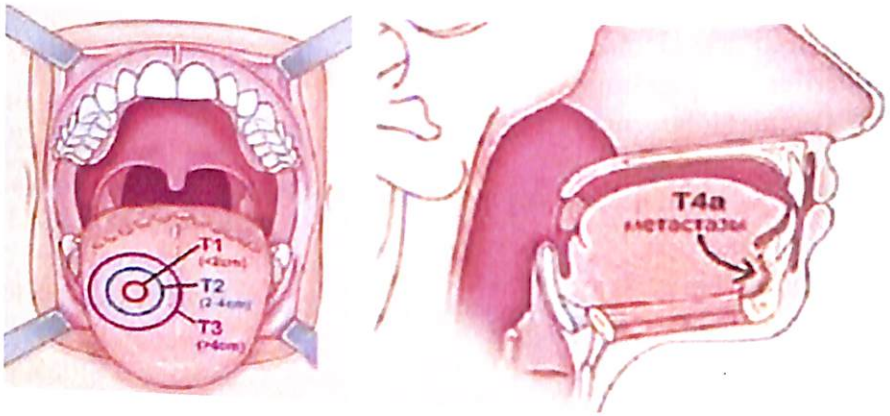
N2b - o'lchami 6 smdan katta bo'lmagan bir nechta ipsilateral limfa tugunlarda metastazlar bor.

N2c- o'lchami 6 smdan katta bo'lmagan bir nechta ipsilateral va kontralateral limfatik tugunlarga metastaz bor

N3 - o'lchami 6 smdan katta bo'lgan limfa tugunlarga metastaz bor.

Mx – uzoq a'zolardagi metastazni baholab bo'lmaydi.

M0 -uzoq a'zolarga metastaz yo'q. M1 - uzoq a'zolarga metastaz bor.



Bosqichlarga ko‘ra guruhlash

0 bosqich	Tis N0 M0
I bosqich	T1 N0 M0
II bosqich	T2 N0 M0
	T3 N0 M0
III bosqich	T1 N1 M0
	T2 N1 M0
	T3 N1 M0
	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
IVA bosqich	T3 N2 M0
	T4a N0 M0
	T4a N1 M0
	T4a N2 M0
IVB bosqich	T4b har qanday N M0
IVC bosqich	Har qanday T N3 M0
	Har qanday T har qanday N M1

Klinikasi

Dastlab kasallik simptomsiz boshlanadi: og‘riqsiz tugun, yaracha va yoriq paydo bo‘ladi. Og‘riq paydo bo‘lsa uni tish og‘rig‘i, nevralgiya, tonzillit bilan bog‘lashadi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati rakida bemorlar asosan og‘izdagi noodatiy yoqimsiz hissiyotga, og‘riqqa bezovta bo‘lishadi.

Kasallik rivojlangan sari og'riq kuchayadi, dastlab lokal xarakterga ega bo'lgan og'riq keyinchalik boshga, quloqqa, chakkaga irradiatsiya beradi, gipersalivatsiya qo'shiladi, ikkilamchi infeksiya qo'shilib og'izdan qo'lansa hid keladi.

- **Ekzofit papillyar shakli** qo'ziqorinsimon o'simta bo'lib, 25 foiz hollarda uchraydi
- **Yarali formasi** kratersimon yara bo'lib, chetlari valiksimon ko'tarilgan, qattiqlashgan bo'ladi.
- **Endofit –infiltrativ formasi** 41 foiz hollarda uchrab yaralangan o'sma shaklida bo'lib chegaralari bo'lmaydi.

O'tib ketgan bosqichlarida rak o'sma ostidagi to'qimalarga o'sib o'tib yemiradi.

Til raki 70 foiz hollarda yon sohasida, 10 foiz hollarda pastki yuzasida va 20 foiz hollarda til ildizida uchraydi.Til ildizi og'iz halqumning anatomik zonasiga kirib klinik kechishi, konservativ davoga sezgirligi va oqibati bilan tilning harakatchan qismidan farq qiladi. Bemorlar tuzalmayotgan yara borligiga shikoyat qilishadi, keyinchalik uch shoxli nerv shoxlari bo'ylab og'riq paydo bo'ladi, achishish va qichish qo'shiladi. Gapirish, chaynash, yutish funksiyalari buziladi.



Og'iz tubi rakida o'sma tez o'sib tilning pastki yuzasi, og'iz tubi mushaklari, jag' osti so'lak bezlariga o'sib o'tadi. A.lingvalis tizimi bo'yicha tarqaydi, dastlab og'izda yot jism bo'lganidek sezilib, keyinchalik yaralanadi so'lak ko'p ajrala boshlaydi, og'riq, qon ketish va regionar limfa tugunlarga metastazlar beradi.



Lunj shilliq qavati raki ko'pincha og'iz burchagi sohasi va retromalyar sohada uchraydi, dastlab oddiy yara maskasi bilan kechadi, keyin gapirganda, chaynaganda, yutinganda og'riq qo'shiladi, chaynov mushaklariga o'tgandan keyin og'iz ochilishi qiyinlashadi. **Qattiq tanglay raki** ko'pincha silindroma va adenokistoz adenokarsinoma, kam hollarda yassi hujayrali rak shaklida bo'ladi. **Yumshoq tanglayda** yassi hujayrali rak ko'proq uchraydi, o'sma tezda yaralanadi, ikkilamchi infeksiya qo'shiladi.



Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati rakining diagnostikasi

O'tkazilishi kerak bo'lgan asosiy va qo'shimcha diagnostika usullari:

-Shikoyati va anamnezi ma'lumotlarni yig'ish;

-Umumiy fizikal tekshirish usullari (ko'rik, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya);

-Orofaringoskopiya;

-Bo'yin limfa tugunlarini ultratovush tekshiruvi;

-Og'iz bo'shlig'idagi o'smadan biopsiya olish va sitologik hamda gistologik tekshirish;

-Umumiy qon va siydik tahlili;

-Bioximik tahlillar (bilirubin, mochevina, kreatinin, azot qoldig'i, umumiy oqsil, glyukoza, ALT, AST);

- Koagulogramma (PTI, protrombin vaqti, MNO, fibrinogen, ACHTB, trombin vaqti, etanol testi,trombotest);
- Qon guruhi va rezus omilni aniqlash;

-EKG; Ko'krak qafasi a'zolarini ikki proeksiyadagi rentgenografiyasi;

Ko'rsatma bo'yicha:

Bosh suyagi asosidan o'mrov suyagigacha KT yoki MRT yoki PET KT;

- Ko'krak qafasi a'zolarini kontrastli KT;
- Kattalashgan bo'yin limfa tugunlaridan ingichka ignali aspiratsion biopsiya ;
- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi UTT;
- 70 yosh va undan kattalarda ExoKG;
- Ultratovushli dopler tekshiruvi (qon tomirlar zararlanganda);
- Ko'rsatma bo'yicha tor mutaxassislar konsultatsiyasi;

Og'iz bo'shlig'i rakini bosqichlariga qarab davolash usullari

I–II bosqichda (T1–2 N0 M0) - xirurgik davo (til rezeksiyasi, og'iz bo'shlig'i to'qimalar rezeksiyasi). **T2 va T1** da o'smaning infiltrativ o'sish tipida va perinevral /limfatik tomirlarga o'sma invaziyasida operatsiyadan keyingi nur terapiya SOD 44-64 Gr.

III–IVA bosqichda (T1–2 N1–3 M0). – kombinir xirurgik davo (og'iz bo'shlig'i o'smasini kesib olish va bo'yin limfa tugunlar limfadisseksiyasi) operatsiyadan keyingi ximionurterapiya, nur terapiyasi-

SOD 44-64 Gr+sisplatin 40 mg/m^2 vena ichiga har hafta.

III–IVB bosqichda (T3–4 N1–3 M0).

1-variant.O'smani keng kesib olish va kerak bo'lsa rekonstruktivplastik jarrohlik elementlari bilan va radikal bo'yin limfodisseksiyasi. Operatsiyadan keiyngi ximionur terapiya va albatta ikki tomonlama regionar metastazlanish zonasiga SOD 66-70 Gr +sisplatin 100 mg/m^2 v/i 1,22,43-kunlar.

2-variant. Bir vaqtning o'zida ximionurterapiya ± birlamchi o'choq qoldig'ini xirurgik kesib olish ± bo'yin limfa tugunlarini limfodisseksiyasi:

- bo'yin limfa tugunlarini limfodisseksiyasi limfa tugunlarida klinik metastazlar aniqlanganda ximionurterapiya tugagandan keyin bajariladi;
- (N1)da to'liq regressiyaga tushsa dinamik kuzatilib boriladi;

-(N2–3)da to'liq regressiyaga tushsa dinamikada kuzatilib boriladi yoki bo'yin limfa tugunlarini selektiv / radikal limfodisseksiyasi bajariladi.

IVC bosqichda (T1-4 N1-3 M1) - Ko'rsatma bo'yicha simptomatik va palliativ operatsiya o'tkaziladi **Ximioterapiya sxemalari:**

Bosh va bo'yin sohasi yassi hujayrali rakida 1chi va 2chi liniyada eng faol preparatlar platina saqlovchi vositalar (sisplatin, karboplatin), ftorpirimidin saqlovchi vositalar (ftoruratsil), antratsiklinlar, taksanlar – paklitaksel, dotsetaksel hisoblanadi.

Bundan tashqari doksorubitsin, kapetsitabin, bleomitsin, vinkristin, siklofosfan kabi dorilarning samarasi ham borligi aniqlangan.

Quyidagi sxemalar va ximiopreparatlar kombinatsiyasi tavsiya etiladi.

PF-Sisplatin 75-100mg/m2 vena ichiga , 1-kun;

- Ftoruratsil 1000mg/m2 24-soatli vena ichi infuziyasi (96 soatli uzluksiz infuziya) 1-4 –kunlar; kurs har 21 kunda o'tkaziladi.

PF- Sisplatin 75-100mg/m2 vena ichiga , 1-kun;

Ftoruratsil 1000mg/m2 24-soatli vena ichi infuziyasi (120 soatli uzluksiz infuziya)1-5 – kunlar; kurs har 21 kunda o'tkaziladi. Ko'rsatma bo'yicha birlamchi profilaktika fonida koloniyastimullovchi faktorlar qo'llaniladi.

CpF Karboplatin (AUC 5,0-6,0) vena ichiga , 1-kun;

-Ftoruratsil 1000mg/m2 24-soatli vena ichi infuziyasi (96 soatli uzluksiz infuziya) 1-4 –kunlar; kurs har 21 kunda o'tkaziladi.

- Sisplatin 75mg/m2 vena ichiga 1-kun;
- Kapetsitabin 1000mg/m2 per os kuniga 2 mahal, 1-14- kunlar; kurs har 21 kunda takrorlanadi.
- Paklitaksel 175mg/m2, vena ichiga, 1-kun;
- Sisplatin 75mg/m2 vena ichiga 2-kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi.
- Paklitaksel 175mg/m2, vena ichiga, 1-kun;

· Karboplatin (AUC 6,0), vena ichiga, 1-kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi.

TR· Dotsetaksel 75mg/m2, vena ichiga,1-kun; Sisplatin-75mg/m2, vena ichiga 1-kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi.

TPF Dotsetaksel 75 mg/m2, vena ichiga,1-kun;

Sisplatin 75-100mg/2,vena ichiga ,1-kun;

Ftoruratsil 1000mg/m2 24-soatli vena ichi infuziyasi (96-soatli uzluksiz infuziya)1-4-y dni; kurs har 21 kunda takrorlanadi.

·Paklitaksel 175 mg/m2, vena ichiga 1-kun; 3-soatli infuziya;

·Sisplatin 75mg/2, vena ichiga, 2-kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi.

CAP(a) Sisplatin 100mg/m2, vena ichiga, 1 kun;

Siklofosfamid 400-500mg/m2, vena ichiga 1 kun;

Doksorubitsin 40-50 mg/m2, vena ichiga 1 kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi.

PBF Ftoruratsil 1000mg/m2, vena ichiga 1,2,3,4 kunlar;

bleomitsin 15 mg 1,2,3- kunlar; sisplatin 120 mg 4 kun;

kurs har 21 kunda takrorlanadi.

CpP· Karboplatin 300mg/m2, vena ichiga, 1 kun;

Sisplatin 100mg/m2 vena ichiga, 3 kurs har 21 kunda takrorlanadi.

MRF Metotreksat 20mg/m2, 2 va 8 kun;

Ftoruratsil 375mg/m2, 2 va 3 kun;

Sisplatin 100mg/m2, 4 kun; kurs har 21 kunda takrorlanadi

***Eslatma**: Birlamchi yoki retsidiv o'sma rezektabel holatga kelganida, xirurgik davo ximioterapiya dori vositasi yuborilgan kundan kamida 3 hafta o'tgach bajariladi

XIII BOB. QALQONSIMON BEZI RAKI (QBR)

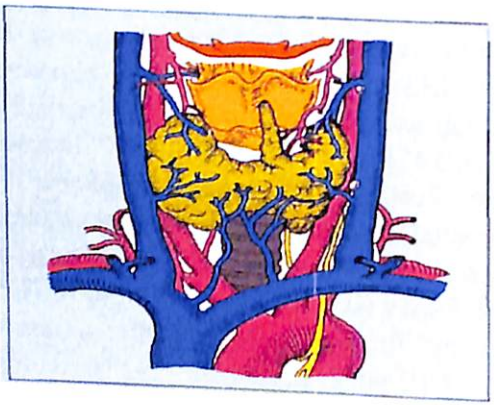
• Qalqonsimon bezida turli o'smalar paydo bo'lishi mumkin va ularning aksariyatini (90-95 foizi) – xavfsiz o'smalar tashkil qiladi. Qalqonsimon bezi teriga yaqin joylashganligi sababli paydo bo'lgan hosila tugun shaklida bo'ladi. Bezdagi tugunlar har qanday yoshda paydo bo'lishi, lekin ko'pincha yoshi kattalarda paydo bo'ladi va bezdagi tugunlarni bemorlarni o'zlari paypaslab aniqlashadi.

BJSST ma'lumotlariga ko'ra keyingi 20 yil ichida qalqonsimon bezi raki yosh va o'rta yoshli bemorlar hisobidan 2 barobarga ko'paydi.

• **Qalqonsimon bezi xavfli o'smalari**

• Qalqonsimon bezining faqat 5-10 foiz o'smalari xavfli bo'lishi mumkin. Qalqonsimon bezi rakining bir nechta tiplari farqlanadi.

• Qalqonsimon bezi bo'yin oldi yuzasida joylashib, uning ikkita bo'lagi bo'yincha orqali bog'langan bo'ladi. Qalqonsimon bezi ovqat va qondan yodni yutib oladi va turli funksiyalarni bajaradigan gormonlar ishlab chiqaradi.







Epidemiologiya

Keyingi o'n yilliklardagi o'tkazilgan epidemiologik izlanishlar qalqonsimon bez raki bilan kasallikning butun dunyoda ko'payotganligini ko'rsatdi. Dunyoning ko'pgina regionlarida ushbu kasallikning 1,3-2 marta, Chernobil AES regionida avariya vaqtida yosh bola bo'lgan aholi orasida

qalqonsimon bez rakining papillyar turi bilan kasallanish 10 marta oshib ketdi.

Xalqaro registrlar ma'lumotiga ko'ra qalqonsimon bez raki bilan kasallanish har 100 000 aholiga erkaklar ichida 1,2 dan 2,6 gacha to'g'ri kelsa, ayollar orasida bu ko'rsatkich 2,0 dan -3,8 gacha bo'ladi, ya'ni ayollarda erkaklarga nisbatan 2 marta ko'proq uchraydi. Har 100 000 aholi orasida qalqonsimon bez rakidan yillik o'lim ayollar orasida 0,4 dan 2,8 gacha bo'lsa, bu ko'rsatkich erkaklar orasida 0,2 dan 1,2gacha. Qalqonsimon bez rakidan o'lim barcha xavfli o'sma kasalliklaridan o'limning 1 foizini tashkil qiladi.

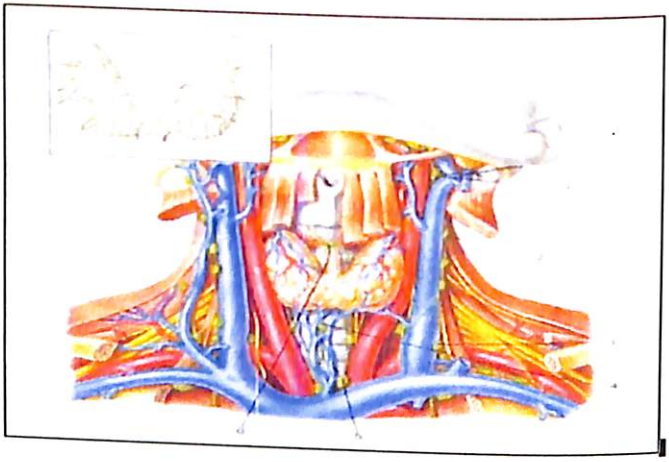
Qalqonsimon bezi rakining kelib chiqishiga;

- yod yetishmasligi;
- Ionlovchi radiatsiya;
- Immunoneyroendokrin gomeastazni buzilishi; - Genetik omillar muhim rol o'ynaydi.
- Murakkab muammolardan biri kasallikning erta bosqichlarda aniqlash bo'lib, uning asosida 4 foiz aholida uchraydigan tireoid tugunlar mavjudligi bo'lib, ushbu tugunlarning 3-4 foizida xavfli o'sma aniqlanadi.
- Qalqonsimon bezi rakining tibbiy-ijtimoiy ahamiyati shundaki, ushbu kasallikning takomillashgan shakllari ko'pincha mehnatga yaroqli yoshdagi bemorlarda uchraydi. Bu davolash sifati, uning reabilitatsiya darajasi hamda ijtimoiy adaptatsiyasiga alohida e'tibor bilan yondashuvni talab qiladi.

Qalqonsimon bezi ichki sekretsiya bezlari ichida eng kattasi bo'lib, u traxeyaning bo'yin qismining oldingi va yon yuzalari sohasida joylashadi. Qalqonsimon bezidan biroz yuqorida hiqildoqning qalqonsimon tog'ayi joylashgan bo'lib qalqonsimon bezi o'z nomini shuning uchun olgan. Qalqonsimon bezning joylashuvi yoshga mos ravishda o'zgarishi mumkin, ya'ni bolalarda biroz yuqorida qalqonsimon tog'ayning pastki qirg'og'i bo'ylab joylashsa, qarilarda pastroqda, hatto ayrim bemorlarda ko'krak qafasida joylashuvi mumkin. Qalqonsimon bezi ikki bo'lakdan iborat bo'lib ular bo'yincha orqali bog'langan bo'lsada ularning qon va limfa aylanish tizimi o'zaro bog'lanmagan bo'ladi. Uchdan bir hollarda qalqonsimon

bezning yuqori qismidan chiqqan va hiqildoqning oldingi yuzasi bo'ylab joylashgan piramidal bo'lak ham farqlanadi.

Normada qalqonsimon bez bo'laklarining o'lchamlari o'rtacha 4x2x2 sm, bo'yinchasining qalinligi 4-5 mm atrofida bo'ladi. Ayollarda qalqonsimon bezning hajmi 18 ml, erkaklarda - 25 mldan oshmaydi. Qalqonsimon bez to'qimasida hajmli jarayon paydo bo'lsa uning bo'laklarining o'lchamlari sezilarli darajada oshadi va qalqonsimon bezning 300-400 mlga etadi. Tabiiyki bunday hollarda QB bilan atrof to'qimaning (traxeya, qizilo'ngach, mushak, qon tomir va asab tolalari) anatomik mutanosibligi o'zgaradi.



Qalqonsimon bezi parenximasida 3 turdagi aktiv faoliyat ko'rsatadigan hujayralar farqlanadi:

1.Eng ko'p o'sma rivojlanadigan va ushbu bezning bosh gormoni - tiroksinni ishlab chiqaradigan follikulyar yoki A-hujayralar;

2. Bir muncha kamroq bo'lgan B-hujayralar (Ashkinaza-Gyurtl hujayralari) hamda C-hujayralar (parafollikulyar) uchrab, ular polipeptid gormonlari ishlab chiqaradigan, monoaminlarni to'playdigan va ularni biogen aminlargacha oksidlaydigan APUD-tizimi (amine precursos uptake and decarboxylation) hujayralariga kirishadi.

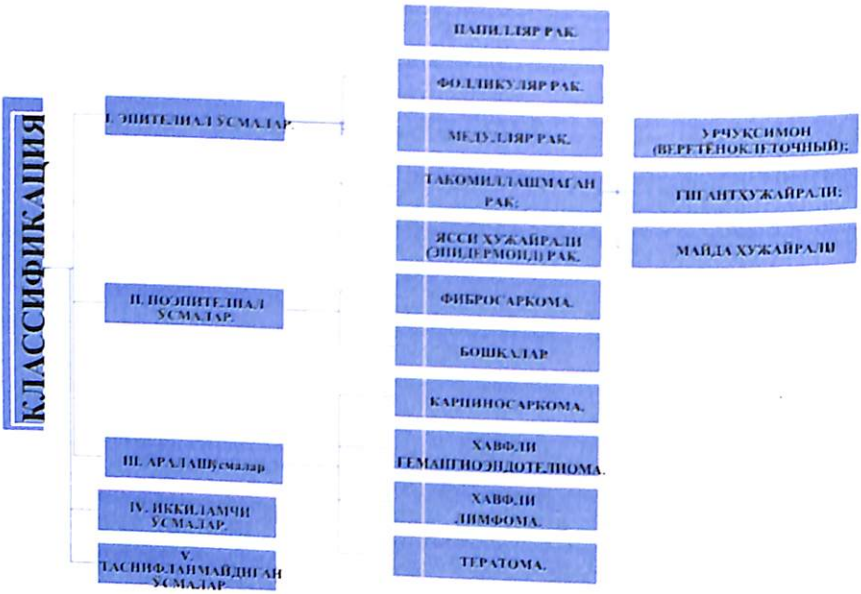
Yoshi katta bemorlarda, hamda QB bo'laklari sezilarli kattalashganda u pastga, ya'ni ko'krak qafasining yuqori qismiga tushadi va to'sh suyagi orti (ko'krak orti) zobi deb ataladi. QB pastga tushganda to'sh suyagi,

qovurg'a va o'mrov suyaklari bilan oldindan va yon tomonlardan o'ralgan «suyakli qafas»ga tushib qoladi. Bunday hollarda QB hajmi kattalashganligi sababli undan orqada joylashgan qizilo'ngach va traxeyani bosib xarakterli simptomlar: nafas olishning buzilishi va disfagiya rivojlanishiga sabab bo'ladi. To'sh suyagi orti (ko'krak orti) zobining operatsiyasi operatsiya maydonining torligi hamda katta qon tomir va asab tolalarining yaqin joylashganligi sababli texnik qiyinchiliklar keltirib chiqaradi.



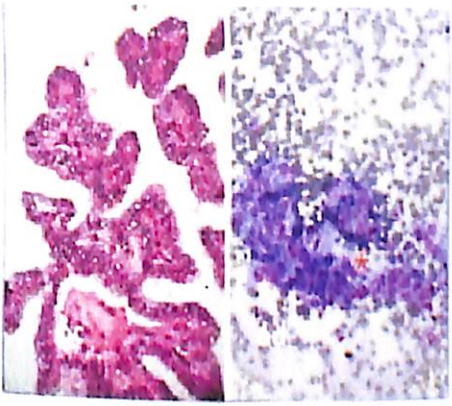
To'sh suyagi orti (ko'krak orti) zobi-arterial qon tomirlari, traxeya va qalqonsimon bezi to'qimalarining anatomik joylashuvining sxematik ko'rinishi

Qalqonsimon bezi o'smalarining xalqaro morfalogik tasnifiҚалқонсимонбезиўсмаларининғхалқароморфологик классификацияси

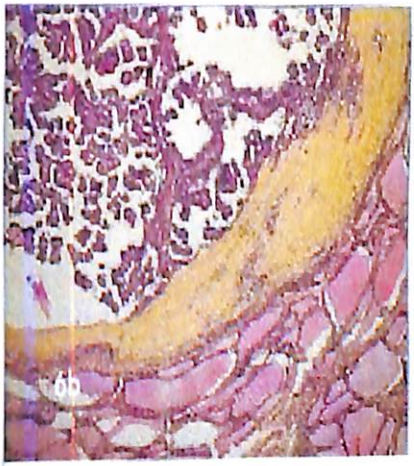


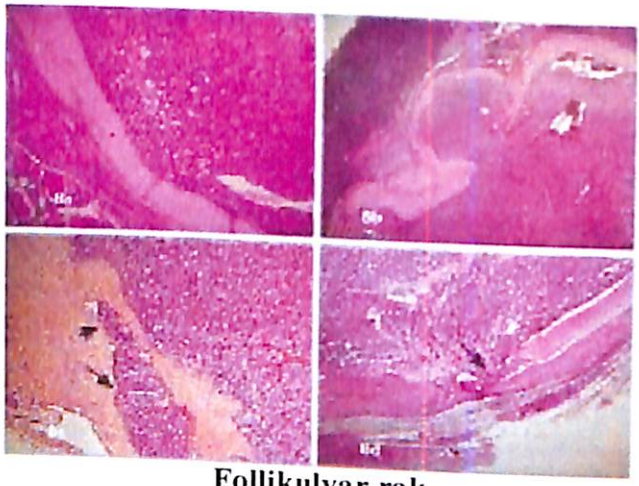
Qalqonsimon bezi rakining patomorfologiyasi

O'sma rivojlanish manbai	O'sma turlari	
	xavfsiz	xavfli
A – hujayra B - hujayra	Papillyar adenoma	Papillyar adenokarsinoma
	follikulyar adenoma	Follikulyar adenokarsinoma
	Trabekulyar adenoma	Differensiallashmagan rak
C - hujayra	Savlatli adenoma	Medulyar rak
Metaplaziyalashgan epiteliy	-	Yassi hujayrali rak

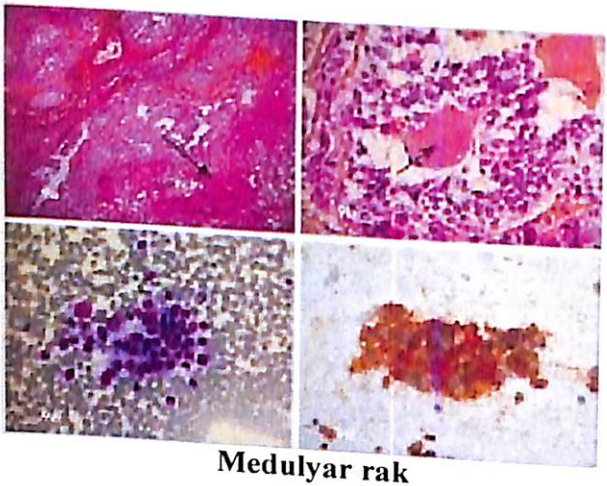


Papilyar rak





Follikulyar rak

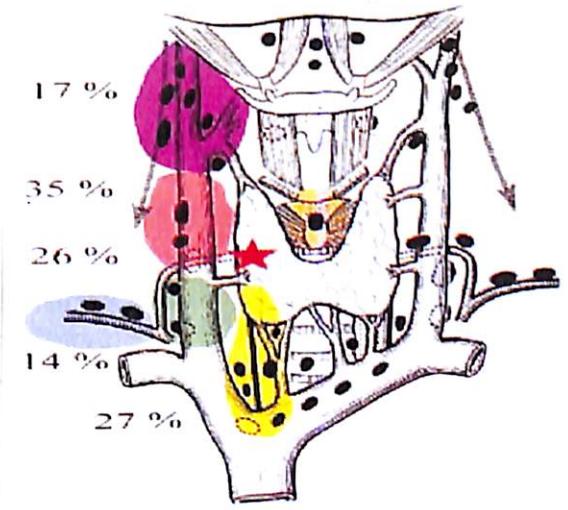


Medulyar rak

Qalqonsimon bezi rakining yuqori takomillashgan shakllari Ushbu o‘smalar quyidagi biologik xususiyatlari bilan xarakterlanadi:

*Ko‘pincha multitsentrik o‘sadi: ko‘plab mikroskopik o‘choqlar (60—80 foiz hollarda) Z

*Ko'pincha regionar limfa tugunlarga mikrometastazlar beradi(> 50 foiz hollarda)



TNM tizimi va bosqichlari bo'yicha klassifikatsiyasi

Qalqonsimon bezi rakining TNM bo'yicha klassifikatsiyasi Tx – birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0 – birlamchi o'sma yo'q.

T1 – o'sma o'lchami - 2 smgacha- QB chegarasida;

T1a – o'sma o'lchami - 1 smgacha- QB to'qimasi bilan chegaralangan.

T1b – o'sma o'lchami - 1 smdan katta, lekin 2 smdan kichik- QB to'qimasi bilan chegaralangan.

T2 – o'sma o'lchami - 2 smdan katta, lekin 4 smdan kichik-QB to'qimasi bilan chegaralangan.

T3 – o'sma o'lchami 4 smdan katta QB to'qimasi bilan chegaralangan yoki QB chegarasidan minimal chiqqan.

T4a – o'sma QB chegarasidan chiqqan yoki quyidagi a'zolardan biriga - teri osti yumshoq to'qimalariga, hiqildoqqa, traxeyaga, qizilo'ngachga, n.recurrensga o'sib o'tadi.

T4b – o'sma umurtqa oldi fassiyasiga, ko'ks oralig'i qon tomirlariga o'sib o'tadi yoki umumiy uyqu arteriyasini o'rab oladi.

Barcha anaplastik (takomillashmagan) o'smalar T4 deb tasniflanadi.

T4a-har qanday o'lchamdagi anaplastik o'sma QB to'qimasi bilan chegaralangan.

T4b -har qanday o'lchamdagi anaplastik o'sma QB kapsulasi chegarasidan tashqariga chiqqan.

N - regionar limfatik tugunlar

N0 – metastazlar yo'q.

Nx – regionar limfa tugunlarni baholab bo'lmaydi.

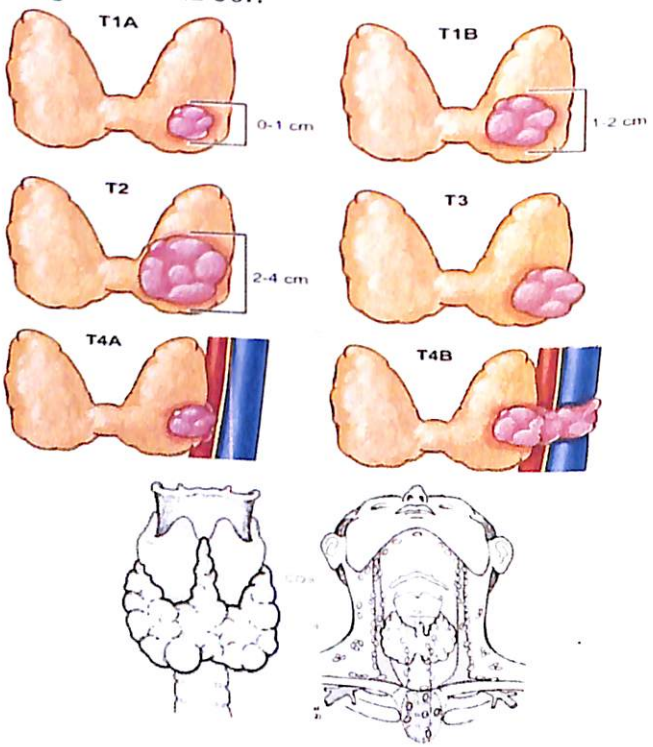
N1 – regionar limfa tugunlarda metastazlar bor:

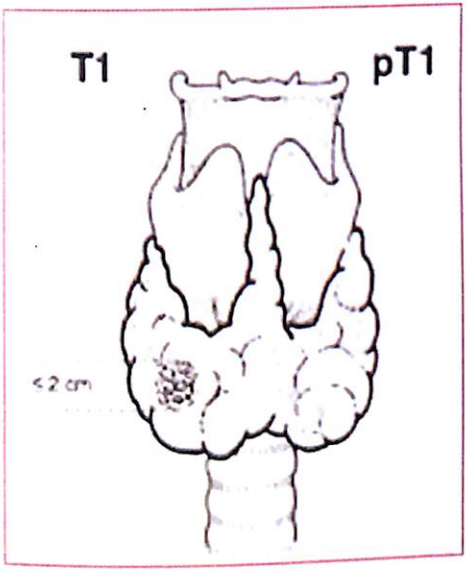
N1a- metastazlar VI darajadagi limfa tugunlarda (pretraxeal, paratraxeal, hiqildoq oldi va delfiy (Delphian) limfa tuguni) metastaz bor;

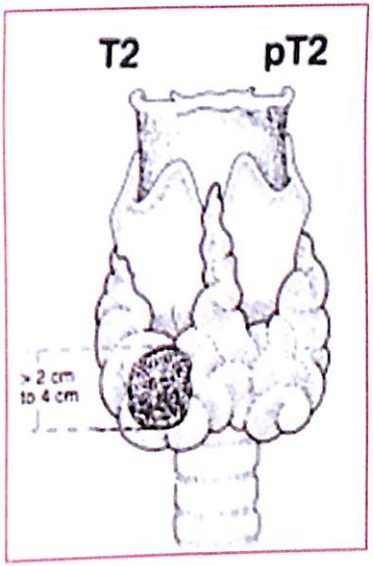
N1**b** - metastazlar bo'yinning qarama qarshi tomonida yoki ikki tomonlama limfa tugunlarda metastazlar bor.

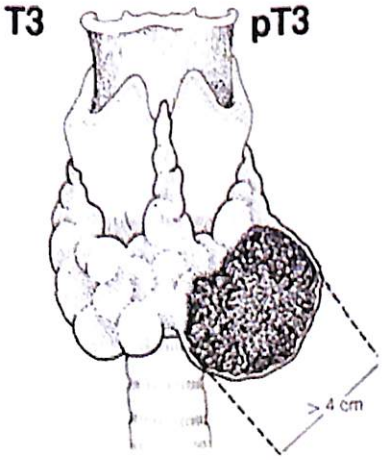
M0 -uzoq a'zolarga metastaz yo'q. M1

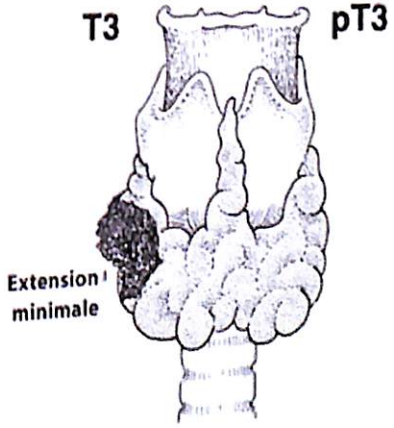
- uzoq a'zolarga metastaz bor.

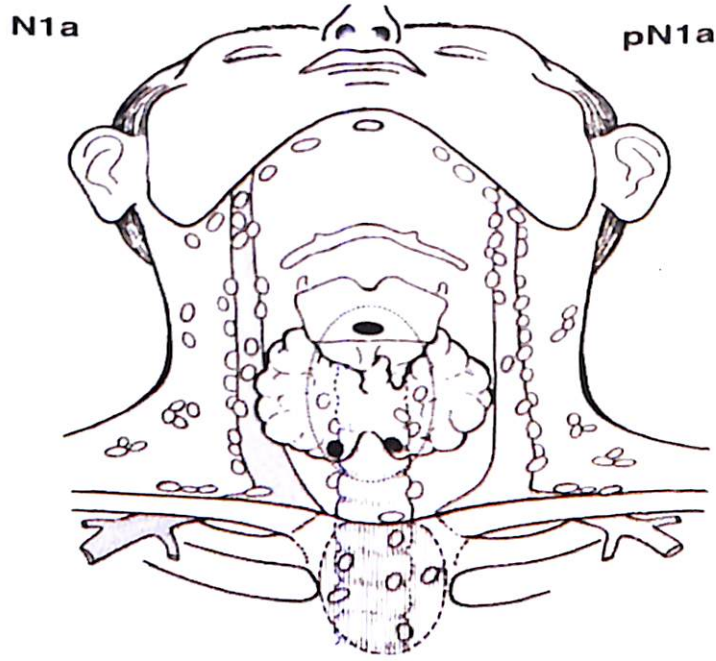


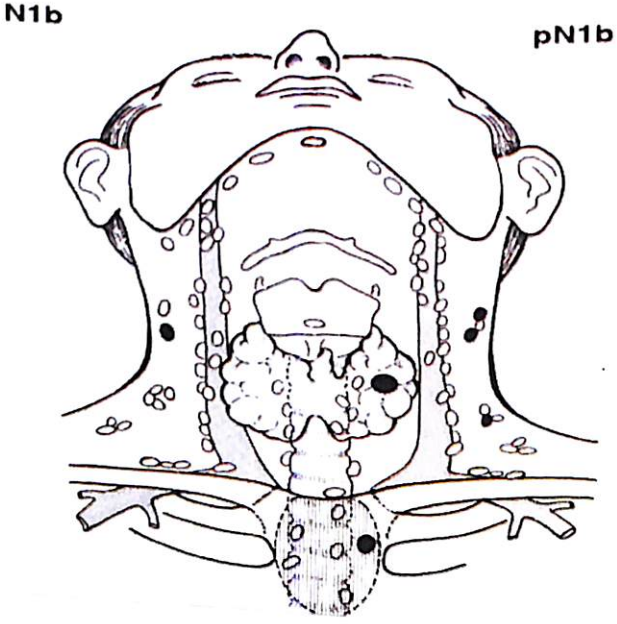

T1
pT1
< 2 cm


T2
pT2
> 2 cm
to 4 cm


T3
pT3
> 4 cm


T3
pT3
Extension
minimale


N1a
pN1a


N1b
pN1b

45 ёшгача бўлган беморларда қалқонсимон бези ракининг папиллярвафолликуляр шакли

I босқич	ҳар қандай T	ҳар қандай N	M0
II босқич	ҳар қандай T	ҳар қандай N	M1

45 ва ундан катта ёшдаги беморларда қалқонсимон бези ракининг папиллярвафолликуляр шакли

I босқич	T1	N0	M0
II босқич	T2	N0	M0
III босқич	T1, T2, T3	N1a	M0
IVA босқич	T1, T2, T3 T4a	N1b ҳар қандай N ҳар қандай	M0
IVB босқич	T4b ҳар қандай T	N ҳар қандай N	M0 M1
IVC босқич			

Анапластик карцинома

IVA босқич	T4a T4b	ҳар қандай N	M0
IVB босқич	ҳар қандай T	ҳар қандай N	M0 M1
IVC босқич		ҳар қандай N	

Қалқонсимонбезиракинингмедулляршакли (беморнинг ёши инобатга олинмайди)

I боскич	T1a, T1b	N0	M0
II боскич	T2,T3	N0	M0
III боскич	T1, T2, T3	N1a	M0
IVA боскич	T1, T2, T3	N1b хар кандай N	M0 M0
IVB боскич	T4a T4b харкандай T	хар кандай N	M0
IVC боскич		харкандай N	M1

Qalqonsimon bezi rakining klinikasi

- Qalqonsimon bezi rakining eng ko‘p gematogen metastaz berish yo‘llari
- o‘pkalarga – 30 foiz hollarda
- suyaklarga – 23 foiz hollarda.
- Kam hollarda, asosan QB rakining takomillashmagan shakllarida:
- jigarga (7,6 foiz),
- Bosh miyaga (2 foiz) va boshqalar.
- Jigarga metastaz berilishi shuningdek QB medullyar rakining generalizatsiyalangan shakllarida ko‘proq uchraydi.
- **Qalqonsimon bezi rakining differensiallashgan shakllarining klinikasi**
- 1) Bo‘yinda hosila borligi;
- 2) Uzoq vaqtdan buyon mavjud bo‘lgan buqoqning progressiyalanuvchi o‘sishi;
- 3) Bo‘yindagi a’zolarning bosilishi – yutishning qiyinligi, hansirashning paydo bo‘lishi, ensaga, yelkaga, iyakka uzatiluvchi og‘riq borligi;
- 4) Nerv tutamlarining zararlanishi:
- a – n. recurrens (ovoz pasayishi yoki yo‘qolishi),

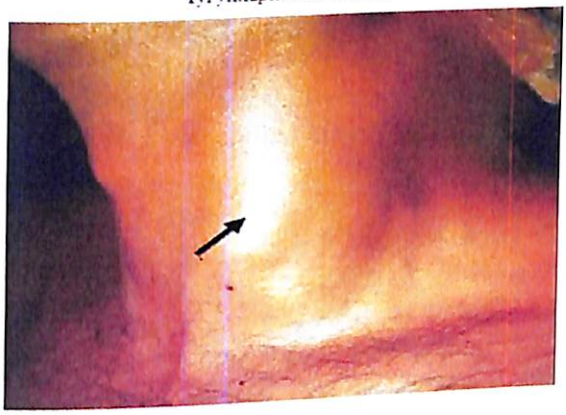
- b - simpatik nerv tutami (Gorner sindromi - enoftalm, mioz, ptoz);
- 5) Umumiy simptomlar (holsizlik, ozish, ishtaha pasayishi);
- 6) Regionar metastazlar (rakning aniq belgisi);
- 7) Anemiya, EChT ko'tarilishi; • 8) QB funksiyasi normal yoki oshgan.

Qalqonsimon bezi papillyar raki

QB rakining papillyar shakli o'sma yuzasida ko'plab bo'rtmalar bo'lib, so'rg'ichlarni eslatadi, shuning uchun o'sma paporotnik bargini eslatadi. Papillyar rak QB rakining 65-70 foizini tashkil etadi. Uning hujayralari yuqori takomillashgan bo'lib, yuzaki qaraganda QB normal hujayralariga o'xshaydi. O'sma juda sekin o'sadi, davolash yaxshi samara beradi, kam hollarda metastaz beradi.

Papillyar rak ayollarda erkaklarga nisbatan 3 barobar ko'p uchraydi hamda 30-50 yoshlarda ko'proq kuzatiladi. Davo muolajalaridan keyin 99 foiz bemorlar 25 yildan uzoqroq yashaydi.

Калконсимон бези папилляр ракининг бўйин лимфа тугунларига метастази



Qalqonsimon bezi follikulyar raki

QB rakining follikulyar shakli 15-20 foiz hollarda uchraydi va asosan katta yoshli bemorlarda, ko'proq ayollarda uchraydi. O'sma aylanasimon pufaklar – follikula shaklida bo'ladi. 1/3 hollarda o'sma atrof to'qima va qon

tomirlarga o'sib o'tmaydi, metastaz bermaydi. Qolgan 70 foiz hollarda agressiv kechadi, qon tomiralari va atrof to'qimalarga o'sib o'tadi, ko'pincha suyaklar va o'pkalarga metastaz beradi, ammo bu metastazlar radioaktiv yod bilan samarali davolanadi. 50 yoshdan kichiklarda kasallik nisbatan yaxshiroq kechadi, yoshi kattalarda ko'plab metastazlar berishi bilan namoyon bo'ladi.

Qalqonsimon bezi rakining o'rtacha differensiallashgan (medullyar) shaklining klinikasi

1) Sporadik shakli;

2) Apudomalarga mansub bo'ladi (C-hujayralar - APUD-tizimiga mansub).

Medullyar rak, ko'plab endokrin neoplaziya (KEN II) sindromining bir qismi bo'lib quyidagi qismlarga bo'linadi:

KEN IIa (autosom dominant tip bo'yicha nasldan naslga o'tuvchi Sipl sindromi; QB raki, feoxromatsitoma, giperparatireoz).

KEN IIb (QB raki, feoxromatsitoma, shilliq qavatning ko'plab nevromasi, oshqozon ichak trakti ganglionevromatozi, divertikulyoz, megakolon, yuzning marfanoid tipi).

Medullyar rak multigormonal bo'lishi mumkin (25-32 foiz hollarda). bunda katexolaminlar, kalsitonin, serotonin va prostaglandin ko'p miqdorda ajralib chiqadi va kuchli profuz diareyaga sabab bo'lishi mumkin.

Medullyar rak 5-8 foiz hollarda uchraydi, kalsitonin ishlab chiqaruvchi parafollikulyar hujayralardan kelib chiqadi. Kalsitonin organizmda fosfor va kalsiy miqdorini hamda suyaklar o'sishini regulyasiya qiladi.

QB rakining bu shakli uning differensiallashgan (papillyar va follikulyar) shakllariga nisbatan xavfli kechadi, QB kapsulasidan chiqib traxeya va atrof mushaklarga o'sib o'tadi. Kasallik yuzning qizarishi, «issiqlik quyilib kelganday» bo'lishi, diareya bilan kechishi mumkin.

Ko'pincha 40-50 yoshdan keyin uchrab ayol va erkaklarda deyarli bir xil uchraydi, nasldan naslga o'tishi mumkin, lekin avlodida QB raki bo'lmagan bemorlarda ham uchraydi. Bu sporadik shakli deb aytiladi. Medullyar rak boshqa ichki sekretsiya bezlari funksiyasi buzilishi – ko'plab endokrin neoplaziya bilan birgalikda kuzatilishi mumkin. Ushbu o'sma

hujayralari yodni yutmaydi, shuning uchun QB rakining bu shaklida radioaktiv yod bilan terapiya yordam bermaydi.

Asosiy davo usuli bo'lib operatsiya-total tireoidektomiya va limfadisseksiya hisoblanadi. 50 yoshdan o'tgan bemorlarda oqibat juda yomon bo'ladi.

Qalqonsimon bezi rakining differensiallashmagan (anaplastik) shaklining klinikasi

QB rakining anaplastik shakli juda kam (3 foiz) hollarda uchrab, QB iga notipik bo'lgan hujayralardan rivojlanadi va bu hujayralar o'zining barcha funksiyalarini yo'qotgan bo'ladi, faqat aktiv bo'linishda davom etadi.

Anaplastik rak 65 yoshdan o'tgan bemorlarda, ko'pincha ayollarda uchraydi, davolash samaradorligi juda past bo'lib oqibati (prognozi) eng yomon hisoblanadi.

Simptomlari differensiallashgan raknikiga o'xshash bo'ladi, ammo kuchli ifodadalanishi va juda tez rivojlanishi bilan xarakterlanadi;

Ko'pincha anemiya va EChT tezlashuvi kuzatiladi;

QB funksiyasi normal yoki pasaygan bo'ladi;

Qalqonsimon bezi raki uchun: o'smaning atrof to'qima bilan yopishganligi; harakatining chegaralanganligi;

zich konsistensiyasi va yuzasining g'adir-budirligi;

bo'yinda zich, og'riqsiz limfa tugunlarining paypaslanishi xarakterli bo'ladi.

Diagnostika usullari

Klinik (fizikal) tekshirish usullari:

-Anamnezni yig'ish, ko'ruv va palpatsiya; **Instrumental va laborator tekshirish usullari:**

- UTT va doplerli UTT tekshiruvi;
- Morfologik tekshiruv;
- Radioizotopli skanerlash;
- QB limfografiyasi;
- Kompyuter tomografiyasi;;
- Tireotrop va tireoid gormonlar miqdorini aniqlash.

- Qizilo'ngach va traxeyani endoskopik tekshirish; • O'pka va qizilo'ngachni kontrastli rentgenografiyasi; . Qalqonsimon bezi arteriografiyasi.

Klinik diagnostika usullari:

1. Bemorning shikoyati
2. Anamnezi
3. Tashqi ko'rik katta ahamiyatga ega.

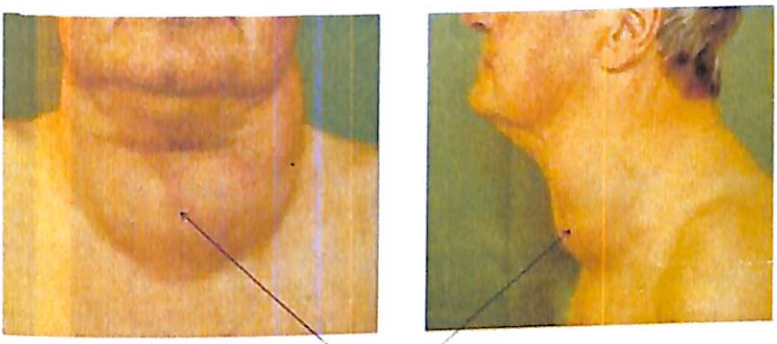




***Anamnez**

- Bo'yinning oldingi yuzasida o'smali hosila borligi.
- O'sma zich konsistensiyali, harakati chegaralangan.
- Bo'yin limfadenopatiyasi.
- Ovozning bo'g'ilishi, disfagiya.
- Avlodida QB medullyar va papillyar raki borligi.
- Oldin bosh va bo'yin sohasini nurlanganligi.

Qalqonsimon bezi sohasida bo'yinning deformatsiyasi

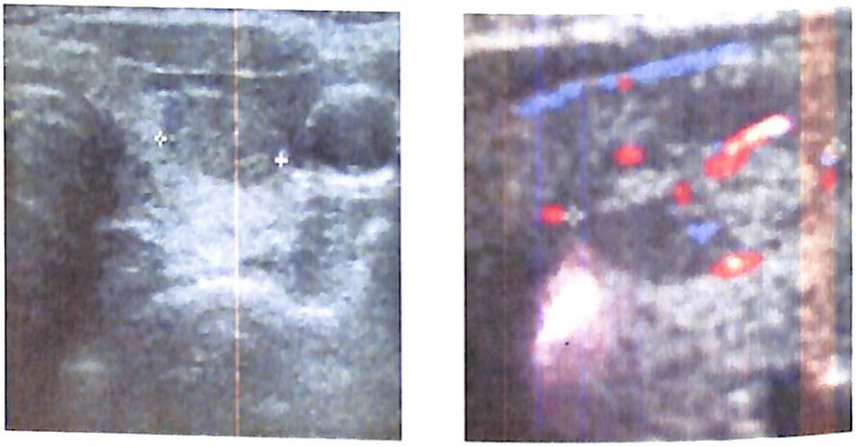


O'sma

Vrach bemorning orqa tomonidan turgan holda, ikkala qo'lining 2-4 barmoqlari bilan QB ining bo'laklarini yutish harakati vaqtida traxeyaga bosgan holda tekshirib ko'radi. QB ning regionar limfa tugunlari zonasini: qon tomir, nerv tutami bo'yicha, bo'yinning yon uchburchaklari va traxeya oldi zonasini paypaslab ko'radi.

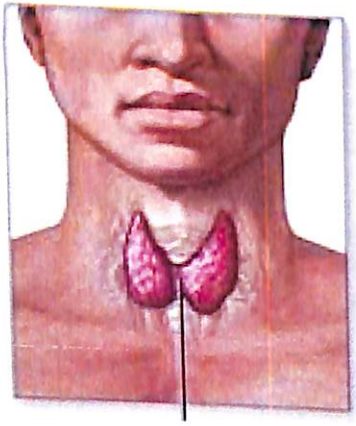


Hozirda qalqonsimon bez o'smasiga shubha qilinganda asosiy tekshirish usuli bo'lib ultra tovush tekshirishi hisoblanadi. Maxsus 7,5 va 5 Mgsli zamonaviy UTT apparatlari o'lchami 0,2 va 0,5 sm.li o'smalarni ham aniqlash imkonini beradi.



Qalqonsimon bezi to'qimasida qalqonsimon bezining tuguni hosilalari UTT da ko'rinishi

Ingichka ignali aspiratsion biopsiyada olingan punktatni sitologik tekshirish to'g'ri tashxis qo'yish va optimal davolash usulini tanlashda eng muhim rol o'ynaydi. Ayniqsa diagnostika usuli xavfsiz va xavfli o'smalar differensial diagnostikasida asosiy ahamiyat kasb etadi.

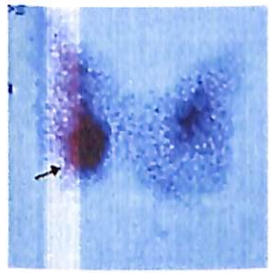


Qalqonsimon bez



Biopsiya olish uchun ingichka ignali shpirist

Ssintiografiyada radioaktiv yod yoki texnitsiy vena ichiga yoki og'iz orqali yuboriladi. Radioaktiv modda qalqonsimon bezida to'planadi va maxsus kamera orqali ushbu moddaning to'plangan miqdori aniqlanadi. Radioaktiv modda qalqonsimon bez o'zgargan to'qimasida atrof to'qimaga nisbatan kam to'plansa «sovuq» o'choq, agarda ko'p to'plansa «issiq» o'choq deb aytiladi.





Issiq o'choq

Diagnostikadagi yangi yo'nalishlar

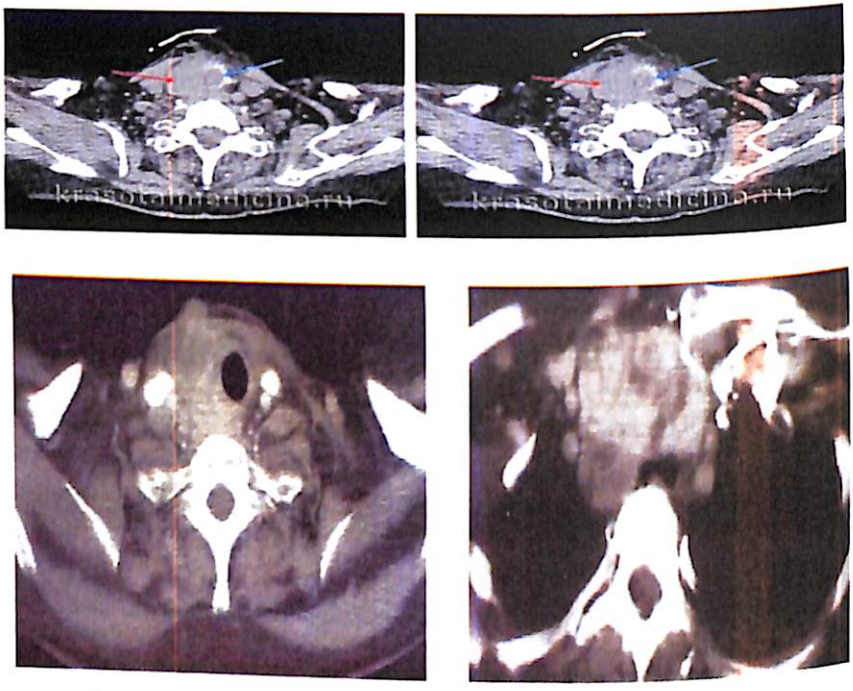
-Butun tanani ^{131}I bilan rekombinant TTG ssintografiyasi;

-^{18}FDG bilan pozitron-emission tomografiya – ushbu tekshirish usuliga ko'rsatma:

1. Yod bilan ssintografiyada patologik o'zgarish yo'q bo'lsada TTG konsentratsiyasining yuqoriligi;
2. Uzoq a'zolarga metastaz borligi;
3. Past takomillashgan (anaplastik) rak;

Kompyuter tomografiya (KT) odatda QB raki diagnostikasida qo'llanilmaydi, balki kasallikning bosqichini aniqlashda ahamiyati katta bo'ladi.

Qalqonsimon bezi invaziv o'smasi (qizil strelka)ning traxeyaga (ko'k strelka) o'sib o'tishi

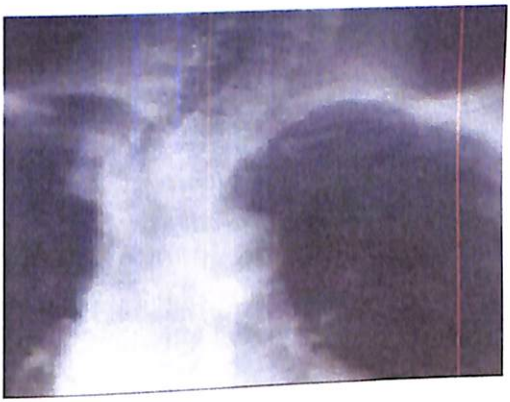


Tireotrop va tireoid gormonlar miqdorini aniqlash

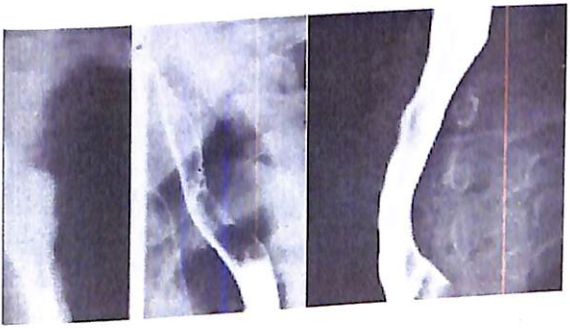
- **Kalsitonin** - ushbu gormon miqdorini yuqoriligi QB medullyar raki uchun xos bo'lgan marker bo'lib, davo kurslaridan keyin erta qaytalanish yoki metastazni aniqlashda ahamiyati katta. Ammo ushbu gormon miqdori homiladorlikda, homiladorlikka qarshi gormon preparatlar va kalsiy preparatlari iste'molida, oshqozon osti bezi kasalliklarida ham baland bo'ladi. Normada : ayollarda - 0,07-12,97 pikogramm/ml, erkaklarda – 0,68-30,26 pikogramm/ml.
- **Tireoglobulin** - QB hujayralari ishlab chiqaradigan oqsil bo'lib, uning miqdorini ko'tarilishi QB papillyar va follikulyar raki borligidan, davo kurslaridan keyingi ko'tarilishi esa qaytalanish va metastazdan dalolat beradi. Normada qonda 1,4-74,0 nanogramm/ml.
- Barcha bemorlarda, ayniqsa operatsiyadan keyin qonda tireoid (T3- 4,4-9,3 pmol/l, T4- 10-24 pmol/l) va tireotrop (TTG-0,2-3,2 mME/l) gormonlar miqdorini aniqlash shart.

- **Tiroksin (T4) va Triyodtironin (T3)** gormonlari QB qanday ishlayotganligidan dalolat beradi.
- **Paratireoid gormon (PTG)**- qalqonsimon oldi bezlari tomonidan ishlab chiqariladi uning miqdorining oshishi QB medullyar raki metastazida kuzatiladi.
- Norma - **erkaklarda:** 19-23 yoshgacha – 12 - 94 pg/ml; 24 dan 71 yoshgacha – 9.5 - 73 pg/ml; 72 yoshdan kattalarda – 4.7 - 116 pg/ml. **Ayollarda:** 19-21 yoshgacha – 13- 94 pg/ml; 22 dan 72 yoshgacha – 9.5 - 74 pg/ml; 73 yoshdan kattalarda – 4.7 do 115 pg/ml.

Кўкрак кафаси рентгенографиясида трахея девиация (отклонение) белгилари



Рентгенконтрастлитекширишдакизилўнгачниўсма туфайлисилжиши белгилари



Қалқонсимон бези артериограммасида ўнг томонда кучли ифодаланган васкуляризация белгилари



Qalqonsimon bez rakining differensial diagnostikasi

1) Surunkali tireoidit;
2) Tugunli buqoq;
3) Qalqonsimon bezi tuberkulyozi;
4) Qalqonsimon bezining sifilitik zararlanishi;
5) Qalqonsimon bezi rakining bo'yindagi metastazlari tuberkulyoz limfadeniti va Xodjkin limfomalari bilan qiyosiy taqqoslanadi.

Tireoiditlar

Klinik ko'rinishida birinchi o'rinda mahalliy yallig'lanish belgilari: shish, ustida teri rangi biroz qizarishi, palpatsiyada og'riq sezishi, ayrim hollarda flyuktuatsiya kuzatiladi. Umumiy belgilaridan tana harorati ko'tarilishi, tanani qaqshashi, EChT ko'tarilishi va leykoformulada leykotsitlarning chapga neytrofilli leykotsitozi namoyon bo'ladi.

Xashimoto limfotsitar tireoiditi

Autoimmun tireopatiya bo'lib qonda qalqonsimon bezi mikrosomalari va kalloidlari hamda tireglobulinga nisbatan antitelolarning yuqori konsentratsiyasi aniqlanadi. Punksion biopsiyada QB parenximasini limfotsitar infiltratsiyasi aniqlanadi.

Ridelning surunkali fibroz tireoiditi

Juda kam hollarda uchraydi QB to'qimasining kuchli qattiqlanishi bilan kechadi.Fibroz jarayoni traxeyaning torayib stridor rivojlanishiga olib kelishi mumkin. QB raki bilan qiyosiy taqqoslash punksion biopsiya xulosalari asosida amalga oshiriladi.

Базедов касаллиги билан касалланган бемор (тиреотоксикбуқок).



Davolash

Qalqonsimon bez rakining asosiy davolash usuli – operatsiya va radioyodterapiya kurslari hamda L-tiroksin bilan supressiv gormonterapiya hamda indivudial ko'rsatmalar bo'yicha distansion gammaterapiya bo'lib hisoblanadi. Aksariyat hollarda bunday davolash prinsipi bemorni to'liq tuzalishiga olib keladi.

Operativ davoga ko'rsatma

QB o'smasi bioptatida rak hujayralarining topilishi;

*Kattalashgan limfa tugunida tireoid raki metastazini aniqlanishi.

*Ultratovushli skanogrammada geterogen tuzilishli konturlari notekis bo'lgan va kalsinatli tugunli hosila aniqlanishi.

*QB dagi zich konsistensiyali tugunning tez sur'atlar bilan o'sishi.

Davolashning umumiy prinsiplari.

O'smani xirurgik yo'l bilan olib tashlash QB rakining radikal davolashni asosiy komponenti bo'lib hisoblanadi. Differensiallashgan va differensiallashmagan o'smalarning I–IV bosqichlarida radikal xirurgik davo mustaqil davo usuli hisoblanadi.

Bo'yin limfodissеksiyasi faqat limfa tugunlarda metastaz aniqlangandagina bajariladi.

Tiroksin bilan supressiv terapiya (TST) – tireoidektomiyadan keyin kompleks davo komponenti sifatida tireotrop gormon (TTG) sekretsiyasini yo'q qilish uchun qo'llaniladi.

Radioyodterapiya – xirurgik davodan keyin tireoid to'qima qoldiqlarini, yodpozitiv metastaszlar, qaytalangan va reziudal karsinomalarni yo'q qilish (ablatsiya) uchun qo'llaniladi.

Tiroksin bilan o'rin bosuvchi gormonal terapiya (O'GT) – QB rakining har qanday gistologik turida operatsiyadan keyingi davrda uning hajmidan qat'iy nazar gipotireozni oldini olish uchun fiziologik dozalarda qo'llaniladi.

Nur terapiya mustaqil holda: o'smaning birlamchi tarqalgan bosqichlarida yoki qaytalangan hollarida, birlamchi kam differensiallashgan o'smalar bo'yicha o'tkazilgan noradikal operatsiyalardan keyin o'tkaziladi.

Kombinirlashgan davo:

*QB rakining birlamchi tarqalgan bosqichlari yoki o'sma qaytalanganida;

*Nur terapiyasi olmagan differensiallashmagan QB rakida o'tkaziladi.

*Hozirda QB rakining papillyar va follikulyar shakllarida tizimli ximioterapiyaning samara berishi to'g'risida ma'lumot yo'q.

*O'smaga qarshi tizimli ximoterapiya anaplastik rakda qo'llaniladi.

Medikamentoz davolash:

Tiroksin bilan supressiv terapiya (TST) – tireoidektomiyadan keyin kompleks davo komponenti sifatida tireotrop gormon (TTG) sekretsiyasini yo'q qilish uchun tiroksinning suprafiziologik dozalari qo'llaniladi.

Asos: TTG – QB papillyar va follikulyar raki hujayralarini o'sish faktori hisoblanadi. TTG sekretsiyasini pasaytirish tireoid to'qimada qaytalanish va uzoq a'zolarga metastaz berish ehtimolini pasaytiradi.

Ko'rsatma: QB papillyar va follikulyar rakida o'tkazilgan operatsiya hajmidan qat'iy nazar TST o'tkaziladi.

Tiroksinning supressiv samarasiga erishish uchun quyidagi dozada buyuriladi:

Bolalar va o'smirlarda tana vazniga 2,5–3 mkg/ kg ; Kattalarda 2,5 mkg/ 1 kg.

TTG nazorati va dozasini korreksiyasi: TTG ning qondagi normasi - 0,5 – 5,0 mU/l.

Supressiv terapiyada TTG miqdori: TTG – 0,1–0,3 mU/l atrofida bo'ladi;

TTG nazorati, operatsiyadan keyin birinchi yili har 3 oyda, keyinchalik har yili kamida 2 marta.

Tiroksin dozasini korreksiyasi (ko'paytirish, kamaytirish) – asta sekin sutkada 25 mkgdan amalga oshiriladi.

Tiroksin bilan supressiv terapiya (TST) ning nojo'ya ta'sirlari:

-gipertireozi rivojlanishi, suyakning mineral komponentlari kamayishi sababli osteoporoz va suyaklarning sinishi kuzatilishi mumkin.

-Yurak qon tomir tizimi tomonidan: taxikardiya, chap qorincha gipertrofiyasi, yurak bo'lmachalari fibrillyasiyasi xavfi oshishi;

Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlar kuzatilsa tiroksin bilan o'rin bosuvchi gormonal terapiya (O'GT) ga o'tish kerak.

(TST)ning davomiyligi:

- QB karsinomasini morfologik xususiyati, jarayonning tarqalganligi, bemorning yoshi va operatsiyaning radikalligiga qarab individual tanlanadi.

-65 yoshgacha bo'lgan kattalarda QB papillyar va follikulyar ekstratireoid rakining pT4N0–1M0–1 bosqichlarida TST umrbod o'tkaziladi.

-kam takomillashgan follikulyar rakning pT1–4N0–1M0–1 bosqichlarida ham bir umr o'tkaziladi.

***TSTdan** tiroksin bilan o'rin bosuvchi gormonal terapiya (O'GT)ga o'tkazishga ko'rsatma:

-intratireoid papillyar va yuqori takomillashgan follikulyar rakda (rT2–3N0–1M0) radikal operatsiya va radioyod diagnostikadan keyin agarda 15 yil ichida qaytalanish va metastazlar kuzatilmasa;

- papillyar va yuqori takomillashgan follikulyar mikrokarsinomada (pT1aN1aM0) 10 yil davomida qaytalanish va metastaz aniqlanmasa.

Tiroksin bilan o'rin bosuvchi gormonal terapiya (O'GT) QB rakining har qanday gistologik turida operatsiyadan keyingi davrda uning hajmidan qat'iy nazar gipotireozning oldini olish uchun fiziologik dozalarda qo'llaniladi.

KO'RSATMA:

Yurak qon tomir tizimi tomonidan patologiyasi bo'lgan 65 yoshdan katta bo'lgan bemorlarda;

TSTkeyin nojo'ya ta'sir va asoratlari (osteoporoz, yurak kasalliklari) kuzatilganda;

Bolalarda 10 yil davomida, kattalarda 15 yil davomida qaytalanish va metastaz kuzatilmaganda; supressiv terapiya o'tkazish imkoni bo'lmagan barcha hollarda.

Tiroksin bilan o'rinbosuvchi gormonal terapiya (O'GT)da tiroksin dozasi: kattalarda 1,6 mkg/ kg. **O'GTda TTGning qondagi miqdori** 0,5–5,0 m ED/l atrofida bo'ladi. TTGning miqdori har yarim yilda o'tkaziladi. O'GT qalqonsimon bezi raki bilan bemorlarda umrbod o'tkaziladi.

QB raki ximioterapiya samarasi past bo'lgan o'smalar kategoriyasiga kiradi. **Ximioterapiyaga ko'rsatma:** -QB anaplastik raki;

-gormonterapiya va radioyodterapiyaga rezistent bo'lgan QBning takomillashgan raklarining tarqalgan bosqichlarida;

Ximiopreparatlarning kombinatsiya va dasturlari

*doksorubitsin 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; sisplatin 40 mg/m2 1 kun; Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

*doksorubitsin 70 mg/m2 vena ichiga 1 kun; bleomitsin 15 mg/m2 1-5 kunlar; Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

*vinkristin 1,4 mg/m2 v 1, 8 kunlar; doksorubitsin 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

*vinkristin 1 mg/m2 v/v 1 den; bleomitsin 30 mg vena ichiga yoki m/o 1,8,15,22 kunlar. Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

*vinkristin 1,4 mg/m2 vena ichiga 1 kun; doksorubitsin 60 mg\m2 vena ichiga 1 kun; siklofosfamid 1000 mg/m2 v/v 1 den; Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

*doksorubitsin - 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; dotsetaksel 60 mg/m2 vena ichiga 1 kun; Kurs 3 haftadan keyin qaytariladi.

Xirurgik operatsiya turlari: *total tireoidektomiya (to'liq tiroidektomiya);

*total lobektomiya (bir tomonlama lobektomiya);

*Bo'yincha rezeksiyasi bilan gemitireodektomiya;

*Bo'yin limfodisseksiyasi (bo'yin limfa tugunlarini fassial - futlyar kesish).

Bo'yin limfodisseksiya turlari:

*Bo'yining radikal limfodisseksiyasi (Krayl operatsiyasi) –bo'yin kletchatkasi va limfa tugunlarini m.sternocleidoamastoeideus, v.yugularis interna, n.accessorius, glandula submandibularis va glandula parotis pastki qirg'og'i bilan bir blokda olib tashlanadi. *modifikatsiyalangan bo'yin limfodisseksiyasi – 5 darajadagi barcha limfa tugunlar olib tashlanadi, faqat quyidagi anatomik a'zolardan biri yoki bir nechtasi:

-m. sternocleidoamastoeideus, v.yugularis interna, n.accessorius saqlab qoldiriladi.

*Selektiv bo'yin limfodisseksiyasi – 1 yoki bir nechta darajadagi limfa tugunlar olib tashlanadi va quyidagi anatomik a'zolar saqlab qoldiriladi: -m. sternocleidoamastoeideus, v.yugularis interna,n.accessorius **Xirurgik operatsiyaga qarshi ko'rsatma:**

*Nooperabellik belgilari va og'ir xamroh kasalliklar;

*Alternativ sifatida nur terapiya tavsiya qilish mumkin bo'lgan anaplastik rak;

*Ichki bo'yinturuq venasi va umumiy uyqu arteriyasiga o'sib o'tgan regionar limfa tugunlardagi metastazlar borligi;

*O'sma jarayonining disseminatsiyasi va ko'plab gematogen metastazlar borligi;

*Surunkali dekompensatsiyalashgan yurak qon tomir tizimi, nafas olish tizimi, oshqozon ichak trakti, siydik ajratish tizimi a'zolari kasalliklari;

Qalqonsimon bez rakida bajariladigan operatsiya turlari:

***total tireoidektomiya** - papillyar va follikulyar rakning T1-4N0M0 bosqichlarida hamda medullyar, differensiallashmagan va yassi hujayrali rakda barcha hollarda ;

*QB bir bo'lagida joylashgan solitar mikrokarsinomada (T1aN0M0) va oqibati yaxshi bo'lgan belgilarda (yoshi 45 gacha bo'lgan bemorlar, jinsi ayol va anamnezda bosh-bo'yin sohasi nurlanmaganligi va h.k.) - total lobektomiya, bo'yincha rezeksiyasi bilan gemitireodektomiya;

*Bo'yinda bir yoki ikki tomonlama bitta yoki ko'plab harakatchan metastatik limfa tugunlar bo'lganda – selektiv hamda modifikatsiyalashgan bo'yin limfodisseksiyasi;

*Bo'yinda bir yoki ikki tomonlama bitta yoki ko'plab harakati chegaralangan m.sternocleidomastoideus, v. yugularisga o'sib o'tgan metastatik o'smalarda -**Krayl operatsiyasi bajariladi.**

Qalqonsimon bezi raki



Terioidektomiyadan keying holat



Nur terapiyasiga ko'rsatma:

***Operatsiya oldi nur terapiyasi** yoshi katta bemorlarga anaplastik va yassi hujayrali rakda o'tkaziladi;

***Operatsiyadan keyingi nur terapiya** anaplastik, medullyar va yassi hujayrali rakda operatsiya oldi nur terapiyasi o'tkazilmagan bo'lsa va jarrohlik operatsiyasi yetarli ablastik bajarilmagan bo'lsa o'tkaziladi.

*Birlamchi o'choq va bo'yindagi metastik limfa tugunlariga radikal dastur bo'yicha nur terapiya o'tkazilganda nur dozasi UD-70 Grga etkaziladi, QB rakining xavflilik darajasi yuqori bo'lgan shakllarida patologik o'zgarmagan regionar limfa tugunlarga nur dozasi UD-50 Grga yetkaziladi.

Bir martalik nur dozasi o'smaning takomillashganlik darajasiga bog'liq bo'ladi. Sekin o'suvchi QB raki shakllarida BD-1,8 Gr, xavflilik darajasi yuqori bo'lgan tez o'suvchi shakllarida BD-2 Gr haftada 5 fraksiya o'tkaziladi. Anaplastik rakda ximionur terapiya - doksorubitsin 20mg/m2 vena ichiga haftada 1 marta 3 hafta davomida yuboriladi va nur terapiya BD-1,6Gr kunida 2 marta, haftada 5 fraksiya UD-46 Grga etkaziladi.

Radioyodterapiya - operatsiyadan keyin tireoid to'qima qoldiqlarini yo'q qilish (ablyatsiya) hamda yodpozitiv metastazlar, qaytalangan va rezidual karsinomalarni bartaraf qilish maqsadida o'tkaziladi.

Radioyodterapiya o'tkazishning asosiy shartlari:

*Qalqonsimon bez to'qimasi va regionar metastazlarni to'liq yoki deyarli to'liq jarrohlik yo'li bilan olib tashlanganligi;

*Gormonal terapiyani operatsiyadan keyingi davrda 3-4 hafta davomida to'xtatish;

* TTGni qondagi miqdori 30 m ED/ldan baland bo'lishi;

*oldindan radioyodtest o'tkazilganligi; **Radioyodtest**

o'tkazilishiga ko'rsatma:

Radioyod diagnostika QB papillyar va follikulyar raki bilan quyidagi hollarda o'tkaziladi:

-Operatsiyaga qadar o'pka, suyak va boshqa a'zolariga metastaz aniqlanganligi;

- solitar mikrokarsinoma (T1aN0M0)dan tashqari hollarda 50 yoshgacha bo'lgan bemorlar;

-50 yoshdan katta bo'lgan bemorlarda o'smaning ekstatireoid tarqalganligi va regionar limfa tugunlarda ko'plab metastaz borligi (rT4;pN1).

Gormonal nazorat:

Tireoidektomiyadan keyin 10–12 haftada o'tkaziladi:

· TTG 0,1 m ED/ldan kam bo'lishi;

· T3 – fiziologik ko'rsatkichlar darajasida bo'lishi;

· T4 – normadan baland bo'lishi; · tireoglobulin.

Radioyod diagnostika QB rakida rT2–4N0M0 bo'lganda 300–400 Mbq per os I131 va 24-48 soatdan keyin butun tana sintegrafiya qilinadi. Agar I131 to'plangan metastazlar aniqlanmasa (M0), radioyodterapiya o'tkazilmaydi. Radioyodterapiya rT2–4N1M1 bosqichlarda albatta o'tkaziladi. Kattalar uchun preparatning maksimal aktivligi 7,5 Gbq I131,bolalar uchun 100 Mbq I131/ kgga teng bo'ladi.

Radioyodterapiya samarasini aniqlash uchun har 6 oyda umumiy klinik tahlillar,TTG, T3, T4, tireoglobulin, kalsiy miqdorini aniqlash,umumiy qon tahlili va bo'yin sohasini UTT tekshiruvi o'tkaziladi. Har 24 oyda 4 haftaga tiroksinni to'xtatib, o'pkalarni 2-proeksiyada rentgenografiya qilib radioyod diagnostika (300-400 Mbq I131) o'tkaziladi.

XIV BOB. HIQILDOQ RAKI

Epidemiologiyasi

Hiqildoq raki yuqori nafas yo'llari xavfli o'smalarining 50—70 foizini tashkil etadi. Bemorlarning 90 -95 foizini erkaklar tashkil etadi. Kasalmandlik 100 000 aholiga 4,9 ga teng bo'ladi.

Xavf omillari

Chekish, tashqi muhitning kanserogen omillarining ta'siri hamda surunkali laringitlar va boshqa fon kasalliklari farqlanadi.

Hiqildoqning rak oldi kasalliklari

Obligat rak oldi kasalliklariga quyidagilar kiradi:

1) Katta yoshdagilarda uchraydigan papilloma va papillomatoz ko'p uchraydi va hiqildoq xavfsiz o'smalarining 40 foizini tashkil qiladi. Papilloma 7—20 *foiz* hollarda 1-20 yildan keyin bo'lsa ham rakka o'tadi.

2) Paxidermiya — epidermoid o'siqlar bo'lib ko'pincha cho'michsimon tog'ayning (cartilago arytenoidea) ovoz o'siqlari yoki cho'michsimon dahliz burmalarini cho'michsimon tog'ayga o'tish joyida uchraydi. Boshqa lokalizatsiyadagi paxidermiyalarni rakka o'tishi deyarli uchramaydi.

3) Diskeratoz (leykoplakiya, leykokeratoz).

Leykoplakiya ovoz burmalarida yuzasi notekis bo'ylama joylashgan dog' ko'rinishida bo'ladi va u lazerli koagulyasiya bilan davolanadi. *Leykokeratoz* — shilliq qavatning muguzlanishi bo'lib kul rang oqimtir rangda bo'lib yuzasi notekis qipiqsimon bo'ladi. Ko'pincha ovoz burmalarida oldingi komissura sohasida joylashadi va endolaringeal yo'l bilan olib tashlanadi.

Fakultativ rak oldi kasalliklariga quyidagilar kiradi:

1.Kontakt fibroma ovoz burmasi sohasida ko'pincha erkaklarda surunkali yallig'lanish, uzoq vaqt chekuvchilarda va ovoz zo'riqishlari fonida paydo bo'ladi.

2.Surunkali spetsifik yallig'lanishlardan (tuberkulyoz, sifilis, skleroma) hamda kuygandan keyingi chandiqli jarayonlar;

3. Hiqildoq fibromasi tarkibidagi tolalar miqdoriga ko'ra zich va yumshoq bo'ladi. Ushbu kasalliklar jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Tavsiflanishi

HIQILDOQ RAKINING GISTOLOGIK SHAKLLARI	Kod ICD-O
I.Klassik,nospetsifik yassi hujayrali rak	8070/3
II.Yassi hujayrali rak:	
*Akantolitik;	8075/3
*Bezli-yassi hujayrali;	8560/3
*Bazaloid; *Papillyar:	8083/3
* Urchuqsimon)	8052/3
*Verrukoz;	8074/3
*Limfoepitelial;	8051/3
	8082/
III.Neyroendokrin karsinoma:	8249/3
*Tipik karsinoid (yuqori takomillashgan neyroendokrin karsinoma)	
*Atipik karsinoid (sust takomillashgan neyroendokrin karsinoma)	
*Mayda hujayrali neyroendokrin rak (past takomillashgan neyroendokrin karsinoma)	
*Katta hujayrali neyroendokrin rak (past takomillashgan neyroendokrin karsinoma)	
IV.Kichik so'lak bezlari karsinomasi	
Adenokistoz rak	8200/3
Mukoepidermoid rak (yuqori, sust va past takomillashgan)	8430/3
V.Shilliq qavat melanomasi	8746/3

TNM bo'yicha xalqaro klassifikatsiya

Hiqildoqning anatomik sohalari

1. Ovoz burmalari usti vestibulyar (hiqildoq dahlizi) sohasi (S 32.1).

a) Hiqildoq qopqog'i (cartilago epiglottica)ning til osti sohasi (ushbu tog'ayning pastki tor (stebelek) petiolus epiglottidis qismi bilan birgalikda, odingi (til) yuzasi (S 10.1) va hiqildoq tomondagi yuzasi).

b) Cho'michsimon tog'ay va epiglottis orasidagi burmaning plica arypiglottica hiqildoq tomondagi qismi.

v) Cho'michsimon tog'ay - cartilago arytenoidea.

g) hiqildoqning til osti sohasi.

d) Hiqildoq oshqozonchasi (ventriculus laryngis) va dahliz burmalari plicae vestibulares (yolg'on ovoz boylamalari)

2) Ovoz apparati (ovoz burmalari) plicae vocales (S 32.0).

a)Haqiqiy ovoz burmalari.

b) ovoz burmalarining oldingi birikish joyi (komissurasi).

v) ovoz burmalarining orqa birikish joyi(komissurasi).

3) Ovoz burmalari osti sohasi (cavitas infraglottica) (S 32.2). TX - birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi;

T0-birlamchi o'sma to'g'risida ma'lumot yo'q.

Tin situ - epiteliy ichi (preinvaziv) rak (carcinoma in situ).

1. Ovoz burmalari usti -vestibulyar (hiqildoq dahlizi) sohasi (S 32.1).

T1 — o'sma vestibulyar sohaning bir qismi bilan chegaralangan va ovoz bog'lamalari harakati normada.

T2 – o'sma vestibulyar soha shilliq qavatining bir nechta qismini yoki ovoz burmalari sohasini yoki hiqildoq vestibulyar qismi chegarasidan tashqi (til ildizi, epiglottis chuqurchalari, noksimon cho'ntak - recessus piriformisning medial devori) soha shilliq qavatini zararlaydi, ammo hiqildoq fiksatsiyalanmaydi.

T3-o'sma hiqildoq chegarasidan chiqmaydi, lekin ovoz burmalarini fiksatsiya qiladi va/yoki ovoz burmalari oldi bo'shlig'iga va/yoki qalqonsimon tog'ayning ichki po'st qavatiga o'sib o'tadi.

T4a— o'sma qalqonsimon tog'ayning butun qalinligiga o'sib o'tadi va/ yoki hiqildoqdan tashqari to'qimalarni (masalan: traxeya, bo'yin yumshoq to'qimasi, tilning xususiy mushaklari, qalqonsimon bez yoki qizilo'ngach) zararlaydi.

T4b— o'sma umurtqa pog'onasi oldi fassiyasi, ko'ks oralig'iga o'sib o'tadi yoki uyqu arteriyasini bosib qo'yadi.

2) Ovoz apparati (ovoz burmalari) plicae vocales (S 32.0).

T1 — o'sma ovoz burmalarini, shu jumladan orqa va oldingi komissuralarni zararlaydi, lekin ovoz burmalari harakati normada bo'ladi.

T1a — o'sma bitta ovoz burmasi chegarasida bo'ladi.

T1b— o'sma har ikkita ovoz burmalarini zararlaydi.

T2 — o‘sma ovoz burmalari harakatini buzadi va/yoki ovoz burmalari usti -vestibulyar (hiqildoq dahlizi) sohasiga va/yoki ovoz burmalari osti sohasi (cavitas infraglottica)ga o‘sib o‘tadi.

T3-o‘sma hiqildoq chegarasidan chiqmaydi, lekin ovoz burmalarini fiksatsiya qiladi va/yoki ovoz burmalari oldi bo‘shlig‘iga va/yoki qalqonsimon tog‘ayning ichki po‘st qavatiga o‘sib o‘tadi.

T4a— o‘sma qalqonsimon tog‘ayning tashqi po‘st qavatigacha o‘sib o‘tadi va/yoki hiqildoqdan tashqari to‘qimalarni (traxeya, bo‘yin yumshoq to‘qimasi, tilning chuqur/tashqi mushaklari,qalqonsimon bez qizilo‘ngach) zararlaydi.

T4 — o‘sma umurtqa pog‘onasi oldi fassiyasi, ko‘ks oralig‘i va uyqu arteriyasiga o‘sib o‘tadi.

Ovoz burmalari osti sohasi (cavitas infraglottica) (S 32.2).

T1 –o‘sma faqat ovoz burmalari osti sohasi bilan chegaralangan.

T2 — o‘sma ovoz burmalarini zararlaydi; bunda ularning harakati buzilishi yoki buzilmasligi mumkin.

T3 — o‘sma hiqildoq chegarasidan chiqmaydi, lekin ovoz burmalarini fiksatsiya qiladi

T4a— o‘sma uzuksimon (cartilago cricoidea) yoki qalqonsimon (cartilago thyroidea) tog‘ayni zararlaydi va/yoki hiqildoqdan tashqari to‘qimalarni (traxeya, bo‘yin yumshoq to‘qimasi, tilning xususiy mushaklarini, bo‘yinning hiqildoq oldi mushaklari, qalqonsimon bez yoki qizilo‘ngach) zararlaydi.

T4b— o‘sma umurtqa pog‘onasi oldi fassiyasi, ko‘ks oralig‘iga o‘sib o‘tadi yoki uyqu arteriyasini bosib qo‘yadi.

N — regionar limfa tugunlar (bo‘yin limfa tugunlari regionar hisoblanadi).

Nx — regionar limfa tugunlarini baholab bo‘lmaydi.

N0 — regionar limfa tugunlar zararlanmagan.

N1 — bitta ipsilateral limfa tugun o‘lchami 3 smgacha kattalashgan.

N2a — bitta o‘lchami 3 smdan katta 6 smdan kichik ipsilateral limfa tugun aniqlanadi;

N2b — o‘lchami 6 smgacha kattalashgan bir nechta ipsilateral limfa tugun aniqlanadi.

N2c — bo'yin ikkala tomonida ham yoki kontrlateral 6 smgacha kattalashgan limfa tugunlar aniqlanadi.

N3 — o'lcham 6 smdan katta bo'lgan metastatik limfa tugun aniqlanadi.

MO — uzoq a'zolarga metastaz yo'q.

Ml — uzoq a'zolarga metastaz bor.

Hiqildoq rakining bosqichlar bo'yicha klassifikatsiyasi

Bosqichlar	T	N	M
0	Tin situ	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1, T2 T3	N1 N0, N1	M0 M0
IVA	T4a,T4b T1, T2,T3	N0, N1 N2	M0 M0
IVV	T4b har qanday T	har qanday N N3	M0 M0
IV	har qanday T	har qanday N	M1

Klinikasi

Hiqildoq raki 35—65 yoshlarda ko'proq uchraydi va klinitsistlar tomonidan o'sma o'sishining 3 shakli farqlanadi:

1) ekzofit — 53,5 foiz; 2)

endofit — 28,5 foiz; 3)

aralash — 18 foiz.

O'smaning lokalizatsiyasi, o'sish xarakteri va tarqalganligi uning klinik kechishini ta'minlaydi. Hiqildoq vestibulyar qismi raki boshlanishi simptomsiz kechadi, keyinchalik tomoqda yoqimsiz tuyg'u, "tomoqqa ovqat uchishi" va yutinganda og'riq kuzatiladi. Kasallikning ilk bosqichlari simptomsiz kechishi tufayli bemorlarning 60 foizi kasallikning kechki bosqichlarida murojaat qilishadi. Yoki ularga angina tashxisi qo'yilib terapevtlar tomonidan davolanishadi.

Ovoz apparati (ovoz burmalari) plicae vocales sohasi o'smasida erta ovozning xirillashi kuzatilib keyinchalik u to'liq afoniyaga o'tadi.

Ovoz burmalari osti (cavitas infraglottica) sohasi o'smasida hatto o'smaning o'lchami kichik bo'lganda ham nafas olishning qiyinligi kuzatiladi. O'smaning o'lchami kattalashib ovoz burmalariga o'tsa ovoz xirillashi qo'shiladi. Laringoskopiyada yuzasi g'adir budir, chegarasi

noaniq, yaralangan o'sma ko'rinadi. Kasallikning kechki bosqichlarida ko'p miqdorda qonli balg'am ajralishi bilan yo'tal kuzatiladi. O'smaning yemirilishi va ikkilamchi infeksiya qo'shilishi sababli bemorlarning og'zidan qo'lansa hid keladi. O'smaning tarqalganligi hiqildoq tog'aylarining konfiguratsiyasini buzilishiga olib keladi. Palpatsiyada o'smaning o'sib o'tishi va yallig'lanish qo'shilganligi sababli hiqildoq tog'aylari konturlarining tekislashuvi kuzatiladi. Hiqildoq vestibulyar qismi raki juda agressiv kechadi, ushbu soha shilliq osti qavatida ko'plab shilliq ajratuvchi bezlar bo'lishi va limfa tizimi kuchli rivojlanganligi sababli o'sma tez mahalliy tarqaladi va regionar metastazlar beradi. O'sma yuqori va oldinga qarab til ildizi, til vallekulalari va hiqildoq oldi bo'shlig'i tomonga qarab o'sadi. Hiqildoq ovoz burmalari sohasi raki ushbu sohada qon tomir va limfa tizimi sust rivojlanganligi, shilliq osti qavatida deyarli aralash bezlar yo'qligi va fibroz -elastik tolalar ko'pligi sababli nisbatan yaxshi kechadi, ya'ni sekin o'sadi va kech metastaz beradi.

Ovoz burmalari orqa qismi (komissurasi) halqum bilan yaqin joylashganligi sababli o'sma tezda cho'michsimon tog'ay (cartilago arytenoidea) va hiqildoq oshqozonchasiga (ventriculus laryngis) tezda tarqaydi. O'sma ovoz burmalari oldingi qismi (komissurasi)ga yaqin joylashgan bo'lsa jarayon qalqonsimon va uzuksimon tog'aylar orasida joylashgan limfa tizimiga tez o'tadi va bu kasallik kechishini og'irlashtiradi. O'sma asosan ovoz burmasi bo'ylab oldingi komissura tomon tarqalib keyin ikkinchi ovoz burmasiga o'tadi. Ovoz burmalari osti sohasi (cavitas infraglottica) o'smasi shilliq osti qavati bo'ylab ko'pincha traxeya tomonga qarab o'sadi.

O'sma 70 foiz hollarda hiqildoqning vestibulyar sohasida, 28 foiz hollarda ovoz burmalari sohasida va 2 foiz hollarda ovoz burmalari osti sohasi (cavitas infraglottica)da uchraydi .

Hiqildoq raki diagnostikasi

*Hiqildoqni va ikki tomonlama bo'yin limfa tugunlarini palpatsiyasi;

*Bo'yin sohasi UTT o'tkazish;

*Orofaringoskopiya, laringo- va gipofaringoskopiya (oynali yoki endoskopik, fibrolaringoskopiya) .

Ko'rish qiyin holatlarda (shish, epiglottis siljishi va b.q.) mahalliy anesteziya qilish kerak;

*o'smadan biopsiya olish;

*kattalashgan limfa tugunlardan ingichka ignali aspiratsion biopsiya ;

*Ko'krak qafasi rentgenografiyasi yoki KT(regionar metastazlar bo'lsa albatta);

*Birlamchi o'sma va bo'yinni kontrastli KT yoki kontrastli MRT;

*ezofagogastroskopiya;

*bronxoskopiya (shikoyatlar bo'lganda);

*EKG;

*Exo-KG (ximioterapiya rejalashtirilganda).

Laboratoriya tekshiruvlari: *Qon guruhi va rezus-faktor;

*Sifilisga seroreaksiya ;

*Umumiy qon va siydik tahlili;

*qon bioximik tekshiruvlari (umumiy oqsil, kreatinin, mochevina, bilirubin, ishqor fosfataza, glyukoza, elektrolitlar – Na, K, Ca, Cl);

*kreatinin klirensi (ximioterapiya rejalashtirilganda);

*koagulogramma(ACHTV, PV, TV, fibrinogen) –operatsiyaga tayyorlash etapida.

Davolash

O'smani vestibulyar va ovoz burmalari sohasida joylashganda T1-2 bosqichlarda, nur terapiyasi hamda hiqildoq rezeksiyasining davolash samaradorligi deyarli bir xil (85-95 foiz sog'ayish), ammo funksional natijasi nur terapiya olgan bemorlarda yaxshiroq bo'ladi.

Hiqildoq rakining tarqalgan T3–4 bosqichlarida nur terapiya mustaqil ravishda radikal davolash uchun qo'llanilmaydi. Odatda nur terapiya operatsiyadan keyin yoki ximioterapiya bilan birgalikda qo'llaniladi. Kimyonur terapiyadan keyin organ saqlovchi operatsiyalar o'tkazish imkoniyati yanada kengayadi.

Hiqildoqning har 3 qismining davolashda o'ziga xos spetsifik tomonlari bor. Rakning tarqalgan bosqichlarida lokal-gipertermiya fonida o'tkazilgan nur yoki kimyo terapiya samradorligi yuqori bo'ladi.

Nur va kimyonur terapiya

Hiqildoq o'smasi bilan bemorlarga nur terapiya maydoniga hiqildoq to'liq va regionar metastazlar zonasi kiritiladi. O'sma ovoz burmalari sohasida joylashganda T1 bosqichda regionar metastazlar bo'lmasa faqat

hiqildoqning o'ziga nur terapiya beriladi. Radikal programma bo'yicha nur terapiya berilganda ROD 2Gr va SOD – 70 Grga teng bo'ladi. Holsizlangan bemorlarga hamda hamroh kasalliklar bo'lganda nur terapiya 7-10 kunlik tanaffus bilan nur reaksiyasi o'tguncha 2 etapda o'tkaziladi.

Bemorda traxeostoma borligi nur terapiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanmaydi, kasallikning tarqalgan bosqichlarida traxeostoma ham nur maydoniga kiritiladi.

Kimyonur terapiya vaqtida sisplatin 1, 22 va 43 kunlar 100 mg/m2 hisobida vena ichi infuziyasi sifatida 1 mg/min tezlik bilan pred- va postgidratatsiya bilan o'tkaziladi.

XV BOB. BURUN HALQUM RAKI:

Butun jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra halqum o'smalari barcha xavfli o'smalarning 0,8-1,3 foizini tashkil etadi. Halqumning turli bo'limlari (burun halqum, og'iz halqum, hiqildoq halqum) o'smalarining klinik kechishi turli xil bo'lib, bu halqumning qisuvchi mushaklari **(m.constrictorpharyngissuperior, m.constrictorpharyngis medius va m.constrictorpharyngisinferior)** sohasidagi venoz tomirlari **(vv.pharyngeae)** hamda asab chigali **(plexuspharyngeus)** bilan uzviy bog'langan limfa tizimining o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq bo'ladi.

Xavf omillari

Burun halqum o'smalarini chaqiruvchi xavfli omillarga shilliq qavatda metaplaziya va giperplaziya chaqiruvchi turli surunkali yallig'lanish kasalliklari kiradi. Bundan tashqari burun halqumning ayrim o'smalari dizembriogenetik xarakterga ega bo'lishi mumkin. Bu lokalizatsiya onkopatogenezida Epshteyn–Bar va VPCH (odam papillom virusi) ning roli borligi hamda chekish va alkogol mahsulotlarini ko'p iste'mol qilish, ish faoliyatidagi kanserogen omillar (masalan: kimyo va lak bo'yoq sanoati) ta'siri haqida qarashlar ham mavjud.

Tasniflash

I. Epitelial to'qimadan kelib chiqadigan o'smalar:

A.Xavfsiz o'smalar:

1. Yassi hujayrali papilloma.
2. Oksofil adenoma(onkotsitoma).
3. Polimorf adenoma(aralash o'sma) **B.Xavfli**

o'smalar:

1. Burun halqum raki:

a)yassi hujayrali muguzlanadigan,

b) yassi hujayrali muguzlanmaydigan,

v) takomillashmagan.

2. Adenokarsinoma.
3. Sistadenoid karsinoma. **II.Yumshoq to'qima**

o'smalari A.Xavfsiz o'smalar:

1. O'smirlar angiofibromasi.

2. Neyrofibroma.
3.Nevrilemmoma(shvannoma).
4.Paraganglioma (xemodektoma) **B.Xavfli o‘smalar:**
1.Fibrosarkoma.
2.Rabdomiosarkoma.
3.Neyrogen sarkoma (neyrofibrosarkoma, xavfli shvannoma). **III. Suyak va tog‘ay o‘smalari.**
IV. Limfa va qon yaratuvchi to‘qima o‘smalari:
1.Xavfli limfomalar::
a) limfasarkoma,
b) retikulosarkoma,
v) plazmotsitoma,
g)Xodjkin kasalligi.
V. Aralash genezli o‘smalar:
1. Teratoma:
a)solid teratoma,
b)kista(dermoid kista).
2. Gipofizar adenoma.
3.Meningioma.
4. Xavfli melanoma.
5. Xordoma.
6. Kraniofaringioma.
VI. Ikkilamchi o‘smalar.
VII. Tasniflanmaydigan o‘smalar.
VIII. O‘smasimon holatlar:
1. Psevdoepitelial giperplaziya.
2. Onkotsitar metaplaziya va giperlaziya.
3.Kistalar.
4. Angiogranulema (gemangioma).
5. Fibromatoz.
6. Amiloidli birikmalar.
7. Infeksion granulema.
8. Xavfsiz limfoid giperplaziya (adenoidlar).
9.Styuart granulemasi.

10. Vegener granulematozi.

TNM buyicha tasniflash:

Tx –birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0- birlamchi o'sma haqida ma'lumot yuq.

Tis-karsinoma in situ

T1-o'sma burun halqumda joylashgan yoki og'iz halqum va burun bo'shlig'iga o'sib o'tgan.

T2-o'sma parahalqum soxasi (hiqildoq oldi ko'ndalang targ'il mushaklari , teri osti kletchatkasi)ga o'sib o'tadi.

T3- o'sma bosh asosi suyaklari va burun yondosh bo'shliqlari suyaklariga o'sib o'tadi.

T4 –o'sma bosh suyagi ichiga o'sib o'tib miya asablariga, hiqildoq halqumga, orbitaga, chakka chuqurchasiga o'sib o'tadi.

Nx-regional limfa tugunlarni baholab bo'lmaydi

N0-regional limfa tugunlarda metastaz yo'q

N1-bo'yinning bir tomonidagi limfa tugunidagi metastaz 6 smdan katta emas, yoki o'mrov usti chuqurchasidan yuqorida bir yoki ikki tomonlama limfa tugunlarda metasataz bor.

N2- o'mrov usti chuqurchasidan yuqoridagi limfa tugunlarda o'lchami 6 smdan kata bo'lmagan metastaz bor.

N3-bo'yinda yoki o'mrov usti chuqurchasida o'lchami 6 smdan katta bo'lgan metastaz bor

N3a-metastaz o'lchami 6 smdan katta

N3b-metastaz o'mrov usti chuqurchasiga tarqalgan

M-uzoq metastazlar

M0- uzoq metastazlar yuq

M1- uzoq metastazlar bor

Burun halqumning xavfsiz o'smalarining deyarli 50 foizini tashkil etadigan o'smirlar angiofibromasi amaliy ahamiyatga ega bo'ladi. Bu o'sma burun halqumning yuqori devoridan , kam hollarda ponasimon (asos) suyagi –ossphenoidale yoki I va II bo'yin umurtqalari suyak pardasidan kelib chiqadi. Odatda bu balog'at yoshiga etish davridagi 10-25 yoshdagi erkaklarda uchrab tez progressiv o'sib, suyaklarni yemirib, atrof to'qima - orbita, burun va uning yondosh bo'shliqlari hatto bosh miya bo'shlig'iga o'sib o'tishi bilan xarakterlanadi. Gistologik asosan miksoid shishgan fibroz

to‘qimasidan iborat bo‘ladi . Deyarli barcha bemorlarda jinsiy shakllanishning sustlashuvi kuzatiladi. Klinikasida burun orqali nafas olishning qiyinligi, burundan qon kelishi, tomoq qurishi, manqalanish kuzatiladi. Umumiy simptomlardan uyquning buzilishi, xotira pasayishi, ish faoliyatining susayishi ko‘proq uchraydi. Mahalliy ko‘rganda o‘sma polipsimon, yuzasi silliq, to‘q qizil rangda bo‘ladi. O‘sma kattalashgan sari sharsimon shaklni egallaydi, harakatsiz bo‘ladi, yumshoq va qattiq tanglay bo‘rtib chiqadi, yuqori jag‘ deformatsiyalanadi, ekzoftalm rivojlanadi. Burun halqumda xavfsiz o‘smalardan papilloma, sochli polip, adenoma, neyrofibromalar ham uchrab turadi. Burun halqumning xavfli o‘smalarining 70 foizini epitelial to‘qimadan kelib chiqadigan o‘smalar tashkil qilsa, 30 foizini xavfli limfomalar va 1 foizini boshqa to‘qimalardan kelib chiqadigan o‘smalar tashkil qiladi.

Klinikasi

Burun halqum o‘smalari klinikasi o‘smaning joylashgan joyi va o‘sish yo‘nalishiga bog‘liq bo‘ladi. O‘sish xarakteriga ko‘ra ekzofit, yarali – endofit va bo‘lakli o‘sma shakllari ajratiladi.

Ekzofit o‘sma shakli ko‘pincha sarkomaga xos bo‘lib, asosan burun halqumning yuqori devoridan rivojlanadi va tezda o‘sib burun halqum bo‘shlig‘ini to‘ldiradi, burun bo‘shlig‘i va orbitaga qarab o‘sadi. Bunday o‘smalarning ilk belgilari burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi va burundan qon aralash ajralma kelishi bo‘ladi.

Yarali – endofit shakli asosan rakka xos bo‘lib, ko‘pincha orqa devori va rozenmyuller chuqurchalarida uchraydi. Sekin o‘sadi, bir tomonlama eshituv pasayadi, bosh og‘rishi va burundan ajralma kelishi kuzatiladi.

Bo‘lakli o‘sma shakli rakka xos bo‘lib ko‘pincha yevstaxiy nayi teshik atrofidan rivojlanib sekin o‘sishi, bir tomonlama eshituv pasayishi, bosh og‘rishi va burundan nafas olishning qiyinligi va ajralma kelishi bilan xarakterlanadi.

Klinik ko‘rinishida quyidagi simptomlar guruhi farqlanadi:

1. Asosan burun halqum simptomlari (ular yuqorida keltirilib o‘tildi).
2. O‘smaning qo‘shni a’zolar va to‘qimalarga o‘sib o‘tishi tufayli yuzaga keladigan simptomlar (masalan o‘smaning orbita yoki bosh miyaga o‘sib o‘tganda kuchli bosh og‘rishi paydo bo‘ladi).

3. Bosh miya nervlariga o'sib o'tishi tufayli paydo bo'ladigan simptomlar:

-diplopiya, ko'z qorachiqlarini kengayishi;

-yumshoq tanglay, hiqildoq va halqumni bir tomonlama falajlanishi va natijada yutishning buzilishi, yo'tal paydo bo'lishi, yelkani atrofiyasi va pastga tushuvi, taxikardiya, hansirash hamda quloq suprasi giperesteziyasi kuzatilishi;

- uch shoxli nerv zararlanganda peshona va qovoqlarda sezgining pasayishi, iyak va yuqori jag' sohasida nevralgik og'riq kuzatilishi mumkin.

Bir yoki ikki tomonlama regionar metastazlar 50-80 foiz bemorlarda uchrab metastatik limfa tugunlar o'zaro qo'shilib konglomeratlar hosil qiladi va kuchli og'riqlar hamda Gorner sindromi rivojlanadi. Kam takomillashgan xavfli o'smalar o'pka, jigar, tana suyaklari, buyrak, oshqozon, chov va qo'ltiq osti limfa tugunlariga metastazlar berishi mumkin **Diagnostika**

Hozirga qadar burun halqum xavfli o'smalari bilan bemorlarning 9095 foizi kasallikning tarqalgan bosqichlarida murojaat qilishadi. Aksariyat hollarda birlamchi simptom sifatida metastatik tugunlarga e'tibor qaratiladi. Burun bitishi, eshitishning pasayishi kabi simptomlarga bemor ham hatto vrachlar ham o'z vaqtida e'tibor qaratishmaydi.

Birlamchi vrach ko'rigida o'tkazilishi shart bo'lgan kompleks diagnostik muolajalar quyida keltirilib o'tiladi:

-oldingi va orqa rinoskopiya;

- Burun halqumni barmoq bilan tekshirish.

O'sma borligiga shubha qilinganda bajarilishi shart bo'lgan diagnostik muolajalar:

- Burun halqumni va halqumni boshqa bo'limlarini, burun bo'shlig'ini biopsiya bilan fibroskopiya qilish;

- Burun halqumni , burun bo'shlig'ini va yondosh bo'shliqlarini 2 proeksiyada rentgenografiya qilish;

-kattalashgan limfa tugunlarni punksiya qilish;

-biopsiya va punksion materiallarni sito va gistologik tekshirish.

Agarda tashxis tasdiqlansa qo'shimcha burun halqumni kompyuter tomografiya, bo'yin limfa tugunlarini ultratovushli tekshirish va uzoq

metastazlarni aniqlash uchun ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik tekshirish, jigarni ultratovush bilan tekshirish va tana skeleti suyaklarini radioizotopli skanerlash kabi tekshirishlarni o'tkazish kerak.

DAVOSI

Halqumning xavfsiz o'smalari asosan jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Keyingi yillarda o'smalarni fibroskop yordamida endoskopik olib tashlash, endoskopik lazerli destruksiya amaliyotlari keng qo'llanilmoqda. O'smirlar angiofibromasini davolash birmuncha qiyinchilik tug'dirmoqda, chunki o'sma olingandan keyin qon ketib qolishi mumkin. Agar o'sma halqum chegarasidan chiqmagan bo'lsa burun orqali, agar halqum chegarasidan chiqqan bo'lsa og'iz halqum, gaymor bo'shlig'i orqali olib tashlanadi.

Halqumning xavfli o'smalarining asosiy davo usuli bu nur , ximionurterapiyasi bo'lib hisoblanadi. Nur terapiyasi radikal programma bo'yicha 2 haftalik tanaffus bilan ikki etapda o'tkaziladi:

-klassik fraksiyalash yo'li bilan (har kuni 2 Grdan , haftasiga 5 kun 1 etapda UD-40 Gr,

-notraditsion fraksiyalash:

a) 1 variant (3,3 Gr dan haftasiga 3 marta,UD-33 Gr bo'lib, ekvivalent doza 40 Gr ga teng bo'ladi);

b) 2 variant (1 Gr dan kuniga 2 mahal har kuni haftasiga 5 kun - UD-40 Gr);

Halqum rakining regionar limfa tugunlarga metastaz berish darajasi yuqoriligi inobatga olinib birlamchi o'choq bilan regionar zonaga ham alohida maydonlar bilan nur terapiya o'tkaziladi. Takomillashmagan rakda, o'smaning mahalliy tarqalgan hollarida hamda regionar zonalarda metastazlar bo'lganda davo muolajalari ximioterapiya bilan boshlanganligi ma'qul. Platin saqlovchi turli sxemalar - bleomitsin, vinkristin, vinblastin, doksorubitsin, metotreksat, siklofosfamid preparatlalari bilan qo'llaniladi. Ammo samaradorligi yuqori bo'lgan sxema bu sisplatin – ftoruratsil sxemasidir. Dastlab 2-3 kurs ximioterapiya o'tkazilgach 2 haftadan keyin nur terapiya etapi o'tkaziladi. Agarda bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lsa bir vaqtning o'zida ximionur terapiya o'tkaziladi. Halqumdagi birlamchi o'sma to'liq so'rilib ketsa regionar zonadagi metastik o'smalar konservativ davodan keyin 4-6 hafta o'tgach Krayl operatsiyasi darajasida jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Uzoq suyak metastazlari aniqlanganda

shu sohaga nur terapiyasi o'tkaziladi. Davolash jarayonida o'smadan qon ketishi kuzatilsa tez yordam sifatida burunning orqa tamponadasi, tashqi uyqu arteriyasini bog'lash hamda umumiy gemostatik terapiya o'tkaziladi.

XVI BOB. HIQILDOQ HALQUM RAKI

Hiqildoq halqumda asosan yassi hujayrali rak, shu jumladan 50 foiz yuqori takomillashgan shakli uchraydi. Nisbatan kam takomillashgan shakli halqumning boshqa bo'limlariga nisbatan ko'proq uchraydi. Biriktiruvchi to'qimadan kelib chiquvchi o'smalar 1,2 foiz bemorlarda uchraydi. Hiqildoq halqum o'smalari o'sish shakliga ko'ra so'rg'ichsimon, tugunli va infiltrativ shakllarda bo'ladi. Oxirgi shakli ko'proq uchraydi. So'rg'ichsimon shaklida o'smaning to'qimani zaralash chuqurligi 0,30,5sm, tugunli shaklida 0,8-1,5sm va infiltrativ shaklida 2-4 smga teng bo'ladi.

Tasnifi

TNM bo'yicha tasniflash

Tx –birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0- birlamchi o'sma haqida ma'lumot yo'q.

Tis-karsinoma in situ

T1-o'sma bir anatomik sohadan chiqmagan va o'lchami 2 sm yoki undan ham kam bo'lishi mumkin.

T2-o'sma bir anatomik soha chegarasidan chiqqan va o'lchami 2 smdan katta, lekin 4 smdan kichik;

T3- o'sma o'lchami 4 smdan katta;

T4a –o'sma hiqildoqqa, tilning chuqur mushaklariga, qattiq tanglayga va pastki jag'ga o'sib o'tadi.

T4b –o'sma burun halqumning va mushaklarning lateral tomoniga va uyqu arteriyasi yoki yonoq suyagiga o'sib o'tadi.

N1 - bitta limfa tugunidagi metastaz 3 sm yoki undan kichik bo'ladi;

N2- ipsilateral bitta limfa tugunidagi metastaz 3 smdan katta, lekin 6 smdan kichik; yoki 6 smdan kichik bo'lgan ko'plab limfa tugunlarga metastazlar, yoki bilateral yoki kontrlateral limfa tugunlarda o'lchamlari 6 smdan kichik bo'lgan metastazlar aniqlanadi.

N2a- ipsilateral bitta limfa tugunidagi metastaz 3 smdan katta, lekin 6 smdan kichik;

N2b- o'sha tomondan o'lchamlari 6 smdan kichik bo'lgan ko'plab limfa tugunlarga metastazlar aniqlanadi.

N2s- bilateral yoki kontrlateral limfa tugunlarda o'lchamlari 6 smdan kichik bo'lgan metastazlar aniqlanadi.

N3-limfa tugunlardagi metastaz o'lchami 6 smdan katta bo'ladi. M1-uzoq metastazlar bor.

Klinikasi

Hiqildoq halqumning barcha anatomik sohalaridagi o'smalarga xos bo'lgan umumiy simptomokomplekslarga quyidagilar kiradi:

a)yutinganda lokal og'riq bo'lishi va zaralangan tomonda quloqqa og'riqni uzatilishi;

b)turli funksional buzilishlar (ovqat tutilishi, ovqat qaytishi va hokazo)

v)ovoz xirillashi va keyinchalik hiqildoq stenozi rivojlanishi;

Kasallikning klinik kechishida ayrim simptomlarning kechishi ketma ketligi farq qilishi mumkin. Noksimon sinusning medial devori o'smalari o'sgan sari quyidagi simptomlari rivojlanadi:

a) yutinganda hiqildoqda doimiy lokal og'riq bo'lishi;

b) ovozning davriy xirillashi va keyinchalik uning doimiy bo'lishi;

v) hiqildoqda doimiy lokal og'riq bo'lishi;

g) suyuq ovqat yeganda qaytib chiqishi;

d) og'riqning zararlangan tomonda quloqqa uzatilishi;

e) hiqildoqning stenozi;

j) qattiq ovqatning tiqilishi;

z) ozib ketishi;

Noksimon sinusning oldingi devori o'smalari o'sgan sari quyidagi simptomlari rivojlanadi:

a) yutinganda hiqildoqda doimiy lokal og'riq bo'lishi;

b) hiqildoqda yot jins hissi bo'lishi;

v) og'riqning zararlangan tomonda quloqqa uzatilishi;

g) suyuq ovqat yeganda qaytib chiqishi;

d) ovozning xirillashi;

e) qattiq ovqatning qaytib chiqishi va tiqilishi;

z) ozib ketishi;

Noksimon sinusning tashqi devori o'smalari o'sgan sari quyidagi simptomlari rivojlanadi:

a) yutinganda hiqildoqda doimiy lokal og'riq paydo bo'lishi va uning keyinchalik doimiy tus olishi;

b) og'riqning zararlangan tomonda quloqqa uzatilishi;

v) suyuq ovqat yeganda qaytib chiqishi;

g) qattiq ovqatning tiqilishi;
d) ovozning xirillashi; e)
ozib ketishi;

Noksimon sinus o'smalari bilan og'rigan bemorlarda anamnez 1-3 yilni tashkil etadi. Ko'rganda yaralangan infiltrat yoki do'mboq yemirilayotgan o'sma, noksimon sinus bo'shlig'i toraygan yoki to'liq yopilgan bo'ladi.

O'smaning o'sish shakli va lokalizatsiyasiga bog'liq holda:

-hiqildoq harakati zaralangan tomonda chegaralanishi yoki to'liq harakatlanmasligi; halqum-hiqildoq usti burmasining qalinlashuvi;

-O'sma og'iz halqumga o'sib o'tsa orqa mindalina yoylarining infiltratsiya va yaralanishi, va ikkilamchi yalliglanish qo'shilishi kabi holatlar kuzatiladi.

Yuqoridagi kabi klinik belgilar hiqildoq halqumning uzuksimon orti sohasi o'smalari, cho'michsimon hiqildoq usti burmasi sohasi o'smalari va hiqildoq halqumning orqa devoridan kelib chiqadigan o'smalarida ham uchraydi.

Hiqildoq halqum o'smalarining metastaz berish darajasi va xarakteri o'smaning gistologik variantiga, o'smaning o'sish shakliga va lokalizatsiya hamda tarqlish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Diagnostikasi

1.Diqqat bilan anamnezni yig'ish- bu o'smaning boshlang'ich belgilarini aniqlash, patologik jarayonning lokalizatsiyasi, xarakteri va og'irligi to'g'risida ma'lumot beradi.

2. Palpatsiya (bu asosan kasallikning o'tib ketgan davrida ma'lumot beradi.)

3.Bevosita laringoskopiya(fibrolaringoskopiya) – bu usul sitogistologik tekshirish uchun biopsiya olish va davolash jarayonida nazorat qilish imkonini beradi.

4.Rentgenologik tekshirish – bu usul bilan o'smaning rentgenologik belgilari, o'smaning dastlabki chiqish lokalizatsiyasi, o'sishining o'ziga xos belgilarini, dastlab qichishish lokalizatsiyasi, o'lchami va chegaralari hamda qo'shni a'zolar –qizilo'ngach, hiqildoq, og'iz halqum holatini baholash imkonini beradi. Hiqildoq halqumni renetgenologik tekshirish usullariga quyidagilar kiradi:

A) rentgenoskopiya;
b) kontrastlashmagan hiqildoq halqumni yon rentgenogrammasi;
v) kontrastlash yordamida shilliq qavat relyefini rentgenogrammasi;
g) hiqildoq va qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish; 5.
hiqildoq halqum va hiqildoqni kompyuter tomografiyasi.
6. fibroezofagoskopiya.
7. bo'yin limfa tugunlarini ultratovushda tekshirish.
8. kattalashgan limfa tugunlardan punktat olish.

Adabiyotlardagi ma'lumotlar va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki hiqildoq-halqum raki I – bosqichda aniqlanmaydi, II-bosqichda – 14 foiz, III- bosqichda 70 foiz va IV-bosqichda 16 foiz hollarda aniqlanadi. Bu holat vrachlarning hiqildoq halqum raki klinikasini bilmasligi va natijada bemorlarni noadekvat tekshirish bilan bog'liq bo'ladi.

Davolash

Hiqildoq halqum o'smalari ham traditsion davo turlari: jarrohlik, nur terapiyasi va kombinirlashgan davo usullari bilan davolanadi. Keyingi yillarda nur va jarrohlik usulllari bilan ximioterapiya usuli kombinatsiyasi chuqur o'rganib borilmoqda.

Xirurgik davo usuli – alohida T1 va T2 bo'lgan hollarda qo'llaniladi – zararlangan sohani rezeksiyasi amalga oshiriladi. Nx bo'lgan hollarda fassial-futlyar kesish amaliyoti amalga oshiriladi.

Nur terapiyasi-alohida hollarda T1,T2,T3,T4 bo'lganda va metastaz yo'q bo'lsa radikal programma bo'yicha ikki etapda 2 haftalik tanaffus bilan amalga oshiriladi. Birinchi etapda turli fraksiya usullari bilan UD-40Gr gacha telegammaterapiya o'tkazilib 2 etapda UD-66 Gr gacha yetkaziladi. Nur terapiyasi birlamchi o'choq va metastaz sohalariga beriladi.

O'smaning radio sezgirligi past bo'lsa jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Kombinirlashgan davo usuli – eng keng tarqalgan bo'lib , tez o'suvchi o'smalarda dastlab jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi.T1,T2 bo'lgan hollarda operatsiyadan keyingi davrda uning radikal o'tkazilganligiga shubha bo'lsa ajralma kurs bilan UD-66 Gr gacha nur terapiyasi o'tkaziladi. T2 bo'lganda operatsiya oldi yoki operatsiyadan keyingi davrda, ayniqsa, kam yoki past takomillashgan o'smalarda operatsiyadan keyin Ud-40 Gr nur terapiya o'tkaziladi. T3,T4 bo'lgan hollarda bemorda perixondrit yoki stenoz belgilari bo'lmasa operatsiya oldi, agarda yuqoridagi shikoyatlar bo'lsa

operatsiyadan keyingi davrda UD-40 Gr, operatsiyaning radikalligiga shubha bo'lsa UD-66 Gr nur terapiya o'tkaziladi.

Ximionurterapiyasi

Keyingi yillarda radioterapiyani ximioterapiya bilan birgalikda o'tkazish bo'yicha turli tartibda tavsiya etilmoqda, lekin ular ichida sisplatin, ftoruratsil preparatlari bilan birgalikda o'tkazilgan sxema nisbatan yuqori samara berishi aniqlangan. Ximioterapiya kurslari nur terapiyadan oldin yoki keyin hamda bemorning ahvoliga qarab nur terapiya bilan birgalikda o'tkaziladi.

Bir vaqtning o'zida ximionur terapiya o'tkazilganda nur terapiya samarasini potensirlash uchun platina saqlovchi preparatlar (sisplatin yoki karboplatin), hamda setuksimab qo'llaniladi va quyidagi sxemalar tavsiya etiladi:

*Sisplatin 20-40mg/m2 vena ichiga har hafta nur terapiya BD- 2Grdan UD-66-70 Gr bo'lgunga qadar, yoki

* Karboplatin (AUC1,5-2,0) vena ichiga har hafta nur terapiya BD-2Grdan UD-66-70 Gr bo'lgunga qadar yuboriladi.

* Setuksimab 400mg/m2 vena ichiga tomchilab (2 soat davomida infuziya) nur terapiya boshlanishidan bir hafta oldin va keyinchalik setuksimab 250mg/m2 vena ichiga tomchilab (1 soat davomida infuziya) har hafta nur terapiya tugagunga qadar yuboriladi.

XVII BOB. SUT BEZI RAKI

Epidemiologiyasi

Sut bezi raki ayollarda eng ko'p uchraydigan xavfli o'sma kasalligi bo'lib, ko'p xildagi klinik turlari borligi bilan xarakterlanadi. Sut bezi raki hozirgi kunda O'zbekistonda barcha onkologik kasalliklar ichida birinchi o'rinni egallaydi. Dunyo bo'yicha yiliga 2 mln.ayol sut bezi raki bilan kasallanadi. Birgina Samarqand viloyatida yiliga 300 ta ayol sut bezi raki bilan yangidan ro'yxatga olinadi. Kasallik asosan 40-60 yoshdagi ayollar o'rtasida ko'p uchraydi. Kasallanish ko'rsatkichi barcha iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda yildan - yilga oshib bormoqda. Kasallikni kelib chiqishida bir qancha xavfli omillarning tasiri bor.

Sut bezi rakiga xavf soladigan omillarga qo'yidagilar kiradi:

1.Organizm reproduktiv sistemalari funksiyalanishini belgilaydigan omillar.

1.1.hayz, jinsiy, bola tug'ish, laktatsiya vazifalari;

1.2.bachadon va tuxumdon giperplastik va yallig'lanish kasalliklari.

2.Bo'lib o'tgan va xamroh kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan endokrin metabolik ta'sirlar

2.1. semirish;

2.2. gipertoniya kasalligi;

2.3. qariyalarda qandli diabet;

2.4. ateroskleroz;

2.5. jigar kasalliklari;

2.6. qalqonsimon bez kasalliklari (gipoterioz);

2.7. sut bezi disgormonal giperplaziyasi;

3. Genetek omillar BRCA-1yoki BRCA-2 genlar):

3.1. sut bezi raki qon-qarindoshlarda irsiy va «oilaviy» sut bezi raki

3.2. sut bezi tuxumdon «sindromi» (oilada sut bezi raki va tuxumdon raki)

3.3. sindromlar:

3.3.1. «SBR+ bosh miya o'smasi»;

3.3.2. «SBR+ sarkoma»;

3.3.3. «SBR+ o'pka raki+ hiqildok raki+ leykoz»

3.3.4. «SBLA-sindrom + sarkoma+ SBR+leykoz+buyrak usti bezi po'stlog'i karsinomasi»

4. Ekzogen ta'sirlar

4.1. ionli radiatsiya

4.2. chekish

4.3. hamma o'smalar uchun umumiy bo'lgan ximik kanserogenlar

4.4. hayvon yog'larini va yuqori kaloriyali ovqatlarni ortiqcha ist'emol qilish.

Gormonal buzilishlarning roli.

Sut bezi raki rivojlanishining ko'payish xavfi gormonlar ishlab chiqaruvchi a'zolar faoliyatining buzilishi bilan bogliq. Gipofiz, gipotalamus, qalqonsimon bez va tuxumdonlar faoliyatining buzilishi alohida ahamiyatga ega. Sut bezi rakining rivojlanish xavfi hayzning erta boshlanishi va hayzning kech tugashi kuzatiladigan ayollarda ko'payganligi – 18 yoshgacha tuqqan, hamda ko'p tuqqan ayollarda kamayganligi aniqlangan.

Boshqa xavf tug'diruvchi omillar.

Oxirgi yillarda sut bezi rakining rivojlanishida genetik buzilishlarga katta ahamiyat berilyapti. Adabiyotlarda rak rivojlanishida molekulyar buzilishlarning 2 tipi xaqida yozilgan: genlar mutatsiyasi va hujayra proliferatsiyasining yuzaga kelishi. Mutatsiya hujayraning o'sishi, differensiatsiyasi va hujayraning o'sishini boshqarib turadigan bosh genlarning kalitida sodir bo'ladi. Buning natijasida ular yoki aktiv holatga keladi yoki aksincha aktivligi yo'qoladi. Proleferatsiya yordamida «o'sma shakllanuvchi» effekt yuzaga keladi.

Mastopatiyalar

Mastopatiya- ayollarda eng ko'p tarqalgan kasallik bo'lib, uning darajasi har xil rivojlanish bosqichlarida 40 foizdan to 90 foizgacha tashkil qiladi (Semiglazov V.F.,2001). JSST ekspertlarining aniqlashicha, mastopatiya fibrozli-kistozli kasallik bo'lib, displaziya ya'ni sut bezi to'qimalaridagi proliferativ va regressiv spektrlarining epiteliy va biriktiruvchi to'qima komponentlarini nomutanosib nisbati bilan

xarakterlanadi. Uning asosida organizmning gormonal statusini buzilishi yotadi va shuning uchun mastopatiya yoki displaziya sut bezining disgormonal giperplaziyasiga kiritiladi. Ko'pchilik kuzatuvchilar mastopatiyani rak oldi kasalliklari guruhiga kiritadilar.

Tasnifi.

Klinik amaliyotda mastopatiyaning quyidagi tasnifi qabul qilingan:

1. diffuzli
2. tugunli
3. aralash, qachonki diffuz o'zgarishlar asosida tugun topilsa D.V. Golovin (1969) diffuz mastopatiyani 5ta variantga ajratadi:

1. mazoplaziya (mastalgiya).
2. fibroadenomatoz.
3. fibrozli adenoz
4. sistadenopapilloma, sut yo'llarining kengayishi
5. katta sut yo'llarining ektaziyasi

Fibroadenomatozni 2ta asosiy varianti ajratiladi : noproliferativ va proliferativ.

Klinikasiga qarab mastopatiyani 3ta turi tafovut qilinadi: fibrozli, kistozli, fibrozli - kistozli.

Sut bezi xavfsiz o'smlarini gistologik tasnifi 1.

epiteliydan o'sgan o'smalar:

1.1 intraduktal papilloma 1.2

so'rg'ich adenomasi

1.3 adenoma:

1.3.1 tubulyar

1.3.2 laktatsiyalovchi

1.3.3 aralash - biriktiruvchi va epiteliy to'qimasidan rivojlangan o'smalar:

1.4 fibroadenoma:

1.4.2 perikanalikulyar (sut yo'llari atrofi) fibroadenoma;

1.4.3 intrakanalikulyar (sut yo'li ichi) fibroadenoma

2.1.2.1. oddiy tip;

2.1.2.2. hujayrali sut yo'li ichi fibroadenomasi 1.5 filsimon o'sma (filsimon kistali karsinoma); 2 aralash o'smalar:

2.3 yumshoq to'qima o'smalari 2.4
teri o'smalari
3 tasniflab bo'lmaydigan o'smalar
4 sut bezi displaziyasi (fibrozli-kistozli kasallik).
5 o'smasimon jarayonlar:
5.3 sut yo'llari kengayishi (ektaziyasi);
5.4 yalliglanish yolg'on o'smalari;
5.5 gemartoma;
5.6 ginekomastiya;
5.7 boshqalar.

Klinik belgilari.

Mastopatiyaning 1-chi belgisi bu hayz davri bilan bog'liq yoki bog'liq bo'lmagan holatda sut bezlaridagi og'riq; ko'rilganda bir joyda yoki diffuz qattiqlik aniqlanadi. Qattiqlashgan joyni aniq chegarasi bo'lmaydi, har xil o'lchamda va qattiqlikda bo'lishi mumkin. Mastopatiyada so'rg'ichdan kulrang yoki sariq rangli suvsimon yoki shilimshiqsimon ajralma kelishi ham mumkin. Agar diffuz - kistali mastopatiya fonida bo'lsa alohida tugunlar aniqlanadi, ya'ni mastopatiyaning tugunli xili aniqlanadi. Tugunli shaklida patologik jarayon ko'pincha chegaralangan bir joyda qattiq konglomerat shaklida bo'ladi.

Mastopatiyaning chegaralangan shaklida konservativ davo foyda bermaydi, shuning uchun xirurgik davo kerak: o'smani kesib olish, sut bezi sektoral rezeksiyasi.

Diffuzli mastopatiyani gormonal va nogormonal davolash prinsiplari.

Mastopatiyani davolash kompleks xususiyatda bo'lishi va quyidagi usullarni o'z ichiga olishi kerak:

1. Endokrinoterapiya

1.1. fitopreparatlar bilan davolash (mastodinon va b.k.)

1.2. antiesterogenlar bilan davolash (klomifen, tamoksifen, toremifen).

1.3. gipofizning gonadotrop funksiyasini pasaytiradigan va anovulyasiyaga, hatto hayz

funksiyasining to'xtashiga olib keladigan preparatlar bilan davolash (danazol).

1.4. kichik (fiziologik) miqdorda esterogenlar bilan davolash.

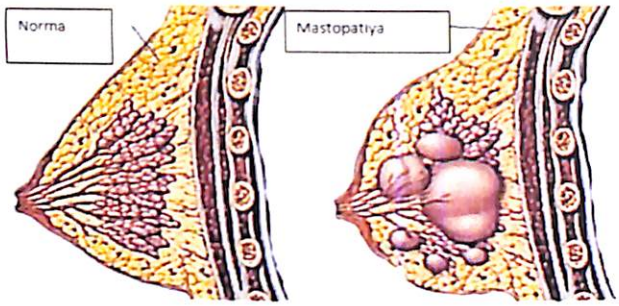
1.5. kichik miqdorda androgenlar bilan davolash.

1.6. endokrinoterapiya, gipofizning prolaktin ishlab chiqarishini kamaytirishga karatilgan.

1.7. tireotrop moddalar va qalqonsimon bez gormonlari bilan davolash (tireoidin).

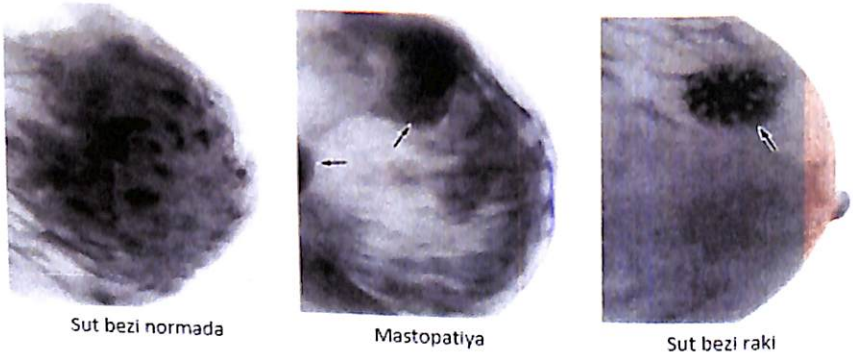
1.8. 18-34 yoshgacha davomiy ravishda esterogen va progesteronni, oral kontratseptiv moddalarni, progestinni; 35-47 yoshlarda - esterogen va progesteronni; 48 - 54 yoshda - progestinni, androgenni va antiesterogenlarni; 55 yoshdan so'ng antiesterogenlarni qabul qilishlari mumkin.

2. Vitaminlar.
3. Tinchlantiruvchi vositalar.
4. Siydik haydovchi preparatlar.
5. Hamroh kasalliklarni davolash (asosan jigar kasalligini).





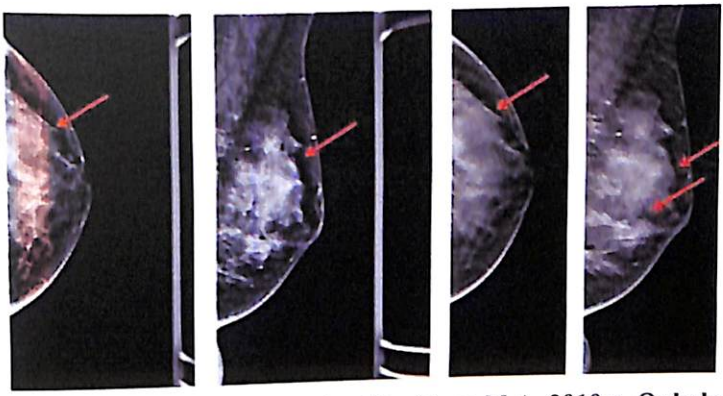
Sut bezi diffuz mastopatiyasi (Davidov M.A. 2010 y. Onkologiya)



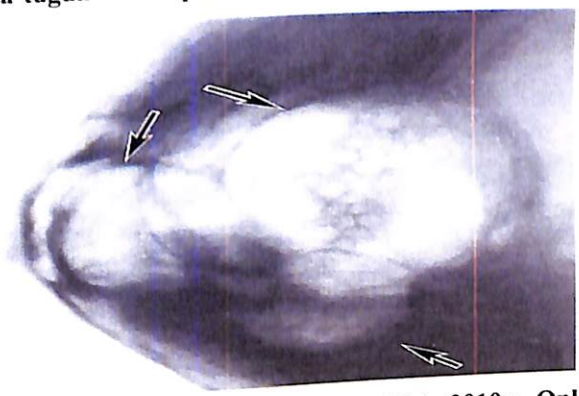
Sut bezi normada | Mastopatiya | Sut bezi raki

Sut bezi mammografiyasi

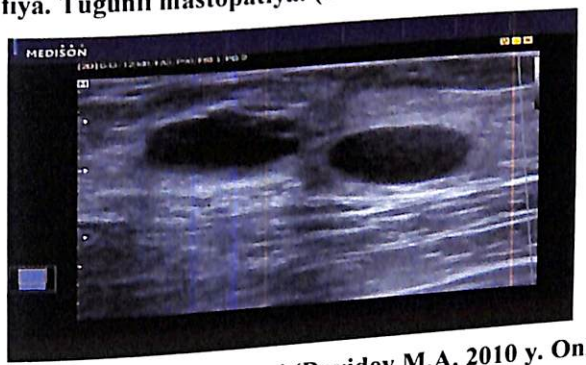
Sut bezi normada Mastopatiya Sut bezi raki



Mammografiya-tugunli mastopatiya (Davidsov M.A. 2010 y. Onkologiya)



Mammografiya. Tugunli mastopatiya. (Davidov M.A. 2010 y. Onkologiya)



Kistozli mastopatiya exogrammasi (Davidov M.A. 2010 y. Onkologiya)

Dispanser nazorati.

Xavfli guruhga kirgan diffuz shaklli disgormonal kasalliklar bilan bemorlar – har 6 oyda; tugunli mastopatiya bilan (operativ davodan bosh tortsa) – har 3 oyda; kasallikni klinik belgilari bo'lmay xavfli omillar bo'lsa: 40 yoshda – har 24 oyda, 40 yoshdan keyin - 12 oyda bir marta mammolog ko'rigidan o'tishi shart. Sog'lom ayollarni ko'rikdan o'tish davri - bir yilda bir marta.

Sut bezi rakining profilaktikasi.

Sut bezi rakining profilaktikasi birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikaga ajratiladi.

Birlamchi profilaktika - bu xavfli omillarni va etiologik faktorlarni o'rganish yo'li bilan kasallikni oldini olish, tashqi muhitni himoya qilish va odam organizmiga kanserogenlar ta'sirini kamaytirish, oilaviy ahvolini yaxshilash, jinsiy hayotni normal yo'lga qo'yish, bola tug'ishni o'z vaqtida amalga oshirish, chaqaloqni ko'krak suti bilan boqishdan iborat.

Ikkilamchi profilaktika – sut bezi o'sma oldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash - mastopatiyaning har xil turlari, fibroadenomani va boshqa xavfsiz o'smalarni, hamda endokrin buzilishlarni, ayollar jinsiy azolari kasalliklarini, jigar kasalliklarini davolashdan iborat.

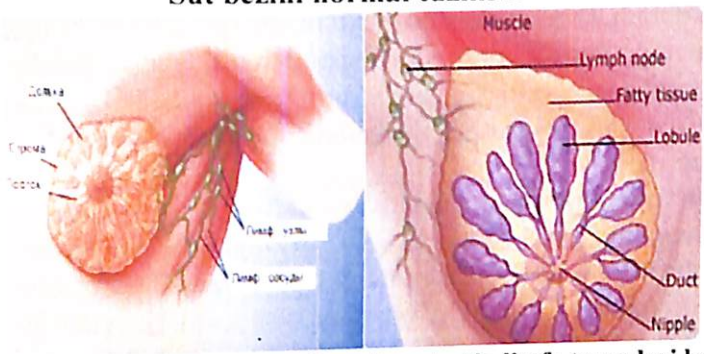
Uchlamchi profilaktika - kasallikni qaytalanishi, metastazlarini va metaxron o'smalarni erta aniqlash va davolash, oldini olishga qaratilgan.

Sut bezi rakining patologo - anatomik xarakteristikasi.

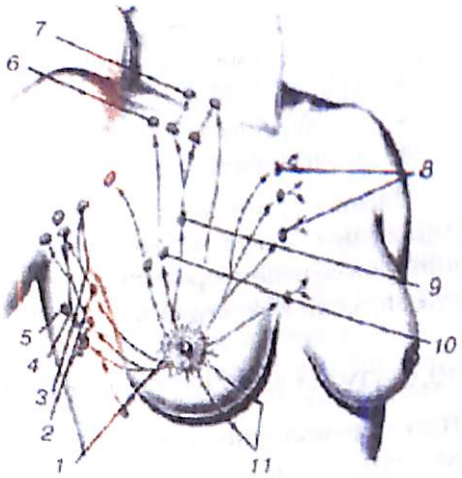
Sut bezi rakining patologo - anatomik xarakteristikasi o'smaning gistologik xususiyatini aks ettiradi. Ular o'smaning o'lchamini, birlamchi o'chog'ning sut bezida joylashishini, o'sish tipini, morfologik tuzilishi, differensatsiya darajasi va xavfliligini, regionar metastazlarning borligini o'z ichiga oladi.

Birlamchi o'smaning o'lchami o'smalar biologik aktivligining ko'rsatkichi hamda sut bezi rakida asosiy prognostik omil bo'lib hisoblanadi. O'sma hajmining kattalashishi bilan uning agressivligi, limfogen va gematogen metastazlar intensivligi oshadi. Sut bezida o'smaning joylashishi katta prognostik ahamiyatga ega, bu esa sut bezining har xil kvadrantlarida limfa oqimi yo'llari bilan tushuntiriladi.

Sut bezini normal tuzilishi



Sut bezi kvadrantlarini hisobga olgan holda limfa tugunlari bo'ylab limfalar oqish yo'llari



1-areola atrofi limfa tomirlari (Canne)

2-paramammar limfatik tugunlar:

A-Bertils tuguni; b- Sorgius tuguni

3-lateral qo'ltiq osti limfa tugunlari

4-markaziy qo'ltiq osti limfa tugunlari

5-kurak osti limfa tugunlari

6-o'mrov osti limfa tugunlari

7-o'mrov usti limfa tugunlari

8-parasternal limfa tugunlari

9-to'sh orti limfa tugunlari

10-to'sh oralig'i limfa tugunlar (Rotter limfa tuguni)

11-epigastral sohaga boruvchi limfa tugunlar

Rakning qo'ltiq osti limfa tugunlariga metastazlar berishi ko'pincha o'sma areola tagi sohada va sut bezining tashqi va tashqi-ichki kvadrantlari chegarasida joylashganida sodir bo'ladi, bu esa o'sha joylarda qaytuvchi

limfatik tugunlarning ancha ko'pligi bilan tushuntiriladi. O'sma sut bezining medial va markaziy qismlarida joylashganida parasternal limfa tugunlariga metastazlar beradi. O'smaning o'sish tipi muhim prognostik ahamiyatga ega bo'lib, bu uning xavflilik pog'onasini aks ettiradi. Rivojlanish tipiga qarab rakning ikkita asosiy xili tafovut qilinadi: tugunli va diffuz (diffuz - infiltrativ, shishli-infiltrativ, panserli, inflamotorli (mastit va saramassimon)).

O'sish tipiga qarab ajratiladi:

1. o'smaning tez o'sishi (o'smaning ikki barobar o'sish vaqti 1-3 oy); 2. o'rtacha (o'smaning ikki barobarga o'sish vaqti 3-12 oygacha)
3. sekin (o'smaning ikki barobarga o'sish vaqti 12 oydan ko'p) .

Sut bezi rakining anatomik o'sish xili bo'yicha 3 turga ajratiladi:

- tugunli shakli (chegaralanib o'suvchi, mahaliy infiltrativ o'suvchi);
- diffuz xili (shishli, diffuz - infiltrativ, limfangetik);
- atipik xili (Pedjet raki, birlamchi metastatic (yashirin) rak).

Sut bezi rakining morfologik tuzilishi kasallikning oqibatini aniqlash uchun asosiy ahamiyatga ega. O'smaning gistologik tuzilishi uning qaysi hujayradan chiqib, rivojlanishiga bog'liq. Ko'pincha sut bezi raki invaziv sut yo'lidan chiqqan va invaziv sut bezi bo'lakchasidan chiqqan rakdan yoki ularning kombinatsiyasidan iborat bo'ladi.

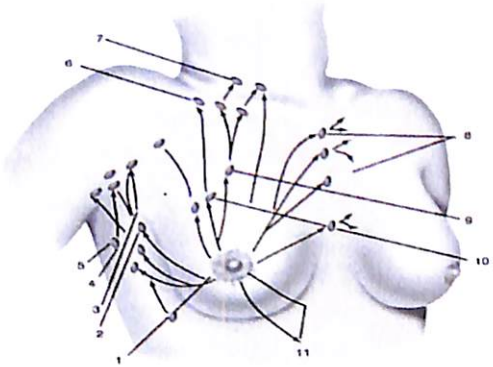
Tarqalish yo'llari.

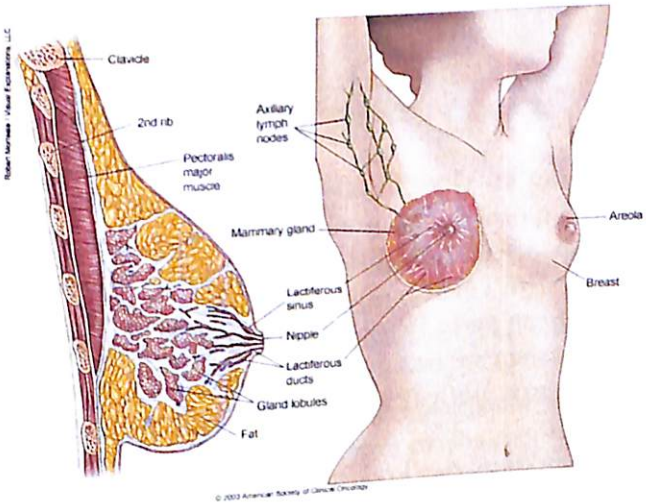
Sut bezi raklari metastazi sut yo'llari bo'ylab; limfa yoriqlari, kapilyarlar va tomirlar bo'ylab; qon tomirlari bo'ylab yuzaga keladi. Qaysi yo'llar bilan tarqalganiga qarab metastazlanish har xil to'qima va organlarda yuzaga keladi.

Sut bezi rakida metastazlanish:

1. regionar (limfatik tugunlarga limfogen):
1.1. qo'ltiq osti 1.2. kurak osti
1.3. o'mrov osti
1.4. o'mrov usti
1.5. parasternal.
2. uzoq (limfagematogen)
2.1. kontrlateral qo'ltiq osti limfa tugunlariga
2.2. kontrlateral o'mrov usti limfa tugunlariga
2.3. yumshoq to'qimalarga, teriga
2.4. jigarga
2.5. o'pkaga

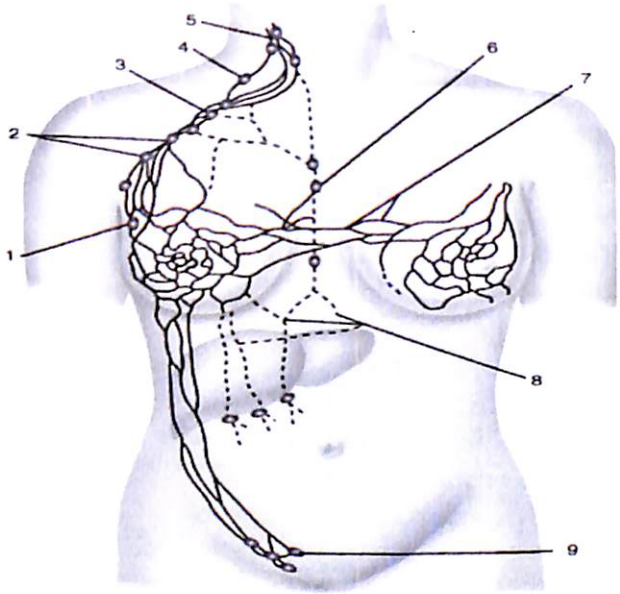
2.6. suyaklarga: umurtqalar tanasiga, chanoq–son suyaklariga 2.7. plevraga
2.8. tuxumdonlarga
2.9. bosh miya va boshqa organlarga. Rakning limfogen tarqalishi har xil yo'nalishda amalga oshadi (9-10-rasmlarga qarang).





1. paramammar limfatik tugunlar
2. markaziy qo'ltiq osti limfa tugunlari
3. o'mrov osti limfa tugunlari
4. o'mrov usti limfa tugunlari
5. bo'yin chuqur limfa tugunlari
6. parasternal limfatik tugunlar

7. kesishgan limfatik tugunlar, ikkala sut bezini bog‘lovchi limfatik sistema.
8. qorin bo‘shlig‘iga ketuvchi limfatik tomirlar
9. yuza chov limfa tugunlari.



1.pektoral (ko‘krak) yo‘li (60-70%) - paramammar limfa tugunlariga va keyinchalik qo‘ltiq osti limfa tugunlariga
2. o‘mrov osti yo‘li (20-30%) - o‘mrov osti limfa tugunlariga
3.parasternal yo‘l (10%) - parasternal tugunlarga
4. kesishgan yo‘l (5%) – qarama - qarshi tomondagi qo‘ltiq osti limfa tugunlariga va boshqa sut beziga
5. to‘sh orqa yo‘li (2%) - mediastinal limfa tugunlarga (parasternal sohani qoldirib)
6. transpektoral (ko‘krak orqali) yo‘l (kam hollarda) - markaziy (yuqori) qo‘ltiq osti limfa tugunlariga
7. Gerotta limfa yo‘li bo‘ylab limfa oqishi (kam hollarda uchraydi) - epigastral limfatik yo‘llarga va qorin bo‘shlig‘i limfa tugunlariga
8. teri ichi yo‘li (kam hollarda) – qorin devori bo‘ylab chov limfa tugunlariga.

Ko‘pincha sut bezi rakida uzoq metastazlar gematogen yo‘l bilan jigarni, terini shikastlaydi. O’pkada metastazlar bitta yoki ko‘plab tugunlar

holida bo'ladi. Demidov V.P. malumotlari bo'yicha (2000 yil.). sut bezi rakida suyaklarning metastatik shikastlanishi, bemorlar birlamchi davolanganda 1,3 - 6 foiz hollarda aniqlanadi, autopsiyada esa 44-70 foiz kuzatishlarda topiladi; jigarga metastazlanish skanerlashda radikal davo o'tkazguncha 1,5 foiz aniqlansa, autopsiyada 35-67 foizgacha aniqlanadi.

Bosqichlarga bo'lish

Sut bezi rakini jarayonning tarqalish darajasiga qarab tasnifi individual ratsional davo rejasini tuzishga, kompleks davo usulini tanlashga va keyinchalik davo natijalarini baholashga yordam beradi.

TNM-sistemasi bo'yicha xalqaro tasnif (8 – nashr 2017 y.)

T-birlamchi o'sma

T_x-birlamchi o'sma haqida ma'lumot kam.

T_0-birlamchi o'sma aniqlanmaydi.

Tis-preinvaziv karsinoma; intraduktal yoki lobulyar carcinoma in situ yoki o'sma tuguni aniqlanmagan Pedjet kasalligi.

Eslatma; Pedjet kasalligida o'sma paypaslansa uning o'lchamiga qarab tasniflanadi.

T_1-o'sma 2 sm gacha bo'lgan o'lchamda

T_{min}(mikroinvaziv)-0,1 sm gacha bo'lgan o'lchamda

T_{1a}-0,5 smdan katta emas

T_{1b}-1 sm gacha bo'lgan o'lchamda

T_{1c}-2 sm gacha bo'lgan o'lchamda

T_2 - o'sma 5 sm gacha bo'lgan o'lchamda

T_3-o'sma 5 smdan katta bo'lgan o'lchamda

T_4-turli xil o'lchamdagi o'sma to'g'ridan -to'g'ri ko'krak devorigacha yoki terigacha tarqalgan.

Eslatma: Ko'krak devori - ko'krak mushaklarini emas, qovurg'alar, qovurg'alararo mushaklar va oldingi tishsimon mushakni o'z ichiga oladi.

T_{4a} - ko'krak devoriga tarqalgan

T_{4b} - shish(«limon po'stlog'i») yoki sut bezi terisining yemirilishi yoki bez terisida satellitlar.

T_{4c} - 4_a va 4_b da sanalgan belgilar.

T_{4d}-rakning yallig'langan xili.

N- regionar limfatik tugunlarga metastazlar.

N_x-limfa tugunlarini holatini baholash uchun malumotlar kam.

N_0- regionar limfa tugunlarining zararlanish belgilari yo'q.

N_1-kasallangan tomondagi qo'ltiq osti limfa tugunlarida siljiydigan metastazlarni bo'lishi.

N_2- kasallangan tomondagi qo'ltiq ostida bir-biri bilan yopishgan yoki atrof to'qimalarga yopishgan limfa tugunlarida metastazlarning bo'lishi.

N_{2a}-qo'ltiq osti limfa tugunlarga metastazlarning bo'lishi.

N_{2b}-qo'ltiq osti limfa tugunlarida klinik aniqlanadigan limfa tugunlar.

N_3-kasallangan tomonda o'mrov osti limfa tugunlarida metastazlarni bo'lishi yoki kasallangan tonomda qo'ltiq osti chuqur limfa tugunlarining klinik aniqlanishi.

N_{3a}-kasallangan tomomda o'mrov osti limfa tugunlarida metastazlarni bo'lishi.

N_{3b}-qo'ltiq osti sohasida klinik ifodalangan limfa tugunlarning bo'lishi bn birgalikda ko'krak ichi limfa tugunlariga metastazning bo'lishi.

N_{3c}-kasallangan tomonda o'mrov usti limfa tugunlariga metastazning bo'lishi.

M- uzoq metastazlar.

M_x-uzoq metastazlarni aniqlash uchun ma'lumotlar kam

M_0- uzoq metastazlar belgilari yo'q

M_1- uzoq metastazlar bor

M_1va rM_1 kategoriyalari uzoq metastazlarni joylashgan joyiga qarab to'ldirilishi mumkin :

O'pkaga - PUL suyak ko'migi-MAR
Suyaklarga - OSS plevra-PLE
Jigar - HEP qorin parda-PER
Bosh miya - BRA o'mrov ustiga-ADR
Limfa tugunlar-LYM teri-SKJ **pTNM**

patologik tasnifi pT- birlamchi o'sma

Patologik tasnif birlamchi o'smani tekshirishni talab qiladi, o'tkazilgan rezeksiyani qirg'oqlari bo'ylab o'sma to'qimasi bo'lmasligi kerak. Agar rezeksiya qirg'oqlari bo'ylab hatto mikroskopik o'sma tarqalganli aniqlansa, bu hol rT bo'yicha tasniflanadi. rT kategoriyasi T kategoriyaga to'g'ri keladi.

pN- regionar limfatik tugunlar.

Patologik tasnifni aniqlash uchun hech bo'lmasa pastki qo'ltiq osti limfa tugunlarini kesib olish va tekshirish kerak bo'ladi (1-daraja). Olingan materialda 6 tadan kam bo'lmagan limfa tugunlari bo'lishi kerak pN_x – regionar limfa tugunlar holatini baholash uchun ma'lumotlar

kam (tugunlar tekshirish uchun kesib olinmagan).

pN_0- regionar limfa tugunlarda metastazlar bilan zararlanish belgilari yo'q.

pN_1 – kasallangan tomonida 1-3 ta qo'ltiq osti limfatik tugunlarida gistologik metastazlar topilgan.

pN_{1a}- faqat 1-3 ta qo'ltiq osti limfa tugunlarida .

pN_{1b} mikroskopik kokrak ichi limfa tugunlarida metastazlarning bo'lishi pN_{1c}- 1-3ta qo'ltiq osti limfa tugunlarida,mikroskopik ko'krak ichi limfa tugunlari zararlanishi bilan birga.

pN_2- kasallangan tomonida 4-9 ta qo'ltiq ostidagi limfa tugunlarining zararlanishi.

pN_3- 10 va undan ortiq qo'ltiq osti limfa tugunlariga metastaz, o'mrov osti va ko'krak ichi va qo'ltiq osti limfa tugunlariga metastazlar

G-gistologik differensirovkasi

G_x-differensirovka darajasini qo'yish mumkin emas

G_1- differensirovkaning yuqori darajasi

G_2- differensirovkaning o'rta darajasi

G_3- differensirovkaning past darajasi

G_4- differensiallashmagan o'smalar

R- tasnif

Davolangandan so'ng o'smani qaytalanishi bor yoki yo'qligi R belgisi bilan belgilanadi:

R_x-qaytalangan o'smani aniqlash uchun ma'lumotlar kam

R_0-o'smaning qaytalanishi yo'q

R_1-o'smaning qaytalanishi mikroskopda aniqlanadi R_2-o'smaning qaytalanishi makroskopik aniqlanadi.

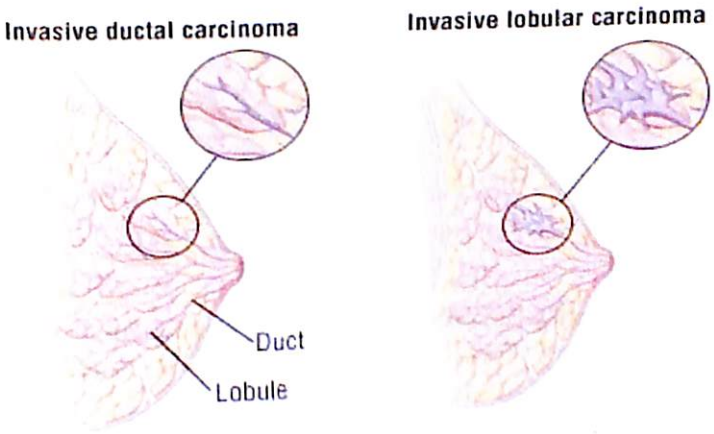
Bosqichlar bo'yicha guruhlash

Bosqichlar	T	N	M
Bosqich -0 (D.05)	Tis	N_0	M_0
Bosqich-I	T_1	N_0	M_0
Bosqich II-A	T_0	N_1	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_0	M_0
Bosqich II-B	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_0	M_0
Bosqich III-A	T_0	N_2	M_0
	T_1	N_2	M_0
	T_2	N_2	M_0
	T3	N_1	M 0
	T3	N_2	M_0
Bosqich III-B	T_4	N_0	M_0
	T_4	N_1	M_0
	T_4	N_2	M_0
Bosqich III-C	Barcha T	N_3	M 0
Bosqich IV	Barcha T	Barcha N	M_1

Sut bezi raki klinikasi.

Klinik ko'rinishiga qarab sut bezi rakining 3 ta asosiy turi bor:

Tugunli, diffuz va atipik yani kechishining va oqibatining har xilligi bilan xarakterlanadi.

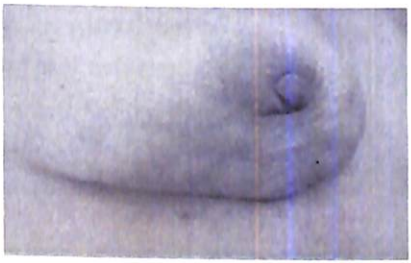


Sut bezi rakining klinik tasnifi.

1. tugunli shakli
2. diffuz shakli

2.1. shishli - infiltrativ.
2.2. mastitsimon
2.3. saramassimon
2.4. panserli 3. atipik shakllari:
3.1. Pedjet raki.
3.2. teri ortiqlaridan chiqqan rak
3.3. ikki tomonlama rak
3.4. ektopik rak
3.5. multitsentrik rak **Tugunli shakli.**

Kasallikni I-II bosqichlarida bemorlar sut bezlarida uncha katta bo'lmagan qattiq konsistensiyali og'riqsiz tugun aniqlanadi; «ajin», «kindikcha», kabi teri belgilari bo'lishi mumkin; qo'ltiq osti sohada ko'pincha yagona yoki ancha siljiydigan limfa tugunlari bo'lishi mumkin. (3-rasm)

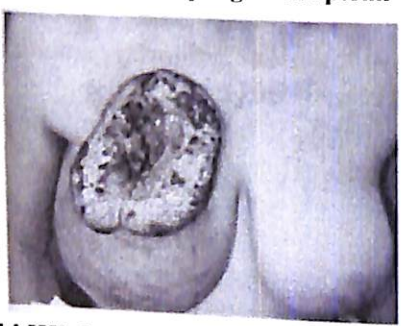


Bemor M. 42 yoshda. Tashxis: O'ng sut bezi raki, II^{a} bosqich (T_2 N_0 M_0). «maydoncha» belgisi

Sut bezi rakining III-IVbosqichlarida kattakon o'sma topiladi; «ajin», «limon po'stlog'i» kabi teri belgilari, terining qizarishi, so'rg'ichning ichiga tortilishi va sut bezining deformatsiyasi, o'smaning yemirilishi yoki teriga o'sib kirishi belgilari bor. Regionar limfa tugunlarga bir nechta siljimaydigan yoki uzoq organlarga metastazlar bo'lishi, qo'l shishishi mumkin.



Bemor K. 44 yoshda. tashxis: chap sut bezi raki, IVbosqich Shishli-infiltrativ shakli. «limon qobig'i » simptomi



O'ng sut bezi raki IIIb bosqich (T4N0M0) cherish - yemirilish bilan.

Sut bezi rakining maxsus turlari (Diffuz raki).

Shishli – infiltrativ turida - chegarasi aniq bo'lmagan, sut bezini katta qismini egallagan infiltrat aniqlanadi; sut bezi kattalashgan, terisi marmar rangli, shishgan, qizarish va «limon po'stlog'i » belgisi kuzatiladi.

Mastitsimon turida - sut bezi ancha kattalashib ketgan, paypaslaganda qattiq. Infeksiya qo'shilganligi sababli terining giperemiyasi va gipertermiyasi kuzatiladi bu esa mastitni barcha belgilarini ifodalaydigan to'qimalar destruksiyasini beradi. Tana harorati oshadi.

Saramassimon turida o'sma jarayoni teri qatlamiga o'tib terining kuchli giperemiyasi bilan kechadi (tashqi ko'rinishi saramasli yallig'lanishni eslatadi). Giperemiya ko'krak qafasiga ham tarqalishi mumkin. Sut bezi terisi qizil, qattiq, ayrim vaqtlarda yemirilgan o'choqlarni eslatadi.



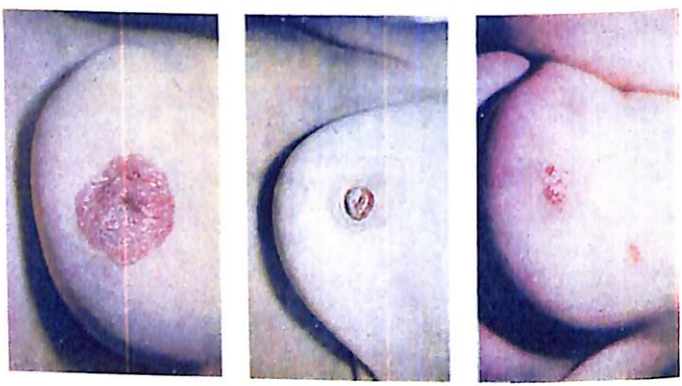
Sut bezi rakining yemirilgan teriga o'sib kirgan va chirigan bosqichlari



Sut bezi rakining mastitsimon shakli.
O'sma qorin old devoriga tarqalgan
(RIO va RIATMSF da aniqlangan)



O'ng sut bezi raki, yemirilish belgilari bilan.



Pedjet karsinomasining ertachi klinik belgilari



Pedjet raki (RIO va RIATMSF da aniqlangan)



Ikkala tomonlama elefantizm bilan Panserli rak

Panser turida o'sma infiltratsiyasi sut bezining hamma joyiga va teriga undan esa ko'krak devoriga o'tadi. Ko'plab teri ichi o'sma tugunlari paydo bo'ladi. Sut bezi bujmayadi, deformatsiyalanadi. Bu turi shish - infiltrativ sut bezi rakining IV-bosqichi bo'lib hisoblanadi.

Pedjet raki - o'ziga xos xavfli o'sma bo'lib, so'rg'ich va areolani zararlaydi. Klinik ko'rinishiga qarab ekzemasimon (areola sohada ho'llanib o'zgarib turuvchi tugunchali), psoriazsimon (so'rg'ichda qipiqcha va pufakchalar paydo bo'lishi bilan), yarali (chetlari qattiq kratersimon yara) va bezli (areola tagida yoki so'rg'ich sohadagi qattiqlik) xillari farqlanadi.

Qiyosiy tashxis.

Sut bezi rakini boshqa kasalliklardan farqlashda tugundan olingan punktantni va so'rgichdan chiqqan ajratmani sitologik tekshirish asosiy ahamiyatga ega. Sut bezi rakini sut bezining xavfsiz o'smalaridan (tugunli mastopatiyaning har xil turidan, fibroadenomadan, lipomadan, limfogranulyomadan, galaktotseledan, angiomatoz o'smalaridan, sarkomadan) farqlash kerak. Klinik ko'rinishlar, mammografiya, UTT, sitologik tekshirishlar asosida bu kasalliklar farqlanadi. Sut bezi mastitsimon rakini, shishli-infiltrativ xilini va o'tkir mastitni farqlay bilish kerak. Mastit va o'tkir va qisqa vaqt ichida boshlanadi, og'riq bilan kechadi va yallig'lanishga qarshi davo foyda beradi: ko'pincha yosh ayollarda bo'ladi, laktatsiya bilan bog'liq.

Bemorlarni tekshirish.

Sut bezi rakini tashxisida ob'ektiv tekshirish asosiy tekshirish bo'lib hisoblanadi. Diagnostika bir nechta tekshirish usullarini o'zida birlashtiruvchi - kompleks usuldan iborat bo'lishi kerak. Rakka shubha qilinganda asosiy usul bo'lib hisoblanadi:

1. klinik - ko'ruv, paypaslash
2. rentgenologik - kontrastsiz mammografiya, duktografiya, (galaktografiya), to'sh orqali flebografiya, pnevmotsistografiya, KT.
3. morfologik: sitologik va gistologik
4. UTT

Sut bezini va limfa tugunlarini paypaslash usullari. Paypaslash sut bezi rakida qulay va ancha oddiy tekshirish usuli bo'lib hisoblanadi. Sut bezini paypaslash bemorni beligacha yalong'och qilib bemorni gorizontal va vertikal holatda o'tkazilishi kerak. Sut bezini paypaslash yuzaki va chuqur, barcha kvadrantlari bo'ylab so'rg'ichdan periferiyaga qarab o'tkaziladi. Paypaslashda o'smani joylashgan joyi uning o'lchami, chegaralari, atrof to'qimaga nisbatan holati aniqlanadi. Rakning tugunli shakli qattiq o'smadek paypaslanadi, uning qattiqligi markazdan periferiyaga qarab kamayadi. O'smalar ko'pincha teri va teri osti yog' qavati bilan bog'langan, ayrim hollarda esa tagidagi mushak fassiyasi va ko'krak devori bilan bog'langan bo'ladi, shuning uchun paypaslanganda kam siljiydigan bo'ladi. Ko'rik vaqtida sut bezi terisida qalinlashishga o'xshash o'zgarishni, shish, teridagi tomirlar rasmini, qizarishni sezish mumkin; bu belgilar sut bezi rakining shishli, diffuz turida bo'lishi mumkin. Limfa tugunlaridagi metastaz o'chog'lari paypaslaganda qattiq, o'lchami kattalashgan; o'smaning kapsulasiga o'sib kirganida tugunlar kam siljiydigan, ayrim vaqtlarda yig'ilib konglomerat hosil qiladi.

Maxsus tekshirish usullari.

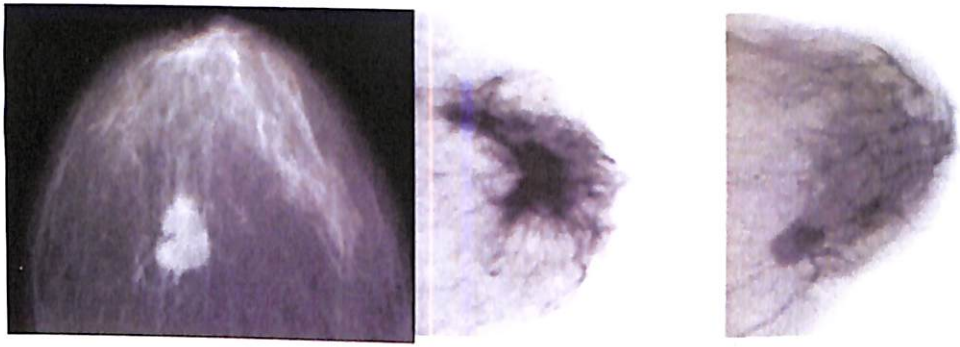
Mammografiya sut bezi rakida yuqori aniq diagnostik usul bo'lib, u yordamida 83-95 foiz hollarda to'g'ri diagnoz aniqlanadi. (Demidov.V.P, 2000). Odatda sut bezini tekshirish 2 ta bir - biriga perpendikulyar standart proyeksiyalarda, to'g'ri va yon proyeksiyalarda o'tkaziladi. Mammografiya maxsus rentgen apparati-mammograf yordamida o'tkaziladi. Mammografiyada sut bezi o'smasini birlamchi va ikkilamchi xavflilik belgilari ajratiladi. Rakning birlamchi belgisi-o'sma soyasini va mikrokaltsinatlarning bo'lishi o'sma soyasi noto'g'ri shaklda-yulduzcha yoki amyobasimon, noaniq, noto'g'ri chegarali, radial nursimon tarqalgan

joylari bo'lishi mumkin. Ko'pincha o'sma tuguni so'rg'ichga qarab boruvchi "yo'lak", va so'rg'ichni tortilishi, bez terisining qalinlashganligi, ayrim paytlarda uning tortilishi bilan birga keladi. Sut bezi rakini eng erta va aniq **rentgenologik belgilaridan** biri bu sut yo'llari devorida cho'kib qolgan kalsiy tuzlarini aks ettiruvchi kichik ohaklangan joylarni bo'lishidir. Sut bezi rakida, teri so'rgich, o'sma atrofidagi to'qimalarda paydo bo'lgan, hamda vaskulyarizatsiyaning kuchayishi kabi belgilar ikkilamchi rentgenologik belgilarga kiradi.

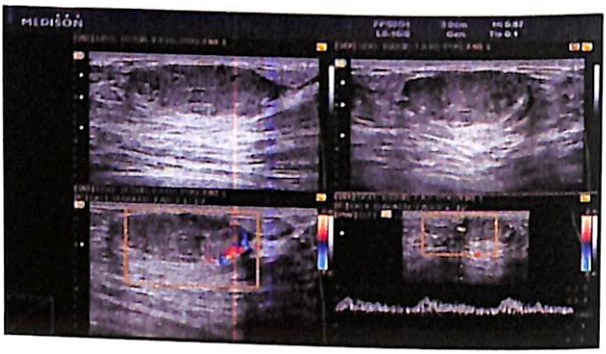
Duktografiya sut yo'llariga kontrast modda yuborib so'ngra mamagraffiya o'tkazish yo'li bilan amalga oshiriladi. Duktografiya so'rgichdan ajralma chiqib turgan va qon chiqib turgan sut bezlarida o'tkaziladi, bu esa sut bezi rakini xavfsiz o'smalardan farqlashda yordam beradi.

Ultrotovush (exografik) diagnostika sut bezi raki bo'lgan yosh ayollarda (35-40 yoshgacha) ko'pincha o'tkaziladi, chunki ularda sut bezining qattiqligi tufayli rengenologik tekshirish qiyin (kuzatilganlardan 57 foiz bemorlarda), (Demidov V.P. 2000). Bu usul zararsiz, ko'p xarajat talab qilinmaydigan va uni o'tkazishga qarshiliklar yo'qligi uchun skrining sifatida xam qo'llash mumkin. Adabiyotlarda yozilishicha sut bezi raki UTT yordamida 65 – 92 foiz hollarda topilishi mumkin. Sut bezida xavfli o'smaga shubha qilingan har bir holda punksion biopsiyani qo'llash zarur, surtma olinib keyinchalik sitologik tekshiriladi yoki so'rg'ichdan chiqqan ajralma sitologik tekshiriladi. Sut bezi rakida sitologik tekshirish usuli 8096 foiz to'g'ri diagnoz beradi.

Kompleks diagnostika – klinik, mammagrafik, sitologik, UTT birgalikda qo'lash usuli bo'lib - ancha yuqori foiz to'g'ri xulosa beradi. Barcha bosqichlarda klinik tekshirish 88 foiz to'g'ri xulosa beradi, rentgenologik 79 foiz, sitologik 90 foiz, kompleks 95 foiz to'g'ri xulosa beradi. Bu usullar aniq qilmagan hollarda o'smadan biopsiya olish yoki ekspres – biopsiya bilan sektoral rezeksiya qilish.



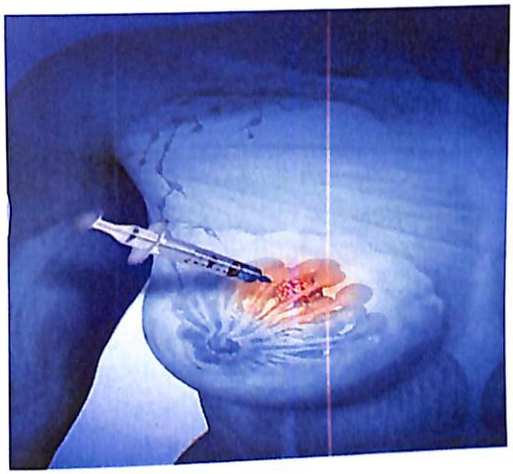
Sut bezi raki mammogrammasi (RIO va RIATMSF)



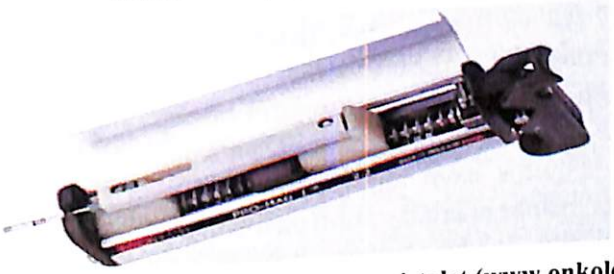
Exogramma. Sut bezi raki(RIO va RIATMSF)



Exogramma. Sut bezi raki(RIO va RIATMSF)



Punksion biopsiya(www.onkologi.ru)



Trepan biopsiya olish uchun maxsus pistolet (www.onkologi.ru)

Rakni erta aniqlash. O'z – o'zini tekshirish usuli.

Sut bezi rakini erta aniqlash bu - radikal davolashda, kasallikni natijasini, oqibatini yaxshilashda juda muhim ahamiyatga ega. O'z-o'zini tekshirish sut bezi o'smalarida qo'shimcha tekshirish usullaridan biri bo'lib hisoblanadi. O'z-o'zini tekshirib turish oyda bir marta hayz boshlanganidan 6 – 12 kunlari o'tkaziladi. Hayz ko'rmaydigan ayollar oyning ma'lum bir kunini belgilab o'tkazishlari kerak. O'z-o'zini tekshirish ko'rishdan va sut bezi va qo'ltiq osti soxalarini paypaslashdan iborat. Tekshirish vertikal va gorizontal holatda o'tkaziladi. So'rg'ichga ham ahamiyat berish kerak: uni ichiga tortilishi, shakli va rangi o'zgargan yoki yo'qligiga, yemirilishi bor yo'qligiga. Sut bezining terisiga qaraladi: rangi o'zgarganligi, shish, tortilish, yemirilish bor yo'qligiga ahamiyat beriladi. O'z sut bezlarini

tekshirib turish usulini har bir ayol o'tkazib turishi shart, bu sut bezi rakini erta aniqlashga va davo natijasini yaxshilashga yordam beradi.

Sut bezi rakini aniqlashda skrining usuli.

Skrining – yashirin kechuvchi onkologik kasalliklarni topishda hamma sog'lom aholini muntazam tekshirib turish usuli.

Tajribalar ko'rsatishicha, umumiy amaliyot vrachlari tomonidan ommaviy profilaktik ko'riklarni effekti kamligi uchun o'zini oqlamadi. Shuning uchun sut bezi rakini ikkilamchi profilaktikasi konsepsiyasi, jumladan skrining keng tarqaldi. Ko'p davlatlarda bu bir xalqaro programma bo'lib, sut bezi rakini oldini olish programmasiga aylandi.h **Sut bezi rakini davolash**

Sut bezi saratonini davolash kasallikning bosqichiga bog'liq bolib, erta va mahalliy rivojlangan bosqichlarda jarrohlik amalyoti,raditeropiya,neoadyuvant kimyoterapiyani o'z ichiga oladi. Metastazlangan holatda sistemali kimyoterapiya asosiy davolash usuli hisoblnadi. 0,I IIA va IIB erta IIIA, IIIB va IIIC mahalliy rivojlangan, IV esa metastatik bosqichlar hisoblanadi.

Davo taktikasi bir qancha faktorlarni hisobga olgan holda individual bo'lishi kerak. Davolash radikal, palliativ va simptomatik bo'lishi mumkin. Eng muhimi bemorga davo rejasini ishlab chiqish kerak. Operatsiyadan oldinga davrda, bemor operatsiya oldi davosini o'tkazgandan so'ng o'smani so'rilish darajasini aniqlab so'ngra operatsiya hajmini belgilash kerak. Operatsiya o'tkazilganidan so'ng, gistologik javob olingandan va o'sma retseptorlari aniqlangandan so'ng operatsiyadan keyingi davo rejasini tuzish kerak, bu esa ximiya, gormono va nur terapiyasini o'z ichiga oladi.

Radikal operatsiyalar turlari.

Xirurgik davolash sut bezi rakini davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Sut bezi rakida operatsiyalar quyidagi turlarga ajratiladi:

1. Standart **radikal mastoektomiya** (Halsted W.,1989; Meyer W.,1984) – sut bezini katta va kichik ko'krak mushaklari, ularning fassiyalari, o'mrov osti, qo'ltiq osti va kurak osti soha kletchatkalari, limfa tugunlari bilan bir blokda olib tashlash.
2. **Kengaytirilgan qo'ltik osti – to'sh radikal mastektomiya** (Margottimi M.A.,Bucalossi P.,1949; Urban Z.1951; Veroseni U.,1952; Xoldin S.A.,Dimarskiy L.YU.,1975) – sut bezini ko'krak mushaklari, o'mrov osti – qo'ltiq osti va kurak osti kletchatkalari bilan, hamda ko'krak

devorini bir qismi – parasternal limfa tugunlari va ichki ko'krak tomirlari bilan birga bir blokda olib tashlash.

3. **O'ta radikal kengaytirilgan mastektomiya** (Wangensteen O.,1952) - nafaqat parasternal kollektorlarni, balki o'mrov usti soha va ko'ks oralig'i oldingi qismi limfa tugunlarini olib tashlash.

4. **Modifikatsiyalangan radikal mastektomiya** Xolsted usulidagi radikal mastoektomiyadan katta ko'krak mushagini saqlab qolish bilan farq qiladi (Patey D., Dyson W.,1965) mushaklar qoldirilganda (Madden usuli) matsektomiya kam travmatik va kam qon yo'qotish bilan kechadi, operatsiyadan keyingi yara yaxshi bitadi. Mushaklarni saqlab qolish qo'llar vazifasini saqlab yaxshi kosmetik natijaga olib keladi.

5. **Mastektomiya qo'ltik osti limfodenektomiyasi bilan** (Pirogov N.I., Volkmann K.,1875; Winiwarter A.,1978) sut bezini va qo'ltiq osti limfa tugunlarini pastki qismini olib tashlash. Bu operatsiyani bajarishga ko'rsatma bo'lib, rakning erta bosqichi (I – II^a), o'smaning sut bezining tashqi kvadrantida joylashishi qari, kuchsiz, og'ir amroh kasalliklari bor bemorlaga o'tkaziladi.

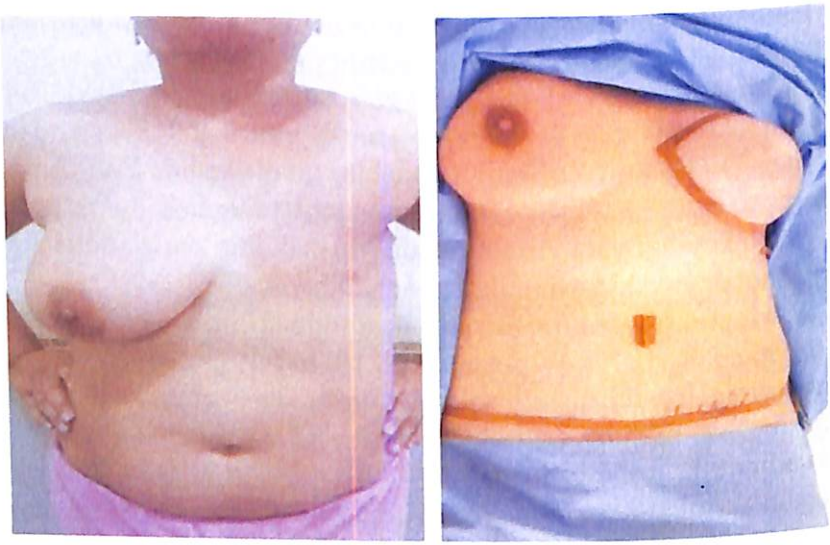
6. **Oddiy mastektomiya (amputatsiya)** – sut bezini katta ko'krak mushaklari fassiyasi bilan birga olib tashlash. Bu operatsiyani o'tkazishga ko'rsatma bo'lib, yemirilgan, chirigan o'sma, bemorni yoshining kattaligi, og'ir hamroh kasalliklari hisoblanadi.

7. **Radikal sektoral rezeksiya** – organni saqlab qoluvchi operatsiya bo'lib, unda sut bezini sektori o'sma bilan va katta va kichik ko'krak mushaklari fassiyasining o'smaga tegib turgan qismi bilan hamda o'mrov osti, qo'ltiq osti, kurak osti soha kletchatkalari, limfa tugunlari bilan birga bir blokda kesib olib tashlanadi. Bu operatsiyada o'smaning mahalliy qaytalanish xavfi baland, shuning uchun organni saqlab qoluvchi operatsiyalardan keyin bemorlarga sut bezining qolgan qismiga nur terapiyasi o'tkaziladi.

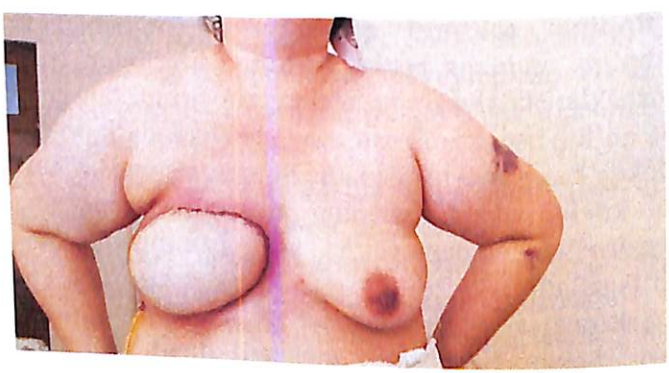
8. **Sektoral rezeksiya** – sut bezi sektorini tagidagi fassiyagacha olib tashlash. Sektoral rezeksiya mustaqil davo usuli sifatida raklarda qo'lanilmaydi. Uni faqat diagnostik maqsadlarda qo'llaydi. Davo maqsadida sektoral rezeksiya juda kam hollarda bajariladi va nur terapiyasi bilan to'ldiriladi (masalan, no invaziv Cancer in situ).

Sut bezining rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari.

Sut bezining rekonstruktiv jarrohlik operatsiyalari bemorning istagiga ko'ra mastektomiya yoki organ saqlovchi operatsiyasi bilan bir vaqtda yoki kechiktirilgan plastikalar mastektomiyadan keyin 1 yil ichida o'tkaziladi.



Bemor Q.1981y. Chap tomonlama RME dan 1 yil keying TRAM (transverse rectus abdominis myocutaneous flap.)loskuti bo'yicha mammoplastikasi (RIOvaRIATMSF arxividan).



Bemor S.1975y.O'ng tomonlama RME bilan bir vaqtda o'tkazilgan TRAM (transverse rectus abdominis myocutaneous flap.) bo'yicha mamoplastikasi. (RIOvaRIATMSF arxividan).

Adyuvant radioterapiya

Lambektomiya amaliyotidan so'ng butun sut beziga radioterapiya (4550 Gy) o'tkazish retsidivlanish ko'rsatkichini 50%ga kamaytiradi.

Mastektomiyadan keyin raditerapiyani qo'llash retsedivlanish va letallik ko'rsatkichlarini kamaytiradi. 4 va undan ortiq qo'ltiq osti limfa tugunlari zararlanganda mastektomiya amalyotidan keyin radioterapiyani o'tkazish kerak. Adyuvant raditerapiyaning umumiy dozasi 45-50 Gy bo'lib, 25-28 fraksiyada 1,8-2 Gy. Sentinel limfa tugunlari musbat bo'lganda limfa tugunlari disseksiyasi o'rniga limfa tugunlarining regional radioterapiyasini qollash limfoedeme rivojlanishini kamaytirgan.

Neoadyuvant kimyoterapiya

Sut bezi saratonining mahalliy tarqalgan bosqichlarida neoadyuvant kimyoterapiyani qo'llash zaruriy sanaladi. Neoadyuvant kimyoterapiya sifatida quyidagi sxemalar tavsiya etiladi:

HER2 manfiy:

- AC (doksorubisin/siklofosfamid),paklitaksel har 2 haftada; - AC (doksorubisin/siklofosfamid),paklitaksel har haftada; - TC (dosetaksel/siklofosfamid).

HER2 musbat:

- AC paklitaksel bilan + transtuzumab;
- AC paklitaksel bilan + transtuzumab +pertuzumab;
- TCH (dosetaksel/karboplatin/trastuzumab);
- TCH (dosetaksel/karboplatin/trastuzumab)+pertuzumab.

Adyuvant terapiya

Sut bezi saratonida adyuvant terapiyaga ehtiyoj o'sma o'lchami, regionar limfa tugunlar holati, ER,PR va HER2 retseptorlar mavjudligi kabi mezonlarga qarab belgilanadi. SBSning luminal A tipida endokrin teropiyani qo'llash tavsiya etiladi. Premenapauzadagi bemorlar uchun tamoksifen yoki AI+ tuxumdon ablastsiyasi yoki supressiyasi, premenapauzadagilar uchun esa AI yoki tamoksifen tavsiya etiladi. Endokrin teropiya kamida 5 yil o'tkazilishi kerak.

Luminal B tipda endokrin teropiyani kimyoterapiya bilan qo'llash umumiy yashovchanlikka ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

HER2 musbat bo'lganda target preparatlarni kimyoterapiya bilan birgalikda qo'llaniladi. Adyuvant kimyoterapiya neoadyuvant kimyoterapiya kabi o'tkaziladi.

Metastazlangan/retsidivlangan sut bezi saratonini davolash

Erta bosqichlarda aniqlangan sut bezi saratoni holatlarining tahminan 20-30%da uzoq metastazlar rivojlanadi. SBSning kechki bosqichlarida o'rtacha yashovchanlik 2-5 yilning tashkil etadi. SBSda suyak (20-60%), jigar (5-15%), o'pka/plevra (15-25%), bosh miya (5-15%) va limfa tugunlarga uzoq metastazlar kuzatiladi. Ushbu holatda davolash SBSning molekulyar subtipiga qarab belgilanadi.

Luminal A da davolash

Sut bezi saratoning luminal A tipida dastlabki davo endokrin terapiyada boshlanadi. SBSda endokrin terapiya: estrogen retseptorlarning selektiv degradatsiyalovchilar (ERSM), estrogen retseptorlarining selektiv modulatorlari (ERSD) va aromataza ingibitorlarini (AI) o'z ichiga oladi. NCCN tavsiyaga ko'ra, premenapauzadagi bemorlar uchun quyidagi davo choralaridan biri qo'llanilishi kerak:

- ERSM (tamoksifen yoki toremifen);
- tuxumdon ablatsiyasi;
- tuxumdon supressiyasi + endokrin terapiya (postmenapauzadagi bemorlar uchun).

Postmenapauzadagi bemorlar uchun

- nostroid aromataza ingibitori (anastrazol,letrozol);
- steroid AI (ekzemestan);
- ekzemestan + everolimus;
- everolimus + fulvestrant;
- everolimus + tamoksifen;
- palbosiklib + AI;
- palbosiklib + fulvestrant;
- ribosiklib +AI;
- abemasiklib + fulvestrant;
- fulvestrant;
- tamoksifen yoki toremifene;
- megestrol asetat;
- etinil estradiol; - abemasiklib.

Agar endokrin terapiyadan samara bo'lmasa, sistemali kimyoterapiyaga o'tiladi. ERning yo'qolishi, ER genining (ESR1) alteratsiyasi yoki alternativ signal yo'llarining(HER2, PI3K/Akt/mTOR)

Faollashishi endokrin terapiyaga rezistentlikni yuzaga keltiruvchi asosiy mexanizimlardir. mTOR ingibitorlari (everolimus) yoki CDK4/6

ingibitorlarini (palbosiklib, ribosiklib) qo'llash progressiyadan holi yashovchanlikni uzaytirgan, ammo umumiy yashovchanlikka ijobiy ta'sir ko'rsatmagan.

Luminal B da davolash

NCCN tavsiyaga ko'ra, HER2 musbat bo'lgan hollarda davolash quyidagicha amalga oshiriladi:

Premenopauza:

- tuxumdon ablatsiyasi yoki supressiyasi + terapiya

(postmenopauzadagi kabi);

- ERSM + HER2 -target terapiya;
- HER2- target terapiya ;
- kimyoterapiya + HER2- terapiya: pertuzumab + trastuzumab + taksan, trastuzumab + kimyoterapiya, lapatinib + kimyoterapiya TDM-1 + kimyoterapiya.

Postmenopauza:

- AI + HER2-target terapiya;
- ERSM + HER2 – target terapiya;
- ERSD + HER2 – target terapiya ;
- kimyoterapiya + HER2 – terapiya :pertuzumab + trastuzumab + taksan, trastuzumab + kimyoterapiya, lapatinib + kimyoterapiya, T-DM-1+kimyoterapiya;
- HER2 – target terapiya.

Sut bezi saratonining HER2 musbat bo'lgan tipda HER2ga target preparatlarni qo'llash davolash sxemasining asosiy komponenti hisoblanadi.

Metastatik yoki retsidivlangan HER2 musbat SBSda pertuzumab + trastuzumab + taksan sxemasi umumiy yashovchanlikka sezilarli ijobiy ta'sir etgan. Lapatinib va T-DM-1 ni trastuzumab va pertuzumabga rezistenlik yuzaga kelgan holatlarda qo'llash tavsiya etiladi.

HER2 – target terapiya endokrin terapiya bilan birgalikda qo'llanilganda progressiyadan holi yashovchanlikni oshirgan, ammo umumiy yashovchanlikka ta'sir etmagan.

HER2-target preparatlarning kardiotoksik ta'sirini bo'lganligi sabab, davolash davomida yurak faoliyatini nazorat qilish tavsiya etiladi.

Uch karra manfiy tipida davolash

Sut bezi saratoninng ushbu tipida sistemali kimyoterapiya yagona davolash usuli hisoblanadi. NCCN tavsiyasiga ko'ra, quyidagi davo sxemalari tavsiya etiladi:

Monokimyoterapiya (HER2 manfiy);

- doksorubisin;
- liposomal doksorubisin;
- paklitaksel;
- kapesitabin;
- gemsitabin;
- vinorelbin ;
- eribulin;
- PARP (poly ADP ribose polymerase) ingibitori – Olaparib (BRCA ½ genining irsiy mutatsiyasi bo'lgan bemorlar uchun; barcha HER2 manfiy bemorlarga BRCA 1/2 ga test o'tkazish tavsiya etiladi).

Odatda, SBSning uch karra manfiy tipida monokimyoterapiya tavsiya etiladi. Ammo yuqori progressiyalanish va ko'proq uzoq metastazlar bo'lgan holatlarda kambinatsiyalangan kimyoterapiya qo'llaniladi:

- AC (doksorubisin/siklofosfamid):
- EC (epirubisin /siklofosfamid);
- CMF (siklofosfamid /metotreksat/5-FU);
- dosetaksel/kapesitabin;
- GT (gemsitabin/paklitaksel);
- paklitaksel/bevasizumab (bevasizumab kimyoterapiyaga qo'shib qo'llanilganda progressiyadan holi yashovchanlikni oshirmagan).

XVIII BOB. O'PKA RAKI

O'pka raki yig'ma tushuncha bo'lib, u kelib chiqishi, gistologik strukturasi, klinik kechishi va davolash natijalari har xil bo'lgan epitelial to'qimadan kelib chiquvchi xavfli o'sma kasalligi bo'lib hisoblanadi.

O'pka xavfli o'smalari bronxlar shilliq qavatining qoplovchi epiteliysidan, bronxiolalarning bezlaridan va o'pka alveolalaridan rivojlanadi.

O'pka rakining alohida belgilariga - uning klinikasining ko'p ko'rinishli ekanligi, erta kasallikni qaytalashi berishga moyilligi, limfogen va gematogen metastaz berishi kiradi.

O'pka rakining epidemiologiyasi

O'pka raki - juda keng tarqalgan xavfli o'smalardan biridir; XX asrda yer shari aholisi o'rtasida o'pka raki bir necha 10 martaga oshib ketdi; Industrial rivojlangan mamlakatlarda o'pka raki bilan kasallanish onkologik kasalliklar strukturasida birinchi o'rinni egallaydi. Yer yuzining 20 dan ortiq mamlakatlarida o'pka rakidan o'lim ko'rsatkichi erkaklarda xavfli o'smalardan o'limning eng birinchi sabablaridan biridir. O'pka rakining Yevropa mamlakatlari va shimoliy Amerika aholisi orasida ko'payishi, zamonaviy industriyaning inson organizmiga zararining xatarli darajada oshib ketayotganligiga guvohlik beradi. Ko'pgina rivojlangan mamlakatlarda o'pka saratoni aholi o'rtasida uchraydigan saraton kasalligi tarkibida yetakchi o'rinni egallaydi. Hozirgi kunda dunyo bo'yicha 1 mln dan ortiq odam o'pka raki bilan ro'yxatga olinadi. Dunyo bo'yicha har 1 minutda 1 ta odam o'pka rakidan o'ladi. Oxirgi yillarda o'pka raki bilan kasallanish erkaklarda 44 foizga, ayollarda esa 75 foizga ko'paydi. Erkaklarda o'pka saratoni ayollarga qaraganda 7-10 marta ko'proq uchraydi. Kasallik yoshga mutanosib ravishda oshadi. 60-70 yoshdagi erkaklarda kasallik darajasi 30-40 yoshdagi odamlarga qaraganda 60 baravar yuqori. O'pka raki bilan kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichi Rossiya davlatida 100 ming aholiga 62,9, AQSHda 58,1, Xitoyda 37,1, kasallikning eng past ko'rsatkichi Osiyo, Indiya, Yaponiya davlatlarida qayd qilingan. O'zbekiston Respublikasida 2019 yilda 2540 nafar bemor o'pka raki bilan hisobga olingan. O'pka raki bilan kasalmandlik 2019 yilda har 100 000 aholiga 7.6 ga teng.

O‘pka rakining etiologiyasi

O‘pka rakining rivojlanishi quyidagi faktorlarga bog‘liq:

1.Tashqi muhit faktorlari;

2.Industriyada ishlab chiqarish sistemasining shart - sharoitlari;

3.Insonning zararli odatlari;

4.Insonning individual hayot tarzi;

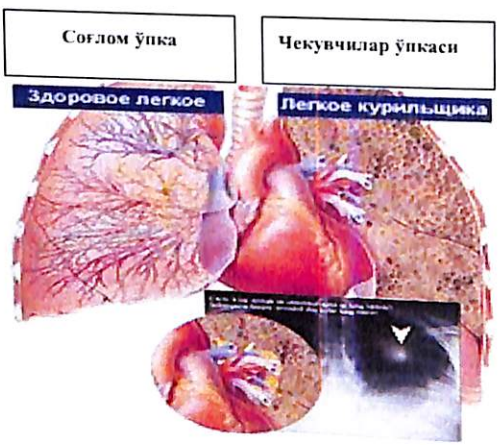
A. Ekzogen faktorlar:

1. Chekish

Chekish (aktiv va passiv). O‘pka rakining kelib chiqishida 80-85 foiz hollarda chekish sabab bo‘lar ekan. (rasm 1) Tamaki tutuni aerozolida **3800dan** ortiq kimyoviy birikmalar mavjud bo‘lib, ularning **40 dan ortig‘i kanserogen** hisoblanadi: nikotin, benzantratsenlar, nitrozoaminlar, radioaktiv elementlar (stronsiy , poloniy , titan , svinets , kaliy) ;

Sigaret chekishni suiste’mol qilish faqat XX asrning boshlarida boshlanib ketgan (xavfsiz gugurtlar, sigaretni avtomatlashtirilgan holda ishlab chiqarish);

Sigaret chekishning zarari to‘g‘risidagi eng birinchi ma’lumotlar fashistlar Germaniyasidagi olib borilgan tekshiruvlar natijalarida aniqlangan. Ammo bu ma’lumot ilmiy jamiyat tomonidan inkor qilingan edi. Sigaret chekishning zararli ekanligi faqat XX asrning 60 yillaridagina tan olindi. Kuniga 2 quti sigaret chekkan odamda o‘pka raki rivojlanishi 25 barobarga ortadi;



2. Kasbga oid faktorlar rak

rivojlanishining 2-sababi bo'lib hisoblanadi va 40 foiz holatlarda rak keltirib chiqarishga sabab bo'ladi. Ularga ayrim sanoatlarda metallurgiya , tog'-kon sanoati, gaz ishlab chiqarish, to'qimachilik, terini qayta ishlash, karton sanoatida ishlaydigan shaxslar kiradi. Asbest , mishyak , xrom , nikel , kobalt tuzlari , benzpiren , ko'mir changlari va h.k.; Ko'mir va neft mahsulotlarining (smola, koks, gazlar va boshqa moddalar) yonishidan hosil bo'lgan mahsulotlar tarkibiga kiradigan politsiklik aromatik uglevdorodlar (3-4-benzipren); Ba'zi oddiy organik moddalar (xlormetil efiri, vinilxlorid va boshqalar); shular jumlasiga kiradi.

B. Endogen faktorlar (Xavf guruhi):

- 45 yoshdan katta chekuvchi kishilar;

-o'pkaning rak oldi surunkali kasalliklari (10-15 foiz rak chaqiradi) tuberkulyoz, pnevmoniya, bronxit, lokal pnevmofibroz, surunkali interstitsial pnevmoniya, kistalar, kavernalar, bronxoektaz kasalligi, va boshqalar).

V.Genetik faktorlar:

-Bir oilaning 3 va undan ortiq a'zolarida o'pka saratoni rivojlanishi (yaqin qarindoshlarda).

-Bemorda birlamchi ko'plab o'sma jarayoni aniqlanishi (anamnezida boshqa organlarda xavfli o'sma uchraganligi kuzatilishi).

O'pka rakining kliniko-anatomik tasnifi (1957 A.I.Savitskiy)

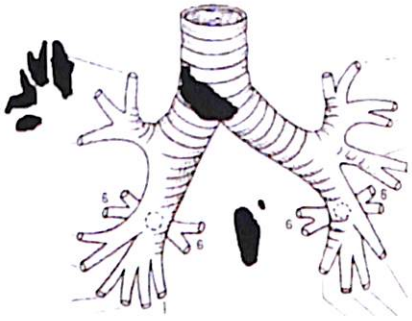
1.Markaziy shakli – (50-70 foiz) yirik bronxlar (bosh, oraliq, bo'lak, segmentar va subsegmentar bronxlar) da rivojlanadi;

A.Ekzofit (endobronxial) rak bronx bo'shlig'iga o'sadi;

B.Endofit (ekzobronxial) rak ko'proq o'pka parenximasiga qarab o'sadi;

V.Tarqalgan (peribronxial) rak bronxlar atrofida muftasimon o'ralib o'sadi.

Tarqalgan Endobronxial



Peribronxial ***O'pkaning markaziy raki***

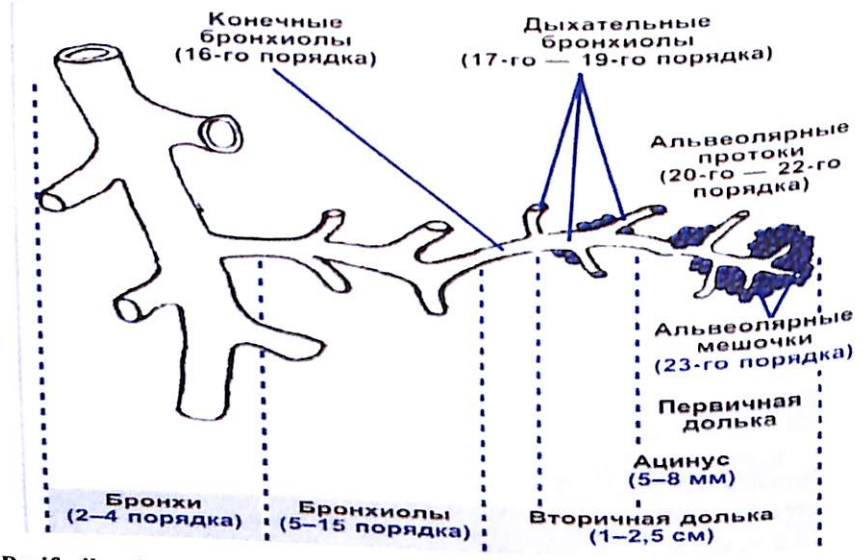
Kundalik amaliyotda odatda u yoki bu komponenti ko'proq bo'lgan aralash xarakterli o'sishga ega bo'lgan o'smalar ko'proq uchraydi.

2. Periferik shakli (30 foizgacha)– eng mayda bronxlarda yoki o'pka parenximasida rivojlanadi;

A.Tugunli (sharsimon);

B.Pnevmoniyaga o'xshash;

V.Penkoust raki (o'pka yuqori qutbi raki).



Periferik rak - xavfli o'sma mayda bronxlarning epiteliysidan rivojlangan (4-tartibdan boshlanadi)

3. Atipik shakli (mediastinal, miliar, miya, jigar, suyak)

A. Mediastinal turi - o'pkalarda birlamchi o'chog'i aniqlanmagan holda mediastinal limfa tugunlarining ko'plab zararlanishi bilan kechadi;

B. Miliar (disseminatsiyalashgan) turi (birlamchi kanseramatoz) - boshqa organlarda birlamchi o'chog'i aniqlanmagan holda o'pkalarning ko'plab o'sma bilan zararlanishi; Rak ko'pincha o'ng o'pkada (56 foiz) va ko'proq yuqori bo'lagida uchraydi.

V. Miya, jigar, suyak turlari- o'pkalarda birlamchi o'chog'i aniqlanmagan holda ushbu a'zolarda ko'plab zararlanishlar bilan kechadi.

O'pka rakining gistologik klassifikatsiyasi

Xalqaro gistologik klassifikatsiya (BJSST (VOZ) 1999y)

Yassi hujayrali (epidermoid, urchuqsimon hujayrali) rak;

Mayda hujayrali rak: Sulisimon hujayrali;

Oraliq tipdagi hujayrali rak; Kombinirlangan suli hujayrali rak;

Bezli rak (adenokarsinoma): Atsinar adenokarsinoma; Papillyar adenokarsinoma; Bronxoalveolyar rak; Shilliq hosil qiluvchi savlatli rak;

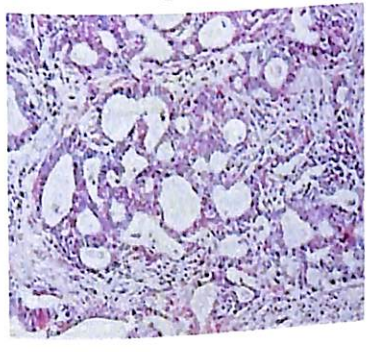
Yirik hujayrali rak: Gigant hujayrali rak; Oqish hujayrali rak;

Bezli-yassi hujayrali (dimorf) rak: Bronxlar bezi raki: Adenokistoz rak; Mukoepidermal rak; Boshqa tipli rak;

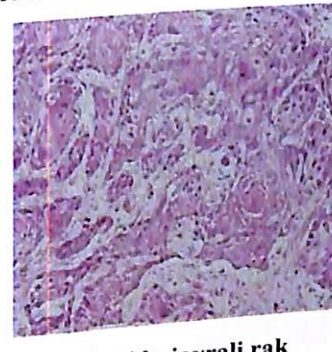
Erkaklarda yassi hujayrali saraton ko'proq (68 foizgacha), adenokarsinoma kam (9 foizgacha) uchraydi.

Ayollarda adenokarsinoma erkaklarga nisbatan 4 baravar (4 foizgacha) ko'proq uchraydi.

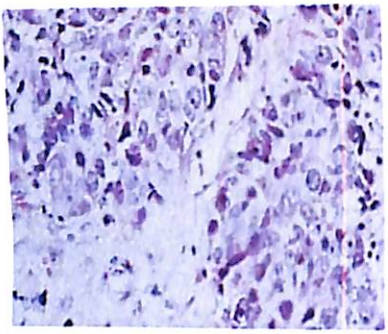
O'pka rakining gistologik variantlari



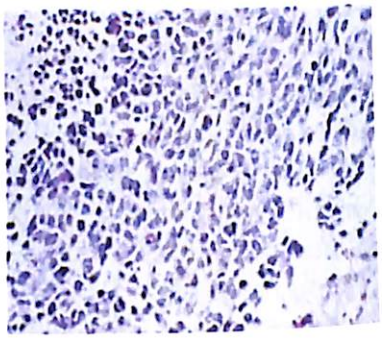
Adenokarsinoma



Yassi hujayrali rak



Katta hujayrali rak



Mayda hujayrali rak

O'pka raki klinik nuqtai nazardan o'sish tempi va prognozi bo'yicha farqlanadi:

-Differensiallashgan yassi hujayrali yoki bezli o'pka raki biroz sekinroq rivojlanadi:

-Differensiallashmagan (mayda hujayrali va yirik hujayrali) o'pka raki tez rivojlanadi:

-Differensiallashmagan o'pka raki o'ta tez kechishi, tezlik bilan limfogen hamda gematogen metastazlar berishi bilan xarakterlanadi. *O'pka saratonining metastazlanishi*

Limfogen metastaz berish:

-Ko'krak ichi limfatik tugunlariga; -

Periferik limfatik tugunlarga; *Gematogen metastaz berish:*

-jigarga;

-bosh miyaga;

-suyaklarga;

-buyrak usti bezlariga;

O'ta tez va massiv metastaz berish mayda hujayrali va kam differensiallashgan adenokarsinomali o'pka raki uchun xarakterli! O'pka rakining TNM klassifikatsiyasi (2009 yil 7- nashri)

T birlamchi o'smani holati

Tx - nurli diagnostika yoki bronxoskopiyada o'sma yo'q, ammo balg'am yoki bronxial daraxt yuvindisida xavfli o'sma hujayralari topiladi; T0-birlamchi o'pka o'smasi to'g'risida ma'lumot yo'q.

Tin situ - epiteliy ichi (preinvaziv) rak (carcinoma in situ).

T1 -< 3 sm mikroinvaziv rak, o'pka to'qimasi yoki visseral parda bilan chegaralangan, bosh bronxlar zararlanmagan;

T1a- o'sma o'lchami - < 2 smgacha;

T1b- o'sma o'lchami - > 2 smdan katta, lekin - < 3 smdan kichik;

T2 - > 3 smdan katta, lekin - < 7 smdan kichik yoki har qanday quyidagi xarakterdagi o'sma:

bosh bronxni > 2 smdan uzoqlikda zararlaydi; visseral plevraga o'sib o'tadi; qisman atelektaz yoki o'pka darvozasiga tarqalgani obstruktiv pnevmonit bilan qo'shilib keladi, lekin o'pkani to'liq qamrab olmaydi.

T2a- o'sma o'lchami > 3 smdan katta, lekin - < 5 smdan kichik;

T2b- o'sma o'lchami - 5 smdan katta, lekin - < 7 smdan kichik;

T3 - o'sma o'lchami > 7 smdan katta - ko'krak devoriga, diafragmaga, diafragmal nervga, perikardning parietal varag'iga, mediastinal plevraga o'sib o'tadi, bosh bronxni karinagacha < 2 smdan kam masofada zararlaydi, lekin karinani o'zini zararlamaydi; o'pka total atelektazi kuzatiladi;

T4 - har qanday o'lchamdagi rak: ko'ks oralig'iga, perikardga (yurakka), magistral qon tomirlariga (aorta, o'pka arteriyasi umumiy stvoliga, yuqori kovak venaga), qizilo'ngach, traxeya, umurtqalar tanasiga, traxeya bifurkatsiyasiga o'sib o'tganligi, sitologik tasdiqlangan xavfli etiologiyali plevrit.

N – regionar limfatik tugunlar:

Nx - Regionar limfa tugunlarni baholashning iloji yo'q;

N0 - Ko'krak ichi limfa tugunlarida metastazlar yo'q;

N1 - Ipsilateral bronxopulmonal va ipsilateral ildiz limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi;

N2 - Ipsilateral mediastinal va bifurkatsion limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi;

N3 - Kontralateral mediastinal va ildiz limfa tugunlarida, u yoki bu tomon o'mrov usti limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi; **M – Uzoqdagi metastazlar:**

M0 - Uzoqdagi metastazlar yo'q;

M1 - Uzoqdagi metastazlar aniqlanadi;

M1a - ikkinchi o'pkada metastaz yoki plevral hamda perikarddagi suyuqlikda xavfli o'sma hujayralari topiladi;

M1b - Uzoqdagi metastazlar aniqlanadi;

G – gistopatologik gradatsiya (odatda operatsiyadan keyin aniqlanadi):

Gx - Hujayralarning differensiyasini baholashning iloji yo'q;

G1-yuqori darajali differensiallashgan;
G2 - o'rta darajali differensiallashgan;
G3-past darajali differensiallashgan;
G4-differensiallashmagan o'sma;
O'pka rakining klinik kartinasi quyidagi omillarga bog'liq bo'ladi:
-O'sma jarayonining kliniko anatomik turi va gistologik strukturasi;
-O'sma jarayonining lokalizatsiyasi;
-O'sma jarayonining o'lchamlari va o'sish tipi;
-O'sma jarayonining metastaz berish xarakteri;
-Bronxlar va o'pkalardagi hamroh yallig'lanish kasalliklari;

O'pka saratonining bosqichlar bo'yicha klassifikatsiyasi

Bosqichla	**Tx**	**N**	**M**
0	Tis	N0	MO
IA	Tl	N0	MO
I B	T2	N0	MO
II A	Tl	N1	MO
II B	T2	N1	MO
III A.	T1,2,3	N2	MO
	T3	N1	MO
III B		N1	MO
	T4	Har qanday N	MO
IV	Har qandayqanday T	Har qanday N	M1

O'pka rakida quyidagi sindromlar kuzatiladi:
*Tirnalgan bronxlar sindromi;
*Patologik ajralmalar sindromi;
*Lixoradka sindromi;
*Og'riq sindromi;
*Funksional sindrom;
*Paraneoplastik sindrom;
*Umumiy belgilar sindromi;

O'pka rakidgi paraneoplastik sindromlar

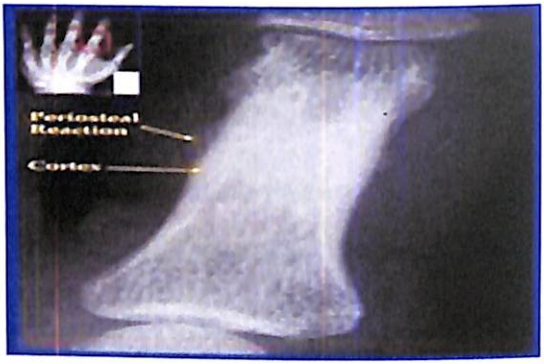
O'pka raki bilan 3-5 foiz bemorlarda artralgik va revmatoid sindromlar, ginekomastiya, nevritlar, dermatomiozitlar, tomirlar trombozi kuzatilishi mumkin.

O'pka raki boshidan o'ziga xos sindrom—Mari-Bambergerning o'pka gipertrofik osteoartropatiyasi, ya'ni oyoq va qo'llarning naysimon suyaklarining, qo'l va oyoq panjalari kichik naysimon suyaklarining qalinlashuvi va sklerozlanishi, bo'g'imlarning (tirsak, boldir tovon bo'g'imi) shishi, barmoqlar oxirgi falangasini kolbasimon qalinlashuvi **(«baraban cho'plari»)** kuzatiladi. Ushbu simptomlar bemor davolangandan keyin yo'qoladi.

Bundan tashqari o'pka rakida tromboflebit, neyropatiyaning turli variantlari va miopatiya, dermatozlar, lipid almashinuvi buzilishi holatlari kuzatilishi mumkin.



O'pka rakidagi paraneoplastik sindrom – tirnoq falangalarining deformatsiyasi " baraban cho'plari" ko'rinishida



O‘pka rakidagi paraneoplastik sindrom ossifitsirlashgan periost



O‘pka rakidagi Paraneoplastik sindrom Bazeks sindromi (qo‘l va oyoq barmoqlari terisida, yuz, quloq, tana terisida, tizza terisida - eritema, giperkeratoz, keratodermiya)



O‘pka rakidagi paraneoplastik sindrom – qora akantoz

O‘pka markaziy rakining klinikasi

1.Bronx bo‘shlig‘ida birlamchi o‘sma tuguni rivojlanishi tufayli, odatda erta paydo bo‘ladigan **birlamchi (mahalliy) simptomlar**: yo‘tal, qon tuflash, hansirash, ko‘krak qafasida og‘riqlar; 2. Bronxogen rak kasalligi tufayli rivojlanadigan hamroh kasalliklar yoki regionar hamda

uzoqdagi metastazlar, boshqa organlarga o'sib kirgan va nisbatan tarqalib ketgan o'sma jarayonlarida kuzatiladigan, ancha keyin paydo bo'ladigan **kechki simptomlar**; 3. Organizmga o'smaning va hamroh kasalliklarning asorati tufayli kelib chiqadigan **umumiy simptomlar** (holsizlik, o'ta charchash,
ozib ketish, ishlash qobiliyatining susayishi va boshqalar);

O'pka markaziy rakining klinikasi

Yo'tal : 80 – 90 foiz bemorlarda kasallikning erta bosqichlarida paydo bo'ladi. Kasallik boshida yo'tal odatda quruq bo'lsa, so'ngra asta sekin seroz hamda seroz yiringli balg'am chiqishi bilan kuzatiladi.

Qon tuflash odatda 50 foiz bemorlarda kuzatiladi. Boshida toza qon aralashgan balg'am chiqsa, kasallik rivojlanishi jarayonida o'pkadan diffuz xarakterli qon ketishi kuzatiladi;

Ko'krakda og'riqlar 60foiz bemorlarda kasallik paydo bo'lgan tomonda kuzatilsa, 10 foiz bemorlarda kontrlateral tomonda ham uchrashi mumkin;

Hansirash intensivligi (30 – 40 foiz bemorlarda kuzatiladigan) to'g'ridan to'g'ri zararlangan bronx bo'shlig'ining o'lchamiga bog'liq.

O'pkaning periferik raki klinikasi

O'pka rakining ushbu shakli uzoq vaqt simptomsiz progressiyalanib boradi va aksariyat hollarda kechki bosqichda aniqlanadi. O'smaning klinik belgilari uning atrof to'qima va organlarni bosib qo'yganda yoki o'sib o'tganda namoyon bo'ladi.

Periferik rakning eng xarakterli simptomlari bo'lib hansirash va ko'krak qafasidagi og'riq hisoblanadi.

Hansirash darajasi o'smaning o'lchamlariga, ko'ks oralig'i anatomik tuzilmalarining, ayniqsa, katta vena qon tomirlari, bronx va traxeyaning bosilish darajasiga bog'liq bo'ladi va 50 foiz bemorlarda kuzatiladi, hatto 10 foiz hollarda kasallikning erta bosqichlarida kuzatilishi mumkin.

Ko'krak qafasidagi og'riq 20-50 foiz bemorlarda uchrab, nafas akti bilan bog'liq bo'lmasdan zararlangan tomonda doimiy xarakterda bo'ladi.

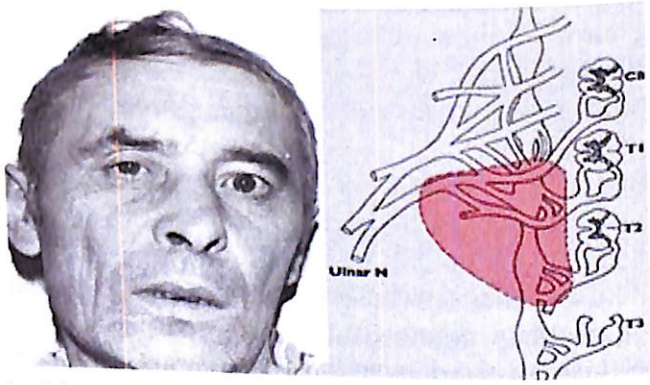
O'sma bronxga o'sib o'tgandan keyin **yo'tal va qon tupurish** kuzatiladi, odatda ushbu belgilar markaziy rakdan farqli o'laroq kasallikning kechki bosqichlarida kuzatiladi. Ko'pincha o'smaning umumiy belgilari: holsizlik, tana harorati ko'tarilishi, tez charchash, mehnat qobiliyatini pasayib ketishi va h.k.lar kuzatiladi.

Kasallikning kechki bosqichlarida o‘smaning katta bronxlarga o‘sib o‘tganidan keyin periferik rakning klinikasi markaziy raknikiga o‘xshaydi va fizikal tekshirish usullari natijalari bir xil bo‘lib qoladi.

Markaziy rakdan farqli o‘laroq periferik rakda rentgenologik tekshirishda atelektaz fonida periferik o‘smaning soyasi aniq ko‘rinib turadi. Periferik rakda o‘sma ko‘p hollarda plevraga o‘sib o‘tadi va plevral bo‘shlig‘ida ekssudat hosil bo‘ladi.

- **Periferik rakning «bo‘shliqli» shakli** o‘smaning markazida nekrozga uchrashi va yemirilishi tufayli hosil bo‘ladi. Bemorda yallig‘lanish jarayoni belgilari (yo‘tal, biroz balg‘am kelishi, qon tupurish, tana harorati ko‘tarilishi) kuzatiladi. O‘smaning destruksiyasi ko‘pincha 50 yoshdan o‘tgan erkaklarda o‘smaning o‘lchami katta bo‘lganda uchraydi.

O‘pka cho‘qqisi raki — periferik rakning bir ko‘rinishi bo‘lib, klinik ko‘rinishi o‘smaning plevra gumbaziga, yelka nerv chigaliga, bo‘yin umurtqalari o‘siqlari va yoyiga, hamda simpatik nerv stvoliga o‘sib o‘tishi tufayli namoyon bo‘ladi. Yelkada va yelka bo‘g‘imida og‘riq, bilakning distal qismi mushaklarining progressiyalanuvchi atrofiyasi va **BernarGorner sindromi (mioz, ptoz, enoftalm)** kuzatiladi. Ushbu simptomokompleksni 1924 yilda Penkoust ko‘krak qafasi yuqori aperturasi o‘smalarida paydo bo‘lishini ta’riflab o‘tgan.



O‘pka cho‘qqisi rakida Gorner sindromi (H. Pancoast, 1924) (o‘ng tomonlama ptoz, mioz, enoftalm)

O'pka rakining atipik formalari

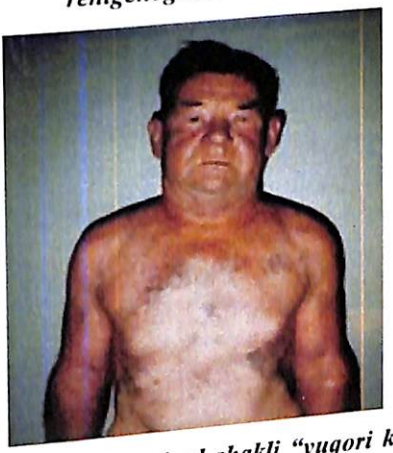
O'pka rakining atipik kliniko-anatomik formalari birmuncha kam uchraydi.

Mediastinal shaklida mavjud bo'lgan barcha tekshirish usullari bilan o'pkalarda o'sma topilmaydi, ammo ko'ks oralig'i limfa tugunlarida ko'plab metastazlar aniqlanadi.

Rentgenologik ko'ks oralig'i o'smasining organ va qon tomirlarni bosish belgilari: yuqori kovak venani bosilishi (yuz va bo'yinning shishi, ko'krak devori va bo'yin venalarining kengayishi), ovoz xirillashi, afoniya, disfagiya va b.q.



Rasm . O'pka rakining atipik mediastinal shaklidagi to'g'ri va yon proyeksiyadagi rentgenogramma



Rasm . O'pka rakining atipik mediastinal shakli "yuqori kovak vena qisilish sindromi" bilan

O'pkalarining birlamchi karsinomatozida (miliar yoki disseminatsiyalashgan shakli) o'pkalarda ko'plab tugunlar bor, ammo birlamchi o'sma topilmaydi. Bemorlarni hansirash va boshqa umumiy simptomlar ko'proq bezovta qiladi. Rentgenologik ko'rinishi miliar tuberkulyoz va boshqa disseminatsiyalashgan kasalliklarga o'xshaydi.

O'pka rakida (asosan mayda hujayrali rakda) gormonlar giperproduksiyasi [sindrom sekretsii adreno- kortikotrop, antidiuretik, paratireoid, estrogen, serotonin gormonlari] tufayli kelib chiqadigan paraneoplastik sindrom belgilari kuzatiladi.

Gormonsimon substansiyalar — malignizatsiyaning o'ziga xos markyorlari hisoblanadi. Ularni radioimmunologik tekshirish usullari bilan aniqlash mumkin bo'ladi. O'sma ko'pincha adreno- kortikotrop gormon yoki uning metabolik ajdodi moddalarini sekretsiya qiladi.

O'pka rakining diagnostika usullari

- Bemorning shikoyati va anamnezi
- Fizikal tekshirish usullari (ko'rik, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya)
- Nurli diagnostika (rentgenografiya, KT, MRT, PET)
- Endoskopik diagnostika (bronxoskopiya, mediastinoskopiya, torakoskopiya)
- Biopsiya , morfologik diagnostika

Fizikal tekshiruvlar

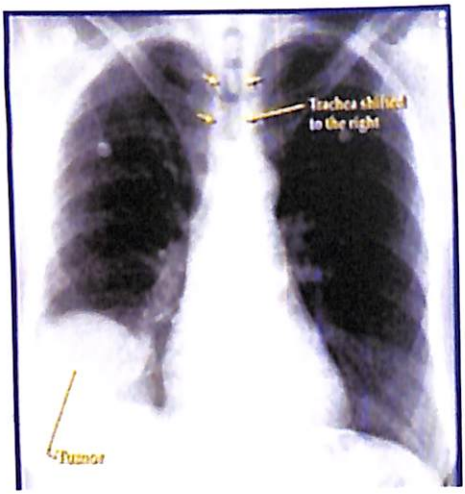
Fizikal tekshiruvlar (ko'rik, perkussiya, auskultatsiya) o'pka saratonining erta bosqichlarida ikkilamchi ahamiyatli bo'lsa, kechki bosqichlarida rakning boshqa organlarga (plevra, diafragma, qaytuvchi nerv va boshqalar) o'sib kirganligini, uzoq metastazlar berganligini aniqlaydigan asosiy usullarga kiradi.

O'pka rakining kechki bosqichlarida fizikal tekshiruvlar boshqa tekshiruvlarga (KT, FBS, UTT) nisbatan ko'proq va foydaliroq ma'lumotlar bera olishi mumkin.

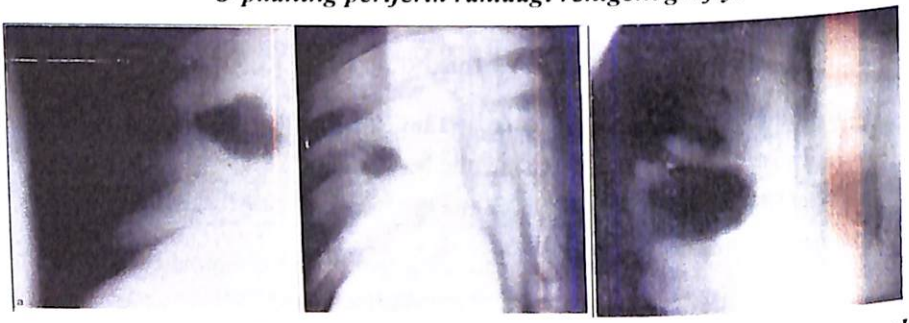
O'pka rakining tekshiruv usullari

Tekshirish usullari	O'pka rakining gistologik tiplari	
	Mayda hujayrali	Normal hujayrali
Umumiy klinik tekshiruvlar	ha	ha
Qon bioximiyasi	ha	ha
Ko'krak qafasi rentgenologik tekshiruvi	ha	ha
Balg'am tahlili	ha	ha
Bronxoskopiya biopsiya bilan	ha	ha
Ko'krak qafasi KTsi	I-III b	ha
Qorin bo'shlig'i UTT	ha	ha
Ko'krak qafasi UTT	I-II b	I-II b
Suyaklarni skanerlash	Ko'rsatma bo'lganda	ha
Skelet suyaklari rentgenografiyasi	Ko'rsatma bo'lganda	Ko'rsatma bo'lganda
Bosh miyani skannerlash	Ko'rsatma bo'lganda	ha
Bosh miya KT va YAMRTsi	Ko'rsatma bo'lganda	ha
Suyak ko'migi punksiyasi	Ko'rsatma bo'lganda	ha
O'mrov usti limfa tugunlari punksiyasi	Ko'rsatma bo'lganda	Ko'rsatma bo'lganda
Jigardan biopsiya	Ko'rsatma bo'lganda	Ko'rsatma bo'lganda
Laparoskopiya	Ko'rsatma bo'lganda	Ko'rsatma bo'lganda
Torakoskopiya	Ko'rsatma bo'lganda	Ko'rsatma bo'lganda
O'pka va yurakni funksional tekshiruvlar	ha	ha

O‘pka rakining nurli diagnostika usullari



O‘pkaning periferik rakidagi rentgenografiya

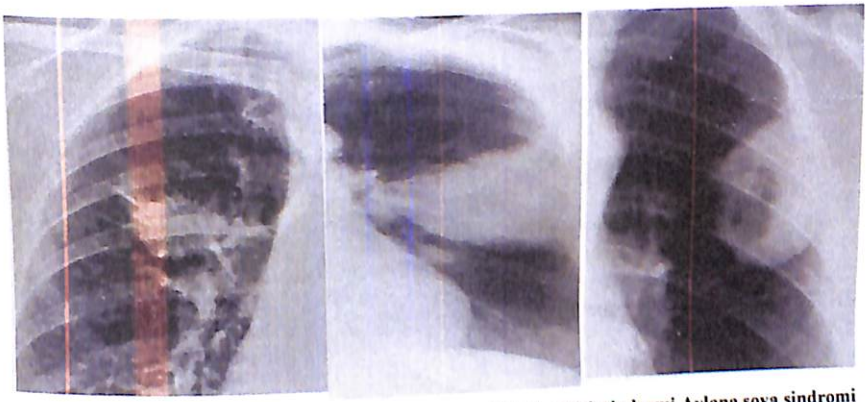


Tomogrammalar. O‘pka rakining periferik turida sharsimon o‘sma tugunlari



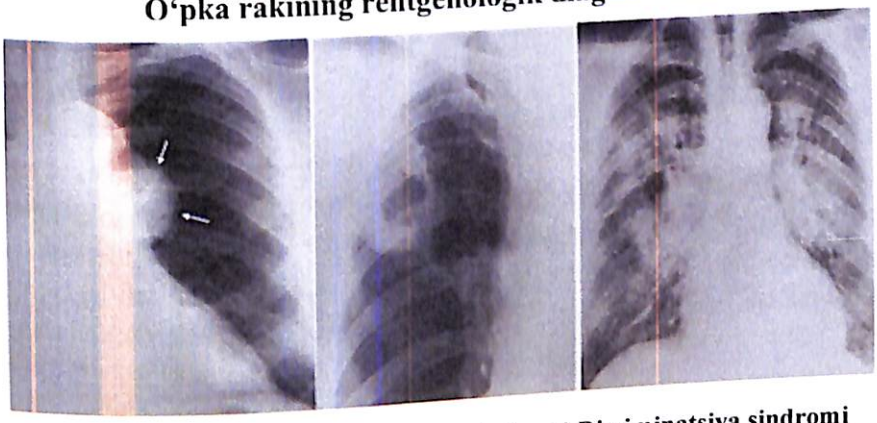
PET Kompyuter tomografiyasi

O‘pka rakining rentgenologik diagnostikasi



O'choqli soya sindromi Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilish sindromi Aylana soya sindromi

O'pka rakining rentgenologik diagnostikasi



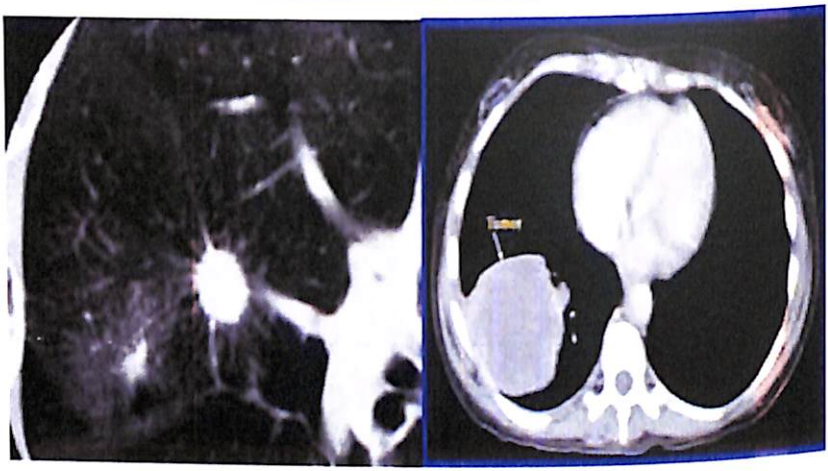
O'pka ildizi sindromi Bo'shliq sindromi Dissiminatsiya sindromi

Rentgen kompyuter tomografiya

-o'pka mahalliy va regionar tarqalganligini aniqlashda radiologik **«oltin standart»** hisoblanadi.

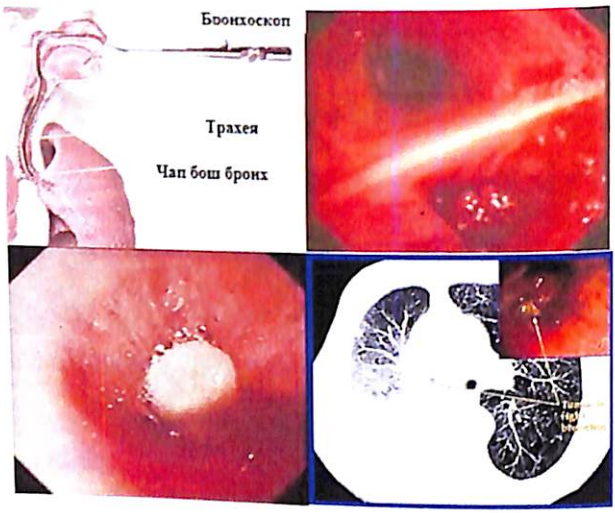
-kamchiligi – limfatik tugunlarning o'smaga yoki reaktiv giperplaziyaga xosligini differensial diagnostika qilish imkoniyati yo'qligi.

-ma'qulligi – metodning universalligi (hamma anatomik sohalar).



O‘pka periferik rakining kompyuter tomografiyasi

Bronxoskopiya – bu hiqildoq, traxeya, va bronxlar ichki yuzasini maxsus optik qurilma yordamida ko‘rish usulidir.



O‘pka rakining diagnostikasida bronxoskopiya

Fibrobronxoskopiyaga ko‘rsatmalar

-O‘pka raki borligiga gumon qilingan barcha bemorlarga;

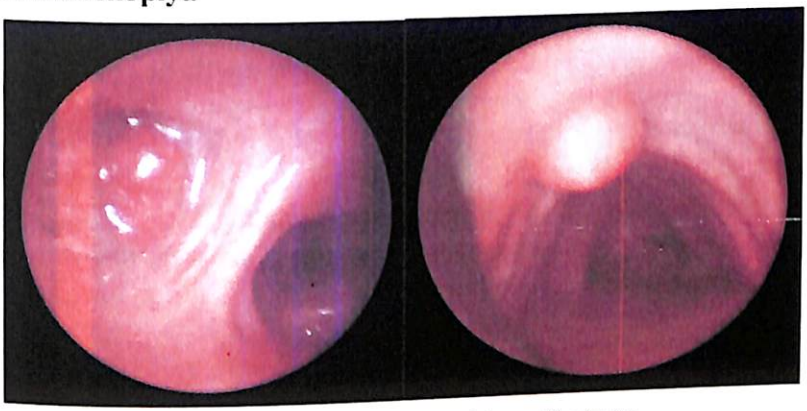
-O‘pka raki tasdiqlangan bemorlarda saraton jarayonining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun;

-O‘pka raki bilan xirurgik va kombinirlashgan davo o‘tkazilgan bemorlarga o‘z vaqtida kasallik qaytalanishini aniqlash uchun;

-Konservativ o'smaga qarshi terapiya o'tkazilgan bemorlarga bevosita davo natijasini aniqlash uchun;

-Boshqa lokalizatsiyadagi xavfli o'smalar bilan bemorlarning o'pkasida noma'lum soya aniqlanganda;

Bronxoskopiya



Bronxni obstrutsiya qiluvchi xavfli o'sma

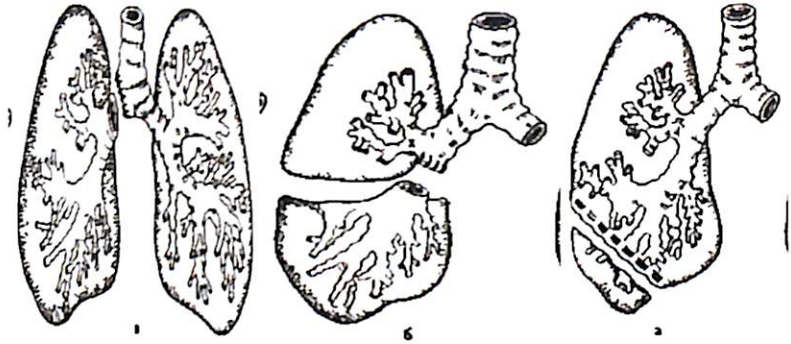
O'pka rakining endoskopik sindromlari quyidagicha:

Bevosita anatomik o'zgarishlar sindromi; plyus –to'qima; Shilliq qavatining destruksiyasi; Bo'shliqning konussimon torayishi; Bronxning chegaralangan bir joyda torayishi; Nisbiy anatomik o'zgarishlar sindromi: Shilliq qavatning destruksiyasiz infiltratsiyasi; Bronxial halqaning noaniq surati; Bronx devori yoki og'zini siljishi; Instumental palpatsiyada devorning rigidligi; Devorning bo'rtib chiqishi; Bronxning passiv siljishining yo'qolishi; Funksional o'zgarishlar sindromi; Bronxlar devorining nafas olganda harakatlanmasligi; Yurak va magistral qon tomirlar tomonidan pulsatsiya uzatilishining yo'qolishi; Bronxlardan gemorragik ajralma kelishi;

O'pka rakini davolash

O'pkaning mayda hujayrali raklarida xirurgik davo tavsiya etilmaydi (T1a-2aN0M0 bundan mustasno). O'pkaning mayda hujayrali raklari kimyo nur terapiyaga sezgirligi yuqori o'sma hisoblanadi.

O'pkaning yirik hujayrali rakida xirurgik davo asosiy davo usuli hisoblanadi. Ximioterapiya, nur terapiya operatsiya bilan kompleks davoda yoki nooperabel o'smalarda qo'llaniladi.



Operativ davo hajmi

I.Pulmonektomiya **II.O'pka rezeksiyalari**

O'pka rakida operatsiyalar variantlari (pulmonektomiya, lobektomiya, atipik rezeksiya)

Mayda hujayrali o'pka rakini davolash usullari **1. I A, B bosqichi -T1a-2aN0M0 A.**

Xirurgik davo:

1.Lobektomiya (imkon bo'lsa bronxlar rezeksiyasi va plastikasi bilan) va albatta mediastinal limfodisseksiya;

2.Bilobektomiya (imkon bo'lsa bronxlar rezeksiyasi va plastikasi bilan) va albatta mediastinal limfodisseksiya;

3.Pulmonektomiya va va albatta mediastinal limfodisseksiya;

B. Dori bilan davolash : neoadyuvant rejimda 4 kurs ximioterapiya;

1-liniya: **ER sxemasi:** Etopozid 120mg/m2 v/i 1-3 kunlar. Sisplatin 75mg/m2 v/i 1- kun. Har 3 haftada davo kursi takrorlanadi . **ES sxemasi:** Etopozid 100mg/m2 v/i 1-3 kunlar. Karboplatin AUC=5 v/i 1-kun (holsizlangan va buyrak funksiyasi buzilgan bemorlarga). Har 3 haftada kurs qaytariladi.

2-liniya: **IP sxemasi :** Irinotekan 65mg/m2 v/i 1,8 kunlar. Sisplatin 75mg/m2 v/i 1-kun. Har 3 haftada kurs qaytariladi. ECOGni inobatga olib N+ bo'lganda 1-va 2- liniya bo'yicha sinxron ximioterapiya + ko'ks oralig'i DTGT ;

O'pka rakining II-III bosqichlarida (gemitoraks chegarasidagi lokal shakli) o'smaga qarshi konservativ terapiya, ximioterapiya va nur terapiya o'tkaziladi. Davo taktikasi ECOGni inobatga olib individual tanalanadi:

- ECOG 0-2 bo'lganda bir vaqtning o'zida sinxron kimyonur terapiya.
- ECOG 2-3 bo'lganda kimyoterapiya boshlanib keyinchalik nur terapiya qo'shilishi mumkin.
- ECOG 3-4 bo'lganda 1 –liniya bo'yicha ximioterapiya va nur terapiya o'tkaziladi.

Jarayon progressiyalanganda 2- liniya bo'yicha ko'pi bilan 4 kurs ximioterapiya o'tkaziladi. Jarayonning progressiyasi davom etsa yoki ximioterapiyani og'ir o'tkazsa 2-3- liniya bo'yicha rezerv sxemada ximioterapiya o'tkaziladi

1.Etopozid 50mg/m2 per os 1-21 kunlar. Interval 28 kun; 2.Paklitaksel 80mg/m2 v/i har hafta №3. Interval 2 hafta) hamda palliativ nur terapiya. Har 2 kursdan keyin davo samarasi kontrol tekshirishda baholanadi.

Kasallikning IV bosqichida (gemitoraks chegarasidagi disseminatsiya shakli) ECOGni inobatga olib ximioterapiya o'tkaziladi. ECOG 1-2 da – simptomatik davo elementlarini qo'shgan holda kombinirlashgan ximioterapiya;

ECOG 3-4 da – individual davo o'tkaziladi.

Lokal zararlanish simptomlari kuzatilganda (bosh miyaga MTS, yuqori kovak vena bosilishi sindromi, o'pka atelektazi, suyaklar zararlangandagi og'riq sindromi, orqa miya kompressiyasi) palliativ nur terapiya qo'shilishi mumkin.

Bosh miya zararlanganda ECOGni inobatga olib bir vaqtning o'zida ximioterapiya bosh miyani nur terapiyasi (tavsiya etiladigan DTGT dozasi - 30gr).

Suyaklarning metastatik zararlanishida bisfosfanatlar qo'llaniladi.

To'liq yoki qisman remissiya kuzatilgan barcha bemorlarga operatsiyadan keyin bosh miyaga profilaktik nur terapiya o'tkaziladi.

Yirik hujayrali o'pka rakini davolash usullari

1. TisN0M0 (carcinoma in situ) A.

Xirurgik davo:

2. Segmentektomiya.

3. Lobektomiya.

A. Ximioterapiya o'tkazilmaydi;

B. Nur terapiya o'tkazilmaydi;

2. Ia,b bosqich

1. T1-2N0M0

3.Gistologiyasi: yirik hujayrali rak (adenokarsinoma, yassi hujayrali, katta hujayrali va b.q.) 3. G1, G2, G3, G4 ***A.Xirurgik davo:***

1.Lobektomiya, (imkon bo'lsa bronxlarni rezeksiyasi va plastikasi) va albatta regionar limfa tugunlar va kletchatka limfadisseksiyasi ;

2.Bilobektomiya va zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi;

A.Ximioterapiya o'tkazilmaydi;

B.Nur terapiya o'tkazilmaydi;

1. II bosqich: IIa,b bosqich

1. T2bN0M0; T1N1M0; T2aN1M0,T2bN1M0; T3N0M0;

1.Gistologiyasi: yirik hujayrali rak (adenokarsinoma,yassi hujayrali, katta hujayrali va b.q.) 3. G1, G2, G3, G4 ***A.Xirurgik davo:***

1.Lobektomiya,(imkon bo'lsa bronxlarni rezeksiyasi va plastikasi) va albatta regionar limfa tugunlar va kletchatka limfadisseksiyasi ;

2.Bilobektomiya va zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi;

3.Pnevmonektomiya va zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi; ***B.*** **Ximioterapiya: EP sxemasida;**

Etopozid 120 mg\m^2; v/i 1-, 3- va , 5- kunlar;

Sisplatin 80 mg\m^2; v/i 1 kun;

(interval 4 hafta) 6 kurs;

SAR sxemasida;

Siklofosfamid 500 mg\m^2; 1- kun; Doksorubitsin 50 mg\m^2; 1-kun; Sisplatin 50 mg\m^2; 1-kun; (interval 4 hafta) 6 kurs;

TS sxemasida;

Sisplatin 80 mg\m^2; 1 kun; Paklitaksel 175 mg\m^2; 1-kun 3- soatlik infuziya; (interval 4 hafta) 6 kurs;

Nur terapiya

1. III bosqich

IIIa,b bosqich

1.T4N0Mo; T3N1Mo; T4N1 Mo; T1N2 Mo; T2N2 Mo; T3N2Mo; T4N2Mo; T1N3 Mo; T2N3 Mo; T3N3 Mo; T4N3 Mo boskichlarda qo'llaniladi;

2.Gistologiyasi: yirik hujayrali rak (adenokarsinoma, yassi hujayrali, katta hujayrali va b.q.) 3. G1, G2, G3, G4 ***A.Xirurgik davo:***

1.Bilobektomiya zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi;

2.Pnevmonektomiya va zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi;

3.Pnevmonektomiya va traxeya bifurkatsiyasini sirkulyar rezeksiyasi hamda zararlangan tomondan o'pka ildizi va ko'ks oralig'i limfadenektomiyasi;

***B.* Neoad'yuvant ximioterapiya**

*Etopozid 100 mg/m^2 v/i 1-y, 2- va 3-kun +sisplatin 75 mg/m^2 v/i 1-kun; har 28-kunda 4 kurs

*Paklitaksel 175–200 mg/m^2 v/i 1-kun+ karboplatin AUC 5–6 v/i 1kun; har 21- kunda 4 kurs

*Dotsetaksel 75 mg/m^2 v/i 1-kun + sisplatin 75 mg/m^2 v/i 1-kun; har 21-kunda 4 kurs

*Gemsitabin 1000 mg/m^2 v/i 1- va 8-kun + sisplatin 75 mg/m^2 v/i 1kun; har 21- kunda 4 kurs

*Pemetreksed 500 mg/m^2 v/i 1-kun 21-kunlik sikl + sisplatin 75 mg/m^2 v/i 1-kun;4 siklov s premedikatsiey foliy kislotasi va vitamin B12 bilan har sikldan 5-7 kun oldin premedikatsiya qilib 4 kurs (yassi hujayrali rakdan tashqari turlarda).

Nomayda o'pka raki (NMO'R) IIIA, B bosqichi bilan bemorlarga nur terapiya bilan qo'shma davoda ko'p qo'llaniladigan sxemalar

*Paklitaksel 50 mg/m^2 1-, 8-, 15-y kunlar v/iga + karboplatin AUC-2 v 1-, 8-, 15- kunlar vena ichiga;

*Etopozid 100 mg/m^2 1-, 8-, 15- kunlar v/i + sisplatin 25 mg/m^2 1-, 8-, 15-y kunlar vena ichiga.

* Paklitaksel 50 mg/m^2 1-, 8-, 15- kunlar v/i + sisplatin 25 mg/m^2 1, 8-, 15- kunlar vena ichiga.

1. IV bosqich –har qanday T har qanday N M1; Gistologiya adenokarsinoma -G1, G2, G3, G4

A.Xirurgik davo : tavsiya etilmaydi.Solitar metastaz bo'lsa bir vaqtning o'zida operatsiya qilinishi mumkin. **B.Ximioterapiya tavsiya etiladi** :

*Etopozid 120 mg/m^2 1-, 2-, 3- kunlar v/i + sisplatin 80 mg/m^2 v 1- kun har 3 haftada;

*Vinorelbin 25–30 mg/m^2 v/i (yoki 60–80 mg/m^2 per os) 1- va 8kun + sisplatin 80 mg/m^2 1-kun har 3 haftada;

*Paklitaksel 175–200 mg/m^2 1- kun + karboplatinAUC 5–6 1-kun har 3 haftada;

+/ – bevatsizumab 7,5 mg/kg . 3 haftada 1 marta to progressiyalanguncha.

S. Nur terapiya

1. Yirik hujayrali o'pka raki (NMO'R) bilan radikal operatsiya qilingan bemorlarga (R0) ad'yuvant nur terapiya tavsiya etilmaydi. Mediastinal limfa tugunlarda metastaz (rN2) bo'lganda operatsiyadan keyingi davrda 4 kurs ad'yuvant ximioterapiya o'tkaziladi. Noradikal operatsiyadan (R1–2) keyin imkon bo'lsa rerezeksiya qilinadi, yoki kimyo nur terapiya o'tkaziladi ROD 2 Gr SOD 54Gr (R1da) va SOD 66Gr (R2da) yoki ximioterapiya o'tkazish iloji bo'lmasa – o'sma bilan zararlangan zonaga nur terapiya ROD 2Gr SOD 60Gr (R1 da) va SOD 70Gr (R2da) o'tkaziladi.

NMHRda nur terapiya (kimyonur terapiya) **radikal programma bo'yicha** bemorni funksional holati bo'yicha radikal xirurgik davo o'tkazib

bo'lmaydigan bemorlarga yoki bemor operatsiyadan bosh tortganda yoki birlamchi norezektabel IIIA-B bosqichlarda o'tkaziladi

O'pka rakini operativ davolashga absolyut onkologik qarshi ko'rsatmalar

*Limfatik tugunlarda yoki ichki organ va to'qimalarda ko'plab morfologik tasdiqlangan uzoqdagi metastazlar aniqlangan holda;

*Aorta, yuqori kovak vena, qizilo'ngach va qarama-qarshi tomondagi bosh bronxga o'pka saratonining massiv o'sib kirishi yoki metastazlari borligi aniqlangan holda;

*Plevraga disseminatsiya tufayli spetsifik plevrit aniqlangan holda.

O'pka rakini operativ davolashga funksional qarshi ko'rsatmalar

II va III darajali yurak yetishmovchiligi;

*Yurakda rivojlangan organik o'zgarishlar aniqlangan holda;

*Tinch xolatda hansirash, yaqqol gipoksemiya va tashqi nafas funksiyasining 40 foizdan past ko'rsatkichi aniqlangan holda;

*III bosqichdagi gipertonik kasallik;

*Yaqqol rivojlangan buyrak va jigar yetishmovchiliklari aniqlangan holda;

*Kaxeksiya;

O'pka raki operatsiyalarida radikalizmning asosiy shartlari

*Rak bilan zararlangan o'pka bo'lagini, to'liq o'pkani, regionar limfatik tugunlar va atrof to'qimalar bilan birgalikda albatta bir blokda olib tashlash;

*Bronxdagi kesilgan soha saratonning ko'rin

uvchi chegarasidan eng kamida 1,5-2,0 sm uzoqda bo'lishi;

*Bronx yoki qon tomiri cho'ltog'i kesilgan yuzasida mikroskopik o'sma ho'jayralari aniqlanmasligi;

O'pka raki operatsiyalarning ablastikligining asosiy shartlari

*Organni kletchatkasi va regionar limfatik tugunlari bilan birgalikda olib tashlash;

*Venalarga birlamchi ishlov berish;

*Plevra bo'shlig'ini operatsiya oxirida yuvish;

*Operatsiyadan keyingi davrda plevral bo'shliqdan suyuqlikning to'liq evakuatsiyasi;

O‘pka raki bilan bemorlarni davolashning qoniqarsiz natijalari sabablar

1. Kech diagnostika:

*Profilaktik ko‘riklar kamligi;

*Flyuorografik xizmatning noadekvat ishlashi;

*Kasallikka xos shikoyatlar paydo bo‘lganda bemorlarning o‘z vaqtida tibbiy yordamga murojaat qilmasligi;

*Umumiy zvenodagi vrachlarning o‘pka saratonining boshlang‘ich klinikasi to‘g‘risida bilimi kamligi, onkologik ehtiyotkorlik yo‘qligi;

*Pulmonolog, ftiziatrlar pnevmoniya, tuberkulyoz diagnozi bilan bemorlarni uzoq muddatli sinovchi davolashi;

*Instrumental tekshiruv metodlari – rentgenografiya, bronxoskopiya, kompyuter tomografiyalarni diagnostika uchun qo‘llamaslik yoki kech qo‘llash;

O‘pka raki bilan bemorlarni davolashning qoniqarsiz natijalari sabablari

1.Operativ davodan asossiz bosh tortish;

2.Standart operatsiyalar bilan chegarlanish, kengaytirilgan kombinirlashgan operatsiyalardan asossiz bosh tortish;

3.Operatsiya paytida onkologik prinsiplar bo‘lgan – radikallik va ablastiklikka e’tibor qilmaslik;

4.Adyuvant ximio – va nur terapiyasidan asossiz bosh tortish;

5.Davolash taktikasini qabul qilganda o‘smaning morfologik xarakterini e’tiborga olmaslik;

XIX – BOB. QIZILO'NGACH SARATONI

Epidemiologiya.

Qizilo'ngach raki barcha xavfli o'sma kasalliklarining o'rtacha 5—7 foizini tashkil qiladi (100000 aholiga o'rtacha 4-5 taga teng bo'ladi). Xavfli o'sma kasalliklari tarkibida qizilo'ngach saratoni oshqozon-ichak trakti o'smalari orasida 6-7-chi o'rinni va uchrash tezligi bo'yicha 3-4 chi o'rinni egallaydi (5,1foiz). Mutloq nuqtai nazardan, sobiq SSSRda qizilo'ngach saratoni bilan kasallanish 100000 aholiga 7,3 ni tashkil qiladi va uning hududlar bo'yicha tarqalishi juda notekis. Shunday qilib, Belorusiya, Litva, Rossiya, Moldova va Ukrainada bu nisbatan kichik - 100000 aholiga 1,7 dan 2,7 gacha, lekin Turkmaniston, Qozog'iston, Arktik okean, Orol va Kaspiy dengizi sohillarida juda yuqori. 100 ming aholiga 5,7 dan 6,6 gacha. Bundan tashqari, Qozog'istonning ba'zi hududlarida har 100000 aholiga 64 ta kasallik to'g'ri keladi.

Qizilo'ngach saratonining eng ko'p uchraydigan zonalari bu Hindiston, Mo'g'uliston, Xitoydir. Kasallanish 100000 aholiga 80-100 ni tashkil qiladi. Yevropa mamlakatlaridan Shveysariyada eng yuqori darajasi – 12 foiz. Qo'shma Shtatlar va Kubada eng past kasalanish 1,2-1,7foizni tashkil qiladi.

O'zbekiston aholisi ichida qizilo'ngach saratonining tarqalishi (har 100 ming aholi orasida aniqlangan bemorlar soni), eng yuqori ko'rsatkichi Qoraqalpog'iston Respublikasi (19,3), Andijon (8,1) va Navoiy (6,7), Samarqand viloyati 3,6, eng kam ko'rsatkich- Toshkent shahri (2,2). Qizilo'ngach raki bilan kasallanish 1998 yildan beri onkologik kasalliklar orasida O'zbekistonda 3- o'rinda turadi. Kasallanish yosh ulg'ayishi bilan o'sib boradi va 60 yoshdan o'tgan kishilar o'rtasida eng ko'p uchraydi. 3040 yoshdagilarga nisbatan shu yoshlarda qizilo'ngach saratoni 8-10 baravar ko'proq kuzatiladi. Barcha xavfli o'smalar ichida bu kasallikdan o'lim ikkinchi o'rinda turadi.

Qizilo'ngach saratoni erkaklarning o'lim ko'rsatkichi bo'yicha 3o'rinda, ayollarda esa 6-o'rinda turadi. Erkaklar ayollarga nisbatan 5-6 marta ko'p kasallanadi. Bemorlarning yoshi: holatlarning 49 foizida 70 yoshdan oshgan bemorlarning 80 foizi va 80 yoshdan katta bemorlarning

soni 82 foizni tashkil qiladi. Erkaklar va ayollarning nisbati taxminan 2:1 ni tashkil etadi va so'nggi yillarda bu ko'rsatkich tenglashtirildi.

Xavfli faktorlar va rak oldi kasalliklari

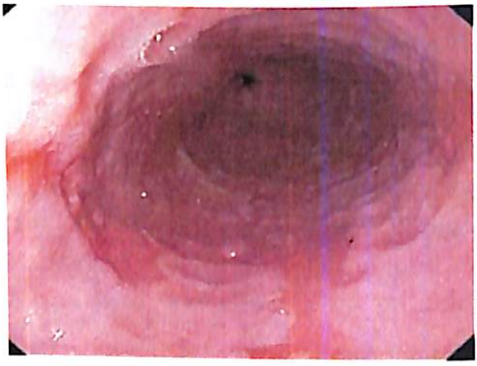
1. Yomon odatlardan ko'pincha ovqatlanish jarayoni bilan bog'liq:

a) ovqatni to'liq chaynamaslik;

b) qizilo'ngachni mayda suyakchalar bilan shikastlanishi (baliq qiltig'i);

v) doimiy shikastlanish.

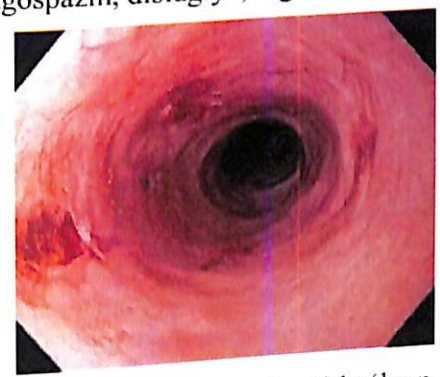
2. Qizilo'ngach ko'pincha kimyoviy kuyish tufayli chandig'li torayishi ro'y beradi. Chandiqlar fonida o'simta 10-40 yil ichida rivojlanishi mumkin.



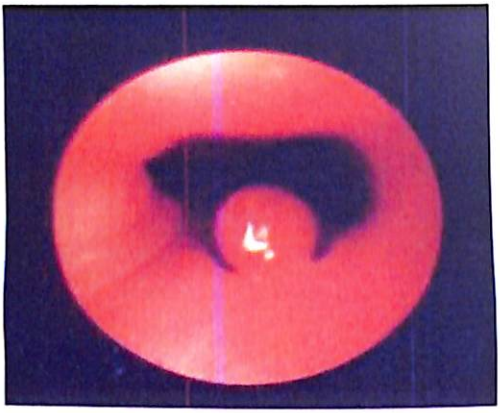
3. Plammer-Vinson sindromi ko'pincha qizilo'ngach saratoni uchun endemik bo'lgan joylar: Kaspiy va Orol dengizlari sohillarida, Arktikada uchraydi. Klinik jihatdan u kamqonlik, shilliq pardalarning atrofiyasi, keyinchalik og'iz bo'shlig'i, halqum va qizilo'ngachning yassi epiteliyasining giperkeratik bo'limlari paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu hodisalar ko'pincha temir va vitaminlarning yetishmasligi sabab bo'ladi.



4. Qizilo'ngachning peptik yarasi. Etiologiyasi kam uchraydi. Odatda qizilo'ngach peptik yarasi oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak peptik yarasi bilan birga keladi. Qizilo'ngach pastki qismida joylashgan peptik yara oshqozonning kardial jom yetishmovchiligi yoki diafragmaning qizilo'ngach churrasi natijasida kelib chiqadi. Yana bir versiya mavjud: me'da epiteliyasi agressiv me'da shirasini ishlab chiqarishga qodir, bu pastki qizilo'ngach peptik yarasi paydo bo'lishiga olib keladi. Klinikada to'sh ortida og'riq, ovqatlanish bilan bog'liq og'irlashish, qizilo'ngach qisilishi ya'ni ezofagospazm, disfagiya, regurgitatsiya holati kuzatiladi.



5. Poliplar–shilliq osti qavatdan hosil bo'lgan, bezli epiteliy bilan qoplangan. Papillomalar - bu yallig'langan epiteliy va uning ostidagi biriktiruvchi to'qima giperplastik o'sishi. Poliplar va papillomalar bilan klinikada asosan ushbu asoratlar (qisilishi, yaralanishi, qon ketish, disfagiya) kuzatiladi.



6. Ezofagit. O'tkir ezofagit qizilo'ngach shilliq qavatining oziq-ovqat, kimyoviy moddalar bilan shikastlashi tufayli, shuningdek o'tkir yuqumli kasalliklar, o'tkir faringit, gastrit bilan birga rivojlanadi; Surunkali ezofagit surunkali yuqumli kasalliklar bilan birga keladi, ammo ko'pincha oshqozon peptik yarasida reflyuksiyasi natijasida yuzaga keladi.

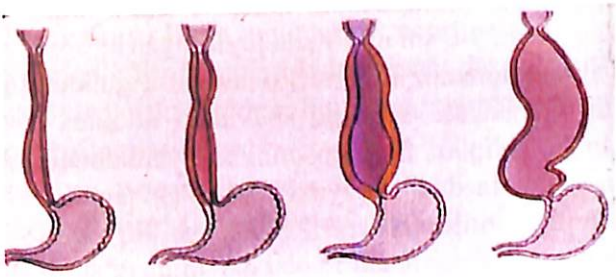


7. Lipomalar, fibromalar, leomiomalar kamdan-kam hollarda xavfli o'smaga aylanishi mumkin, ammo qizilo'ngachni toraytirishiga sabab bo'lishi mumkin, bu esa shu sohada shilliq qavatning shikastlanishiga olib keladi.

8. Nospesifik granulomatoz mintaqaviy stenotik ezofagit Kron kasalligi sifatida davom etadi.

9. Tizimli skleroderma, qizil yuguruk qizilo'ngach ishtirokida rivojlanadi.

10. Qizilo'ngach axalaziyasi - bu yutish paytida kardial sohada refleksli qisilib qolishiga asoslangan qizilo'ngachning asab-mushak kasalligi. "Axalasia" atamasi ilgari ishlatilgan ismni kardiospazm, qizilo'ngachning idiopatik yoki kardiyonik kengayishi bilan almashtirdi.

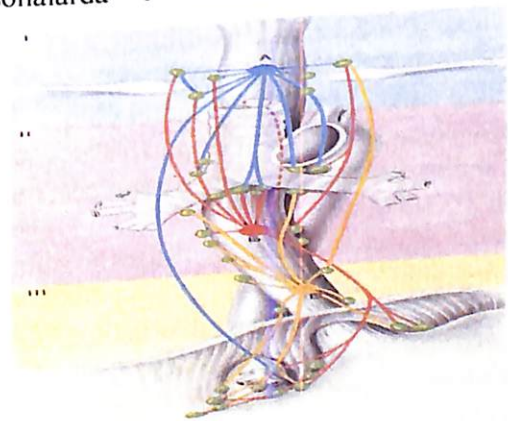


Bundan tashqari, bir qator kasalliklar mavjud.

•Irsiy keratoderma (palma va oyoq giperkeratozi avtosom dominant kasallik bo'lib, unda qizilo'ngach saratoni xavfi 40 foizga etadi).

- qizilo'ngachning torayishi (20foiz).
- qizilo'ngach epiteliysining silindrotselulyar metaplaziyasi (Barret qizilo'ngach) - qizilo'ngachning shilliq osti epiteliyasini silindrsimon ichak epiteliyiga almashtirish.
- Odam papillomavirusi.

Statistikaga ko'ra, qizilo'ngachning o'rta ko'krak qismida 60 foiz hollarda o'sma hosil bo'lsa, pastki torakal va qorin segmentlarida – 30 foiz, yuqori va servikal sohalarda – 10 foizni tashkil qiladi.



Tasnifi.

Qizilo'ngach o'smasining turlari:

1. O'sishning yarali turi. Kasallikning dastlabki bosqichida shilliq qavatdagi nodus mavjud bo'lib, nisbatan tezroq yaralanadi, so'ngra butunlay yaraga aylanadi. Qizilo'ngachning devorlari bo'ylab zararlangan

limfa tugun qayd etiladi (mikroskopik tarzda o'simta hujayralari ko'zga ko'rinadigan chegaradan 5-6 sm masofada joylashgan).

2. So'gal-papillomatoz (tugunli) o'sish turi, gulkaramga o'xshash o'sish kuzatiladi. Harakatsiz dumaloq shakldagi nodulus (bir qarashda) o'rtasida, chuqur bo'shliqlar. Shish osonlikcha yaralanadi, parchalanadi. O'smaning komponenti tezda disfagiyani keltirib chiqaradi.

3. O'sishning infiltrativ turi. Shish shilliq qavatning chuqur qatlamlarida rivojlanadi, deyarli shilliq osti qatlamga ta'sir qiladi va asosan qizilo'ngach atrofiga tarqaladi. Ushbu turdagi o'smalar nisbatan sekin o'sadi, keyinchalik metastazlanish tez kuzatiladi.

Qizilo'ngach rakini o'sish formalari

- Ekzofit shakli (tugunli, so'galli, qipiqli)
- Endofit (yarali) shakli
- Sklerozli (sirkulyar shakli)

Qizilo'ngach rakini morfologik tuzilishi

- Yassi hujayrali rak – eng ko'p uchraydi
- Adenokarsinoma – ko'pincha Barrett qizilo'ngachi bilan og'rigan bemorlarda uchraydi
- Mukoepidermoid karsinoma – kam uchraydi - Adenokistoz karsinoma – kam uchraydi.

Qizilo'ngach rakining TNM klassifikatsiyasi (2009 yil 7- nashri) Tx - birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi;

T0- birlamchi o'sma to'g'risida ma'lumot yo'q.

Tin situ - carcinoma in situ/ og'ir displaziya.

T1 – o'sma shilliq qavatning xususiy plastinkasi, mushak plastinkasi yoki shilliq osti qavatiga o'sib o'tadi:

T1a- o'sma shilliq qavatning xususiy plastinkasi, mushak plastinkasiga o'sib o'tadi;

T1b- o'sma shilliq osti qavatiga o'sib o'tadi;

T2 - o'sma mushak qavatiga o'sib o'tadi;

T3 - o'sma adventitsial qavatga o'sib o'tadi;

T4 - o'sma atrof to'qima va organlarga o'sib o'tadi;

T4a - o'sma plevra, perikad yoki diafragmaga o'sib o'tadi; T4b - o'sma aorta, umurtqalar tanasi yoki traxeyaga o'sib o'tadi; N – regionar limfatik tugunlar:

Nx - Regionar limfa tugunlarni baholashning iloji yo'q;

N0 - Ko'krak ichi limfa tugunlarida metastazlar yo'q;

N1 - 1-2 ta regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi;
N2 - 3-6 regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi;
N3 – 7 va undan ortiq regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanadi;
M – Uzoqdagi metastazlar:
M0 - Uzoqdagi metastazlar yo'q;
M1 - Uzoqdagi metastazlar aniqlanadi;

Bosqichi bo'yicha tasnifi

Bosqichlar	T	N	M
0	Tin situ	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1, T2	N1	M0
IIIA	T4a T3 T1, T2	N0 N1 N2	M0 M0 M0
IIIB	T3	N2	M0
IIIC	T4a T4b har qanday T	N1, N2 har qanday N N3	M0 M0 M0
IV	har qanday T	har qanday N	M1

I bosqich. Qizilo'ngach shilliq va submukoz qatlamlarini zararlagan, mushak membranasini zararlamagan kichik o'lchamli o'simta. Torayish, qisilish belgisi yo'q.

II bosqich. O'sma qizilo'ngach devorining barcha qatlamlarini zararlaydi, ammo undan tashqariga chiqmaydi. Yaqin sohalardagi limfa tugunlarida yagona metastazlar bo'lishi mumkin.

III bosqich. O'sma qizilo'ngachning barcha devorlarini, atrof to'qimalariga o'tib, qo'shni a'zolarga o'sib o'tadi. Qizilo'ngach qisilgan, torayib ketgan. Bir nechta regionar metastazlar mavjud.

IV bosqich. O'sma qizilo'ngachning butun devorini yorib, qizilo'ngach atrof to'qimalariga va qo'shni organlarga tarqaladi.

Qizilo'ngach-bronxial yoki qizilo'ngach-traxeya oqmalari kuzatiladi. Limfa tugunlarida bir nechta metastazlar va uzoq metastazlar mavjud.

Qizilo'ngach rakining klinik belgilari

Qizilo'ngach saratoni klinikasida birlamchi (mahalliy), ikkilamchi va umumiy simptomlarni ajratish mumkin.

Birlamchi simptomlar.

- Disfagiya - ovqatning o'tishida qiyinchilikning ortib borishi.

Disfagiyaning 4 ta darajasi mavjud:

1-daraja - qattiq ovqatni qizilo'ngach orqali o'tishi qiyinligi;

2-daraja - yarim suyuq ovqatni o'tishi qiyinligi;

3-daraja – suyuqliklar o'tishi qiyinligi;

4-daraja (to'liq disfagiya) - qizilo'ngachning o'sma xisobiga mutloq to'sib qo'yilishi.

- Gipersalivatsiya;

-Yutinganda og'riq paydo bo'lishi o'sma qizilo'ngach devoridan tashqariga chiqqanda kuzatiladi;

-Regurgitatsiya;

-Og'izdan sassiq hid kelishi;

- Ovqatlanish paytida to'sh ortida noxushlik hissi.

- Ovqatlarni qayt qilish.

Asab o'zgarishi, asosan qizilo'ngach devori tirnash xususiyati beruvchi spazm fenomeni bilan birga kelishi.

Ikkilamchi simtomlar- o'smaning qo'shni a'zolar va to'qimalarga tarqalishi bilan bog'liq.

1. Doimiy og'riqlar (mediastinitning namoyon bo'lishi bilan bog'liq).
2. Qaytuvchi vagus nervlarining zararlanishi natijasida laringitning pareziyasi yoki falajlanishi.
3. Qizilo'ngach-bronxial yoki qizilo'ngach-traxeya oqmalari bilan klinik ko'rinishi.
4. Gorner sindromi simpatik asabning shikastlanishi bilan.

Umumiy simtomlar (anemiya, zaiflik, vazn yo'qotish va boshqalar) o'simta intoksikatsiyasi va qizilo'ngach stenozi. O'sma jarayonining parchalanishida qon ketish va mediastinit bilan murakkablashishi mumkin.

Umumiy ko'rikda va paypaslashda terining holati, teri osti to'qimasi, limfa tugunlari, epigastral sohada og'riqning mavjudligi yoki yo'qligi, o'ng qovurg'a yoyi ostida shuningdek, «ikkinchi yutish harakatining kechiktirilgan shovqini» auskultativ alomatlari baholanadi.

Diagnostika

Qizilo'ngachni instrumental tekshirishning eng muhim usullaridan biri bu rentgenologik tekshirishdir. Umumiy rentgenografiyasi, kontrastli tekshirish, ikki tomonlama kontrast, tomografiya, elektro-rentgen kinematografiyasi o'tkaziladi.

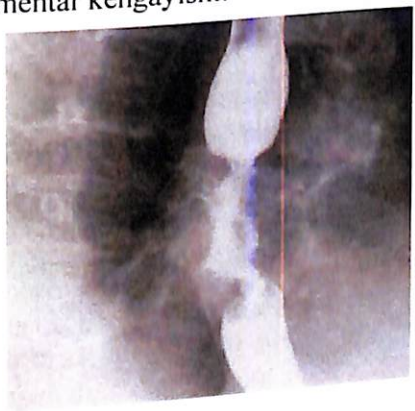
Qizilo'ngach bilan bir qatorda, mediastinium tomografiyasi, oshqozon va o'pkalarni tekshirish kerak.

Qizilo'ngachning shikastlanishining rentgen-semiotikasi o'smaning makroskopik turiga, qizilo'ngachning torayish darajasi va devorlarning harakatchanligiga bog'liq. Tekshiruv natijalari asosan jarrohlik usulida davolashni rejalashtirishda kirish imkoniyatini tanlashga ta'sir qiladi. Shunday qilib, agar o'simta chegarasi aorta ravog'dan 7 sm pastroq bo'lsa, IV, V, VI, VII interkostal bo'shliqlardan chap tomondan kirish tavsiya etiladi.

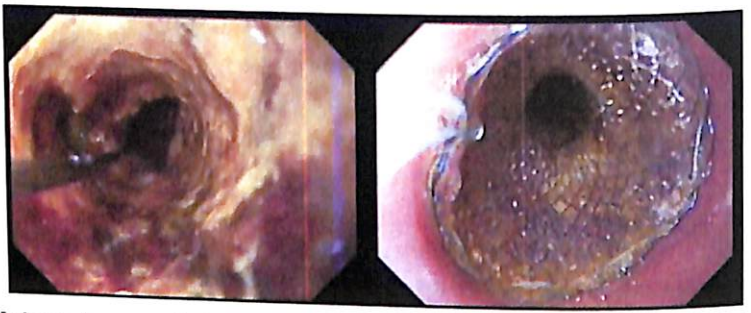
Qizilo'ngachning rentgenologik tekshiruvi torayish darajasi va suprastenotik kengayishi, shilliq qavat relefining buzilishi, o'simta shikastlanish darajasi va segmentar bo'linish (traxeya, aorta, bronxial, retroperikardial, supra- va subfrenial segmentlari) bo'yicha aniqlanadi.

Qizilo'ngach rakida zararlangan sohaning rentgenologik belgilari.

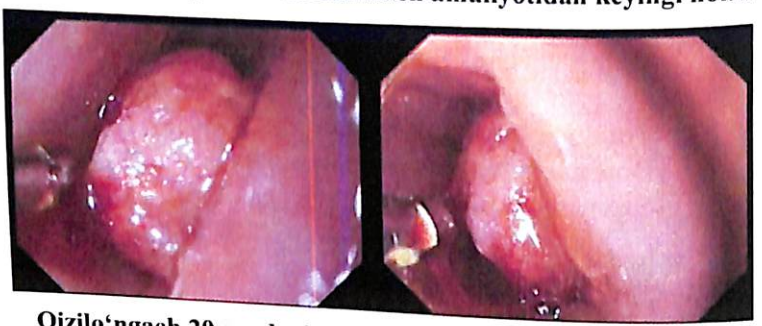
1. Deformatsiya, konturlardagi nosimmetrikliklar (nuqsonlar yoki shish).
2. Torayma va kengaymalar.
3. Burmalarning yo'q bo'lib ketishi.
4. Segmentar kengayishi.



Endoskopik usul. Endoskopiya o'smaning yuqori chegarasini, uning hajmini (har doim ham emas, faqat saraton sohada kanalidan gastroskop o'tishi mumkin bo'lsa), stenoz darajasini aniqlashga imkon beradi. Endoskopiyaning asosiy vazifasi - bu 97-99 foiz hollarda tashxisni tasdiqlashga imkon beradigan biopsiya hisoblanadi. Qizilo'ngach saratonini endoskopiya yordamida konsistensiyasini, relefini (joylashgan joyini), rangini, qon ketish belgilarini aniqlaydi. Qizilo'ngach devorining harakatining cheklanishi, atrof to'qimalarga infiltratsiyasi kuzatilganligini aniqlash mumkin.

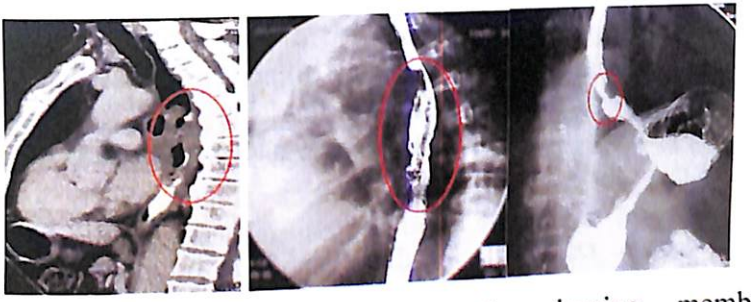


Qizilo'ngach yuqori o'rta uchligi ekzofit-infiltrativ saratoni ikkilamchi stenozlanishi va oqma bilan. Stentlash amaliyotidan keyingi holat.



Qizilo'ngach 20 sm.dagi polipsimon rakidan biopsiya olish

KT, MRT o'smaning hajmini, uning atrofdagi organlarga o'tishini, tez va uzoq metastazlarni aniqlashi mumkin. Ushbu usullarning maqsadi - ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarida metastatik o'sma bor yoki yo'qligi haqida ma'lumot beradi.



Traxeobronxoskopiya traxeya va bronxlarning membranali qismidagi qizilo'ngach o'simtasining infiltratsiyasi va rivojlanishini (bilvosita, to'g'ridan-to'g'ri belgilarini) yoki metastatik zararlanishi natijasida kattalashgan limfa tugunlari orqali devorining bosilishini aniqlash uchun ishlatiladi.

PET limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashda KT ga qaraganda sezgir va operatsiyadan oldingi tekshiruvda operabel xolatni baholashda muhim ahamiyatga ega.

Laparoskopiya peritoneal kanseramatozni, limfa tugunlari va jigarda metastazlarni aniqlash va tekshirishga qodir. Agar laparoskopiya paytida operabel holat qayt etilmasa, enteral ovqatlanishni ta'minlash uchun gastrostomiya tavsiya etiladi.

Differensial diagnostika o'tkaziladi:

•o'simta qizilo'ngach bo'yin qismida joylashganda - qalqonsimon bez o'smalari, metastatik o'smalar, hiqildoq o'smalari, divertikul kasalligi bilan;

• o'simta qizilo'ngach ko'krak qismida joylashganda–ko'krak ichi bo'qoq kasalligi, orqa mediastinial o'smalari, qizilo'ngachning sil kasalligi yoki limfogranulematoz bilan siqilish jarayoni, aorta anevrizmasi, mediastinal absess, qizilo'ngachning segmentar torayishi bilan.

Shuni esda tutish kerakki, bemorning ayrim alomatlarga moyilligi tufayli qizilo'ngachning axalaziyasi uzoq davom etganda, xavfli o'simta jarayonining rivojlanishini xavfi yuqori bo'ladi.

Metastaz berish yo'llari

Qizilo'ngach bo'yin qismi raki ko'ks oralig'i, bo'yin va o'mrov usti limfa tugunlariga metastaz berishi bilan xarakterlanadi.

Qizilo'ngach ko'krak qismi raki shilliq osti sohasi bo'ylab, ko'ks oralig'i limfa tugunlari va qizilo'ngach oldi sohasi kletchatkasi chegarasida metastazlanadi.

Qizilo'ngach pastki uchligi raki qorin bo'shlig'i yuqori qavati – kichik charvi limfa tugunlariga metastaz beradi.

Barcha lokalizatsiyalar uchun chap o'mrov usti sohasidagi Virxov metastazi (ayniqsa kechki bosqichlarda) xarakterli bo'ladi.

Uzoq a'zolarga— jigarga (20foiz), o'pkalarga (10foiz), suyak skleti, bosh miyaga metastazlar kuzatiladi.

Davolash

Qizilo'ngach rakini asosiy davolash usuli bo'lib jarrohlik usuli hisoblansada, uning natijalarini qoniqarsiz ekanligi kimyo yoki nur terapiya bilan qo'shma davolashni talab etadi.

O'sma joylashgan joyiga ko'ra davolash taktikasi:

Qizilo'ngach ko'krak yuqori uchligi saratoni bo'lsa, qizilo'ngachni olib tashlash yoki rezeksiya qilish usulini tanlash va bir vaqtning o'zida ichak yoki oshqozon katta egriligidan yasalgan transplantant bo'yin chap yonbosh sohasiga chiqarilib, qizilo'ngach bo'yin qismi anastomozini shakllantirishdir (Torek operatsiyasi). Bunday holda keng mediastinal va retroperitoneal limfa disseksiyasi bajariladi. Supraklavikulyar va chuqur servikal (pastki yarim) limfa tugunlarining ikkala tomonida limfadisseksiyasi ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.



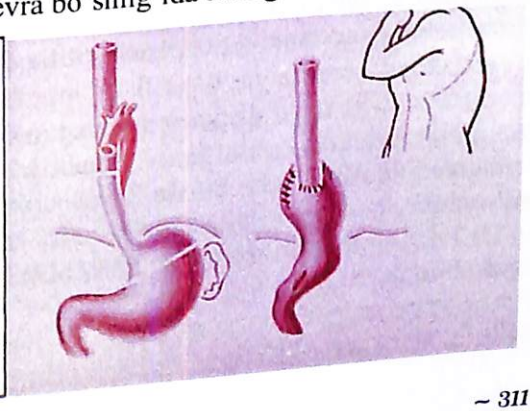
Oshqozon kata egriligidan qizil o'ngach yaratish

Qizilo'ngach ko'krak o'rta va pastki uchligi saratoni bo'lsa, qizilo'ngachning subtotal rezeksiyasini bajarish tavsiya etiladi, so'ngra qizilo'ngachni ichak yoki oshqozondan yasalgan transplantant bilan ko'krakning o'ng yarmida anastomoz qo'yiladi (Lyuis operatsiyasi). Bundan tashqari keng mediastinal va qorin bo'shlig'i limfadisseksiyasi amalga oshiriladi.



Qizilo'ngach ko'krak pastki uchligi yoki abdominal sohasida, limfadenektomiya yordamida Garloks operatsiyasini o'tkazish mumkin (operatsiya qorin va chap plevra bo'shlig'ida amalga oshiriladi).





qizilo'ngachning o'simta joylashgan joyiga qo'llaniladi. Operatsiyadan oldingi davrda nur terapiyani qo'llangan holatda asoratlarning ko'payishi va uzoq muddatli davolash natijalarining yaxshilanmaganligini ko'rsatdi. Jarrohlikdan keyin nur terapiyasini operatsiyadan keyingi 1 oydan kechiktirmasdan boshlash tavsiya etiladi. Nurlanish zonasi uzoq qizilo'ngach va regionar metastaz zonasini egallaydi. Qizilo'ngach saratonini radikal jarrohlik va nur davolashda o'rtacha 5 yil omon qolish darajasi 20-30 foizdan oshmaydi.

Radikal davolash vazifalaridan tashqari palliativ, simptomatik operatsiyalar ham keng qo'llaniladi. Bu asosan tabiiy ovqatlantirish uchun gastrostomiya qo'yish kabi operatsiyalardir. Bundan tashqari, disfagiya bilan kurashish uchun endoskopik usullar qo'llaniladi - o'simtani yuqori chastotali elektrokoagulyasiya, o'smaning lazer bilan bug'lanishi, stentlar - endoprotezlar yordamida tunnellash.

Saraton bosqichiga ko'ra davolash taktikasi

I-IIA bosqich (T1-3N0M0) asosiy davo usuli xirurgik davo hisoblanadi, faqat operatsiyani imkoni bo'lmasa (o'smani qizilo'ngachni bo'yin qismida joylashganligi, operatsiyaga funksional qarshi ko'rsatma borligi) mustaqil ravishda kimyo nur terapiya o'tkaziladi. Operatsiyaning asosiy turi bo'lib kombinirli laparatom va o'ng tomonlama torakotomiya kesmasi bilan (Lyuis tipida) «bir momentli me'da stebli yoki yo'g'on ichak segmentli plastikasi bilan qizilo'ngachni transtorakal subtotal rezeksiyasi va bilateral ikki zonali mediastinal limfodisseksiyasi» operatsiyasi hisoblanadi. Xirurgik asoratlarni kamaytirish maqsadida minimal invaziv (torakolaparoskopik) yoki gibrid (torakotomiya+laparosokopiya yoki torakoskopiya + laparotomiya) ezofagektomiya yoki qizilo'ngachni robot assistentli rezeksiyasi bajariladi. O'sma shilliq qavat chegarasida bo'lganda (T1) endoskopik rezeksiya bajarilishi mumkin. Endoskopik rezeksiya carcinoma in situ va og'ir displaziyada eng ma'qul davo usuli hisoblanadi. Ushbu usul jarohlik operatsiyasi asoratlari xavfi yuqori bo'lganda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Bunda 5-yillik yashash ko'rsatkichi 85-100 foizga yetadi.

IIB-III bosqich (T1-2N1M0; T3N1M0) Davolash variantlari:

*xirurgik;

*operatsiya oldi ximioterapiya + xirurgik davo; *operatsiya oldi ximionurterapiya + xirurgiya.

Kasallikning tarqalgan bosqichlarida faqat xirurgik davo o'tkazilganda natijasi qoniqarsiz bo'ladi, 5 yillik yashash ko'rsatkichi 20 foiz atrofida bo'ladi. Davolash natijasini yaxshilash uchun ximiya va nur terapiya bilan qo'shma davo (operatsiya oldi ximioterapiyasi, operatsiya oldi ximionurterapiya, mustaqil ximionurterapiya) o'tkaziladi.

Ximioterapiya

A. Noad'yuvant ximioterapiya.

Qizilo'ngach rakida operatsiya oldi ximioterapiyaning roli bo'yicha turli qarama-qarshi fikrlar bor. Yaqinda o'tkazilgan rondamizatsiyali tekshirishlarning meta analizi operatsiya oldi ximioterapiyaning adenokarsinoma bo'lsa sezilarli samara berishini va yassi hujayrali rakda esa minimal darajada samara berishini ko'rsatdi. Qizilo'ngach pastki uchligi yoki kardioezofagal soha adenokarsinomasida operatsiyagacha 2-3 kurs va operatsiyadan keyin 3-4 kurs ximioterapiya o'tkazilishi yaxshi samara beradi. Agar HER 2 neu giperekspressiyasi aniqlansa davolash tartibiga trastuzumab standart dozalarda qo'llaniladi. **B. Ad'yuvant ximioterapiya.**

Yassi hujayrali rakda tavsiya etilmaydi. Qizilo'ngach pastki uchligi yoki kardioezofagal soha adenokarsinomasida operatsiya oldi ximioterapiyasi o'tkazilgan bo'lsa operatsiyadan keyingi ximioterapiya ham o'tkaziladi. Adenokarsinomada ad'yuvant ximioterapiya mustaqil ravishda tavsiya etilmaydi.

Nur terapiya.

Operatsiya oldi va operatsiyadan keyingi nur terapiya alohida o'zi (ximioterapiyasiz) samarasini pastligi sababli o'tkazilmaydi. **A. Operatsiya oldi ximionur terapiya.**

Operatsiya oldi ximionur terapiyasini roli bo'yicha qarama-qarshi fikrlar bor. Bir qator tekshirishlarda uning davolashdan keyingi uzoq samarasini sezilarli yaxshilashi haqida aytilsa, boshqa tekshirishlarda bu holat inkor qilinadi. Ko'pgina izlanishlarda ximionur terapiyasidan keyin operatsiya o'tkazilganida undan keyingi o'lim yuqori bo'lishi qayd etilgan. Ximionur terapiyadan oldin 1-2 kurs ximioterapiya o'tkazilsa ko'pgina bemorlarda disfagiya kamayishi kuzalilgan va keyin nur terapiya rejalashtirilishi maqsadga muvofiq deb topilgan. Distansion nur terapiyani

chiziqli tezlatkichlarda o'tkazilishi o'ta muhim hisoblanadi. Bir martalik doza 1,8-2 Gr, summar doza – 44-45 Gr. Nur terapiya vaqtida sisplatin yoki karboplatin preparatlari bilan ximioterapiya o'tkaziladi. Disfagiyaning 3-4 darajasida nur terapiyasidan oldin endoskopik elektrorekanalizatsiya argonplazmali rekanalizatsiya yoki punksion gastrostomiya bajariladi. Xirurgik operatsiya odatda ximiyonurterapiyadan keyin 6-8 hafta o'tgach bajariladi. Ximionur terapiyaning optimal tartibi bo'lib 5 haftalik nur terapiya fonida har haftada o'tkaziladi.

B. Operatsiyadan keyingi (ad'yuvant) ximionur terapiya.

Operatsiyadan keyingi (ad'yuvant) ximionur terapiya qoniqarli ahvoldagi bemorlarga mikro - yoki makroskopik rezidual o'sma (R1 yoki R2-rezeksiyadan keyin) tasdiqlanganda o'tkaziladi, tartibi va dozasi operatsiya oldi davosidagi kabi bo'ladi.

Mustaqil ximionur terapiya.

Mahalliy tarqalgan operabel qizilo'ngach rakida alternativ davo usuli bo'lib ximionur terapiya hisoblanadi va bunda 5-yillik yashash ko'rsatkichi 20-27 foizga teng bo'ladi. Sisplatin va ftoruratsil bilan ximioterapiya fonidagi nur terapiya hamda faqat xirurgik davo o'tkazilgan bemorlarning davolashdagi uzoq natijalari deyarli farq qilmaydi, ammo konservativ davodan keyingi letallik holati sezilarli past bo'ladi.

3D CRT konform distansion terapiyani energiyasi 6-18 Mev bo'lgan chiziqli tezlatkich, hamda energiyasi 70-250 Mev bo'lgan proton komplekslarda o'tkazilishi o'ta muhim hisoblanadi. BD-1,8-2 Gr, UD – 5055 Gr gacha etkaziladi. Summar dozani oshirilishi davolash natijasini yaxshilamasdan, letallikni oshiradi.

Disfagiyaning 3-4 darajasida nur terapiyasidan oldin endoskopik elektrorekanalizatsiya argon-plazmali rekanalizatsiya yoki punksion gastrostomiya bajariladi. Ximionur terapiyasi nurli ezofagit bilan asoratlanganda va disfagiya kuchayib patsientni nutritiv defitsiti oshsa ushbu davoni og'ir o'tkazadi, bunday hollarda to'liq parenteral oziqlantirish yoki vaqtincha punksion mikrogastrostoma qo'yiladi.

Davolash rejasida mustaqil ximiyo- nur terapiyasi yoki xirurgik davo (ximionur terapiyasi bilan yoki busiz) ni tanlanishi o'smani lokalizatsiyasi, bemorning funksional holati va jarrohning tajribasiga bog'liq bo'ladi. O'sma qizilo'ngachning o'rta yoki pastki uchligida joylashganda davolash rejasiga operatsiya qo'shilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Mahalliy tarqalgan norezektabel qizilo'ngach rakini III bosqichini (T4 N1 yoki ko'ks oralig'i limfa tugunlarda ko'plab metastaz) davolash.

Asosiy davo usuli bo'lib ximiyo- nur terapiya hisoblanadi. Ushbu davo usuli tartibi operabel o'smadagi kabi bo'ladi. Qizilo'ngach xavfli o'smali fistulasida (qizilo'ngach-mediastinal, qizilo'ngach-o'pka yoki bronx oqmasi) kimyo- nurterapiya o'tkazish imkoni bo'lmaganligi uchun kombinir operatsiyalar bajariladi.

Qizilo'ngach raki IV bosqichini davolash. Qizilo'ngach metastatik rakida davolashning asosiy vazifasi og'riqni kamaytirish va bemorlarning umrini uzaytirish hisoblanadi. Ximioterapiya umumiy ahvoli qoniqarli (ECOG PS 0-2) bo'lgan hamda disfagiya og'ir darajalari (III-IV) bo'lmagan bemorlarga tavsiya etiladi. Agar disfagiya og'ir darajalari (III-IV) bo'lsa 1 etapda stentlash, rekanalizatsiya amaliyotlari bajariladi. I-II disfagiyada ximioterapiya boshlansa 1 kurs oxirlariga borib disfagiya belgilari kamaya boshlaydi. Yassi hujayrali hamda adenokarsinoma gistologik variantlarida sisplatin, ftorpirimidinlar, taksanlarning faolligi aniqlangan. Bundan tashqari adenokarsinomada oksaliplatin, irinotekan, trastuzumab (HER-2 neu giperekspressiyasida) preparatlari samarali ishlaydi. Yassi hujayrali rak ximioterapiyasida sisplatin va 5- ftoruratsil infuziyasi yoki kapetsitabin kombinatsiyasi standart dastur hisoblanadi. Bevosita samarasi bo'yicha karboplatinning samarasi sisplatinga nisbatan past bo'ladi. Taksanlar sisplatin bilan 2 komonentli yoki 3 kompenentli (sisplatinom va ftorpirimidinlar) sxemalarda qo'llaniladi. Odatda stabilizatsiya kuzatilsa 4 kurs va ob'yektiv samara kuzatilsa 6 kurs ximioterapiya o'tkaziladi.

Palliativ davo.

Asosiy simptomi bo'lib disfagiya hisoblanadi. Ushbu simptomni bartaraf etish davolashning barcha etaplarida talab etiladi: endoskopik (ballonli dilatatsiya, elektro-, argon-plazmali yoki lazerli destruksiya, fotodinamik terapiya), nur terapiya (distansion yoki braxiterapiya), stentlash. Endoskopik muolajalar tez, lekin qisqa muddatli samara beradi. Bu usullarni qo'llash yaqin vaqtda samarali davo usuli boshlansa (xirurgik, ximioterapiya, nur terapiya) maqsadga muvofiq bo'ladi. Disfagiyani korreksiya qilishning optimal variant bo'lib braxiterapiya yoki stentlash hisoblanadi. Ushbu variantni uzoq muddatli kuzatishda bir qator asoratlar (stentlar migratsiyasi, og'riq, perforatsiya, me'da-qizilo'ngach reflyuks)

sodir bo‘lishi aniqlandi. Qizilo‘ngach-bronxial yoki mediastinal oqma kuzatilganda qoplamali stent qo‘yish ushbu asoratlarni 70-100 foiz bemorlarda bartaraf qiladi.

XX – BOB. OSHQOZON RAKI

Epidemiologiya

Oshqozon raki eng keng tarqalgan xavfli o'smalardan biri hisoblanadi: yer sharida bir yilda o'rtacha 1 mln. odam ushbu kasallik bilan kasallanadi.Turli davlatlarda oshqozon raki bilan kasallanishning turlicha ekanligi uning kelib chiqishida klimatogeografik, maishiy, ovqatlanish va boshqa omillarni ta'siri borligini ko'rsatadi. Maksimal yuqori kasallanish Yaponiyada erkaklar orasida (100 ming aholiga 114,7), minimal ko'rsatkich — AQSHda ayollar orasida (100 ming aholiga 3,1); Yuqori kasallanish ko'rsatkichi Xitoy, Belorussiya, Rossiya, Estoniya, Latviya, Yangi Zelandiya davlatlarida kuzatiladi. Me'da raki ko'pincha 50 – 60 yoshlarda uchraydi va 25 foiz — 40 – 50 yoshga to'g'ri keladi. Erkaklar ayollarga nisbatan 2 marta ko'proq kasallanadi. Keyingi yillarda oshqozonning antral qismi va tanasi raki kamayib, kardiyal va me'da-qizilo'ngach o'tish zonasi adenokarsinomasi ko'payib bormoqda. Masalan: AQSHda me'da proksimal qismi va me'da-qizilo'ngach o'tish zonasi adenokarsinomasi 1960 yilda 16 foizni tashkil etgan bo'lsa, 80-yillarda— 44 foiz, 90-yillar oxirida esa 60 foizdan yuqorini tashkil etgan. O'zbekiston Respublikasida oshqozon raki bilan kasallanish 100 ming aholiga 2015 yilda 5.8 ni, 2016 yilda 5.9 ni, 2017 yilda 5.6 ni, 2018-2019 yillarda 5,7 ni tashkil qilgan.

Xavf omillari. ekzogen va endogen kanserogenlarning ahamiyati.

- **Oziqlanishdagi xavf omillar.**
  - ❖ tuzlangan va nitratlarni haddan tashqari ko'p qabul qilinishi
  - ❖ A va C vitaminlari etishmasligi
  - ❖ dudlangan, tuzlangan va quritilgan mahsulotlarni ko'p iste'mol qilish
  - ❖ sifatsiz ichimlik suvini iste'mol qilish
- **Atrof muhit omillari va turmush tarzi**
  - ❖ Kasb bilan bog'liq xavflar (kauchuk, ko'mir ishlab chiqarish)
  - ❖ Tamaki chekish
  - ❖ Ionlashtiruvchi nurlanish
  - ❖ Me'da rezeksiyasi hayot tarixida
  - ❖ Semirib ketish

• **Yuqumli omillar**

❖ Helicobacteriya pylori.

❖ Epshtein-Barr virusi.

• Genetik omillar

❖ A (II) qon guruhi

❖ Yuqori kamqonlik

❖ Irsiy oshqozon saratoni

❖ Diffuz irsiy Me'da saratoni sindromi

❖ Irsiy polipsiz kolorektal saraton

❖ Li-Fraumeni Sindromi (irsiy saraton sindromi)

❖ Oshqozon-ichak traktida polipoz bilan birga kelgan irsiy sindromlar

• **Oshqozon-ichak trakti kasalliklari va Me'da shilliq qavatidagi o'zgarishlar**

❖ Oshqozonning adenomatoz poliplari

❖ Surunkali atrofik gastrit

❖ Menetriya kasalligi (giperplastik gastrit)

❖ Barret qizilo'ngachi, gastroezofagial refleks

❖ Oshqozon epiteliysining displaziyasi

❖ Ichak metaplaziyasi

Oshqozon raki (OR) bilan kasallanish bemorlar hayotining ijtimoiyiqtisodiy darajasi bilan bog'liq bo'ladi. Oshqozon raki aholining kambag'al qatlami orasida ko'proq, boy qatlami orasida kamroq uchraydi. Kasallikning kelib chiqishida bemorlar hayotining dastlabki ikki o'n yillikdagi ovqatlanish tartibi va turmush tarzining ahamiyati katta bo'ladi.

Ekzogen faktorlarga birinchi navbatda ovqat ratsionida osh tuzi miqdorining yuqoriligi (tuzlangan baliq, go'sht, sabzavotlar, dengiz mahsulotlari) bo'lib, osh tuzi epiteliyning osmotik shikastlaydi va keyinchalik shilliq qavatga H. Pylori bakteriyalarini joylashib olishiga sabab bo'ladi. Ratsionda uglevodlar ko'pligi, vitamin va mikroelementlar yetishmasligi ham xavf omili hisoblanadi.

Oshqozon rakining kelib chiqishida bemor yashaydigan hududdagi tuproq va suvning kimyoviy tarkibining ahamiyati katta bo'lib, bunda nitrit va nitratlar miqdori muhim ahamiyat kasb etadi, chunki ushbu kimyoviy birikmalar oshqozonda mikroorganizmlar ishtirokida kuchli kanserogen

modda –nitrozaminlarga aylanadi. Chekish, alkogol, spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish ham oshqozon raki rivojlanishiga katta tasir qiladi.

Endogen faktorlarga duodenogastral reflyuks, me'da ichida nitroz birikmalar tipidagi endogen substansiyalarni hosil bo'lishi, vitaminlar va mikroelementlar so'rilishini buzilishi va utilizatsiyasini oshishi, genetik va immunologik faktorlar kiradi va bular me'da shilliq qavati himoya bar'er funksiyasi buzilmaganda kanserogen xususiyatlarini namoyon qila olishmaydi.

Kanserogenezni initsiatsiya faktorlari bo'lib yallig'lanishda hosil bo'ladigan erkin radikal oksidlanish reaksiya mahsulotlari: kislorod radikallari, azot birikmalari hisoblanadi. Antioksidantlar (A, C, E, B6 vitaminlari, β-karotinlar, folat kislotasi, mikroelementlar: selen, sink) erkin radikallar hosil bo'lishini oldini oladi, nitrozlanishni ingibitsiyalaydi va shu orqali me'da rakini profilaktika qiladi. Har xil meva va sabzovotlar iste'mol qilish, vitamin E, ko'k choy me'da raki xavfini kamaytiradi.

Hozirda oshqozon raki kelib chiqishida kanserogen moddalarning ta'siriga nasliy moyillik borligi isbotlangan. Me'da raki bilan kasallangan bemorlarning 1/3 qismi genetik faktor bilan bog'liq bo'ladi. Nasliy omil me'da rakining diffuz tipi bilan assotsiatsiyalanadi, bu tip ko'pincha qon guruhi A(II), ayrim regionlarda O(I) qon guruhi bilan bemorlarda ko'proq uchraydi. Oshqozon raki kanserogenezida H.pylori bilan bevosita bog'liqlik borligi aniqlangan.1994 yilda BJSST qoshidagi rakni o'rganish bo'yicha Xalqaro agentlik H. Pylori birinchi darajali kanserogen sifatida e'tirof etib oshqozon raki rivojlanishi asosiy sababchisi deb aniqlik kiritdi.

Oshqozonning piloroantral va tanasi rakidan farqli o'laroq kardioezofagal soha raki etiologiyasida osh tuzi ko'p iste'mol qilish, vitamin va mikroelementlar defitsitining ahamiyati yo'q. Ushbu lokalizatsiya raki qizilo'ngach-me'da reflyuksi soni ortib borgan sari sinxron ortib boradi. H.pylori infeksiyasi me'da proksimal raki patogenezida hech qanday ahamiyati bo'lmasdan, hatto reflyuks-ezofagit va Barrett qizilo'ngachini oldini olishda ahamiyatli bo'ladi.

Skrining

Tizimli skrining orqali sog'lom odamlarni ommaviy endoskopiya qilish yoki oshqozonni rentgen tekshiruvi samarasiz edi. Yaponiyadan tashqari ko'pgina mamlakatlarda hozirda Xolding skrining tekshiruvi yuqori xavfli guruhlarda tavsiya etiladi.

Oshqozon rak oldi kasalliklari. xavf guruhlari Xavf guruhlari.

• oshqozon saratoni kasalliklari bilan kasallanishi mumkin bo'lgan shaxslar:

- ❖ surunkali atrofik gastrit, ichak metaplaziyasi bilan;
- ❖ Sideropenik anemiya;
- ❖ oshqozon adenomatoz poliplari;
- ❖ oshqozon yarasi;
- ❖ gipertrofik gastropatiya (Menetriya kasalligi);
- ❖ Barret qizilo'ngachi;
- ❖oshqozon operatsiyasidan keyingi holat.

• Hayot tarixida me'da saratoni irsiy bo'lgan shaxslar, shuningdek quyidagi irsiy sindromlarning mavjudligi:

- ❖irsiy sindrom (diffuz tipdagi me'da saratoni);
- ❖ irsiy polipsiz kolorektal saraton;
- ❖ irsiy sindrom oshqozon-ichak traktidagi polipoz bilan birga keladigan

Rak oldi holatlari:

*Turli etiologiyali surunkali gastritlar, shu jumladan pernitsioz anemiya bilan kechadigan A tipdagi autoimmun gastrit;

*Me'da adenomatoz poliplari;

*Me'da surunkali yarasi;

*Xavfsiz kasalliklar bo'yicha rezeksiya qilingan oshqozon;

* Menetriya kasalligi;

Surunkali gastrit (ayrim olimlar fikricha gastropatiya, chunki atrofik va proliferativ jarayonnlar yallig'lanish jarayonidan ustun bo'ladi) oshqozon rakidan oldin 73,5—85 foiz hollarda uchraydi.

Oshqozonda 2 xil tipli poliplari uchraydi: adenomatoz va giperplastik. Giperplaziogen va giperplastik poliplar adenomatoz poliplarga nisbatan 18—20 marta ko'proq uchraydi. Adenomatoz polip shilliq qavatning chegaralangan o'sig'i bo'lib etilgan qoplovchi epiteliy bilan qoplangan bo'ladi. Giperplastik polipning oyoqchasi bo'ladi, 2 sm va undan katta o'lchamda ham bo'ladi. Giperplastik poliplar — haqiqiy o'sma bo'lmasdan shilliq qavatning (chegaralangan bir joyda) doimiy shikastlovchi faktorlarga

javoban reparativ regeneratsiyasi buzilishi hisoblanadi, bunday poliplarning rak keltirib chiqaruvchi potensiali ancha past bo'ladi.

Tasniflash

TNM bo'yicha klinik klassifikatsiya

T – birlamchi o'sma

Tx - Birlamchi o'smani baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas;

T0 - Birlamchi o'sma aniqlanmaydi;

Tis - Karsinoma in situ: epitelial ichi o'smasi shilliq qavatning xususiy plastinkasiga invaziyasi yo'q, yuqori darajali displaziya;

T1 - O'sma shilliq qavatning xususiy plastinkasi, mushak plastinkasi yoki shilliq osti qavatni zararlaydi;

T1a - O'sma shilliq qavatning xususiy plastinkasi, mushak plastinkasini zararlaydi;

T1b - O'sma shilliq osti qavatni zararlaydi;

T2 – O'sma shilliq, shilliq osti va mushak qavatni zararlaydi;

T3 – O'sma subseroz qavatni zararlaydi;

T4 - O'sma seroz qavatni va qo'shni a'zolarni zararlaydi;

T4a - O'sma seroz qavatni zararlaydi; T4b - O'sma qo'shni a'zolarni zararlaydi.

Izoh1. Oshqozonning qo'shni a'zolari: taloq, ko'ndalang chambar ichak, jigar, diafragma, oshqozon osti bezi, qorin devori, buyrak usti bezi, buyrak, ingichka ichak, qorin parda orti sohasi.

2. Devor ichi bo'ylab 12-barmoqli ichak yoki qizilo'ngachga tarqalishi ushbu sohalarda, shu jumladan oshqozonda o'smaning eng chuqur invaziyasi inobatga olinib tasniflanadi.

3. Me'da-ko'ndalang chambar ichak yoki me'da-jigar bog'lamasiga ularni qoplab turgan qorin parda visseral varag'ini perforatsiyasiz o'sib o'tishi T3 sifatida tasniflanadi.

N – regionar limfa tugunlar

Nx - Regionar limfa tugunlarni baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas;

N0 - Regionar limfa tugunlarni metastatik zararlanganligi belgilari yo'q;

N1 - 1-2 ta regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N2 - 3-6 ta regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N3 - 7 va undan ortiq regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N3a – 7-15 ta regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N3b – 16 va undan ortiq regionar limfa tugunlarda metastazlar bor.

M – uzoqlashgan metastazlar

M0 – uzoqlashgan metastazlar belgilari yo'q; M1

– uzoqlashgan metastazlar bor.

Eslatma: Sitologik tasdiqlangan qorin parda va katta charvi bo'ylab disseminatsiya uzoqlashgan metastazlar sifatida baholanadi.

Bosqichlariga ko'ra klinik guruhlash

I bosqich T_1, T_2 N_0 M_0

IIA bosqich T_1, T_2 N_1,N_2,N_3 M_0

IIB bosqich T_3, T_{4a} N_0 M_0

III bosqich T_3, T_{4a} N_1, N_2, N_3 M_0

IVA bosqich T4b barcha N M_0

IVB bosqich barcha T barcha N M_1

Saratonning boshqa shakllari. Laurenga ko'ra gistologik tasnif • Ichak turi. O'smaning tuzilishi yo'g'on ichak saratoniga o'xshaydi. Yuqori darajada farqlanadigan bezli tuzilmalar silindrsimon epiteliya bilan xarakterli rivojlangan.

- Diffuz turi. O'sma guruhi sust tashkil etilgan yoki bitta hujayrali, tarkibida miqdori ko'p mutsinoz hujayra (Uzuksimon hujayralar)dan iborat.

Diffuz infiltrativ o'sish xarakterlidir.

- Aralash turi. O'sma tarkibida ichak hamda diffuz turi mavjud.

Borrmanga ko'ra, oshqozon saratonining makroskopik tasnifi • 1-toifa - qo'ziqorinsimon yoki polipsimon.

- 2-toifa –yarali, aniq qirra bilan belgilangan.
- 3-toifa –yarali-infiltrativ.
- 4-toifa - diffuz-infiltrativ (linit plastika).
- 5-toifa - tasniflanmagan o'smalar.

Oshqozon raki 2 kategoriyaga bo'linadi: erta (early gastric cancer) va tarqalgan (advanced gastric cancer). Oshqozon erta raki – regionar limfa tugunlar holati qanday bo'lishidan qat'iy nazar o'sma shilliq va shilliq osti qavati chegarasida bo'ladi. O'smani invaziya chuqurligiga qarab erta rak shilliq qavat ichi (mucosal — m) va shilliq osti (submucosal — sm) turlariga bo'linadi.O'sma muskul qavati va undan chuqurroqqa o'sib o'tgan bo'lsa me'da tarqalgan raki deyiladi. Bunda agar uzoqlashgan metastazlar bo'lmasa (M0) – mahalliy tarqalgan (locally advanced gastric cancer), agar uzoqlashgan metastazlar bo'lsa (M1) – tarqalgan metastik rak deb aytiladi.

Oshqozon erta rakining makroskopik klassifikatsiyasi (T1N0-3M0)

Tip 0-I (protruding)–ko'tarilgan (o'sma balandligi shilliq qavat qalinligidan ikki va undan ortiq marta baland bo'ladi).

Tip 0-II (superficial) – yuzaki:

0-IIa (superficial elevated) – ko'tarilgan tip;

0-IIb (superficial flat) – yassi tip;

0-IIc (superficial depressed) – chuqurlashgan tip.

Tip 0-III (excavated) – yaralangan (shilliq qavatning yarali defekti).

Oshqozon tarqalgan rakining makroskopik klassifikatsiyasi

Tip 1 (mass) – polipsimon yoki qo'ziqorinsimon;

Tip 2 (ulcerative) – yarali ekzofit yoki likopchasimon;

Tip 3 (infiltrative ulcerative) – yarali-infiltrativ;

Tip 4 (diffuse infiltrative) – diffuz-infiltrativ (Linitis plastic uning bir shakli hisoblanadi);

Tip 5 (unclassifiable) – tasniflanmaydigan o'smalar;

TNM klassifikatsiya (ICD-O-3 C16 8-nashri 2016 y.)

Tasniflash tartibi:

Ushbu tasniflash faqat oshqozon raki uchun taaluqli bo'lib, tashxis gistologik tasdiqlangan bo'lishi kerak. O'sma epitsentri kardiyadan 2 smgacha proksimal joylashgan bo'lib (SiewertI/II) kardioezofageal o'tish sohasini qamrab olgan bo'lsa, qizilo'ngach raki kabi tasniflanadi. O'sma epitsentri kardiyadan 2 smgacha distal joylashgan bo'lsa va kardioezofageal o'tish sohasini qamrab olgan bo'lsa yoki qamrab olmagan bo'lsa ham oshqozon raki kabi tasniflanadi.

Anatomik qismlari:

Kardiya (C16.0)

Tubi (C16.1)

Tanasi (C16.2)

Antral (C16.3)

Pilorik (C16.4) qismlari

Regionar limfa tugunlari

Oshqozon raki uchun regionar limfa tugunlar bo'lib kichik egrilik (1, 3, 5) yoki katta egrilik (2, 4a, 4b, 6) bo'ylab joylashgan perigastral limfa tugunlar, a.gastrica sinistra bo'ylab joylashgan (7), a.hepaticacommunis bo'ylab joylashgan (8), a.lienalis bo'ylab (10, 11) va truncus celiacus bo'ylab (9) hamda gepatoduodenal boylama (12) bo'ylab joylashgan limfa tugunlar kiradi. Qorin bo'shlig'ining boshqa limfa tugunlari, jumladan

retropankreatik, mezenterial va paraaortal limfa tugunlar uzoqlashgan metastazlar sifatida baholanadi.

Oshqozon rakining Xalqaro gistologik klassifikatsiyasi (BJSST 2010)

Adenokarsinoma:	**8140/3**
-ichak tipi	**8144/3**
-diffuz tip	**8145/3**
Papillyar adenokarsinoma	**8260/3**
Tubulyar adenokarsinoma	**8211/3**
Mutsinoz adenokarsinoma	**8480/3**
Uzuksimon (sulisimon) hujayrali adenokarsinoma	**8490/3**
Adenoyassi hujayrali rak	**8560/3**
Yassi hujayrali rak	**8070/3**
Mayda hujayrali rak	**8041/3**
Takomillashmagan rak	**8020/3**

Metastaz berish yo'llari

Me'da raki uch yo'l bilan metastazlanadi:

1) Limfogen;

2) Gematogen;

3) Qorin parda bo'ylab implantatsion.

Gematogen yo'l bilan 38—54 foiz hollarda jigarga, 2—22 foiz hollarda o'pkaga, 5—15 foiz hollarda buyrak usti beziga va juda kam hollarda suyak, teri osti kletchatkasi va b.q.larga metastaz beradi.

Implantatsion metastaz o'sma hujayralarini kontakt yo'li bilan shakllanadi; qorin pardada ko'plab kichik tugunli toshmalar paydo bo'lib shu tufayli assit hosil bo'ladi. Implantatsion metastazlar qorin pardaga 17—24 foiz hollarda, charviga 13-21 foiz hollarda, yo'g'on va ingichka ichak tutqichiga 9 foiz hollarda, oshqozon osti beziga 7—29 foiz hollarda kuzatiladi;

Eng ko'p limfogen yo'l bilan metastazlanadi, bu quyidagi ketma ketlikda sodir bo'ladi: dastlab 1-etapda oshqozon bog'lamalarida joylashgan regionar limfatik barerlar (N1) zararlanadi; keyin 2-etapda truncus celiacus va uning magistral tarmoqlari bo'ylab joylashgan limfa tugunlar (N2) va 3-etapda regropankreatoduodenal sohadagi qorin parda orti, ingichka va yo'g'on ichak tutqichi hamda qorin aorta (diafragma aortal teshigidan

a.mezenterica inferiorgacha bo'lgan soha) atrofidagi limfa tugunlar zararlanadi.

Oshqozon raki uchun intramural (organ ichi bo'ylab) tarqalish xos bo'lib limfa suyuqligi oqimi bilan yuqoriga qarab kichik egrilik va me'da proksimal qismi bo'ylab, hamda me'da asosiy limfa oqish kollektori - a. gastrica sinistra atrofidagi limfa tugunlar joylashgan me'da-oshqozon osti bezi boylamasi bo'ylab truncus celiacus tomon yo'naladi.

Taxminan 25 foiz hollarda limfagen metastazlanishni etapli tarqalishi buziladi va «sakrovchi» metastazlar paydo bo'ladi.

Bundan tashqari oshqozonning turli qismlaridan limfogen metastazlanishning Melnikov A.V. bo'yicha , 1960) 4 ta havza farqlanib, bunda ham limfogen metastazlanishning etapliligi farqlanadi:

- **1- xavza** — limfa suyuqlig'i pilorik qismining katta egrilik tomonidan hamda unga yaqin bo'lgan oldingi va orqa devori bo'ylab oqadi. Limfa oqish kollektori: me'da–ko'ndalang chambar ichak bog'lamasi -» retropilorik tugunlar -> ingichka ichak boshlang'ich qismi tutqichi -» qorinparda orti (paraaortal) limfa tugunlar;
- **2- xavza** — limfa suyuqlig'i pilorik qismining kichik egrilik tomonidan hamda unga yaqin bo'lgan oldingi va orqa devori bo'ylab oqadi. Kollektorlar: kichik egrilik bo'ylab -> a.gastrica dextra bo'ylab -> jigar darvozasi -> jigar ichi;
- **3- xavza** — limfa suyuqlig'i me'da tanasi, kichik egrilik kardial qismi, me'da tubining medial qismi bo'ylab oqadi. Kollektorlar: kichik charvi-» me'da-oshqozon osti bezi bog'lamasi -» qorin parda orti pankreas usti va paraaortal limfa tugunlar-> ko'ks oralig'i — diafragma usti tomondan paraezofageal limfa tugunlar;
- **4- xavza** — limfa suyuqlig'i katta egrilikni vertikal qismi va unga yaqin bo'lgan orqa va oldingi devorlar va me'da tubi orqali oqadi. Kollektorlar: me'da–ko'ndalang chambar ichak bog'lamasi —> me'dataloq bog'lamasi -» taloq darvozasi -» taloq.

Oshqozonning regionar visseral limfa tugunlari (Oshqozon raki bo'yicha Yaponiya Assotsiatsiyasining tasnifi (ORYAAT) tasnifda oshqozonning 3 etapda regionar metastazlanishi inobatga olingan:

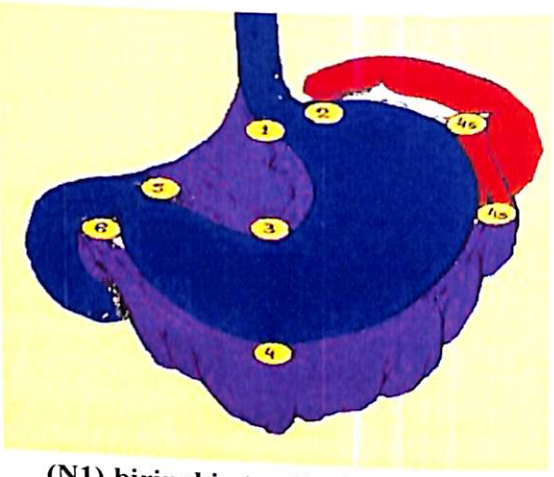
Birinchi etap (N1) metastazlanishga oshqozonning yuzaki boylamalarida joylashgan perigastral limfa tugunlar kiradi.
Lokalizatsiyasiga ko'ra ushbu limfa tugunlar 6 guruhga bo'linadi:

1) O‘ng parakardial limfa tugunlar;
2) Chap parakardial limfa tugunlar;
3) Kichik egrilik bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar; 4) Katta egrilik bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar:

4s (chap guruh) — chap me’da-charvi arteriyasi (a.gastroomentalis sinistra) va me’da qisqa arteriyalari (a. gastricae breves) bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar;

4d (o‘ng guruhi) — o‘ng me’da charvi aretriyasi (a.Gastroomentalis dextra) bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar ;

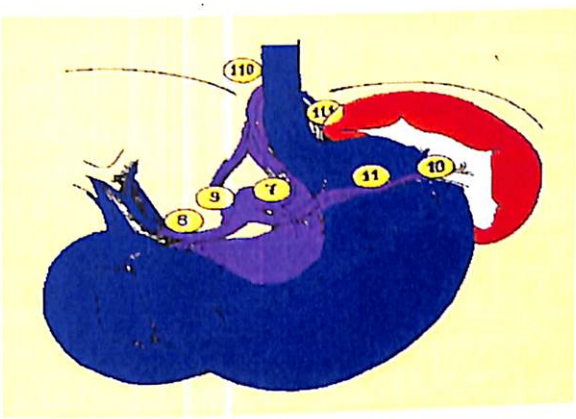
5) Suprapilorik limfa tugunlar;
6)Suppilorik limfa tugunlar;



(N1) birinchi etap limfa tugunlari

Ikkinchi etap (N2) metastazlanishga truncus celiacus va uning tarmoqlari: me’da chap arteriyasi (a. gastrica sinistra), umumiy jigar arteriyasi (a.hepatica communis) va taloq arteriyasi (a.lienalis) bo‘ylab, hamda taloq darvozasida joylashgan limfa tugunlar kiradi:

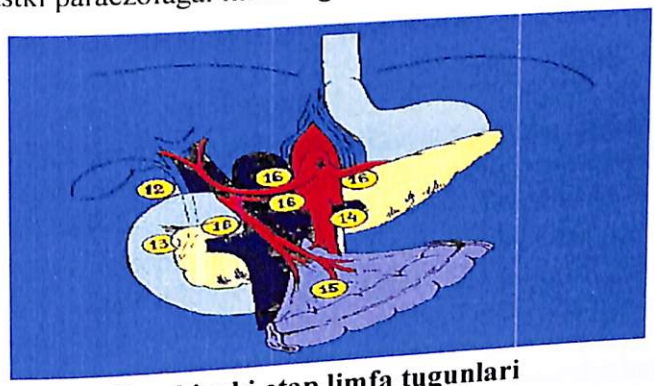
7) me’da chap arteriyasi (a. gastrica sinistra) bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar;
8) umumiy jigar arteriyasi (a.hepatica communis) bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar;
9) truncus celiacus atrofidagi limfa tugunlar;
10) taloq darvozasidagi limfa tugunlar;
11) taloq arteriyasi (a.lienalis) bo‘ylab joylashgan limfa tugunlar;



(N2) ikkinchi etap limfa tugunlari

Uchinchi etap (N3) metastazlanishiga retropankreato-duodenal bo'shliqdagi chuqur limfa kollektordagi, ingichka va yo'g'on ichak tutqichidagi mezenteral va paraaortal soha limfa tugunlardagi metastazlar kiradi:

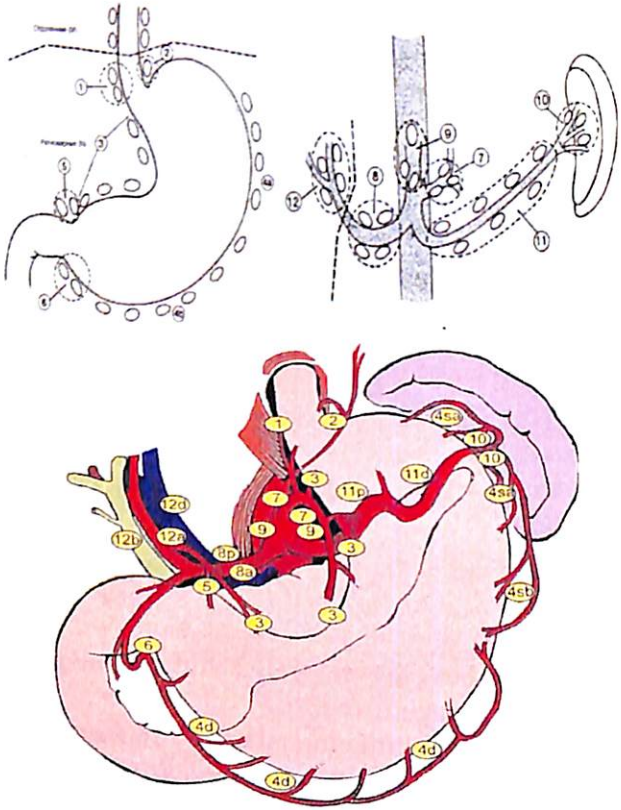
12) jigar-12-barmoqli ichak bog'lamasidagi limfa tugunlar;
13) retropankreatik limfa tugunlar;
14) ichaklar tutqichi ildizidagi limfa tugunlar;
15) a.colica media bo'ylab joylashgan limfa tugunlar;
16) paraaortal limfa tugunlar;
17) pastki paraezofagal limfa tugunlar; 18) diafragmal limfa tugunlar.



(N3) uchinchi etap limfa tugunlari

Limfa kollektorlardagi metastazlanish tufayli bemorlarning yashovchanligini inobatga olgan holda N1—N2 etapdagi limfa tugunlardagi

metastazlar regionar metastazlanish. N3 etapdagi limfa tugunlardagi metastazlar kasallikning IV bosqichiga xos bo'lgan uzoqlashgan metastazlar deb qaraladi (SasakoM. et al., 1995; AikoT. et al.,. 1998). (Rasm



Me'da rakida limfogen metastazlanish

Oshqozon rakining uzoqlashgan metastazlaridan (jigar, o'pka, suyaklar, buyraklar, buyrak usti bezi, bosh miya) tashqari quyidagi **maxsus metastazlar** aniqlanadi:

- Laparoskopiyada aniqlanadigan qorin pardadagi o'sma diseminatsiya o'choqlari;
- **Virxov metastazi** – chap o'mrov usti sohasiga m.sternocloidemastoideus oyoqchalari orasidagi limfa tugunidagi metastaz. Ushbu sohadagi kattalashgan maxsus forma va konsistensiyali limfa

tugunlarni aniqlanishi UTT tekshiruvi va punksion biopsiyaga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

- **Shnitsler metastazi** — bu pararektal sohadagi limfa tugunidagi metastazdir. Ushbu zararlanish bemorni per rectum ko'rganda aniqlanadi. Shnitsler metastaziga shubha bo'lganda transrektal UTT va punksion biopsiya tavsiya etiladi.
- **Krukenberg metastazi** — tuxumdonlardagi metastaz ushbu nom bilan ataladi. Ko'pincha qorin bo'shlig'ini UTT tekshiruvida aniqlanadi. Kattalashgan tuxumdonlar aniqlanganda va metastazga shubha bo'lganda jarayonga laparoskopiyada vizual va morfologik baho beriladi. Hozirgi kunda Krukenberg metastaziga gematogen yoki implantatsion emas, balki limfogen metastaz deb qaraladi va bunga paraaortal limfa kollektorini keng zararlangani natijasi deb qaraladi. Bu holda tuxumdonlarning ikki tomonlama zararlanishi xarakterli bo'ladi. Krukenberg metastazining ushbu mexanizmi xirurgik davoga qarshi ko'rsatma sifatida baholanmaydi, balki boshidan ikki tomonlama ovariektomiya bilan kengaytirilgan paraaortal limfodisseksiya D3 operatsiyasini rejalashtirilishi talab qilinadi.
- **Chap qo'ltiq osti** limfa tuguniga metastaz (irlandcha metastik tugun); Qo'ltiq osti limfa tugunlaridagi metastazlar Ayrish metastazi ham deb nomlanadi.
- **Kindikka** - periumbilikal limfa tugunlariga metastaz (hamshira Marii Djozef metastazi);

Oshqozon proksimal qismi raki

Me'da proksimal qismi rakini qizilo'ngachga o'tishi (sinonimi: kardioezofageal rak (KER)) o'ziga xos klinik kechishi va biologik xususiyatiga ega bo'lishi mustaqil davolash taktikasini aniqlab beradi. Me'da-qizilo'ngach o'tish joyidan yuqorida joylashgan adenokarsinoma birlamchi qizilo'ngach raki kabi baholanadi. Shu jumladan me'da-qizilo'ngach o'tish joyida aniqlangan yassi hujayrali rak ham qizilo'ngach distal qismi karsinomasi sifatida hisobga olinadi. Me'da-qizilo'ngach o'tish joyining tashqi mo'ljali shartli ravishda kardial kesma (incisura cardialis) dan 0,5sm yuqorida joylashgan anatomik liniyaga, ichki mo'ljali kardial halqa shilliq qavatidagi yassi hujayrali hamda silindrik epiteliy uchrashgan joydagi Z-liniyaga to'g'ri keladi. Me'da-qizilo'ngach o'tish joyidan oshqozonning kardial qismi boshlanib uning distal chegarasi aniq

ko'rinmaydi. Oshqozon kardial qismida sfinkter bo'lib u oshqozon ichidagi mahsulotni qizilo'ngachga o'tishiga yo'l qo'ymaydi. J.Siewert va hammualliflar tomonidan (1996) me'da-qizilo'ngach o'tish joyi adenokarsinomasini universal tasnifi taklif etilib, ushbu tasnif o'zida: qizilo'ngach distal uchligi raki, kardioezofageal rak va subkardiya rakini mujassamlashtiradi. Ushbu tasnifni yuqori prognostik ahamiyati, standartlash va davolash taktikasini tanlash uchun qulayligi bilan xarakterlanadi. J. Siewert tasnifining tayanch kriteriyasi bo'lib o'sma epitsentrining me'da-qizilo'ngach o'tish joyi va kardiya anatomik zonasiga nisbatan lokalizatsiyasi hisoblanadi.

Tip I — qizilo'ngach distal qismi adenokarsinomasi, o'smani epitsentri Z-liniyadan 1smdan 5 smgacha yuqorida joylashadi. Ushbu tip kardioezofageal rakning 80 foizini tashkil qiladi va qizilo'ngachning metaplaziyalangan epiteliysidan (Barrett qizilo'ngachi) kelib chiqadi.

Tip II — me'da-qizilo'ngach o'tish joyining adenokarsinomasi bo'lib (chin kardiya raki), epitsentr Z- liniyadan 1 sm proksimal (oral) va 2 sm distal (aboral) joylashadi. Bu tip me'da kardial qismi epiteliysidan kelib chiqadi, juda kam hollarda qizilo'ngachning metaplaziyalangan silindrik epiteliysidan kelib chiqadi. 10 foiz hollarda Barrett qizilo'ngachidan kelib chiqadi.

Tip III — prognostik jihatdan eng yomon tip hisoblanadi. O'smaning asosiy massasi subkardial qismda (Z-liniya 2 smdan 5 smgacha aboral) joylashadi. Barrett qizilo'ngachi chastotasi ushbu tipda 2 foizni tashkil etadi. Kardioezofageal III tip rakining kechki bosqichlarda aniqlanishi (70 foizgacha) diagnostika vaqtida klinik simptomatika — disfagiyani yo'qligi hisoblanadi. Prognozining yomonligiga sabab ko'pincha o'smaning seroz qavatiga o'sib o'tib limfogen metastazlar bergan diffuz tipi ko'proq uchrashi sabab bo'ladi. Me'da proksimal qismi rakining limfogen metastazlanish umumiy chastotasi 65,5 foizni tashkil etib xavflilik potensialining juda yuqoriligidan dalolat beradi. Limfogen metastazlanish chastotasi o'sma jarayonining qizilo'ngachga o'sib o'tgan sari ortib boradi, ya'ni qizilo'ngachga o'sib o'tmaganda limfogen metastazlanish chastotasi 41,4 foizga teng bo'lsa, qizilo'ngachga o'sib o'tganda bu ko'rsatkich 68,0 foizga teng bo'ladi.

Ushbu ma'lumotlarni inobatga olganda kardioezofageal rakda operatsiyaning radikalligini oshirish uchun limfa tugunlardagi mikro va

makrometastazlarni olib tashlash maqsadida abdominal ham mediastenal limfadisseksiya o'tkazish talab etiladi.

Klinikasi

Oshqozon saratoniga xos bo'lgan alomatlar:

- epigastral sohadagi noqulaylik yoki og'riq (60-90 foiz);
- anoreksiya;
- vazn yo'qotish (50 foiz);
- qahva quyqasi ko'rishinishida qayt qilish, melena (saraton kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 10-15 foizida kuzatiladi, me'dadan qon ketishi bilan murakkablashadi);
- ko'ngil aynish, qusish (40 foiz);
- progressiv disfagiya (kardial va kardioezofagiya saratoni bilan o'tish);
- tez to'yinganlik (diffuz-infiltrativ o'smaning belgisi);

Oshqozon rakining klinik simptomatikasi rang - barangligi, yorqin patognomik simptomlarini yo'qligi bilan xarakterlanadi. Bemorlarning barcha shikoyatlarini 2 guruhga ajratish mumkin:

1) Umumiy holatidagi o'zgarishlar;

2) Oshqozon raki bilan bemorlarning 2/3 qismida uchraydigan gastritik shikoyatlar (surunkali gastritga xos belgilar);

Kasallikning kechishiga ko'ra 3 asosiy klinik variantlar farqlanadi:

1) latent;

2) og'riqsiz;

3) og'riq sindromli.

Latent shakli simptomsiz kechadi, bunda ilk belgi bo'lib palpatsiya qilinadigan o'sma aniqlanadi. Rentgenologik tekshiruvda to'lish defekti ko'rinadi. Massiv qon ketishi va uzoqlashgan metastazlar yoki qo'shni a'zolarga o'sib o'tganda o'ziga xos simptomlar yuzaga chiqadi.

Ko'pincha og'riqsiz shakli uchraydi, terminal bosqichida esa og'riq sindromi qo'shiladi.

Oshqozon rakini erta bosqichlarida diagnostikasi qiyinchilik tug'diradi, ushbu bosqichlarda o'sma jarayoniga shubha qiladigan diagnostik kriteriylarni qo'llash muhim bo'ladi va ular asosida bemorlarni rentgenologik tekshiruv va gastroskopiyaga yuboriladi.

A.I. Savitskiy (1951) OR klinik simptomlarini «**kichik belgilar**» sindromiga biriktirdi, bunda faqat alohida belgiga emas, balki butun simptomo kompleksga e'tibor qaratish kerakligi ta'kidlanadi.

«Kichik belgilar» sindromiga quyidagi simptomlar kiritilgan:

1) sababsiz umumiy holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, tez charchash;

2) Anoreksiya — sababsiz ishtaha pasayishi va hatto ovqatdan ayniqsa, go'shtli ovqatlarni xohlamaslik;

3) «Oshqozon diskomforti» - oshqozon to'lib turganday bo'lishi, epigastriyada og'irlik va bosilganday bo'lishi, og'riq sezishi; Ovqatni tanlab yeyishi va ovqat miqdorini kamayishi, ovqatga nisbatan «injiq» bo'lib qolishi;

4) Sababsiz ozib ketishi;

5) Psixik depressiya, apatiya, atrofidagilarga qiziqishi yo'qolishi;

O'sma me'da kardial qismida joylashganda yuqorida keltirilgan simptomlarga turli darajadagi disfagiya, to'sh orqasida stenokardiyani eslatuvchi og'riq, gipersalivatsiya va yutinganda og'riq (odinofagiya) ham qo'shiladi. Ko'pincha oshqozon raki umumiy simptomlar bilan boshlanib keyinchalik «oshqozon diskomforti» qo'shiladi, og'riq sindromi boshlanadi, keyinchalik asoratlar, ya'ni yaralangan o'smadan qon ketish, perforatsiya, ovqat o'tmasligi kuzatiladi.

Og'riq ko'pincha epigastriyada ovqatdan keyin paydo bo'lib uzoq vaqt, hatto kun bo'yi ushlanib turadi, harakatlanganda kuchayadi, og'riq belga uzatiladi. O'sma qorin parda ortiga o'sib o'tganda og'riq tana orqa tomoniga uzatiladi va bunday bemorlar radikulit, nevralgiya tashxislari bilan davolanib yurishadi.

4 foiz bemorlarda qon ketishi kuzatiladi va bu qon bilan qusish yoki axlat qora bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Bulardan tashqari bemorlarda anoreksiya, qusish, o'sma yemirilib infeksiya qo'shilganda esa tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi.

V.X. Vasilenko (1959) oshqozon rakining klinik kechishiga ko'ra atipik formalarini farqlagan:

1. Lixoradkali formasi. Tana harorati odatda subfebril bo'lib, vaqti vaqti bilan 39-40 °S gacha ko'tariladi.

2. Gipoglikemik (komatoz) formasi. Spontan gipoglikemiya va komatoz holat rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Odatda bu forma o'sma oshqozon osti bezi dum qismiga o'sib o'tganda kuzatiladi.

3. Sariqlik shakli. Yemirilayotgan o'sma mahsulotlari ta'sirida yuzaga keladigan gemoliz yoki toksik gepatoz tufayli kelib chiqadi.

4. Tetanik formasi. O'sma pilorik qismida joylashganda pilorostenoz kuzatiladi. Ovqat passaji buzilishi oqibatida qusish kelib chiqadi va elektrolitlar balansi buziladi, bu holat mushaklarning tetanik qisqarishi bilan namoyon bo'ladi.

5. Kaxektik formasi. Kam simptomlar bilan kechadi, keksa yoshlarda ko'proq uchraydi va kuchli kaxeksiya kuzatiladi.

6. Dispeptik formasi. Ovqat hazm bo'lishining buzilishi (ishtaha sustligi, anoreksiya, tez to'yib qolish va h.k.) belgilar bilan kechadi.

Diagnostika

*Bemorning shikoyati va kasallik anamnezi, fizikal tekshiruvlar (ko'rik, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya);

*To'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish, ayollarda ginekolog ko'rigi;

*Standart laboratoriya testlari (qon guruhi, rezus-faktor, sifilisga seroreaksiya, umumiy qon va siydik tahlili, qon bioximik tahlillari (oqsil, kreatinin, mochevina, bilirubin, ASAT, AlAT, ishqor fosfataza, amilaza, glyukoza, elektrolitlar - K, Na, Ca, Cl)), koagulogramma;

*Hamroh patologiyani aniqlovchi funksional testlar (EKG, spirometriya, exokardiografiya, Xoltercha monitorlash (sutka davomida xotira tashuvchida uzluksiz EKGni registratsiya qilish), tomirlarni UTT dopplerografiyasi va ko'rsatma bo'yicha tor mutaxassislarni konsultatsiyasi;

*Oshqozon ichak trakti yuqori qismini endoskopiyasi hamda ko'plab biopsiya va morfologik tekshirish;

*O'smani invaziya chuqurligi, uning distal va proksimal chegaralarini aniqlash, regionar limfa tugunlar holatini baholash (ayniqsa endoskopik operatsiyalar rejalashtirilganda) uchun endoskopik ultratovushli tekshirish;

*Qorin bo'shlig'i, qorin parda orti sohasi, kichik chanoq va o'mrov usti sohalarini UTT

*Per os kontrast bilan oshqozon ichak trakti yuqori qismini rentgenologik tekshirish;

*Ko'krak qafasi rentgenografiyasi;

*Per os kontrast bilan ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasini MSKT;

Me'da rakining rentgenologik diagnostikasi

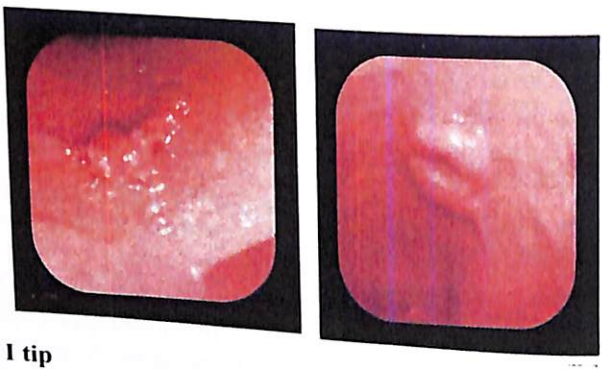
Me'da rakini rentgenologik tekshirish bemorni vertikal va gorizontal holatida bariy bo'tqasini ichirish va havo yuborish yo'li bilan o'tkaziladi. Rentgenologik tekshirish o'smaning aniq joylashgan joyini, zararlangan qismini, jarayonning qizilo'ngach va 12 barmoq ichakka o'tganligini, stenoz darajalarni, o'smani o'lchami va o'sish shaklini aniqlash uchun o'tkaziladi.



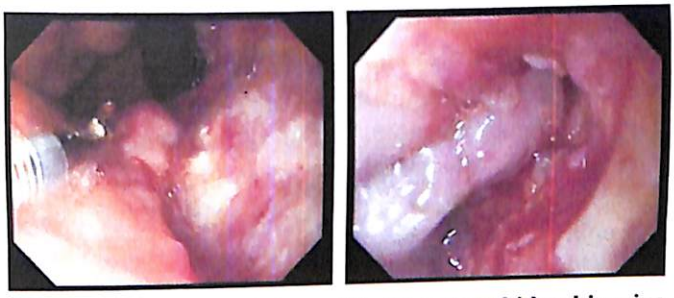
Me'da antral qismi rakining rentgenologik ko'rinishi

Me'da rakini gastroskopik diagnostikasi

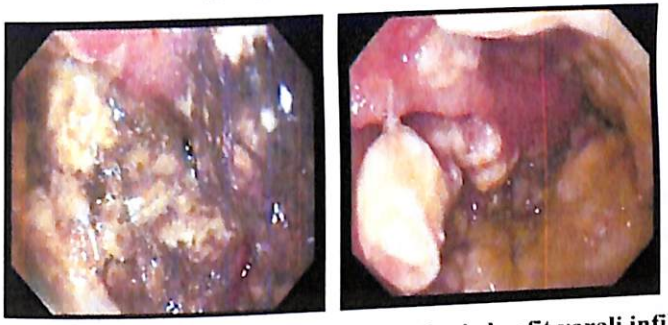
Me'da rakida tashxisni tasdiqlash gastroskopiya vaqtida aniqlanadi. Hozirgi zamon fibrogastroskopiya tekshiruvi bizga nafaqat o'smani joylashgan joyini, anotomik o'sish turini, balki o'sma yuzasidan surtma olish va biopsiya olish imkonini beradi. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavatda o'zgarish topilgan holatda shubhali joylardan bir nechta biopsiya olishga to'g'ri keladi. Yarali formali o'smalarda esa faqat yarani o'zidan emas, balki yonidagi shilliq qavatdan ham biopsiya olish kerak. **Oshqozon erta raki: gastroskopiya**



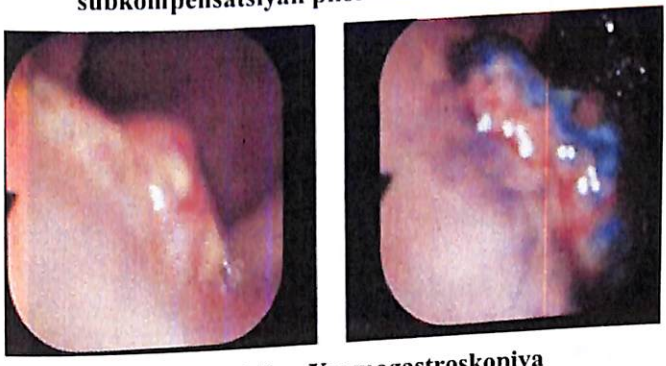
I tip **II a+II c tip**



Oshqozon tanasi kichik egriligi yarali infiltrativ rakidan biopsiya olish.



Oshqozon tanasining o'rta va pastki uchligi sohasi ekzofit yarali infiltrativ raki subkompensatsiyali pilorostenoz belgilari bilan



Metil ko'ki bilan Xromogastroskopiya

Qorin pardaga disseminatsiyani inkor qilish uchun, ayniqsa o'smani seroz qavatga o'sib o'tganda, oshqozonni total va subtotal zararlanganda, regionar limfa tugunlar zararlanganda hamda qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasiga uzoqlashgan metastazlar borligiga shubha qilinganda **laparoskopik** tekshirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ushbu holatda morfologik tekshirish uchun biopsiya olish hamda qorin bo'shlig'i yuvindi suvlarini sitologik tekshirish shart hisoblanadi. Agarda palliativ operatsiya rejalashtirilayotgan bo'lsa laparoskopiya o'tkazilmaydi.

Uzoqlashgan metastazlari bo'lgan bemorlarga target terapiya rejalashtirishi uchun o'sma bioptatini HER2-neuga testlash talab qilinadi.

Boshqa qo'shimcha tekshirishlar:

*Fibrokolonoskopiya;

*Irrigoskopiya;

*Skelet suyaklari ssintigrafiyasi;

*Patologik hosilalarni UTT nazorati ostida punksiya qilish va morfologik tekshirish;

*Sternal punksiya yoki yonbosh suyagini trepan-biopsiyasi(suyak ko'migiga metastazga shubha bo'lganda) * PET-KT.

Quyidagi alomatlarga e'tibor bering:

- teri va shilliq pardalarning rangsizlanishi (kamqonlik oqibati);
- kaxeksiya;
- sariqlik (ekstragepatik o't yo'llari yoki massiv siqishini natijasida jigarning metastatik shikastlanishi);
- epigastral sohada og'riq;
- oshqozon sohalarda hajmli hosila palpatsiyaladi, katta va kichik charvining metastazlanish hisobiga ham kuzatilishi mumkin (qorin parda orti sohasida, ichak tutqichi);
- assitlar;
- gepatomegaliya (massiv metastatik zararlanish hisobiga);
- chap supraklavikulyar soha limfa tugunlarining ko'payishi (Virxov tuguni);
- chap tomonda aksillyar limfa tugunlarining ko'payishi (" Ayirish (Irlandiya) tuguni");
- jigarning dumaloq bog'lami bo'ylab kindikdagi metastazlar (Maria Jozefe xamshira tugunlari);
- tuxumdonlar proeksiyasida hajmli hosila shakllanishi (Krukenberg o'smasi);
- Duglus bo'shlig'ida to'g'ri ichak va qin orqali aniqlanadigan o'simta tuguni (Shnetsler Bloomer).

Yuqoridagi belgilar ko'pincha kechki bosqichdagi o'sma jarayonida kuzatiladi. Oshqozon o'smalari bilan og'ir anemiya, qon ketish bilan kechadi. Katta vazn yo'qotish, o'sma stenozi natijasida kaxeksiya holati

bo'lishi mumkin. Paraneoplastik sindromlar orasida ko'pincha kuzatiladigan Trusso sindromi

Laboratoriya tadqiqotlari

- Barcha bemorlar qon, siydik, umumiy klinik tekshiruvdan o'tishadi, biokimyoviy qon tekshiruvi, koagulogramma.
- Onkomarkyor REA va CA 19-9 ga tekshirish talab etiladi. Bemorlarning uchdan birida miqdori ko'paygan bo'ladi.
- CA 125 ning oshishi qorin pardada disseminatsiya rivojlanganligini ko'rsatishi mumkin.

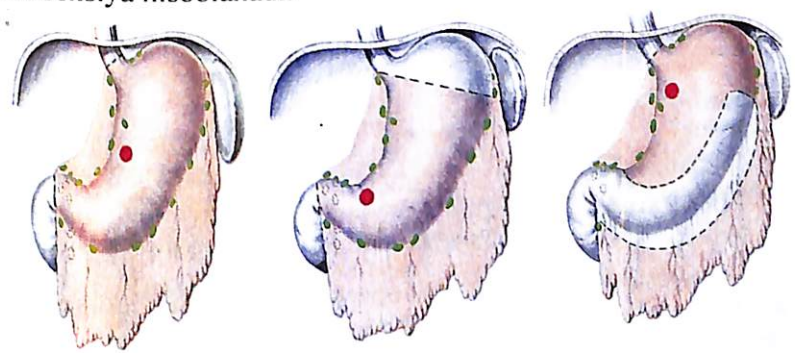
Davolash

0, I A bosqich Standart:

Xirurgik davo. Oshqozon rakida radikal operatsiyaning 3 ta asosiy tipi qo'llaniladi: 1. gastrektomiya;

2. distal subtotal rezeksiya;
3. proksimal subtotal rezeksiya (me'daning yuqori uchligida joylashgan kardial jom yoki qizilo'ngach abdominal qismiga o'tmagan erta rakda (T1)).

Standart operatsiyalarning majburiy komponenti bo'lib D1+ (perigastral limfa tugunlarini olib tashlash hamda N7; N8a; N9) hajmdagi limfodisseksiya hisoblanadi.



1 2 3

Radikal operatsiyaning asosiy tiplari

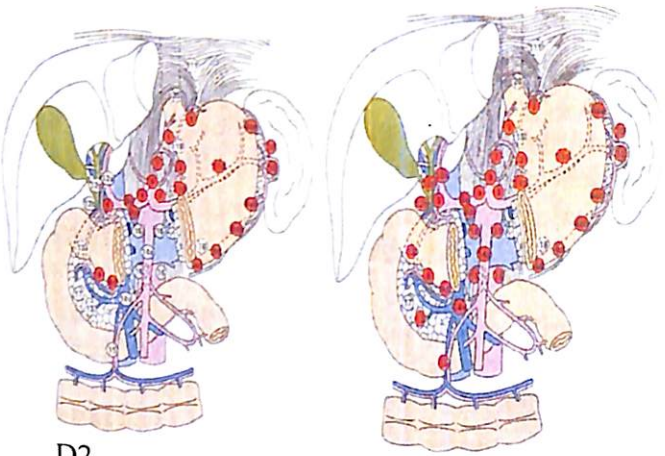
Endoskopik operatsiya (sharoit bo'lganda va kerakli qurilma va u bilan texnik jihatdan ishlay oladigan amaliyoti bo'lgan mutaxassis bo'lganda). Oshqozon shilliq qavati endoskopik rezeksiyasiga ko'rsatma

bo'lib, Tis T1A bosqichda o'sma o'lchami 2 smgacha (I-IIa,b), 1 smgacha (IIs) va o'sma takomillashganligi G1-2 bo'lishi hisoblanadi.

Laparoskopik operatsiya (sharoit bo'lganda va kerakli qurilma va u bilan texnik jihatdan ishlay oladigan amaliyoti bo'lgan mutaxassis bo'lganda) –laparoskopik distal subtotal rezeksiya, gastrektomiya ochiq usuldagi operatsiyalarga alternativ variant sifatida tavsiya etilishi mumkin.

IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC bosqichlar Standart:

Xirurgik davo: distal subtotal rezeksiya; gastrektomiya; Standart operatsiyalarning majburiy komponenti bo'lib D2 hajmdagi limfodisseksiya va kengaytirilgan gastroektomiya D3 hisoblanadi.



D2 D3

*Intraoperatsion intraperitoneal perfuzion termoximioterapiya (sT4abN1-3M0)

*Ad'yuvant ximioterapiya

*Ad'yuvant ximionur terapiya

IV bosqich

*Palliativ maqsaddagi xirurgik operatsiyalar – limfadisseksiyasiz gastrektomiya, subtotal rezeksiya (stenoz, o'smadan qon ketish), gastroenteroanastomoz, gastrostoma, eyunostoma, biliodigestiv anastomoz.

*Turli variantdagi endoskopik rekanalizatsiya (diatermokoagulyasiya, stentlash).

*Standart: turli variantdagi ximioterapiya

*Simptomatik terapiya(Karnovskiy indeksi < 60% yoki ECOG ≥ 3)

*Qaytalanish:

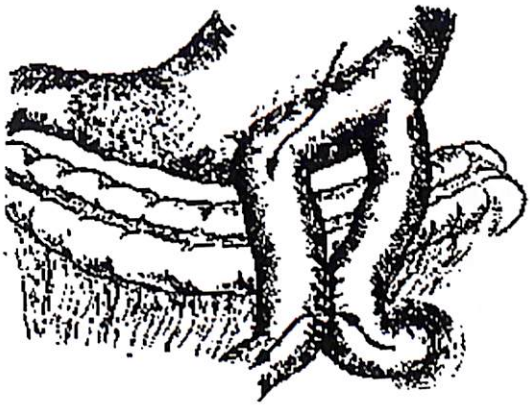
-Operatsiya (individual yondashuv): turli hajmdagi palliativ operatsiyalar; endoskopik rekanalizatsiya (o'smani diatermokoagulyasiyasi, stentlash).

-Palliativ ximioterapiya (individual yondashuv).

-Simptomatik terapiya (Karnovskiy indeksi < 60% yoki ECOG ≥ 3)

Gastroenterostomiya (gastroenterostomoz qo'yish)

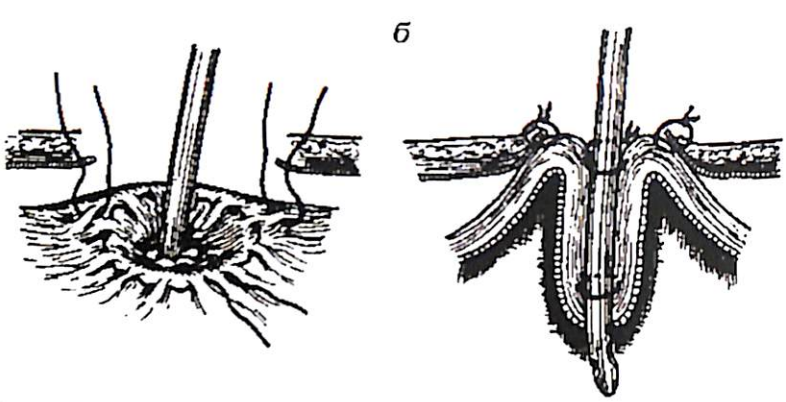
Oshqozon chiqish qismining nooperabel rakida oshqozon-ichak anostomozi qo'yiladi, va bu tez-tez qo'llaniladigan palliativ operatsiya bo'lib hisoblanadi. (Rasm)



Oldingi gastroenteroanastomoz ichaklararo anastomoz bilan birga (I.Littmann bo'yicha 1985)

Gastrostomiya

Oshqozon proksimal qismi va qizilo'ngachning nooperabel rakida ovqat o'tishining qiyinlashganligida qo'llaniladi. Bu operatsiyaning yuzdan ortiq xili taklif qilingan. Eng ko'p tarqalgan gastrostomiya xillari Kader Vitsel bo'yicha turlaridir.



Rasm Gastrostomiya Kader bo'yicha (I. Littmann bo'yicha 1985):
a — kateterni oshqozonga o'rnatish b — kateter bilan oqma hosil qilib kanal ochish

Oshqozon rakida ximioterapiya

5- ftoruratsil, ftorafur, doksorubitsin, epirubitsin, mitomitsin- S, karmustin kabi preparatlar bilan o'tkazilgan monoximioterapiyaning effektivligi 15-20 foizdan oshmaydi, o'smaning to'liq regressiyasi kuzatilmaydi, qisman regressiyaning davomiyligi 4-5 oydan oshmaydi. Oxirgi 10 yil mobaynida kombinirlashgan ximioterapiya usulini qo'llash disseminatsiyalashgan oshqozon rakida yaxshi natijalar berayapti. Ancha aktiv dorilar kombinatsiyasini qo'llaganda davo effektivligi 40-50 foiz, to'liq remessiya 10-15 foizni tashkil qiladi.

Poliximioterapiya sxemalari.

*** ESX**

epirubitsin 50 mg/m2 (yoki doksorubitsin 40 mg/m²) v/i oqim bilan 1 kun, sisplatin 60 mg/m2 v/i tomchilab gipergidratatsiya va antiemetiklar fonida 1 –kun kapetsitabin 625 mg/m2x 2 mahal/sut. per os 1 – 21 kunlar. Kurslar orasidagi interval 3 hafta.

***EOX**

epirubitsin 50 mg/m2 (yoki doksorubitsin 40 mg/m²) v/i oqim bilan 1 kun, oksaliplatin 130 mg/m2 v/i tomchilab 1-kun kapetsitabin 625 mg/m2x 2 mahal/sut. per os 1 – 21 kunlar. Kurslar orasidagi interval 3 hafta

***XP**

Kapetsitabin 1000mg/ m² x 2 2 mahal/sut per os 1 - 14 kunlar yoki siklning 1 –kuni kechqurundan 15 kuni ertalabgacha+ sisplatin 80 mg/m2 v/i tomchilab gipergidratatsiya va antiemetiklar fonida 1 –kun. Kurslar orasidagi interval 3 hafta

***XELOX (CAPOX)**

Kapetsitabin 1000mg/ m^2 x 2 mahal/sut. per os 1 - 14 kunlar yoki siklning 1 – kuni kechqurundan 15 kuni ertalabgacha+ oksaliplatin 100-130 mg/m^2 v /i tomchilab 1-kun.

Kurslar orasidagi interval 3 hafta

***ELF**

Etopozid 120 mg/m2 v/i tomchilab 1—3 kunlar, Leykovorin 50 mg v/i oqim bilan 1—3 kunlar, 5-FU 500 mg/m2 v/i oqim bilan 1—3 kunlar. Kurslar orasidagi interval 3 -4 hafta

***EAP**

Etopozid 120 mg/m2 v/i tomchilab 1 mahal 4–6 kunlar

Doksorubitsin 20 mg/m2 v/i tomchilab 1 va 7 kunlar

Sisplatin 40 mg/m2 v/i tomchilab 2 va 8 kunlar gipergidratatsiya va antiemetiklar fonida. Kurslar orasidagi interval 3 -4 hafta

Monoximioterapiya

5-ftoruratsil: 800 mg/m2/sut. 1–5 kunlar har 3–4 haftada

Leykovorin 200 mg/m2 2-soat v/i infuziyasi 1-kun + 5-FU 400 mg/m2 v/i oqim bilan + 5-FU 2400mg/m2 v/i infuziyasi 46 soat davomida 1-2 kunlar. Kurslar orasidagi interval 2 hafta

Kapetsitabin: 1250 mg/m2/2 mahal/sut. per os 1 - 14 kunlar, har 3 haftada

Irinotekan 150-180 mg/m^2 2 haftada 1 marta

Irinotekan 250-350 mg/m^2 3 haftada 1 marta

Dotsetaksel 60-75-100 mg/m^2 3 haftada 1 marta

Paklitaksel 80 mg/m^2 1; 8; 15 kunlar har 4 haftada

Paklitaksel 135-175 mg/m^2 3 haftada 1 marta

Ftorafur 800 mg 2 mahal/sut. per os 1-21 kunlar, kurslar orasidagi interval 2 hafta.

*** VMLF**

Vinorelbin 25 mg/ m^2 v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 1-va 4kunlar; Metotreksat 40 mg/ m^2 v/i tomchilab 2 soat davomida 1-kun;

Fluorouratsil 1000 mg/ m^2 22-soatli v/i infuziyasi 1-3- kunlar, metotreksat yuborilgandan keyin 24 va 48 soatlarda – kalsiy folinat 200 mg/m^2 v/i tomchilab 2 soat davomida 2- va 3- kunlar

Kurslar orasidagi interval 3 hafta

*** XELIRI**

irinotekan 200-250 mg/m² v/i tomchilab 1 kun + kapetsitabin 1000 mg/ m² x 2 mahal/sut. per os 1 - 14 kunlar yoki siklning 1-kuni kechqurundan 15 kuni ertalabgacha.

Kurslar orasidagi interval 3 hafta

***T-XP**(jismoniy holati yaxshi bo'lgan patsientlarda (ECOG 0-1) Her2/neu oqsili gipereksprессiyasi (IGX3+ yoki IGX2+ gen amplifikatsisi bo'lganda (FISH+)) trastuzumab 8 mg/kg 1 kursning 1-kuni, keyinchalik bir kunda 6 mg/kg + kapetsitabin po 1000mg/ m² x 2 per os 1 - 14 kunlar yoki siklning 1-kuni kechqurundan 15 kuni ertalabgacha+ sisplatin 80 mg/m² v/i tomchilab 1-kun gipergidratatsiya va antiemetiklar fonida.

XXI BOB. CHAMBAR ICHAK RAKI EPIDEMIOLOGIYA

Yo'g'on ichak raki oshqozon ichak trakti xavfli o'smalari ichida 2-3 o'rinni egallaydi va barcha xavfli o'smalarining 4-6 foizini tashkil qiladi. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra, o'sma o'rta hisobda: 12 foiz — ko'r ichakda, 8 foiz — chambar ichakda, 15 foiz — sigmasimon ichakda, 65 foiz — to'g'ri ichakda kuzatiladi. 50 yoshdan o'tgan bemorlarda ko'proq uchraydi. Yo'g'on ichak raki shimoliy Amerika va Yevropa davlatlarida ko'proq, Osiyo davlatlarida kamroq, Afrika davlatlarida esa umuman kam uchraydi.

O'zbekiston Respublikasi bo'yicha chambar ichak raki bilan kasallanish har 100 ming aholiga 2015 yilda 6,4 ni, 2016 yilda 4,7 ni, 2017 yilda 9,4 ni, 2018 yilda 7,7 ni, 2019 yilda esa 6,3 ni yani 2399 ta bemorni tashkil qilgan.

Yo'g'on ichak raki ayollarda 60-64 foiz, erkaklarda esa 36 -40 foiz hollarda, 60 yoshdan katta bemorlarda uchraydi.

Xavf omillari

-Juda achchiq va sho'r, tarkibi bir xil ovqat iste'mol qilganlarda;

-Ko'p qovurilgan go'sht, dudlangan baliq;

-Kanserogen moddalarning ta'siri (nitroz birikmalari va benzpiren),

-Kuchli spirtli ichimliklar suiste'mol qiluvchilar, tamaki chekuvchilar, -Stress,

-Genetik moyillik,

-Ba'zi vitaminlarning (A, C, E va x.k.) va mikroelementlarning yetishmasligi.

Etiopatogenetik faktorlar

* **Genetik faktorlar:** Ushbu kasallikning irsiy yo'l bilan o'tishini oilaviy polipoz sindromi hamda birinchi liniya qarindoshlarda kolorektal karsinoma yoki polip va polipoz sindromlari (Gardner, Peyts-Egers-Turen, yuvenil polipoz) bo'lishi yo'g'on ichak raki rivojlanish xavfini 3-5 marta oshiradi.

***Aholini ovqatlanish xarakteri:**

-hayvon yog'i, oqsillar, rafinirlangan uglevodlar (shakar) miqdori ko'p bo'lgan, kam shlakli ovqatlarni ko'p iste'mol qilish;

-ovqat ratsionidagi go'sht (rivojlangan davlatlarda kolorektal karsinomani ko'payganligi ovqat ratsionida go'sht, ayniqsa cho'chqa va mol

go'shti ko'pligi va kletchatka kamligi bilan bog'liq) va hayvon yog'lari kanserogen ishlab chiqaruvchi ichak bakteriyalarini tez ko'payishiga sabab bo'ladi. Bu jarayonni o't kislota tuzlari stimulyasiya qilsa A, C va E tabiiy vitaminlari kanserogenlarni inaktivatsiya qiladi;

***Kam harakatli turmush tarzi** – gipokineziya;

***Katta yoshlarda ichaklarning gipo- va atoniyasi** – surunkali ich qotishi;

* Ichak ichidagi axlatda **endogen kanserogenlar** (indol, skatol, guanidin) ko'pligi va ich qotganida ularni ichak shilliq qavatiga uzoq muddatli ta'siri;

***Koprostaz** holatda ichakning fiziologik toraygan joylarida axlatning ichak shilliq qavatlarini mexanik shikastlashi;

*Anamnezda ayollar jinsiy a'zolari yoki sut bezi raki borligi;

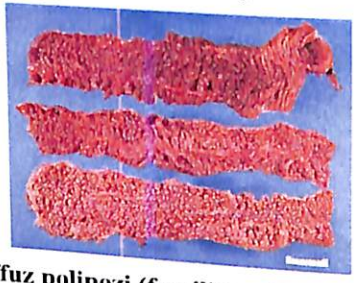
*Oilaviy rak sindrom;

*Immunodefitsit holatlari;

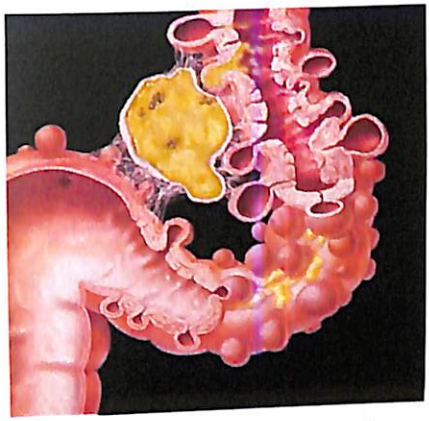
Asbest ishlab chiqarish va yog'ochsozlik sanoatida ishlaydiganlarda kolorektal karsinoma ko'p uchrashi va vegeteryanlar orasida esa juda kam uchrashi aniqlangan.

Rak oldi kasalliklari

1. Surunkali kolitlar, yarali kolit, ayniqsa muddati 10 yildan ortiq bo'lganlarda (xavflilik omili 10 foiz).
2. Surunkali nospetsifik yarali kolit,
3. Kron kasalligi.
4. Polip yoki polipozlar (oilaviy diffuz polipoz –familian adenomatosus polyposis, FAP).
5. Divertikulyoz (divertikulit)



Yo'g'on ichak oilaviy diffuz polipozi (familian adenomatous polyposis, FAP)



Yo'g'on ichak divertikulyozi



Surunkali nospetsifik yarali kolit



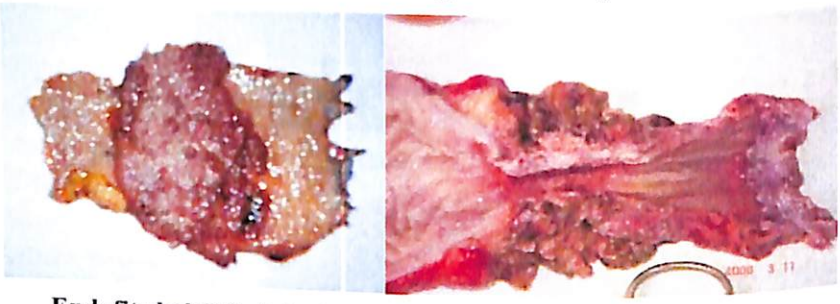
Kron kasalligi

Tasniflash

O‘sish shakliga qarab **ekzofit** va **endofit** o‘smalar farqlanadi.

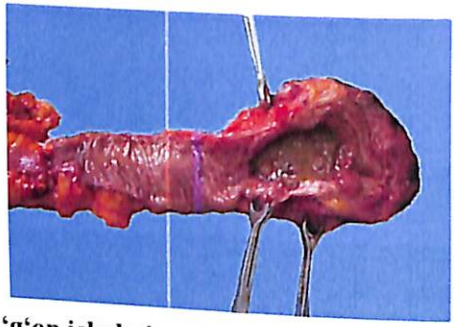
- **Ekzofit** o‘smalar polip, tugun yoki so‘rg‘ichli shakldagi tuzilma bo‘lib, gulkaramni eslatadi va ichak bo‘shlig‘iga o‘sib kiradi.
- **Endofit** (infiltrativ) saraton asosan ichak devori ichiga o‘sadi. O‘sma ichakning butun aylanasi bo‘ylab sirkulyar o‘sib, uning bo‘shlig‘ini toraytirib qo‘yadi.

Yo‘g‘on ichak rakining makroskopik shakllari



Endofit shakli (ko‘pincha ichak obturatsiyasiga olib keladi)

Ekzofit shakli



Makropreparat: Yo‘g‘on ichakning o‘sma bilan birga rezeksiya qilingan qismi

Yo‘g‘on ichak rakining xalqaro morfologik klassifikatsiyasi

Adenokarsinoma (90-95 foiz): a) yuqori takomillashgan;
b) o‘rtacha takomillashgan;
v) kam takomillashgan

1) Shilliqli adenokarsinoma (10 foiz): a) mukoid rak;
b) shilliqli rak;
v) kolloid rak.

2) Uzuksimon-hujayrali 4S mukotsellyulyar rak (4 foiz):

3)Takomillashmagan rak (1 foiz) (carcinoma simplex, medullyar, trabekulyar).

4) Tasniflanmaydigan rak (1foiz).

TNM bo'yicha klinik klassifikatsiya UICC, 8-nashri, 2016 yil:

T – birlamchi o'sma.

Tx – birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0 – birlamchi o'sma belgilari yo'q.

Tis –rak in situ: intraepitelial rak yoki shilliq qavatning xususiy plastinkasiga invaziyasi.

T1 – o'sma shilliq osti qavatiga o'sib o'tadi.

T2 – o'sma mushak qavatiga o'sib o'tadi.

T3 –o'sma subseroz qavatga yoki peritonizatsiyalanmagan pararektal kletchatkaga o'sib o'tadi.

T4 – o'sma bevosita boshqa a'zo yoki tuzilmalarga o'sib o'tadi yoki qorin pardaning visseral qavatini perforatsiyalaydi. T4a – o'sma qorin pardaning visseral qavatini perforatsiyalaydi.

T4b – o'sma bevosita boshqa a'zo yoki tuzilmalarga o'sib o'tadi

N – regionar limfa tugunlar

Nx –regionar limfa tugunlarni baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas.

N0 - regionar limfa tugunlar metastik zararlanmagan.

N1 – 1-3 regionar limfa tugunlarda metastazlar bor.

N1a – 1 regionar limfa tugunda metastaz bor.

N1b – 2-3 regionar limfa tugunda metastaz bor.

N1s – subseroza yoki peritonizatsiyalanmagan pararektal kletchatkaga o'sma depozitlari (TD)4 bo'lib regionar limfa tugunlarda metastazlar yo'q.

N2 – 4 va undan ortiq regionar limfa tugunda metastaz bor.

N2a – 4-6 regionar limfa tugunda metastaz bor

N2b – 7 undan ortiq regionar limfa tugunda metastaz bor.

Eslatma: TD 4 Birlamchi o'sma atrofidagi perikolorektal kletchatkada peritumoroz o'sma satellitlari bo'lib gistologik limfa tugun qoldiqlari belgilari bo'lmaydi.

M – uzoqlashgan metastazlar.

M0 – uzoqlashgan metastazlar aniqlanmaydi.

M1 – uzoqlashgan metastazlar bor.

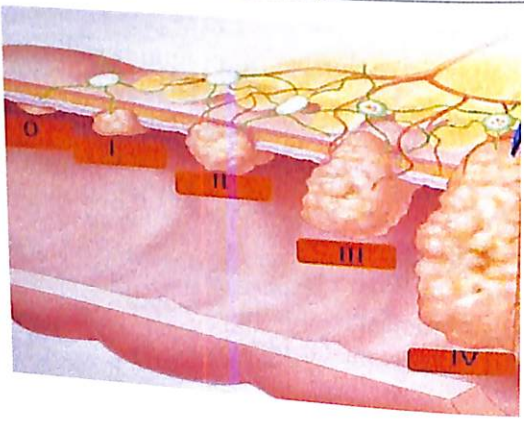
M1a – qorin parda zararlanmagan holda bitta organga (jigar, o'pka, tuxumdonlar, noregionar limfa tugunlar) metastaz bo'ladi.

M1b – bittadan ortiq organlarga metastazlar bo'ladi.

M1c – qorin pardaga metastazlar bo'ladi va boshqa a'zolarga metastazlar bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin.

Bosqichlariga ko'ra klinik guruhlash

0 Bosqich	Tis	N0	M0
I Bosqich	T1, T2	N0	M0
II Bosqich	T3, T4	N0	M0
IIA Bosqich	T3	N0	M0
IIB Bosqich	T4a	N0	M0
IIC Bosqich	T4b	N0	M0
III Bosqich	barcha T	N1, N2	M0
IIIA Bosqich	T1, T2 T1	N1 N2a	M0 M0
IIIB Bosqich	T1,T2 T2,T3 T3, T4a	N2b N2a N1	M0 M0 M0
IIIC Bosqich	T3, T4a T4a T4b	N2b N2a N1, N2	M0 M0 M0
IV Bosqich	barchaT	barchaN	M1
IVA Bosqich	barcha T	barcha N	M1a
IVB Bosqich	barchaT	barcha N	M1b



Yo'g'on ichak raki bosqichlarini TNM bo'yicha guruhlanishi va Dukes tasnifi bo'yicha solishtirilishi:

I Bosqich	**T1-2 N0 M0**	**A**
II Bosqich	**T3-4 N0 M0**	**B**
III Bosqich	**barcha T N1-2 M0**	**C**
IV Bosqich	**barcha T barcha N M1**	**D**

Metastazlanishi

Limfogen yo'l bilan metastazlanish;

Regionar limfa tugunlarga metastazlanishining 3 etapi farqlanadi:

2. I etap — epikolik yoki parakolik limfa tugunlari;
3. II etap — oraliq yoki xususiy tutqich limfa tugunlari;
4. III etap - paraaortal, ko'ndalang chambar ichak tutqichi limfa tugunlari.

Keyinchalik limfa I—II bel umurtqalari sohasida ko'ndalang joylashgan limfatik sisternaga yig'iladi. Ushbu sisternadan ko'krak limfa yo'li (ductus thoracicus) orqali v.subclavia sinistra v.jugularis sinistra birikadigan joyda venoz tizimga quyiladi va odatda shu joyda o'mrov usti metastazlari aniqlanadi.

Gematogen yo'l bilan metastazlanish o'sma venoz tizimga o'sib o'tganidan keyin qon oqimi bilan birinchi navbatda jigarga, o'pkaga, suyaklar va b.q.a'zolarga beriladi.

Implantatsion yo'l bilan yoki kontakt yo'l bilan metastazlanish, o'sma ichak devorining barcha qavatlariga o'sib o'tganidan keyin rak hujayralari o'smaning asosiy massasidan ajralgandan keyin qorin parda bo'ylab tarqaladi va qorin parda karsinamatozi deb aytiladi, bunda assit va kindikka metastaz kuzatiladi. Bunday metastazlanish kasallikning o'tinqiragan bosqichlarida kuzatiladi.

Klinikasi

Yo‘g‘on ichak rakining klinik ko‘rinishi:

· **Qorinda og‘riq** xarakteriga ko‘ra yengil o‘tmas og‘riqdan kuchli xurujsimon bo‘lishi mumkin. Kuchli xurujsimon og‘riq ichak passaji buzilganda, ichak tutilishi sodir bo‘lganda kuzatiladi va bu o‘sma ko’ndalang chambar ichakning chap tomonida joylashganda ko‘proq kuzatiladi.

· **Ichak diskomforti** (ishtaha yo‘qolishi, kekirish, qorin bo‘shlig‘i yuqori qismida og‘irlik hissi va ayrim hollarda qusish). Bu simptomlar ko‘pincha o‘sma yo‘g‘on ichakning ko‘ndalang qismida va o‘ng tomonida joylashganda, juda kam hollarda chap tomonda joylashganda kuzatiladi.

· **Ichak faoliyati buzilishlari** (ich qotishi va ich ketishi almashib turishi, qorin quldirashi va qorin damlashi). Bu simptomlar o‘sma yo‘g‘on ichakning chap tomonida joylashganda ichak passaji buzilishi tufayli o‘smaning ko‘pincha sirkulyar o‘sishi, shakllangan axlat massasining qattiq konsistensiyasi oqibatida kelib chiqadi. Ichak passajining buzilishi dastlab qisman keyin to‘liq obturatsion ichak tutilishiga olib keladi.

· O‘sma sigmasimon ichakning distal qismda joylashganda defekatsiya akti vaqtida **patologik ajralmalar**- qon, yiring, shilliq kelishi kuzatiladi.

· **Bemorning umumiy ahvolini buzilishi** holsizlik, ozib ketish, lixoradka, gipoxrom anemiya, o‘smaning yemirilishi va ikkilamchi infeksiya tufayli yuzaga keladigan intoksikatsiya oqibatida kelib chiqadi. Ko‘pincha ushbu belgilar o‘sma yo‘g‘on ichakning o‘ng tomonida joylashganda shilliq qavatning so‘rilish funksiyasi buzilishi oqibatida kelib chiqadi.

· **Palpatsiya qilinadigan o‘smaning aniqlanishi** ko‘pincha kasallikning birinchi simptomi bo‘ladi.

Yo‘g‘on ichak rakining klinik formalari:

1. **Obturatsion (stenozlovchi)** shakli ko'pincha o'sma chambar ichakning chap yarmida joylashganda qisman va to'liq ichak tutilishi bilan namoyon bo'ladi.

2. **Enterokolitik shaklida** – klinika ichak faoliyati buzilishi ko'rinishida bo'ladi. Bunday bemorlar turli tashxislar: kolit, enterit, enterokolit, axlatda qon yoki ich suyuq kelganda dizenteriya tashxislari bilan davolanib yurishadi. Shuning uchun yuqoridagi simptomlar kuzatilganda yo'g'on ichakni diqqat bilan tekshirish kerak bo'ladi.

3. **Toksiko-anemik shakli-** ko'pincha o'sma ichakning o'ng tomonida joylashganda bo'ladi va birinchi o'ringa progressiyalanuvchi gipoxrom anemiya va lixoradka fonida bemorning umumiy holatini yomonlashuvi kuzatiladi. Bunday bemorlar uzoq vaqtlar davomida noaniq genezli anemiya tashxisi bilan davolanib yurishadi. Yuqoridagi belgilar kuzatilganda butun yo'g'on ichakni diqqat bilan tekshirish talab qilinadi.

4. **Dispepsik shaklida** oshqozon ichak trakti diskomforti belgilari yuzaga chiqadi. Chambar ichak rakining ushbu shakli bilan bemorlarga: gastrit, yara kasalligi, xoletsistit, va h.k. tashxislar bilan oshqozon ichak trakti yuqori qismlari tekshiriladi. Ichak faoliyati buzilish belgilari qo'shilgandan keyin tashxis to'liq rentgenoendoskopik tekshirishlar asosida qo'yiladi.

5. **Psevdoyallig'lanish shakli** –klinik ko'rinishida birinchi o'ringa yallig'lanish belgilari (qorinda og'riq, lixoradka, qorin parda qitiqlanishi belgilari, qon tahlilida — leykotsitoz) kuzatiladi. Bu simptomokompleks chambar ichak raki parakolit ko'rinishidagi yiringli-yallig'lanish bilan asoratlanganda yuzaga chiqadi. Rakning bu shaklini diagnostikasi qiyin bo'ladi, chunki kasallik o'tkir appenditsit, xoletsistit, adneksit, pielonefrit va qorin bo'shlig'ining boshqa yallig'lanish kasalliklarini simulyasiya qiladi.

6. **O'sma (atipik) shaklida** — bemor yoki profilaktik ko'rikda vrach qorin bo'shlig'ida palpator o'smani aniqlaydi. Rakning ushbu klinik shakliga palpator o'sma simptomi dominatsiya qilgan va boshqa simptomlar uncha yorqin namoyon bo'lmagan holatlar kiritiladi.

Chambar ichak raki asoratlariga quyidagilar kiradi:

5. Obturatsion ichak tutilishi;
6. O'smani perforatsiyasi va peritonit rivojlanishi;

7. Perifokal yiringli-yallig'lanish kasalliklari (yiringli parakolit, paranefrit, qorin devori va qorin parda orti flegmonasi);

8. O'smadan qon ketishi;

9. O'smani qo'shni a'zolarga o'sib o'tib organlararo oqmalar hosil qilishi;

Diagnostikasi Klinik usullar:

*Bemorning shikoyati: ovqatni yetarli hazm bo'lmaslik, so'rilishning buzilishi, eksudativ enterapatiya belgilari, ichak diskamforti, patalogik ajralmalar kelishi bilan bog'liq shikoyatlar;

*Anamnez to'plashda oilaviy polipoz, nospetsifik yarali kolit va boshqa rak oldi kasalliklariga e'tibor qaratilishi;

*Ob'ektiv tekshirish usullari: ko'rik, palpatsiya, bemorni turli holatdagi qorin bo'shlig'i perkussiyasi;

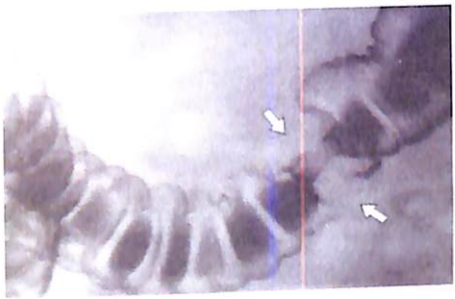
*to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish;

Rentgenologik diagnostika — irrigoskopiya, irrigografiya, qorin bo'shlig'ini obzor rentgenografiyasi.

Chambar ichakni bariy sulfat bilan tekshirishda quyidagi usuldan foydalaniladi: 300—400 ml bariy sulfat eritmasi bemorni chalqanchasiga yoki chap yonboshga yotgan holda yuboriladi va 1 rentgen surat olinadi. Bunda to'g'ri va sigmasimon ichak kontrastlanadi. Keyin bemor yotgan kushetkani oyoq tomoni ko'tariladi, bunda yo'g'on ichakni taloq egriligi va ko'ndalang ichakni distal qismi to'ladi - bu holda 2-rentgen surat olinadi. Shundan keyin bemor o'ng yonboshga yotqizilganda yo'g'on ichakni jigar egriligi kontrast bilan to'ladi. Bemor vertikal holatga o'tkazilganda ko'tariluvchi va ko'r ichak kontrast bilan to'ladi va 3-rentgen surat olinadi. Ikkilik kontrastlash uchun gaz chiqaruvchi trubka orqali ichakka havo yuboriladi.



Ko'ndalang ichak rakining irrigogrammasi



Ko'ndalang ichak rakining irrigogrammasi

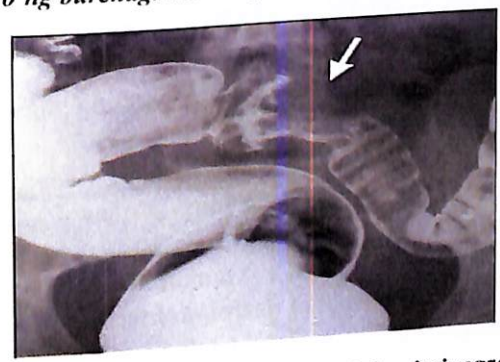


1



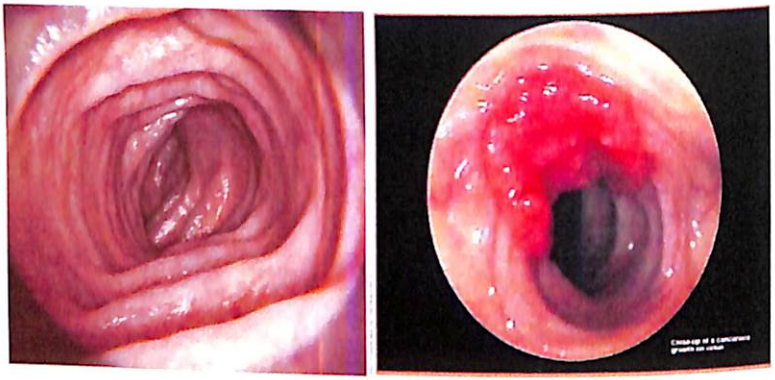
2

1. Chambar ichak ko'tariluvchi qismi rakining irrigogrammasi 2.
. Chambar ichak o'ng burchagi rakining irrigogrammasi



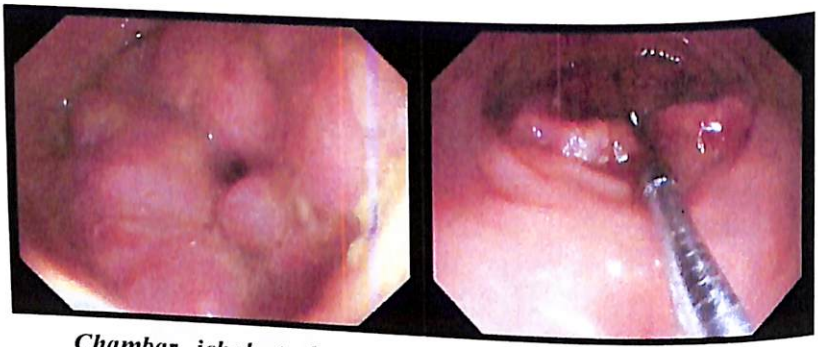
Chambar ichak tushuvchi qismi rakining irrigogrammasi

Endoskopik diagnostika - rektoromanoskopiya, fibrokolonoskopiya, laparoskopiya (gistologik tekshirish uchun biopsiya olinadi va sitologik tekshirish uchun biopsion materialdan surtma olinadi). Fibrokolonoskopiyada ko'r ichakning gumbazigacha ko'rish imkoniyati bo'ladi.

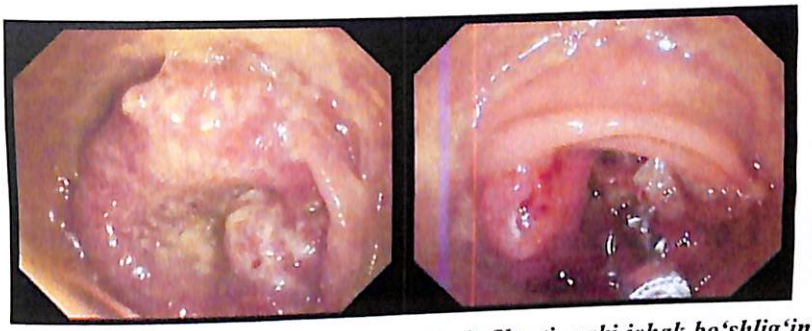


1 *2*

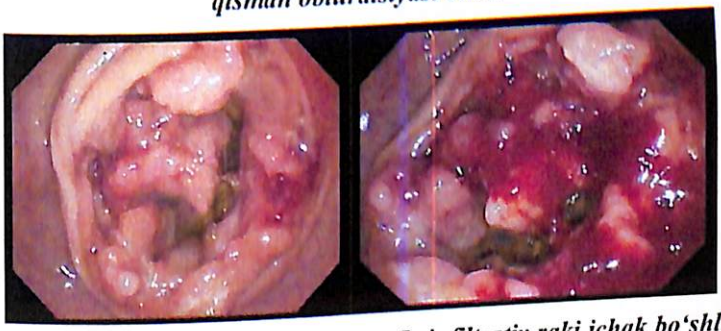
1. *Ko'ndalang chambar ichak normal ko'rinishi*
2. *Ko'ndalang chambar ichak raki endoskopik ko'rinishi*



Chambar ichak tushuvchi qismining ekzofit-infiltrativ raki ichak bo'shlig'ining qisman obturatsiyasi bilan



Ko'ndalang chambar ichakning ekzofit-infiltrativ raki ichak bo'shlig'ining qisman obturatsiyasi bilan



Ko'tariluvchi chambar ichakning ekzofit-infiltrativ raki ichak bo'shlig'ining qisman obturatsiyasi bilan **Laborator diagnostika:**

*Umumiy qon tahlili (yo'g'on ichak raki uchun gipoxrom anemiya, ECHT ko'tarilishi, leykotsitoz xarakterli bo'ladi);

*Yashirin qonga axlat tahlili (Gregersen musbat reaksiyasi, kriptogem test);

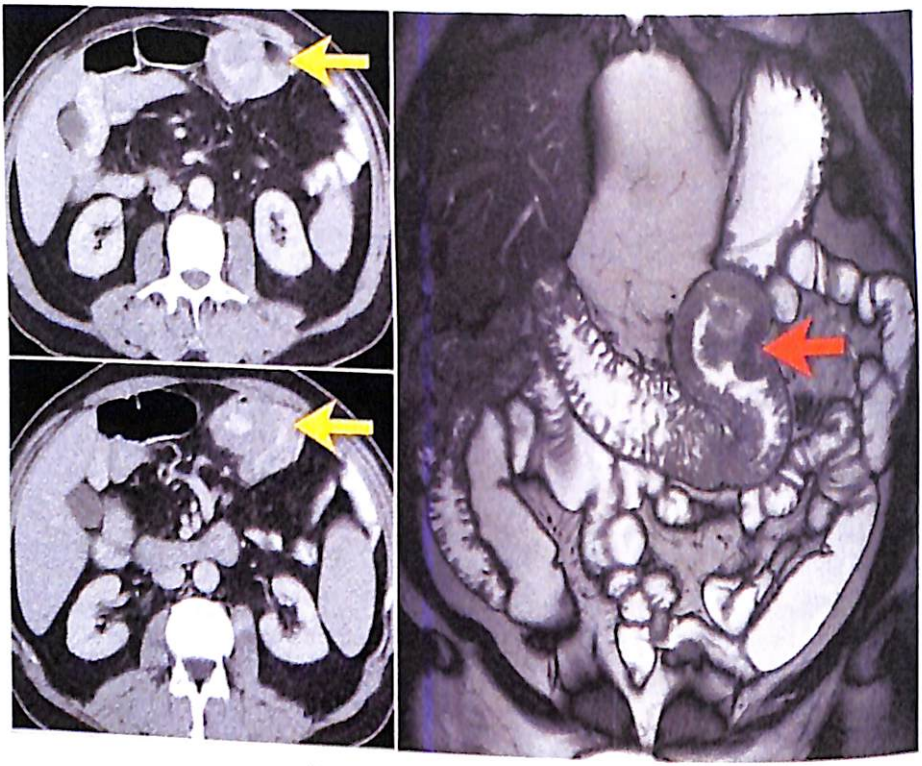
*Koagulogramma (giperkoagulyasiya belgilari kuzatiladi);

*Rak - embrional antigen (REA)ga qon tahlili; ushbu glikoproteid plazmada, ichak, oshqozon osti bezi va embrion jigarida bo'ladi. REA kam miqdorda sog'lom odamlarda hamda ayrim xavfli o'sma kasalliklari, jumladan chambar ichak va to'g'ri ichak rakida ham aniqlanadi.

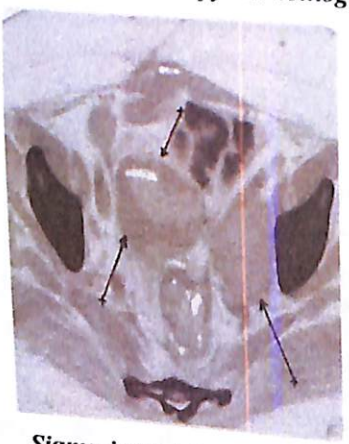
Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari o'sma jarayonining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun o'tkaziladi:

* Gematogen metastazlarni aniqlash uchun jigarni skanerlash;

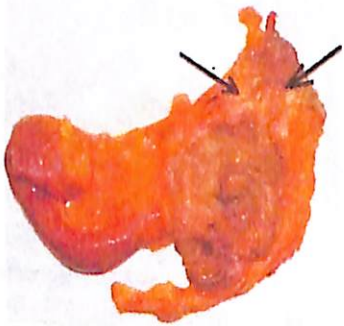
*Jigar va qorin parda orti sohasi limfa tugunlari hamda kollektorlardagi metastazlarini aniqlash uchun UTT va KT o'tkaziladi.



Kompyuter tomogramma



Sigmasimon ichak raki.



Ko'tariluvchi ichak raki.



Makropreparat

Davolash

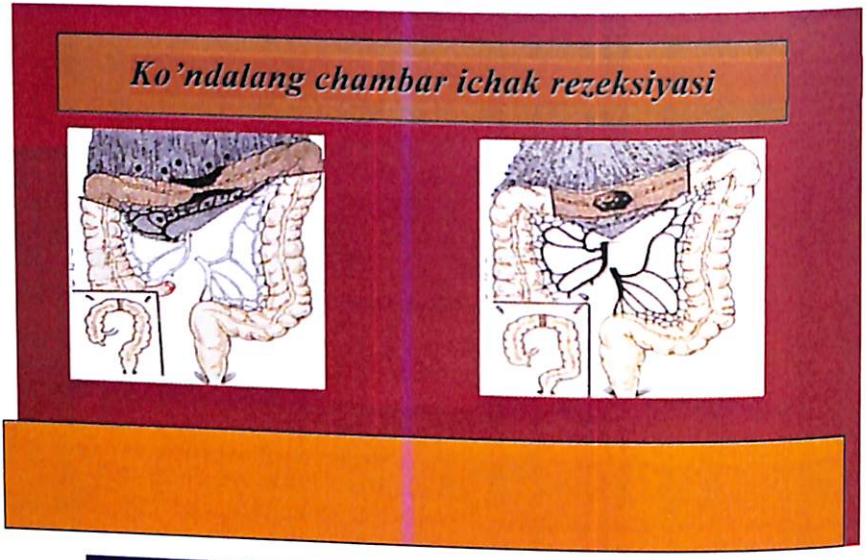
Chambar ichak rakini asosiy davolash usuli xirurgik bo'lib, 2 xil operativ davo turi qo'llaniladi:

Radikal operatsiyalar:

a) **bir momentli**: o'ng tomonlama gemikolektomiya, ko'ndalang chambar ichak rezeksiyasi, chap tomonlama gemikolektomiya, sigmasimon ichak rezeksiyasi , yo'g'on ichak rektosigmoid qismini ichak bir vaqtning o'zida ketma ketligini tiklash bilan **oldingi rezeksiyasi** yoki **Gartman operatsiyasi**;

b) **2- va 3-etapli operatsiyalar**: **Seydler—Shloffer operatsiyasi** (kolostomiya + ichak rezeksiyasi + ichak stomasini yopish), **Mikulich yoki Grekov** va b.q.lar bo'yicha ko'ndalang chambar ichakni obstruktiv rezeksiyasi;

v) chambar ichak raki mahalliy tarqalgan rakida **kombinirlashgan operatsiya** - qo'shni a'zo va to'qimalar birgalikdagi rezeksiyasi;



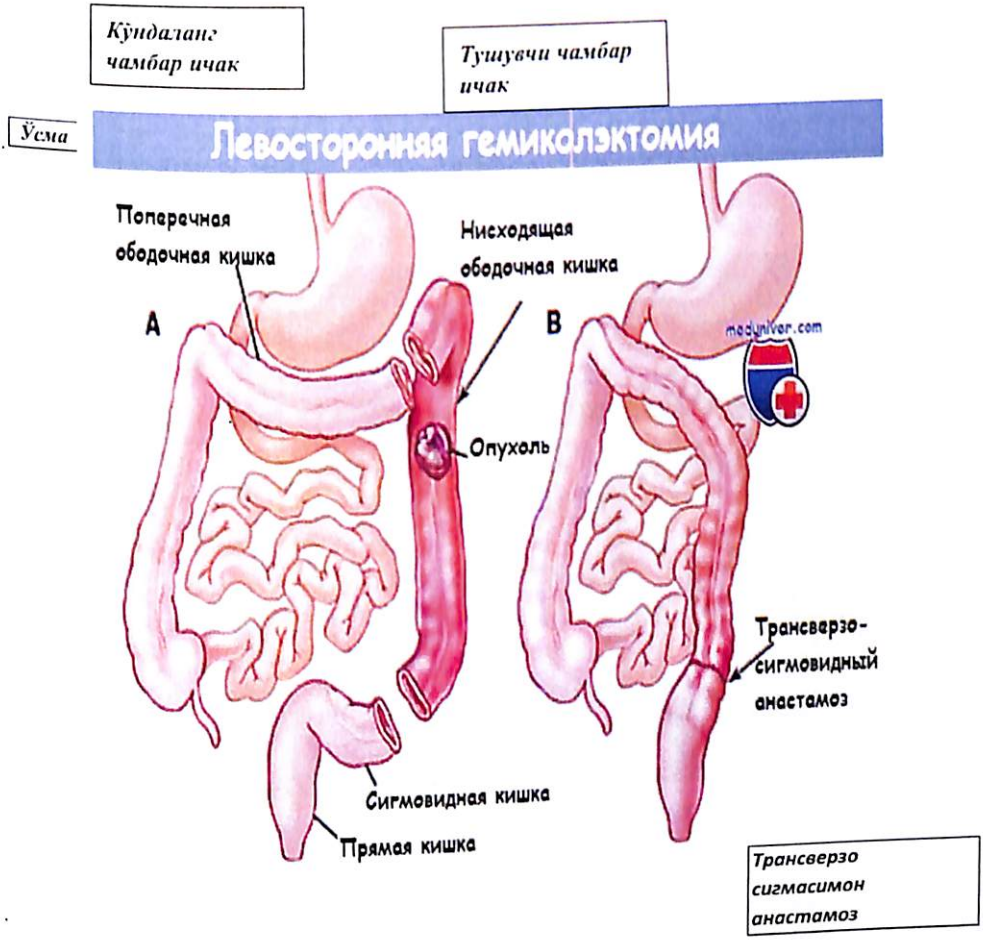


Palliativ operatsiyalar:

a) aylanib o'tuvchi anastomozlar qo'yish;

b) ileostoma, sekostoma, trans-verzostoma, sigmostomalar qo'yish. Chambar ichak raki operatsiyalaridan keyin anusni barmoq bilan kengaytirish (devulsiya, redressatsiya) kerak bo'ladi.

Chap tomonlama gemikolektomiya



Кўндаланг чамбар ичак

Тушувчи чамбар ичак

Ўсма

Трансверзо сигмасимон анастамоз

Сигмасимон ичак

Тўғри ичак

Ko'ndalang chambar ichak rakini bosqichlariga ko'ra davolash

0 Bosqich:

*Operatsiya: -o'smani kesib olish;- o'sma rezeksiyasi; *Kuzatib borish.

I Bosqich:

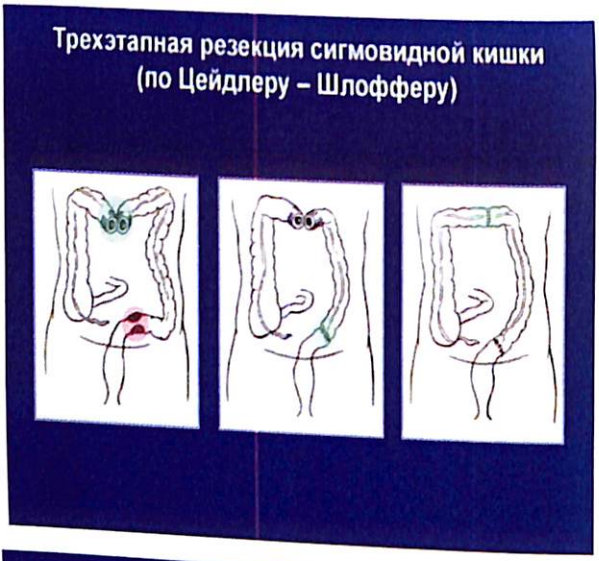
*Operatsiya (operatsiya hajmi o‘sma lokalizatsiyasiga bog‘liq bo‘ladi).

*Kuzatib borish.

II bosqich (IIA, II B)

*Operatsiya (operatsiya hajmi o‘sma lokalizatsiyasiga va o‘sma jarayonini tarqalganligiga bog‘liq bo‘ladi).

*Kuzatib borish.





II C bosqich

*Operatsiya (operatsiya hajmi o'sma lokalizatsiyasiga va o'sma jarayonini tarqalganligiga bog'liq bo'ladi).

*Ad'yuvant ximioterapiya (2-3 haftadan keyin) **III bosqich (III A, III B, III C).**

*Operatsiya (operatsiya hajmi o'sma lokalizatsiyasiga va o'sma jarayonini tarqalganligiga bog'liq bo'ladi).

*Ad'yuvant ximioterapiya (2-3 haftadan keyin) *Kuzatib borish.

Ad'yuvant ximioterapiya.

1. **Meyo klinikasi rejimi:**
   - kalsiya folinat* 20 mg/m2, v/i oqim bilan va keyin bolyusli yuboriladi;
   - ftoruratsila 425 mg/m2, v/i, 1-dan 5-kungacha.
   - Kurs har 4 haftada takrorlanadi va jami 6 kurs o'tkaziladi.

2. **FOLFOX-4:**

-oksaliplatin 85 mg/m2 v/i, 2-soatli infuziya, 1-kun;
- kalsiya folinat* 200 mg/m2, v/i 2-soatli infuziya, 1- va 2-kunlar; -ftoruratsil 400 mg/m2, oqim bilan, v/iga, 1- va 2-kunlar; -ftoruratsil 600 mg/m2, v/i 22-soatli infuziya 1- va 2-kunlar.
Kurs har 2 haftada takrorlanadi va jami 12 kurs o'tkaziladi **3.**

XELOX:

-oksaliplatin 135 mg/m2 v/i, tomchilab 1-kun;
-kapetsitabin 2000 mg/m2/sut., per os ikki mahal (ertalab/kechqurun),1- dan 14 kungacha; Kurs har 3 haftada 6 oy davomida takrorlanadi.

IV bosqich (IV A, IV B) .

*Operatsiya (palliativ operatsiya; rezektabel o'sma va yagona uzoqlashgan soletar metastazlarda – birlamchi o'smani jarrohlik yo'li bilan davolash hamda uzoqlashgan metastazlarni bir momentli yoki keyinchalik olib tashlash);

*Kombinirlashgan operatsiyalardan keyin:
-Operatsiyadan keyingi nur terapiya(T4ga mos ravishda o'smani mahalliy tarqalgan holatlarda);
-ad'yuvant ximioterapiya (uzoqlashgan yagona soletar metastazlarda); -Tizimli ximioterapiya.

III bosqichdagi kabi +

FOLFIRI: irinotekan 180 mg/m2 vena ichi 2-soatli infuziya 1-kun, kalsiy folinat 200 mg/m2 vena ichi 2-soatli infuziya 1- va 2-kunlar (1-kun ikki bo'shliqli kateter bilan irinotekan bilan bir vaqtda);

-ftoruratsil 400 mg/m2 v/i oqim bilan (kalsiy folinat infuziyasidan keyin darhol) 1- va 2-kunlar, keyin 600 mg/m2 22-soatli vena ichi infuziyasi 1-va 2-kunlar; Kurs har 2 haftada takrorlanadi.

XXIIBOB. TO'G'RI ICHAK VA REKTOSIGMOIDAL SOHA RAKI

Epidemiologiya

To'g'ri ichak raki onkologik kasalliklar tuzilmasida uchrash soni bo'yicha 6-7- o'rinda turadi va barcha rak kasalliklarni 4-5 foizini tashkil qiladi. Oshqozon ichak yo'li xavfli o'smalari ichida uchinchi o'rinda turadi. Ichak xavfli o'smalari ichida esa birinchi o'rinni egallaydi (ichak raklarini 70-80 foizini tashkil qiladi). To'g'ri ichak raki 40-60 yoshdagi odamlarda ancha ko'proq uchraydi, biroq yoshlarda ham(20-30 yosh), uchrashi mumkin. Ayol va erkaklarda uchrash nisbati deyarli bir xil bo'ladi.

To'g'ri ichak rakini keltirib chiqaruvchi xavf omillari

Ovqat ratsionida go'shtni (ayniqsa mol va cho'chqa go'shti ko'p bo'lishi va kletchatka kam bo'lishi) hamda o'zidan kanserogen moddalar ajratuvchi ichak bakteriyalarni ko'paytiruvchi mol yog'ini ko'p miqdorda bo'lishi;

- O't kislotasi tuzlari bu jarayonni stimulyasiya qilishi mumkin.
- Tabiiy A, C va E guruhdagi vitaminlarni ovqat tarkibida yetishmasligi, chunki mazkur vitaminlar kanserogenlarni inaktivatsiya qiladi.
- Vegetarianlar orasida kolorektal rakni kam uchrashi aniqlangan.

Kolorektal karsinomani absest sanoati ishchilari va o'rmon kesuvchilar orasida ko'p uchrashi aniqlangan.

- Oilaviy polipoz sindromi mavjudligi kasallikni nasliy o'tishini isbotlaydi va birinchi avlod qarindoshlarida karsinoma yoki poliplar bo'lishi kolorektal karsinoma uchrash ehtimolini bir necha bor (3-5 marta) oshiradi.

10 yil davomida yarali kolit bilan kasallanganlar, ayniqsa pankolit bo'lishi (xavf omili 10 foizdan oshadi).

-Anamnezda yo'g'on ichak adenomasi, polipoz sindromi, oilaviy diffuz polipoz, bitta va ko'plab poliplar, so'rg'ichli o'smalar bo'lishi;

-Anamnezida ayollar ginekologik a'zolari raki yoki sut bezi raki hamda boshqa oilaviy rak sindromlari mavjudligi.

-Immunodefitsit holatlari;

-Kron kasalligi;

Rak oldi kasalliklari

*poliplar (adenomatoz, ipchali);

* Diffuz polipoz (oilaviy-nasliy);

*Surunkali proktit (rektit), proktosigmoidit (surunkali nospetsifik yarali proktosigmoidit),

*Kron kasalligi;

*Anorektal yoriqlar, oqmalar;

Poliplar rakka aylanish ehtimoli yuqori bo'lgan obligat rak oldi kasalligiga kiradi.

Tasniflash

O'sma o'sishining quyidagi anatomik shakllari farqlanadi:

*ekzofit;

*endofit;

*aralash yoki o'tuvchi.

Gistologik klassifikatsiya(BJSST tasnifi, 2010).

Rektosigmoid sohaning 90 foizdan ortiq o'smalari – bezli hujayrali adenokarsinoma bo'lib, ularning ko'pchiligi sitokeratin 20 va transkripsiya faktori CDX2 ni ekspressiya qiladi, hamda sitokeratin 7ga negativ bo'ladi.

50 foizdan ortiq hollarda hujayradan tashqari mutsin saqlovchi **shilliqli adenokarsinoma** farqlanadi.

50 foizdan kam hollarda ekstratsellyulyar shilliq saqlovchi adenokarsinoma «**shilliq komponent saqlovchi adenokarsinoma**» deb tasniflanadi.

Uzuksimon hujayrali rak – adenokarsinomani bir varianti bo'lib, 50 foizdan ortiq uzuksimon hujayralardan iborat bo'ladi (yadroni periferiyaga siljitgan hujayra ichi shillig'i bo'lgan hujayralar aniqlanadi). 50 foizdan kam uzuksimon hujayralardan iborat bo'lgan adenokarsinoma, «uzuksimon komponent saqlovchi adenokarsinoma» deb tasniflanadi.

Medullyar rak – rektosigmoid sohada kam uchraydigan rak bo'lib, kuchli ifodalangan yadrocha saqlovchi vezikulyar yadroli va eozinofil sitoplazmali hujayralardan iborat bo'ladi.

Tishli adenokarsinoma – rektosigmoid sohada kam uchraydi, hujayraviy tuzilishiga ko'ra tishli adenomaga o'xshaydi.

Kribriformali komedo-karsinoma – adenokarsinomani kam uchraydigan shakli hisoblanadi.

Mikropapillyar adenokarsinoma – rektosigmoid sohada kam uchraydigan rak varianti bo'lib, o'sma hujayralari stromadan alohida uzoqlikda joylashgan kichik klasterlar ko'rinishida bo'ladi.

Adenoskvamoz rak – o'sma ikkita xavfli komponentdan: adenokarsinoma va yassi hujayrali rakdan iborat bo'ladi.

Urchuqsimon hujayrali rak – sarkomatoid komponentli urchuqsimon hujayrali bifazali karsinoma.

Takomillashmagan karsinoma – kam uchraydigan holat bo'lib, bunda epitelial xavfli o'smani morfologik, immunogistoximik va molekulyar-biologik belgilari yo'qligi uchun tasniflash imkoni bo'lmaydi.

Rektosigmoid sohada juda kam uchraydigan rak shakllari:

1) yorug'-hujayrali karsinoma; 2) papillyar adenokarsinoma.

TNM bo'yicha tasnifi

Tx– birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi;

T0– birlamchi o'sma belgilari yo'q;

Tis– rak in situ: intraepitelial rak yoki shilliq qavatning xususiy plastinkasiga invaziyasi;

T1– o'sma shilliq osti qavatga o'sib o'tadi;

T2– o'sma mushak qavatga o'sib o'tadi;

T3–o'sma subseroz qavatga yoki peritonizatsiyalanmagan perirectal kletchatkaga o'sib o'tadi;

T4– o'sma bevosita boshqa a'zo yoki tuzilmalarga o'sib o'tadi yoki visseral qorin pardani perforatsiyalaydi;

T4a– o'sma visseral qorin pardani perforatsiyalaydi;

T4b– o'sma boshqa a'zo yoki tuzilmalarga o'sib o'tadi;

2 – o'sma seroz qavat orqali boshqa a'zo va chambar ichakning boshqa segmentlariga o'tganligi mikroskopik tasdiqlanadi yoki retroperitoneal yoki subperitoneal boshqa a'zolarga (prostata bezi, urug' pufakchalari, bachadon bo'yni va qin) to'g'ridan to'g'ri o'sib o'tadi.

3 – o'sma boshqa a'zo yoki tuzilmalarga makroskopik yopishgan bo'lsa cT4b deb tasniflanadi va yopishgan joyida mikroskopik xavfli o'sma hujayrasi aniqlanmasa invaziya chuqurligiga qarab pT1-4a deb baholanadi.

N – regionar limfa tugunlarga perikolik, hamda pastki mezenterial, sigmasimon va to'g'ri ichak tomirlari bo'ylab joylashgan limfa tugunlar kiradi.

Nx– regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi;

N0-limfa tugunlar metastatik zararlanmagan;

N1 – 1-3 regionar limfa tugunlarda metastaz bor;

N1a– 1 regionar limfa tugunda metastaz bor;

N1b– 2-3 regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N1s –subseroz qavatda yoki peritonizatsiyalanmagan perirektal kletchatkada o'sma depozitlari bor, lekin regionar limfa tugunlar zararlanmagan;

N2– 4 yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarda metastazlar bor;

N2a– 4-6 regionar limfa tugunlarda metastaz bor;

N2b–7 yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarda metastazlar bor.

Peritumoroz satellitlar – birlamchi o'sma atrofidagi perikolorektal kletchatkada bo'ladi va gistologik limfa tugunlar zararlanmaydi (TD).

M – uzoqlashgan metastazlar.

M0– uzoqlashgan metastazlar yo'q;

M1– uzoqlashgan metastazlar bor;

M1a– metastaz bitta a'zoda (jigar, o'pka, tuxumdon, noregionar limfa tugunlar) bor, qorin parda metastatik zararlanmagan;

M1b– bittadan ortiq a'zoda metastaz bor;

M1c – qorin parda metastatik zararlangan, boshqa a'zolarda metastaz bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin.

pN0– 12 yoki undan ortiq limfa tugunlarni gistologik tekshirish asosida qo'yiladi. Agarda limfa tugunlarda metastaz topilmasa yoki 12 tadan kam limfa tugun gistologik tekshirilgan bo'lsa pN0 deb baholanadi.

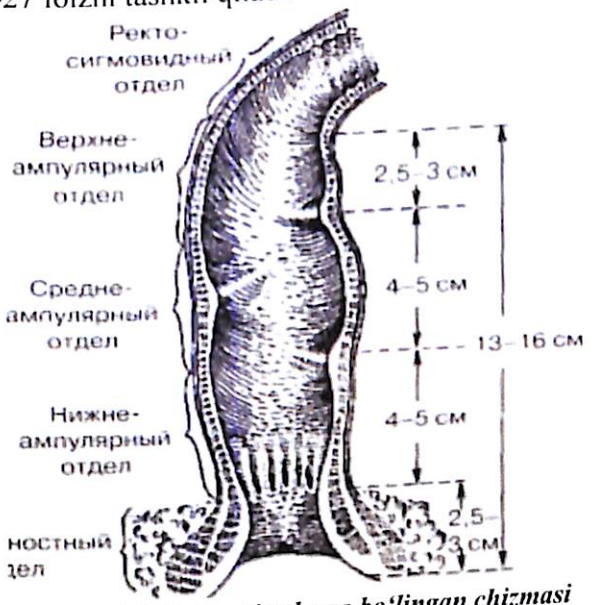
Bosqichlariga ko'ra guruhlanishi

Bosqich 0 Tis N0 M0
Bosqich I T1, T2 N0 M0
Bosqich II T3, T4 N0 M0
Bosqich IIA T3 N0 M0
Bosqich IIB T4a N0 M0
Bosqich IIC T4b N0 M0
Bosqich III Barcha T N1, N2 M0
Bosqich IIIA T1, T2N1M0, T1 N2a M0.
Bosqich IIIB T1, T2N2bM0, T2, T3N2a M0,T3, T4aN1 M0
Bosqich IIIC T3, T4aN2bM0, T4aN2aM0, T4b N1, N2M0
Bosqich IV Har qanday T Har qanday N M1

Bosqich IVA Har qanday T Har qanday N M1a **Bosqich IVB** Har qanday T Har qanday N M1b
Bosqich IVC Har qanday T Har qanday N M1c To'g'ri ichakning 3 ta qismi tafovut qilinadi:

- anal yoki oraliq qism (uzunligi 2,5-3 sm);
- o'rta – kengaygan ampulyar qism (8-9 sm);
- ampula ustki qismi, qorin parda bilan o'ralgan (uzunligi 3,5-4 sm).

Ko'pincha (80 foiz holatlarda) rak ampulyar qismda, kam holatlarda (12-15 foiz) ampula ustki qismda, undan ham kam holatlarda (5-8 foiz) anarektal qismda uchraydi. To'g'ri ichakning ampulyar qismi 3 ta qismga bo'linadi: pastki, o'rta va yuqori ampulyar. Rakning har bir qismida joylashishi 25-27 foizni tashkil qiladi.



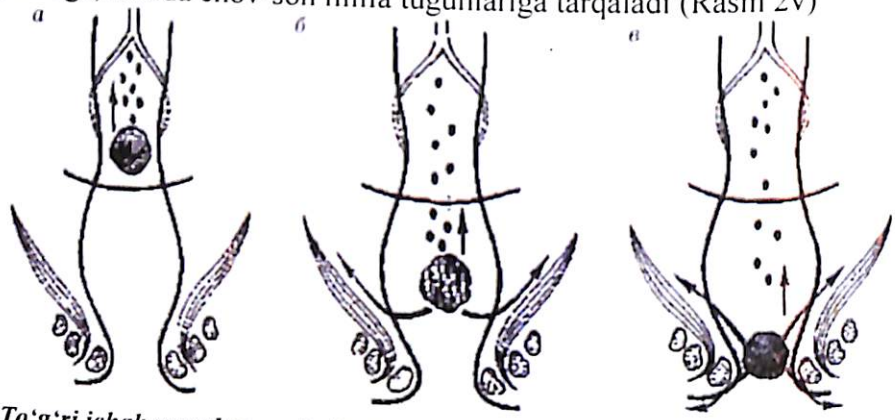
To'g'ri ichakning qismlarga bo'lingan chizmasi

To'g'ri ichak rakining limfogen metastazlanish yo'li o'ziga xos xususiyatga ega bo'lib, u o'smani to'g'ri ichakda joylashgan joyiga bog'liq:

a) to'g'ri ichakning yuqori 2/3 qismidan limfogen metastazlar yuqoriga qarab ya'ni, yuqori to'g'ri ichak arteriyasi va pastki ichak tutqich tomirlari bo'ylab, undan paraaortal limfa tugunlarga tarqaladi. (Rasm 2a)

b) pastki ampulyar qismdan esa metastazlar pararektal limfa tugunlarga, o'rta va pastki to'g'ri ichak arteriyasi bo'ylab, undan esa – gippogastral limfo tugunlarga tarqaladi. (Rasm 2b)

v) to'g'ri ichakning anal qismidan esa limfa pararektal limfa tugunlarga, to'g'ri ichakning pastki arteriyasi bo'ylab, gipogastral limfa tugunlarga, hamda chov-son limfa tugunlariga tarqaladi (Rasm 2v)



To'g'ri ichak zararlanganda limfa oqimining chizmasi (Peterson B. E., 1980):

a —rektosigmoid qism; b— ampulyar qism; v — anal qism.

To'g'ri ichak rakini klinikasi

To'g'ri ichak rakining klinik belgilari kasallikning bosqichiga, o'smaning o'sish xarakteri va joylashgan sathiga bog'liq bo'ladi va nisbatan ko'p uchraydigan hamda xarakterli bo'lgan 4 guruh simptomlar farqlanadi:

***Qon ketishi** - eng ko'p va doimiy uchraydigan simptom hisoblanadi. Ushbu simptom kasallikning erta hamda kechki bosqichlarida uchraydi va 75-90 foiz bemorlarda qayd etiladi. Qon ketish intensivligi kam miqdorda bo'lib axlatda aralashib keladi yoki qora ivindi ko'rinishda bo'ladi. Bavosildan farqli o'laroq rakda qon axlatdan oldin keladi yoki axlat bilan aralashgan bo'ladi. Bavosilda yorqin qizil qon defekatsiya akti oxirida kuzatilib axlat ustini qoplab turadi. Odatda profuz qon ketishi kuzatilmaydi va anemiya kasallikning oxirgi bosqichlarida kuzatiladi.To'g'ri ichak rakida qon bilan shilliq va yiring ham ajralishi mumkin bo'lib, bu simptom o'sma yemirilib perifokal yallig'lanish qo'shilganda, yoki rektit, proktosigmoidit bilan qo'shilib kelganda kuzatiladi.

***Ichak funksiyasining turli ko'rinishdagi buzilishlari** to'g'ri ichak raki simptomlari ichida ikkinchi o'rinni egallaydi: defekatsiya ritmining, axlat shaklining o'zgarishi (lentasimon axlat), ich ketishi va ich qotishi,

axlat va gazni ushlay olmaslik kuzatiladi. Bemorlarni defekatsiya aktiga tez - tez «yolg'on chaqiruvlar» (tenezmlar) qiynab qo'yadi, juda kam miqdorda shilliq va yiring aralash qon chiqadi xolos. Defekatsiya aktidan keyin bemorlar qoniqish hosil qilmaydi va to'g'ri ichakda yot jins borligi sezgisi yo'qolmaydi. «Yolg'on chaqiruvlar» (tenezmlar) sutkasiga 3—5 martadan 10—15 martagacha kuzatiladi.

***Qorin damlashi-** o'sma o'sgan sayin, ayniqsa to'g'ri ichak yuqori qismining stenozlovchi rakida kuchayib boradi. Qorin g'uldirashi gaz va axlat chiqqandan keyin yo'qoladi. Ushbu belgilar dastlab ba'zida kuzatilsa keyinchalik doimiy xarakterda bo'ladi hamda boshida qisman va keyinchalik to'liq pastki ichak tutilishi belgilari kuzatiladi. Bu holat qorinda xurujsimon og'riq, gaz va axlat chiqmasligi hamda vaqt vaqti bilan qayt qilish bilan namoyon bo'ladi.

***Og'riq-** o'sma mahalliy tarqalgan bosqichlarida, ayniqsa atrof to'qima va organlarga o'sib o'tganda kuzatiladi. Faqat anorektal rakda (o'sma sfinkterga o'sib o'tishi sababli) og'riq kasallikning erta bosqichlarida ham uchraydi. Bu holatda bemorlar dumbasining yarmiga o'tirishga harakat qilishadi — **«taburetka simptomi»**. Bemorlarning umumiy ahvolini yomonlashuvi (umumiy holsizlik, tez charchash, anemiya, ozib ketish, teri va shilliq pardalar oqarishi) kasallikning oxirgi bosqichlarida har kunlik qon ketishi kuzatiladi.

Diagnostikasi

* **Anamnez va fizikal ko'rik;**

***Laborator tekshiruvlar:** (qon guruhi va rezus-faktor; sifilisga seroreaksiya; umumiy qon va siydik tahlili; qon bioximik tekshiruvlari: umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza, ko'rsatma bo'yicha elektrolitlar – K, Na, Cl, ALT, AST, LDG, ShF;onko marker (REA); operatsiya oldi tayyorgarligik jarayonida koagulogramma (ACHTV, protrombin vaqti, trombin vaqti, fibrinogen, MNO, D-dimerlar).

***Instrumental tekshiruvlar**

-EKG; to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish;

-operatsiyagacha biopsiyali total kolonoskopiya;irrigoskopiya ;

- virtual kolonografiya (FKS yoki irrigoskopiya o'tkazish imkoni bo'lmasa);

- ko'krak qafasi a'zolarini kompyuter tomografiyasi yoki rentgenografiyasi; gastroduodenoskopiya;

-qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti va kichik chanoq a’zolarini kompyuter tomografiyasi, imkoni bo‘lmasa– ultratovushli tekshirish;

- ko‘rsatma bo‘yicha qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti, kichik chanoq a’zolarini magnit-rezonans tomografiyasi;

Boshqa qo‘shimcha tekshirish va mutaxassislar konsultatsiyasi ko‘rsatma bo‘yicha amalga oshiriladi.

Davolash

Rektosigmoid soha raki

Bosqich 0

***Operatsiya**: O‘smani endoskopik olib tashlash (shilliq qavatni endoskopik rezeksiyasi, shilliq osti qavati endoskopik disseksiyasi) vrachendoskopist tomonidan quyidagi shartlar bajarilganda amalga oshiriladi:

1. O‘smani endoskopik chegaralarini aniq ekanligi;
2. Vizual shilliq osti qavatiga chuqur invaziya belgilarini yo‘qligi;
3. O‘sma takomillashuvining G1 yoki G2 darajaligi;
4. O‘smani endoskopik olib tashlashning texnik imkoniyati mavjudligi. O‘smani endoskopik va xirurgik yo‘l bilan olib tashlanishi tanlovi individual hal qilinib bunda xamroh kasalliklar hamda bemorning xohishi inobatga olinadi.

Bosqich I (T1, T2 N0M0)

*O‘smani 0 bosqichdagi talablar bo‘yicha endoskopik olib tashlash yoki *To‘g‘ri ichakni oldingi rezeksiyasi.

Bosqich IIA (T3N0M0)

* Rektosigmoid soha rezeksiyasi.

Bosqich IIB (T4a N0 M0), IIC (T4b N0M0): *To‘g‘ri ichakni oldingi rezeksiyasi.

Ad’yuvant poliximioterapiya 6 kurs;

Bosqich IIIA (T1,T2N1M0; T1N2aM0); IIIB (T1,T2N2bM0; T2,T3N2aM0; T3,T4aN1M0)

*To‘g‘ri ichakni oldingi rezeksiyasi. Ad’yuvant poliximioterapiya 6 kurs; Operatsiyadan keyingi nur terapiya;

Bosqich IIIC (T3,T4aN2bM0; T4aN2aM0; T4bN1,N2M0)

*Gartman operatsiyasi; ad’yuvant poliximioterapiya 6 kurs; operatsiyadan keyingi nur terapiya;

IV Bosqich (IVA, IVB)

Operatsiya (ko'rsatma bo'yicha – kolostomiya; rezektabel o'smalarda va uzoqlashgan yagona metastazlar bo'lganda o'sma operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi va uzoqlashgan metastaz bir vaqtning o'zida yoki kechiktirib olinadi).

Kombinatsiyalangan operatsiyalardan keyin: operatsiyadan keyingi nur terapiya (o'sma mahalliy tarqalishi T4ga mos bo'lsa); ad'yuvant ximioterapiya (uzoqlashgan yagona metastazlar bo'lganda);

Ximioterapiya **Birinchi liniya:**

1. FOLFOX- 4:

- oksaliplatin 85 mg/m2 v/i, 2-soatli infuziya, 1-kun;
- kalsiy folinat* 200 mg/m2, v/i 2-soatli infuziya, 1-va 2-kunlar;
- ftoruratsil 400 mg/m2, oqim bilan, v/i, 1-va 2-kunlar;;
- ftoruratsil 600 mg/m2, v/i 22-soatli infuziya 1-va 2-kunlar;

Kurs har 2 haftada takrorlanadi va jami12 kursga etkaziladi.

2. XELOX:

- oksaliplatin 135 mg/m2 v/i, tomchilab 1-kun;
- kapetsitabin 2000 mg/m2/sut., per os 2 mahal (ertalab/kechqurun, 1-14 kunlar;

Kurs har 3 haftada 6 oy davomida takrorlanadi. **2 liniya**

1.FOLFIRI: irinotekan 180 mg/m2. v/i 2-soatli infuziya 1-kun, kalsiy folinat 200 mg/m2 v/i 2-soatli infuziya 1-va 2-kunlar (1-kun irinotekan bilan bir vaqtning o'zida 2 bo'shliqli kateter orqali yuboriladi) ftoruratsil 400 mg/m2. v/iga oqim bilan (kalsiy folinat infuziyasidan keyin darhol) 1-va 2kunlar, keyin 600 mg/m2. v/i 22-soatli infuziya 1-va 2- kunlar, kurslar orasidagi interval 2 hafta

To'g'ri ichak raki

Bosqich 0 (TisN0M0) *Operatsiya:

-To'g'ri ichak rezeksiyasi; -O'smani transanal kesib olish. **Bosqich I**

(T1,T2 N0M0) *Operatsiya:

-To'g'ri ichakni qorin orqali rezeksiyasi va kolorektal anastomoz shakllantirish;

-To'g'ri ichakni qorin-anal rezeksiyasi va koloanal anastomoz shakllantirish;

-O‘smani pastki lokalizatsiyasi va sfinkterni saqlash imkoni bo‘lmaganda to‘g‘ri ichak ekstirpatsiyasi.

Bosqich II A (T3N0M0) *Operatsiya oldi nur terapiyasi.

*Operatsiya:

-To‘g‘ri ichakni qorin orqali rezeksiyasi va kolorektal anastomoz shakllantirish;

-To‘g‘ri ichakni qorin-anal rezeksiyasi va koloanal anastomoz shakllantirish;

-O‘smani pastki lokalizatsiyasi va sfinkterni saqlash imkoni bo‘lmaganda to‘g‘ri ichak ekstirpatsiyasi;

-Operatsiyadan keyingi nur terapiya;

Bosqich II B (T4a N0M0), II C (T4b N0M0):

*Operatsiya oldi nur terapiya; *Operatsiya:

-To‘g‘ri ichakni qorin orqali rezeksiyasi va kolorektal anastomoz shakllantirish;

-To‘g‘ri ichakni qorin-anal rezeksiyasi va koloanal anastomoz shakllantirish;

-O‘smani pastki lokalizatsiyasi va sfinkterni saqlash imkoni bo‘lmaganda to‘g‘ri ichak ekstirpatsiyasi;

-Operatsiyadan keyingi nur terapiya;

-ad’yuvant poliximioterapiya; **Bosqich III**

*Operatsiya oldi nur terapiya; *Operatsiya:

-To‘g‘ri ichakni qorin orqali rezeksiyasi va kolorektal anastomoz shakllantirish;

-To‘g‘ri ichakni qorin-anal rezeksiyasi va koloanal anastomoz shakllantirish;

-O‘smani pastki lokalizatsiyasi va sfinkterni saqlash imkoni bo‘lmaganda to‘g‘ri ichak ekstirpatsiyasi;

-Operatsiyadan keyingi nur terapiya; (o‘sma o‘lchami T4 bo‘lganda).

-Ad’yuvant ximioterapiya (nur terapiyasidan 2-3 haftadan keyin). **IV bosqich (IVA, IVB bosqichlar)**

I variant: norezektabel o‘smalarda yoki ko‘plab uzoqlashgan metastazlar aniqlanganda:

*simptomatik operatsiya – kolostoma chiqarish;

*palliativ ximioterapiya;

II variant: rezektabel o'smalarda va uzoqlashgan yagona metastazlarda :

*Neoady'uvant poliximioterapiya FOLFOX-4 sxemasida 2 kurs +radikal operatsiya rezektabel o'smalarda va uzoqlashgan yagona metastazlar bo'lganda o'sma operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi va uzoqlashgan metastaz bir vaqtning o'zida yoki kechiktirib olinadi + ad'yuvant poliximioterapiya;

Ad'yuvantnaya poliximioterapiya:

1. **FOLFOX- 4:**

- oksaliplatin 85 mg/m2 v/i, 2-soatli infuziya, 1-kun;
- kalsiy folinat* 200 mg/m2, v/i 2-soatli infuziya, 1-va 2-kunlar;
- ftoruratsil 400 mg/m2, oqim bilan, v/i, 1-va 2-kunlar;;
- ftoruratsil 600 mg/m2, v/i 22-soatli infuziya 1-va 2-kunlar;

Kurs har 2 haftada takrorlanadi va jami12 kursga etkaziladi.

2. **XELOX:**

- oksaliplatin 135 mg/m2 v/i, tomchilab 1-kun;
- kapetsitabin 2000 mg/m2/sut., per os 2 mahal (ertalab/kechqurun, 1-14 kunlar;

Kurs har 3 haftada 6 oy davomida takrorlanadi.

3. Kapetsitabin 1250 mg/m2, per os 2 mahal (ertalab/kechqurun, 1- 14 kunlar); Kurs har 21 kunda takrorlanadi, jami 8 kurs. Toksikligi ortib ketganda doza 850-1000 mg/m2 gacha reduksiyalanadi.

III variant: simptomatik davo.

XXIII BOB. OSHQOZON OSTI BEZI RAKI

Oshqozon osti bezi saratoni-xavfli o'sma kassalligi bo'lib, bez to'qimalarning epiteliysidan yoki oshqozon osti bezi yo'llaridan kelib chiqadi. Oshqozon osti bezi saratoni oshqozon-ichak traktining xavfli o'smalari (oshqozon saratoni, yo'g'on ichak saratoni va qizilo'ngach saratoni) orasida to'rtinchi o'rinni egallaydi va barcha saraton o'smalarining 2-3 foizini tashkil qiladi. Erkaklarda, asosan, 50 yoshdan katta bo'lganlarda sezilarli darajada tez-tez uchraydi. Oshqozon osti bezi saratoni juda xavfli saraton hisoblanadi. Oshqozon osti bezi raki tashxisi qo'yilganda 55-75 foiz holatlarda inoperabel holatda bo'ladi. Besh yillik yashovchanlik darajasi 0,4 - 3,0 foiz bo'lib, faqat diametri 2 sm dan oshmaydigan o'simta bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Radikal operatsiya qilingan bemorlarning o'rtacha umr ko'rish davomiyligi 6 oydan 30 oygacha bo'ladi. Duodenal va o't yo'llari obstruksiyasi - kasallikning
progressiyasiga va og'riqlarning kuchayishiga sabab bo'ladi

Epidemiologiya

Oshqozon-ichak trakti o'smalari orasida oshqozon osti bezi raki kasalligi va o'lim darajasi bo'yicha 5-o'rinda turadi. Oshqozon osti bezi raki bilan kasallangan ayollar va erkaklar nisbati: 1:1,3. Oshqozon osti bezi saratoni iqtisodiy jihatdan rivojlangan mamlakatlarda keng tarqalgan va aksincha, Afrika mamlakatlari, Hindiston, Vietnam, Janubiy Amerikada kamroq tarqalgan. Oshqozon osti bezi saratoni rivojlangan mamlakatlarda keng tarqalgan bo'lib, unda xavfli o'smalarning umumiy sonining taxminan 3 foizni tashkil etadi. AQSH, Kanadadagi ayrim davlatlarda kasallikning eng yuqori darajasi qayd etilgan. O'zbekiston Respublikasida oshqozon osti bezi raki bilan oxirgi 5 yil davomida yiliga 740 tadan 840 gachani tashkil qilyapdi yoki yiliga kasal bo'lganlar soni har 100 ming aholiga 2,3 tadan 2,5 tani tashkil qilyapdi.

Oshqozon osti bezi rakining xavf omillari va rak oldi kasalliklari

Oshqozon osti bezi saratoni uchun xavf omillari:

- spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish
- chekish
- yog'li oziq-ovqatning ko'p iste'mol qilish
- qandli diabet
- jigar sirrozi

- kam harakatli hayot tarzi.

*__Chekish.__ OOB raki chekuvchilar ichida 1-2 foiz hollarda uchraydi. Pankreas raki bilan kasallangan har 4 nafar bemorning 1 nafari chekuvchi hisoblanadi.

*__Parhezning o'ziga xosligi__. Parhez ratsionida go'sht mahsulotlari, hayvon yog'i ko'p bo'lgan va o'simlik kletchatkasi, har xil meva va sabzavotlar kam bo'lsa hamda qahva ko'p iste'mol qiluvchilar orasida OOB raki ko'p uchraydi degan fikr hozircha gipotezaligicha qolmoqda.

*__Semizlik__ oshqozon osti bezi raki xavfini oshirishi to'g'risidagi mulohazalar haqiqatga yaqin hisoblanadi.

*__Qandli diabet II tipi__ OOB raki keltirib chiqaruvchi eng asosiy omil hisoblanadi. Keng ko'lamda o'tkazilgan metatahlil (36 izlanishda -9220 bemor), qandli diabet II tip fonida OOB raki kelib chiqish ehtimoli qandli diabet bo'lmagan bemorlarga nisbatan 60 foiz ko'p uchrashi isbotlangan.

*__Surunkali pankreatitning__ barcha variantlari, jumladan alkogol etiologiyali va ekzotik shaklli-tropik infeksion pankreatit OOB chiqarish yo'llari raki kelib chiqish xavfini 20 martaga oshiradi.

__Surunkali nasliy pankreatit__ barcha pankreatitlarning 2 foizini tashkil etadi va pankreas raki kelib chiqish xavfini 50 martaga oshiradi. Surunkali nasliy pankreatit bilan kasallangan bemorlarning 40 foizida pankreas raki uchraydi. Ushbu kasallik autosom- dominant tipdagi nasliy kasallik bo'lib PRSS1 geni mutatsiyasi sabab kelib chiqadi. Ushbu gen tripsinogen inaktivatsiyasiga javob beradi. Tripsinogen inaktivatsiyasi buzilsa atsinar hujayralarni «o'z o'zini hazm qilishi»sodir bo'ladi va surunkali pankreatit kelib chiqadi. Sporadik surunkali pankreatitda bo'lgani kabi pankreatik intraepitelial neoplaziyaning 3 darajasi - PanIN-III rivojlanadi.

*__Infeksion kasalliklar__. Pankreas rakini oshqozon ichak trakti surunkali infeksion kasalliklari bilan bog'liqligi haqidagi gipoteza gepatotsellyulyar rak kelib chiqishida virusli gepatit V ning etiologik roli hamda me'da raki kelib chiqishida helicobacter pylorining gipotetik roli haqidagi ma'lumotlar paydo bo'lgandan keyin rivojlana boshlandi.

Ushbu gipoteza kelib chiqishiga helicobacter pylori tufayli kelib chiqadigan gastroduodenitlar populyatsiyasida pankreas rakini ko'p uchrashi to'g'risidagi epidemiologik ma'lumotlar sabab bo'ldi.

*__Gastroektomiya va xoletsistoektomiya__ ham tasdiqlanmagan bo'lsada pankreas rakida xavf omili bo'lib hisoblanadi.

***Oshqozon osti bezi rakining nasliy, oilaviy shakllari** jami pankreas rakining o'rtacha 5 foizini tashkil qiladi. Oilaviy pankreas raki kelib chiqishi xavfi birinchi darajadagi qarindoshda ushbu kasallik uchraganda 2,3 marta, birinchi darajadagi ikkita qarindoshda ushbu kasallik uchraganda 6 marta va 3 nafar qarindoshda uchraganda 32 marta oshadi.

Rak oldi kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- Oshqozon osti bezi adenomasi
- Surunkali pankreatit
- Oshqozon osti bezi kistalari

Tasnifi

Anatomik qismlari

C.25.0	Oshqozon osti bezi boshchasi raki[1]
C25.1	Oshqozon osti bezi tanasi raki[2]
C25.2	Oshqozon osti bezi dumi raki[3]
C25.3	Oshqozon osti bezi chiqarish yo'li raki
C25.4	Pankreatik orolcha raki (Langergans orolchasi) (oshqozon osti bezining endokrin qismi)

Eslatma:1. Pankreas boshchasi o'smalariga v. mesentericae superior chap qirg'og'idan o'ngda joylashgan o'smalar kiradi. Ilmoqsimon o'simta, processus uncinatus boshchaning bir qismi hisoblanadi.

2. Pankreas tanasi o'smalariga aorta chap qirg'og'i va v. mesentericae superior chap qirg'og'i bilan chegaralangan sohadagi o'smalar kiradi.

3. Pankreas dumi o'smalariga aorta chap qirg'og'i va taloq darvozasi zonasidagi o'smalar kiradi.

Oshqozon osti bezi raki joylashishi bo'yicha:

- bezning bosh qismida (50-60 foiz hollarda),
- tanasida (10 foiz),
- dum qismida (5-8 foiz hollarda)

Gistologik turlari

-bez yo'llari adenokarsinomasi
-gigant hujayrali adenokarsinoma
-bezli-yassi hujayrali adenokarsinoma
-seroz adenokarsinoma

-atsinar rak
-pankreatoblastoma
-qattiq psevdopapillyar karsinomasi aralash karsinomalar

Oshqozon osti bezi rakining Xalqaro TNM klinik klassifikatsiyasi bo'yicha tasnifi (2017 yil)

T - Birlamchi o'smaning holati

Tx	Birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi
T0	Birlamchi o'sma belgilari yo'q
Tis	Rak in situ
T1	O'sma o'lchami 2 sm va undan kichik;
T1a	O'sma o'lchami 0,5 sm yoki undan kichik;
T1b	O'sma o'lchami 0,5 smdan katta va 1 smdan kichik;
T1c	O'sma o'lchami 1 smdan katta, lekin 2 smdan kichik;
T2	O'sma o'lchami 2 smdan katta, lekin 4 smdan kichik;
T3	O'sma o'lchami 4 smdan katta;
T4	O'sma truncus celiacus, a. mesentericae superior va a.hepatica communisga o'sib o'tadi
	N - - regionar limfa tugunlar holati
Nx	Regionar metastazlarni baholab bo'lmaydi
N0	regionar limfa tugunlarda metastaz belgilari yo'q.
N1	1-yoki 3- regionar limfa tugunlarda metastazlar bor. 4
N2	va undan ortiq limfa tugunlarda metastazlar bor.

M – uzoqlashgan metastazlar

M0-uzoqlashgan metastazlar yo'q
M1-uzoqlashgan metastazlar bor

Bosqichiga ko'ra guruhlash

0 BOSQICH	**Tis**	**N0**	**M0**
IA BOSQICH	**T1**	**N0**	**M0**
IB BOSQICH	**T2**	**N0**	**M0**
IIA BOSQICH	**T3**	**N0**	**M0**
IIB BOSQICH	**T1-3**	**N1**	**M0**
III BOSQICH	**T1-3** **T4**	**N2 Har qanday N**	**M0** **M0**
IV BOSQICH	**Har qanday T**	**Har qanday N**	**M1**

Regionar limfatik tugunlari

Oshqozon osti bezi uchun regionar limfa tugunlari hisoblanadi:

1. Yuqori: bosh qismidan va tanasidan yuqoriga.
2. Pastki: bosh qismidan va tanasidan pastga.
3. Old: old pankreatoduodenal, pilorik va proksimal mezenterial.
4. Orqa: orqa pankreatoduodenal, umumiy o‘t yo‘li atrofida va proksimal mezenterial.
5. Taloq: taloq darvozasida va oshqozon osti bezi dum qismida.

Uzoq metastazlar ko‘pincha jigar, paraortal limfa tugunlari va chap supraklavikulyar limfa tugunlarida (Virxov metastazi) bo‘ladi. **Klinikasi**

Pankreas raki ilk bosqichlarda yashirin kechib klinik belgilari bilan namoyon bo‘lmaydi. Klinik belgilarini namoyon bo‘lishi jarayonning tarqalganligidan dalolat beradi. Tashxis qo‘yilgan vaqtda o‘pkalarda, 65 foiz bemorlarda jigarda, 22 foiz bemorlarda limfa tugunlarda metastazlar aniqlanadi. Shunday bo‘lsada kasallikning ilk bosqichlarda namoyon bo‘lishi mumkin bo‘lgan nospetsifik simptomlar — holsizlik va tez charchash, ichaklar funksiyasini buzilishi **(ich qotishi yoki ich ketishi),** vaqti vaqti bilan ko‘ngil aynib turishi kuzatiladi.

***Sariqlik** kasallikning kechki simptomi hisoblanadi. Sklera, shilliq parda va terining sarg‘ayishi og‘riqsiz to‘satdan paydo bo‘lishi mumkin, kam hollarda og‘riq yoki diskomfort bilan paydo bo‘ladi. Pankreas boshchasi rakida sarg‘ayish o‘sma kattalashib o‘t yo‘llarini va umumiy o‘t yo‘li ochiladigan 12-barmoqli ichakni bosib qo‘yishi hisobidan paydo bo‘ladi. Sariqlik kuchayib boradi va o‘smaning o‘lchamiga qarab intensivligi o‘zgarib turadi. (rasm1). O‘tning ichakka tushmasligi oqibatida axlatning oq rangli bo‘lishi va dispeptik o‘zgarishlar (ko‘ngil aynishi), ich ketishi yoki ichaklar parezi kelib chiqishiga olib keladi. Sariqlikda tana haroratining ko‘tarilishi (38-39gradusga) xolangit qo‘shilganidan dalolat berib, o‘t yo‘llari infeksiyasi yomon oqibatli hisoblanadi, chunki yiringli asoratlar va jigar yetishmasligiga olib keladi.

***Teri qichishi** retseptorlarning o‘t kislotalari bilan ta’sirlanishi tufayli kelib chiqadi va ko‘pincha bilirubin miqdori baland bo‘lganda rivojlanadi va u intensiv xarakterda bo‘lib, kechasi kuchayadi, uyqusizlik va asabiylik rivojlanishi oqibatida bemorning umumiy ahvoli og‘irlashadi.

***O‘sma o‘lchami kattalashganda** yoki metastazlar kuzatilganda palpatsiya qilish imkoni paydo bo‘ladi, gepatomegaliya va kattalashgan o‘t pufagi aniqlanadi.

*Ko'ngil aynishi va qayt qilish o'smani 12-barmoqli ichak va oshqozonni bosib qo'yishi tufayli kelib chiqadi.

*Qorin yuqori qismlarida og'riq kasallikning erta bosqichlarida bemor oldinga engashganda pasayadi, tarqalgan bosqichlarda og'riq doimiy va azobli bo'lib bemorda tezda astenizatsiya rivojlanishiga sabab bo'ladi va analgetiklar olishni talab qiladi. O'sma pankreas boshchasida joylashganda og'riq epigastral sohada kuzatilsa, tanasi va dum qismida joylashganda chap qovurg'a yoyi osti va chap bel sohasida kuzatiladi. Og'riq tananing orqa qismiga tarqalganda buyrak patologiyasini simulyasiya qiladi va bu o'smani qorin parda ortiga tarqalganligini ko'rsatadi. Ko'pincha eziluvchan, o'tmas og'riq «gastrit», «yara kasalligi», «xoletsisto-pankreatit» deb traktovka qilinadi.

Oshqozon osti bezi raki o'smani joylashgan joyidan qat'iy nazar quyidagi tizimli belgilar bilan namoyon bo'ladi:

*Ishtaha yo'qolishi - anoreksiya o'sma pankreas boshchasida joylashganda kasallarning yarmidan ortig'ida va o'sma bezning tanasi va dumida joylashgan bemorlarning 1/3 qismida uchraydi.

*Tana vaznining kamayishi eng ko'p uchraydigan simptom bo'lib bu ishtaha pasayishi, ichakda ovqat hazm bo'lishining buzilishi va rak kaxeksiyasi sababli kelib chiqadi.

*Qonda qand miqdorini ko'tarilishi. Ayrim bemorlarda insulin sintezi pasayishi sababli qandli diabet kelib chiqadi, natijada polidipsiya (chanqoqlik) va poliuriya (siydik hajmini ko'payishi) belgilari paydo bo'ladi. Yuqorida qayd etilgan simptomlar jarayonning nooperabelligi haqida ma'lumot beradi. Palpator aniqlanadigan o'sma va assit bo'lishi, pilorostenoz belgilari o'smani radikal operatsiya qilish imkoni yo'qligidan dalolat beradi.

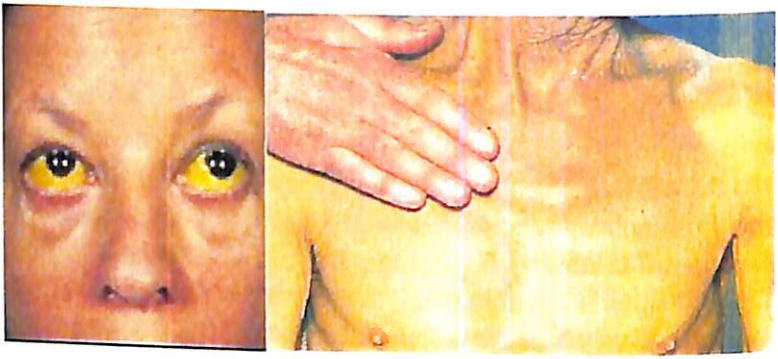
Diagnostika

Bajarilishi shart bo'lgan tekshirish usullari:

*Shikoyati va anamnezi;

*Umumiy fizikal tekshirishlar;

*Standart laboratoriya testlari (qon guruhi, rezus-faktor, sifilisga seroreaksiya, umumiy qon va siydik tahlili, qon bioximik tahlillari(oqsil, kreatinin, mochevina, bilirubin, ASAT, AlAT, ishqor fosfataza, amilaza, glyukoza, elektrolitlar - K, Na, Ca, Cl)), koagulogramma;



Sariqlik simptomi

*Hamroh patologiyani aniqlovchi funksional testlar (EKG, spirometriya, exokardiografiya, Xoltercha monitorlash (sutka davomida xotira tashuvchida uzluksiz EKGni registratsiya qilish), tomirlarni UTT dopplerografiyasi va ko'rsatma bo'yicha tor mutaxassislarni konsultatsiyasi;

*To'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish, ayollarda ginekolog ko'rigi;

*Onkomarker – CA 19-9 (xolangit belgilari bo'lmaganda va bilirubin normada bo'lganda; har qanday etiologiyali biliar gipertenziyada CA19-9 normadan baland bo'ladi);

Asosiy instrumental tekshiruv usullari

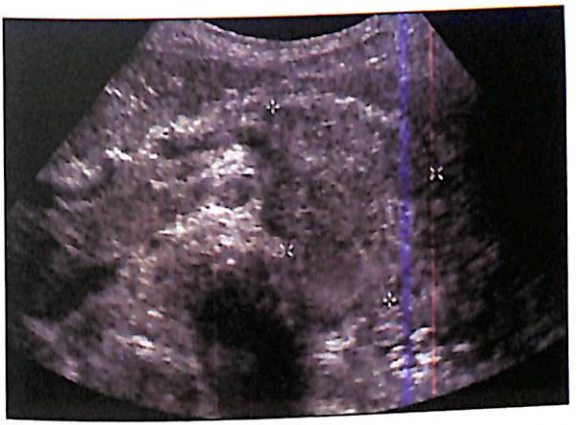
1. Fibrogastroskopiya biopsiya bilan
2. Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya.
3. Qorin bo'shlig'i organlari va qorin parda orti sohasi ultratovush tekshiruvi
4. Onkomarkerlar: REA, CA-19-9
5. MRT, KT
6. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
6. Periferik limfa tugunlar ultratovush tekshiruvi, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, ginekolog tekshiruvi (ayollar uchun).
7. Umumiy qon tahlili .

Ko'rsatmalarga ko'ra angiografiya, fibrokolonoskopiya, laparoskopiya, irrigoskopiya, skelet suyaklari sintigrafiyasi, antigenlarni aniqlash kerak bo'ladi.

Qo'shimcha diagnostika usullaridan;

Endoskopik ultratovush tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi, teri orqali jigar orqali aspiratsion punksion biopsiya gistologik tekshiruv bilan,

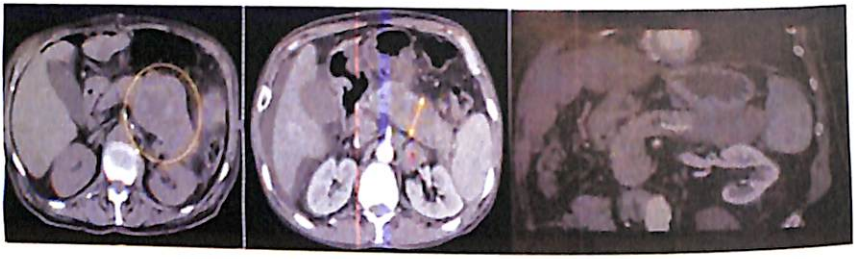
immunogistoximiya tekshiruvi, PSR diagnostika, PET –pozitron emission tomografiyasini o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi.



Эхограмма. Рак поджелудочной железы. Хвост и тело поджелудочной железы сегментарно увеличены за счет наличия новообразования

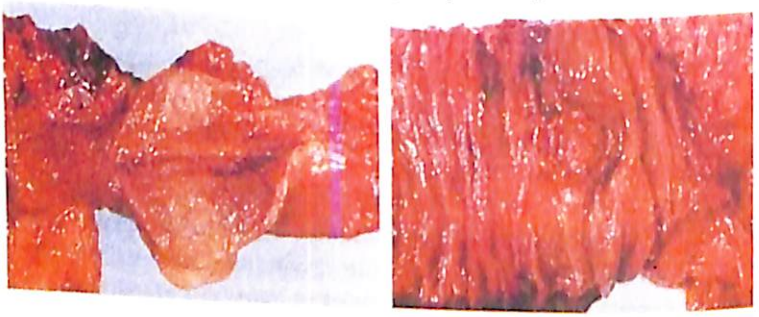


Oshqozon osti bezi raki (MSKT)



Davolash

Hozirda oshqozon osti bezi rakini xirurgik yo'l bilan davolash asosiy davo usuli hisoblanadi. Radikal va palliativ operatsiya turlari farqlanadi. Radikal operatsiyalarga turli modifikatsiyalardagi pankreatoduodenal rezeksiya, total pankreatoduodenektomiya operatsiyalari kiradi.



Oshqozon osti bezi tanasi raki. Fatter so'rg'ichi raki. Makropreparat

Asosiy jarrohlik operatsiyalari:

1. Standart gastropankreatoduodenal rezeksiya (subtotal pankreatikoduodenektomiya, Uippl operatsiyasi)
2. Kengaytirilgan gastropankreatoduodenal rezeksiya (kengaytirilgan subtotal yoki total pankreatikoduodenektomiya
3. Oshqozon osti bezi distal (chap tomon) rezeksiyasi .
4. Pankreatektomiya (total duodenopankreatektomiya).
5. Oshqozon osti bezi tanasi va dum qismi kriodestruksiyasi.

Oshqozon osti bezi o'smalari radikal operatsiyalari juda murakkab bo'lib ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalarida o'tkazilishi kerak.

Palliativ operatsiyalar patsientlarni hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan bo'lib, og'riq sindromi, mexanik sariqliq, 12-barmoqli ichak tutilishi sindromlarini bartaraf qilish orqali amalga oshiriladi.

Quyidagi palliativ operatsiyalar bajariladi:

*O't xalta va oshqozon yoki ingichka ichak orasida biliodigestiv anastomoz qo'yish;

*Rentgenoxirurgik davo («qonsiz o't chiqarish») —mexanik sariqlik bilan bemorlarda o't yo'llarini dekompressiyasi:

-Gepatikoxoledoxni teri orqali rekanalizatsiyasi;

-O't yo'llarini tashqi va tashqi ichki drenirlash — teri va jigar orqali drenajni o'rnatish;

-Teri orqali gepatikoxolangiostomiya;

-Endobiliar protezlash (ichki drenirlash) — sintetik materialli yoki nitinol endoprotezni o't yo'li striktura sohasiga teri va jigar orqali o'rnatish. Palliativ operatsiyaga alternativ sifatida bajariladigan endo biliar protezlashdan keyingi umr ko'rish o'rtacha 6—12 oyga teng bo'ladi;

OOB rakida operabellik 10 - 25 foizni tashkil qilib, operatsiyadan keyingi letallik 25—40 foizga etadi. Operatsiyadan keyingi o'limning yuqoriligi bez cho'ltog'idagi o'zgarishlar, pankreatoeyunal anastomozning yetishmasligi, jigar yetishmasligi bilan bog'liq bo'ladi.

Oshqozon osti bezi raki bilan bemorlarni umr ko'rishi :

- operatsiyasiz — o'rtacha 6 oy;
- Radikal operatsiyadan keyin — 1,5—2 yil (bosqichiga bog'liq bo'ladi);
- palliativ operatsiyadan keyin — 6—12 oy.

Oshqozon osti bezi rakida qo'yidagi nur terapiya usullari qo'llaniladi:

*distansion gamma-terapiya;

* tormoz nurlari bilan davolash;

*tezlashtirilgan elektronlar bilan nur terapiya. Nur terapiya operatsiya oldi, intraoperatsion va operatsiyadan keyingi kurslar bilan o'tkaziladi. Nur terapiya bilan davolangan bemorlarning umr ko'rishi 12—13 oyga va palliativ operatsiyalar bilan kombinatsiyalanganda — o'rtacha 16 oyga teng bo'ladi

Oshqozon osti bezi rakida ximioterapiya.

***Kalsiy folinat 20 mg/m2** vena ichiga 10 min.davomida,keyin 5ftoruratsil 425 mg/m2 vena ichiga 10 min davomida 1-, 2-, 3-, 4- va 5 kunlar yuboriladi. 6 kurs . Kurslar orasidagi interval 4 hafta.

***Gemsitabin 1000 mg/m2** (vena ichiga 30 minut davomida infuziya) 1, 8, 15- kunlar 6 kurs. Kurslar orasidagi interval 4 hafta.

***Gemsitabin 1000 mg/m2** (vena ichiga 30 minut davomida infuziya) haftada 1 marta 7 hafta. 2- haftalik tanaffusdan keyin 3 har haftalik infuziya,2- haftalik tanaffus yana 3 haftalik infuziya va h.k.

***GEMCAR:** gemsitabin 1000 mg/m2 (vena ichiga 30 minut davomida infuziya) 1, 8, 15-kunlar + kapetsitabin 800 mg/m2 per os kuniga 2 mahal 21 kun davomida. Kurslar orasidagi interval 1 hafta.

***Kapetsitabin 1250 mg/m2** per os kuniga 2 mahal 14 kun davomida. Kurslar orasidagi interval 1 hafta;

***FOLFIRINOX**: oksaliplatin 85 mg/m2 vena ichiga 2 soat davomidagi infuziya, keyin kalsiy folinat 400 mg/m2 vena ichiga 2 soat davomidagi infuziya, 30 minutdan keyin irinotekan 180 mg/m2 vena ichiga Y-konnektor orqali 90 minut davomidagi infuziya, keyin 5- ftoruratsil 400 mg/m2 vena ichiga oqim bilan, keyin 400 mg/m2 46 soat davomidagi infuziya . Kurslar orasidagi interval 2 hafta.

Ad'yuvant ximionur terapiya

Ximioterapiya: 5-ftoruratsil vena ichiga oqim bilan 500 mg/m2 dozada 1-3 kunlar nur terapiyaning birinchi va oxirgi (odatda 1-va 5-kun) haftasida yuboriladi.

Distansion nur terapiya operatsiyadan keyingi sohaga,regionar limfa tugunlar, xirurgik anastomozlar proeksiyasiga ROD 1,8–2 Gr, SOD 45-46 Gr beriladi. O'sma o'rni va rezeksiya qirg'og'lari operatsiyadan oldingi KT asosida operatsiya vaqtida klipslar bilan markirovka qilinadi. Ad'yuvant ximionur terapiya operatsiyadan keyin 6-8 hafta o'tgandan keyin bajariladi.

XXIV BOB. JIGAR RAKI

Epidemiologiya

Jigarning birlamchi raki nisbatan kam uchraydigan kasallik bo'lib hisoblanadi va barcha xavfli o'smalarining o'rtacha 3-5 foizini tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2015- yilda birlamchi jigar raki bilan 1946 ta bemor kasallangan bo'lsa (100 ming aholiga 6,2 ta), 2016- yilda 1487 ta (100 ming aholiga 4,6 ta), 2017- yilda 1187 ta (100 ming aholiga 3,7), 2018- yilda 1104 ta (100 ming aholiga 3,3), 2019- yilda 1243 ta (100 ming aholiga 3,7 tani) tashkil qilgan. Ayrim davlatlarda jigarning raki kasallanish strukturasida asosiy o'rinni egallaydi: Janubiy-sharqiy Osiyo davlatlarida onkologik kasalliklarning 40 foizini, Afrika qit'asining janubiy davlatlarida 50 foizini tashkil qiladi. Jigar o'sma kasalliklari ichida eng ko'p uchraydigani bu Gepatotsellyulyar rak (GSR) (85 foizgacha). Ayollar va erkaklar nisbati 3.8:1. Kasalliklarning eng ko'p soni 40 yoshdan 50 yoshgacha kuzatiladi. Kasallik chaqiruvchi moyil faktorlar bu jigar sirrozi (80-90 foiz, gepatit B natijasida kelib chiqgan jigar sirrozi), virusli gepatit C, jigar surunkali kasalliklari, spirtli ichimliklar ko'p miqdorda iste'mol qilish, aflatoksin bilan zaharlanish, gormonal dori vositalarini iste'mol qilish, gemoxromatoz, Vilson-Konovalov kasalligi, birlamchi biliar sirroz, tirozinemiya va glikogenozlar. **Xavf omillari**

- B va C virusli gepatitlari.
- Turli xil kelib chiqqan jigar sirrozi.
- Alimentar omil (aflatoksin).
- TP-53 genining mutatsiyalari.
- Steroid gormonlar.
- Chekish, alkogolizm, diabet va insulin terapiyasi.
- Gelmintik infeksiyalar.

*70-90 foiz birlamchi jigar raki bilan bemorlarda gepatit B - HBsantigen aniqlanadi. Gepatit B virusi gepadnaviruslar guruhiga mansub bo'lib HBs-antigeni hujayra bo'linishi supressiyasini ta'minlaydigan p53 antionkogen funksiyasiga ingibirlovchi ta'sir ko'rsatadi.

*Gepatit C virusi ham gepatotsellyulyar rak (GSR) rivojlanishida xavf omili bo'lib u ham p53 o'sma supressorini inaktivatsiya qiladi.

Shuning uchun gepatotselyulyar rak (GSR) profilaktikasida virusli gepatit B va C bilan kasallanishni kamaytirish, ularga qarshi vaksinatsiya muhim o'rin tutadi.

*Jigar sirroziga olib keluvchi uzoq muddatli alkogol iste'mol qilish ham xavf omili bo'lib hisoblanadi. Jigar sirrozida hujayralarda atrofik degeneratsiya belgilari kuzatiladi va gepatotsitlarda hujayra atipiyasi rivojlanib boradi.

*Janubiy-sharqiy Osiyo va Afrika qit'asining janubiy davlatlatlarida aflotoksin V ishlab chiqaruvchi Aspergellus flavus bilan zararlangan qishloq xo'jalik mahsulotlarini iste'mol qilish tufayli birlamchi jigar raki rivojlanadi.

Tasniflash

Jigar o'smalarining gistologik klassifikatsiyasi . I.Epitelial o'smalar.

A. Xavfsiz o'smalar

1. Gepatotsellyulyar adenoma.
2.Jigar ichi o't yo'llari adenomasi; 3.
Jigar ichi o't yo'llari sistadenomasi.

B. Xavfli o'smalar

1. Gepatotsellyulyar rak.
2. Jigar ichi o't yo'llari raki –xolangiokarsinoma.
3.O't yo'llari sistadenokarsinomasi.
4.Aralash gepatoxolangiotsellyulyar rak.
5.Gepatoblastoma.
6.Takomillashmagan rak. **II.Noepitelial o'smalar**. A.Gemangioma.
B. Infantil gemangioendotelioma.
V.Gemangiosarkoma.
G. Embrional sarkoma.

III. Turli boshqa tipdagi o'smalar. A.Teratoma.
B. Karsinosarkoma.
V.Boshqalar

IV.Tasniflanmaydigan o'smalar.
V.Qon ishlab chiqaruvchi va limfoid to'qima o'smalari.
VI.Metastatik o'smalar.
VII.Epiteliy anomaliyalari.

A. Gepatotsitlar displaziyasi.
B. O't yo'llari anomaliyasi.
VIII.O'smasimon jarayonlar. A.Gamartomalar.
1. Mezenximal gamartoma.
2. Biliargamartoma (mikrogamartoma, kompleks van Meyenburga).
B. Tug'ma biliar kistalar.
V. O'choqli tugunli giperplaziya.
G. Kompensator bo'lakli giperplaziya.
D. Purpurli jigar. E.
Geterotopiya.
J. Boshqalar.

Birlamchi gepatotsellyullyar jigar raki ko'proq (70-80 foiz) hollarda uchrasa, xolangiokarsinoma kamroq (20—30 foiz) hollarda uchraydi. GSR ko'pincha jigar sirrozi bilan birga keladi, xolangikarsinoma jigar sirrozi bilan kam hollarda (25 foiz) birgalikda qo'shilib keladi.

Jigar birlamchi rakining makroskopik shakllari

I.Tugunli shakli — eng ko'p uchrab barcha shakldagi jigar rakining 60—85 foizini tashkil etadi. Deyarli hamisha jigar sirrozi bilan qo'shilib keladi. Kattalashgan jigar parenximasida ko'plab o'sma o'choqlari – mikroskopik hamda diametri bir necha santimetr bo'lgan makroskopik o'smalar aniqlanadi. O'sma o'sishining unitar nazariyasiga ko'ra dastlab bitta xavfli o'sma o'chog'i paydo bo'lib, keyinchalik undan jigarning boshqa bo'laklarida ko'plab metastatik o'smalar rivojlanadi.

II.Massiv shakli — birlamchi jigar rakining deyarli 25 foizini tashkil qiladi. O'sma asosan o'ng bo'lakda uchraydi va juda katta o'lchamgacha etadi. Massiv shaklida jigar sirrozi juda ham kam hollarda uchraydi va asosiy o'sma o'chog'i atrofi kichik metastatik o'choqlar bilan o'ralgan bo'ladi.

III.Diffuz shakli – jigar rakining boshqa shakllariga nisbatan kam hollarda (12 foiz) uchraydi, jigarning o'lchamlari kattalashadi, atrofik sirroz fonida jigarning miliar karsinomatozi rivojlanadi. Makroskopik jihatdan o'sma solitar yoki bir necha tugunlar bilan zich elastik konsistensiyali, oqish rangli, kesmada - ko'p o'choqli qon ketish, nekroz va mahalliy safroni shimdirish qismida ifodalanadi (1-rasm). O'sma aniq chegaralangan kapsulaga ega bo'lishi, jigarga diffuzli infiltrat yoki qo'ziqorin shaklida jigar yuzasidan yuqoriga chiqishi mumkin, ya'ni mahalliy va diffuz turlari.

Diffuz turini jigar sirrozi bilan farqlash qiyin. Mikroskopik jihatdan GSR stromal elementlarining yo'qolishi va o'sma hujayralari o'rtasida safro to'planishi bilan atipik polimorf yadroli gepatotsitlarning trabekulyar klasteri sifatida namoyon bo'ladi. GSR ning boshqa gistologik shakllari kamroq tarqalgan: fibrolamellar, sklerozlovchi va aralash.



GSR (tugunak shaklida) jigarda makroskopik o'zgarishlar)

TNM bo'yicha klinik klassifikatsiya (gepatotselyulyar rak- C 22.0) (8-nashr,2017y.)

Tx — birlamchi o'smani baholab bo'lmaydi.

T0 — birlamchi o'sma to'g'risida ma'lumot yo'q.

T1a — o'lchami 2 sm gacha bo'lgan qon tomirlarga invaziyasi bor yoki invaziya bo'lmagan solitar o'sma.

T1b — o'lchami 2 smdan katta bo'lgan qon tomirlarga invaziyasi bo'lmagan solitar o'sma.

T2 — tomirlarga invaziyasi bo'lgan 2 sm o'sma yoki diametri 5 smgacha bo'lgan ko'plab o'smalar.

T3 — birlamchi ko'plab o'smalar, ulardan birining diametri 5 smdan katta:

T4 – har xil o'lchamdagi bir yoki bir nechta o'sma bevosita qo'shni a'zolarga (o't xaltadan tashqari) yoki visseral qorin pardaga o'sib o'tadi. va v.portae yoki v. hepaticaning bosh tarmog'iga o'sib o'tadi:

N — regionar limfa tugunlar. Jigar darvozasi va jigar -12 barmoq bog'lamidagi l/t nazarda tutiladi.

Nx- regionar limfa tugunlar holatini baholab bo'lmaydi.

N0 - regionar limfa tugunlarda metastaz yo'q;

N1- regionar limfa tugunlarda metastaz bor;
M - uzoqlashgan metastazlar M0-
uzoqlashgan metastazlar yo'q.
Ml - uzoqlashgan metastazlar bor.

GSR ning bosqichiga ko'ra guruhlash

Bosqich	T	N	M
IA	T1a	N0	MO
IB	T1b	N0	MO
II	T2	N0	MO
IIIA	T3	N0	MO
IIIB	T4	N0	MO
IVA	Har qanday T	N1	MO
IVB	Har qanday T	Har qanday N	Ml

Jigar rakini Barselon sistemasi (BCLC-Barcelona Clinik Liver Cancer) bo'yicha bosqichlash.

Juda erta bosqich (BCLC 0) - 2 smdan kichik bo'lgan solitar o'sma.

Erta bosqich (BCLC A) – bu jigarning har qanday o'lchamdagi solitar o'smasi yoki maksimal o'lchami 3 sm gacha bo'lgan 3 ta tugun,jigarning magistral tomirlariga tarqalmagan, qo'shni anatomic to'qimalarga o'smagan (ECOG=0) va jigar funksiyasi saqlangan.

Oraliq bosqich (BCLC B) – bu jigarning chegaralangan simptomsiz ko'plab o'smasi, jigarning magistral tomirlariga tarqalmagan, bemorning umumiy ahvoli qoniqarli (ECOG=0) va jigar funksiyasi saqlangan.

Tarqalgan bosqich (BCLC C) – GSR simptomlari bo'lgan bemorlar, umumiy ahvolining og'irlashishi bilan (ECOG=1-2) bu jigarning har qanday o'lchamdagi o'smasi yoki jigarning magistral tomirlariga tarqalmagan yoki tomirlarga o'sgan, jigardan tashqariga to'qimalarga o'sgan va jigar funksiyasi saqlangan.

Terminal bosqich (BCLC D) – umumiy ahvoli qoniqarsiz bo'lgan (o'sma,sirroz) jigar funksiyasining dekompensatsiyasi bo'lgan bemorlar.

Ba'zan o'lchami juda kichik bo'lgan o'sma topilganda (5 sm dan kichik yoki 3 sm dan katta bo'lmagan o'sma) jigar transplantasiyasiga to'g'ri kelishi mumkin.

Metastazlanishi

Jigarning regionar limfa tugunlariga jigar darvozasi, a.hepatica propria bo'ylab joylashgan limfa tugunlar, v.portae atrofidagi va v.cava inferiorning abdominal qismi atrofidagi limfa tugunlari kiradi. Birlamchi jigar rakining regionar limfa tugunlar (ko'pincha— jigar darvozasi va jigar oyoqchasi bo'ylab) kam hollarda (5 foiz) uchraydi. Yanada kam hollarda oldingi va orqa ko'ks oralig'i va bo'yin limfa tugunlariga limfatik disseminatsiya kuzatiladi.

Uzoq yillar birlamchi jigar rakining gematogen metastazi deyarli uchramaydi deb hisoblashardi, ammo hozirgi vaqtda jigar raki 1,5—5 foiz hollarda qovurg'a va umurtqa pog'onasiga metastaz bergandan keyin klinikasi namoyon bo'lishi aniqlanayapti. Birlamchi jigar raki 10 foiz hollarda o'pkalarga metastaz berishi aniqlangan. Bundan tashqari jigar birlamchi raki kam hollarda bo'lsa ham yaqin a'zolarga — diafragma, oshqozon, 12-barmoqli ichak, buyrak usti bezlariga o'sib o'tishi mumkin. Gepatotsellyullyar rakning metastazi gepatotsitlarning funksiyasini (masalan: o't ishlab chiqarish) namoyon etishi mumkin. **Klinikasi**

Jigar rakining klinikasi sezdirmasdan sekin boshlanishi, sub'ektiv simptomlarning nospetsifikligi, va kasallikning shiddat bilan tez kechishi bilan xarakterlanadi. Shuning uchun jigar raki aksariyat hollarda kasallikning kechki bosqichlarida aniqlanadi. Bemorlar kasallikning birinchi simptomlari boshlanganidan keyin o'rtacha 3 oy o'tgandan keyin shifokorlarga murojaat qilishadi. 75 foiz hollarda bemorlarning ilk shikoyatlari ozib ketayotganliklari, ishtaha yo'qligi, qorindagi og'riqqa bo'ladi. Bemorlarning yarmidan ko'pi o'zlari jigar sohasida o'sma borligini aniqlashadi. Keyinchalik aksariyat bemorlarda kuchli ifodalangan holsizlik, apatiya, qorin hajmining kattalashuvi, teri va shilliq pardalarning sarg'ayishi, tana haroratini ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, tanada shishlar paydo bo'lishi, burun qonashi kuzatiladi. Asosiy ob'ektiv simptom bo'lib gepatomegaliya hisoblanadi, bu simptom 90 foiz bemorlarda uchraydi. Jigarning pastki qirg'og'i linia clavicularis media bo'yicha o'rtacha 5—10 smga oshadi. Yuqori chegarasi III qovurg'aga yetadi, ko'krak qafasining old-orqa o'lchamlari ham oshadi. Palpatsiyada jigar konsistensiyasi «toshdek» qattiq bo'ladi, bemorlarning yarmidan ko'pida

jigarning oldingi qirg'og'i bo'ylab turli o'lchamdagi ko'plab tugunlar aniqlanadi. O'smaning o'lchami kattalashib borib v.portae tarmoqlarini bosib qo'yadi, natijada portal gipertenziya, splenomegaliya, qizilo'ngach venalarining kengayishi kuzatiladi. 70 foiz bemorlar o'ng qovurg'a yoyi ostida, epigastriyada yoki umurtqa pog'onasi sohasida og'riqqa bezovta bo'ladi. Og'riq o'smaning o'sishi tufayli jigarning glisson kapsulasini tortilishi, ayrim hollarda perigepatit tufayli kelib chiqadi. Og'riq dastlab har vaqtda davriy xarakterda bo'lib yurganda va jismoniy zo'riqishda paydo bo'ladi va keyinchalik doimiy xarakterga ega bo'ladi. **Dispeptik buzilishlardan** bemorlarda ko'proq meteorizm, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi kuzatilib bemorning sezilarli darajada ozib ketishiga olib keladi. **Sarg'ayish** doimiy simptom bo'lmasdan, odatda bemorlarning yarmidan kamrog'ida kuzatiladi, uning sababi bo'lib o'smani jigar ichi o't yo'llarining bosilishi hisoblanadi. Intoksikatsiya tufayli jigarning hujayraviy tuzilmalaridagi degenerativ o'zgarishlar jigar yetishmasligiga olib keladi. Sariqlik intensivligi hamma vaqt ham o'sma jarayonining tarqalganlik darajasini ko'rsatmaydi. **Assit** kasallarning deyarli yarmida kuzatilib jigar sirrozi tufayli kelib chiqadigan jigar ichi blokadasi oqibatidagi portal gipertenziya sindromiga mos keladi yoki ayrim hollarda jigardan tashqari blokada - v.portae trombozi sababli ham assit kelib chiqadi. Assitik suyuqlik gemorragik xarakterda bo'lib hamma vaqt ham uning tarkibida o'sma hujayralar aniqlanmaydi. **Subfebril tana haroratining** ko'tarilishi rak intoksikatsiyasi tufayli kelib chiqadi. Ayrim hollarda tana haroratining ko'tarilishiga nekrotik o'choqlarga infeksiya qo'shilishi yoki xolangit rivojlanishi sabab bo'ladi. Birlamchi jigar rakiga qo'shilib keladigan jigar sirrozining belgilari kollateral qon aylanishi sababli namoyon bo'ladi: splenomegaliya, tomirli yulduzchalar, kaft eritemasi, ginekomastiya va boshqalar shular jumlasidandir. **Paraneoplastik sindrom** 10-15 foiz bemorlarda kuzatilib, gipoglikemiya, eritrotsitoz, giperkalsiemiya, giperxolesterinemiya bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha gipoglikemik paraneoplastik sindrom kuzatilib, uyquchanlik, progressiyalanuvchi holsizlik va hushining buzilishi belgilari kuzatiladi. Juda kam hollarda to'satdan gipoglikemik kriz kuzatilib u gipoglikemik koma rivojlanishi bilan tugaydi. U yoki bu simptom va sindromlarni ustunligi bilan namoyon bo'lishiga qarab birlamchi jigar rakining quyidagi **klinik shakllari** farqlanadi:

- gepatomegalik;
- jigar abssesini simulyasiya qiluvchi shakli;
- sirrotik;
- mexanik sariqlik bilan kechadigan shakli;
- qorin ichi gemorragik shakli;
- gipoglikemik;
- litiaz (o‘t tosh kasalligini simulyasiya qiluvchi shakli);
- surunkali gepatitni simulyasiya qiluvchi shakli;
- intraabdominal kistoz;
- diffuz karsinomatoz;
- leykemoid;
- paraplegik (umurtqaga metastazlanganda);

Tipik saraton kasalligi. Klinik ko‘rinishi umumiy simptomlardan iborat: kuchsizlanish, vazn yo‘qotish, ta’m sezgilarining o‘zgarishi. Keyinchalik ko‘ngil aynish, qusish, subfebril yoki o‘rtacha darajada yuqori isitma qo‘shiladi. Jigarda og‘irlik hissi kuchayadi va doimiy zerikarli og‘riq xarakterini oladi. Gepatomegaliya qayd etilgan. Splenomegaliya - bemorlarning 10-39 foizida kuzatiladi. Jigarning birlamchi saratonida sariqlik har doim xolestatikdir. Assit bemorlarning 19-40 foizida kuzatiladi va portal aylanishi buzilganligini ko‘rsatadi. • **Sirroz saratoni**. Bemorda har doim uzoq anamnezida jigar sirrozining bo‘lishi. Birlamchi jigar saratonining diffuz shakli rivojlanadi. Uning rivojlanishi umumiy simptomlarning ustunligi bo‘lgan bemorning ahvolini yomonlashishi bilan tasdiqlanadi. Bunday holda, o‘sma paypaslanmaydi, jigar kattalashmaydi. Kasallik gastroezofagial og‘ir takroriy qon ketishi bilan keskinlashadi, assit paydo bo‘ladi. • **Asoratli saraton**. Simptomatik bo‘lgan kasallik asoratlar bilan darhol o‘zini namoyon qiladi. O‘tkir jigar yetishmovchiligi rivojlanishi bilan portal tomir trombozi, jigar arteriyalari, jigar tomirlari trombozi va Badda-Chiari sindromi holatlari kuzatilishi qayt qilinadi. O‘smaning yemirilishi jigar yorilishi va qorin bo‘shlig‘iga qon ketish kuzatiladi. Obstruktiv sariqlik, safro oqishi, gemofiliya rivojlanishi, intrahepatik abssеslarning shakllanishi kuzatiladi. • **Metastatik saraton**. Simptomlar birlamchi o‘smada emas, balki metastazda paydo bo‘ladi. O‘pkada MTS bilan - o‘pka shaklida, miyada MTS bilan - miya shakli va boshqalar. • **simptomsiz yoki yashirin saraton**. U tasodifan jigarning birlamchi saratoni laparotomiya vaqtida aniqlanadi, simtomsiz kechadi.

Jigar gepatotsellyulyar rakining diagnostikasi

Agar bemor jigarida o'choqli hosilaga ega bo'lsa, ma'lum bir diagnostik va terapevtik taktikani qo'llash kerak:

hosilani gistologik tekshirish va u xavfli o'sma bo'lsa, jarayonning bosqichini aniqlash; o'sma rezektabel holatini

qayta aniqlash;

jigar rezeksiyasi uchun ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemorni operatsiyaga tayyorlash va jigar rezeksiyasi hajmini aniqlash kerak; o'simta

norezektabil yoki bemor inoperabil bo'lsa, muqobil davolash usuli tanlanishi lozim.

Jigarda o'choqli o'zgarishi bo'lgan har bir bemor kompleks tekshiruvlardan o'tishi shart:

-fizikal tekshiruv

-labarator (bioximik ko'rsatkichlar, onkomarker, jigar funksional rezervi)

-UTT, rangli dopler tasvirlash

-O'smani hajmini aniqlash uchun qorin bo'shlig'i KT

-Qorin bo'shlig'i MRT

-Ko'krak qafas organlari Rentgenografiyasi yoki MSKT

EFGDS, kolonoskopiya; angiografiya: seliakografiya, pastki kavografiya (ko'rsatmalarga muvofiq); jigar o'smasining biopsiyasi (ko'rsatmalarga muvofiq);

Teri orqali transgepatik xolangiografiya (ko'rsatamaga muvofiq).

Onkomarker tekshiruvi jigar hajmli hosilalarini xavfli va xavfsizligini, differensial tashxisini, shuningdek o'sma qaytalanishini erta belgilarini aniqlashda yordam beradi.

Alfafetoprotein (AFP). Aksariyat kattalarda AFP konsentratsiyasi 10 ng / ml dan past. AFP konsentratsiyasining 10 dan 100 ng / ml gacha oshishi xavfsiz jigar kasalliklari bo'lgan bemorlarda kuzatilishi mumkin. 500 ng / ml dan yuqori bo'lgan daraja gepatotsellyulyar karsinoma mavjudligini ko'rsatadi. Shu bilan birga, AFP darajasining oshishi gepatotsellular saraton kasalligida faqat 30-90 foiz bemorlarda kuzatiladi.

Rak embrional antigen (REA). 90 foizdan ortiq sog'lom chekmaydigan kishilarda REA kosentratsiyasi 5 ng / ml dan past bo'ladi. Oshqozon-ichak trakti turli kasalliklari (jigar kasalliklari, oshqozon yarasi kasalligi, surunkali pankreatit va boshqalar)da, jigar yetishmovchiligida ham uning darajasining oshishi kuzatiladi, chunki bu antigen asosan jigar

tomonidan bartaraf etiladi. REA konsentratsiyasi yo'g'on ichak, oshqozon, oshqozon osti bezi, o'pka, ko'krak va tuxumdonlar saratonida ham ortadi.

Karboangidrid antigeni *(CA19-9).* Oshqozon osti bezi raki bilan kasallangan bemorlarni aksariyatida va oshqozon rakida – 40-60 foiz, kolorektal raklarda 20-40 foiz holatlarda konsentratsiyasi ko'tariladi.

CA-125. Bu marker konsentratsiyasi tuxumdon saratonida (80 foiz), me'da osti bezi saratonida (60 foiz), kolorektal saratonda (20 foiz) ortadi. Oshqozon-ichak trakti xavfsiz kasalliklarida (surunkali pankreatit, gepatit, jigar sirrozi) ham CA-125 konsentratsiyasining oshishiga olib keladi.

Onkomarkerlar darajasi o'sma jarayonining bosqichi bilan bog'liq va saratonning keyingi bosqichlarida ularning sezuvchanligi ortadi.

Instrumental tekshirish usullari

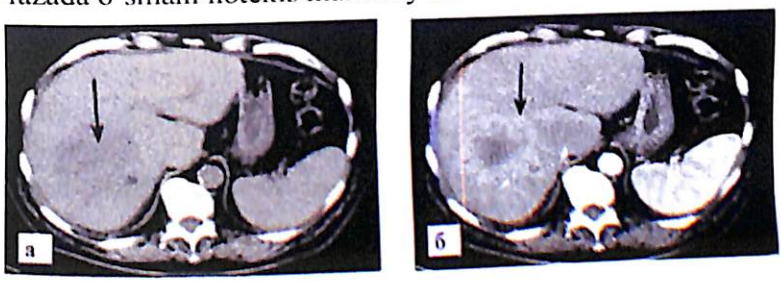
Ultratovush tekshiruvi jigar o'choqli hosilasi o'lchami va strukturasi, jigar magistral qon tomirlari bilan aloqasini, hamda jarayonning jigardan tashqari boshqa a'zolarga tarqalishi (assit, limfoadenopatiya) haqida xulosa qilishga va davolash taktikasini to'g'ri tanlashda yordam beradi. Ayrim holatlarda UTT imkoniyatlari KT dan ham yuqori bo'ladi va mayda o'choqli o'smalarni aniqlashda namoyon bo'ladi. Gepatoma, UTT tekshiruvda: Exogenligi har xil (plastelin bo'lagi singari), kapsulasiz, g'adir-budur konturli, gipoexogen ramkali, jigar qon tomirlarini qisib qo'yuvchi yoki o'sib o'tuvchi hajmli o'sma; Dopler tekshiruvida tomirlanish kuchayganligi namoyon bo'ladi.



Gepatotsellyulyar karsinoma (diffuz shakli)

Qorin bo'shlig'i qon tomirlarni rangli dopler skanerlash magistral qon tomirlarni va hajmli o'smani o'zaro munosabatlarini aniqlash maqsadida qo'llaniladi.

Kontrastli kompyuter tomografiya (KT) va Magnit-rezonans tomografiya (MRT) informativligi yuqoriroq bo'lgan tekshiruvlardir. Bunda arterial fazada o'smani notekis markaziy kontrastlanishi ko'rinadi.



Gepatotsellyulyar karsinoma KT (belgi bilan ko'rsatilgan):

a — jigar parenximasida kontrastdan oldin zichligi pasaygan maydon ko'rinadi; b- arterial fazada uning nogomogen kontrasti qayd qilinadi. O'smaning konturlari yo'g'onlashgan, so'nmagan

Angiografiya. Kompleks UTT va spiral KT usullari kirib kelgan sari, bu tekshiruvga hojat deyarli yo'qolib ketdi.

Ingichka ignali jigar biopsiyasi faqatgina qiyin differensialdiagnostik holatlarda, ya'ni, hosilani tabiatiga qarab davo taktikasi tuzish va operativ yoki konservativ davo usulini tanlash uchun qo'llaniladi.

O't yo'llari kontrastli tekshiruvini mexanik sariqlik asorati bo'lgan jigar o'smalarini (xolangiokarsinoma, jigar darvozasi o'smasi) aniqlashda ishlatiladi. Biliar dekompressiyasini ta'minlash maqsadida xolangiostomani teri-jigar orqali xolangiografiya usulida qo'yish maqsadga muvofiq deb topiladi va inoperabel holatlarda yakuniy davo sifatida, rezektabel o'smalarda esa operativ davoning birinchi etapi sifatida qo'llaniladi.

Ultratovushli tekshirish skrining etapida, teri orqali biopsiyada va davo effektini monitoringida qo'llaniladi, kamchiligi-kichik o'lchamdagi tugunlarni aniqlashda sezgirligi ancha past hisoblanadi.

Kasallikni qiyosiy taqqoslash, jarayonning tarqalganlik darajasini va kasallikning bosqichini aniqlash uchun **kompyuter va/yoki magnitrezonans tomografiya** o'tkaziladi. Ushbu ob'ektiv vizualizatsiya usullari (multifazali kontrastli KT, dinamik kontrastli MRT yoki kontrastli UZKT) o'smaning vaskulyarizatsiya sohasini baholash, GSR uchun xarakterli bo'lgan vaskulyarizatsiya belgilarini: arterial fazada kuchayishi

va portal fazada susayishi («yuvilib ketishi»)ni aniqlash imkonini beradi. Ko'pincha GSR diagnostikasida albatta vena ichiga kontrast modda yuborib RKT yoki MRT qo'llaniladi va turli fazalarda (arterial, venoz va kechiktirilgan) kontrast moddani tavsiya etilgan tezlikda yuborib (M:RKTda 2-4-8 ml/sek) o'smani vaskulyarizatsiya holati baholanadi. Jigarning o'zgarmagan parenximasi v.portae tizimi orqali oziqlansa, gepatotsellyulyar o'smalar asosan jigar arteriyasi orqali qon bilan ta'minlanadi. Shuning uchun ushbu o'smalarda tipik holatda arterial fazada diffuz, geterogen «kuchayish» kuzatilsa (RKTda ham , xuddi shunday MRTda ham), venoz va kechiktirilgan fazalarda kontrast moddani «yuvilib ketishi» kuzatiladi va bu GSRning klassik aks etishi hisoblanadi.

Gepatospetsifik (gepatobiliar) MR-kontrast moddalar (Primovist – gadokset kislotasining dinatriyli tuzi) jigar parenximasini 2–etapli kontrastli «kuchayishini» ta'minlaydi: I etapda – arterial, venoz va kechiktirilgan fazalarda; II etapda – gadokset kislotasi gepatotsitlar tomonidan intensiv yutiladi va bu asta sekin jigar parenximasi kontrastli aks etishi intensivligini kuchayib borishiga hamda jigar to'qimasi va nogepatotsellyulyar hosila o'rtasida kontrastlash farqi kuchayishiga olib keladi. Boshqacha aytganda jigardagi gepatotsitlar saqlamaydigan o'choqlarda kontrast to'planmaydi va kontrastlangan jigar parenximasi fonida aniq ko'rinadi.

Biopsiya. GSR tashxisini morfologik tasdiqlash imkonini beradi. Tajribali onkojarroh tomonidan bajarilgan punksion biopsiyaning asorati (ko'pincha qon ketish) 1-2 foizdan oshmaydi. To'qima ustuni olinadigan punksion biopsiyasiyaning informativligi ingichka ignali aspiratsion biopsiyadan ko'ra ustunroq hisoblanadi.

Multifazali KTda sirrotik jigarda GSRga xos bo'lgan vazkulyarizatsiyali o'sma aniqlanganda va tashxisni kontrastli MRT bilan tasdiqlanganda morfologik verifikatsiya majburiy emas.

Jigar o'smasidan biopsiya olish quyidagi hollarda shart hisoblanadi:

1. O'sma o'lchami kichik bo'lganda (< 2 sm) va GSRga tipik vaskulyarizatsiyada;
2. O'smaning o'lchami > 2 smdan katta bo'lgan notipik vazkulyarizatsiyada;
3. Kontrastli dinamik tekshiruvlarning traktovkasini AFP miqdorini normada yoki biroz baland bo'lganida;

4. Sirrotik o'zgarmagan jigardagi har qanday o'smali hosila aniqlanganda;

Trombotsitopeniyada (<50.000/mkl) manipulyatsiyagacha profilaktik maqsadda trombotsitar konsentrat transfuziya qilinadi. Biopsiyaning manfiy natijasi – jigar xavfli o'smasini inkor qilmaydi va bemorni kuzatuvga qo'yishni talab etadi: biopsiya kanali bo'ylab o'smani progressiyalanish xavfi (o'rtacha 17 oy davomida) 0 - 11foizni tashkil etadi.

Sirrotik jigardagi lokal o'smadan agarda dekompensatsiyalangan sirroz va boshqa patologiya bo'yicha biror bir davo rejalashtirilmayotgan bo'lsa, yoki jigar rezeksiyasi rejalashtirilayotgan bo'lsa biopsiya olish shart emas.

Xolangiotsellyulyar saraton.

Xolangiotsellyulyar saraton yoshi 50 dan yuqori bo'lgan bemorlarda ko'p uchraydi. Xavfli jigar o'smalarini 25 foizini tashkil qiladi. Xolangiol sifatida o't ishlab chiqaruvchi epiteliydan va jigardan tashqarida joylashgan o't yo'llardan kelib chiqadi. Har doim IF darajasi oshishi, o't yo'llari dilyatatsiyasi va mexanik sariqlik klinik belgilari bilan ifodalanadi. CA-199 onkomarkeri darajasi ancha yuqoriga ko'tariladi. O't yo'llari o'smalarini 90 foiz adenokarsinomalar, 10 foiz esa yassi hujayrali rak, karsinoid, leyomiosarkomalar tashkil qiladi.

XSR lokalizatsiyasiga ko'ra quyidagi shakllarga ajratiladi:

-Jigar ichi o't yo'llari (25 foiz).

-Jigar tashqari o't yo'llari xolangiokarsinomasi:

-proksimal (Klatskin o'smasi): umumiy jigar yo'li bilan jigar ikkinchi tartibdagi segmentar o't yo'llari qo'shilishi oralig'i epiteliysidan kelib chiqadigan o'sma (50 foiz);

-distal (xoledoxdan ampulagacha) - 25 foiz.

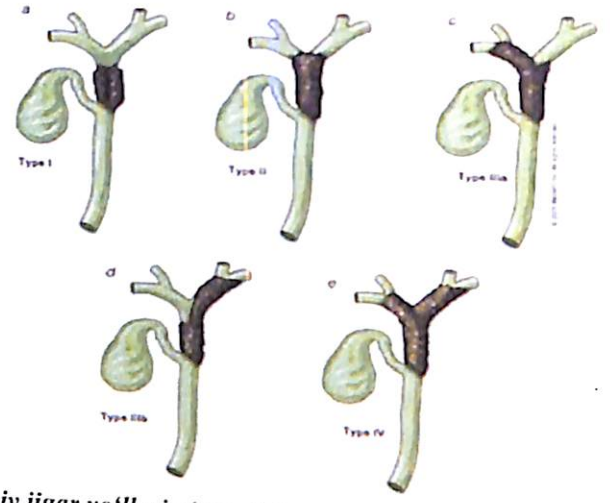
-Taxminan 5% holatlar multifokal o'smalarga to'g'ri keladi.

Klatskin o'smalari ichida o'sma xarakteriga bog'liq holda o't yo'llari zararlanishini bir nechta turlari ajratiladi (Bismuth-Corlette klassifikatsiyasi). (Rasm 4). Lokalizatsiyaning II turi ko'proq uchraydi.

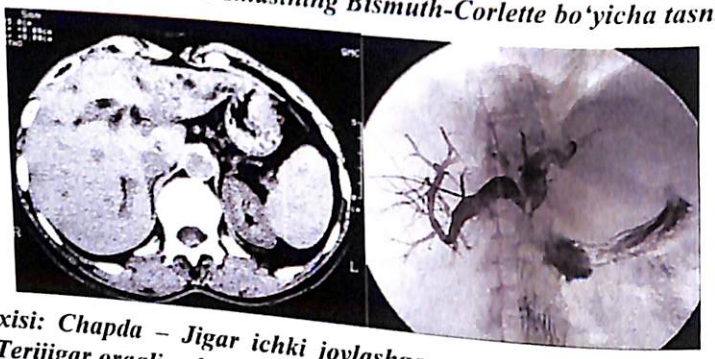
Instrumental diagnostik usullar: UTT, KT, MRT (magnit rezonans xolangiografiya), ERXPG (endoskopik retrograd xolangiopankreatikografiya), TJOX (teri-jigar orqali xolangiografiya).

UTTda hajmli hosilaning turli xil exogenligi va kalsinatlar borligi, o'smaga nisbatan proksimal joylashgan o't yo'llari kengayishi aniqlanadi. Qon tomirlar patologik jarayonga kamdan kam qo'shiladi.

Doplerografiyada – o'sma vaskulyarizatsiyasi sust bo'ladi.



Umumiy jigar yo'llari o'smasining Bismuth-Corlette bo'yicha tasnifi



XSR tashxisi: Chapda – Jigar ichki joylashgan o'sma KT belgilari; O'ngda – Terijigar orqali xolangiografiyada o'smaning jigar ichki joylashishi

Jigar rakini davolashda jarrohlik taktikasi

GSRning rezektabel holatlari 15-40 foizni tashkil etadi.

O'smaning norezektabel belgilari:

- jigarning katta qismini zararlanishi;
- assit;
- limfa tugunlariga ko'plab metastazlar;
- uzoq metastazlar;
- jigar darvozasi tomirlari bilateral zararlanishi;

- pastki kovak venaga invaziya.

Rezeksiyaga nisbatan qarshi ko'rsatma – o'pkaga, me'da osti beziga, mahalliy limfa tugunlarga yagona metastaz. Pastki kovak vena, jigar darvozasi venasi jarayonda ishtirok etgan bir qator holatlarda ham ularning rezeksiyasini amalga oshirish mumkin.

Bemor jigar rezeksiyasini ko'tara olishi qarori, uning umumiy ahvoli va operatsiyagacha bo'lgan jigar funksional rezervini to'g'ri baholashdan so'ng qabul qilinadi. Agar bemorda qo'shimcha yurak-qon tomir, nafas sistemasi og'ir kasalliklari bo'lmasa, funksional ko'rsatkichlari normal bo'lsa rezeksiya hajmi 80 foiz gacha bo'lishi mumkin. Albumin 35 g/l dan kam bulsa, protein S 70 foiz dan past bo'lsa, og'ir qo'shimcha kasalliklari bo'lsa, qari yoshli bemor bo'lsa, rezeksiyadan keyin qoladigan jigar parenximasi hajmi, operatsiyagacha bo'lgan zararlanmagan jigar parenximasini 40 foizidan kam bo'lmasligi kerak. Jigar sirrozi Chayld-Pyu bo'yicha A bosqichida jigar rezeksiyasi hajmi segment- va subsegmentektomiya hajmida, hamda jigar funksional hajmi yuqori ko'rsatkichi bo'lsa – jigar keng anatomik rezeksiyalarini amalga oshirish mumkin.

Agarda jigar funksional rezervi ko'rsatkichi past bo'lsa, yoki rezeksiyadan keyingi qoladigan parenxima hajmi yetarli deb baholanmasa, rezeksiyadan keyin qolgan jigar parenximasini kompensator gipertrofiyasini chaqirish maqsadida o'sma zararlagan jigar bo'lagining jigar darvoza venasi embolizatsiyasi metodi amalga oshiriladi.

Hayotni uzaytiruvchi yoki bemorni to'liq tuzalishiga olib keluvchi GSRning asosiy **radikal operativ davosi** bu jigar anatomik rezeksiyasi (chap tomonlama yoki o'ng tomonlama gemigepatektomiya, kengaytirilgan shakillari bilan). GSR hajmi mayda bo'lgan jigar sirrozi bor bemorlarda (agar sirroz yuqori ifodalangan va o'sma bitta tugundan iborat bo'lsa) segmentektomiya, subsegmentektomiya yoki enukleatsiya usullarini qo'llash mumkin. Davosiz holatlarda kasallik oqibati juda salbiy. O'rtacha yashash muddati 2-6 oy. GSR bo'yicha jigar rezeksiyasi operatsiyasidan keyingi o'lim holatlari 2-6 foiz, agar sirroz bo'lsa 10-20 foiz. Uzoq muddatli yashovchanlik jigar sirrozining mavjudligini aniqlaydi: sirrozi bo'lmagan bemorlarda 5 yillik yashash darajasi 50 foizga yetadi, B va C bosqichlarida sirroz bilan Chayld-P'yu bo'yicha-25 foizdan kam. GSRda intragepatik qaytalanish bemorlarning 40-80 foizida rivojlanadi.

XSR ni davolash. Jigar ichki joylashuvida – jigar anatomik rezeksiyasi (ko'proq gemigepatektomiya). Klatskin o'smalarida – gepatikoxoledox rezeksiyasi, Ru bo'yicha yopilgan ichak tutqichiga gepatoeyunoanastomoz shakillantirish bilan. Radikal operatsiya faqatgina 50 foiz holatlardagina bajarilishi mumkin. Gepatikoxoledox va gemigepatektomiya birlashtirilganda operatsiya radikalligini 65 foizgacha oshirish mumkin. Operatsiyadan keyingi asoratlar 40-50 foiz holatlarda kelib chiqishi mumkin, operatsion o'lim 20 foizgacha va 5-yillik yashovchanlik esa 20 foizdan oshmaydi.

Tibbiyotning turli sohalarda erishilgan yutuqlarga qaramasdan jigar xavfli o'smalarini davolashda jarrohlik usuli hamon «**oltin standart**» bo'lib qolmoqda. Jigar sirrozi bo'lmagan gepatotsellyulyar rakning xirurgik davolash usullari: Rezeksiya – jigar sirrozi bo'lmagan GSRning asosiy davolash usuli hisoblanadi. Jigarning chap bo'lagi o'smalarida quyidagi operatsiyalar bajariladi:

1) **I segmentektomiya** – jigarning dum bo'lagini olib tashlash, juda kam hollarda bajariladi;

2) **Chap tomonlama lobektomiya** – II va III segmentlarni olib tashlash, keng tarqalgan operatsiya hioblanadi. Faqat II yoki III segmentni olib tashlash hech qachon bajarilmaydi;

3) **O'sma dum bo'lakda joylashganda** I, II va III segmentlar olib tashlanadi. II va III segmentlarni olib tashlash, I segmentga borish uchun (dostup) bajariladi;

4) **IV segmentni olib tashlash**. Morfologik anatomiyasiga ko'ra ushbu operatsiyani kvadrat bo'lakni lobektomiyasi deb aytish mumkin, aslida bu termin amalda deyarli ishlatilmaydi;

5) **Chap tomonlama gepatektomiya** – II, III, IV segmentlarni olib tashlash. Ayrim hollarda I segmentni ham olib tashlashga to'g'ri keladi;

6) **Kengaytirilgan chap tomonlama gepatektomiya** – jigarni chap yarmini VI va VIII segmentlar bilan birga qo'shib olib tashlash.

Jigarning o'ng bo'lagi o'smalarida quyidagi operatsiyalar bajariladi:

1) VI segmentektomiya;

2) VIII segmentektomiya– juda kam hollarda bajariladi;Faqat V va VII segmentektomiya amalda qilinmaydi.

3) VI-VII bisegmentektomiya;

4) V-VIII bisegmentektomiya;

5) O'ng tomonlama gepatektomiya – V, VI, VII, VIII segmentlarni olib tashlash;

6) O'ng lobektomiya yoki kengaytirilgan o'ng tomonlama gepatektomiya yoki trisegmentektomiya – IV, V, VI, VII va VIII segmentlarni olib tashlash.

Jigar sirrozi qo'shilib kelgan GSRni kasallik bosqichini inobatga olgan holda davolash usullari

Barselonacha bosqichlash tizimi (BCLC - Barcelona Clinic Liver Cancer) sirroz fonida rivojlanadigan GSRda qo'llaniladi va o'sma jarayoni bosqichini, jigarning funksional holatini, bemorning ob'ektiv holatini va o'tkaziladigan davodan kutilayotgan samarani inobatga oladi.

Ushbu bosqichlash tizimida 5 ta bosqich farqlanadi:

0 - juda erta bosqich;

A– erta bosqich,

V – oraliq bosqich;

S- tarqalgan bosqich va

D–terminal bosqich farqlanadi.

Bundan tashqari BCLC tizimi ushbu holatlarni tavsiya etilayotgan optimal davolash strategiyasi va o'smani oqibati bilan bog'laydi.

GSRning xirurgik davolash usullaridan boshqa usullarini shartli ravishda: kimyo dorilari bilan davolash (tizimli/regionar ximioterapiya, ximioembo-lizatsiya), mahalliy destruktsiyalovchi usullar (ablyatsiya, radioembolizatsiya) va nur terapiyaga ajratish mumkin. Bir necha davo usullarining kombinatsiyasi samaraliroq ekanligi aniqlangan.

O'smani lokal destruksiya davo usullari

O'sma lokal destruksiyasini 3 ta asosiy turi mavjud.

O'sma ichiga etanol yuborish: UTT nazorati ostida teri orqali o'sma ichiga yoki operatsiya vaqtida o'sma ichiga 99,5 foizli etanol spirtini yuborganda hujayra degidratatsiyasi natijasida, mikro qon-tomirlar trombozi va fibrozga o'tadigan koagulatsion nekroz natijasida o'sma hujayralari vafot etadi.

- **Krioablyatsiya:** To'g'ridan to'g'ri past harorat ta'siri natijasida kelib chiqadigan mikro qon-to'qimalar trombozi va nekroz (Temperaturasi -180^{0}C bo'lgan suyultirilgan Azot applikatori).
-

• **Termoablyatsiya**. Eng ko'p qo'llanladigan bu Radio to'lqinli ablyatsiya – Harorati 50^0 dan yuqori bo'lgan, koagulyatsion nekroz va o'rni keyinchalik biriktiruvchi to'qima bilan qoplanadigan lokal giperterik ta'sirlash.

Usulning samaradorligi yuqori: 80 foiz holatlarda o'sma to'liq nekrozga uchraydi, kolorektal rak metastazlarida, agar o'sma tuguni hajmi 4 sm dan yuqori bo'lmasa 70 foizgacha. Radio to'lqinli ablyatsiya asortlari (qorin bo'shlig'ida qon ketish, gematoma, biloma, jigar abssessi, gemotoraks) 4 foiz gacha. Oxirgi yillarda radioto'lqinli ablyatsiya metastatik jigar o'smalarida ko'proq mustaqil davo turi sifatida qo'llanilmoqda, hamda jigar sirrozi Chayld-Pyu bo'yicha A va B bosqich fonida kechayotgan rezektabel gepatotsellyulyar rakda davolash usuli sifatida qo'llanilmoqda.

Mahalliy ximioterapiya.

Operatsiyadan oldingi mahalliy ximioterapiya maqsadi bu mikrometastazlarni bartaraf etish, o'sma rezeksiyasi oson kechishini ta'minlash maqsadida o'sma hajmini kamaytirish. Bu usul 15 foiz kasallarda norezektabel kolorektal rak metastazlarini hajmini kamaytiradi va radikal operatsiya qilishga imkoniyat yaratib beradi. Operatsiyadan keyingi ximioterapiya kolorektal rak metastazi bo'yicha jigar rezeksiyasi o'tkazgan bemorlarga ko'rsatilgan va 5 yillik yashovchanlikni 30 foiz dan 50 foizgacha ko'taradi.

Jigar transplantatsiyasi

Jigar transplantatsiyasi tarqalgan sirroz fonidagi gepatotsellyulyar rakda va jigar funksional rezervlari past bo'lgan holatlarda ko'rsatilgan. Bunda eng yaxshi natijalar o'sma fibrolamellyar formasida qayd etilgan (3yillik yashovchanlik 70 foizdan yuqori).

Shunday qilib, jigar saratonini davolashning jarrohlik taktikasi quyidagicha:

* O'sma rezektabel bo'lsa va sirroz belgilari bo'lmasa (yoki kompensirlangan sirroz) gemigepatektomiya, segmentektomiya hajmidagi jigar rezeksiyasi amaliyotini bajarish ko'rsatilgan.
* Jigar bilateral zararlanganda rezeksiya bilan birgalikda o'sma destruksiyasi usullaridan birini qo'llash ko'rsatilgan.
* O'sma rezektabel va dekompensirlangan sirroz holatida jigar transplantatsiyasi. O'smaning norezektabel holatida o'smani hajmini

kichraytirish va uni rezektabel holatga keltirish maqsadida ximioinfuziya va jigar arteriyasi ximioembolizatsiyasi ko'rsatilgan.

* Agarda radikal rezeksiyadan so'ng, jigar ichi o'sma qaytalanishi aniqlansa jigar rerezeksiyasi yoki o'sma lokal destruksiyasi ko'rsatilgan. * O'smani takror shaklida, uzoq metastazlar bergan bo'lsa, tizimli ximioterapiya o'tkazish ko'rsatilgan.

Solitar yoki o'lchamlari 3 smgacha bo'lgan bir nechta o'sma tugunlari bo'lgan GSRda operatsiya qilish imkoni bo'lmaganda radiochastotali ablyatsiya (RCHA), kriodestruksiya, mikroto'lqinli ablyatsiya va boshqa usullar bilan lokal destruktsiya amalga oshiriladi.

XXV BOB. SUYAK XAVFLI O'SMALARI

Statistik ma'lumotlar.

Suyak birlamchi o'smalari barcha onkologik kasalliklar orasida 1-4 foiz uchraydi, lekin kasallikning og'irligi, diagnostikaning va davolashning qiyingligi jihatdan klinik onkologiyada oldingi o'rinlarda turadi. Suyakni xavfli o'smalari suyak birlamchi o'smalari ichida deyarli 60 foizni tashkil qiladi. Kanser – registr (Germaniya) ma'lumotiga qaraganda suyakni xavfli o'smalari bilan kasallanish ko'rsatkichi har yiliga erkaklar orasida 100 000 aholiga 3,2 ni, ayollarda 100 000 aholiga 1,9 ni tashkil qiladi. Suyakni xavfli o'smalari bilan kasallangan bemorlar o'lim ko'rsatkichi yiliga 5,3 ni, shu bilan birga hisobotlarga ko'ra aholining 15 yoshgacha bo'lgan qismida bu ko'rsatkich 9,93 ni, 15 – 19 yoshlar orasida esa 7,84 ni tashkil qiladi. (Glass, 2007). O'zbekiston Respublikasi Onkologiya Ilmiy Markazi ma'lumotlariga ko'ra har yili suyak birlamchi o'smalari bilan 450 ta bemor ro'yxatga olinadi, shundan suyakni xavfli o'smalari 40 foizni tashkil qiladi. Har yili O'zbekistonda suyakni xavfli o'smalari bilan 230-250 ta, Rossiyada 1500 ta (Machak G.N., 2007), AQSH da 2500 ta (Jaffe N., 2007) bemor ro'yxatga olinadi. Suyakni xavfli o'smalari bilan kasallanishning eng yuqori cho'qqisi ikkinchi darajaga to'g'ri keladi (60 foiz). Asosan uzun naysimon suyaklar zaralanadi. Shulardan ko'p qismi son suyagi distal qismi, yelka suyagining proksimal qismi, katta boldir suyagining proksimal qismi zararlanishiga to'g'ri keladi (Dolgushin B.I., 2006).

Uchrashi bo'yicha suyakni xavfli o'smalari bolalarning barcha xavfli o'smalari orasida 6 chi o'rinda turadi. Yigit bolalar qizlarga qaraganda ko'proq suyakni xavfli o'smalari bilan og'riydi. 1,4:1. 10 yoshdan oldingi davrda, ya'ni birinchi dekadada qiz bolalar o'g'il bolalarga qaraganda ko'proq suyakni xavfli o'smalari bilan kasallanadi. Bu esa suyak o'sishi va shakillanishi bilan bog'liq.

Xavfli o'smalar bilan kasallanish strukturasida suyak sarkomalari 1foiz dan kamroq bo'lib, ko'pincha 10 dan 20 yoshgacha bo'lganlar orasida uchraydi, ammo kattaroq yoshdagilarda ham uchraydi, ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq kuzatiladi. Chet mamlakatlarda kasallanishning intensiv ko'rsatkichi har 100.000 aholi orasida bemor topilishi) 1,0—3,0 ni tashkil qiladi. Suyakni xavfli o'smalarini davolashdagi asosiy qiyinchilik, kasallikni agressiv kechishi, erta gematogen metastazlanish va natijaning

yomonligi bilan bog'liqdir. Ko'pchilik bemorlarni, asosan, bolalar va o'smirlar tashkil qiladi. Davodan keyin birinchi ikki yillikda gematogen metastazlanishdan ko'pchilik bemorlar vafot etadilar, ko'pincha o'pkalarga metastaz beradi. Osteosarkoma ko'pincha gematogen yo'l bilan tez metastaz beradi. 10-20 foiz bemorlarda tashxis qo'yguncha o'pkalarga makrometastazlar beradi, buni rentgenologik tekshiruvlarda aniqlashimiz mumkin. 80 foiz bemorlarda esa tashxis qo'yguncha bo'lgan davrda o'pkalarga mikrometastazlar bergan bo'ladi, buni rentgenologik tekshiruvlarda va kompyuter tomografiyasida ham aniqlab bo'lmaslik mumkin .

1970 yillarda suyakni xavfli o'smalarining davosi aksariyat hollarda jarrohlik amaliyoti bo'lgan, shunda ham zararlangan oyoqlar va qo'llar amputatsiya yoki ekzoartikulyatsiya qilingan. Bemorlarning jarrohlik amaliyotidan keyin ikki yil ichida 80 foizida uzoqlashgan metastazlar kuzatilgan va kasallar o'lgan. .

Bugungi kunga kelib jarrohlik amaliyotlari ichida turli xil rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari bo'lib, bularga autotransplantant, allotransplantant va endoprotezlash kiradi. Biroq, yuqori darajadagi kompleks va kobinirlashgan davo o'tkazilishiga qarmasdan suyakni xavfli o'smalari bilan kasallangan bemorlarning o'lim ko'rsatkichi va nogironligi yuqori darajada qolmoqda. Jarroxlik amaliyoti jarayonida yuqori radikallikka va ablastika qoidalariga rioya qilgan holda hosilani olib tashlash bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

Tasniflash.

TNM tizimi bo'yicha suyak xavfli o'smalarining tasnifi (2017yil 8nashr). Xavfli o'smalar bo'yicha Amerika birlashgan ittifoqi tavsiya etgan. Bu tasnifga asosan

T – birlamchi o'sma.

Tx — birlamchi o'smani aniqlashda ma'lumot yetarli emas.

T0 — birlamchi o'sma aniqlanmaydi.

T1 — o'sma 8 sm.dan katta emas.

T2 — o'sma o'lchami 8 sm.dan katta.

T3 – birlamchi shikastlangan sohada o'sma to'qimasi butunligining buzilishi.

N – regionar limfa tugunlar.

Nx— limfa tugunlar holatini aniqlash uchun ma'lumot yetarli emas.
N 0 — mahalliy limfa tugunlarda metastaz yo'q. N1 — mahalliy limfa tugunlarda metastaz bor M – uzoqlashgan metastazlar.
(Suyakni xavfli o'smalari da uzoqlashagan metastazlar ko'pincha, 70-80 foiz hollarda o'pkalarga va 10-15 foiz holatlarda bosh miyaga beradi.) M0 – uzoqlashgan metastazlar yo'q.
M1 – uzoqlashagan metastazlar bor.
M1a – o'pkaga metastaz bergan.
M1b – boshqa a'zolarda uzoqlashagan metastazlar bor.
Eslatma:Yuing sarkomasi xuddi yuqori darajali differensiallashgan o'smalardek tavsiflanadi. Agar darajasini aniqlash imkoni bo'lmasa past darajali differensiallashgan o'smalardek tavsiflanadi.
G – gistopatologik differensirovka.
Gx – differensiallashish darajasi ma'lum emas.
G1 - differensiallashish darajasi yuqori.
G2 – differensiallashish darajasi o'rta.
G3 – differensiallashish darajasi past.
G4 – differensialashmaydigan o'sma.
Suyakni xavfli o'smalarining bosqichlari bo'yicha tasnifi.
I A bosqich – T1N0M0 yuqori differensiallashgan o'sma.
I B bosqich –T2N0M0 yuqori differensiallashgan o'sma.
IIAbosqich –T1N0M0 past differansiallashgan o'sma.
IIBbosqich –T2N0M0 past differensiallashgan o'sma.
IIIbosqich – T3N0M0 o'sma differensirovkasiga bog'liq emas.
IVAbosqich- har qandayTN0M1a har qanday differensiallashgan.
IVBbosqich- har qanday TN1 har qanday M har qanday differensiallashgan darajadagi o'sma, har qanday T har qanday NM1b har qanday differensiallashgan darajadagi o'sma.

Etiologiya va patogenezi

Hozirgi davrda birlamchi suyak o'smalarini etiologiyasi to'liq o'rganilgan emas. Adabiyotlarda keltirilishi bo'yicha ba'zi bir kimyoviy moddalar berilliy, metilxolantren va radioizotop moddalarning uzoq vaqt salbiy ta'siri natijasida o'sma rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari jarohat olishi o'sma jarayonining rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shuningdek ba'zi bir kasalliklar, ya'ni, Pedjet kasalligi, suyak infarkti va irsiy sindromlar (retinoblastoma, Gardner sindromi va Li – Fraumeni sindromi) kasallik rivojlanishida katta ahamiyatga ega. O'sma kasalligini rivojlanishida asosiy

o'zgarishlar hujayrani genomida sodir bo'ladi va mutatsion o'zgarishlarga olib keladi. Buning natijasida organizmda mutatsion gen hosil bo'lib (onkogen) o'sma jarayonining rivojlanishiga olib keladi.

Suyak xavfli o'smalari ko'proq uzun naysimon suyaklarda, chanoq va bosh suyagida rivojlanadi. Ular ilikda (markaziy va mielogen) yoki suyak usti pardasi periostda (periferik, periostal, osteosarkomalar) rivojlanib boradi. Osteosarkomalar juda tez rivojlanib, keng ko'lamda va qisqa vaqt ichida metastazlar beradi. Bu o'sma turi suyakning tez o'sishi bilan bog'liq. Suyak xavfli o'smalari suyakning tez o'suvchi qismlarida ko'p uchraydi. Bu o'sma ko'pincha bolalar va o'smirlarda suyak birlamchi o'smalari ichida uchrashi bo'yicha birinchi o'rinda turadi. Kelib chiqish sababi aksariyat hollarda olingan jarohat bilan bog'liq. Shifokorlar buni albatta esda tutishlari kerak va olingan jarohat sohasini rentgen tekshiruvidan o'tkazishlari zarur. Suyak xavfli o'smalarining kelib chiqishida fizik, ximik va biologik omillarning ham o'rni katta. Nurlanish insonga uzoq vaqt va katta miqdorda ta'sir qilib tursa bu insonda suyakni xavfli o'smalari riqojlanishi uchun 4 yildan 40 yilgacha vaqt kerak bo'lishi mumkin (o'rtacha 12 – 16 yil). Hamma aniqlangan suyakni xavfli o'smalarining 75 foizi o'smirlarga, yoshlik davriga to'g'ri keladi (20 yoshgacha). Qolgan qismi katta yoshdagi insonlarda Pedjet kasalligi, suyaklar infarkti, nurlanishni ko'p qabul qilish fonida uchraydi. Pedjet kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 2 foizida suyak xavfli o'smalari uchraydi. Tug'ma osteoxondroz, enxondromalar va fibroz displaziyadan keyin ba'zan osteosarkoma rivojlanadi. Uzun naysimon suyaklar osteosarkomasida 60 foizga yaqini tizza bo'g'imiga yaqin bo'lgan sohalarda rivojlanadi. 25 yoshdan katta insonlarning uzun naysimon suyaklarida va yassi suyaklarida suyak xavfli o'smalari uchrashi deyarli bir xil. Suyakning xavfsiz o'smalaridan keyingi (osteoxondromalar, enxondromalar va boshqalar) osteosarkoma bilan kasallanish xavfini oshiradi.

Suyakni xavfli o'smalari suyak o'smalari qatoriga kirib, suyak o'sma hujayralari osteoid ishlab chiqaradi. 50 foiz kasallarda suyak xavfli o'smalarida shuning uchun ham osteoblastik turi ajratiladi. 25 foiz bemorlarda tog'ay to'qimasi ishlab chiqarilganligi uchun xondroblastik turi va 25 foiz bemorlarda fibroblastik turlar ajratiladi. O'smalarni yuqoridagi turlarga bo'linishi ko'p jihatdan o'sma jarayonini klinik kechishini,

rentgenologik ko'rinishini va davolash usulini olib borishda, kasallikni prognozini aniqlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Erkaklarda ayollarga nisbatan 1,5 barobar ko'p uchraydi. Suyak xavfli o'smalari aksariyat holatda 70-80 foiz bemorlarda yoshi 20 yoshgacha bo'lgan aholi orasida uchraydi. 40 yoshdan oshgan aholi orasida suyak xavfli o'smalari nisbatan kam uchraydi.

Suyak xavfli o'smalari tana suyaklarini barcha qismida uchraydi. 7580 foiz bemorlarda uzun naysimon suyaklarni zararlanishi, ya'ni son, katta boldir va yelka suyaklarida uchraydi. Yassi suyaklarda, ya'ni tos suyaklarida, qovurg'alarda, umurtqa pog'onasida juda kam uchraydi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'sma aksariyat hollarda uzun naysimon suyaklarni metaepifizar yoki metadiafizar qismini zararlaydi.

Ushbu uzun naysimon suyaklarning metaepifizar yoki metadiafizar qismlari balog'at yoshidagi bolalarda suyakni o'sish qismlari hisoblanadi. Shuning uchun ham balog'at yoshidagi bolalarda o'smani o'sish davrida gormonal va immunologik omillar ta'siri kuchaygan vaqtga to'g'ri keladi. Bu bilan izoh berish mumkinki, o'sma aynan bolalar organizmining o'sish jarayoni tez kechadigan a'zolardan, ya'ni suyaklarda yuzaga keladi. Hozirgi kunda suyak xavfli o'smalarining inson organizmida keltirib chiqaruvchi omillari hali ma'lum emas, lekin maxsus adabiyotlarda keltirilishicha, suyak xavfli o'smalarini kelib chiqishida ma'lum miqdorda virusli kasalliklarni o'rni borligi va irsiy omillarni ahamiyati o'rganib chiqilgan. Aksariyat hollarda kasallik bir marta olingan jarohatdan so'ng rivojlanganligi uchun jarohatni asosiy omillar qatoriga kiritiladi. Lekin tekshirishlar natijasida ushbu omil kasallikni rivojlanishi bilan bir vaqtda aniqlanadi va asosiy omil sifatida qabul qilinmagan. Ko'pincha jarohat olgan bemorlarda uzoq vaqt mobaynida fizioterapiya va yallig'lanishga qarshi davo o'tkaziladi. **Klinik ko'rinishi**

Bemorlar aksariyat hollarda quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qiladi: o'smaning joylashgan joyida og'riq paydo bo'lish, o'sma - shish hosil bo'lishi, bo'g'imda yoki oyoqda, qo'lda harakatni buzilishi.

Og'riq bemorlarda paydo bo'lgandan so'ng tez rivojlanadi va doimiy ravishda bo'ladi. Nonarkotik analgetiklar qabul qilinganda og'riq kamaymaydi. Bu aksariyat hollarda o'smaning biologik xususiyatiga bog'liq bo'lib, tez o'suvchi o'smalarda yorqin namoyon bo'ladi (osteosarkoma, Yuing sarkomasi, xavfli fibroz gistiotsitoma).

O'smaning paydo bo'lishi ayniqsa yuqori darajadagi xavfli o'smalarda (osteosarkoma, Yuing sarkomasi, xavfli fibroz gistiotsitoma) tez rivojlanadi va atrof to'qimalarga o'sadi. Shuningdek o'sma ustida haroratning ko'tarilishi, terida qizarish va qon tomirlarning kengayishi kuzatiladi. Sekin rivojlanuvchi o'smalarda esa (paraostal osteosarkoma, ikkilamchi xondrosarkoma) o'sma jarayoni harakatsiz, og'riqsiz bo'ladi.

Bo'g'imlardagi harakatning buzilishi aksariyat hollarda o'sma jarayoni bo'g'imga yaqin joylashaganda, atrof to'qima zararlanganda uchraydi. Barcha birlamchi suyak o'smalari o'zining klinik kechuviga qarab ikki guruhga bo'linadi:

- agressiv rivojlanuvchi va klinik kechuvga ega bo'lgan o'smalar (osteosarkoma, Yuing sarkomasi, xavfli fibroz gistiotsitoma, quyi differensiallashgan suyak o'smalari) ushbu o'smalarda kasallik tez kechib, qisqa muddat ichida uzoq a'zolarda metastazlar paydo bo'ladi va bemorni o'limga olib kelishi mumkin.
- sekin rivojlanuvchi va nisbatan yaxshi oqibatga ega bo'lgan suyak o'smalari (paraostal sarkoma, gigant hujayrali o'sma, fibrosarkoma, xondrosarkoma va boshqalar). Ushbu kasallikda o'sma jarayoni sekin rivojlanadi, kam metastazlar hosil bo'ladi. Suyak o'smalarining klinik ko'rinishi (1-rasm)



Suyakni xavfli o'smalarining klinik belgilari kasallikning bosqichiga, atrof to'qimaga o'sib o'tishiga, qaysi sohada joylashishiga qarab har xil namoyon bo'lishi mumkin. Osteogen sarkomaning asosiy klinik belgisi bu og'riq hisoblanadi. Ko'pincha bemorlarda jarohat olishdan keyin bu kasallik kelib chiqadi. Og'riqlar similovchi va o'sma hajmi kattalashib borishiga qarab kuchayib boruvchi bo'ladi. Suyak xavfli o'smalariga xos og'riq asosan kechasi og'riqlar kuchayishi hisoblanadi. Klassik uchlik belgisi bu –

og'riq, shish va oyoq – qo'llar harakatining buzilishi. Bemor shifokorlarga birlamchi murojaat qilganda ko'pincha tashxis qo'yishda yanglishadilar va davolash taktikasida ko'pincha nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar bilan birganlikda fizioterapiya buyurishadi. Bu esa o'z navbatida o'sma rivojlanishiga sharoit yaratadi.

Suyak xavfli o'smalarini klinik ko'rinishida ikki tur ajratiladi. Birinchi tur o'smalarida, o'sma jarayoni asta-sekinlik bilan rivojlanib, bir necha oydan 1-2 yil muddat ichida bemor onkologiya muassasiga murojaat qiladi. Bunda bemorlarning 45 – 50 foizida mexanik jarohat oladi va ko'p hollarda shu sohada kuchsiz og'riqlar bezovta qiladi. Bemor xalq tabobatidan foydalanadi yoki o'zicha nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari qabul qilib vaqtni o'tkazadi. Og'riqlar kuchayib boradi, asosan kechasi og'riqlar kuchayadi, og'riqlar doimiy bo'ladi. Bu esa o'sma hajmining kattalashib suyak usti pardasini ezadi yoki unga o'sib o'tganidan keyin og'riqlarning kuchayishi kuzatiladi. Bu turdagi o'sma rentgen tekshiruvidan o'tgandan keyin qo'yiladi. Ikkinchi turdagi o'smalarda o'sma jarayoni tez kattalashadi, tez rivojlanib, kuchli og'riqlar paydo bo'ladi, 2-3 oy mobaynida uzoq a'zolarda (ayniqsa o'pkada) metastazlar paydo bo'ladi. Suyakni xavfli o'smalari gematogen yo'l bilan tez metastaz beradi. 20 foiz hollarda tashxis qo'yilgunga qadar bo'lgan davr ichida mikro- va makrometastazlar berib bo'ladi. Birlamchi o'smani klinikasi ro'yobga chiqib, unga tashxis qo'yguncha o'pkalarga mikro va makrometastazlar bergan bo'ladi. Aksariyat hollarda prognoz (kasallik oqibati) yaxshi bo'lmaydi.

Suyak xavfli o'smalarining birlamchi belgisi og'riqsiz kechishi kamdan – kam hollarda uchraydi.

O'sma jarayoning ikkinchi belgisi bu shish hisoblanib u o'smaning atrof to'qimalariga o'sib o'tishi bilan bog'liq. O'sma ustidagi terisi taranglashgan, oqish tusda, teri osti venalari kengaygan bo'ladi. O'sma jarayonining atrof to'qimalarni keng egallab ketishi o'sma joylashgan oyoq–qo'llardagi bo'g'imlarda bukilish va yozilish harakat funksiyasining buzilishiga olib keladi. Bunda bemor yurganda oqsoqlanib yurishi yoki umuman yura olmasligi mumkin. Suyak xavfli o'smalarining oxirgi bosqichlarida bemorda holsizlik, tez charchash, ozib ketish va uyquning buzilishi kabi klinik belgilar yuzaga kelishi mumkin. Suyak xavfli o'smalarining oxirgi bosqichlarida, qaysi a'zolarga metastaz berganiga qarab shu a'zolarga tegishli bo'lgan klinik belgilar yuzaga keladi. Agar

bemorda metastazlar o'pkalarda bo'lsa yo'tal, nafas siqishi, xansirash, plevrit kuzatilishi mumkin. 10 foiz holatlarda mahalliy limfa tugunlar zaralanishi, kattalashishi mumkin. Mahalliy limfa tugunlarda metastaz bo'lishi kasallik oqibatinig yomonlashishiga olib keladi. Bu vaqt orasida o'sma jarayonini o'sishi va atrofdagi bo'g'imda harakatni cheklanishi aniqlanadi. Bundan tashqari og'riqni kuchayishi va o'smani kattalashishi aniqlanadi. Bularni hammasi kasallik boshlanishida umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan rentgenologik tekshirish o'tkazilmaganligi natijasida va suyakda o'sma jarayonini rivojlanishi mumkinligi to'g'risida fikr yo'qligi tufayli bo'lishi mumkin.

O'sma jarayonini tez o'sishi natijasida og'riq kuchayadi. Ayniqsa tunda og'riqqa qarshi dori vositalari kam naf beradi. O'smani o'sishini tezlashishi natijasida, uni atrof to'qimaga o'sishi aniqlanadi. O'sma sohasida mahalliy haroratni va kechqurunlari tana haroratini oshishi kuzatiladi. Bola organizmida ushbu jarayonni rivojlanishi uchun 6-12 oy kerak bo'ladi. Bu vaqt orasida o'sma jarayoni kattalashib boradi. Shuning uchun ham aksariyat holatlarda bemorlar o'sma jarayonini o'sib ketgan bosqichlarida onkologiya muassasiga murojaat qiladi.

Suyak xavfli o'smalarining tashxisi

Suyak xavfli o'smalarida bemorlarga tashxis qo'yishda kompleks yondoshish maqsadga muvofiqdir. Bunda bemorlarni klinik tekshirishdan tashqari laborator usullar, instrumental va rentgenologik, ultratovush tekshirishlari bilan birgalikda zamonaviy usullardan KT, MRT, angiografiya, ssintigrafiya, morfologik va immunogistoximik tekshirishlarni o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Har bitta usul o'zining xususiyatiga ega bo'lib birinchi navbatda o'sma jarayonining tabiatini, tarqalganligini, gistologik ko'rinishini uning bosqichini va xavflilik darajasini va qolaversa prognozini aniqlashda muhim o'rin tutadi. Shuning uchun ham suyaklarning xavfli o'sma kasalliklarida kompleks tashxis usullarining qo'llanilishiи maqsadga muofiq.



1

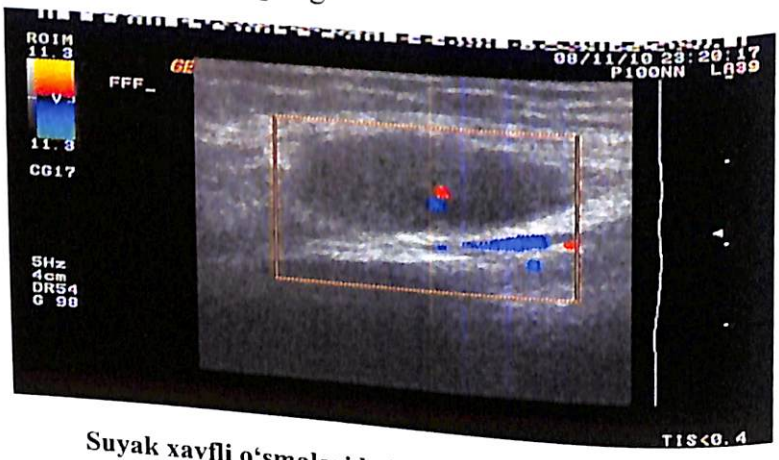


2

1. Yelka suyagi osteosarkomasining rentgen tasviri
2. Katta boldir suyagi osteosarkomasining rentgen tasviri

Suyak xavfli o'smalarida ultratovush tashxisi

Ultratovush tashxisida asosan o'sma jarayonining atrof yon to'qimalarga munosabati va o'sganligi aniqlanadi. Ayniqsa atrof yumshoq to'qimaga o'sishi, qon – tomir va nerv tolalarining zaralanishi davolash taktikasiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Dopler ultratovush tekshiruvining qo'llanilishi o'sma jarayonining qay darajada qon-tomirlar bilan ta'minlanganligi, magistral qon - tomirlarning o'smaga nisbatan munosabatini aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun ham noinvaziv ultratovush tekshiruvining o'tkazilishi muhim ahamiyatga ega.



Suyak xavfli o'smalarida kompyuter tomografiya

Rentgenologik kompyuter tomografiya tekshirish usullari rentgenologik tekshiruvi oldida katta afzalliklarga egadir. Asosiy afzalligi shundan iboratki, RKT tekshiruvida suyak va yumshoq to'qimalarini keng miqyosida tekshiriladi va o'sma jarayonini qavatma-qavat o'rganiladi. Bunda topografik – anatomik o'zgarishlar o'smaga nisbatan olinib ko'p jihatdan kasallik to'g'risida ko'proq fikr tug'diradi va o'smaning atrof to'qimalarga tarqalganligi to'g'risida ma'lumot beradi.



Son suyagi osteosarkomasi KT



Suyak xavfli o'smalarida MRT

MRT tekshiruvi faqat suyak to'g'risida ma'lumot bermasdan, balki suyak atrofidagi yumshoq to'qimaning holati, suyak ichi va tashqi to'qimalarining o'zgarishi yaqqol namoyon bo'ladi. Shuning uchun ham ushbu usul o'smaning atrof to'qimalariga o'sgan davrida muhim ahamiyatga egadir. Bu esa o'sma jarayonida bajariladigan jarrohlik amaliyoti hajmini aniqlashda va o'tkazilgan kimyoviy terapiya samaradorligini baholashda o'z o'rnini egallaydi. (rasm 5)



Suyak sarkomasini bosqichlashda MRT tekshirish

Suyak xavfli o'smalarida morfologik tashxis

Bunda asosiy o'rinni sitologik, gistologik va immunogistoximik usullar egallaydi. Aspiratsion biopsiya birlamchi morfologik tekshirish usuli bo'lib o'sma jarayonidan sitologik tekshirish uchun material olish imkonini beradi va tashxis qo'yishda ma'lum darajada o'zini o'rniga ega bo'ladi. Xavfli o'sma kasalliklarida aspiratsion biopsiya 60-70 foizgacha o'smani qaysi to'qimadan chiqayotganligini aniqlash imkonini yaratadi va o'smani ma'lum darajada suyak bilan bog'liqligi aniqlanadi. Gistologik tekshirish asosiy usullardan hisoblanadi. Bunda o'smaning qaysi to'qimadan kelib chiqayotganligi, gistogenetik turi va atrof to'qimaga qay darajada tarqalganligi aniqlanadi. Shuningdek gistologik tekshirish yo'li bilan o'smaning qay darajada faolligi aniqlanishi mumkin, bunda o'smaning differensiallashgan darajasi aniqlanadi (G). Gistologik tekshirish uchun o'smadan namuna trepanbiopsiya, ochiq biopsiya orqali yoki jarrohlik amaliyotidan so'ng olinishi mumkin. Ushbu tekshirishlar o'tkazilgandan so'ng o'sma jarayoniga to'liq tashxis qo'yiladi, ya'ni Osteosarkoma,

Xondrosarkoma, Yuing sarkomasi, Osteoblastoklastoma ekanligi aniqlanadi.

Osteogen sarkoma bilan og'rigan bemorlarni tekshirish ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlardan boshlanadi. Ko'zdan kechirish, so'rab - surishtirishdan, anamnez yig'ishdan boshlanadi. Mahalliy ko'rikda o'sma joylashgan soha ko'zdan kechiriladi, teri rangida o'zgarish bor -yo'qligi va teri osti venalarining bor - yo'qligiga e'tibor beriladi. Paypaslash orqali o'sma hajmi, konsistensiyasi, harakatchanligi, atrof to'qimalar bilan aloqasi, mahalliy haroratiga va mahalliy limfa tugunlardagi o'zgarishlar bor - yo'qligiga e'tibor beriladi. Jarohat sohasiga yaqin bo'lgan bo'g'imlar harakati chegaralanishiga e'tibor beriladi. So'rab - surishtirishda asosan bemorning jarohat olgan yoki olmaganligiga e'tibor berish kerak. Qarindosh – urug'larida onkologik kasalliklar bilan og'rigan bemorlar bo'lganligi so'raladi, yoshligida o'tkazgan kasalliklari so'raladi. Bemorlarni instrumental va labarator tahlillari o'rganiladi. Suyak xavfli o'smalariga tashxis qo'yishda quyidagi usullar keng qo'llaniladi: qonni klinik va bioximyoviy tahlili, rentgenologik va ultratovush tekshiruvi, kompyuter tomografiya, magnit-rezonans tomografiya va morfologik tekshirishlar.

Qonni umumiy tahlilida eritrotsitlarni cho'kish tezligi (ECHT) oshadi, o'sma hajmi kattalashganligi tufayli leykotsitoz, kechki bosqichlarida anemiya bioximyoviy tekshirishda qonda laktatdegidrogenaza va ishqoriy fosfataza oshishi kuzatilishi mumkin.

Rentgenologik tekshirishda o'smani uch ko'rinishga ega ekanligi aniqlanadi, ya'ni osteoblastik, osteolitik va aralash turi. Suyakni xavfli o'smalarini rentgenologik belgilari o'sma jarayonini rivojlanish bosqichini ko'rsatadi. Suyakda yirik, qattiq birlamchi o'choq destruktsiyasi yoki destruktsiyasiz, qirralari notekisligi aniqlanadi. O'sma ko'p hollarda suyak usti pardasiga o'sib o'tadi va suyak usti pardasini ko'taradi, suyak usti pardasi ostida suyaksimon xosila paydo bo'ladi. Rentgenda ko'rganimizda uchburchak soyalanish, kortikal qavat va ko'tarilgan suyak usti pardasi orasida " Kodmen" uchburchagi aniqlanadi. "Kodmen" uchburchagi belgisi suyakni xavfli o'smalari uchun xos. Rentgenologik tekshirishda asosiy belgilar, bu suyakni kortikal qavatida "spikula"ni (o'sma) hosil bo'lishi, uchburchak shakldagi " Kodmen" belgisi, kortikal qavatda ossifikat hosil bo'lishi, keyinchalik destruktiv yemirilish o'choqlari va boshqa o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan o'sma jarayonini rivojlanishi natijasida

kortikal qavatining yemirilishi va o'smani yumshoq to'qimaga o'sishi kuzatiladi. Bu keyinchalik suyakni sinishiga olib keladi. Suyak sinishi suyakni xavfli o'smalarida kamroq uchraydi (5 foiz atrofida). osteolitik turida patologik sinish yuzaga keladi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'pkaga makro va mikrometastazlar bor yoki yo'qligini aniqlash uchun o'tkaziladi. O'smaning yumshoq to'qimalarga o'sib o'tishini aniqlashda ultratovush va kompyuter tomografiya tekshirishlarini ahamiyati katta. Kompyuter tomografiyada o'smaning aniq hajmi, atrof to'qimalarga tarqalish darajasi, zichligi, exogenligi, operabelligi yoki nooperabelligi aniqlanadi. Bundan tashqari o'sma jarayonini magistral qon tomirlarga o'sganligini aniqlashda ultratovush doplerografiya tekshiruvini o'rni kattadir. Ultratovush doplerografiya usuli yordamida o'smaning qon bilan ta'minlanish darajasi, magistral tomirlarga o'smaning aloqasi, a'zo saqlash jarrohlik amaliyoti o'tkazish mumkinligi yoki mumkin emasligi haqida ma'lumot olsa bo'ladi. O'sma jarayonini atrof yumshoq to'qimaga o'sganligini aniqlashda magnit-rezonans tomografiya alohida o'rin tutadi. Morfologik tekshirish (sitologik va gistologik) natijasida suyakni xavfli o'smalarini turlari aniqlanib, davolash usuli belgilanadi. Gistologik tekshirish uchun material ochiq biopsiya, trepan biopsiya, punksion biopsiya va jarrohlik amaliyotidan keyingi olib tashlangan o'sma qismlari hisoblanadi. Sitologik tekshirish uchun punksion usulda yoki yaralangan o'smadan bosma olish yo'li bilan o'tkaziladi.

Morfologik tahlillar natijasiga qarab o'sma turi aniqlanadi va davo usuli tanlanadi.

Xavfsiz o'smalar faqat jarrohlik yo'li bilan davolanadi (ximioterapiya, nur bilan davolash yoki gormonlar bilan davolash qo'llanilmaydi). Operatsiyalarni texnik jihatdan bajarish qiyin emas. Xavfsiz o'smalar kapsulasi bilan birga olib tashlanishi kerak. Agar radikal operatsiya yetarli darajada bajarilgan bo'lsa, xavfsiz o'smalar boshqa qaytalanmaydi. Ma'lum darajada asosli bo'lsa (xavfsiz o'sma sekin o'sayotgan bo'lsa, uning konsistensiyasida, rangida o'zgarishlar bo'lmasa va h.k.), operatsiyani vaqtincha orqaga surish yoki undan umuman voz kechish mumkin. Albatta operatsiya qilishga quyidagi ko'rsatmalar bo'ladi: 1) to'qimalarning mexanik bosilishi sindromi; 2) yuza joylashgan o'smalarning kiyimga ishqalanishi natijasida zararlanishi; 3) o'smadagi o'zgarishlar va malignizatsiya borligiga shubha tug'ilishi. Agar o'sma operatsiyaga qadar aniqlanmagan bo'lsa, operatsiyada va o'z vaqtida diagnoz uchun vaqtida

zudlik bilan gistologik tekshirish o'tkazish lozim, o'sma hajmi va operatsiya xarakteri bilan bog'liq masalalar shu tariqa hal etiladi. O'sma olib tashlangach, uni gistologik yo'l bilan tekshirib ko'rish talab qilinadi. Xavfli o'smalarni davolash o'sma qaysi bosqichda ekanligiga bog'liq, shu sababli davolash kompleks ravishda olib boriladi, davolashning operatsiya bilan bog'liq va kombinatsiyalangan usullari nur va dori-darmonlar (gormonlar bilan davolash, ximioterapiya, immunoterapiya) bilan davolash qo'llaniladi. Oqibat-natija organizmning immunologik xususiyatiga judayam bog'liqdir.

Operatsiya yo'li bilan davolash. Xavfli o'smalarda zudlik bilan operatsiya qilish uchun mutloq ko'rsatkichlar mavjud bo'ladi. Radikal operatsiyalar ko'proq I va II klinik bosqichda, kamdan-kam hollarda III bosqichda bajariladi. Radikal operatsiya vaqtida ablastika va antiblastika talablariga qat'iy rioya qilinishi shart.

O'tkazib yuborilgan va olislarga metastazlar bergan o'smalarda yoki og'ir intoksikatsiya yuz bergan hollarda radikal operatsiya qilishning iloji yo'q, bunday kezlarda palliativ operatsiyalar amalga oshiriladi. Palliativ operatsiya davomida o'smaning o'zi kamdan-kam ta'sirlanadi (yoki umuman tegilmaydi), lekin bu usul bilan shikastlangan organ faoliyatini ozgina bo'lsa-da yaxshilash bilan bemorning ahvoli yengillashtiriladi, yaxshilanadi va umri uzaytiriladi.

Suyak xavfli o'smalari bilan kasallangan bemorlarni 70 - yillarda davolash usuli faqat xiurugik usul hisoblangan. Bu ham bo'lsa nogironlikka olib keluvchi jarrohlik amaliyotlari amputatsiya, ekzoartikulyatsiya, gemipelvektomiya, kuraklararo ko'krak amputatsiyasi bo'lgan. Shunda ham bemorlarning yashovchanlik ko'rsatkichi past bo'lgan 15 – 20 foiz.

Oxirgi yigirma yil ichida diagnostik usullarning rivojlanishi, ad'yuvant va noad'yuvant ximioterapiyaning qo'shilishi, xirurgik usullarning yangi usullari tadbiq etilishi bemorlarning yashovchanligining o'sishiga olib keldi.

Ikkinchi bosqich bu jarrohlik amaliyoti xisoblanadi. Jarrohlik amaliyotining ikki turi farqlanadi: a'zo saqlovchi va nogironlikka olib keluvchi jarrohlik amaliyotlari.

a) A'zo saqlovchi jarrohlik amaliyotlari

A'zo saqlovchi jarrohlik amaliyotlariga ko'rsatmalar:

-Xavfsiz va xavfli o'smalarda, hamda o'smasimon zararlanishlarda

- O'smaning joylashishi – uzun naysimon suyaklarda bo'lganida
- Xavfli sifatli o'smalar metastaz bermagan hollarda
- Klinik diagnozga morfologik diagnoz to'g'ri kelganda
- Zaralangan suyak atrofidagi yumshoq to'qima komponenti va nerv chigallari o'sma jarayoniga qo'shilmaganda
- Suyak xavfli o'smalarida o'smaga qarshi preparatlar qo'llanganda ularning yaxshi effekti bo'lgan hollarda
- Suyak xavfli o'smalarida patologik sinish bo'lmaganda
- Xavfli o'sma ustidagi teri zaralanmagan bo'lsa
- Bemorning o'zi yoki qarindosh – urug'lari roziligi bilan. A'zo saqlovchi jarrohlik amaliyotini o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar
- Suyak birlamchi xavfli o'smalarida yaqqol patologik sinish bo'lsa
- Bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lganda
- Suyak xavfli o'smalarida uzoqlashgan metastazlar bor bo'lganda
- Suyak xavfli o'smalarida noad'yuvant poliximioterapiya va nur terapiyasidan keyin o'smaning progressiyasi kuzatilsa A'zo saqlovchi jarrohlik amaliyotining turlari:

Jarrohlik amaliyotining hajmi va xarakteriga ko'ra quyidagi a'zo saqlovchi jarrohlik amaliyotlari farqlanadi:

- Jarrohlik amaliyoti suyaklar ichida o'tkaziladi, bunda imkon darajasida uzun naysimon suyaklarning butunligi saqlanadi – ekskoxleatsiya, ekskoxleatsiya sementoplastika bilan birga va qirrali rezeksiya
- Jarrohlik amaliyotida suyak butunligi buziladi – segmentar rezeksiyadan keyingi ochiq qolgan bo'shliqni to'ldirmaslik bilan
- Jarrohlik amaliyotida suyak fragmentini autotransplantat yordamida saqlash –qirrali rezeksiyadan keyingi autoplastika yoki ekskoxleatsiya autoplastika bilan birga.
- Jarrohlik amaliyotida suyak butunligi buziladi, lekin jarrohlik amaliyotidan keyingi bo'shliq autotransplantat yordamida to'ldiriladi

a) segmentar rezeksiya autoplastika bilan birgalikda bajariladi va Ilizarov apparati o'rnatiladi.

b) segmentar rezeksiya autoplastika bilan birgalikda bajariladi va intramedulyar shtift o'rnatiladi.

v) segmentar rezeksiya autoplastika bilan birgalikda bajariladi va har xil o'lchamdagi plastinka va shuruplar bilan qotiriladi.

g) Vreden jarrohlik amaliyoti

- Jarrohlik amaliyotida suyak butunligi buziladi, lekin jarrohlik amaliyotidan keyingi bo'shliq metal endoprotezlar bilan to'ldiriladi – segmentar rezeksiya endoprotezlash bilan birgalikda
- A'zo saqlovchi jarrohlik amaliyoti bir nechta anatomik tuzilishlarni olib tashlash bilan o'tkaziladi, lekin oyoq va qo'llar saqlanadi – kuraklararo ko'krak rezeksiyasi

Endoprotezlash jarrohlik amaliyoti o'tkazilganda suyakning zaralangan sohasi rezeksiya qilinadi va tizza bo'g'imi, chanoq – son bo'g'imi, yelka bo'g'imi, tirsak bo'g'imlari endoprotezlanadi. Endoprotez bemor suyagining yirikligiga, zararlangan sohaning hajmiga qarab yasaladi. Tizza bo'g'imini endoprotezlash jarayonida zararlangan soha rezeksiya qilinib olib tashlanadi va suyak ichi kanali tozalanadi. Endoprotez ikkinchi oyoqchasi joylashadigan zararlanmagan suyak (son yoki katta boldir) tizza bo'g'imi yuzasidan 3- 4 mm qalinlikda tekis qilib kesiladi va bu suyakning ham suyak ichi kanali tozalanadi. Keyin suyak ichi kanallari tibbiy sement bilan to'ldiriladi va endoprotez oyoqchalari suyak ichi kanaliga o'rnatiladi. Shundan so'ng ikkala oyoqchalarini tutashtiradigan sterjen o'tkazilib qotiriladi. Tizza bo'g'imini endoprotezlashda metal endoprotez yordamida jarrohlik amaliyotidan keyingi bo'shliq to'ldiriladi va tizza bo'g'imining harakati ta'minlanadi. Bu esa bemorlarning aktiv hayot kechirishini va hayot sifatini yaxshilaydi .

Jarrohlik amaliyoti bajarilgandan so'ng 4-5 kurs ad'yuvant kimyoterapiya o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir.

Davolashni kombinirlashgan usulda olib borilishi, a'zolarni saqlash jarrohlik amaliyotini sonini oshiradi va yashash ko'rsatkichini oshiradi.

Suyakning xavfli o'smalari, ayniqsa agressiv tezkor rivojlanadigan turlari (osteosarkoma, Yuing sarkomasi, xavfli fibroz gispiotsitoma, o'smaning past va nodifferensiallashgan turlari) tashxis qo'yilgandan so'ng kombinirlashgan va kompleks davolash usullari bilan davolanadi. Bunda quyidagi omillaraga e'tibor berish lozim: o'smaning gistologik turiga, bemorning yoshiga, atrof to'qimalarga tarqalganlik darajasiga, qon-tomir va nerv tolalarining o'sma jarayoniga jalb qilinganligiga va o'tkazilgan daolash usulining (kimyoviy terapiya, nur terapiyasi) samaradorligiga bog'liq

bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilagan o'smaning agressiv turlarida jarrohlik amaliyotidan oldin kimyoviy terapiya o'tkazish (samaradorligi yaxshi bo'lganda 4 kursgacha) so'ng jarrohlik amaliyoti bajariladi. O'sma jarayonining dori vositalariga ta'sirchanligi o'rganilgandan so'ng (patomorfoz) ad'yuvant kimyo terapiya o'tkaziladi. Kimyoviy terapiyada aksariyat hollarda doksorubitsin, sisplatin, siklofosfan, vinkristin, etopozid, ifosfamid va yuqori dozali metotreksat qo'llaniladi. O'sma jarayoni olib tashlangandan so'ng o'smaning patomofozi o'rganilib buning natijasida ko'rsatilgan kimyoviy preparatlar o'zgartirilishi mumkin.

Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar a'zolarni olib tashlash jarrohlik amaliyotlari o'sma jarayoning keng tarqalgan turlarida, ya'ni o'smaning magistral qon tomirlariga, nervlarga o'sganida, terida o'zgarishlar paydo bo'lganida, o'sma parchalanganda va patologik sinish mavjud bo'lganda bajariladi. Bu o'smaning o'tib ketgan bosqichlariga to'g'ri keladi. A'zolarni saqlash amaliyoti esa – noad'yuvant kimyoviy terapiyaning samaradorligi yuqori bo'lganda, o'smaning atrofdagi yumshoq to'qimalarga, magistral qon-tomirlariga va nervga o'smaganida, terida o'zgarishlar va parchalanish alomatlari yo'q bo'lganda bajariladi. Oxirgi vaqtlarda keng miqiyosida katta bo'g'imlarni endoprotezlash operatsiyasi keng miqiyosida qo'llanilmoqda.

O'sma jarayonining dastlabki bosqichlarida aksariyat hollarda a'zolarni saqlash jarrohlik amaliyotlari kombinirlashgan va kompleks davolash usullari qatorida qo'llaniladi. Agar bemorlar dastlabki bosqichlarida murojaat qilsalar 80 foizgacha a'zolarni saqlovchi jarrohlik amaliyotini bajarish imkoni bo'ladi. Bunda osteogen sarkomada, Yuing sarkomasida, xavfli fibroz gistiotsitomada 5 yillik yashash ko'rsatkichi 6080 foizgacha ko'tarilishi mumkin. Shuning uchun ham o'sma kasalliklarini barvaqt aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Suyak xavfli o'smalarining davosidagi muhim komponent bu jarrohlik amaliyotidan oldingi ximioterapiya o'tkazish hisoblanadi.

Hozirda suyak xavfli o'smalarini zamonaviy usullar bilan davolashda kombinirlashgan usul, ya'ni noad'yuvant kimyoviy terapiya, jarrohlik amaliyoti va ad'yuvant kimyoviy terapiyasi asosiy usullardan hisoblanadi. Noad'yuvant kimyoviy terapiyani regional arteriyaga dori vositasini yuborish bilan o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Chunki uni samaradorligi tizimli kimyoviy terapiyaga nisbatan yuqoridir.

Kimyoviy terapiyani o'tkazishda doksorubitsin, sisplatin, ifosfamid va metotreksat dori vositalarini samaradorligi yuqori ekanligi aniqlangan.

Bemorlarga dori vositasini samaradorligini e'tiborga olib 4-6 kurs noad'yuvant kimyoviy terapiya o'tkaziladi. Suyakni xavfli o'smalarida SAR sxemasida (siklofosfan 400-600 mg/m2, doksorubitsin 90 mg/m2 72 soat davomida (arteriya ichiga) ximioterapiya va sisplatin 100-120 mg/m2 4 soat davomida vena ichiga gipergidratatsiya va forsirlangan diurez fonida) o'tkaziladi. Bu sxema suyakni xavfli o'smalarida birlamchi o'rin poliximioterapiya hisoblanadi. Agarda 1-2 kurs poliximioterapiya o'tkazilgandan keyin bemorning ahvoli yaxshilanmasa yoki metastazlar paydo bo'lsa 2- qator ximiopreparatlari o'tkaziladi. Bularga sitostatiklar (etopozid 100 mg/m2 + ifosfamid 1.5 g/m2) kiradi. Kimyoviy terapiya o'tkazish natijasida o'sma hajmi kichrayadi va kapsulaga o'raladi. Buning natijasida a'zo saqlash jarrohlik amaliyoti o'tkazish imkoniyati kengayadi. Shundan so'ng jarrohlik amaliyoti bajariladi. Yuqori natija olingan bemorlarda a'zolarni saqlash jarrohlik amaliyoti bajarish imkoniyati tug'iladi.

Shuning uchun ham albatta 4-5 kurs noad'yuvant kimyoviy terapiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Kimyoviy terapiyadan naf tegmagan bemorlarga nogironlikka olib keluvchi jarrohlik amaliyoti bajariladi (ya'ni oyoqni yoki qo'lni olish).

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, suyak xavfli o'smalari o'zini klinik kechishi va rivojlanish ko'rsatkichi bo'yicha xavfli o'smalar turkumiga kiradi. O'sma jarayonini davolashda kombinirlashgan usul asosiy hisoblanib, o'zini ijobiy samarasini beradi. O'sma jarayonini barvaqt aniqlash o'tkaziladigan kombinirlashgan davo usulini samaradorligini oshiradi va hayot sifatini yaxshilaydi.

XXVI BOB. YUMSHOQ TO'QIMALAR O'SMALARI

Oyoq-qo'llarning yumshoq to'qimalari deb skeletning teri va suyaklari, teri osti yog' to'qimalari, bo'shashgan yog'li mushaklararo qatlam, sinovial to'qima, ko'ndalang targ'il va silliq mushaklar o'rtasida joylashgan barcha anatomik tuzilmalar tushuniladi. JSST qo'mitasi ta'rifiga ko'ra yumshoq to'qimalarning o'smalari, retikuloendoteliy tizimining neoplazmalaridan tashqari barcha epiteliy bo'lmagan o'smalar deb tushuniladi. Yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari sarkomalardir.

Epidemiologiya. Yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari barcha xavfli o'smalarning taxminan 1 foizini tashkil qiladi. Ko'pincha bu o'smalar 20-50 yoshdagi odamlarda uchraydi. Ularning asosiy joylashgan joyi - oyoq-qo'llardir (60 foizgacha), oyoqlarda taxminan 46 foiz va qo'llarda taxminan 13 foiz. Magistral (qo'l oyoqlarda) sohalarda yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari 15-20 foiz hollarda, bosh va bo'yinda esa 510 foiz holatlarda joylashadi. Yumshoq to'qimalarning o'smalari har ikkala jinsda diyarli bir xil uchraydi, ayollarning ozgina ustunligi bilan (5: 4) ni tashkil qiladi.

Umuman sarkomalarning rivojlanish sabablari aniq emas. Sarkomlarning rivojlanishiga moyillik neyrofibromatoz, Li Fraumeni sindromi, oilaviy polipoz, kolit va retinoblastoma kasalliklari bo'lganlarda qayd etilgan. Avval nur terapiyasi olgandan so'ng va surunkali limfatik shish fonida (Styuard-Treves sindromi) yumshoq to'qimalar sarkomasi rivojlanishining ma'lum holatlari mavjudligi aniqlangan. Sarkomalarning rivojlanishi bilan ba'zi kimyoviy birikmalar (fenoksiatsetik kislota, xlorofenol, vinil xlorid va boshqalar) bilan kontaktda bo'lish o'rtasida bog'liqlik borligi aniqlangan.

Yumshoq to'qima xavfli o'smalarining turli xil gistologik turlari orasida xavfli tolali gistiotsitoma, liposarkoma, sinovial sarkoma, rabdomiosarkoma va fibrosarkoma tez-tez uchraydi.Yumshoq to'qima sarkomasining gistologik turidan qat'i nazar, ularning barchasi chin kapsulasining yo'qligi, o'smaning mushak tolalari, fatsial plitalar, asab va tomirlar qobig'i bo'ylab tarqalishi, ba'zida o'smadan ancha uzoqlashgan joylargacha tarqalishi bilan xarakterlanadi.

Tasnifi.

JSST tomonidan qabul qilingan yumshoq to'qimalar o'smalarining klinik va morfologik tasnifi

To'qimalar	Xavfsiz o'smalari	Xavfli o'smalari
Mezenximadan kelib chiqadigan		
Yog' to'qimadan	Lipoma: Yakka (bitta), ko'plab, bo'lakli, shoxchali	Liposarkoma: Yuqori takomillashgan Past takomillashgan Yumaloq hujayrali,aralash Polimorf hujayrali
Muskuldan silliq silliq bo'lmagan	Rabdomioma Leyomioma	Rabdomiosarkoma: vereten hujayrali, gigant hujayrali, polimorf hujayrali Leyomiosarkoma: vereten hujayrali, yumaloq ho'jayrali
Tomirlardan: Qon tomirlardan Limfa tomirlar	Gemangioma: kapillyar glomus-arterio-venozli, venozli, shoxlangan, tarqalgan, senil, ko'plab Limfangioma: kapillyar, kavernoz (gigroma)	Gemangiosarkoma: gemangioendotelioma, gemangioperitsitoma, gemorragik Kaposhi sarkomasi Limfangiosarkoma
Biriktiruvchi to'qimali	Fibroma: qattiq, yumshoq, desmoid	Fibrosarkoma: Vereten hujayrali, Gigant hujayrali
Sinovial membranadan	Sinovioma	Sinovial sarkoma: vereten hujayrali, yumaloq ho'jayrali
Ektodermadan kelib chiqqan		
Nervdan	Nevrinoma: neytral, yakka, ko'plab, nerv chigalidan Reklingauzen kasalligi	Neyrogen sarkoma Nevrinoma GanglioneyroblastomaSimpatoblastoma Shvannoma
Teridan	Dermatofibroma	Fibrosarkoma

Ushbu xususiyatlar o'smaning oddiy eksizatsiyasidan so'ng qaytadan paydo bo'lishining asosiy sabablaridan biridir.

O'smaning TNM tasnifi (8 nashr 2017 yil).

- Birlamchi o'sma (T)
- Tx Birlamchi o'smani aniqlashning imkoni yo'q
- T0 Birlamchi o'sma aniqlanmaydi
- T1 o'sma 5 sm dan kichik

T1a yuzaki o'sma

T1b chuqur joylashgan o'sma •

T2 o'sma 5 sm dan katta.

T2a yuzaki o'sma

T2b chuqur joylashgan o'sma

- T3 o'sma suyakga,magistral tomirlargayoki nervga o'sib o'tadi, yuzaki o'smalar yuzaki fassiyadan yuqorida joylashadi,fassiyaga o'sib kirmaydi, chuqur o'smalar yuzaki fassiyadan pastda joylashadi unga o'sib kiradi. Qorinparda orti, kuks oralig'i va chanoq sarkomalari xuddi chuqur o'smalardek tasniflanadi.
- regional limfa tugunlari (N)
- N0 regional limfa tugunlarida metastazlar yo'q
- N1 limfa tugunlarining metastazlari mavjud
- Uzoq metastazlar (M)
- M0 Uzoq metastazlar yo'q
- M1 Uzoq metastazlar bor

Bosqichlar bo'yicha tasnifi

I A bosqich – T1a,T1bN0,NxM0 past differensiallashgan o'sma.

I B bosqich –T2a,T2bN0,NxM0 past differensiallashgan o'sma.

IIAbosqich –T1a,T1bN0,NxM0 yuqori differansiallashgan o'sma.

IIBbosqich –T2aN0,NxM0 yuqori differensiallashgan o'sma.

IIIbosqich – T2bN0,NxM0 yuqori differensiallashgan o'sma.

IVAbosqich- har qandayTN1M0 har qanday differensiallashgan.

IVBbosqich- har qanday TvaNM1 har qanday differensiallashgan darajadagi o'sma.

Patologik- anatomik xususiyatlari.

Sinovial sarkoma makroskopik ko'rinishi yumshoq elastikdan to zich qattiq konsistensiyali tugunlarning bo'lishi bilan ifodalanadi. Sinovial sarkoma ko'pincha suyakka tarqaladi va uni yo'q qiladi. Kesilgan joyda

o'simta to'qimasi oq yoki oq pushti rangga ega bo'lib, nekroz, qon ketish joylari, ba'zida pufakchali bo'shliqlar va shilliq moddalar sinovial suyuqlikka o'xshaydi.



Sinovial sarkomalarning 2 turi mavjud: tolali (fibrosarkomaga o'xshash) va hujayrali (glandulyar,bezsimon). Glandulyar shakl kistoz bo'shliqlariga kirib boradigan papillomatoz o'sishni hosil qiladi.

Liposarkoma mushaklararo interfasial yoki periartikulyar to'qimalarda, turli o'lchamdagi ajratilgan tugunlar shaklida rivojlanib, katta o'lchamlarga ega bo'lishi mumkin. Liposarkoma haqiqiy kapsulaga ega emas, mushaklararo bo'shliqda ko'plab jarayonlar bilan o'sma massasi shaklida tarqalib, asosiy o'sma tugunidan sezilarli masofada ta'sirlangan to'qimalarga chuqur kirib boradi.

Liposarkomaning differensiatsiyalangan va takomillashmagan shakllarini ajratib ko'rsatish mumkin. Birinchi variant har xil yetilganlik darajasidagi yog' hujayralari va mil va stellat hujayralari bo'lgan miksoid to'qimalarining maydonlaridan iborat. Ushbu o'smalar liposarkomaning embrional yoki miksoidli variantlari sifatida ham aniqlanadi. Ajralmagan liposarkoma atipik lipoblastlar va yirik xavfli hujayralarga ega miksoid zonalardan iborat. Ular yuqori darajadagi xavfliligi bilan ajralib turadi, doimiy ravishda qaytalanadi va ko'pincha uzoq metastazlar beradi.



Rabdomiosarkomalarda 4 ta morfologik variant ajratib ko'rsatiladi.

1. Embrional variant - miksomatoz stroma bilan ifodalanadi, unda yumaloq yoki shpindel shaklidagi hujayralar (atipik sarkoblastlar) mavjud. Odatda bu bolalar va o'spirinlarda, bosh va bo'yinda, ko'pincha orbitaning yumshoq to'qimalarida uchraydi.

2. Alveolyar variant - bu biriktiruvchi to'qima tusiqlari bilan tutashgan o'simta hujayralari bilan va markazida alveolalar yo'qligi bilan xarakterlanadi. Yoshlarda tananing har qanday joyida paydo bo'lishi mumkin. Alveolyar yoki embrion rabdomiosarkomasining boroid (kaltakka o'xshash) varianti miksomatoz va aniq stromal shish bilan tavsiflanadi. Odatda bolalarda uchraydi; ko'pincha chanoqda joylashadi.

3. Polimorfik-hujayrali rabdomiosarkoma - boshqa shakllarga qaraganda tez-tez uchraydi; keksa odamlarda asosan oyoq-qo'llarida rivojlanadi. Mikroskopiyada shpindel shaklidagi, yulduzcha, lentasimon, nok shaklidagi hujayralar ko'p yadroli bo'lib, ular rang-barang mikroskopik rasmni hosil qiladi.

4. Aralash rabdomiosarkoma - yuqorida tavsiflangan shakllarning mikroskopik belgilari elementlari birikmasi bilan keladi.

Leyomiosarkomaning ko'rinishi zich, oqartuvchi o'sma bo'lib, aniq fibrilatsiyaga ega, ba'zida psevdokapsula bilan o'ralgan, ammo ko'pincha u aniq chegaralanmagan. Mikroskopik ravishda o'simta cho'zinchoq hujayralardan iborat bo'lib, ular yadroli va uzun yoki kalta to'plamlarni hosil qiluvchi hujayra elementlarining turli darajadagi atipiyasiga ega. Tomirlar atrofidagi o'sma hujayralarining o'ziga xos yo'nalishi bilan, xuddi qon tomir devorining bo'ylama va dumaloq qatlamlarini hosil qilayotgandek, o'sma angioleyomiosarkoma deb aniqlanadi.

Angiosarkoma tuzilishida yumaloq, shpindel va hatto polimorf hujayrali sarkomalarga mos keladi. O'smaning qon tomir genezi ular bilan chambarchas bog'liq bo'lgan ko'plab tomirlar va o'sma hujayralari bilan belgilanadi. Ko'pincha o'smada nekroz, qon ketish, qonli tarkibli kistalar o'choqlari mavjud bo'ladi.

Fibrosarkoma makroskopik tarzda sarg'ish-kulrang qismda aniq belgilangan o'sma tuguni sifatida aniqlanadi. Haqiqiy chin kapsulasi yo'q. Yuqori va past takomillashgan shakllarini ajratib ko'rsatish mumkin. O'sma bir-biriga bog'langan to'plamlarni hosil qiladigan yetilmagan, shpindel shaklidagi fibroblastlardan iborat. Hujayra yadrolari cho'zilgan, polimorfizm, giperxromiya va mitozlar sonining turli darajadagi zo'ravonlik darajasi mavjud. Kuchli ifodalangan anaplaziya bilan o'sma takomillashmagan deb tasniflanadi.

Xavfli shvannoma (neyrilemmoma) makroskopik tarzda katta nerv tanasi zararlanganda paydo bo'ladigan kapsulali, ko'pincha katta bo'lakli tugun bilan ifodalanadi, ikkinchisi shpindel shaklida qalinlashadi va o'simtadan ajralmaydi. Xatarli neyromalarda har xil yetuklik darajasi kuzatiladi. Yetilgan shakllarda o'simta tolali tuzilmalarni o'z ichiga oladi va kesilgan qismida sarg'ish-oq yoki kulrang, yaltiroq, ba'zan jelatinli bo'ladi. Mikroskopda cho'zilgan giperxrom yadrolari va mitozlari bo'lgan shakllar aniqlanadi. Hujayralar turli yo'nalishdagi to'plamlarni hosil qiladi.

O'smaning joylashishi. Klinik ko'rinishi

Yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari ko'pincha xavfsiz sifatli o'smalar fonida yuzaga keladi. Holatlarning deyarli yarmida kasallik boshlanishidan oldin mexanik travma kelib chiqadi.

Yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari, o'sma o'sishining dastlabki bosqichlarida , bemorga sub'yektiv noqulaylik tug'dirmasdan, mushak qavatining qalinligida sezilmas darajada o'sadi va shuning uchun 70 foiz hollarda tasodifan topiladi. Kasallikning asosiy klinik ko'rinishi yumshoq to'qimalarda o'smaning paydo bo'lishidir. Og'riq sindromi to'qimalarga tegishli bo'lishi, o'smaning joylashgan joyiga bog'liq bo'lib, o'smaning kattaligi tufayli yuzaga keladi. Kuchli og'riq sindromi faqat o'smaning asab tolasini siqib qo'yganida yoki suyakka o'sganida paydo bo'ladi. Bemorlarning yarmidan ko'pi suyak yoki asab tanasiga o'sib o'tgan kattakon o'smalar paydo bo'lganida mutaxassislarga murojaat qilishadi. O'sma jarayoni juda kattalashganida teriga o'sib kirib, teri butunligini

buzadi va yaralanish yuzaga keladi. O'smaning konsistensiyasi ko'pincha zich elastik bo'ladi, ehtimol yumshash joylarining bo'lishi bilan; ikkinchisi ma'lum joylarda esa o'sma to'qimalarining yemirilishi kuzatiladi. Yumshoq to'qima sarkomalarining aksariyati radikal operatsiyadan keyin tez-tez qaytalanish qobiliyatiga ega. Palpatsiya paytida, odatda o'lchami kattalashgan, konturiga har doim ham to'g'ri kelmaydigan, notekis, zich, qattiq yoki zich-elastik konsistensiyali bitta tugun aniqlanadi. O'simta tugunining chegaralari aniq ko'rinishi mumkin, bu kapsulasi to'g'risida noto'g'ri taassurot qoldiradi. Ikkala qo'l bilan ikki yo'nalishda palpatsiya qilganda, oyoq-qo'ldagi o'sma faqat ko'ndalang yo'nalishda siljishi mumkin. Pastki suyakkacha o'sgan chuqur joylashgan tugunlar butunlay harakatsiz bo'lib qoladi.

O'smaning o'sishi, odatda, to'g'ridan-to'g'ri o'sma jarayonida ishtirok etmaydigan, lekin chetga surilgan katta magistral tomirlar va asab tolalarining siljishi va siqilishiga olib keladi. Faqatgina bir necha holatlarda, oyoq-qo'lning proksimal qismlarida mushak ichi to'qimasidan rivojlangan (qon tomir devori yoki asab qobig'i) da u katta magistral arteriya va asab tizimini "o'rab olishi, shikastlashi" mumkin.

O'simta ustidagi teri binafsha rangga ega bo'ladi, infiltratsiyalashib, harorat ko'tariladi, teri osti venalar kengayadi va yemirilish paydo bo'ladi. Bularning barchasi tez o'sib boruvchi yuzaki joylashgan o'smalarning kechki alomatlariga xos belgilardir. Ko'pincha, ochiq biopsiyasidan keyin yuzada o'sma massasi paydo bo'lishi bilan yemirilgan yara kuzatiladi.

Yuqorida keltirilgan mahalliy belgilardan tashqari, kasallikning rivojlangan bosqichlarida umumiy belgilar ham kuzatilishi mumkin - kamqonlik, isitma, ozib ketish, intoksikatsiya va kuchayib borayotgan holsizlik.

Metastazlanish ko'pincha gematogen yo'l bilan tarqaladi. 70-80 foiz hollarda metastazlar o'pkada joylashadi. Suyaklar va jigarning metastatik zararlanishi kamroq uchraydi. Umumiy amaliyot shifokorlarining eng ko'p chalkashtiradigan tushunchalaridan biri shundaki, sarkomalar regionar limfa tugunlariga metastaz bermaydi. Shu bilan birga, regionar limfa tugunlarining metastazlari 2-20 foiz hollarda kuzatiladi. Limfogen metastazlarning uzoqdagi limfa tugunlarni zararlashi 5 foiz hollarda uchraydi. Limfogen metastazlar asosan sinovial, dumaloq va tiniq hujayrali sarkomalarda kuzatiladi. Sarkomalarning klinik kechish xususiyatlari o'smaning morfologik shakliga va uning differensiatsiya darajasiga bog'liq.

Sinovial sarkoma (xavfli sinovioma) yumshoq to'qimalarning eng keng tarqalgan xavfli o'smalaridan biridir. U har qanday yoshdagi odamlarda (kamdan-kam 50 yoshdan kattalarda) bo'g'imlarning sinovial pardalaridan, paylarning qinidan va qo'l va oyoqlarning fassiyalaridan rivojlanadi. O'sma aniqlanishidan oldin sinovial sarkomani boshqa yumshoq to'qimalar o'smalaridan ajratib turadigan belgi, og'riq paydo bo'lishi bilan farqlanadi. O'smada kistoz bo'shliqlar paydo bo'lishi mumkin – shunda u elastik bo'ladi; agar kalsiy tuzlari o'simta ichiga cho'kkan bo'lsa, u zich qattiq konsistensiyali bo'ladi. O'smaning bo'g'imga va suyakka yaqin joylashishi to'g'ri tashxis qo'yishda yordam beradi.

Liposarkoma - bu yog' to'qimasidan kelib chiqqan mezenximal xavfli o'sma, ko'plab variantlar va shakllari borligi bilan ifodalanadi. Liposarkoma bir vaqtning o'zida bir bemorda bir nechta bo'lishi mumkin yoki tana va oyoq-qo'llarning turli joylarida bosqichma-bosqich rivojlanishi mumkin. Ba'zi mualliflar o'smaning birlamchi-ko'p sonli variantini tizimli kasalliklar bilan bog'lashadi, bu jarayonni lipoblastomatoz deb belgilaydilar, liposarkoma tananing yog' to'qimalari bo'lgan har qanday qismida rivojlanishi mumkin, ammo ko'pincha bu oyoqlarda (sonda), yelka bug'imida, dumba sohalarida paydo bo'ladi; "Sevimli" joylashadigan joylaridan biri bu retroperitoneal bo'shliqdir. Katta yoshdagi odamlarda uchrash darajasi ko'paymoqda. Lipomalar odatda juda kam hollarda xavfli o'smaga o'tadi. Asosiy simptom - bu paypaslanadigan o'smadir. Palpatsiya paytida o'smaning chegaralari aniq aniqlanmaydi. O'sma kamdan-kam hollarda teriga yoki suyaklarga o'sib kiradi. Takomillashgan shakllarida o'sma asta-sekin o'sib boradi, ba'zida bemor tomonidan aniqlanganda sezilarli darajadagi o'lchamda bo'ladi. Jarrohlikdan keyin qaytalanishga moyil. Takomillashmagan liposarkomalar tez o'sib boradi va katta hajmlarga yetib borishi mumkin, gematogen tarzda metastazlanadi, ko'pincha o'pkaga, shuningdek jigar va miyaga metastazlar beradi. Regionar limfa tugunlarida metastaz kam uchraydi. Yakuniy tashxis biopsiyadan keyin va olib tashlangan o'smaning morfologik tekshiruvidan so'ng qo'yiladi.

Rabdomiosarkoma - bu ko'ndalang targ'il mushaklarning elementlaridan rivojlanadigan xavfli o'sma. Kelib chiqishi bo'yicha u yumshoq to'qimalarning barcha xavfli o'smalari orasida 3-4-o'rinni egallaydi. U erkaklarda ayollarga qaraganda 2 baravar ko'p, har qanday

yoshda, lekin ko'pincha 40 yoshdan oshgan odamlarda rivojlanadi. Bu bolalardagi eng keng tarqalgan yumshoq to'qimalarning xavfli o'smasidir. O'smaning o'ziga xos joylashishi: oyoq-qo'llarda, bosh va bo'yin, kichik chanoq sohasidir. U mushaklarning qalinligida har xil zichlikdagi tugun shaklida o'sadi - yumshoqdan zich, qattiq konsistensiyagacha.

Boshqa yumshoq to'qima o'smalari singari, rabdomiosarkomaning asosiy belgilari bu paypaslanadigan mushaklarda joylashgan, noaniq chegarali, zich elastik konsistensiyali, og'riqsiz, harakatsiz o'smaning bo'lishidir . O'smaning o'sishi tez, lekin og'riq va yaralanish, parchalanish bilan birga kelmaydi. Teri osti venalari tarmog'i kengayganligi kuzatiladi. O'sma o'pkaga, kamdan-kam regionar limfa tugunlariga metastaz beradi.

Fibrosarkoma - bu yetilmagan tolali biriktiruvchi to'qimalardan hosil bo'lgan eng keng tarqalgan yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalaridan biridir. Neyrofibromatoz fonida paydo bo'lishi mumkin.

Ko'pincha oyoq-qo'llar (son, elka) yoki tana mushaklarida joylashadi. U mushaklararo fatsial o'simtalardan rivojlanadi. Yumshoq to'qimalarning boshqa o'smalari singari, u dumaloq yoki oval shaklidagi zich, g'adir-budur, kam og'riqli va nisbatan harakatchan tugun shaklida bo'ladi. Ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq kasallanadi . Odatda, kasallik o'rta yoshdagi odamlarda uchraydi, ammo bu har qanday yoshda ham uchrashi mumkin. O'sma nisbatan sekin o'sadi, deyarli hech qachon teriga o'sib kirmaydi; juda uzoq vaqt, ba'zan bir necha yil davomida o'sishi va katta hajmlarga yetishi mumkin. Kasallikning boshlanishidan oldin mexanik travma bo'lishi mumkin. O'sma tez-tez qaytalanishga moyil. Har bir keyingi qaytalanish o'sma hujayralari differensiatsiyasining pasayishi va o'smaning xavflilik darajasining oshishi bilan birga keladi. Gematogen yo'l bilan metastaz beradi, asosan o'pkaga, kamdan-kam hollarda regionar limfa tugunlariga.

Leyomiosarkoma - bu bachadonda, kamdan-kam hollarda oyoq qo'llarda rivojlanadigan silliq mushaklarning kam uchraydigan xavfli o'smasi. Ko'pincha qon tomir to'tamiga yaqin joyda joylashadi. O'sma aniq yoki chegaralari aniq bo'lmagan, zich yoki zich elastik konsistensiyadagi o'sma tuguni shaklida o'sadi.

Xavfli fibroz gistiotsitoma. U ko'pincha oyoq-qo'llarning va tananing yumshoq to'qimalarida, kam holatda qorin orti - retroperitoneal bo'shliqda joylashadi.U mushaklararo fassial elementlardan rivojlanadi. Boshqa yumshoq to'qimalar o'smalari singari, u o'zini zich elastik konsistensiyali paypaslanadigan o'sma sifatida namoyon qiladi. Katta

o'lchamlarda bo'lib yumshagan joylari qayd etiladi, bu nekroz, yemirilish mavjudligini ko'rsatadi. Ko'pincha erkaklar (60-65foiz), kasallanadi, o'rta yoshdagi odamlar (25-55 yosh) ko'proq kasallanadi. O'sma nisbatan sekin o'sadi, ammo u keskin o'sishi bilan ajralib turadi, bu kamdan-kam hollarda mexanik travma yoki noto'g'ri davolanish (fizioterapiya protseduralari) bilan bog'liq.

Angiosarkoma - qon yoki limfa tomirlari devorlari elementlaridan kelib chiqadigan nisbatan kam uchraydigan xavfli o'smalarning turidir. Guruhga gistologik tuzilish xususiyatlariga qarab gemangioendotelioma, gemangioperitsitoma, limfangiosarkoma va Kaposhi sarkomasi kiradi. Kasallik erkaklar va ayollarda teng ravishda tez-tez uchraydi, 40-50 yoshda, ko'pincha qo'l oyoqlarda joylashadi.

Klinik ko'rinishda yumshoq elastik konsistensiyali o'sma aniqlanadi, palpatsiya paytida og'riqli, harakatsiz, yumshoq to'qimalarda chuqur joylashgan. O'sma boshqa yumshoq to'qimalar sarkomalariga qaraganda tezroq o'sadi; yaralanish va parchalanishga moyil. O'pkada erta gematogen metastaz kuzatiladi.

Xavfli neyrinoma (neyrogen sarkoma, xavfli shvanoma) - bu periferik nervlarning Shvann qobig'i hujayralaridan (neyrocktodermal qobiqlardan) rivojlanadigan kam uchraydigan xavfli o'sma; asosan o'rta yoshdagi odamlarda, ko'pincha son, oyoq, bilakda, juda kamdan-kam hollarda bo'yin, boshda uchraydi. Periferik nervlarning o'smasi paydo bo'lishi har doim ham kuchli og'riq va boshqa asab kasalliklari bilan kechmaydi. Ular bemorlarning taxminan yarmida uchraydi. Differensial shakllar bilan o'smaning o'sishi sekinlashadi. O'smaning tez o'sishi odatda og'ir anaplaziya bilan bog'liq.

Noyob shakllarga, shuningdek, yumshoq to'qimalarda ektopik osteosarkoma, xondrosarkoma va xavfli tolali gistiositoma kiradi.

E'tibor qilish kerak bo'lgan asosiy simptom - bu paypaslanadigan o'smaning bo'lishidir. Yumshoq to'qimalarning xavfli neoplazmalari tez o'sish tezligi (xavfsiz o'smalardan farqli o'laroq), ko'rinadigan o'sma chegaralarining yo'qligi, ko'pchilik o'smalarning zich konsistensiyasi va og'riq sindromining tez boshlanishi bilan ajralib turadi.

Diagnostika

Tashxis yo'g'on igna yoki ochiq biopsiya yordamida olingan o'sma to'qimasini gistologik tekshiruvi asosida aniqlanadi. Biopsiya keyinchalik

o'smaning ekssiziyasi zonasiga kiradigan joyda amalga oshirilishi kerak. Ochiq biopsiyaning afzalligi shundaki, sifatli morfologik o'rganish uchun ko'proq miqdorda o'sma materialini olish imkoniyati mavjud bo'ladi. Yo'g'on ignali biopsiya asoratlarining kamligi va KT va ultratovush nazorati orqali amalga oshirish bilan farqlanadi, ammo olingan materialning oz miqdori tufayli 20 foizida biopsiyani qayta takrorlash talab qilinadi. Biopsiya materialidan namuna olish maydoni onko-ortoped tomonidan belgilanadi, u davolashning jarrohlik bosqichini davom ettiradi.

Punksion biopsiyasi - ingichka igna yordamida tadqiqot uchun material olish. Ushbu texnikaning asosiy cheklovi - olingan namunaning kichik hajmi, bu yumshoq to'qimalar sarkomasining gistologik turini aniqlashni nisbatan qiyinlashtiradi. Shuning uchun bu turdagi biopsiya yumshoq to'qimalar o'smalari bo'lgan bemorlarda amalda qo'llanilmaydi.

An'anaviy kesma biopsiyasi - bu morfolog uchun yetarli miqdordagi to'qimalarni olish usuli. Ushbu turdagi biopsiya bilan kesmani keyinchalik radikal jarrohlikda to'liq rezeksiya qilish uchun joylashtirish kerak. Biopsiya uchun kesmalardan saqlanish kerak.

Ekssizion biopsiya asosan 5 sm gacha bo'lgan yuzaki o'smalarni eng katta hajmda olib tashlashdan iborat.

Morfologik o'rganishning asosiy parametrlari

Yumshoq to'qima sarkomasining morfologik diagnostikasi, xuddi bir gistologik tip ichida ham o'smalarning sezilarli geterogenligi tufayli juda qiyin. Hozirgi vaqtda YUTSning 100 dan ortiq gistologik podtiplari mavjud bo'lib, ular davolanishga turli xil yondashuvlarni talab qiladi. Xavfsiz yumshoq to'qimalarning o'simtasini xavfli o'simtaga aylanishi kamdankam uchraydi, faqat neyrofibromalar bundan mustasno, bu taxminan 10 foiz hollarda periferik nervlarning qobig'idan xavfli o'simtaga ajralishi mumkin. Yumshoq to'qimalar sarkomalarining turli xil gistologik podtiplari uchrashidagi farqlar asosan patomorfologlarning turli xil fikrlari bilan bog'liq bo'lib, ular turli xil insidensiyalarga bog'liq emas. Biologik xususiyatlar metastatik potensialsiz, lokal invaziv o'sish bilan ko'proq tajovuzkor bo'lgan o'simtadan yuqori metastatik potensialga ega bo'lgan xavfli o'simtagacha bo'lishi mumkin. Sarkomalarning har bir gistologik kichik turi uchun metastaz berish tendensiyasi to'g'ridan-to'g'ri xavflilikning kattaligi va darajasiga bog'liq. Shunday qilib,> 5 sm o'lchamdagi o'ta xavfli o'smalar metastaz uchun juda yuqori ko'rsatkichga ega va aksincha. Differensiatsiya darajasiga ko'ra quyidagicha farqlanadi:

- G1 – xavflilikning past darajasi (yuqori darajada differensiallangan o'sma): qulay prognoz, kamdan-kam hollarda metastazlar, kimyoviy terapiyaga sezgir emas;
- G2 - xavflilikning oraliq darajasi (o'rtacha darajada farqlangan o'sma);
- G3 - yuqori darajadagi xavflilik (kam farqlangan o'sma): yomon prognoz, metastaz ehtimoli yuqori, aksariyat hollarda kimyoviy terapiyaga sezgir.

Yumshoq to'qimalar o'smalarining nurli diagnostikasi rentgen va ultratovush usullaridan kompleks foydalanishga asoslangan.

Radiografiya ikkita standart proeksiyada amalga oshiriladi. Rasmlarda o'smaning kuchli bir xil soyasi ko'rsatilgan. Usul zich neoplazmalar uchun ma'lumot beradi. Rentgenogrammada yumshoq to'qimalar o'smasi va suyak o'rtasidagi bog'liqlik aniqlanadi. Differensial diagnostika yumshoq to'qimalar o'smasi va suyak o'simtasining yumshoq to'qimalarining tarkibiy qismi o'rtasida amalga oshiriladi. Uzoq o'sish, o'smaning tez o'sishi suyakning mo'rtlashishiga yoki ikkilamchi sinishiga olib kelishi mumkin; ko'pincha bu sinovial sarkoma, rabdomiosarkoma, mediastinal neyroblastoma bilan kuzatiladi.

Angiografiya o'smaning lokalizatsiyasini, uning qon ta'minoti xususiyatini, asosiy tomirlar bilan aloqasini aniqlashga imkon beradi. Sinovial sarkoma, rabdomiosarkoma o'simtada ko'p sonli patologik tomirlar borligi, ikkinchisida kontrastli moddalarning tarqalishi bilan tavsiflanadi.

Angiogrammalarda yumshoq to'qimalar o'smasi aniqroq konturlanadi, o'smaning asosiy tomirlarga nisbati yaxshi aniqlanadi, bu jarrohlik davolash uchun juda muhimdir. Jarayonning ko'lami, yumshoq to'qimalar neoplazmalarining oyoq suyaklari bilan aloqasi, hayotiy tuzilmalarning ikkinchisiga nisbatini aniqlash uchun rentgenografiya KT va MRT ishlatiladi. Ushbu tadqiqot, ayniqsa, o'sma tanada joylashganida (ko'krak va qorin devorlariga kirib borishi, mediastinal, o'pka, qorin bo'shlig'i a'zolari bilan bog'lanish) juda muhimdir. Ushbu usul chanoq bo'shlig'iga o'sma paydo bo'lishiga shubha qilingan hollarda ham qimmatli ma'lumotlarni beradi.

Ko'krak qafasidagi birlamchi o'smaning kompyuter tomografiyasi o'smaning chegaralari, uning asosiy va atrofidagi to'qimalar bilan aloqasi farqlanadigan to'qimalarning juda aniq tasvirini olishga imkon beradi.

Yumshoq to'qima o'smalarining differensial diagnostikasida, ularning klinik ko'rinishlarida ba'zi bir haqiqiy neoplazmalarga o'xshash ko'plab o'sma bo'lmagan jarayonlarni hisobga olish kerak: travmadan keyingi o'zgarishlar (periferik arteriyalarning yolg'on anevrizmalari, mushaklarning yorilishi), dermoid va epidermoid kistalar , parazitar kistalar, yallig'lanish infiltratlari va absseslar, surunkali tenosinovit, begona jismlar granulyomalari, varikoz tomirlari trombozi.

Tekshirish rejasi

- leykotsitlar va trombotsitlar sonini hisoblash bilan umumiy qon tekshiruvi;
- jigar va buyraklar faoliyati ko'rsatkichlarini (elektrolitlarni o'z ichiga olgan holda) aniqlash bilan biokimyoviy qon tekshiruvi;
- koagulogramma;
- qorin bo'shlig'ini tomografiya qilish (qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliq o'smalari uchun);
- MRT (oyoq-qo'llar, magistral, bosh va bo'yin sohalari o'smalari uchun);
- o'pka tomografiyasi;
- miksoidli liposarkomalarda skelet suyaklarini radioizotop bilan o'rganish;
- Miyaning tomografiyasi (yumshoq to'qimalar alveolyar sarkomasi va gemangioperitsitoma uchun).

Dastlabki tekshiruv va bosqichga aniqlik kiritish uchun PET-ni ko'rish tavsiya etilmaydi.

Davolash

Hozirgi vaqtda yumshoq to'qimalar o'smalarini davolashda jarrohlik, nur terapiyasi va kimyoviy terapiya usullari va ularning kombinatsiyasi qo'llanilmoqda.

Jarrohlik aralashuvlar.

Yumshoq to'qimalar sarkomalari o'sma o'sishi bilan atrofdagi to'qimalarni bir-biridan uzoqlashtiradigan kapsulada rivojlanadi. Ushbu membrana to'g'ri emas, chunki u o'simta hujayralari orqali kirib boradi va psevdo kapsula deb ataladi. Davolashda jarrohlik aralashuvi, onkologik prinsiplarga muvofiq o'smani olib tashlash kerak, ya'ni. psevdo kapsula

bilan birga, uni ochmasdan, aks holda qaytalanish xavfi keskin oshadi. Ehtiyotkorlik bilan gemostaz muhim ahamiyatga ega, chunki operatsiyadan keyingi gematoma ichidagi o'sma hujayralarining tarqalishi tez sodir bo'ladi va bu holatda qaytalanish ehtimoli juda yuqori. Bunday hollarda operatsiyadan keyingi nur terapiyasini o'tkazish shart. O'simtani olib tashlash to'liq va radikal bajarilishi kerak (bir blokda), rezeksiya chekkalari "toza" bo'lishi kerak. Yumshoq to'qima sarkomasini olib tashlash paytida rezeksiya chekkalarini belgilab,o'sha joylardan gistologik tekshirish o'tkazilishi lozim.

Jarayonning IV bosqichi bo'lgan bemorlarda jarrohlik usuli rezeksiya qilinadigan o'pka metastazlari holatida ham qo'llanilishi mumkin. Ba'zi bemorlarda metastazlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash uzoq muddatli qaytalanishsiz yashashni va hatto to'liq davolanishni ta'minlaydi. Ko'pincha bu o'pkadagi yakka metastazlari bo'lgan hollarda o'tkaziladi .

Metastaz aniqlangan holatlarda rezeksiya qilish imkoniyatini baholashda muhim omillar quyidagilardir:

- ildiz va mediastinaning limfa tugunlarida ekstratorasik ko'rinishlar, plevral effuziya va metastazlarning mavjudligi;
- asosiy o'smani davolashdan keyingi davrda;
- torakotomiya va metastazlarni rezeksiya qilishga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi;
- radikal rezeksiya qilish imkoniyati borligida.

Metastazlarni rezeksiya qilish torakotomiya yoki videotorakoskopiya yordamida amalga oshirilishi mumkin.

Jarrohlik aralashuvining prinsiplari:

- o'sma bilan birga avvalgi biopsiya joyi olib tashlanadi;
- sarkomani olib tashlash o'sma paydo bo'lmasdan amalga oshiriladi;
- to'qimalarni rezeksiya qilish chegaralari metal qavslar bilan belgilanadi (operatsiyadan keyingi nur terapiyasini rejalashtirish uchun va uning mahalliy tarqalishi sababli o'smani tubdan olib tashlash mumkin bo'lmagan hollarda);
- radikal jarrohlik operatsiyalari bilan o'simtani noradikal holda olib tashlangan taqdirda, qayta operatsiya ko'rsatiladi.

Yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari uchun odatiy operatsiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi.

Keng ekssiziya - o'sma anatomik zonada, psevdokapsula bilan bitta blokda, o'smaning ko'rinadigan chetidan 4-6 sm va undan ko'proq masofada olib tashlanadi. Keng mahalliy rezeksiya yuzaki fassiya ustida joylashgan, terida, teri osti to'qimalarida (mayda fibrosarkomalar, liposarkomalar, desmoidlar, dermatofibrosarkomalar), past darajadagi o'smalarda qo'llaniladi.

Organni saqlovchi radikal jarrohlik yuqori darajadagi xavflilikda chuqur joylashgan sarkomalar uchun amalga oshiriladi. O'smani va uning atrofidagi normal to'qimalarni fassiya va o'zgarmagan atrofdagi mushaklarni qo'shib bitta blokga olib tashlashni o'z ichiga oladi, ular qo'shilish joyidan kesilib butunlay olib tashlanadi. Agar kerak bo'lsa, bir vaqtning o'zida tegishli rekonstruktiv plastik operatsiyalarni birgalikda, qon tomirlarni, asablarni va suyaklarni rezeksiya qilish amalga oshiriladi. Yumshoq to'qimalarining mahalliy tarqalgan xavfli o'smalari uchun organlarni saqlovchi va funksional jihatdan tejamkor bo'lgan jarrohlik aralashuvlar faqat kombinatsiyalangan va kompleks davolash doirasida amalga oshiriladi. Jarrohlik aralashuvining radikalligini nazorat qilish, olib tashlangan to'qima blokining kesma qirralarini operatsiya ichida intraoperativ gistologik tekshirish orqali amalga oshiriladi.

Oyoqning amputatsiyasi va ekzoartikulyatsiyasi massiv shikastlanishlar tufayli (bo'g'imlarning, suyaklarning, katta tomirlar va nervlarning o'sma jarayonida qatnashishi) va (yoki) noad'yuvant davolash kurslarining samarasiz hollarida ko'rsatiladi.

Nur terapiyasi.

Operatsiyadan oldingi nur terapiyasi o'smaning hajmini kamaytirish, operatsiya jarayonini yaxshilash, nur maydonini (olib tashlangan o'simta qatlami bilan solishtirganda rezeksiya chekkalarida o'simta +) va nurlanish dozasini (odatda 50-54 Gr) kamaytirishga qaratilgan. Asosiy salbiy ta'siri - bu operatsiyadan keyingi yiringli asoratlarning yuqori darajasidir. Operatsiyadan oldin nur terapiyasi organlarni saqlovchi radikal operatsiyani o'tkazish uchun qo'llanilishi mumkin. Operatsiyadan keyin nur terapiyani davom ettirish mumkin. Operatsiyadan keyingi nur terapiyasini birlamchi retroperitoneal sarkomalar uchun muntazam ravishda qo'llash tavsiya etilmaydi.

Sinovial sarkomani davolash operatsiyadan oldingi ximyaviy terapiyani radikal jarrohlik bilan birlashtirishni o'z ichiga oladi. O'sma qo'loyoqlarda joylashganda, antratsiklinlar va platina birikmalari bilan

operatsiyadan oldin 2 kurs kimyoviy terapiya 3-4 hafta oralig'ida amalga oshiriladi. Bundan keyin esa keng ekssiziya ko'rinishidagi jarrohlik amaliyoti bajariladi.

Operatsiyadan keyingi patomorfoz darajasiga asoslanib, operatsiyadan keyingi davrda qo'shimcha ximyaterapiya kurslari o'tkaziladi.

Liposarkoma nur terapiyasiga va kimyoviy terapiyaga sezgirligi past bo'lgan o'smalarga kiradi. Liposarkomani davolashning asosiy usuli - jarrohlik (sog'lom to'qimalar bilan qo'shib o'smani keng olib tashlash). Oyoqni amputatsiya qilish va ekzoartikulyatsiya qilish kabi operatsiyalar o'smaning mahalliy tarqalgan jarayonlarida qo'llaniladi.

Rabdomiosarkomani davolash juda murakkabdir. Poliximioterapiya (antratsiklinlar, platina preparatlari, etopozid va boshqalar) va nur terapiyasi radikal jarrohlik bilan birgalikda qo'llaniladi.

Angiosarkoma nur terapiyasi ta'siriga ancha sezgir o'sma. Kombinatsiyalangan davolash (operatsiyadan oldingi nur terapiyasi, so'ngra keng ekssiziya) usuli qo'llaniladi. Katta hajmdagi o'smalarda, o'smaning yemirilishi bilan kechganda amputatsiya yoki ekzoartikulyatsiya qilinishi mumkin.

Fibrosarkoma nur va kimyoviy terapiyaga uncha sezgir bo'lmagan o'smalarga kiradi. Jarrohlik davolashda o'smani radikalizm qoidalariga rioya qilingan holda keng ekssiziya qilinadi. Murakkab o'smalar uchun amputatsiya yoki ekzoartikulyatsiyalar qo'llaniladi.

Xavfli nevrinoma (neyrogen sarkoma, xavfli shvanoma)larda jarrohlik usuli - o'smani radikal eksizatsiyasi qo'llaniladi

O'sma jarayonining tarqalishiga qarab davolash taktikasi

Mahalliy tarqalgan o'sma jarayonida (I - III bosqichlar)

Jarrohlik usulida davolash mahalliy tarqalgan, differensiatsiya darajasi past bo'lgan yumshoq to'qima sarkomalarida va 1 sm.li G2-3 o'smalari uchun standart davolanish hisoblanadi. Rezeksiya chekkalarini operatsiya ichida belgilash va ularni gistologik tekshirish shart. Bu operatsiya sifatini ob'yektiv baholashga va operatsiyadan keyingi nur terapiyasiga ehtiyojni aniqlashga imkon beradi. Rezeksiya chegaralarida (R0) o'simta hujayralari bo'lmasa, operatsiyadan keyingi nur terapiyasi talab qilinmaydi. Ba'zi hollarda rezeksiya qilishning "ijobiy chegarasi" (R1) bilan aniqlansa, bu holatda operatsiyadan keyingi nur terapiyasini talab qiladi. O'smaning qaytalangan holatlarida qayta rezeksiya o'tkaziladi.

Operatsiyadan oldingi kimyoviy terapiya. Jarrohlik aralashuvi miqdorini kamaytirishga imkon beradi, shuningdek, o'smaning davolanishga sezgirligini tekshiradi. Kimyoterapiyaga juda sezgir bo'lgan yumshoq to'qima sarkomalarining barcha holatlarida T2 G2-3 holatlarda operatsiyadan oldin kimiyoviy terapiyani talab qiladi. Tizimli kimyoviy terapiyani regional gipertermiyani bilan to'ldirish, kimiyoviy terapiyaga o'rtacha sezgir bo'lgan o'smalarda bemorlarda mahalliy sohani nazorat qilish va qaytalanish darajasini kamaytirish imkonini beradi. Operatsiyadan oldingi kimyoviy terapiyadan so'ng terapevtik patomorfozni o'rganish ad'yuvant kimyoviy terapiyani tayinlash uchun asosdir. Norezektabel o'smalar uchun, agar o'simta faqat qo'l oyoqlar bilan chegaralangan bo'lsa, ximioterapiya va / yoki nur terapiyasi qo'llaniladi; melfalan perfuziyasi bilan birgalikda gipertermiya yoki kimyoviy terapiya bilan regionar gipertermiya qo'llaniladi.

Mahalliy qaytalanishlarni davolash prinsiplari mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashga o'xshashdir, bundan oldin operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi ximioterapiya va nur terapiyasidan kengroq foydalanish bundan mustasno.

Keng tarqalgan o'sma jarayoni (III - IVbosqichlar)

Ximioterapiya usuli tarqalgan yumshoq to'qima sarkomasi uchun asosiy davolash usuli bo'lib hisoblanadi. Eng ko'p ishlatiladigan preparatlar ; doksorubitsin, ifosfamid, dakarbazin. Tarqalgan yumshoq to'qima sarkomasini ximioterapiyasida birinchi qator preparatlar standarti "doksorubitsin + ifosfamid" kombinatsiyalangan rejimidir. 65 yoshdan oshgan bemorlar uchun antratsiklinlar monoterapiyasi qo'llaniladi. Umuman olganda, qo'shma kimyoviy terapiyani qo'llash afzalroq, ayniqsa, o'smaning kimyoviy terapiyaga yuqori sezgirligi kutilsa. Yuzaki angiosarkomlarda taksanlar alternativa hisoblanadi. Paklitaksel mahalliy tarqalgan angiosarkomalarni, xususan Styuard Treves sindromi bilan bog'liq bo'lganlarni davolashda yuqori samaradorligini ko'rsatdi.

XXVII BOB. XAVFLI LIMFOMALAR. XODJKIN LIMFOMASI (LIMFAG RANULAMATOZ)

Limfogranulamatoz yoki Xodjkin kasalligi – Berezovskiy – Shternberg _ Rid hujayra hosilalari morfologik kartinasi orqali xarakterlanuvchi, xavfli limfatik kasalliklar guruhiga kiruvchi limfoproliferativ kasallikdir.

Kasallik 1832- yili ingliz vrachi Tomas Xodjkin tomonidan tasvirlab berilgan. U limfa sistemasining zaralanishi bilan bog'lik 7ta hodisani kuzatgan va ularni alohida nozologik guruhga kiritishni taklif qilgan.

Bu kasallik 1856- yili S. Wilks taklifiga ko'ra « Xodjkin kasalligi » deb nomlangan. Bu nomlanish hozirgi vaqtda ham ko'pchilik mamlakatlarda saqlanib qolgan. Biroq, 1904- yili nemis patologoanatomlarining VII s'ezdida Xodjkin kasalligini limfogranulamatoz deb atala boshlandi.

Bu kasallikni o'rganishda quyidagilarga e'tibor berish kerak – 1890- yili S.YA. Berezovskiy limfogranulamatoz uchun patognomonik bo'lgan ko'p yadroli hujayralarni tasvirlab bergan. 1898- yili bu hujayralarni K. Sterrnberg, 1902- yili D. Read tomonidan tasvirlab berilgan.

Xuddi shu vaqtda limfogranulamatozning nur terapiyasi haqida birinchi ma'lumotlar paydo bo'la boshladi, bu nur terapiya metodining rivojlanishi X asrning 50- yillariga to'g'ri keladi.

Xuddi shu vaqtda limfogranulamatoz poliximioterapiyasi, undan avvalroq esa monoximioterapiyasi haqida ma'lumotlar paydo bo'la boshladi.

Epidemiologiyaga tegishli savollarga aytish lozimki, Rossiyada bu kasallik 100000 aholiga 1,7-2,5 bemorga to'g'ri keladi. Xodjkin limfomasi bilan asosan yoshlar kasallanadi (ko'pincha 12 yoshdan 40 yoshgacha). Onkologik kasalliklar ichida Xodjkin limfomasi 9 chi,10 chi o'rinda turadi. Shaharliklar qishloq aholisiga nisbatan 1,5 barobar ko'proq kasallanadi. Xodjkin limfomasi bilan hamma yoshdagi odamlar kasallanadi, biroq eng ko'p kasallanish 20 – 30 yosh va 60 yoshdan keyin uchraydi. Kasallanganlar o'rtasida erkaklar ayollarga nisbatan ko'prok uchraydi. Erkaklarda kasallanish darajasi yosh bolalarda va 40 yoshdan kattalarda 1,5-2 marta yuqori. Yosh davrlarida bu kasallik bilan kasallanishda 2 ta davr farqlanadi:

1) 15-30 yosh, 2) 50 yoshdan kattalar.

Limfogranulamatozning turli geografik variantlari tavsiflanadi:

1.Kasallik ijtimoiy rivojlangan davlatlarda, ko'pincha bolalar va yoshi kattalar kasallanishadi. Ularga ko'pincha limfogistiotsitar variantda kasallanish xos.

2. Oraliq variant – 30 yosh atrofilagilar kasallanadigan hujayraviy qo'shilgan variant.

3. Ekologik rivojlangan mamlakatlarga xos bo'lgan, yoshi katta odamlarga xos bo'lgan limfoid ozish bilan kechuvchi variant.

Limfogranulamatoz **etiologiyasida** 3 ta asosiy nazariya: virusli, genetik va immunologik nazariyalar farqlanadi. Virusli va genetik nazariyalari juda ko'p ilmiy ishlarda yoritilgan. Biz ko'prok immunologik nazariya haqida tuxtalib o'tamiz.

Immunologik nazariya asosida limfotsitlarning kuchish imkoniyati, uning organizmdagi rivojlanish reaksiyasi, hujayraga qarshi transplantant ko'rinishida rivoj topganida, ximerlar – ona va bola genotiplari bog'liqligi yotadi. Bu nazariya asosida Berezovskiy – Shternberg – Rid hujayralari - bu ximer hujayralarning avlodi sifatida tavsiflanadi.

Umuman olganda limfogranulamatoz xavfli o'sma sifatida immun sistemasidagi makrofag hujayralardan rivojlangan deb qaraladi. Davolash jrayonida eng muhim deb limfogranulamatozning organizmda tarqalishi hisoblanadi.

Muhimlik darajasi bo'yicha birinchi o'rinda limfogen yo'ldan tarqalishi, ikkinchi o'rinda gematogen yo'l bilan tarqalishini quyish bu holatda metastazlanish papilyar tur rivojlangan organlarda – suyak, jigar va o'pkada sodir bo'ladi. Alternativ sifatida bu nazariyalarga D. W. Smithers nazariyasi xizmat qilishi mumkin. Avtor hisoblashicha Berezovskiy - Shternberg hujayralari tomir ichida va tomirdan tashqarisida boshlang'ich zanjir rolini o'ynaydi. Limfogranulamatoz tashxisida morfologiya asosiy rolni o'ynaydi. Limfogranulamatozning morfologik ko'rinishi yetarli darajada xilma – xil. Normal hujayra elementlari bilan bir qatorda limfa yo'lda patognomonik Berezovskiy – Shternberg – Rid hujayralari va yirik mononuklear Xodjkin hujayralarini ko'rish mumkin. XX asr o'rtalarida limfogranulamatozning klinik kechishida ham uning morfologik varianti o'rtasida mustahkam aloqa borligini aniqlashdi.

Tasnif bir necha bor qayta ko'rib chiqilib, 1966- yili Fransiyaning Ru shahridagi Kongressda hozirgi ko'rinishga keltirildi:

1- morfologik variant – limfogistiotsitar, yaqqol profileratsiya bilan xarakterlanadi, eozinofil granulotsitlar kam uchraydi, Berezovskiy – Shternberg hujayralari har doim ham uchramaydi, fibroz va nekroz o'choqlari kuzatilmaydi.

2- morfologik variant – nodulyar skleroz, Berezovskiy – Shternberg hujayralari tipik, nekroz o'choqlari, neytrofillar va granulotsitlar kuzatiladi.

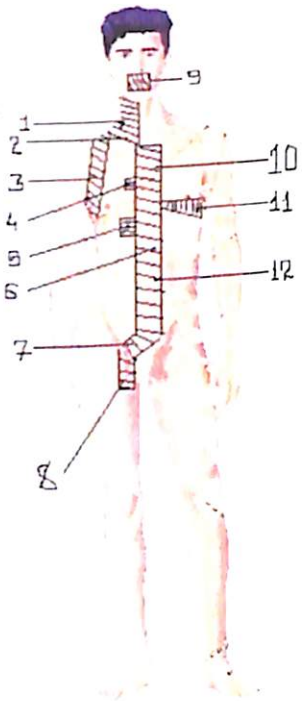
3-morfologik variant – aralash hujayrali, ko'p miqdorda Berezovskiy – Shternberg hujayralari bilan xarakterlanadi.

4-morfologik variant – limfoid ozish (kamayish), limfa tuqimasi yaqqol tartibsiz biriktiruvchi tuqimaga almashishi bilan xarakterlanadi. Gistiotsitlar proliferatsiyasi va Berezovskiy – Shternberg hujayralari kuzatiladi.

Tasvirlab berilgan variantlar limfogranulamatozning o'zgarmas ko'rinish variantlari emas deb hisoblanadi. Bu kasallik progressida kasallikning morfologik varianti transformatsiyasi, ya'ni limfogistiotsitar variantdan limfoid ozishgacha o'tishi kuzatiladi. Limfogranulamatoz evolyutsiyasida morfologik aspekt bo'yicha Berezovskiy – Shternberg hujayralarining ko'payishi, skleroz tarqalishi, limfotsitlar miqdorining kamayishi kuzatiladi. Limfogranulamatozni davolashda jarayon agressivligini va intoksikatsiyalari hisobga olinadi.

Limfagranulamatozda limfa tugunlar guruhlari

1. o'mrov osti l\t
2. qo'ltiq osti l\t
3. O'pka ildizlari
4. jigar darvozasi
5. o'zak arteriyasi
6. yonbosh arteriyasi
7. chov va son soha
8. Valdeyer halqasi
9. Ko'ks oralig'i
10. qora taloq darvozasi
11. mezenterial va paraaortal

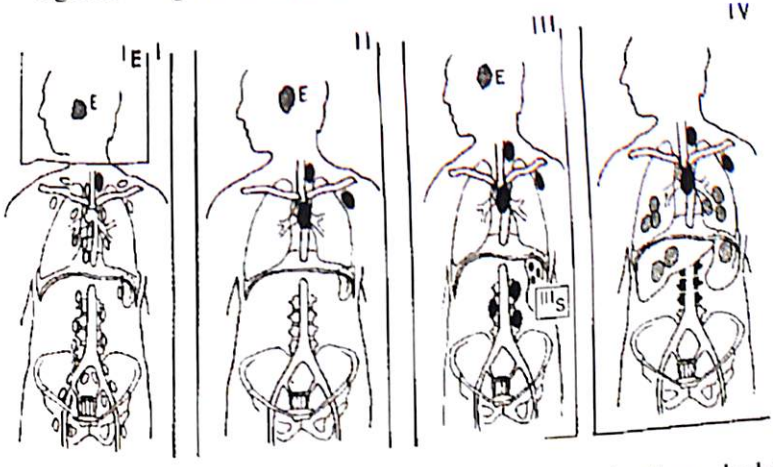


Xodjkin limfomasining bosqichlar bo'yicha tasnifi

Bosqichi	Zararlanish xarakteristikasi
IA	Bir limfatik sohaning yoki bir limfadan tashqari ekstranodal organning zararlanishi, intoksikatsiya simptomlarining yo'qligi
IB	Bir limfatik sohaning yoki bir limfadan tashqari ekstronodal organning zararlanishi, intoksikatsiya simptomlarining borligi
IIA	Ikki va undan ko'p limfa sohalarning diafragmaning bir tarafida va bir ekstranodal organning yoki tuqimaning zararlanishi bilan, intoksikatsiya simptomlarining yo'qligi
IIB	Ikki va undan ko'p limfa sohalarning diafragmadan bir tarafda va bir ekstranodal organning yoki to'qimaning zararlanishi, intoksikatsiya simptomlarining borligi
IIIA	Diafragma har ikki tarafidagi limfa tugunlarning zaralanishi, ekstralimfatik organ yoki to'qimaning lokal zararlanishi, intoksikatsiya simptomlarining yo'qligi
IIIB	Diafragma xar ikki tarafidagi limfa tugunlarning zaralanishi, ekstralimfatik organ yoki to'qimaning lokal zararlanishi, intoksikatsiya simptomlarining borligi

IVA Ekstralimfatik organlarning diffuz zararlanishi regionar limfa tugunlarining zaralanishi bilan, intoksikatsiya simptomlarining yo'qligi

IVB Ekstralimfatik organlarning diffuz zararlanishi regionar limfa tugunlarining zararlanishi bilan, intoksikatsiya simptomlarining borligi



Bundan tashqari umumiy simptomlarga bog'liq bo'lgan holda A va B bosqichlarga bo'linadi. B bosqich mezonlari:

- Sababsiz tana vaznining 10 foizga 6 oy davomida yo'qotilishi,
- Tana haroratining 38 ^{0}C sababsiz ko'tarilishi qisqa afebril davrlar bilan,
- Tunggi terlashlar.

Bu simptomlarning borligi jarayonni B bosqichga, yo'qligi esa A bosqichga kiritish imkoniyatini beradi.

Klinikasi.

Limfogranulamatoz klinikasi 3 ta asosiy komponentdan tashkil topgan:

1. intoksikatsiya simptomokompleksi;
2. kattalashgan limfa tugunlari siptomokompleksi;
3. jarayon tarqalishi va rivojlanishi klinikasi, ekstralimfatik organlarning zararlanishi.

Intoksikatsiya simptomokompleksi yuqoridagi A va B guruhchalar bilan belgilanadi. Biroq, kasallik to'liq kartinasi uchun teri qichishi, ko'p terlash, isitma va tana vaznining kamayishi kabi belgilar bilan bir vaqtning o'zida tez charchash, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi kabi shikoyatlar ham bo'ladi.

Limfa tugunlarining zararlanishini tasvirlashga o'tar ekanmiz, nafaqat periferik limfa tugunlar, shuningdek, ichki limfa tugunlar ham (mediastinal, qorin parda orti) zararlanishi mumkinligini ham aytib o'tish lozim. Noxodjkin limfomalaridan farqli ravishda limfa tugunlar periferiyaga qarab emas, limfagranulamatozda limfa tugunlar zararlanishi yaqqol markazga intiluvchi xarakterda bo'ladi. Zararlangan limfa tugunlar ovalsimon, alohida hosilalar sifatida paypaslanadi, gohida ular anchagina yetarli o'lchamlarga etadi. Ular bir birlari bilan qo'shilib, ayrim hollarda konglomeratlar hosil qiladi, ko'p hollarda bu limfa tugunlar guruhlarini hosil qiladi. Limfa tugunlarning konsistensiyasi metastatik tugunlardan farqli o'laroq yumshoq elastik bo'ladi. Qoida bo'yicha birinchi navbatda bo'yin va o'mrov usti limfa tugunlari bir yoki ikki tarafdan birlamchi o'choq bo'lib hisoblanadi. Ko'p hollarda, ayniqsa, kasallikni kechiktirilgan holatlarida limfa tugunlar diafragmadan pastdagi chov, yonbosh, paraaortal limfa tugunlarining ham zararlanishi kuzatiladi. Abdominal limfa tugunlar zararlanishi ham uchraydi va ichak disfunksiyasi, qorin dam bo'lishi, qabziyat, ich ketishlar bilan namoyon bo'ladi. Nolimfatik a'zolarning zararlanishi Noxodjkin limfomalarga qaraganda limfogranulamatozda kamroq uchraydi. Ko'proq taloq zararlanadi va bu splenomegaliya simptomokompleksi bilan namoyon bo'ladi va taloq UTT tekshiruvida va skanerlashda aniqlanadi. Ichki a'zolarda limfogranulamatoz kam uchraydi. Klinikasida zararlangan a'zo funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Suyaklarga metastaz turli intensivlikdagi og'riqlar bilan xarakterlanadi, zararlangan o'choq yuzaroqda joylashganda shish ham paydo bo'ladi.



Limfagranulamatozda ko'ks limfa tugunlari



Limfogranulamatozda bo'yin limfa tugunlarining zararlanishi

Limfa oralig'i zararlanganda yuqori kovak vena qisilish sindromi

Diagnostikasi.

Limfagranulamatozga shubha qilinganda diagnostik tekshiruv ikkita ketma-ketlikdagi vazifani hal qilishga qaratiladi :

- aniq diagnoz va morfologik variantni aniqlash,
- jarayon tarqalganligini aniqlash.

Limfogranulamatoz diagnozini faqat limfa tugunlar biopsiyasidan so'ng va gistologik tekshirishdan so'ng qo'yish mumkin. Sitologik teshirish yordamida limfogranulamatoz differensial diagnostikasi o'tkaziladi - masalan: sil, infeksion mononukleoz, toksoplazmoz, sarkoidoz, boshqa lokalizatsiyali raklardagi limfa tugunlarga metastazlari, limfa tugunlari reaktiv o'zgarishlari bilan.

Biopsiyani bo'yinda, o'mrov usti va jag' osti sohasidagi limfa tugunlardan bajargan maqsadga muvofiq. Buning uchun 3 sm dan katta limfa tugunlar tanlanadi. Qo'ltiq osti yoki chov tugunlari bo'yin va o'mrov usti limfa tugunlari intakt bo'lganda bajariladi. Mediastinal va qorin parda orti limfa tugunlari lokal zaralanganda limfogranulamatoz diagnostikasida muammo tug'diradi. Bunda bemor maxsuslashgan bo'limlarga yotqizaladi va biopsiya bilan torakotomiya yoki laparotomiya qilinadi. Taloq kattalashgan yoki anemiya bo'lganda laparotomiya splenektomiya bilan to'ldiriladi. Tashxis qo'yilgach klinitsist kasallik bosqichini, ya'ni uning tarqalganligini baholashi lozim.

Bu guruh bemorlarni tekshiruv usullari kompleksiga quyidagilar kiradi:

- kasallik anamnezi,
- bemorni ko'rikdan o'tkazish, zararlanish barcha sohalari va o'sma hosilalarini aniqlash,
- umumiy qon tahlili, trombotsitlar sonini aniqlash bilan,
- umumiy siydik tahlili,
- bioximik tekshiruvlar – qondagi umumiy oqsil miqdori, oqsil fraksiyalari, mochevina, transaminaza, kreatinin, fosfataza, fibrinogen, glyukoza,
- ko'krak qafasi rentgenografiyasi, ko'ks oraligi tomografiyasi bilan va eng keng ko'ks oralig'i diametrining ko'krak qafasi diametriga nisbati,
- UTT jigar, taloq, qorinparda orti, mezenterial limfa tugunlarining va\yoki kompyuter tomografiyasi,

- trepanbiopsiya yoki sternal punksiya, mieylogrammani tekshirish bilan,
- LOR- a'zolari tekshiruvi,
- Ovqat hazm qilish sistemasi tekshiruvi, rentgenografiya, fibrogastroskopiya.

Qo'shimcha, ya'ni ko'rsatmalarga ko'ra amalga oshiriladigan tekshiruvlarga kiradi:

- Suyaklar tekshiruvi (Ro- grafiya, ssintigrafiya ES),
- Buyraklar tekshiruvi,
- Jigar, taloq va qorin parda orti limfa tugunlari ssintigrafiyasi,
- Irrigoskopiya,
- To'g'ri pastki limfografiya,
- Eksplorativ laparotomiya yoki torakotomiya, limfa tugunlar biopsiyasi bilan.

Diagnostik laparotomiya o'tkazilayotgan bo'lsa, uning maqsadlariga quyidagilar kiradi:

- Qorin bo'shlig'i, limfa tugunlari reviziyasi,
- Gumonli limfa tugunlarni gistologik tekshirish uchun olish,
- Jigar reviziyasi va biopsiyasi (laparotomiyada qilinishi shart bo'lgan muolaja),
- Taloqni olib tashlash, gistologik tekshirish bilan,
- A'zolarni rentgenkontrast markirovkasi keyinchalik nur berish yoki nur berish uchun a'zo topikasini aniqlash uchun.

Diagnostik laparotomiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- Jarayonni tez tarqalishi,
- Ortiqcha tana vazni,
- Yoshi 60 yoshdan oshgan bemor .

Davolash rejasi ximioterapevt va radiolog ishtirokida tuziladi.

Davolash.

Davolash taktikasi va hajmini aniqlanishida limfogranulamatozli bemorlarda prognostik faktorlar katta rol o'ynaydi. Ularni yaxshi va yomon prognostik faktorlarga ajratish mumkin.

Yomon faktorlarga kiradi:

- EChT 50 mm\soatdan ortiq bo'lishi,
- 40 yoshdan katta bemor,

- Massiv (diametri 5 sm va undan katta) limfa tugunlari konglomeratlari yoki ko'ks oralig'i soyasining rentgenogrammalarida ko'krak qafasi diametrining 1\3 qismidan ortishi,
- Aralash hujayrali yoki retikulyar (limfoid kamayish) morfologik variantlari.

Bir yoki undan ko'p yomon prognostik faktorlar bo'lishi bemorni yomon oqibatli guruhga qo'shish imkonini beradi. Boshqa barcha bemorlar, shuningdek, 1 bosqichdagi bemorlar ham yaxshi prognozli guruhga kiritiladi.

Limfogranulamatozni davolashda bir necha bosqichlar farqlanadi:

1. Induksiya - bemorni remissiyaga o'tkazish bosqichi, unda kattalashgan limfa tugunlari va intoksikatsiya simptomlari yo'qoladi.
2. Konsolidatsiya – turg'un remissiya olish uchun nur va ximioterapiya olish bosqichi.

Limfogranulamatozni asosiy davolash usuli bo'lib, ertachi bosqichlarida yaxshi prognostic variantlarida ABVD sxemasi bo'yicha (adreamisin,bleomisin,vinblastine,dakarbazin) 2-4 kurs PXT, keyinchalik zararlanish o'choqlariga nur terapiyasi SOD 30 Gr. ertachi bosqichlarining yomon prognostic variantlarida ABVD sxemasi bo'yicha 4 kurs PXT,natija baholanadi, agar kasallik qoldig'I bo'lsa yana 2 kurs BEACOPP sxemasida PXT o'tkaziladi, agar kasallik qoldig'I bo'lmasa ABVD sxemasida 2 kurs PXT va PXT tugagach zararlangan sohalarga 30 GR nur terapiyasi beriladi. Limfogranulamatozning kechki bosqichlarida ABVD/BEACOPP sxemasi bo'yicha 2 kurs PXT, natija baholanadi, agar natija ijobiy bo'lsa yana 2 kurs, agar ijobiy bo'lmasa sxema ABVD dan BEACOPP ga o'zgartiriladi, BEACOPP dan 2-liniyaga o'tiladi, 6 kursdan so'ng qoldiq o'sma o'choqlariga nur terapiyasi SOD 30 Gr.beriladi.

Ximiorterapiya o'tkazishda kurslar to'liq remissiya bo'lguncha (limfa tugunlar yo'qolguncha) o'tkaziladi, so'ngra yana kamida 2 kurs poliximioterapiya konsolidatsiyalovchi terapiya sifatida o'tkaziladi.

Limfogranulamatozni davolashda 80-90 foiz birlamchi bemorlarda remissiyaga erishiladi. Biroq, 10-40 foiz hollarda bemorlarda kasallikni qaytalanishi kuzatiladi. Kasallikni qaytalanishi paydo bo'lishi vaqtiga kura erta, ya'ni remissiyaga erishilgandan so'ng 2 yil va undan avval va kech, ya'ni 2 yildan keyin paydo bo'lishi mumkin. Yana qaytalanishlar avvalgi o'choqlarga nisbatan ham bo'linadi:

- Chin qaytalanish (retsidiv) – nurlangan zonada yoki davolash boshlanguncha aniqlangan o'choqlarda o'sishning qaytalanish holatlari,
- Marginal – retsidiv o'choqlari nurlanish zonalaridan chetda hosil bo'lgan.

Kechki retsidivli bemorlarda birinchi remissiyaga erishilgandagi samarali sxemalar ishlatiladi. I va II bosqichli marginal retsidivli bemorlarda va yaxshi prognostik faktorlarda qo'shimcha nurlantirish SOD 40-45 Gr o'tkazish mumkin. Boshqa barcha holatlarda poliximioterapiya kurslarini o'tkazish ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Avval bu I- qator sxemalari ichida o'tish ABVD,BEACOPP, natija kuzatilmasa II- qatorga o'tiladi.

Limfogranulamatozli bemorlarni reablitatsiya bosqichlari:

1. Aktiv nur va kombinirlashgan davolash,
2. O'smaga qarshi davolash va asoratlarni davolash,
3. Ijtimoiy, maishiy va kasb reabilitatsiyasi to'liq remissiyaga erishilguncha,
4. Ijtimoiy va kasb statusini to'liq tiklash.

XXVIII BOB. BUYRAK SARATONI

Epidemiologiya

Buyrak raki rivojlanishida ko'pgina turli omillar genetik, garmonal, kimyoviy, radiatsiya, immunologik va boshqalarning ta'sir ko'rsatishi muhim rol o'ynaydi. Buyrak raki 1883 yil Gravits tomonidan birinchi marta mukammal yoritilgan edi, keyinchalik Dirch-Xirshfeld buyrak hujayrali rak atamasini kiritdi. Buyrak o'smalari barcha o'sma kasalliklari ichida 2-3 foizni tashkil etadi. Asosan 40-70 yoshlar oralig'ida ko'p uchraydi. Erkaklarda ayollarga nisbatan 2 marta ko'p uchraydi. Buyrak o'smalari bolalar barcha o'sma kasalliklarining 20-50 foizini tashkil etadi va u Uilms o'smasi deb ataladi. (95 foiz uchraydi). Asosan 2-5 yoshlarda ko'p uchraydi. O'ng buyrak raki - 60,3 foiz, chap buyrak raki - 39,7 foiz uchraydi. Statistik ma'lumot: Shvetsiya, Daniya, Norvegiya – 18-22 bemor 100 000 aholiga, AQSH – 15,5 bemor 100 000 aholiga, Belorussiya – 11 bemor 100 000 aholiga, Rossiya – 8,3 bemor 100 000 aholiga, O'zbekiston – 1,3 bemor 100 000 aholiga.

Etiologiyasi

Buyrak rakining etiologiyasi hozirgi kungacha aniq emas. Ammo ushbu xavfli o'smaning kelib chiqishida ahamiyatli bo'lgan xavf omillarining bir nechta turlari mavjud. **Buyrak saratoni xavf omillariga quyidagilar kiradi:** neft va uning maxsulotlari, nitrat va nitritlar, tamaki tutunining kanserogen moddalari (30 foiz erkaklarda, 24 foiz ayollarda), ionlantiruvchi nurlanish, disgormonal holat (jinsiy gormonlar), genetik moyillik (3,8,11 xromosomalar translokatsiyasi), semizlik, arterial gipertenziya, diuretiklar, og'ir metallar ta'siri, kasbiy kasalliklar. Buyrak rakining kelib chiqishida arterial gipertenziyaning o'rni katta. Olingan natijalarga ko'ra, anamnezida 5 va undan ko'p yil arterial gipertenziya bilan kasalaaangan bemorlarda buyrak raki kelib chiqishi oshadi. Bir qancha ilmiy ishlarda ko'rsatilishicha, buyrak hujayrali rak bilan kasallanish qandli diabet bilan og'rigan bemorlar ichida ko'proq uchraydi. Ko'pgina mualliflar buyrak hujayrali rak kelib chiqishini diuretik preparatlarni ko'p qabul qilishi bilan bog'laydi. Siydik haydovchi dorilarni qabul qilgan bemorlarda ushbu kasallik bilan kasallanish xavfi 30 va undan ortiq foizni tashkil qiladi.

O'zida amfitamin va fenatsitin saqlovchi analgetik preparatlarni qabul qilish buyrak raki kelib chiqish xavfini ancha oshiradi.

Buyrak hujayrali rak kasb kasalligi hisoblanmaydi. Ammo bu kasallikni rezina - kauchuk, qog'oz ishlab chiqarish, bo'yoqlar, neft va og'ir metallar sanoatida ishlaydigan odamlar orasida kelib chiqish xavfi ancha yuqori ekan.

Morfologik tasnifi

Buyrak rakining 4 ta gistologik turi ajratiladi: yorug' hujayrali (60-85 foiz), xromofil (papillyar 7-14 foiz), xromofob (4-10 foiz) va yig'uvchi yo'llar (2-5 foiz).

Buyrak rakining gistologik turlari klinik kechishi, morfologik belgilari va sistem terapiyaga javobiga ko'ra har xil o'ziga xos genetik xususiyatlarga ega.

Buyrakda o'smaning joylashishiga ko'ra; to'liq zararlanishi – 31,2 foiz, yuqori segmenti – 31,2 foiz, pastki segment – 24,4 foiz, o'rta segment – 5,8 foiz, multifokal – 5,2 foiz. Buyrak - hujayrali rak buyrak parenximasi o'smalarining 95 foizini tashkil qiladi. Buyrak raki mahalliy distruktiv o'sish xususiyatiga ega bo'lib, venoz tomirlarga invaziyasi va buyrak venalarida o'sma trombini shakllanishiga olib keladi. Buyrak - hujayrali rakning venaga invaziyasi 46,2 foiz holatda, pastki kavak venada – 4 foiz, buyrak venasida -24,4 foiz, buyrak venasi shoxlarida – 18,1 foiz holatda aniqlanadi.

O'smaning tarqalishi limfogen va gematogen yo'l bilan amalga oshadi.

Buyrak raki bilan kasallangan bemorlarning 30 foizida ilk marta tashxislanganda uzoq metastaz mavjudligi topilgan. 30-50 foiz bemorlarda nefrektomiyadan keyin kasallik jadal kechganda metastazlar paydo bo'ladi. Ko'pincha metastazlar o'pkaga (32foiz), suyaklarga(25 foiz), regionar (qorinparda orti), limfatik tugunlarga (20 foiz) va jigarga (8foiz). Bundan tashqari noregionar limfa tugunlarga, buyrak usti beziga, kontralateral buyrakka, bosh miyaga, yumshoq to'qimalarga metastazlar berishi mumkin.

Tasnifi:

Buyrak o'smalarini kasallikning patalogo–anotomik , gistologik va boshqa belgilariga asoslangan holda klassifikatsiyasi yaratilgan . Amaliy jihatdan buyrak o'smalarini buyrak parenximasi va buyrak jomi o'smalariga ajratish maqsadga muvofiqdir va ular bir-biridan o'zaro tuzilishi , tarqalish yo'llari, diagnostika va davolash usullari bilan farqlanadi. Buyrak o'smalarini birlamchi va ikkilamchi, xavfli va xavfsiz, metastatik va yaqin atrofida joylashgan a'zolarga o'sishiga qarab ajratish mumkin.

Buyrak saratonining TNM tasnifi (8- nashr 2017y.)

T- birlamchi o'smaning tarqalishi

N- regionar limfa tugunlarining metastazlanishi. M-

uzoq metastazlar

T- kategoriya fizikal tekshiruvlar va nur diagnostikasi usullari asosida baholanadi.

N- kategoriya fizikal tekshiruvlvar va nur diagnostikasi usullari asosida baholanadi.

M- kategoriya fizikal tekshiruvlar va nur diagnostikasi usullari asosida baholanadi.

Regionar limfa tugunlariga quyidagi limfa tugunlari kiradi: buyrak darvozasi, abdominal, paraaortal, preaortal, intraaortakaval, prekaval, parakaval, retrokaval, retroaortal limfa tugunlar.

Buyrak saratonining TNM tasnifi

Tx- birlamchi o'smani baholash imkoni yo'q

T0 – o'sma aniqlanmaydi,

T1 – o'sma buyrak ichidan tashqariga chiqmagan, 7 smgacha

T1a – o'sma buyrak ichida 4 smgacha,

T1b – o'sma buyrak ichida 4-7 smgacha

T2 – o'sma buyrak ichida 7 smdan katta

T2a-o'sma 7 smdan katta 10 smdan kichik, buyrakdan tashqariga chiqmagan

T2b-o'sma 10 smdankatta, buyrakdan tashqariga chiqmagan

T3- o'sma Gerot fassiyasi chegarasidan chiqmagan, yirik vena, qo'shni to'qimaga o'sgan, buyrak usti beziga o'sib o'tmagan.

T3a – o'sma buyrak venasiga yoki atrofidagi kletchatkaga o'sib o'tgan, ammo Gerot fassiyasi chegarasidan chiqmagan

T3b – o'sma buyrak venasiga o'sib yoki uning segmentar shoxiga , hamda kovak venaning diafragmadan pastki qismiga o'sib o'tgan.

T3c – o'sma kovak venaning diafragmadan yuqori qismiga o'sib o'tgan yoki uni devorini zararlagan.

T4 – o'sma Gerot fassiyasidan tashqariga o'sib o'tgan.

Nx – regionar limfa tugunlar holatini baholash imkoni yo'q

N0 – regionar limfa tugunlarda metastazlar yo'q

N1 – regionar limfa tugunlarda metastaz bor

Mx – uzoq metastazlarni baholash imkoni yo'q

M0 - uzoqlashgan metastaz yo'q

M1 – uzoqlashgan metastazlar aniqlanadi.

pTNM- patomorfologik klassifikatsiya bo'lib, operatsiyadan keyin qo'yiladi va TNM kategoriyasiga to'g'ri keladi.

O'smaning differensiatsiya darajasi (G) gradatsiyasi:

G1 – yuqori differensirlashgan,

G2 – o'rta differensirlashgan,

G3 – quyi differensirlashgan,

G4 – differensirlashmagan,

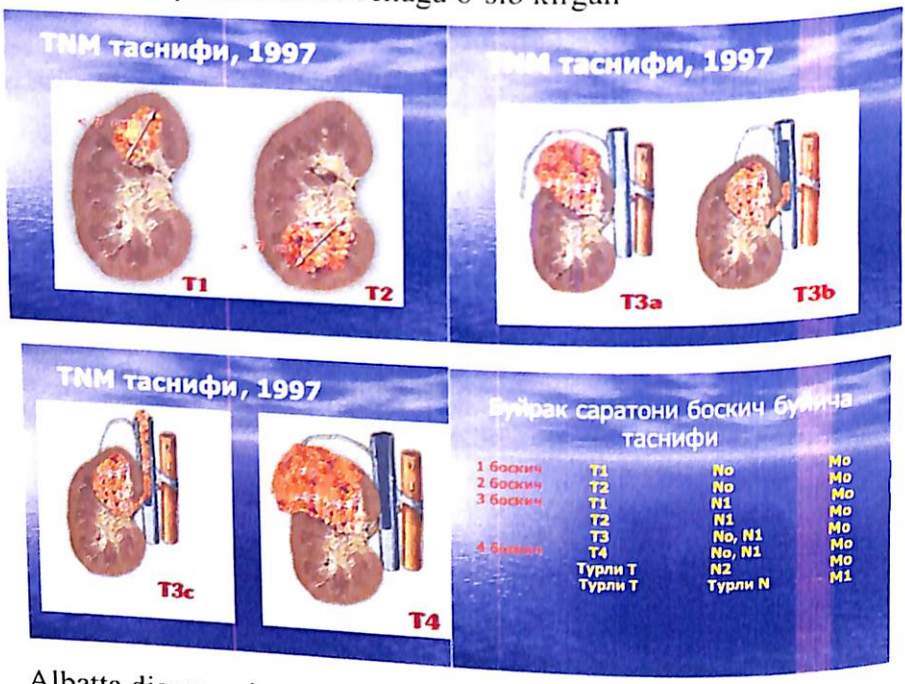
Gx – differensiatsiya darajasini aniqlab bo'lmaydi.

V- indeks :

V0 – buyrak venasida o'sma trombi yo'q

V1 – buyrak venasi o'sma bilan shikastlangan

V2 – o'sma pastki kovak venaga o'sib kirgan



Albatta diagnozning gistologik tasdig'i tiplarga bo'lingan bo'lishi kerak.

Buyrak o'smalari uning turli segmentlarini shikastlashi mumkin. O'sma o'sishi ham fibroz kapsula tomonga, ham kosacha –jom sistemasiga qarab o'sishi mumkin. Ko'pgina o'smalarda avval buyrak venasiga keyin pastki kovak venaga o'sadi .

O'sma o'z tarkibida nekroz o'chog'ini, yangi va eski qon quyilish o'choqlarini , kalsifikatli qattiqlashgan sohalarni tutishi mumkin. Parchalanish o'chog'i o'rnida kistoz bo'shliq hosil bo'ladi va bu bo'shliq o'zida tiniq, gemorragik yoki shokolad rangida suyuqlikni , ba'zan jelesimon massani tutadi

Klinik kechishi

Buyrak rakining simptomatikasi turli tuman bo'ladi . Bu kasallik klinikasida triada symptom – gematuriya, mahalliy og'riq va paypaslanuvchi o'sma xarakterli bo'ladi (15 foiz hollarda bu simptomlar kuzatiladi).

Bu simptomlarni mahalliy simptomlar qatoriga kiritiladi. Shu bilan bir qatorda buyrak rakida umumiy simptomlar ham bor.

Umumiy simptomlar:
Umumiy holsizlik
Ishtaha yo'qolishi
Ozish
Giperpireksiya
Anemiya
SOE oshishi
Arterial gipertenziya(15 foiz hollarda) Mahalliy simptomlar:
Gematuriya (60-70 foiz)
Bel sohasida og'riq (50-60 foiz)
Paypaslanuvchi o'sma(20-50 foiz)
Varikotsele (3.5 foiz hollarda)

Pastki kovak vena qisilishi sindromi (oyoqlarda shish, varekotsele, qorin teri osti venalarini kengayishi, oyoq chuqur venalarining trombozi, proteinuriya) – 50 foiz bemorlarda kuzatiladi. Bu esa pastki kovak venaning o'sma bilan trombozida yoki pastki kovak venaning o'sma va kattalashgan limfa tugunlar bilan qisilishi hisobiga ro'y beradi.

Shuni ta'kidlash joizki, og'riqsiz total gematuriya kasallarning 1/3 ida birinchi belgi hisoblanadi, ko'pchilik bemorlarda 1 va 2 bosqichlarida gematuriya bir marotaba kuzatiladi, bu o'z navbatida ko'pgina bemorlarning shifokorga kech murojaat qilishiga sabab bo'lmoqda. Gematuriyani

og'riqsiz kechishiga sabab qon laxtalarini siydik nayiga tiqilib qolmasligi tufaylidir. Gematuriya buyrak rakining 1va 2 bosqichlaridagi bemorlarning 50 foizidan oshig'ida kuzatiladi. Buyrak raki bilan kasallangan bemorlarda gematuriya umumiy ahvoli qoniqarli holatida birdan boshlanib va tez o'sib ketadi. Ba'zan qon laxtasi bo'lmasligi mumkin, lekin chuvalchangsimon laxtalar siydik nayidan o'tib ketadi. Ba'zan qon laxtalari qovuq ichida hosil bo'ladi va shaklsiz bo'ladi. Ba'zan katta gematuriya bo'lganda qovuqda qon laxtasi hisobiga tamponada kuzatiladi va o'tkir siydik tutilishiga sabab bo'ladi.

Gematuriya sabablari o'sma to'qimasidagi qon-tomirlarning destruksiyasi, o'smaning kosacha- jom sistemasiga o'sib kirishi, o'sma to'qimasi hisobiga buyrakning ezilishi va venoz gipertenziyadir.

Beldagi og'riqlar kasallikning kechki simptomlaridan biri hisoblanadi. Favqulodda buyrak sohasidagi kam og'riqlar kasallikning birinchi belgisi bo'lishi mumkin. Odatda og'riqlar bo'g'iq va sanchuvchi bo'ladi va bu o'smaning fibroz kapsulasiga o'sishi qay darajada ekanligiga bog'liq.

O'sma palpator kam aniqlanadi, asosan 3 va 4 bosqichdagi blastamatozli jarayonda aniqlanadi. Buyrak o'sma bilan shikastlanganda uzoq vaqt harakatchanligini saqlab qoladi, ko'pincha g'adir - budur, chegaralari aniq hosila paypaslanadi.

Varikotsele buyrak raki bilan kasallangan erkaklarda muhim mahalliy belgi hisoblanadi. Ma'lumki urug' tizimchasi venasining varikoz kengayishi chap buyrak venasining o'sma bilan ezilishiga yoki unga o'sma o'sib kirishi tufayli sodir bo'ladi.

Buyrak raki bilan kasallangan bemorlarda yana bir sipmtomlardan biri arterial gipertenziya hisoblanadi va u 10-15 foiz bemorlarda uchraydi.

Giperpireksiya buyrak rakida muhim belgilardan biri sanaladi va u 3043 foiz bemorlarda kuzatiladi. Tana haroratining ko'tarilishi kasallikning ham erta, ham kechki simptomlaridan hisoblanadi. Buyrak rakining erta bosqichida isitma sababi – buyrakning yot oqsilga nisbatan reaksiyasi bo'lsa, kechki bosqichlarda o'sma to'qimasining nekrozi shuningdek yallig'lanish jarayoni hisobiga yuzaga keladi.

Diagnostika

Buyrak rakini diagnostik usullariga quyidagilar kiradi:

Ko'zdan kechirganda – varikotsele, qorin deformatsiyasi, qorin old devori venalari kengayishi, oyoqlarda shish;

Palpator - o'sma aniqlanadi;

Labarator : umumiy qon analizi (EChT oshgan, anemiya); umumiy siydik analizi (eritrotsit, leykotsit, proteinuriya, LDG oshishi); bioximik analiz (Shtauffer sindromi, ishqoriy fosfataza aktivligi oshgan, gipoalbuminemiya, giper a2-v-globulinemiya, Danilin reaksiyasi- zardobda kalsiy oshishi)

Immunoelektroforez metod; ferritin, transferrin, albuminning o'sma to'qimasida oshganligi.

Tekshiruvlar:

Radioizotop diagnostika (nefrosintigrafiya, renoangiografiya)

UTT (52-79 foiz,)

KT (61-100 foiz)

MRT (76-100 foiz)

Rentgenologik tekshiruvlar;

- ekskretor urografiya
- retrograd pielografiya
- obzor urografiya

Angiografiya (40-72foiz)

- buyrak angiografiyasi
- qorin aortografiyasi
- quyi venokavagrafiya
- buyrak venografiyasi

Umum klinik usullarga ko'rik va palpatsiya va boshqalar kiradi. Odatda bemorlar qoniqarsiz umumiy ahvolidan, atrof muhitga qiziqish kamayishi, ishtaha va mehnat qobiliyatining pasayishi va umumiy diskomfort holatlardan shikoyat qiladi. Ko'rikda bemorning tashqi ko'rinishi, teri rangiga e'tibor beriladi.

Erkaklarda kasallangan tomonda urug' tizimchasi varikoz kengayishi, varikotsele aniqlanadi.

Buyrak raki bilan kasallangan bemorlarda ishqoriy fosfatazaning va LDG ning qon zardobida oshishi aniqlanadi.

Qonda bir necha immunologik ko'rsatkichlarning o'zgarishi aniqlanadi;

-ferritin oshishi

-gaptoglobin oshishi

UTT xavfsiz va maxsus tayyorgarlik talab qilmaydigan, yuqori informativ usul hisoblanadi. O'sma mavjud bo'lganda buyrak konturlari

deformatsiyalashgan , exosignali bir xil bo'lmaydi, bular esa nekroz va qon quyilish hisobiga hosil bo'ladi.

O'ng buyrak darvozasi atrofidagi o'sma



Radioizotop diagnostika

Bu tekshiruv usuli normal buyrak to'qimasining radioaktiv moddani turli darajada yutishi bo'lganligi uchun mumkin bo'ladi . O'sma o'chog'ida radioaktiv modda to'planmaydi yoki agar o'sma buyrak to'qimasini butunlay egallagan bo'lsa buyrak suratining yo'qligi ko'rinadi.

Buyrak rakining rentgenologik simptomlari (ekskretor urogramma) da

-o'lchami kattalashishi

-buyrak konturlari o'zgarishi

-kosacha - jom sistemasining deformatsiyasi va to'lish defekti

-siydik nayi yuqori bo'limlarining surilishi

Buyrak angiografiyasi yordamida quyidagilar aniqlanadi:

-o'sma hajmini aniqlash va uning kistadan farqlaydi,

-buyrak po'stloq qismidagi kichik o'lchamli o'smani o'rganish,

-buyrak venasi holatini aniqlash, ichiga o'smaning qay darajada o'sganligini baholaydi

-qo'shni a'zolarga o'smaning o'sishi va qarama–qarshi tomondagi buyrakda metastaz borligini aniqlash uchun.

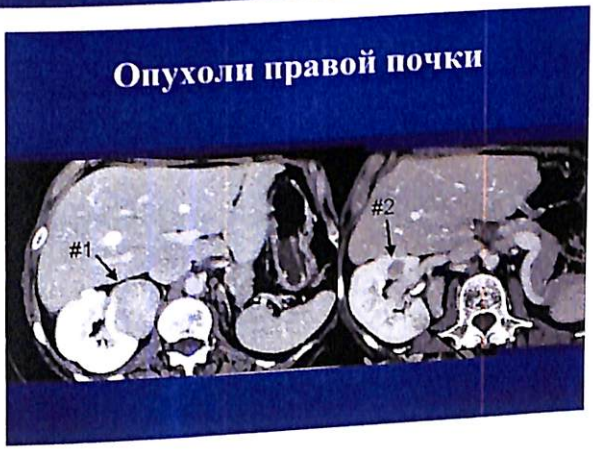
Buyrak rakini aniqlashda zamonaviy usul KT hisoblanadi, bu usulning qulayliklari mavjud;

1) diametri 2 smgacha bo'lgan o'smani aniqlaydi,

2) o'smaning buyrak segmentiga nisbatan joylashishini aniqlaydi,

3) o'smaning buyrak yuzasiga nisbatan joylashishi,
4) o'smaning buyrak darvozasiga nisbatan joylashishi,
5) o'smaning buyrak kosacha-jomiga nisbatan joylashishi,
6) o'smaning buyrak darvozasiga nisbatan joylashishi,
7) o'smaning buyrak parenximasiga nisbatan joylashishi,
8) o'smaning buyrak paranefral kletchatkasiga nisbatan joylashishi,
9) o'smaning pastki kovak vena va buyrak venasiga o'sganligi, regionar limfa tugunlar holatini aniqlashda,
10) o'smaning qorin bo'shlig'iga o'sganligi,
11) o'smaning jigar va suyaklarga metastazini aniqlaydi.



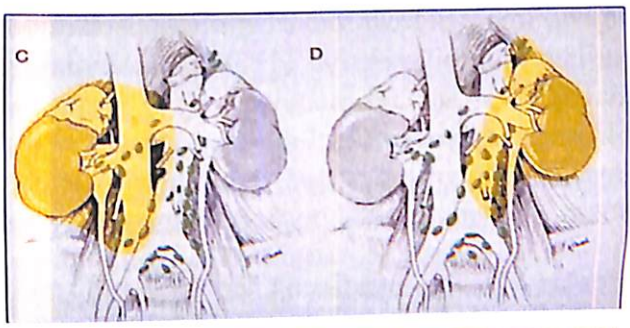


Differensial diagnostika quyidagi kasalliklar bilan o'tkaziladi:
Buyrak solitar kistasi,
Gidronefroz,
Buyrak polikistozi,
Buyrak karbonkuli,
Buyrak sili,
Qorin parda orti o'smalari **Davolash:**

- Jarrohlik
- Nur terapiya
- Kimioterapiya
- Gormonoterapiya

Operativ davo. Buyrak raki bilan kasallangan ko'pgina bemorlarda amalga oshiriladi.

Asosiy jarrohlik usuli radikal nefrektomiya hisoblanadi. Uni bajarishda buyrak paranefral kletchatka, qorinparda orti yog' to'qimasi, diafragmadan to aorta bifurkatsiyasi va umumiy yonbosh venalarining qo'shilish joyigacha bo'lgan regionar limfa tugunlari bilan bir blokda olib tashlanadi.





Radikal nefrektomiyani bajarishda albatta onkologiyaning asosiy maqsadini, ya'ni ablastiklikni saqlash, shuningdek minimal travmatiklikni ta'minlash kerak bo'ladi.

Buyrak operativ davosida lyumbotomik, transperitoneal, va transtorakal usullari qo'llaniladi.

Ayrim holatlarda a'zoni saqlovchi operatsiya – buyrak rezeksiyasi bajariladi. U yagona buyrak o'smasi, ikki tomonlama shikastlanish, shuningdek kontralateral buyrak funksiyasi buzilishlarida qo'llaniladi.

Ko'pgina mualliflarning ko'rsatishicha, buyrak rezeksiyasini amalga oshirish o'sma o'lchami 4 sm gacha bo'lganda , qarama–qarshi tomondagi buyrakning funksiyasiga bog'lik bo'lmagan holda o'tkaziladi. Ba'zi bir mualliflar esa o'sma o'lchami 2 smgacha bo'lganda rezeksiya amalga oshirilishi kerak deydi , katta o'lchamdagi o'smalarda qaytalanish yuz berish ehtimoli yuqori deb hisoblaydilar.

T1-2 o'smalarda agar o'sma o'lchami yoki lokalizatsiyasida rezeksiya o'tkazishni texnik iloji bo'lmasa nefrektomiya bajariladi. Nefrektomiya T34 o'smalarda ham bajariladi. Limfodisseksiya T1N0 bosqichlarda shart emas. Radikal xirurgik davodan so'ng bosqichidan qat'iy nazar ad'yuvant ximioterapiya va/yoki nur terapiyasi o'tkazilmaydi.

Jarrohlik operatsiyalari bilan bir qatorda konservativ davo usullarini ham qo'llash mumkin. Bular ichida immunoterapiya asosiy o'rinni egallaydi.

Asosan interleykin-2, alfa-interferon va ularning birgalikdagi kombinatsiyasi keng qo'llaniladi. Bu preparatlar 15-20 foiz bemorlarda qisqa va uzoq muddatli remissiya berishi bilan samaralidir.

Interleykin-2 alfa-interferondan effektivligi yuqoridir, shuning uchun u buyrak rakida birinchi qator immunoterapevtik hisoblanadi.

Ayrim bir avtorlarning fikricha immunoterapiya effektivligi buyrak rakining gistologik strukturasiga bog'liq deyiladi.

Kimyoterapiya buyrak rakida minimal effektlidir va u immunoterapiya bilan birga qo'llaniladi.

Gormonal terapiya amaliy jihatdan deyarli qo'llanilmaydi.

Radioterapiyaga buyrak raki rezistent bo'lganligi uchun uni qo'llash keng tarqalmagan.

Buyrak rakining turli variantlarida asosiy davolash usullari:

Tarqoq buyrak raki:

-palliativ nefrektomiya

-radikal nefrektomiya (T4, M0 bo'lgan ba'zi bemorlarda)

- nefrektomiya va metastazalar rezeksiyasi(M1 bo'lgan ba'zi bemorlarda)

-monoterapiya interleykin -2 bilan

-monoterapiya alfa-interferon bilan

- interleykin-2, alfa-interferon birgalikdagi kombinatsiyasi kombinirlangan kimyoimmunoterapiya Qaytalangan buyrak hujayrali rak :

- metastazlar rezeksiyasi
- monoterapiya interleykin -2 bilan
- monoterapiya alfa-interferon bilan
- interleykin-2, alfa-interferon birgalikdagi kombinatsiyasi

Kasallik oqibati

Buyrak rakining oqibati quyidagilarga bog'liq:

1) o'smaning gistologik shakli
2) operatsiya radikalligiga
3) kasallikning bosqichiga
4) bemor yoshi va kasbiga

Ko'proq 1 va 2 bosqichlarda kasallikning oqibati birmuncha yaxshi bo'ladi , 3 va 4 bosqichlarda yomon oqibat kuzatiladi .

Operatsiya qilinmagan bemorlarning yashovchanligi 1 –3 yildir.

Radikal operatsiyadan keyin 3 yillik yashovchanlik 40-56 foizni , 5 yillik yashovchanlik 30-48 foizni tashkil etadi , 10 yillik yashovchanlik 1122 foizni tashkil etadi.

Reabilitatsiya.

Buyrak raki bilan davolangan bemorlar hayotiy ko'rsatmalar asosida onkolog va urolog nazorati ostida

-birinchi yil har 3oyda ,

-ikkinchi va uchinchi yil har 6 oyda

-keyingi yillar yilda bir marotaba qayta ko'rik va tekshiruvdan o'tishi kerak.

Bunda quyidagi tekshiruvlardan o'tishi kerak

-qon va siydik analizi

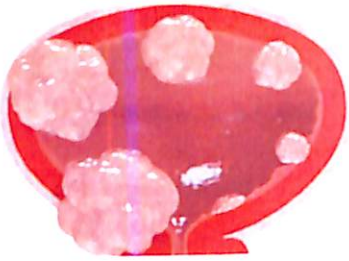
-rentgenografiya- o'pka

-UTT- jigar, olingan buyrak sohasi va kontralateral buyrak

-ayrim holatlarda KT va MRT

Bemorlarning mehnatga qobiliyati individual hal qilinadi.

XXIX BOB. QOVUQNING XAVFLI O'SMASI



Qovuqning xavfli o'smalari orasida saraton ko'p uchraydi.

Epidemiologiya.

Qovuq saratoni bilan kasallanish tobora o'sishda davom etmoqda va 100 ming kishiga 11,5-12,0 ni tashkil qiladi. Erkaklar ayollarga qaraganda 2,5-6 marta ko'proq kasallanadi. Kasallik cho'qqisi 65-75 yosh guruhida.

Etiologiyasi.

Qovuq saratonining kelib chiqishida ekzogen va endogen (genetik) xavfli omillari ajralib turadi. Ekzogen xavf omillariga quyidagilar kiradi:

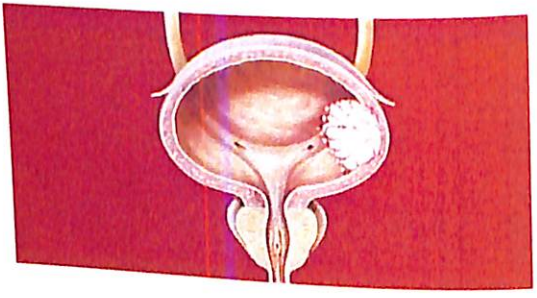
Sanoat xavflarining ta'siri;

Chekish;

Surunkali sistit.

Anilin – bo'yoq ishchilarida kasallanish ko'paygan, kimyoviy kanserogenlar bilan doimiy aloqada bo'lgan tarmoqlar – aromatik aminlar va ularning hosilalari (benzidin, naftilamin, nitrozaminlar).

Chekish qovuq saratonining asosiy sabablaridan biridir. Uning ta'siri so'nggi yillarda sezilarli darajada o'sdi. Siydik pufagi saratoni xavfi chekuvchilarning orasida chekmaydiganlarga qaraganda 20-30 barobar yuqori. Bunga aromatik aminlar va politsiklik uglevodorodlarni surunkali ta'sir qilishi, tamaki tutunining tarkibiy qismlari bog'liq.

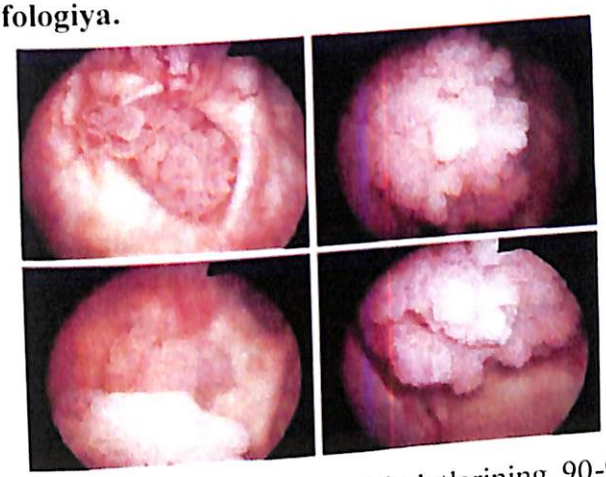


Qovuqning surunkali yallig'lanishi ham saraton paydo bo'lishida xavf omilidir. Faollashtirilgan ko'plab shartli patogen bakteriyalar surunkali sistit natijasida aktivlashadi va nitroz aralashmalarini sintez qilishga qodir kanserogenlardir. Endogen irsiy xavf omillari, irsiy saraton sindromlari (poliplari, yo'g'on ichak saratoni) va genetik o'zgarishlar ketma-ketliklar – yetishmovchilikni keltirib chiqaradigan gen polimorfizmi transferaz, faollashtiruvchi aromatik aminlar.

Prekanser.

Ko'p hollarda qovuq saratoni prekanseroz jarayonlar fonida rivojlanadi. (atipik giperplaziya, shilliq qavat displaziyasi) va xavfsiz o'smalar (papilloma).

Patomorfologiya.



Gistologik jihatdan, qovuq saratoni holatlarining 90-95 foizi o'tish davri hujayrali (papillyar) karsinoma, yana 3-5 foiz - yassi hujayrali karsinoma va 2 foiz - adenokarsinoma.

Papillyar (o'tish davri) saratoni eng keng tarqalgan qovuq saratoni shaklidir. Bu papillomalarga o'xshash va keng asosga ega.

O'simta gulkaramning bir turi bo'lib, yuzasi yaralar va nekroz patlari bilan qoplangan.

Yassi hujayrali karsinoma makroskopik jihatdan odatda likopchaga o'xshaydi.

Adenokarsinoma kam uchraydi. Ko'pgina hollarda, u yarali infiltrativ shaklga ega bo'ladi..

Qovuq saratoniga limfogen tarzda chanoq limfa tugunlariga metastaz berish xosdir. Ko'pincha obstruktiv (75 foiz) metastazlar tashqi yonbosh (65 foiz) va paravezikal (15 foiz) limfa tugunlariga beradi.

Uzoq metastazlar siydik pufagi saratoni bilan kasallangan bemorlarning 50 foizida kuzatiladi. Ko'pincha jigarga (40%), o'pkaga (35%), suyaklar (25%) buyrak usti bezlari (20%) kuzatiladi.

Qovuq saratonining tasnifi

TNM-8- tizimiga muvofiq (2017y.).

T – noinvaziv papillyar karsinoma

Ta – birlamchi o'sma aniqlanmagan Tis

- Uroltelial CIS: «yassi o'sma».

T1 – o'simta subepiteliyning biriktiruvchi to'qimalariga tarqaladi

T2 – o'simta mushak qatlamiga tarqaladi

T2a- yuzaki mushak qavatgacha

T2b-chuqur mushak qavatgacha

T3 – o'simta qovuq atrofi kletchatkaga tarqaladi

T3a- mikroskopik

T3b- makroskopik

T4 – o'simta quyidagi organlarning biriga tarqaladi: prostata bezi, bachadon, vagina, tos, qorin devori

T4a- prostata bezi, bachadon, vagina

T4b- chanoq devori,qorin devoriga

N - regionar limfa tugunlari

N1- bitta regionar limfa tugunlarida zararlanish bor

N2 – ko'plab regionar limfa tugunidagi metastaz

N3 – umumiy yonbosh limfa tugunlarga metastazlar

M – uzoq metastazlar

Mx – uzoq metastazlarni baholash mumkin emas

M0 – uzoq metastazlar aniqlanmagan

M1 – uzoq metastazlar mavjud

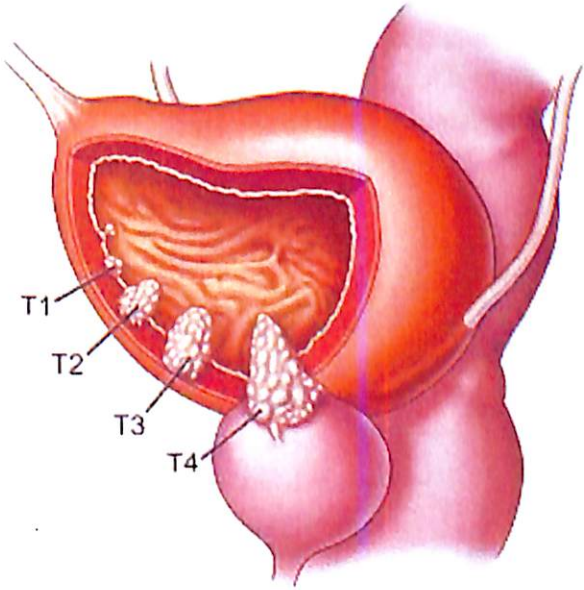
G – gistopatologik gradatsiya

G1 – yuqori darajada farqlanadigan o'simta

G2 – o'rta darajadagi o'sma farqlanadi

G3-4 - past darajali / ajratilmagano'simta

Bosqichlar bo'yicha guruhlash



0a bosqichTaN0M0
0is bosqichTisN0M0 I
bosqich T1 N0 M0
II bosqich T2a,b N0 M0
IIIA bosqich T3a,b N0 M0,T4aN0M0,T1-4aN1M0
IIIB bosqich T1-4aN2,N3M0
IVA bosqich T4b har xil NM0, har xilT,har xil NM1a
IVB bosqich Har xilT,har xilNM1b **Klinika.**

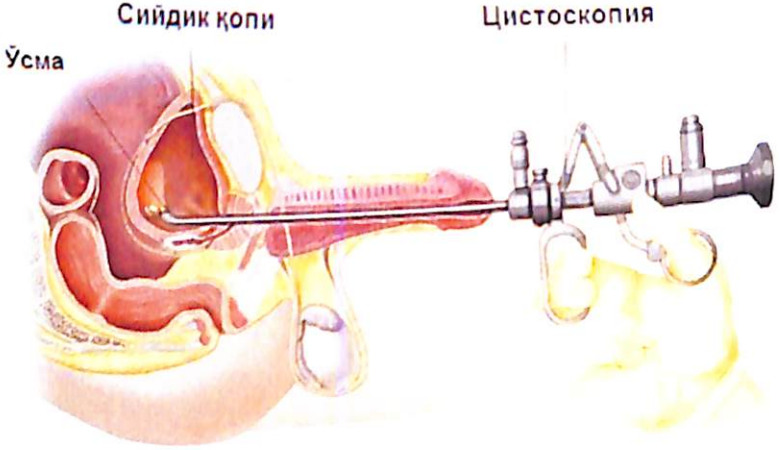
Klinik ko'rinishlar qovuq saratoni bosqichiga bog'liq. Dastlabki bosqichlarda o'simta o'zini namoyon qilmaydi.

Makrogematuriya – bu qovuqning invaziv saratonining asosiy alomatidir. U doimiy yoki davriy bo'ladi. Kuchli gematuriya qon quyqalarining ajralishiga hamroh bo'ladi, bu ba'zan siydikning tamponadasiga olib kelishi mumkin va qovuqda siydikni ushlanib qolishiga olib keladi.

Dizuriya - tez-tez va og'riqli siyish, ular qovuq saratonining klinik ko'rinishi orasida ikkinchi o'rinni egallaydi. Bemorlar og'riq, qiyinchilik bilan siyish, perforatsion chaqiriqlardan shikoyat qiladilar. Saratonning keyingi bosqichlarida, o'simta parchalanish mahsulotlari mavjud bo'lsa, qon quyqalari, fistula yoki sistitni rivojlantiradi. Pubis, perineum yoki

sakrumda og‘riq paydo bo‘lishi o‘simta infiltrati tarqalishining organizmdan tashqaridaligidan dalolat beradi.

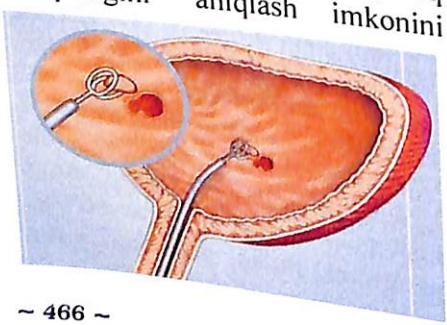
Diagnostika.



Sistoskopiya

Makrogematuriyaning paydo bo‘lishi, tez-tez va og‘riqli siyish instrumental tadqiqot usullarini qo‘llash uchun asosdir.

O‘simta tashxisida sistoskopiya va o‘smaning biopsiyasi standart usuldir. Sistoskopiya bizga o‘smani aniqlash, uning anatomik shakllanishini aniqlash imkonini beradi, shuningdek, ta’sirlanmagan shilliq qavatining holati va darajasini aniqlash funktsional ahamiyatga ega bo‘lgan tuzilmalarni patologik jarayonga jalb qilinganini aniqlaydi (Lieto uchburchagi, siydik chiqarish teshigi, siydik pufagi). Qovuq biopsiyasi tashxis qo‘yishda, morfologik verifikatsiyalashga imkon beradi, o‘simta farqlanish darajasini aniqlash, qovuq devoridagi o‘sma zararlagan to’qima chuqurligini aniqlash imkonini beradi.



Siydik cho‘kmasini sitologik tekshirish ham o‘simta borligini morfologik tasdiqlash imkonini beradi.

O‘simta borligini morfologik tasdiqlash.

Tashxis qo'yishning murakkab usullari (kompyuter tomografiyasi, ultratovush) siydik pufagining devoriga chuqur shikast yetkazishni aniqlaydi. Yuzaki shikastlanishlarda bu usullar informatsion emas.

Davolash.

Qovuq saratoni uchun davolashni tanlashda hal qiluvchi omil bu yuzaki o'smalar (T is, I, T1) va invaziv o'smalarga ajratishdir. Jarrohlik, nurlanish va sitostatik usullar qo'llaniladi.

Yuzaki saraton kasalligi uchun eng yaxshi davolanish transuretral qovuq rezeksiyasi (TUR). 1-3 mayda yuzaki o'smalar bo'lsa shilliq qavatni o'zgartirilgan joylarni transuretral elektrokoagulyasiya qilish mumkin. Yuzaki siydik pufagi saratonining qaytalanish darajasi, hatto yetarli davolanishdan keyin ham, juda yuqori va 30-80% gacha. Shuning uchun, barcha holatlarda siydik pufagi TURdan so'ng darhol intravezikal kimyoviy terapiya ko'rsatiladi. Bu qaytalanish xavfini 50% ga kamaytiradi. Tanlash uchun dori retsidivni oldini olish uchun intravezikal kimyoterapiya doksorubisin hisoblanadi shuningdek, induksiyaga asoslangan intravezikal BCG terapiyasidan foydalaniladi mahalliy immun reaksiyani rivojlantiradi (makrofaglar, T-limfotsitlar, sitokinlarning faollashishi). Qovuqning invaziv saratoni uchun radikal jarrohlik sistektomiya mushak qavati) – bu siydik yo'llarini ichakka yoki teriga o'tkazish bilan olib boriladi. Kasallanish va hayot sifatini yomonlashuvi tufayli bu operatsiya kamdankam hollarda ishlatiladi. Aksariyat hollarda tizimli polikimyoterapiya (metotreksat + vinblastin + doksorubitsin + sisplatin), shuningdek, masofaviy gamma terapiyasi qo'llaniladi.

Oqibati

Qovuq saratoni bosqichiga bog'liq. T1-2 bosqichlarida besh yillik yashash 50-80%, T3-4 bosqichlari - 20-30 %.

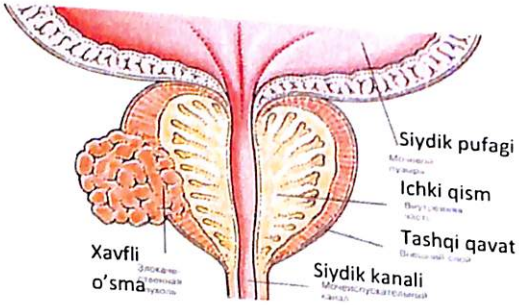
XXX BOB. PROSTATA BEZI SARATONI



Shuni ta'kidlash kerakki, so'nggi yillarda prostata saratoni bilan kasallanish sezilarli darajada oshdi.

Epidemiologiya. Prostata saratoni bilan kasallanish darajasi har 100 ming aholiga 13-14 ta, erkak aholiga esa 29 ta, har 100 ming aholiga to'g'ri keladi. Erkaklardagi saraton kasalligi tarkibida u 10-12%ni tashkil qiladi. Prostata bezining saraton kasalligidan o'lim darajasi kasallanishning atigi yarmini tashkil etadi (har 100 ming aholiga 14,9 va 29,4. Aholining soni). Prostata saratoni tashxisining qoniqarsiz holati III-IV bosqichlarda bemorlarning 50% dan ortig'i aniqlanganligidan dalolat beradi. Bu esa kasallikka chalinganlarning 21-23 foizi saraton tashxisi qo'yilgan kundan 1 yilgacha vafot etadi. Ko'pincha prostata saratoni keksa yoshdagi erkaklarda paydo bo'ladi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 65-70 yoshni tashkil qiladi. Dastlabki bosqichlarda prostata saratonini tashxislash va oldini olishni yaxshilash uchun, markazlashgan poliklinikalar va tuman tibbiyot birlashmalarida erkaklar tekshiruvxonalarida fizik (rektal) tekshiruvdan o'tkazish va dispanser ro'yxatdan o'tkaziladigan kontingentlarda o'ziga xos o'simta markerlari (PSA) darajasini o'z vaqtida aniqlash zarur .

Etiologiyasi.



Prostata bezi xavfli o'smasi

Prostata saratonining sabablari yetarlicha ma'lum emas. Ammo ma'lumki, bez giperplaziyasi va undagi o'sma paydo bo'lishi gormonal stimulyatsiya tufayli yuzaga keladi. Bunday bemorlarning qon plazmasida androgenlarning ko'payishi aniqlanadi va kastratsiya va estrogen bilan davolash ijobiy natija beradi. Tajribadagi hayvonlarda kastratsiya va estrogen bilan davolash prostata o'simtasining o'sishi va regressiyasini pasayishini ko'rsatdi. Adabiyotlarda individual mualliflarning eksperimental hayvonlarda prostata saratoni paydo bo'lishida viruslarning etiologik roli to'g'risida ma'lumotlar mavjud.

Patologik anatomiya.

Prostata saratoni makroskopik ko'rinishi ko'pincha bezning orqa qismidan chiqadigan, qattiq konsistensiyali va yuzasi g'adir-budur o'sma shaklida bo'lib, to'g'ri ichakninig bo'shlig'iga qarab turadi. Keyinchalik o'sishi bilan o'simta butun prostata bezini egallab, yaqin atrofdagi to'qimalarga tarqalishi mumkin.

O'smaning morfologik tuzilishi kasallikning klinik kechishiga, o'smaning prognoziga va esterogenlar bilan gormonoterapiyaga sezgirligiga ta'sir qiladi.

Prostata saratonining quyidagi gistologik shakllari ajratib ko'rsatilgan:

1. Adenokarsinomalar - 70%:
a) naycha (yorug' hujayrali, qorong'i hujayrali) - 53%;
b) shilimshiqsimon - 2%;
v) persistin hujayrali saraton - 1%;
d) kribroform - 10%.
2. O'tish hujayrali karsinoma - 1%.
3. Yassi hujayrali karsinoma - 2%.
4. Diffirensiyallanmagan saraton - 16%.
5. Tasniflanmagan saraton - 2%.

O'tish hujayrali, yassi hujayrali va shilimshiqsimon saraton gormonal terapiyasiga sezgir emas. Shilliq va kribroformali saraton tez metastaz berishi, salbiy kechishi bilan ifodalanadi. Bundan farqli o'laroq, naychali adenokarsinoma yaxshi klinik kechishi va oqibati bilan xarakterlanadi. Regionar limfogen metastazlari kichik chanoq limfa tugunlarning umumiy yonbosh arteriyasi bifurkatsiyasidan pastga beradi tarkibiga umumiy yonbosh arteriyalarining bifurkatsiyasi ostida joylashgan tos bo'shlig'ining limfa tugunlari kiradi.

TNM-8- tizimiga ko'ra prostata saratonini tasniflash (2017y.).

TNM - klinik tasniflash

T – birlamchi o'sma

Tx - T0 - boshlang'ich o'simtani baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas

T1 - birlamchi o'sma klinik jihatdan aniqlanmagan asimptomatik o'sma, palpatsiya qilinmaydi va instrumental usul bilan topilmaydi.

T1a- o'simta gistologik tekshiruv paytida tasodifan aniqlangan, ko'rinmaydigan rezektsiya qilingan to'qima 5% dan ko'prog'ini tashkil etmaydi.

T1b – gistologik tekshiruv paytida o'sma tasodifan aniqlangan, rezektsiya qilingan to'qimaning 5% dan ko'prog'ini tashkil qiladi

T1c - o'simta ignali biopsiya orqali aniqlangan. (masalan, PSA darajasi ko'tarilgan taqdirda) paypaslanmaydigan o'sma

T2- o'simta paypaslanadi, prostata bezi bilan chegaralanadi

T2a - o'simta bez bo'lagining yarmini yoki undan kamini zararlaydi

T2b - o'simta bezning bir bo'lagining yarmidan ko'pini zararlaydi

T2c- o'simta beznining ikkala bo'lagini ham zararlaydi, lekin kapsuladan chiqmaydi

T3 - o'simta bezning kapsulasidan tashqariga chiqadi,lekin chanoq atrofidagi to'qimalarga invaziya bermaydi

T3a – kapsuladan tashqariga paraprostatik kletchatkaga tarqaladi

T3b- o'simta urug' tizimchasiga o'sib kiradi

T4 - o'simta harakatsiz yoki qo'shni tuzilmalarga tarqaladi

N -regionar limfa tugunlari

NX - N0 -regionar limfa tugunlarining zararlanishini baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas yoki yo'q.

N1-regionar limfa tugunlarida metastazlar bor

M- uzoq metastazlar

Mx – uzoq metastazlarni aniqlash uchun ma'lumotlar yetarli emas M0 –metastazlar aniqlanmaydi.

M1- uzoq metastazlar mavjud

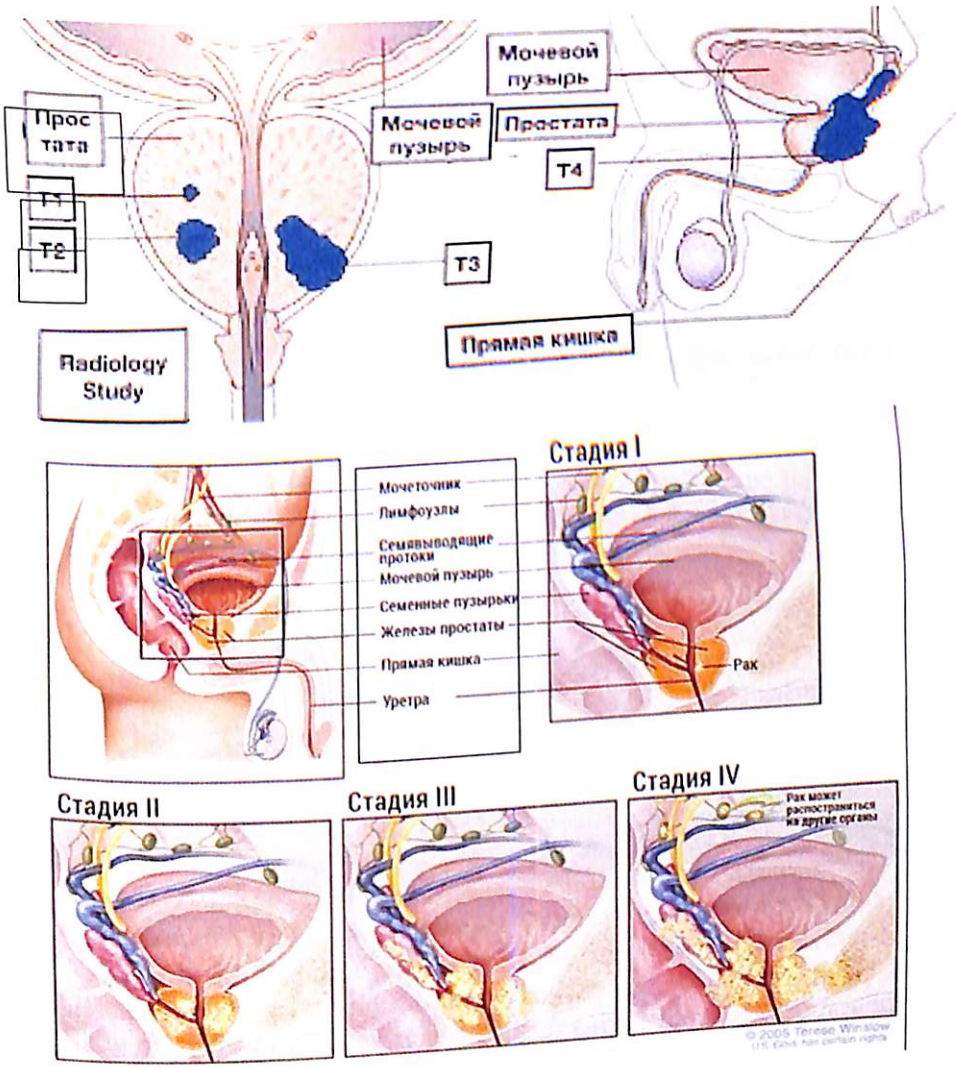
M1a-faqat noregionar limfa tugunlarda metastazlar bor

M1b-suyaklarga metastaz bergan

M1c- boshqa a'zolarga metastaz bergan,suyak va boshqa l/tugunlarga mtc bor yoki yo'q.

Prostata bezi rakida T – o'sma o'lchamini holati

I bosqich T1a N0 M0
II bosqich T1b N0 M0,T1s N0 M0,T1 N0 M0,T2 N0 M0
III bosqich T3 N0 M0
IV bosqichT4 N0 M0,Har qanday TN1 M0, Har qanday TN1-2 M1



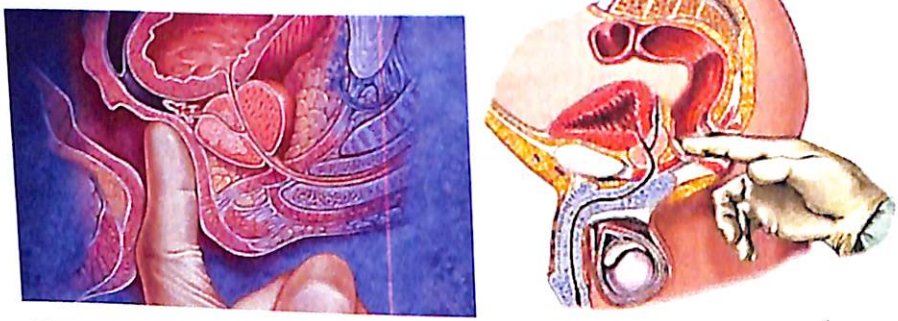
Prostata bezi rakining bosqichlari

Klinikasi.

Kasallikning klinik belgilari odatda o'simta bezdan tashqarida qo'shni organlarga tarqalganda yoki suyaklarda metastatik o'choqlar paydo bo'lganda yuzaga keladi. Aksariyat hollarda siyish paytida tez-tez chaqiriqlar, siydik pufagining to'la bo'shamasligi, og'riq hissi kuzatiladi. O'tkir siydikni tutilishi va gematuriya kasallikning dastlabki bosqichlarida kam uchraydi. Gematuriya siydik pufagi bo'yin tomirlari stazi tufayli va ularga katta o'simtaning kirib borishi tufayli paydo bo'lishi mumkin.

Prostata saratonining keng tarqalgan bosqichlarida siydik yo'llarining yuqori qismidan belgilar paydo bo'ladi: bel sohasidagi og'riq, umumiy darmonsizlik, og'iz qurishi, tashnalik (buyrak yetishmovchiligining namoyon bo'lishi). Bunday hollarda siydik chiqarish yo'llarining yallig'lanish jarayonlari qo'shiladi (sistit, pielonefrit).

Ko'pincha, prostata saratonining birinchi klinik ko'rinishi birlamchi o'smaning suyaklarga metastazlari tufayli yuzaga keladi. Bemorlarda bel va quymich sohasidagi og'riqlar radikulit deb noto'g'ri davolashadi. Ba'zi hollarda suyaklarning (umurtqa, son) patologik sinishi yuz beradi. Keyinchalik asosiy kasallikning tabiati faqat suyak rentgenografiyasidan keyin aniqlanadi. Chanoq limfa tugunlarida metastazlarni paydo bo'lishi oyoqlarda va urug' xaltasidagi shishlarga sabab bo'ladi. **Diagnostika.**

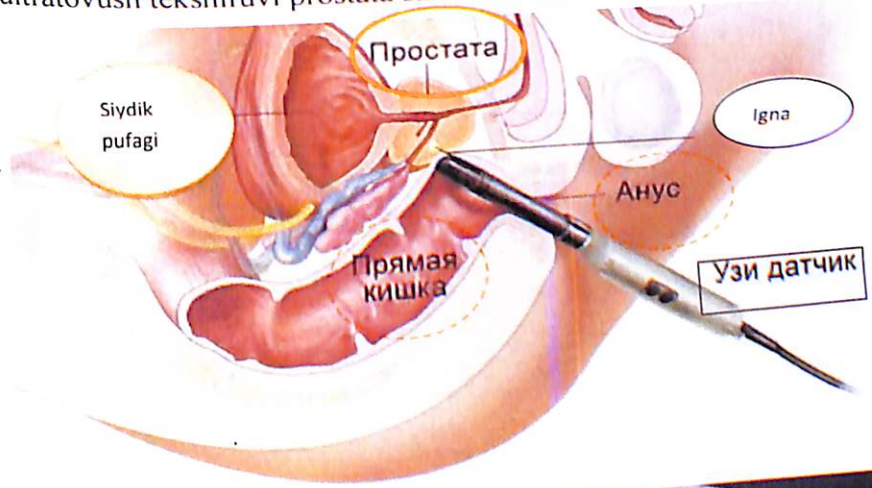


Prostata bezini to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish

Klinik tadqiqot usullari orasida prostata saratonini aniqlashda to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega. Kasallikning dastlabki bosqichlarida kichik o'lchamdagi bitta yoki ko'p zich tugunlar aniqlanadi, ular bezning bo'laklaridan birida joylashadi. Saratonning kechki bosqichlarida kattalashgan prostata bezi palpatsiya qilinadi, qattiq konsistensiyali yuzasi g'adur-budur shaklda, aniq konturlari bo'lmagan

o'simta tugunlari konglomerati shaklida bo'ladi. O'sma ustidagi to'g'ri ichakning shilliq qavati harakatsiz.

Tashxisni morfologik tekshirish uchun transrektal yoki oraliq orqali kirish yo'li bilan o'simta biopsiyasi keng qo'llaniladi. Bezning transrektal ultratovush tekshiruvi prostata saratonini tashxislashda samarali usuldir.

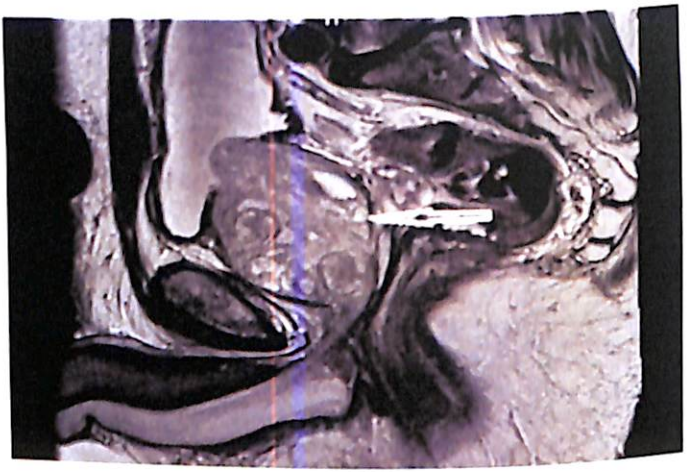




Datchik yordamida UTT tekshiruvi

Prostata saratonining keng tarqalgan shakllari (T3 va T4 bosqichlari) bilan rentgenli kompyuter tomogrammalarida bezning deformatsiyasi, o'smaning oldingi tomonga, seminal vezikulalarga tarqalishi aniqlanadi

Qo'shimcha tadqiqot usullari bilan siydik pufagining deformatsiyasini, prostata bezining kattalashishini, siydik pufagining kengayishini, gidronefrozni aniqlaydigan sistoskopiya, sistoprostatografiya, urografiya qo'llaniladi.



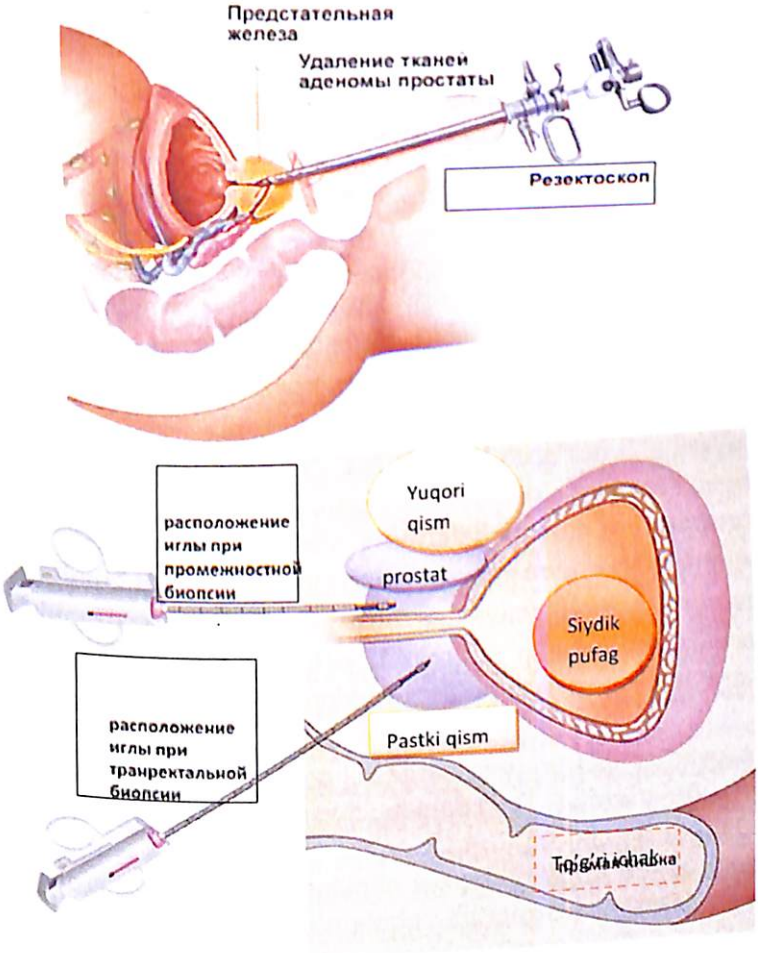
Prostata bezi o'smasini MRT tasviri

Prostata saratoni bilan og'rigan bemorlarning aksariyati suyaklarda rentgen va suyak tekshiruvi orqali aniqlanishi mumkin bo'lgan metastazlarga ega.

Prostata saratonining o'ziga xos belgisi bu prostataga xos antigeni (PSA) bo'lib, u metastatic saraton kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 90 % da uchraydi va terapevtik ta'sirni bashorat qilish uchun marker bo'lishi mumkin.

1988 yilda klinik amaliyotni joriy etishda PSA prostata saratonini erta aniqlashda ijobiy rol o'ynadi.

Uzoq vaqt davomida 4 mg / ml zardobdagi PSA kontsentratsiyasi normal deb hisoblandi, ammo bir qator so'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, prostata saratoniga chalinish holatlarining 15-30 foizi ko'rsatilgan marker tarkibidan o'tkazib yuborildi. Bugungi kunda oddiy PSA ko'rsatkichlar qayta ko'rib qilindi: 2,5 mg / ml - 65 yoshgacha, 3,5 mg / ml - 69 yoshgacha, 5 mg / ml – 70-79 yoshgacha.



Prostata bezi o'smasidan biopsiya olish texnologiyasi

Davolash.

Prostata saratonini davolashda jarrohlik usullari, nurlanish, gormon va kimyo terapiya qo'llaniladi. Davolash usulini tanlash o'smaning bosqichiga, morfologik tuzilishiga, gormonal darajasiga bog'liq. Tashxis morfologik jihatdan tasdiqlanishi kerak.

Prostata bezining kapsulasidan tashqarida bo'lmagan o'smalarda (T1 va T2N0M0 bosqichlari) radikal prostatektomiya yoki radikal programmada nur terapiyasi amalga oshiriladi (bemorlarning 5-8 foizida jarrohlik

amaliyoti mumkin). Jarrohlikdan so'ng. N0 bilan profilaktik estragenoterapiya kursi o'tkaziladi. N1 bilan kastratsiya va estrogen terapiyasi o'tkaziladi. T3T4 bosqichida radikal prostatektomiya va undan keyin ad'yuvant nur terapiyasi o'tkaziladi. Agar qaytalanish topilsa uzoq vaqt androgen deprivasiya qilinadi.

T4 yoki M1 bosqichlarida nur terapiyasi androgen deprivasiya bilan birgalikda va medikamentoz yoki xirurgik kastratsiya amalga oshiriladi. Gormonal preparatlardan sinestrol, Fosfestrol (honvan) yoki mikrofolin - Fort ishlatiladi. So'nggi paytlarda gonadotropin- rilizing- gormonagonistlari (goserelin, triptorelin, buserelin, diferelin) gormon terapiyasi uchun foydalaniladi, bu bemorlarning qon zardobida testosteron konsentratsiyasini kamaytiradi. Gonadlar barcha aylanib yuradigan androgenlarning 95 foizini testosteron shaklida ishlab chiqaradi, yana 5 foiz androgenlar (androstenedion) buyrak usti bezlarini kamaytiradi. Shuning uchun o'simta hujayralarida androgen retseptorlarini bog'laydigan va shu bilan maqsadli a'zoda androgen retseptorlari komplekslarining shakllanishiga to'sqinlik qiladigan antiandrogenlar (androgen antagonistlari) yaratilgan. Bu buzilgan DNK sintezi va hujayralar replikatsiyasiga olib keladi. Ularda steroidal (siproteron) va steroidal bo'lmagan (flutamid, kalumid) antiandrogenlar mavjud. Prostata saratonini davolashda flutamiddan foydalanish ehtimoli ko'proq.

Terapevtik maqsadlar uchun (shuningdek profilaktik) metastazlar mavjud bo'lsa, bifosfonatlardan foydalanish tavsiya etiladi (Bonefos, Zometa, Pamiredin).

Prostata saratoni uchun kimyo terapiya cheklangan, chunki o'smalar sitostatiklarga sezgir emas. Gormonga chidamli saraton kasalligida metotreksat, sisplatin, 5-ftorouratsil, doksorubitsin, siklofosfamiddan foydalaniladi.

Oqibati.

Radikal jarrohlik yoki radiatsion davolashdan keyingi dastlabki bosqichlarda bemorlar 10 yilgacha yashash darajasi 80%, gormon terapiyasida - 45-65%. Keyingi bosqichlarda bemorlarning 10-30 foizi besh yil davomida tirik qolishadi.

XXXI BOB. BACHADON BO'YNI RAKI

Har yili dunyo bo'yicha 500 mingta bemor bachadon bo'yni saratoni bilan hisobga olinadi, shundan 78 foiz qismi rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi.

Tibbiy profilaktika va sanitar oqartiruv ishlari yetarli darajada o'tkazilmaydigan davlatlarda 29 yoshgacha bo'lgan ayollar o'rtasida bachadon bo'yni saratoni bilan kasallanish ko'rsatkichi yuqoridir. Rak oldi va fon kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va sog'lomlashtirish ishlariga yetarli darajada ahamiyat berilmasligi, ginekologlarda onkologik ehtiyotkorlik tushunchasini yetarli darajada emasligi, aholi o'rtasida jinsiy madaniyatning pastligi, aholi o'rtasida jinsiy yo'l orqali yuquvchi infeksiyalarni profilaktikasini bilmasligi natijasida bachadon bo'yni saratoni bilan kasallanish yildan yilga oshib bormoqda.

Epidemiologiyasi

BJSST ma'lumotlariga qaraganda bachadon bo'yin raki Osiyo davlatlarida (Hindiston, Xitoy, Yaponiya) va Lotin Amerikasi (Yamayka, Kolumbiya, Nigereyada) va Afrikada (Nigeriya) davlatlarida onkologik kasalliklar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Xarakterli xususiyatlaridan biri shuki, qaysi davlatlarda bachadon bo'yin raki bilan kasallanish yuqori bo'lsa o'sha yerda bachadon tanasi va sut bezi raki bilan kasallanish ko'rsatkichi past. Bachadon bo'yni saratoni ayollarda barcha xavfli o'smalarni 5,4 foiz qismini tashkil qilib, o'sma kasalliklari ichida 6-o'rinni, xavfli o'sma kasalligidan o'lim ko'rsatkichi bo'yicha esa 3-o'rinni egallaydi. Bachadon bo'yni saratoni bilan kasallanish eng ko'p 45-75 yoshga to'g'ri keladi. Hindistonning ayrim hududlarida bachadon bo'yni saratoni bilan kasallanish ko'rsatkichi eng yuqori (har 100 ming aholiga 43 ta) bo'lsa, AQSH da bu ko'rsatkich ancha past - 100 ming aholiga 7 tani tashkil qiladi.

Bachadon bo'yni qin qismi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'lib, endotservikal kanal orqali servikal kanalga o'tadi. Servikal kanal silindrik epiteliy bilan qoplangan. Normada bachadon bo'yni tashqi teshigidagi yassi epiteliy silindrik epiteliyga qo'shilib ketadi. Yassi epiteliy va silindrik epiteliy o'rtasidagi qism o'tish zonasi deyiladi. Ko'pchilik holatlarda bachadon bo'yni saratoni ana shu o'tish zonasidan kelib chiqadi. Ushbu zona ko'pincha tashqariga ko'rinmaydi. Aynan ushbu holat bachadon

bo'yni saratoniga surtma olish paytida e'tibor qilishni talab etadi. Bachadon bo'ynidan surtma olish jarayonida surtmani servikal kanalga kirishgacha bo'lgan sohadan olish kerak bo'ladi. Bu esa o'tkazilayotgan skrining tekshiruvlarini samaradorligini oshiribgina qolmasdan, servikal kanal sohasida joylashgan o'smalarni ham o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi.

Xavf omillari

Bachadon bo'yni saratoni uchun xavf omillari orasida jinsiy faoliyatning erta boshlanishi, jinsiy faollik, ayolning o'zi ham, erkak ham jinsiy sheriklarini tez-tez o'zgartirishi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, virusli infektsiyalar, ular orasida papillomavirus (HPV), chekish, immunitet tanqisligi, oral kontraseptivlar va boshqalar eng muhimdir.

Etiologiya

Bachadon bo'yni saratoni rivojlanishida ekzogen faktorlar muhim rol o'ynaydi. Bachadon bo'yni displaziyasi va saratoni rivojlanishida jinsiy partnyorlarning soni va 15 yoshdan oldin boshlangan jinsiy hayotning o'rni muhim ahamiyatga ega. Erta birinchi tug'ruq ham kasallik xavfini oshiradi. Ko'pgina rivojlanayotgan mamlakatlarda ushbu kasallikning ko'p qismi past ijtimoiy-iqtisodiy yashayotgan aholi qatlamlarida uchraydi. Chekish ham to'g'ridan to'g'ri bachadon bo'yni saratoniga sabab bo'lishi mumkin. Tamaki tarkibidagi nikotin kanserogen ta'sirga ega bo'lib, servikal bezlardagi viruslarni kanserogen ta'sirini kuchaytirishi mumkin. Bundan tashqari bachadon bo'yni saratoni rivojlanishida immun tanqislik holatlari va ko'plab o'tkazilgan abortlarning ham roli katta. Bachadon bo'yni saratoni rivojlanishida ayniqsa virusli nazariyaning o'rni beqiyos. Eng katta ahamiyatga ega bo'lgan viruslardan biri bu odam papilloma virusi hisoblanadi (asosan 16, 18, 31, 33, 45-tiplari, hamda Gerpes simplex II tip virusi). Bachadon bo'yni displaziyasi va saratoni orasidagi bog'liqlik odam papilloma virusi misolida o'z tasdig'ini topgan. Bundan tashqari odam papilloma virusi o'tkir uchli va yassi kandiloma, epiteliy ichi neoplaziyasi (CIN) va bachadon bo'yni invaziv karsinomasini rivojlanishida muhim rol o'ynaydi.

Epiteliy ichi neoplaziyalari - CIN 3ta bosqichga bo'linadi. CIN I - ko'p qavatli yassi epiteliyning yengil displaziyasi. CIN II – o'rta darajadagi displaziya va CIN III - ogir darajadagi displaziya, yoki Cancer in citu.

CIN I va II 60 foizgacha holatlarda o'z o'zidan regressiyaga uchrashi mumkin, 30 foiz holatlarda esa 3-5 yilda CINI II gacha yetishi, 60-70 foiz

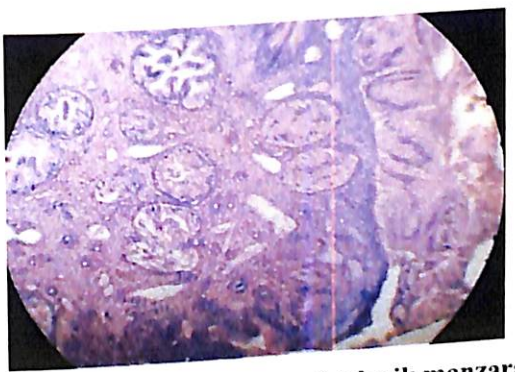
holatlarda 3 yil davomida invaziv bachadon bo'yni saratoniga o'tishi mumkin.

Morfologik tuzilishi bo'yicha bachadon bo'yni saratonini 80-90 foiz qismini yassi hujayrali saraton, 10-20 foiz qismini esa bezli saraton tashkil etadi.

Bachadon bo'ynini saraton oldi va fon kasalliklari.

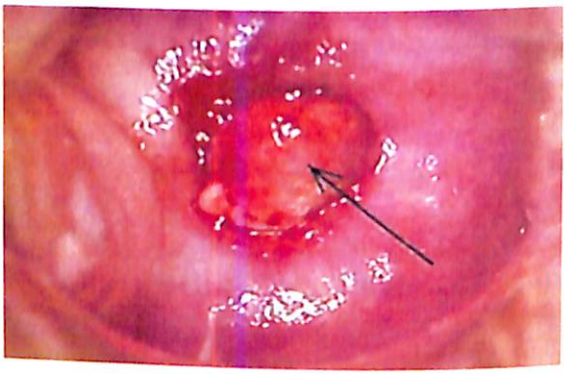
Fon kasalliklariga psevdoeroziyalar, poliplar, leykoplakiyalar, o'tkir uchli va yassi kandilomalar kiradi.

Psevdoeroziya (silindrik epiteliyning ektopiyasi) bachadon bo'ynini tashqi bo'gizi atrofida tug'magan ayollarda silindrik epiteliy bilan qoplangan. Psevdoeroziyalar bezli, so'rg'ichsimon va epidermizatsiyalanuvchi turlarga bo'linadi. Bezli psevdoeroziyalar uchun ektopiya sohasidagi bezlarning ko'payishi xarakterli. So'rg'ichli psevdoeroziyalar qoplovchi silindrik epiteliyning stromasi so'rg'ichsimon o'sishi bilan xarakterlanadi. Psevdoeroziyalar uzoq muddat saqlansa zahiradagi hujayralardan ektopiyalangan ko'p qavatli yassi epiteliy chegarasi bo'ylab epidermizatsiyalanadi va metaplastik epiteliy rivojlanadi. Psevdoeroziyalar to'liq epitelizatsiyalanganda ba'zan retension kistalar paydo bo'ladi. 60-65 foiz ayollarda tug'ruqdan keyin bachadon bo'ynida chandiqli deformatsiyalar rivojlanib, ektropiyalar paydo bo'ladi (Servikal kanal shilliq qavati bachadon bo'yni tashqi teshigiga chiqib qolishi). Psevdoeroziya va ektropion noto'liq epidermizatsiyalansa bu tugallanmagan transformatsiya zonasi, to'liq bo'lsa tugallangan transformatsiya zonasi deyiladi.



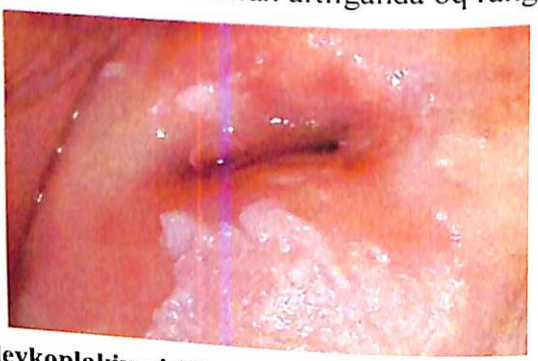
Bachadon bo'yni psevdoeroziyasining gistologik manzarasi ***(Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil Chisov)***

Bachadon bo'yni polipi – tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, oyoqchali, ba'zan esa keng asosli bo'ladi. Morfologik jihatidan polip biriktiruvchi to'qimali oyoqchaga ega bo'lib, ko'p qavatli yassi yoki silindrik epiteliy bilan qoplanadi, oyoqchasi tarkibida bezli yoki bez-kistozli tuzilmasi bo'ladi. Ko'proq 40 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi.



Bachadon bo'yni polipi ***(Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil Chisov)***

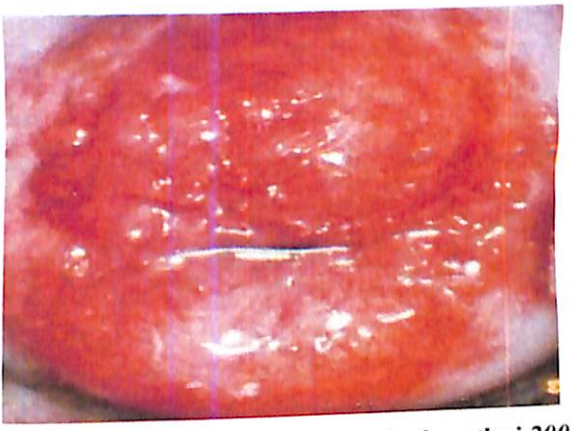
Leykoplakiya - ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parda va oq rangli pilakchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki sugalsimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangligicha qoladi.



Bachadon bo'yni leykoplakiyasi (*Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil Chisov*)

O'tkir uchli kandilomalar – ko'p qavatli yassi epiteliydan o'sgan o'tkir uchli, alohida shaffof so'rg'ichlarga ega, vorsinkali papillamatoz o'simta. Papillomalar tugallanmagan silindrsimon epiteliy fonida

transformatsiya zonasida ham joylashadigan va palma burmalari shaklini eslatadi.



O'tkir uchli kandilomalar *(Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil Chisov)*

Yassi kandilomalar – bachadon bo'ynida joylashib, shilliq qavat epiteliysi yuzasidan biroz ko'tarilgan oqimtir rangdagi, chegarasi notekis, ko'p qavatli yasi epiteliyning transformatsiya zonasida uchraydi. Bachadon bo'yni shilliq qavatiga 3 foizli sirka kislotasi tomizilganda yorqin oqimtir tusga kiradi. Shiller sinamasi o'tkazilganda yassi kandilomalar mozaikali sariq tus oladi.



Bachadon bo'yni yassi kandilomasi *(Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil Chisov)*

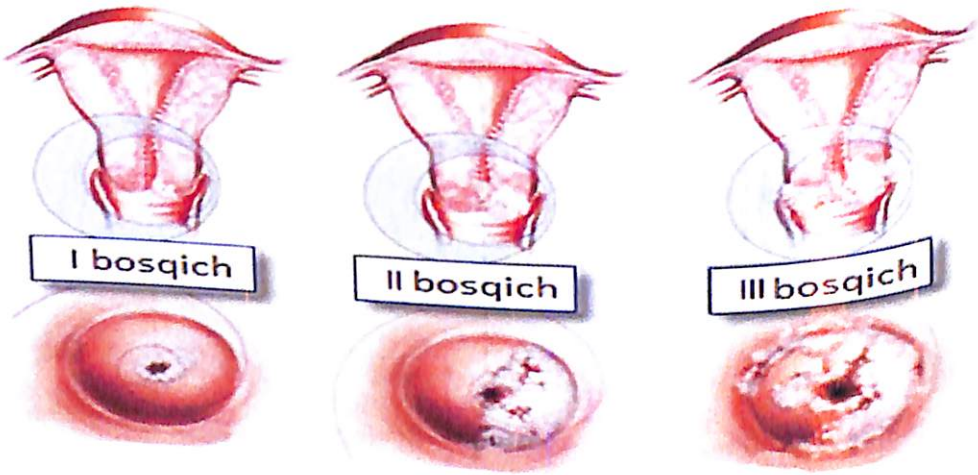
Bachadon bo'yni displaziyasi va preinvaziv saratoni.

Saraton oldi holatiga bachadon bo'yni displaziyalari kiradi va bu patologik holat asosida epitelial hujayralarning giperplaziyasi, proliferatsiyasi, differensirovkasi va yetilishining buzilishi yotadi (CIN).

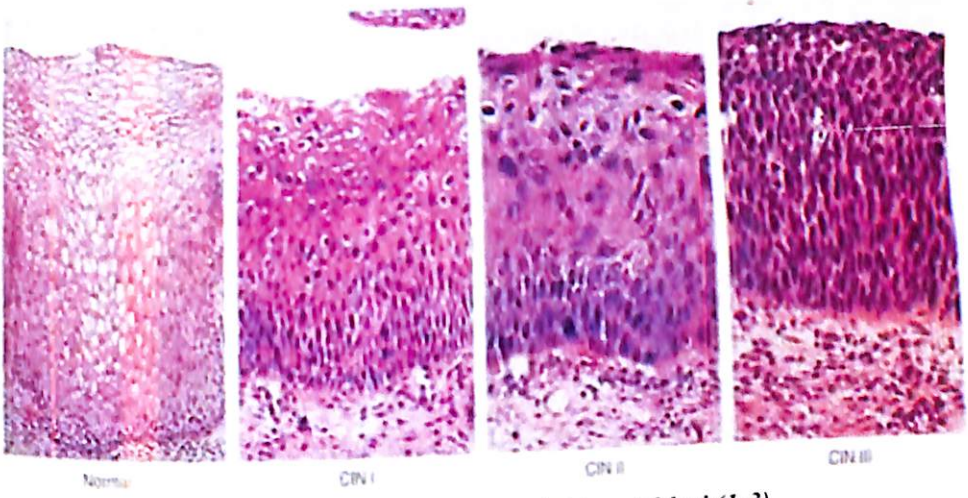
Kolposkopik tekshiruvda asosan atipik epiteliy ko'rinishida bo'ladi. Kolposkopiya bachadon bo'ynidagi shubhali o'choqlardan nishonli biopsiyalar olishda muhim ahamiyat kasb etadi. Displaziya tashxisi sitologik (onkositologik surtma) va gistologik (bachadon bo'ynidan biopsiya) ma'lumotlar xulosalariga asoslanib qo'yiladi. Epiteliy ichi (preinvaziv) bachadon bo'yni saratonida (CIN III) barcha epiteliy qoplami atipik hujayralar ko'rinishida bo'ladi, ammo chuqurdagi to'qimalarga invaziyasi aniqlanmaydi. Bachadon bo'yni displaziyalarni davolashda bemorning yoshi va displaziya bosqichiga ko'ra individual yondashiladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda a'zo saqlovchi muolaja usullari: bachadon bo'yni kriodestruksiyasi, lazerli vaporizatsiyasi, konizatsiya va elektroekstsiziyalari qo'llaniladi.

CIN bilan bachadonni olib tashlash uchun asos bo'luvchi boshqa turdagi ginekologik patologiya aniqlansa bachadon ekstirpatsiyasi bajariladi.

Displaziyalar davolangandan keyingi davrda kuzatuvga qo'yiladi va davriy bachadon bo'ynidan sitologik tekshirish uchun surtma olinadi, kolposkopik tekshiruvdan o'tkaziladi. Ko'rik CIN I da 6 oyda 1 marta, CIN II da esa 3 oyda 1 marta o'tkaziladi.



Bachadon bo'yni displaziyasi bosqichlari



Bachadon bo'yni displaziyalarini bosqichlari (1-3)

Bachadon bo'yni fon kasalliklari va displaziyasi diagnostikasi.

1) ko'zgularda tekshirish;
2) patologik uchastkalardan surtma olib sitologik tekshirish;
3) kengaytirilgan kolposkopiya;
4) maqsadli biopsiya;
5) PSR yordamida bachadon bo'yni qirindisini molekulyar–biologik tekshirish.

Sitologik tekshiruv hujayralardagi papillomavirusning o'zgarishini va bachadon bo'yni vizual o'zgarishlar paydo bo'lishidan oldin dastlabki bosqichlarini aniqlashga imkon beradi, bu esa rak oldi va bachadon bo'yni saratonini erta aniqlashga yordam beradi. 1928 yilda Xinselmann tomonidan kolposkopiya taklif qilingan. Usul binokulyar endoskop yordamida 3 foiz sirka kislotasi eritmasi bilan ishlov berilgandan so'ng serviks va vagina shilliq qavatining 15-25 baravar kattalashuvidagi tekshiruvdan iborat. Usul yuqori darajadagi ishonchlilikni rivojlanishdan oldingi va saraton kasalligidan farqlanishini va bachadon shilliq qavatining maqsadli biopsiya uchun eng o'zgargan qismini tanlash imkonini beradi. Servikal kanalda patologiyani aniqlash uchun servikoskopiya maqsadli biopsiya bilan amalga oshiriladi. Servikoskop bo'lmasa, diagnostikaning alternativ usuli bu Folkmann qoshig'i yoki kyuretka yordamida servikal kanalning diagnostik qirishdir. Polimeraza zanjiri reaksiyasi - bu HPV DNKni aniqlash uchun sezgir molekulyar biologik amplifikatsiya usuli. PSR dan foydalanib, biz

HPV infektsiyasining turli klinik va subklinik ko'rinishlar bilan o'zaro aloqasi, virusning yashirin shaklini aniqlash, shuningdek kasallikning o'ziga xos xavfini aniqlashni o'rnatishimiz mumkin.

Bachadon bo'yni fon kasalliklarini davolash.

Psevdoeroziya 22-23 yoshgacha bo'lgan deyarli har 4 ayolda uchraydi va mustaqil ravishda ko'p qavatli yassi epiteliy bilan epidermizatsiya qilinishi mumkin. Epitelizatsiya, konservativ kuchaytiruvchi davolash belgilari bo'lmasa, vitaminli terapiya o'tkazilishi mumkin. Hayz siklining buzilishida, kasalliklarning ikkinchi bosqichida progestogenlar bilan gormon o'rnini bosuvchi terapiya yoki siklik rejimida steroid kontraseptivlarni 3-6 oy davomida buyuriladi. Ijobiy ta'sir mavjud bo'lganda, gormonal terapiya ektopiyani to'liq epidermizatsiya boshlanishigacha davom ettirish tavsiya etiladi. Tug'magan ayollarda psevdoeroziyani davolashning asosiy usullari lazer terapiya, kriodestruksiya, diatermokoagulyasiyani o'z ichiga oladi. Bachadon bo'yni uchun solkovaginni qo'llash kamroq samaralidir. Koagulyasiyadan keyin epidermizatsiyani qayta kuzatish shart. Agar transformatsiya zonasida retentsion kistalari paydo bo'lsa, kistalarning diatermopunkturasini ichki epiteliy membranasining koagulyasiyasi bilan bajarish tavsiya etiladi. O'choqli subepitelial endometrioz boshlanganida, hayzdan keyin darhol endometrioid geterotopiyalari nuqtali koagulyasiyasi amalga oshiriladi. Bachadon bo'yni hayz ko'rish boshlanishidan oldin epitelizatsiya qiladi va endometriozning qaytalanishi kuzatilmaydi. Tuqqan ayollarda psevdoeroziya ektropion yoki bachadon bo'yni chuqur chandig'ida paydo bo'ladi. Bunda alternativ davolash usuli bachadon bo'yni lazer–konizatsiyasi yoki chuqur diatermokoagulyasiya bo'lib hisoblanadi. Bunday davolanish usullarini qo'llaganingizdan so'ng, bachadon bo'yni qo'pol chandig'i bo'lmaydi va bu keyingi tug'ruq jarayoniga ta'sir qilmaydi.

Bachadon bo'yni polipini burash orqali olib tashlash mumkin, shundan so'ng oyoqchasi koagulyatsiya qilinadi. Agar polip bachadon bo'ynining deformatsiyalangan chandiqli ektropion zonasida joylashgan bo'lsa, uni olib tashlaganidan keyin bo'yinni elektrokonizatsiya qilish tavsiya etiladi.

Leykoplakiyani ektropion zonasida joylashganida, elektrokoagulyatsiya, kriodestruktsiya va diatermokonizatsiya yordamida olib tashlash mumkin. Bachadon bo'yni psevdoeroziyasi, polip va leykoplakiyani davolashdan oldin papillomavirus infeksiyasini istisno qilish kerak. PVI ning latent yoki subklinik shakli bo'lsa (PSR bo'yicha HPV

DNKni aniqlash) jarrohlik usulini qo'llashdan oldin va distruktsiya o'chog'ining epitelizatsiyasidan keyin, yosh regenerativ epiteliydagi displaziya xavfini kamaytirish maqsadida virusga qarshi davolanish tavsiya etiladi.

Bachadon bo'yni genital va yassi kandilomalarini davolashda quyidagi usullar taklif etiladi:

- interferon dorilaridan mahalliy foydalanish (1 million ed viferon shamchalari; davolash kursiga 10-15 ta, interferon-alfa-2, 3000000 ed bitta kursga 15 ta);
- mahalliy immunitetni oshiruvchi dorilar (imikvimod);
- lokal kimyoterapevtik davolash (1 foiz podofillin malhami, bachadon bo'yni uchun 0,5 foiz etoposid malhami; 10-15 seans);
- koilotsitoz yoki HPV yo'qolguncha prezervativdan foydalanish.

Virusga qarshi va immunokorrektiv davolashni o'tkazgandan so'ng uning fonida distruktiv usullarni (lazer koagulyatsiyasi, diatermokoagulyatsiya, elektrokonizatsiya) qo'llash mumkin.

Bachadon bo'yni displaziyasini davolashda ko'plab omillarni hisobga olish kerak. Displaziya ko'pincha bachadon bo'ynining qin qismida joylashgan papillomavirus infeksiyasi bilan bog'liq bo'lib, papillomavirus va gerpes virusi infeksiyasining klinik va subklinik ko'rinishlari bilan birlashadi. Bachadon bo'ynining qin qismi keng zararlangan bo'lsa, invaziv usullardan oldin (0,5 foizli podofillin malhami, 5 foizli ftorouratsil malhami, 0,5 foizli etopozid malhami bilan) mahalliy kimyoterapevtik davolash tavsiya etiladi. Rak oldi kasalliklari bachadon bo'yni raki rivojlanishida katta ahamiyatga ega.

Bachadon bo'yni raki

Bachadon bo'yni raki bachadon bo'ynining qin qismidagi yassi, ko'p qavatli epiteliydan hamda bachadon bo'yni kanalidagi bezsimon epiteliydan rivojlanadi. Yassi hujayrali rak 94-95 foiz, bezsimon rak 4-6 foiz bemorlarda aniqlanadi. Bachadon bo'yni saratoni-rivojlanib boruvchi kasallik. Dastlab hujayra ichida boshlanib, 10 yillar davomida va undan ortiq vaqtdan keyin invaziv saratonga aylanishidan kelib chiqadi. Bachadon bo'yni raki rivojlanishi, yosh hamda yoshi katta ayollarda bir xil uchraydi. Yosh ayollarda bachadon bo'yni raki metaplaziya bilan bog'liq bo'lgan, uzoq muddat davom etgan patologik proliferatsiya fonida rivojlanadi. Bu jarayon atipik zona hosil bo'lishi va tomirlarining atipiyasi bilan kuzatiladi.

Buni kolposkopik tekshiruvda aniqlanadi. Yoshi katta ayollarda proliferativ jarayon va metaplaziya kam ifodalanib, rak chin eroziya, har xil shakldagi yaralar ko'rinishida paydo bo'ladi. Rakning boshlang'ich shakllarini (epitelial karsinoma, mikrokarsinoma) aniqlash, rakning oxirgi bosqichlariga qarshi kurashishda katta ahamiyatga ega. Bachadon bo'yni raki boshlang'ich shakllarining klinik manzarasi nospetsifik bo'ladi. Ko'pincha bachadon bo'yni raki tug'uvchi yoshdagi, 40 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Tug'magan va jinsiy hayotda yashamaydigan ayollar kam kasallanadi.

Preinvaziv rak - bachadon bo'yin qoplovchi epiteliysini patologiyasi bo'lib, uni hamma qavatlarida qavatma-qavatligi, polyarligi yo'qolganligi, rakning gistologik belgilari bo'ladi, lekin uning tagidagi stroma qavatiga invaziv o'tmaydi. Xuddi displaziya kabi preinvaziv rak ham maxsus kolposkopik ko'rinishga va patanatomik klinik belgiga ega emas. Kolposkopik tekshirishlar natijasi 90 foiz preinvaziv rak bilan kasalangan bemorlarda kasallik jarayoni transformatsiya bo'lagida paydo bo'ladi. Displaziya va preinvaziv rakni kompleks diagnostikasi va radikal davolash bachadon bo'yni invaziv rakini rivojlanishini oldini oladi.

Preinvaziv rakni davolash to hozirgacha xuddi invaziv rakni radikal davolashdek olib boriladi. Preinvaziv rakka shubxa qilinganda kolpogistologik tekshirish o'tkazilgandan keyin konussimon elektroekstsiziya qilish mumkin. Agar olib tashlangan «konus»da invaziya bo'lmasa radikal prinsipga asosan hayz sikli saqlanadi, ba'zi bemorlarda bola ko'rish funksiyasi ham saqlanadi. Agar invaziya 3 mmdan ko'p bo'lsa keyinchalik radikal operatsiya shuningdek gamma nur terapiya o'tkazish mumkin.

Mikroinvaziv rak – invaziv rakning boshlanish bosqichi hisoblanadi. Hozirgi paytgacha o'smaning kritik hajmi yoki boshlang'ich bosqichi hajmi deb diametri 1 sm gacha bo'lgan o'sma tushiniladi. Lekin kengaytirilgan bachadon va uning ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi va limfadenektomiyalarda limfatik tugunlarga bergan metastazlar uchrash tezligi 12 foizni tashkil qilgan. Yuqoridagi ma'lumotlar va ko'p sonli tekshirishlarga asoslanib mikroinvaziv rakni stromaga invaziya (chuqurlik) darajasining chuqurligi 3 mmni tashkil qiladi, limfa tugunlariga metastaz bermagan holatda. Shuning uchun mikroinvaziv rak – o'smaning nisbatan kompensirlangan va kam agressiv shakli bo'lib, bu uni preinvaziv rak bilan yaqinlashtiradi. Bachadon bo'yni invaziv raki klinikasi erta bosqichlarida simptomsiz bo'lib kasallikni

bu davrida faqat aktiv tekshirish va endoskopik (kolposkopiya) hamda sitologik tekshirish usullarini qo'llash bilan aniqlash mumkin. Ko'pincha adabiyotlarda «erta» simptomlar – kontakt qon ketish, yopishqoq hidli oqchil ajralma va b.q. erta simptomlar hisoblanmaydi, va o'sma ma'lum darajada tarqalgandan so'ng paydo bo'ladi. Suyuq suvli ajralmalarni paydo bo'lishi invaziv o'sishdagi limfa qatlamlari va tomirlarning subepitelial turining buzilishidan paydo bo'ladi. Bu simptom ayniqsa jinsiy hayotdagi ayollar uchun yallig'lanish jarayoni sifatida qabul qilinib, ularni vrachga murojaat qilish uchun turtki hisoblanmaydi. Klinik ifodalangan va tarqalgan bachadon bo'yni raki simptomlari spetsifik bo'lib bu tashxis qo'yish uchun qiyinchilik tug'dirmaydi. Bunda asosiy simptom turli intensiv xarakterdagi (kontakt, o'z - o'zidan) qonli ajralma kelishi hisoblanadi. O'sma parchalanganda va ikkilamchi infeksiya qo'shilganda ajralma yiringli va badbo'y hidli bo'ladi. Og'riq paydo bo'lish jarayonining bachadon atrofidagi kletchatkaga tarqalishi va dumg'aza chigalini bosilishidan ko'pincha yopqich nervi zararlanishidan, endotservikal shaklida bachadon bo'yni kanalining stenozi va stenozni yuqori qismida ajralmalar to'planishi natijasida xurujsimon og'riq kuzatiladi. Chanoq venalarini o'sma infiltrati bilan bosilishi vena va limfa oqimining buzilishiga va oyoqlarning shishishiga olib keladi, siydik yo'lini metastatik (o'sma) limfa tugunlari bilan bosilishi uretrogidronefroz va buyrak yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi. Dizuriya, gematuriya, ich ketish, axlatda qon paydo bo'lish jarayonini qo'shni organlarga o'tishidan darak beradi.

Klinik kechish xususiyatlari

Bachadon bo'yni invaziv rakini rivojlanishiga displaziya va prenvaziv rak xolatlari turtki bo'ladi. Displaziya va preinvaziv rak bilan og'rigan bemorlarni o'rtacha yoshi invaziv rakka nisbatan 10 yosh kichik bo'lganini inobatga olgan holda, invaziyagacha uzoq latent davri borligi haqida o'ylash mumkin. Lekin shuni hisobga olish kerakki, invaziv rak displaziya muhitida rivojlanmaydi. Lekin invaziv rak ko'pincha prenvaziv rakdan so'ng paydo bo'ladi. Yengil va qisman displaziya stabil emas, ular ko'pincha regressiyalanadi yoki yaqqol ifodalangan patologik holatga o'tadi. Og'ir displaziya va preinvaziv rak invaziv rakka o'tishi uchun latent davri o'rtacha davomiyligi 2-12 yilni tashkil etadi. O'smaning klinik kechishida uning gistologik tuzilishi ma'lum ahamiyatga ega. Ko'p uchraydigan gistologik varianti yassi hujayrali rak hisoblanadi (86 – 92 foiz), kamroq bezli (5-9

foiz), va differensiyallashmagan (5-5 foiz), bezli va differensiyallashmagan rakda agressiv kechish va erta limfogen metastazlar berish hususiyatiga ega. O'smani joylashishi ayrim paytda o'smaning gistologik tuzilishi bilan bogliq, bezli rak ko'pincha bachadon bo'yni kanalida o'sadi, yassi hujayrali rak esa ektoservikal sohasidan o'sadi.

Bachadon bo'yni raki rivojlanishiga moyillik qiluvchi omillar – hozirgi ma'lumotlarga ko'ra bachadon bo'yin raki rivojlanishiga seksual hayotning ayrim hususiyatlari bilan bog'liq bir qator ekzogen faktorlar moyillik qiladi. Ular quydagilar:

1. Erta jinsiy hayot boshlanishi (16 yoshgacha)
2. Erta birinchi homiladorlik (18 yoshgacha)
3. Noto'g'ri jinsiy hayot
4. O'tkazilgan venerik kasalliklar
5. Surunkali trixomanoz
6. Virusli infeksiya
7. Past darajali ijtimoiy - iqtisodiy hayot tarzi. Dastlab rak simptomsiz kechadi. Eng dastlabki erta belgisi kontakt vaqtidagi qonli ajralma va oqchil ajralma hisoblanadi. Ajralmalar dastlab suvsimon xarakterda, keyinchalik esa qon aralash keladi. Tashqi ko'rinishi go'sht yuvindisiga o'xshash, chirigan hidli bo'ladi. Jinsiy aloqada, ginekologik ko'zgu va tampon tekkizilganda, defekatsiyada, jismoniy zo'riqishda, yo'talganda, kuchanganda, og'ir yuk ko'targanda qonli ajralmalar kelishi mumkin. O'smaning nekrozlanishi va limfatik tomirlarning yemirilishi natijasida ajralmalar keladi. Rak jarayoni keng tarqalganda og'riq sindromi kuzatiladi. Sababi rak infiltratlari nerv tugunlarining ezilishiga olib keladi.

Keyinchalik mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoniga aylanadi. O'smani bachadon bog'lamlariga, qinga, bachadon tanasiga o'sishi, keyinchalik siydik qopi va to'gri ichakka o'sishi, jarayonning o'sishda davom etganligini bildiradi. Bu bosqichda jinsiy yo'llardan ko'p miqdorda qonli va suvli (limforeya) ajralmalar kelishi jarayonning bachadon bo'ynida joylashganligini bildiradi. Keyinchalik o'sma parametral klechatka va chanoq devorlariga – dumg'aza, bel, chanoq - son sohasiga tarqaladi. Jarayon rivojlanishi bilan dizurik va defekatsiya buzilishi belgilari kuzatiladi. Siydik nayining ezilishi gidrouretrit va gidronefroz rivojlanishiga olib keladi. Jarayonga siydik pufagi qo'shilishi uning shilliq qavatida dastlab shish, keyinchalik nekroz va oqma hosil bo'lishi bilan kuzatiladi. Eng ko'p uchraydigan asorati siydik chiqarish yo'llari infektsiyasi bo'lib

hisoblanadi. To'g'ri ichak zararlanganda esa rektovaginal oqmalar rivojlanishiga olib keladi. Bemorlarning umumiy ahvoli uzoq muddat qoniqarli bo'ladi. Kasallikning o'rtacha davomiyligi davolanmasa 2 yilga yaqin. Bemorlar uremiya, peritonit, sepsis, kaxeksiya va qon ketishidan nobud bo'ladilar.

Tasniflash qoidalari:

Quyida keltirilgan tasnif faqat birlamchi bachadon bo'yni saratoni uchun qo'llaniladi. Har bir holat uchun tashxis gistologik tasdiqlangan bo'lishi lozim.

BBRning bosqichlar bo'yicha(FIGO, 2019) va o'sma jarayonining tarqalganligi (TNM, 2016) bo'yicha tasnifi

TNM	*FIGO*	TAVSIF
Tx	-	Birlamchi o'smani baxolash uchun ma'lumotlar yetarli emas.
T0	-	Biramchi o'sma aniqlanmaydi.
Tis	0	Preinvaziv karsinoma (Cance in situ)
TI	I	Bachadon bo'yni saratoni, bachadon bilan chegaralangan (tanasiga tarqalmagan)
T1a	IA	Invaziv karsinoma, faqat mikroskopik aniqlanadi. O'sma yuzaki joylashsada, makroskopik invaziyasi aniqlansa T1B/ 1V bosqich hisoblanadi.
T1a1	IA1	O'smani stromaga invaziyasi 3 mm dan katta emas, gorizontal o'lchami 7 mm dan katta emas.
T1a2	IA2	O'smani stromaga invaziyasi 3 mm dan katta, lekin 5 mm ga yetmagan, gorizontal o'lchami 7 mm dan katta emas.
TIb	IB	Klinik jihatdan ko'rinib turgan o'sma, bachadon bo'yni bilan chegaralangan, yoki mikroskopik jihatdan T1a2/IIA2 dan katta o'sma. O'smaning invaziya chuqurligi 5mm dan ko'p.
TIb1	IB1	Klinik jihatdan 4 sm gacha bo'lgan o'sma.
T1b2	IB2	Klinik jihatdan 4 smdan kata bo'lgan o'sma.
T2	II	

		O‘sma bachadon bo‘ynida tarqalgan, ammo chanoq devori va qin pastki uchligiga o‘sib o‘tmagan.
T2a	IIA	Parametriyda infiltratsiya aniqlanmaydi
T2a	IIB	Parametriyda infiltratsiya aniqlanadi, lekin kichik chanoq devoriga o‘tmagan.
T3	III	Bachadon bo‘yni saratoni chanoq devorlariga tarqalgan yoki qin pastki uchligiga o‘sgan yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrak rivojlanishiga olib kelgan.
T3a	IIIA	O‘sma qin pastki uchligini zararlagan, ammo chanoq devorlariga tarqalmagan.
T3b	IIIB	O‘sma chanoq devorlariga tarqalgan yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrak rivojlanishiga olib kelgan.
T4	IVA	O‘sma siydik qopi yoki to‘g‘ri ichak shilliq qavatiga tarqalgan, yoki chanoq bo‘shlig‘ida tarqalgan.
N1	IVB	Regionar limfa tugunlarda metastazlar aniqlanadi.
M1	IVB	Uzoqlashgan metastazlar aniqlanadi.

Eslatma: *Bullyoz shish bo‘lsa T4 tasnif uchun etarli emas. Tashxis biopsiya bilan tasdiqlanishi lozim.*

Anatomik sohalar

1. Bachadon bo‘yni
2. Bachadon bo‘ynining tashqi qismi.
3. Regionar limfa tugunlari
    1. Bachadon bo‘yni atrofi limfa tugunlari.
    2. Parametral soha limfa tugunlari.
    3. Ichki yonbosh sohasi limfa tugunlari, jumladan yopqich sohasi limfa tugunlari.
    4. Tashqi yonbosh sohasi limfa tugunlari.
    5. Umumiy yonbosh sohasi limfa tugunlari.
    6. Dumg‘aza oldi sohasi limfa tugunlari.
    7. Dumg‘aza lateral qismi limfa tugunlari.

TNM bo‘yicha klinik tasnif

T - birlamchi o‘sma N - regionar limfa tugunlar

M - o'zoqlashgan metastazlar.
Nx - regionar limfa tugunlar holatini baholash imkoni yo'q.
N0 - regionar limfa tugunlarda metastazlar aniqlanmaydi.
N1 - regionar limfa tugunlarda metastazlar aniqlanadi.
Mx - Uzoqlashgan metastazlarni aniqlash uchun ma'lumotlar etarli emas.
M0 – Uzoqlashgan metastazlar aniqlanmaydi.
M1 – Uzoqlashgan metastazlar aniqlanadi. **Patologik tasnif**
pTNM pT, pN, pT kategoriyalar TNM kategoriya bilan mos keladi.

N ko'rsatgichini patomorfologik baholash maqsadida o'nlab chanoq regionar limfa tugunlarini olib tashlash lozim. Hozirgi vaqtda oz miqdordagi limfa tugunlarining biopsiya namunalarini patomorfologik tekshirishda xarakterli to'qima o'zgarishlarining yo'qligi ushbu bosqichni tasdiqlashga imkon beradi.

G - gistopatologik differensirovka
Gx - differensirovka darajasini aniqlash imkoni yo'q.
G1 - yuqori darajada differensiallashgan.
G2 - o'rta darajada differensiallashgan.
G3 - past darajada differensiallashgan.

Metastazlanishi

Bachadon bo'yni saratonini metastazlanishi 3 ta asosiy yo'nalish bilan boradi: qinga, bachadon tanasiga va parametriyga. Bachadon bo'yni saratoni uchun limfogen metastazlanish xarakterli. Gematogen metastazlanishi katta hajmdagi, tarqalgan o'smalarda o'pkaga, jigarga, suyakka va kam holatlarda boshqa a'zaolarda uchrashi mumkin.

Bachadon bo'yni rakiga limfogen metastazlanishi xos. Birinchi bosqichda tashqi - ichki yonbosh va yopqich limfa tugunlariga metastaz beradi. Keyinchalik jarayonga umumiy yopqich limfa tugunlari (II bosqich) va paraaortal limfa tugunlari (III bosqich) qo'shiladi. Chov soxasi limfa tugunlariga metastazalar retrograd hisoblanadi va yonbosh limfa kollektorlarining yopilishidan kelib chiqadi. Rakni klinik kechishida limfogen metastazlanish ko'p qirrali ahamiyatga ega: regionar metastazlarni o'sishi o'z – o'zidan ko'pincha qaytmas va hayot bilan to'g'ri kelmaydigan buzilishlarga olib keladi. Bundan tashqari chanoq limfa tugunlari va asosan paraaortal limfa tugunlarini shikastlanish jarayoni mahalliy tarqalishidan uzoq metastazga o'tishiga sharoit yaratadi. Bachadon bo'yni rakida

gematogen metastazlanish uzoq vaqtda paydo bo'ladi, ular o'pka, jigar, chanoq suyaklari va umurtqa pog'onasida joylanadi.

Bachadon bo'yni raki bosqichlar bo'yicha tasnifi.

0 bosqich preinvaziv rak

1a bosqich o'sma bachadon bo'yni bilan chegaralangan, stromaga 3 mmgacha invaziyasi bilan (o'sma diametri 1 smdan oshmasligi kerak) – mikroinvaziv rak.

1b bosqich o'sma bachadon bo'yni bilan chegaralangan invaziya chuqurligi 3 mmdan yuqori.

2a bosqich rak qinga infiltratsiyalanadi lekin uning pastki uchligiga o'tmaydi yoki bachadon tanasiga tarqaladi.

2b bosqich rak parametriyga infiltratsiyalanadi bir tomonlama yoki ikki tomonlama, ammo chanoq devoriga o'tmaydi.

3a bosqich rak qinning pastki uchligiga infiltratsiyalanadi va bachadon ortig'iga metastazlar beradi, rengionar metastazlar yo'q.

3b bosqich rak parametriyga bir tomonlama yoki ikki tomonlama chanoq devorigacha infiltratsiyalanadi va chanoq limfa tugunlariga regionar metastaz beradi yoki gidronefroz va siydik yo'li stenozi tufayli buyrak funksiyasini buzilishiga olib keladi.

4a bosqich rak siydik pufagiga yoki to'g'ri ichakka o'sadi.

4b chanoqdan tashqari metastazlanishlar bilan aniqlanadi.

Bachadon bo'yin rakining TNM *sistemasi bo'yicha xalqaro tasnifi.*

T - birlamchi o'sma

T_0- preinvaziv rak

T_1 - rak, bachadon bo'yni bilan chegaralanadi. T_{1a} mikroinvaziv karsionoma (3 mm gacha invaziya)

T_{1b} invaziv karsinoma.

T_2 bachadon bo'ynidan tashqariga tarqalgan, lekin chanoq devoriga o'tmagan. Qin devorini yuqori va o'rta qismini egallagan, lekin pastki qismiga o'tmagan, bachadon tanasiga o'tgan.

T_{2a} rak faqat qinga yoki bachadon tanasiga infiltratsiyalashgan, parametriyga o'tmagan.

T_{2b} rak parametriyga infiltratsiyalangan.

T_3 rak qinni pastki uchligiga va yoki parametiriyga to chanoq devorigacha infiltratsiyalangan. O'sma va chanoq devori orasida erkin bo'shliq yo'q.

T_{3a} o'sma qinni pastki uchligiga infiltratsiyalangan.

T_{3b} - o'sma chanoq devoriga tarqalgan va gidronefroz yoki buyrak funksiyasini buzilishi, siydik yo'lining o'sma bilan bosilishidan yuzaga keladi.

T_4 rak kichik chanoq chegarasidan chiqqan yoki to'g'ri ichak va siydik pufagi shilliq qavatiga infiltratsiyalangan.

N regionar limfa tugunlari.

N_0 regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmaydi.

N_1 regionar limfa tugunlarida metastaz aniqlanadi.

N_2 chanoq devorida qattiq fiksatsiyalangan va o'sma bilan chanoq devori orasida erkin bo'shliq borligi palpator aniqlanadi.

N_x regionar – limfa tugunlari aniqlash imkoni yo'q.

M - uzoq metastaz

M_0 - uzoq metastaz belgilari yo'q

M_1 - uzoq metastazlar bor

M_x - uzoq metastazlarni aniqlash imkoni yo'q.

Diagnostika.

Bachadon bo'yni rakini ilk bosqichlarida (gistologik) sitologik va endoskopik tekshirish usullari to'g'ri tashxis qo'yish uchun barcha xollarda ishlab chiqilgan. Umumiy ginekologik ko'rik jarayonini mavjudligi uni tarqalish darajasi qin devori va gumbaz paramitral holatini baxolash imkonini beradi. Sitologik tekshirish yuqori ma'lumotli usul bo'lib, bachadon bo'yni epiteliy holatini baxolash imkonini beradi. Onkologiyada tekshirish uchun material endotservikal shpatel bilan qirib olish va Romanovskiy - Gimza usuli bilan bo'yab preparat tayorlanadi. Sitologik tekshirish natijalari barcha davlatlarda qo'laniladi. 5 ballik shkalada tasniflanadi. (1943 y).

1 Atipik hujayralar yo'qligi

2 Atipik hujayralarni xavflilik belgisini yo'qligi

3 Rakka shubha qilish

4 Rakning ayrim belgilari borligi

5 Rak

Ammo bu tizim faqat rakni aniqlashga yo'naltirilgan bo'lib, yo'ldosh va fon patologiyasini to'liq inkor etadi. Shuning uchun sitologik tashxis aniqlangan patologiyaga bog'liq holda shakllanadi. Sitologik usul yuqori ma'lumotli usul bo'lgani bilan yolg'on musbat va yolg'on manfiy xarakterdagi xatolarga yo'l qo'yish mumkun. Shuning uchun davolashni to

gistologik tasdiqlanilgan tashxis qo'ymaguncha boshlamaslik kerak. Buni kolposkopik, kolpomikroskopiya usullari va kompleks tekshirish usullari bilan jarayon joyini aniqlagandan so'ng amalga oshirish mumkun.

Kolposkopiya – bu bachadon bo'yni qin qismi bo'yin kanali pastki uchligi tomonidan taklif etilgan kattalashtirib ko'rish usuli bo'lib, yuqori darajada yaxshi sifatli o'zgarishlarni rak o'zgarishlaridan farqlash imkonini beradi. Bu usul va kolposkopik semiotika maxsus adabiyotlar, atlaslarda yozilgan bo'lib, bu qo'llanmalar chegarasidan chiqmaydi. Shuni aytish kerakki, rak va rak oldi kasaliklariga to'g'ri tashxis qo'yish uchun kengaytirilgan kolposkopiya (bachadon bo'yin 3 % li sirka kislota bilan ishlov berish va rangli sinamalar qo'llash (Shiller sinamasi, tetrozal sinamasi) o'tkazish lozim. Sitologiyada aniqlangan o'zgarishlarni kolposkopiya orqali shu jarayon topografiyasini aniqlash mumkun. Shuningdek bu usul nishonli biopsiya uchun qulay hisoblanadi. Kolpomikroskopiya 1963 yil taklif etilgan bo'lib bachadon bo'yni shiliq qavatining hayotiy gistologik tekshirishdan oldin bachadon bo'yni akridin bo'yoqlari bilan bo'yaladi. Epiteliy 170 marta kattalanishtirib ko'riladi. Kolpomikroskopiya chuqur diagnostikada ko'p malumotli usul hisoblanadi, lekin erta diagnostik usul bo'la olmaydi.

Gisterotservikografiya – suvda eriydigan kontrast modda qo'llab olinadigan usul hisoblanadi. Suratlardagi kontrast moddani bo'yin ichi rak lokalizatsiyasini shuningdek, jarayonni endometriyga o'tishini aniqlash mumkin. Gisterotservikografiya maqsadli kyuretaj o'tkazish imkonini beradi. Bo'yin kanalidan qirindi va biopsiya olish keyinchalik gistologik tekshirish diagnostikaning hal qiluvchi usullari hisoblanadi. Yolg'on manfiy xatolarga yo'l qo'ymaslik uchun biopsiya bir tomonli bo'lishi kerak. Buni kolposkopiya va rangli sinamalar nazoratida o'tkazish kerak. Bu uchun pichokli biopsiya, konxotomli biopsiya, konus shaklida keng elektrokesish qo'llaniladi. Gistologik tekshirish pog'onali kesimlar va shikastlangan invaziya sohalarining mikrametriyasi tartibida o'tkazish kerak. Tomir ichi urografiyasi, rektoromonoskopiya, sistoskopiya va limfografiya jarayonining tarqalish darajasi va davo usulini tanlash uchun qo'llaniladi.

Differensial diagnostika – fon kasalliklari bilan o'tkaziladi, ishonchli omil bo'lib sitologik va kolposkopik usullarni kompleks tarzda qo'llash hisoblanadi. Murakkab hollarda biopsiya materialini gistologik tekshirish to'g'ri diagnoz qo'yishga yordam beradi.

Bachadon bo'yni sili – Gematogen silni kam uchraydigan turi. (Tuberkulin sinamasi) yara yuzaki yassi pilakcha shaklida bo'lib sariq yoki kulrang karash bilan qoplangan, chetlari yemirilgan, asosi sal infiltratsiyalangan, chetlari oqimtir tugunchalar aniqlanadi. Ba'zan bachadon bo'yni sili surg'ichsimon o'simtalar shaklida bo'ladi. Diagnostikasi biopsiya, o'pka rentgenografiyasi va tuberkulin sinamasiga asoslanadi.

Qattik shankr – zaxm bilan kasallanish kamayganligi sababli juda kam uchraydi. Ko'p uchraydigan joyi qinning yon devori va vulva sohasi. Bachadon bo'ynida joylashuvi juda kam uchraydi. Biopsiyani gistologik va serologik tekshirish amaliy diagnostika mezoni hisoblanadi. Bachadon bo'yni endotservikal rakini bo'yin kanali polipozi va endotservitsitdan farqlash kerak. Sitogenetik tekshirish gisterotservikografiya ma'lumotlari va bo'yin kanalidan olingan qirindini gistologik tekshirib to'g'ri diagnoz qo'yiladi. Zamonaviy onkoginekologiyada bemorlarni ikki bosqichli tekshirish tizimi mavjud. Birinchi bosqichda skrining - birlamchi aniqlash amalga oshiriladi, ikkinchisida - reproduktiv tizimda rak oldi va rakka shubha bo'lgan holatlarda chuqurlashtirilgan diagnostika usuli qo'llaniladi.

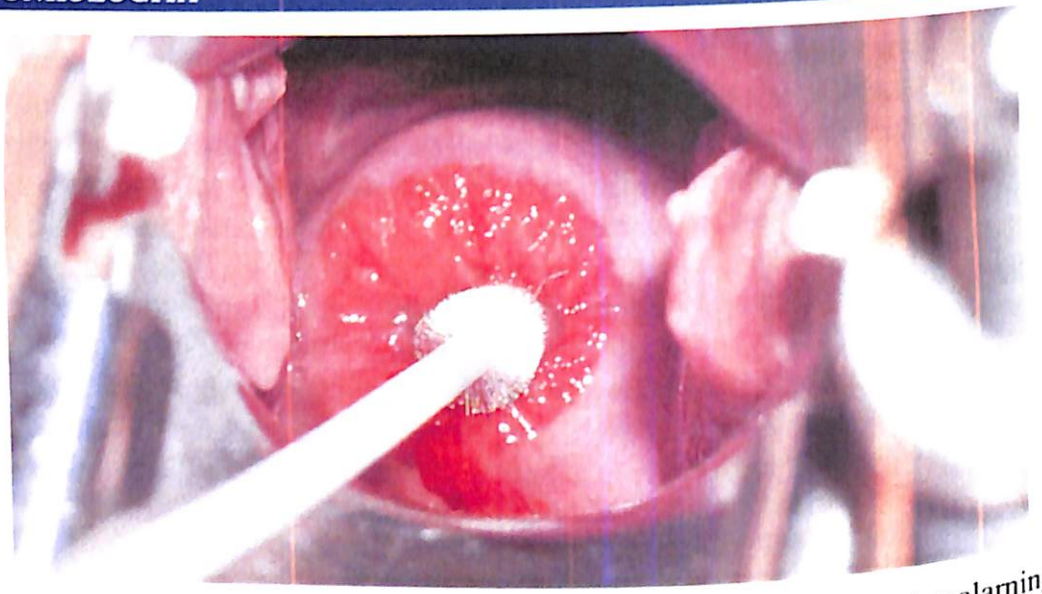
Skrining maqsadi:

1) bachadon bo'yni saratoni uchun xavf guruhlarini aniqlash;
2) bachadon bo'yni rak oldi patologiyasi bo'lgan ayollar kontingentini aniqlash;
3) ayollarni chuqur tekshiruvning ikkinchi bosqichiga yuborish.

Skrining bosqichida anamnez yig'iladi, umumiy tekshiruv, sut bezlarini tekshiruvi, tashqi jinsiy a'zolar, ko'zguda qin va bachadon bo'yni tekshiruvi, bachadon bo'yni yuzasi va bachadon bo'yni kanalidan (transformatsiya zonasidan) olingan surtmaning sitologik tekshiruvi, bimanual rektovaginal tekshiruv o'tkaziladi.

Anamnez. Anamnez yig'ishda kasallikka olib keluvchi omillarga alohida e'tibor berish kerak. Ko'rik oynasi yordamida bachadon bo'ynini ko'rish. Qin orqali ko'rik jarayonida qon ketishga yo'l qo'ymasdan ehtiyotkorlik bilan ko'rish kerak. Vizual ko'rikda aniqlanmagan saraton oldi holatlari (displaziyalar) va bachadon bo'yni boshlang'ich saratoni sitologik tekshiruvda aniqlanishi mumkin.

Shunga o'xshash tasnifni hisobga olgan holda sitologik xulosa tuziladi.



Tasniflar Papanikolay (1947), V.A. Pokrovskiy (1970), o'smalarning besh turini tavsiflaydi:

I - o'zgarishsiz sitogramma, II - yallig'lanishga xos surtma turi, III - displaziyaga xos hujayralardagi morfologik o'zgarishlar, IV - saraton kasalligiga shubha, V - saraton sitogrammasi. Klinik va sitologik ma'lumotlarga asoslan IB, ayollar chuqurroq tekshiruvdan o'tish uchun tanlanadi.

Chuqurlashtirilgan diagnostika vazifalari:

1) kasallikning bosqichini aniqlash;

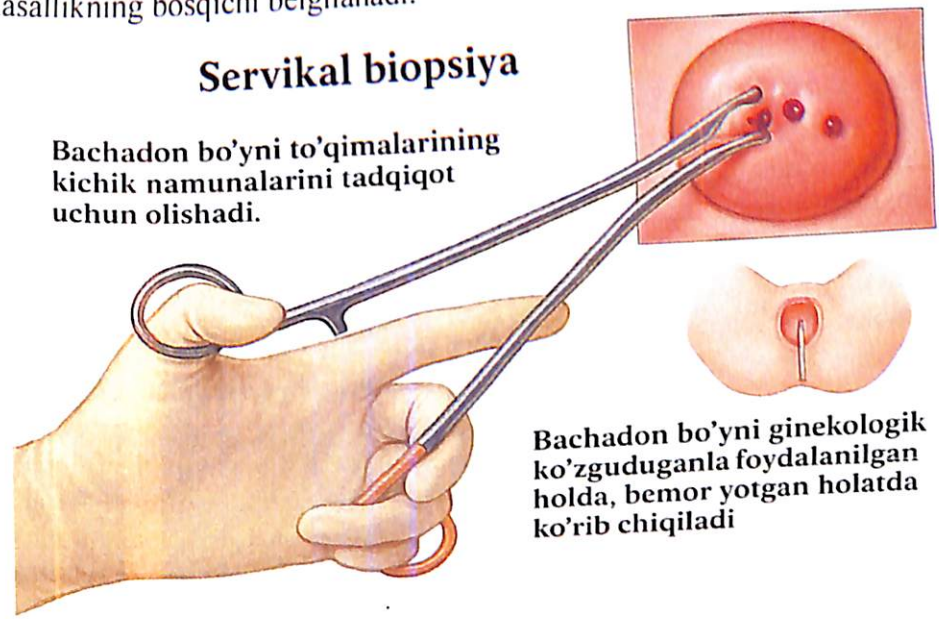
2) o'simta jarayonining mahalliy tarqalishini aniqlash;

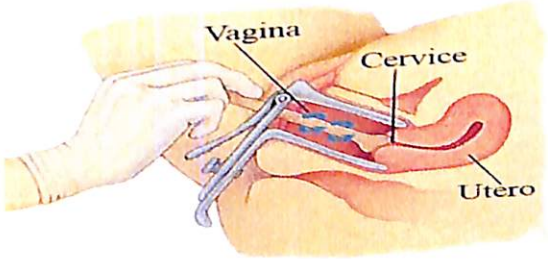
3) uzoq metastazlarni aniqlash;

4) organlar va tizimlarning funktsional holatini baholash.

Qo'shimcha tekshirishlardan kolposkopiya va maqsadli biopsiya bilan gistologik tekshiriladi. Buning uchun patologik o'choqdan konxotom, skalpel, elektr ilmoq yordamida bioptant olinadi va servikal kanaldan Folkman qoshig'i, kyuretka bilan qirindi olinadi. Servikal kanaldan olingan diagnostik qirindi, konizatsiya qilingan bachadon bo'yni to'qimasi materiali ham gistologik tekshiriladi. Gistologik tasdiqlangandan so'ng jarayonning tarqalganlik darajasiga ko'ra bosqichi aniqlanadi. Ko'zgularda tekshirish, chanoq a'zolari rektovaginal, bimanual tekshiruvi, parametral kletchatkani, siydik pufagi va to'g'ri ichakning barmoq chuqurligigacha tekshirish o'simtani mahalliy tarqalishi aniqlaydi. Mahalliy tarqalish darajasi sistoskopiya, rektoromonoskopiya bilan belgilanadi. Buning uchun

qo'shimcha ravishda UT tekshiruvi (kichik chanoq, qorin bo'shligi, qorin pardaorti sohalari), ko'krak qafasi rentgenografiyasi, ko'rsatma bo'yicha sistoskopiya, rektoromonoskopiya, KT yoki MRT (kichik chanoq, qorin bo'shligi va qorin parda orti sohasi a'zolari), ekskretor urografiya, irrigoskopiya, suyaklar rentgenografiyasi, skelet suyaklari ssintigrafiyasi o'tkaziladi. Oxirgi yillarda SSC o'sma markerlarini tekshirish (norma <1,5 ng/ml) aktual bo'lib qolmoqda. Klinik tekshiruv natijalariga ko'ra kasallikning bosqichi belgilanadi.





Bachadon bo'ynidan surtma olish

Sitologik surtma (Papanikolay surtmasi, Pap- testi)

Sitologik surtma (boshqacha Papanikolay analizi, PAP-test) juda oddiy, ayol uchun mutloqo xavfsiz va og'riqsiz muolaja. Bu muolajani ginekologik kresloda ko'rik vaqtida amalga oshiriladi. Profilaktik maqsadda bu muolaja har bir ayolga jinsiy hayotni boshlagandan o'tkaziladi.

Surtma olishdan asosiy maqsad, bachadon bo'yni hujayralaridagi o'zgarishlarni keyinchalik saratonga o'tishini oldini olish. Shuningdek ayol ginekologga regulyar murojaat qilsa, o'zgarishlar erta aniqlanib, minimal davo talab qiladi. Shuni esda tutish kerakki, surtma natijalari yakuniy tashxis qo'yishga etarli emas va bunda boshqa tekshirish usullari talab qilinadi.

Sitologik surtma qin shilliq qavatining uchta maydonidan olinadi: qin gumbazi, bachadon bo'yni tashqi yuzasi va servikal kanaldan. Bunda maxsus shpateldan foydalaniladi. Olingan har bir namuna oynachaga surtilib, sitologik laboratoriyaga yuboriladi va hujayradagi har bir o'zgarish sinchiklab o'rganiladi. Bunda Papanikolay usulida bo'yalib, quritiladi va mikroskop ostida ko'riladi.

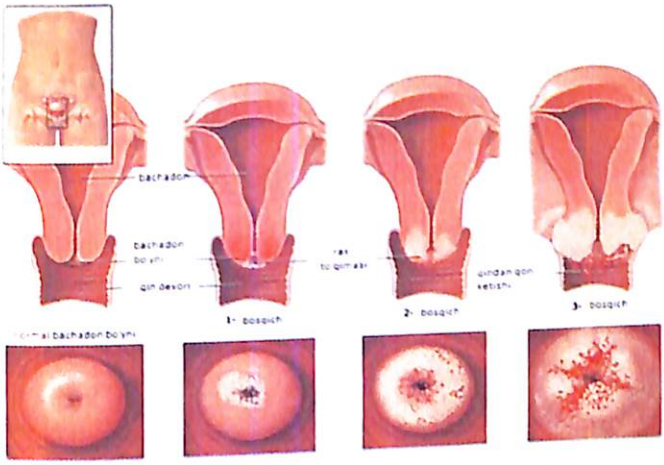
Ko'pgina ayollarni sitologik surtma har qancha muddatda tekshirilishi qiziqtiradi. Ko'pchilik vrachlarning fikrlari bu borada chalkashadi. Ma'lumki, hujayradagi yengil o'zgarishlardan rak o'simtasi hosil bo'lguncha 10 yil vaqt ketadi. Shuning uchun vrachlarning bir qismi bu muolajani tez-tez o'tkazishga zarurat yo'qligini aytadi. Ammo shu bilan birga amaliyotda kasallikni tez avj olishi ham uchrab turadi. Bundan ko'rinib turibdiki, bir yilda bir marotaba surtma olish tavsiya qilinishi kerak.

Bachadon bo'yni rakini aniqlashning eng yaxshi usuli, Papanikolay testini yoki PAP - surtma olishni regulyar o'tkazishdir. Papanikolay surtmasi bachadon bo'yni hujayralarini mikroskopik o'rganishga asoslanadi.

Surtmada virusli infektsiyalar (masalan, odam papillom virusi, VPCH) va boshqa rak chaqiruvchi faktorlarni aniqlash mumkin. Bachadon bo'yni raki bilan ayollarni 18 yoshdan boshlab, agar seksual aktiv bo'lsa 18 yoshgacha har yili skrining o'tkazish tavsiya qilinadi. Surtma natijasi manfiy bo'lsa, PAP - testni har 3 yilda o'tkazish mumkin, shu vaqt mobaynida ayol jinsiy aloqada bo'lmagan bo'lishi kerak.

Skrining o'tkazishning yoshga bog'liq chegarasi yo'q. Chunki yosh o'tgan sari bachadon bo'yni raki ham ko'payib boradi. Ko'p holatlarda 50 yoshdan keyin rak uchraydi. Hatto menopauzadan keyin ham ayol Papanikolay surtmasini sistematik ravishda o'tkazishi lozim. Ko'pchilik yoshi katta ayollar Pap surtma topshirishga extiyoj yo'q deb o'ylashadi,

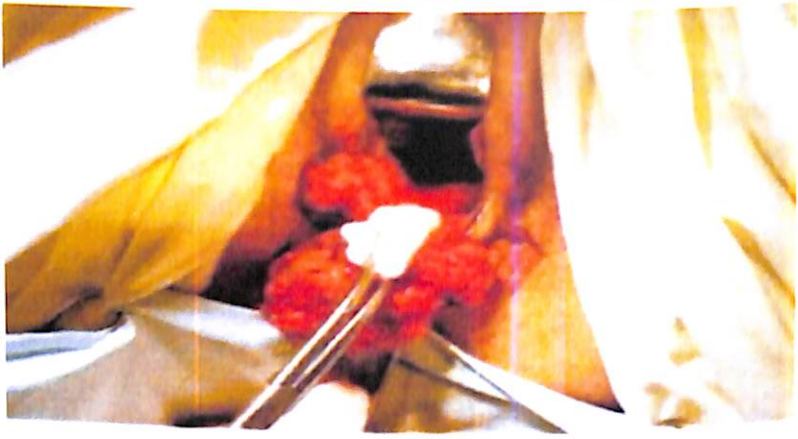
chunki ular seksual aktiv bo'lmaganliklari uchun bachadon bo'yni raki rivojlanishini hisobga olishmaydi. Bu noto'g'ri, ularda xavf omil yuqori ekanligi uchun ham Pap surtma topshirishlari shart. Bachadoni olib tashlangan bo'lsa ham ayol har yili skriningdan o'tishi lozim.



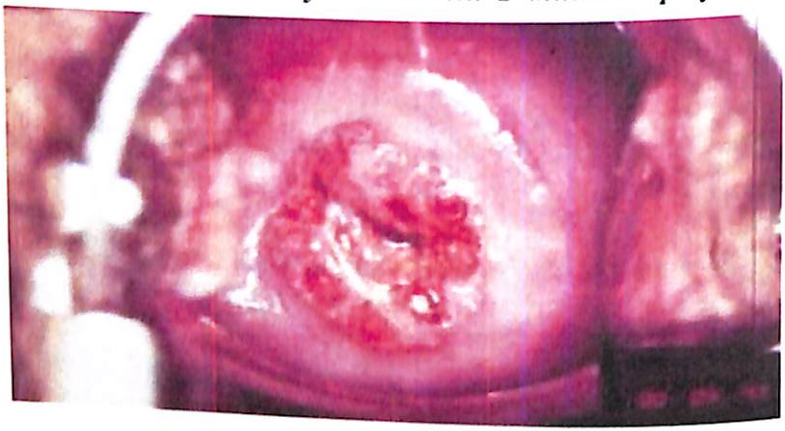
(Onkologik operatsiyalar atlasi 2008 yil CHisov)



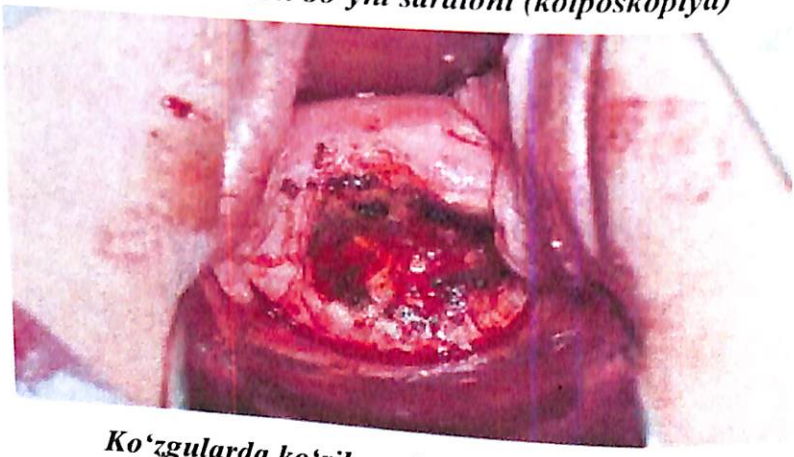
Bachadon bo'yni saratoni



Bachadon bo'yni saratoni. O'simta biopsiyasi



Bachadon bo'yni saratoni (kolposkopiya)



Ko'zgularda ko'rilganda bachadon bo'yni saratoni

Davolash

Asosiy davo usullari:

1) Jarrohlik
2) Nur terapiyasi
3) kombinirlangan
4) kompleks
5) ximioterapiya

Bachadon bo'yni saratonini davolash jarayonning tarqalish darajasiga bog'liq.

Preinvaziv va mikroinvaziv bachadon bo'yni saratonini davolash.

Bachadon bo'yni onkopatologiyasini davolashda 2 ta qoidaga amal qilish lozim:

1) Ishonchli davo usuli bilan ta'minlash, bu kasallikni keyingi bosqichga o'tmasligi va retsidivlanmasligini oldini oladi.

2) Yosh ayollarga a'zo saqlovchi va yengil davo usullarini qo'llash.

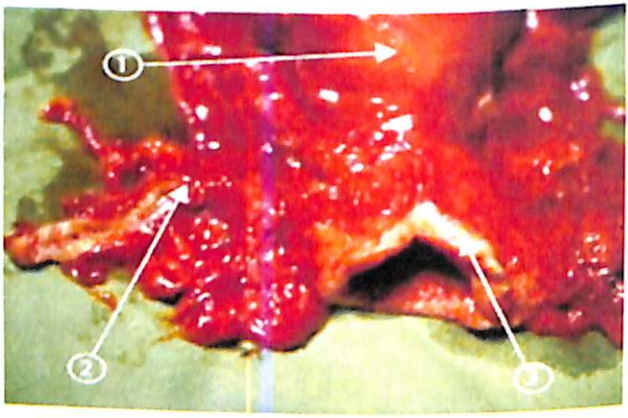
Bachadon bo'yni konizatsiyasi - xirurgik skalpel, lazer yoqi elektropichoq yordamida bajariladi. Konizatsiyadan ko'zlangan maqsad bachadon bo'ynidagi patologik o'choqni sog'lom to'qima chegarasida a'zo fiziologik funktsiyasini saqlagan holda hamda tug'ruq funktsiyasini saqlashdir. Elektrokonizatsiyani ambulator ravishda qo'llash mumkin.

Bachadon bo'yni amputatsiyasi alternativ usullardan biri bo'lib, bachadon bo'yni pre va mikroinvaziv saratonida qo'llaniladi. Bu usul bachadon bo'yni qo'pol deformatsiyalarida hamda elektrokonizatsiyadan keyin retsidiv bo'lish ehtimoli katta bo'lgan holatlarda qo'llaniladi.

Bachadon ekstirpatsiyasiga (gisterektomiya) ko'rsatmalar:

- 50 yoshdan katta bo'lgan bemorlarda;
- O'sma asosan bachadon bo'yni kanalida joylashganda;
- Anaplastik tarqalgan variantdagi o'smalar bezlarga o'sib kirganda;
- Oldin o'tkazilgan konizatsiya gistopreparatida preinvaziv saraton aniqlanmasa.
- Qin gumbazlari qisqarganligi yoki tekislanganligi sababli konizatsiya o'tkazishni imkoni bo'lmaganda;
- Preinvaziv saraton bachadon miomasi yoki ortiqlari o'smalari bilan uchrasa;
- Krio yoki lazerli destruksiyadan keyingi retsidivlar ko'zatilganda.

Bular yordamida pre va mikroinvaziv bachadon bo'yni saratonini davolash maqsadga unchalik ham muvofiq emas, chunki patologik jarayondagi invaziyani aniqlash imkonini bermaydi.



Operativ olib tashlangan bachadon makropreparati. 1 - bachadon tanasi; 2 - parametral kletchatka; 3 - qinning olingan qismi



Radikal limfadissektsiya hajmi (Vertgeym operatsiyasi)

Bachadon bo'yni saratonini IB-IIA-B bosqichida jarroxlik usulida davolash. Radikal jarroxlik usuli bu bachadon kengaytirilgan ekstirpatsiyasi hisoblanadi. (Vertgeym operatsiyasi).

Operatsiyaning radikallik mezonlari:

1) Siydik qopi hamda to'g'ri ichak atrofidagi klechatkalari bilan birga bachadondan o'tkir yo'llar bilan ajratiladi.

2) Chanoq klechatkasi atrof limfa tugunlari bilan bir blokda fassial - futlyar usulida olib tashlanadi;

3) Dumg'aza - bachadon va kardinal boylamlar siydik nayini siydik qopiga kirish joyigacha tushirilgandan so'ng chanoq devoriga yaqin joydan kesiladi (distal tipdagi operatsiya);

4) Qin kamida uchdan bir qismi atrof klechatkalari bilan birga olib tashlanadi. Operatsiya jarayonida gemostaz, qon tomir va limfa tomirlarini koagulyatsiyasiga va qin cho'ltog'i tikilishiga e'tibor berish kerak bo'ladi. Operatsiyadan keyin qorin parda orti sohasida limfokistalar rivojlanmasligi uchun keng ochiq qoldiriladi. Qorin parda oldidan qorin bo'shligiga operatsiyadan keyin bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni erta diagnostikasi va ortiqcha jaroxat suyuqligi chiqib turishi uchun qorin yon devori orqali drenajlanadi.

Bachadon bo'yni saratonida nur terapiyasi bilan davolash.

Nur terapiyasi bachadon bo'yni saratonining barcha bosqichlarida, asosan II va III bosqichlarida qo'llaniladi. Nur terapiyasini belgilashda optimal nurlantirish maydonini shunday tanlash kerakki, o'sma va regionar limfa tugunlar sohasi maksimal darajada nur maydoniga tushishi kerak. Bu nur terapiyasidan oldin ultratovushli va kompyuterli rentgen topometrlar yordamida bajariladi. Bunda asosiy doza o'choq sohasiga, atrofdagi a'zolarga maksimal daraja kam nur dozasi beriladi.

Nur terapiyasi ham mustaqil davo, ham xirurgik davo bilan kombinirlangan holda o'tkaziladi. Radikal nurterapiyasi o'tkazish uchun qo'shma nur terapiyasi qo'llaniladi:

• Tashqi nur manbalaridan nurlantirish (elektronlarni chiziqli tezlatkichlari gamma terapevtik uskunalar), 1 martalik doza 2 Gr, SOD 40-60 Gr gacha;

• Kontakt manbaalardan nurlantirish (Bo'shliq ichi gamma terapevtik uskunalar AGAT-V, «Mikroselektron»), 1 martalik doza 5 Gr dan SOD 50 Gr gacha;

Kombinirlangan davoda operatsiya oldi kontakt gammaterapiya va operatsiyadan keyingi kontakt gammaterapiya qo'llaniladi. Bo'shlik ichi nur terapiyasini o'tkazish uchun operatsiya oldi «Mikroselektron» apparatidan foydalaniladi. Bunda 1 martalik doza 13,5 Gr. Tashqi nurlantirish uchun 1martalik doza 2 Gr dan to summar o'choq dozasi 40-60 Gr ga yetguncha (20-30 seans).

Ximioterapiya bilan davolash. Kompleks davo tarkibi sifatida ba'zan I-II bosqichda va asosan III bosqichda tomir ichidagi o'sma embollari

morfologik tasdiqlanganda nur oldi tayyorgarligi hamda nur terapiyadan keyingi kombinir davo sifatida qo'llaniladi.

Bachadon bo'yni saratoni IV bosqichidagi bemorlarga palliativ davo sifatida ximioterapiya qo'llaniladi.

Poliximioterapiya sxemalari:

1. Sisplatin (R) - 100 mg/m2 v/ichiga 1- kun; Ftoruratsil (F) - 650 mg/m2 v/ichiga 1-4 - kun; Navelbin (VrB) - 24 mg/m2 v/ichiga 1, 8 - kun.
2. Ftoruratsil (F) - 750 mg/m2 v/ichiga 1-5-kun; Navelbin (VrB) - 30 mg/m2 v/ichiga 1, 5-kun.
3. Sisplatin (R) - 100 - 120 mg/m2 v/ichiga 1-kun; Ftoruratsil (F) - 500 - 1000 mg/m2 v/ichiga 1-4-kun.
4. Sisplatin (R) - 75 mg /m2 v/ichiga 1-kun; Ftoruratsil (F) - 500 mg /m2 v/ichiga 1-4-kun; Interferon (IN) -5 mln ED t/ostiga kunora, 5 in'eksiya.
5. Sisplatin (R) - 100 mg /m2 v/ichiga 1-kun; Bleomitsin (V) - 20 mg /m2 v/ichiga 1-kun.
6. Sisplatin (R) - 60 mg /m2 v/ichiga 1-kun; Bleomitsin (V) - 20 mg /m2 v/ichiga 1-3-kun; Adriamitsin (A) - 40 mg /m2 v/ichiga 1-kun; Siklofosfan (S) - 400 mg /m2 v/ichiga 1-kun.
7. Bleomitsin (V) - 20 mg /m2 v/ichiga 1-3-kun; Adriamitsin (A) - 50 mg /m2 v/ichiga 1-kun; Siklofosfan - 500 mg /m2 v/ichiga 1-kun.

- III bosqich - ximio - nur terapiyasi.
- IV bosqich - palliativ nur terapiyasi. Ximioterapiya sisplatin, kapetsitabin, ifosfamid, paklitaksel, irinotekan va boshqa ximiopreparatlar bilan o'tkazilishi mumkin. IVA bosqichda esa kichik chanoq ekzenteratsiyasi jarroxlik amaliyotini o'tkazish mumkin.

Bachadon bo'yni saratonida radikal xirurgik davo hamda nur terapiyasi bilan kombinatsiya qilinganda o'zoq natijalari I - bosqichida 90 foiz, II bosqichda - 60-75 foizga etadi. 5 - yillik yashash ko'rsatkichi qo'shma nur terapiyasi qo'llanilgandandan so'ng I - bosqichda 85-90 foiz, II - bosqichda - 45-75 foiz, III - bosqichda - 30-45 foizga etadi.

XXXII BOB. BACHADON TANASI RAKI

Bachadon tanasi raki (endometriy raki) – ayollar jinsiy sistemasining gormonlarga bog'lik o'smasi bo'lib, onkologik kasalliklar va o'lim strukturasida yuqori o'rinlardan birini egallaydi.

Statistika: Oxirgi yillarda bachadon tanasi raki bilan kasallanish ortib bormoqda. Sobiq SSSR territoriyasida 1970 yilda har 100 ming axoliga - 6,4 1989 yilda har 100 ming aholiga - 12,2 tani tashkil qilgan. O'zbekistonda kasallik 1989 yili har 100 ming aholiga - 3,4 tani tashkil qilgan. Butun dunyo bo'yicha bu kasallik bilan kasallanishlar sonining oshib borishi iqtisodiy rivojlangan mamlakatlar hisobiga yuzaga kelib sivilizatsiya kasalliklari, semizlik, moddalar almashinuvining buzilishi, qandli diabet, anovulyasiya va giperestrogeniya bilan kechuvchi kasalliklar bilan bog'lik. Shuningdek bachadon tanasi raki, sut bezi raki va tuxumdonlar raki o'rtasidagi o'zaro bog'liklik aniqlangan. Har yili dunyo bo'yicha 142000 ayolda bachadon tanasi saratoni aniqlanib, 42000 ayol ushbu kasallikdan bevaqt vafot etadi. Bachadon tanasi saratoni Shimoliy Amerika va rivojlangan Yevropa mamlakatlarida ayollar jinsiy a'zolari o'smalari ichida eng ko'p uchraydigan xavfli o'sma kasalligi hisoblanadi. Xarakterli xususiyatlaridan biri shuki, ushbu kasallik shaharda yashaydiganlarda qishloqda yashovchilarga nisbatan, ok tanlilarda esa qora tanlilarga nisbatan ko'p uchraydi. Kasallikning ko'payishi ayollar o'rtacha umrining uzayishi, nazoratsiz gormon tabiatli - jumladan esterogen saqlovchi preparatlarni qabul qilish, endokrin va moddalar almashinuvni buzilishi bilan bog'liq.

Epidemiologiya

Bachadon tanasi raki rivojlangan mamlakatlarda ayollar jinsiy a'zolarining eng keng tarqalgan xavfli o'smalaridan biri va dunyoda bachadon bo'yni saratonidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Qo'shma Shtatlarda 2015 yilda 54,800 dan ortiq bachadon tanasi raki kasalligi qayd etildi va bu kasallikdan 10 150 dan ortiq o'lim holatlari kuzatildi. O'zbekiston Respublikasida 2018 yil uchun jami 3868 bemor dispanser ro'yxatiga olingan, shundan 641 bemorga birinchi marta tashxis qo'yilgan. Kasallik darajasi bo'yicha bachadon tanasi raki ayollarda genital organlarning barcha xavfli o'smalari orasida uchinchi o'rinni egallaydi.

Geografik xususiyatlari: BJSST va to'plamlarining malumotiga ko'ra «5 ta kontinentda bachadon tanasi raki bilan kassallanish darajasi» onkologik kasalliklar strukturasida yuqori o'rinni egallaydi: Gavayi orollarida har 100 ming aholiga - 23,9 ta, AQSH da - 23,5 ta, Shvetsiyada 23,1 tani tashil qiladi. Markaziy va Shimoliy Sharqiy Osiyoda kasallanish birmuncha kamroq: Xitoyda 100 ming - 2,4 ta, Yaponiyada - 2,2 ta, Hindistonda - 1,5 tagacha to'gri keladi.

Etiologiyasi va patogenezi.

Hozirgi vaqtda aniqlanishicha endometriy rakining rivojlanishiga endometriyning estrogen fraksiyali gormonlarni ko'plab ishlab chiqarishiga bog'lik bo'lgan turli giperplastik jarayonlar moyillik keltirib chiqaradi. Shunday qilib absolyut yoki nisbiy giperestrogeniya endometriyning prolefiratsiyasini chaqiruvchi asosiy faktor bo'lib hisoblanadi va progesteronning antiestrogen ta'siri bo'lmaganda keyinchalik bezli giperilizatsiyasi, atipik giperplaziya va rak uchun fon bo'lib xizmat qiladi. Endometriyning ortiqcha estrogen ishlab chiqarishiga olib keluvchi asosiy o'zgarishlar ko'yidagilar:

1. Reproduktiv davrda va premenopauzadagi anovulyasiya

(follikulalarning persistensiyasi va atreziyasi)

2. Sikldagi lyutein fazaning yetishmasligi
3. Tuxumdonlardagi organik o'zgarishlar (ortiqlardagi surunkali yallig'lanish jarayonlari, retension va follikulyar kistalar)
4. Sklerokistoz tuxumdonlar (Shhteyin-Levental sindromi)
5. Tuxumdonlarning feminizatsiyalovchi o'smalari
6. Semizlik va unga bog'lik holda androstendiondan ko'plab estron hosil bo'ladi.
7. Jigar sirrozi, surunkali gepatitlar va xoletsistitlar estrogenlarning oqsil bilan birikishiga va organizmdan chiqishini buzadi.
8. Buyrak usti bezi adenomasi
9. Estrogenlar bilan noadekvat davolash

Endometriy raki lokal fenomen hisoblanmasdan metabolik siljishlar va adaptatsion gomeostazdagi buzilishlar natijasida rivojlanadi. Shunga bog'liq holda Ya.V. Boxman endometriy rakining 2 ta patogenetik variantini ajratgan:

I. Patogenetik variant atipik giperplaziyasi bo'lgan bemorlarning 6070 foizida uchraydi va yog' hamda uglevod almashinuvi bilan kechuvchi

surunkali giperestrogeniyadagi o'zgarishlarning turli xilligi va chuqurligi bilan xarakterlanadi. Klinik simtomakompleksi: bachadondan anovulyator qon ketishlar, bepushtlik, menopauzaning kechikishi, tuxumdon to'qimasining giperplaziyasi, endometriydagi giperplastik jarayonlar, bachadon miomasi, moddalar almashinuvining buzilishi, qandli diabet va semizlikka olib keladi.

II. (Avtonom) patogenetik variant 30-40 foiz bemorlarda kuzatilib, bunda endokrin metabolik buzilishlar kam ifodalangan yoki umuman bo'lmaydi. 2 - variant uchun xarakterli bo'lgan narsa bu tuxumdonlar stromasi fibromasi va endometriy atrofiyasining birgalikda kelishidir. Buning fonida poliplar atipik giperplaziya va rak rivojlanadi.

I. Patogenetik variantda adenokarsinomaning yuqori darajadagi differensirovkasi 88 foiz, II. Variantda esa 10 foiz bo'ladi.

Endometriyning rak oldi va fon kasallilari.

Onkologik klinika uchun ahamiyatga ega bo'lgan endometriyning patologik jarayonlari giperplastik jarayonlar qo'yidagicha klassifikatsiyalanadi (Y.V. Boxman 1985):

1. Fon kasalliklar – bezli giperplaziya, endometrial polip,
2. Rak oldi kasalliklari: endometriyning atipik giperplaziyasi, atipik giperplaziyali polip.

Fon kasalliklari:

Endometriyning bezli giperplaziyasi asosan bachadondan anovulyator qon ketishlari bo'lgan bemorlarda aniqlanadi. Bunda turli darajadagi epiteliy proliferatsiyasi kuzatilib bezlar spiralsimon buraladi va predetsidual hujayralar miqdori kamayadi. Bezli giperplaziyaning sababi progesteronning ta'sir etishligi ta'siridagi uzoq davom etadigan estrogen stimulyasiyasi hisoblanadi.

Endometriy poliplari endometriy bazal qavatining bezlari proliferatsiyasi natijasida kelib chiqadi. Poliplarning anatomik xususiyatlari oyoqchalarining bo'lishi ular fibroz va silliq muskulardan iborat. Poliplar ko'pincha bachadonning tubida va naylar burchagida joylashadi. Polipning bezlari prizmatik epiteliydan stromal komponenti fibroz va mushak to'qimalaridan tuzilgan.

Giperplastik jarayonlarni davolash.

Antiesterogen ta'sir ko'rsatish maqsadida gormonoterapiya qo'llaniladi. Goromonoterapiyaning maqsadi yoshga bog'liq: yuvenil va

reproduktiv davrlarda anovulyasiyani bartaraf qilish va 2 fazali hayz siklini tiklash. Premenopauzada 46 yoshdan to menopauzagacha davolashning maqsadi qon ketishni to'xtatish. 1 yoki 2 fazali siklni yaratish va endometriyning holatini normallashtirish bo'lsa, postmenopauzada amenoreya va endometriy atrofiyasiga erishishdan iborat. Gormonoterapiya bezli giperplaziyani davolashning yuqori effektivli usuli bo'lib, deyarli 85 foiz bemorlarning sog'ayishiga olib keladi. Biroq gormonoterapiyaning faqatgina klinik tekshiruvlar gormonal kolpositologiya va rektal temperaturani hech bo'lmaganda bir hayz sikl davrda o'lchangandan keyin buyurish mumkin. Sistemasiz va noadekvat buyurilganda gormonoterapiya foydadan ko'ra ko'proq zarar keltiradi. Endometriy poliplozini davolash iloji boricha ularni to'liq olib tashlashni o'z ichiga oladi, shundan so'ng buyuriladigan gormonoterapiya poliplarni davolashga emas, balki giperplastik jarayonlarning qaytalanishlarini oldini olishga qaratilgan.

Endometriyning atipik giperplaziyasi.

Endometriydagi rak oldi o'zgarishlari hisoblanadi. Atipik giperplaziyaning makroskopik manzarasi xarakterli emas, u qalinlashgan giperplaziyalangan shuningdek yupqalashgan endometriyda topilishi mumkin. Atipik giperplaziyada bez komponentining stromadan ustunlik qilishi kuzatiladi. Klinik amaliyotda giperplaziyaning 3 ta darajasi farqlanadi. Kuchsiz, mu'tadil va kuchli. Ma'lumotlariga ko'ra atipik giperplaziyaning rakka o'tishi 40-45 foiz holatlarda uchraydi.

Endometriyning atipik giperplaziyasini davolash.

Yuqori aktivlikdagi progesteron birikmalarning qo'llanishi ko'pchilik bemorlarda yaxshi natijalar beradi bu reproduktiv yoshdagi ayollarda hayz va tug'ish funksiyalarini saqlab qolish operativ davolashning oldini olishga imkon beradi. Yosh ayollarda atipik giperplaziyani davolashda progesteronlar yuborishdan boshlash kerak. Effekt bermaganda operativ davolanadi.

Pre - va postmenopauza davrlarda operativ davolash o'tkaziladi. Operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lganda gormonoterapiya buyuriladi. Atipik giperplaziyaning gormonal davolash invaziv rak progressiyasining hujayralar struktura va funksional differensirovkasi oshishining endometriy funksional qavatining sekretor transformatsiyasi va deskvamatsiyasini oldini olishga qaratilgan. Atipik giperplaziyada gormonal terapiyaning effekt bermaganligiga asosiy sabab miometriydagi organik o'zgarishlar (miomalar) va tuxumdonlardagi organik o'zgarishlar follikulyar kistalar

gormonal ishlab chiqaruvchi o'smalar. Bunday holatlarda xirurgik davolash bachadon va uning ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi o'tkazilishi shart.

Endometriy rakining rivojlanishiga moyillik faktorlar.

1. Semizlik
2. Postmenopauzadagi kolpositologik reaksiyaning esterogen tipi
3. Anamnezidan endometriydagi giperplastik jarayonlar
4. Kechikkan menopauza
5. Bachadon miomasi
6. Endokrin bepushtlik
7. Yirik homilali tug'ruqlar
8. Qandli diabet
9. Nasliy faktorlar

Bachadon tanasi rakining klinik kechishi.

Asosiy belgisi: bachadondan qon ketishi bilan 95-98 foiz holatlarda uchraydi. Leykorcya va og'riqlar xarakterli, bularning kelib chiqishiga sabab bachadon bo'yni kanalining stenozi natijasida bachadon bo'shlig'ida ajralmalarning to'planib qolishi. Analiz va olingan ma'lumotlarga asoslanib endometriy rakining asosiy klinik kechish etaplari va variantlari farqlanadi:

I bosqich invaziv rak paydo bo'lgandan to uning miometriyga chuqur o'sib borishigacha bo'lgan davrini o'z ichiga oladi. Bu bosqich birlamchi o'smaning progressiyasi, uning asta - sekin endometriy bilan morfologik mosligini yo'qotishi bilan xarakterlanadi. Klinik morfologik ma'lumotlarga ko'ra yuqori differensiallashgan bezli rakning topilishi o'smaning sekin o'sayotganligini bildiradi.

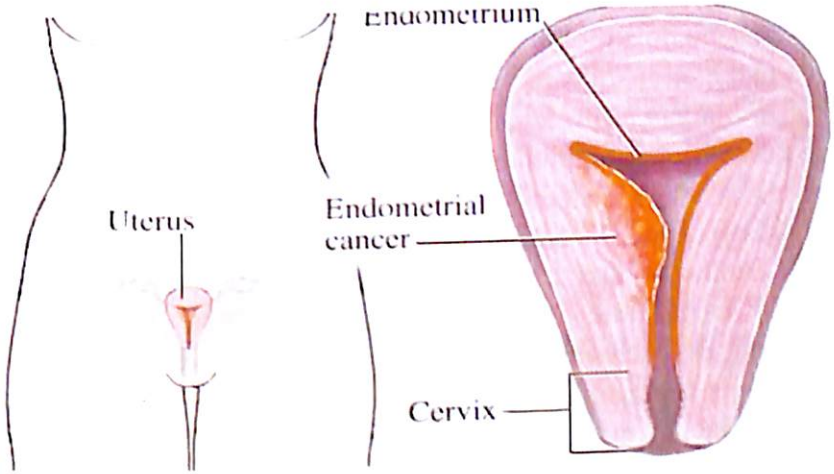
II bosqich o'smaning mahalliy regionar tarqalishi bilan xarakterlanadi. U o'smaning miometriyga chuqur o'sib kirishidan boshlanadi. Keyin esa uning o'sishi keskin tezlashadi. Chuqur invaziv o'sish, differensirovkasining pasayishi, regionar metastazlarning yuzaga kelishi, avtonomlik va xavflilikning oshib borayotganligining asosiy belgilaridandir. Bunday sharoitlarda jarayonning disseminatsiyasi boshlanadi, bu esa **III bosqich** uchun xarakterlidir. Bu bosqichda o'sma bachadonning seroz pardasiga o'sib kiradi va limfogen, limfogematogen va implantatsion disseminatsiya bo'yicha regionar metastazlar beradi. O'smaning progressiyalanish darajasi va organizmning endokrin

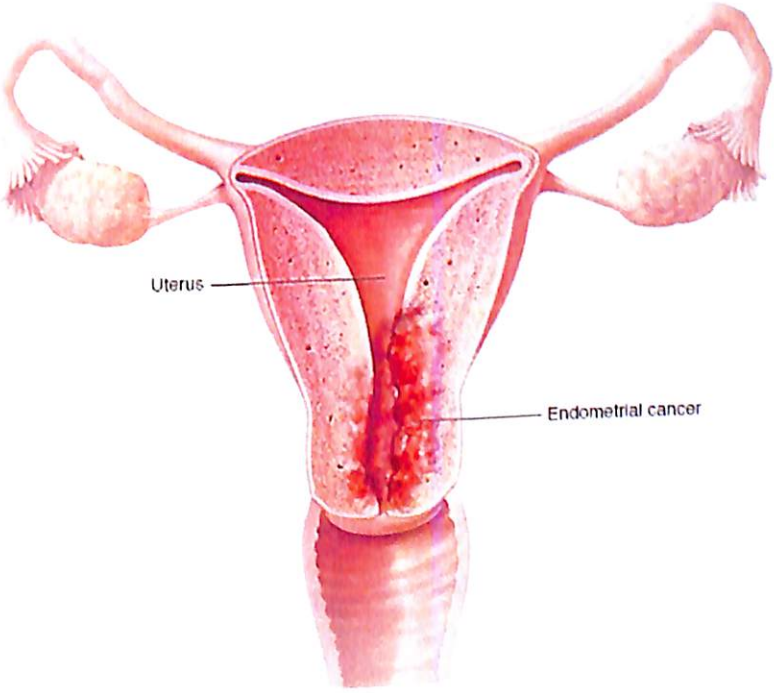
almashinuv xususiyatlarini bildiruvchi o'smalarning turli biologik xususiyatlari endometriydagi klinik kechishining ma'lum variabelligini aniqlaydi. Bu ma'lumotlarga asosan kasallikning klinik kechishi xarakteri hakida har bir bemorga tushuncha hosil qilish mumkin.

I. Sekin nisbatan xavfsiz klinik kechish bemorlarda giperestrogenemiya va yog' hamda uglevodlar almashinuvining buzilish simptomlari kuzatiladi. Bachadondan qon ketish simptomlarining uzoq vaqt davom etishi endometriydagi giperplastik jarayonlarga bog'lik bo'ladi. O'smani gistologik tekshirish – yuqori differensiallashgan rak, miometriydagi yuzaki invaziya, limfogen metastazlar yo'q.

II. Oqibati yomon bo'lgan xavfli klinik kechish - bunday bemorlarda endokrin buzilishlar kam ifodalangan yoki umuman bo'lmaydi. Kasallik simptomlari ko'p davom etmaydi. O'smaning differensirovkasi pasaygan miometriyga chuqur invaziyasi, regionar limfa tugunlarga metastazlar beradi. O'sma bachadon bo'yni kanaliga o'tganda bog'lov apparati va parametral kletchatkaning infiltratsiyasi yuzaga keladi.

III. «O'tkir» turi ancha yomon kechishi bilan xarakterlanadi, kam uchraydi va bir vaqtning o'zida bir nechta oqibati yomon bo'lgan faktorlarning birga kelishi bilan xarakterlanadi. Kam differensirovka, intensiv invaziv o'sish, yonbosh va bel limfa tugunlariga metastazlar berish. Bachadon seroz paradasiga o'sishi yoki tuxumdonlarning zararlanishida "ovarial tipdagi metastazlanish" – parietal qorin pardaga, katta charviga metastazlar bo'lishi mumkin.





Diagnostikasi.

Anamnezini aniqlash mobaynida hayz funksiyasining holati (1chi hayz ko'rgan vaqti). Reproduktiv davrning davomiyligi, asiklik bachadondan qon ketishining borligi, klimaksni kechish xususiyatlari, menopauza kuzatilgan vaqt va generativ funksiyalarni (tuqqan bolalarning vaznini) so'rash kerak.

Moddalar almashinuvining buzilishi, qandli diabet va semizlik katta ahamiyatga ega. Ginekologik tekshirish paytida bachadonning o'lchami, ortiqlar va parametral sohaning holatiga ahamiyat berish kerak. Bachadon bo'shlig'idan olingan aspiratni sitologik tekshirish eng yaxshi ma'lumotlar beradi. Endometriy rakini aniqlashda sitologik usulning sezuvchanligi 92,1 foiz, spetsifikligi 99 foiz, ahamiyati 83,3 foiz. Atipik giperplaziyaga gumon qilinganda gisterografiya - bachadon bo'shlig'ini rentgenografik tekshirish o'tkaziladi. Buning uchun bachadon bo'shlig'i suvda eriydigan kontrast modda bilan to'ldiriladi. Bezli giperplaziyada shilliq qavat konturlari notekis bo'ladi. Bu bachadon tubida aniq ko'rinadi. Kontrast modda shilliq qavatning chuqur burmalarigacha kiradi va bachadon bo'shlig'iga tishsimon shakl beradi. Bachadon poliplari uchun ko'plab konturlari aniq bo'lgan yumaloq, to'lish deffektlarning hosil bo'lishi xarakterli. Atipik giperplaziyaning differensial diagnozi qiyinrok. Atipik giperplaziyaning diffuz formasida shilliq qavat burmalarining o'sib borishi bezli giperplaziyani eslatuvchi manzarani beradi. Endometriy rakining chegaralangan, lokal formasidagi rentgenologik manzara o'smaning kontrastlangan qismining qirralari tishsimon, noteks bo'lishi bilan ajralib turadi. Agar o'sma nay burchagi sohasida joylashgan bo'lsa shoxning «amputatsiya» simptomi aniqlanadi. Diffuz formasida o'sma butun endometriyni egallaydi, bachadon bo'shlig'i deformatsiyalanadi.

Optimal davolashni tanlashda o'smaning bachadon bo'g'iziga o'tgano'tmaganligini aniqlash asosiy ahamiyatga ega. Yuqori differensiyallashgan rakning lokal formasida va bachadonning uch burchak shakli saqlanganda 90 foiz holatlarda invaziya yuzaki bo'ladi. Differensial va topik diagnostika vazifalari gisteroskopiya bachadon bo'shlig'ini gazli yoki suyuqlikli muhitda optik sistema yordamida tekshirish metodi yordamida hal etiladi. Odatda bunda gumon qilingan sohadan biopsiya olinadi. Agar gisteroskopiya qilishga imkoniyat bo'lmasa, diagnostika maqsadida bachadon bo'shlig'i qiriladi, keyin esa qirindi gistologik tekshiriladi. Ortiqlar va qorin bo'shlig'i organlarining holatini aniqlash uchun UTT va MSKT qo'llaniladi. Ko'rsatmalarga ko'ra rektoromonoskopiya, sistoskopiya, ekskretor urografiya qilinadi. Asosiy diagnozni chanoq limfa tugunlarining holatiga qarab qo'yiladi. Bu maqsadda bevosita va bilvosita limfografiya usuli qo'llaniladi. Bachadon tanasi saratoni diagnostikasida to'laqonli anamnez yig'ish asosiy ahamiyat kasb etadi. Birinchi hayzning kelgan vaqti, reproduktiv yoshning

davomiyligi, asiklik qon ketishlar mavjudligi (asosan postmenopauza yoshida), premenopauzal davrning kechishiga alohida ahamiyat beriladi. Bundan tashqari anamnezida endokrin bepushtlikning mavjudligi, semizlik, qandli diabet, gipertoniya, endometriy giperplastik jarayonlarining bo'lganligi jigar funksiyasidagi o'zgarishlar, oshqozon ichak traktida va sut bezida xavfli o'smalar mavjudligi, nasliy onkologik moyillikning mavjudligiga alohida e'tibor beriladi.

Ikki qo'llab ginekologik ko'rik paytida bachadon o'lchamlari, konsistensiyasi, shakli aniqlanadi. Parametral soha, dumg'aza bachadon boylamlarida infiltrat mavjudligi, bachadon ortiqlarida o'smalar bor yo'qligiga e'tibor beriladi.

Bachadon tanasi saratoni diagnostikasida transabdominal va transrektal UT tekshiruvi va KT keng ko'lamda qo'llaniladi. Ushbu tekshirish usullari yordamida bachadon va ortiqlarining hajmi, qalinligi, endometriy exostrukturasi o'smani joylashgan lokalizatsiyasi va o'lchamlari hamda limfa tugunlaridagi metastaz jarayonlarni ham aniqlash imkoni mavjud.

Bachadon bo'shlig'idan olingan aspiratni sitologik usulda tekshirish bachadon tanasi saratonida samarali usulllardan biri hisoblanadi. Gisteroskop yordamida bachadon bo'shlig'idan bo'lib olingan materiallarni gistologik tekshirish asosiy diagnostika usuli bo'lib hisoblanadi. Ko'rsatma bo'yicha o'sma jarayonining tarqalganligini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenografiyasi, rektoromonoskopiya, sistoskopiya, ekskretor urografiya, skelet suyaklarini skanerlash usullarini ham qo'llash mumkin.

Endometriy rakining differetsial diagnostikasi:

Fon va rak oldi kasalliklari: bezli giperplaziya, poliplar, kuchli yallig'lanish komponentli va ko'p miqdorda yiringli nekrotik ajralamalarning ajralishi bilan kechadigan endometrit, bachadon fibrimiomasi natijasida kelib chiqadigan qon ketish bilan o'tkazilishi kerak.

MKB 10 bo'yicha tavsiflash

Bachadon tanasining xavfli o'smasi (S54):

C54.0 - bachadonning bo'yni

C54.1 - Endometriy

C54.2 - Miometriy

C54.3 - bachadon tubi

C54.8 - bachadon tanasining zararlanishi, yuqoridagi

lokalizatsiyalarning bir yoki bir nechtasidan tashqariga chiqadi C54.9
- bachadon tanasi, joylashuvi aniqlanmagan

Tasniflash

Xalqaro gistologik tasniflash (tasniflash JSST, 4 - nashr, 2014 y.) •
Bachadon tanasining xavfli o'smalarining morfologik tasnifi

- Xavfli epiteliy o'smalari:
- 8380/3 Endometrioid adenokarsinoma:
- 8570/3 Yassi hujayrali turi; • 8263/3 Villoglandular turi;
- 8382/3 Sekretor turi.
- 8480/3 Shilliq qavat saratoni;
- 8441/2 Seroz endometrial intraepitelial saratoni
- 8441/3 Seroz saratoni;
- 8310/3 Aniq hujayralardagi karsinoma;
- Neyroendokrin o'smalari
- Past darajadagi neyroendokrin o'smalari
- 8240/3 Karsinoid
- Yuqori darajadagi neyroendokrin o'smalar
- 8041/3 Kichik hujayrali neyroendokrin saraton
- 8013/3 Katta hujayrali neyroendokrin saraton
- 8323/3 Aralash adenokarsinoma;
- 8020/3 Differensiallashmagan saraton;
- Xavfli aralash epiteliya va mezenximal o'smalar:
- 8933/3 Adenosarkoma; • 8980/3 Karsinosarkoma.

Endometriy adenokarsinomasining uch turi bor:
G1 - yuqori differensiallashgan;
G2 - o'rtacha differensiallashgan;
G3 - Past differensiallashgan yoki differensiallashmagan.

BTR bosqichlari, operatsiya ichi reviziya natijalari va operatsiyadan keyingi TNM tasnifi yordamida gistologik tekshiruv natijalari bilan aniqlanadi.

(UICC, 8 - tahrir, 2016 y.) yoki FIGO (2009). 1- Jadval da BTR va karsinosarkoma bosqichlarining tasnifi ko'rsatilgan:

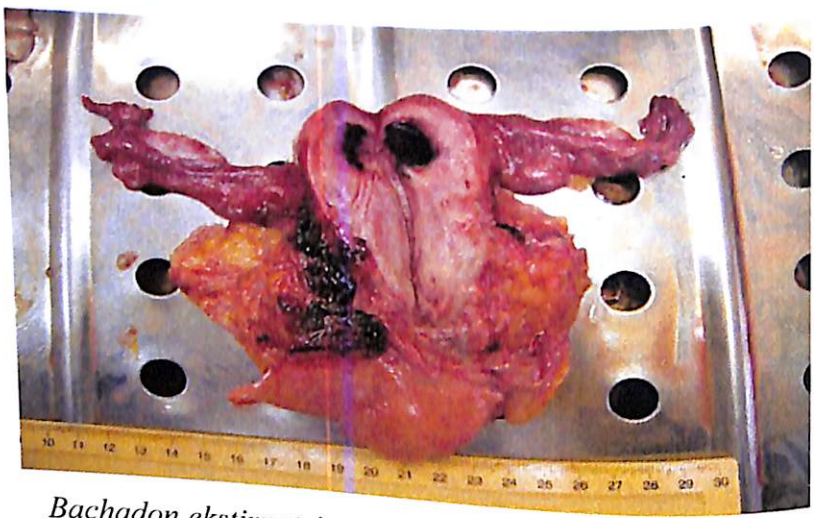
Jadval - TNM tizimi (UISS, 8-tahrir, 2016 y.) va FIGO (2009) tasnifi bo'yicha bachadonning BTR va karsinosarkomasining bosqichlari.

TNM	FIGO	Tavsif
TX		Birlamchi o'smaning holatini baholashni iloji yo'q
T0		Birlamchi o'sma yo'q
Tis		In situ karsinomasi
T1a	IA	O'sma endometriy qavati bilan chegaralangan. Endometriy ichidagi o'sma yoki miometriy qalinligining yarmidan kamroq qismiga invaziya bergan o'sma
T1b	IB	Miometriy qalinligining yarmidan ko'piga o'sib o'tgan o'sma
T2	II	O'sma bachadon bo'yni stromasiga tarqaladi, ammo bachadondan tashqariga chiqmaydi.
T3a	IIIA	Bachadonning seroz membranasining o'sishi, bachadon naylari yoki tuxumdonlarning zararlanishi (o'smaning to'g'ridan-to'g'ri o'tishi yoki metastazlanishi)
T3b	IIIB	Qin yoki parametriyning zararlanishi (o'smaning to'g'ridan-to'g'ri o'tishi yoki metastazlanishi)
T4	IVA	O'smaning qovuq yoki to'g'ri ichak shilliq qavatiga o'sib o'tishi
NX		Regionar limfa tugunlarining holatini baholash imkoni yo'q
N0		Regionar limfa tugunlarida metastazlar yo'q
	IIIC	Regionar limfa tugunlariga metastazlanishi (chanoq yoki bel l/t)
N1	IIIC1	Chanoq limfa tugunlarida metastazlarning bo'lishi
N2	IIIC2	Bel limfa tugunlarida metastazlarning bo'lishi
M0		Uzoq metastazlar mavjud emas
M1	IVB	Uzoq metastazlar (shu jumladan chov limfa tugunlari va qorin bo'shlig'i limfa tugunlarida metastazlar, chanoq yoki bel limfa tugunlari bundan mustasno; qin, bachadon ortiqlari va chanoq qorin pardasi bo'ylab metastazlar bundan mustasno)

Endometriy rakini davolash

Endometriy rakini davolashda kombinirlangan davo o'tkazilib, o'sma joylashishi, differensiyatsiya darajasi, gistologik strukturasi, regionar metastazlariga e'tibor beriladi. Klinik belgilar, davolash jarayonida o'zgarishlarga uchrab, har bir bemorga individual o'tkaziladi. **T1a, T2a bosqichida** bachadon ortiqlari bilan radikal eksterpatsiyasi+braxiterapiya va kuzatuv; **T2 bosqichida** bachadon ortiqlari bilan radikal eksterpatsiyasi bilan chanoq va bel l/t ni olish operatsiyasi + DTGT + XT + braxiterapiya va kuzatuv; **T3,T4 bosqichlarida** operatsiya qilish imkoni bo'lsa sitoreduktiv operatsiya, chanoq va bel l/t limfodissektsiyasi + XT + nur terapiya (operatsiyadan kamida 4 hafta o'tib); operatsiya qilish imkoni bo'lmasa XT yoki nur terapiya, Xirurgik davolashda bachadon ortiqlari bilan olinib, chanoq limfa tugunlari ham olinadi. Odatda, Vertgeym operatsiyasi Ya.V. Boxman modifikatsiyasi bo'yicha o'tkaziladi. Nur bilan davolash operatsiyadan oldin va keyin distansion va bo'shliq ichi gamma – terapiya. Nur terapiya natijalari o'sma bosqichiga bog'liq. 5 yillik yashash I bosqichda 71,9 foiz,

II bosqichda 60,7 foiz, III bosqichda 43,1 foiz, IV bosqichda 22,1 foizni tashkil qiladi. Endometriy rakida gormonoterapiya o'tkazish ko'p o'zgarishlarga uchraydi. Progesteron preparatlari (17 oksiprogesteron kapronat, depostat, depo-prover) bilan birga antiestrogen preparatlar (tamoksifen) ishlatiladi.



Bachadon ekstirpatsiyasidan keyingi makropreperat

Profilaktikasi

Bachadon tanasi saratoni profilaktikasi regulyar homiladorlik va tug'ruq, endometriydagi patologik holatlarni barvaqt aniqlash va davolash, neyro-endokrin almashinuvi o'zgarishlarni o'z vaqtida aniqlash va davolashdan iborat.

XXXIII BOB. TUXUMDON RAKI

C-56-Tuxumdonlar xavfli o'smalari.

Tuxumdon o'smasi – gistologik kelib chiqishidan qat'iy nazar klinik kechishi turlicha bo'ladi. O'smaning bu shaklini aniqlash murakkab vazifa, ko'pincha odatdagi morfologik belgilarga ko'ra xavfli va xavfsiz xarakterdaligini aniqlash qiyin. Hatto ayrim paytlarda mikroskopik tekshirishda ham xavfli deb aytish birmuncha qiyin. Embriogenezning murakkabligi, diagnostikaning qiyinligi, ayniqsa erta diagnostika, patogenezining noaniqligi va bir qator etiologik omillar onkoginekologiyada tuxumdon o'smasini o'z vaqtida aniqlash muammosini qo'yadi. C-56-Tuxumdonlar xavfli o'smalari. Har yili dunyo bo'yicha 225 mingdan ortiq tuxumdonlar karsinomasi aniqlanib, shundan 140 mingga yaqinida letal natija kuzatiladi. Tuxumdonlar karsinomasi diagnostikasida yetarlicha muvaffaqiyatga erishilishiga qaramasdan 75 foizgacha holatlarda ushbu kasallik kechki bosqichlarda aniqlanadi. Besh yillik yashash ko'rsatkichi uchinchi bosqichda 24 foiz atrofida bo'lsa, 4-bosqichda - 4,6 foizni tashkil qiladi.

Statistikasi: kasallanish va o'lim dunyoda o'rtacha 7,5 va 5,4 - 100 ming aholiga to'g'ri kelsa (Kanadada yuqori va Indiya, Nigeriya, Kubada pastdir). Boshqa shakldagi o'smalarga qaraganda, tuxumdonning xavfli o'smasi avtorlar ma'lumotiga ko'ra 10 foizdan 35 foiz atrofida turadi. Bunda 60-64 yoshdagi ayollarda tuxumdonar saratoni bilan kasallanish har 100 ming aholiga 41,5 tani tashkil qiladi. Jumladan tuxumdonlar noepitelial o'smalari bilan kasallanish ayol hayotining 3-4 dekadalarida eng yuqori cho'qqiga ko'tariladi. Bunda yashash hududiga ko'ra tuxumdonlar noepitelial o'smalari bilan kasallanish har 100 ming aholiga 6,0 - 10,5 tani tashkil qiladi. Ayolar reproduktiv tizimi o'sma kasalliklari ichida tuxumdonlar saratoni 3 - o'rinni, (sut bezi va bachadon bo'yni saratonidan keyin), vafot etganlar ichida esa 1-o'rinni egallaydi. 50-59 yoshdagi gurux ichida esa bu kasallik tufayli kuzatiladigan o'lim holati o'sma kasalligi bilan kasallanganlar ichida sut bezi saratonidan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi (8,3 foiz).

Epidemiologik xususiyati: Bu patologiya ko'proq iqtisodiy rivojlangan Shimoliy va Markaziy Amerikada, G'arbiy Yevropada, Afrika va Lotin Amerikada ko'rsatkichlari yuqori. Gruziya va Azarbayjonda 100

ming axoliga 6,4 foiz, Latviyada 14,8 foiz. Qariyb 5-10 foiz holatlarda tuxumdonlar saratoni nasliy yo'l bilan beriladi (oilaviy tuxumdonlar saratoni). Oilaviy tuxumdonlar saratoning 3 xil shakli farqlanadi. 1) Tuxumdonlar xususiy saratoni. 2) Tuxumdonlar saratoning sut bezi saratoni b-n birga uchrashi. 3) tuxumdonlar saratoning kolorektal saraton bilan birga uchrashi (Linch sindromi). BRCA I BRCA II gen mutatsiyalarida tuxumdonlar saratonini yuzaga kelish xavfi 16 foizdan to 60 foizgacha oshishi mumkin. Bundan tashqari kech birinchi homiladorlik, laktatsiya davrining qisqa bo'lishi, kam sonli homiladorlik, tuxumdonlar aktivlik davrining uzayishi kabi ayol reproduktiv statusidagi o'zgarishlar tuxumdonlar epitelial o'smalari rivojlanish xavfini yanada oshiradi. Aksincha, erta yoshdagi homiladorlik, erta menopauza, ko'p sonli homiladorlik, laktatsiya davrining cho'zilishi, peroral kontratsepsiya vositalaridan foydalanish tuxumdonlar saratonini paydo bo'lish xavfini kamaytiradi.

Etiologiya va patogenezi: Tuxumdonning xavfli o'smalarini patogenezini o'rganib, gormonlarga bog'liq o'smadir degan tushuncha kelib chiqadi. Hozirgi vaqtda tuxumdon o'smasini uchrashi mexanizmi (FSG va LG) gonodatrop gormonlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'laydi. Bu bemorlar qonida shu gormonlarning miqdori oshishi bilan isbotlanadi. Kontraseptiv vosita sifatida estrogen – gestogen preparatlarni olgan ayollarda 1,5 – 3 marta tuxumdon o'smalari uchrash darajasi kamligi bilvosita isbotidir. Gormonal kontratsepsiyaning profilaktik effekti - ovulyasiyaning pasayish va gonodotrop gormonlarining pasayishi bilan teskari bog'liqdir. Uzoq izlanishlar natijasidagi tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, tuxumdonlar xavfli o'smalari kechishida quyidagi omillar ijobiy bo'lib hisoblanadi:

-Erta yosh.

-Umumiy somatik holatning yaxshi bo'lishi.

-Ma'lum morfologik shakldagi o'smalar: Brenner o'smasi va yorug' hujayrali o'smalardan tashqari barcha epitelial o'smalar, noepitelial o'smalar - disgerminomalar, stroma va jinsiy ortiqlardan chiqqan yuqori differensiyallashgan o'smalar, yetilmagan teratoma GI.

-Jarayonning erta bosqichlari.

-O'smaning yuqori differensiyallashganligi.

-Assitning mavjud emasligi.

-Operativ muolajadan so'nggi qoldiq o'smaning minimal hajmda bo'lishi.

O'smaning yuqori differensiyallashganligi, o'smalar o'rtasida va atrof to'qimalar orasida bitishmalarning bo'lmasligi, assitning bo'lmasligi, kasallik bosqichini c emas balki a/b bosqichlarda bo'lishi, o'smaning ma'lum bir morfologik shakli kasallikning 1-bosqichida muhim qoniqarli prognostik faktor hisoblanadi.

Tuxumdonlar saratoniga olib keluvchi xavf omillar:

Ko'pgina tuxumdonlar o'smalarini kelib chiqish sabablari noma'lum. O'smalar rivojlanishida gormonal va genetik omillar muhim rol o'ynaydi. Bepushtlik tuxumdonlar saratoni rivojlanish xavfini oshirsa, ovulyasiyani stimullovchi preparatlarni 12 sikldan ortiq qabul qilish bu xavfini 2-3 martagacha oshiradi. Bu vaqtda oral kontraseptivlarni qabul qilish tuxumdonlar saratoni rivojlanish xavfini kamaytiradi. Tug'magan ayollar 5 yil davomida oral kontraseptivlarni qabul qilganda tuxumdonlar saratoni rivojlanish xavfi xuddi tuqqan ayollarniki kabi bo'ladi. Sut bezi saratoni esa tuxumdonlar saratoni xavfini 2-4 martagacha oshiradi.

Nasliy omillar

Nasliy omillar ta'sirida kelib chiquvchi tuxumdonlar saratoniniga quyidagi oilaviy saratonlar kiradi: Oilaviy tuxumdonlar, sut bezi saratoni, oilaviy sut bezi saratoni va Linch II sindromi.

- Oilaviy tuxumdonlar saratoni. Kasallikning rivojlanish xavfi ilgari qancha yaqin qarindoshlarda tuxumdonlar saratoni bilan kasallanganlar bo'lganligiga bog'liq.
- Oilaviy tuxumdonlar, sut bezi saratoni. Bu sindromda bir vaqtning o'zida tuxumdonlar saratoni va sut bezi saratoni nasldan naslga beriladi. Bunday oilalarda yaqin qarindoshlar sut bezi saratoni va tuxumdonlar saratoni bilan to 50 yoshgacha bo'lgan davrda kasallanadilar.
- Lincha II sindromi. Bu sindromda oiladagi yaqin qarindoshlar ichida har xil lokalizatsiyadagi adenokarsinomalar-asosan kolorektal saraton, sut bezi saratoni va endometriy saratonlari birgalikda qo'shilib keladi.

BRCA I BRCA II genlari topilgach, ularni nasliy sut bezi saratoni va tuxumdonlar saratonlarini kelib chiqishida javobgar gen ekanligi aniqlandi. Yuqorida keltirilgan gen mutatsiyalari natijasida oilaviy sindromlarni aniqlanishi, ushbu genlarni xavfli o'smalarni nasliy tashuvchisi ekanligidan dalolat beradi.

Xavf guruhlar

Tuxumdonlar funksiyasi buzilgan ayollarda tuxumdonlar saratoni 2 barobar ko'proq uchraydi; jinsiy hayotda yashamaydiganlar; homilador bo'lmagan ayollar, yoki homilador bo'lib to'g'magan ayollar; erta menopauza boshlangan ayollar. Bachadondagi patologik holatga bog'liq bo'lmagan postmenopauza davridagi qon ketish holatlarida, dispanser nazoratida turgan, uzoq muddatli bachadon simptomsiz kechuvchi bachadon miomalarida, bachadon ortiqlarini surunkali yallig'lanish kasalliklari va tuxumdonlar xavfsiz o'smalari bo'lgan ayollarni xavf guruhiga kiritish lozim. Pre yoki postmenopauza davrida bachadon va ortiqlari xavfsiz o'smalari tufayli a'zo saqlangan operatsiyalar o'tkazilgan yoki bir yoki ikkala tuxumdonlar ham rezeksiya qilingan ayollarni ham xavf guruhiga kiritilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Sut bezi saratoni, qalqonsimon bez saratoni va oshqozon ichak trakti o'smalari tufayli ilgari operatsiya o'tkazgan bemorlarni ham xavf guruhiga kiritish lozim. Chunki bunda sinxron yoki metaxron raklar rivojlanish xavfi 2 marta yuqori bo'ladi. Xavf guruhiga kiruvchi barcha ayollar yiliga kamida 2 marta aktiv kuzatuvda bo'lishlari lozim.

Tuxumdonlar o'smasining klassifikatsiyasi.
TNM va FIGO bo'yicha tasnifi (2016 y. 8 chi nashr)

TNM FIGO

TI I O'sma tuxumdonlar bilan chegaralangan

TIa IA O'sma 1ta tuxumdon bilan chegaralangan, kapsuladan chiqmagan, tuxumdon yuzasida o'sma aniqlanmaydi, assitik suyuqlikda va qorin bo'shlig'i yuvindisida atipik hujayralar aniqlanmaydi.

TIb IB O'sma 2ta tuxumdon bilan chegaralangan, kapsuladan chiqmagan, tuxumdon yuzasida o'sma aniqlanmaydi, astsitik suyuqlikda va qorin bo'shlig'i yuvindisida atipik hujayralar aniqlanmaydi.

TIc IC O'sma 1 yoki 2 ta tuxumdon bilan chegaralanib quyidagi faktorlarning birga uchrashi

T1c1 IC1 Operatsiya vaqtida tuxumdonlar kapsulasi butunligining buzilganligi

T1c2 IC2 Operatsiyagacha tuxumdonlar kapsulasi butunligining buzilganligi, o'smaning tuxumdon yuzasidan chiqib bachadon naylariga tarqalishi

T1c3 IC3 Assitik suyuqlikda va qorin bo'shlig'i yuvindilarida rak hujayralari topiladi

T2 II O'sma 1 yoki 2 ta tuxumdonni zararlash bilan birga kichik chanoqqa o'tadi

T2a IIA O'smaning bachadon tanasi va bachadon naylariga o'sib o'tishi yoki metastazlanishi kuzatiladi.

T2b IIB O'smaning chanoq bo'shlig'idagi boshqa a'zolarga tarqalishi

T3 III O'sma 1 yoki 2 ta tuxumdonni zararlaydi. O'sma ichak qovuzloqlariga tarqaladi. Kichik chanoq bilan chegaralanadi yoki kichik chanoqdan tashqari qorin pardasiga yoki qorin parda ortidagi limfa tugunlarga metastazlar tarqaladi (ichki, tashqi va umumiy yonbosh, yopqich, dumg'aza yoki bel l/t).

N1 IIIA1 Metastazlar faqat qorin parda orti limfa tugunlarida.

IIIA1(i) Limfa tugunlardagi metastazlarning o'lchami 10 mm gacha.

IIIA(ii) Limfa tugunlardagi metastazlarning o'lchami 10 mm dan katta.

T3a IIIA2 Mikroskopik, gistologik tasdiqlangan chanoq tashqarisidagi qorin bo'shlig'idagi metastazlar, qorin orti limfa tugunlarda metastazlar bo'lishi va bo'lmasligi mumkin.

T3b IIIB Kichik chanoqdan tashqari qorin parda makroskopik metastazlari gistologik tasdiqlangan. Lekin metastazlar o'lchami 2 sm dan oshmagan, qorin orti tugunlarida metastazlar bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin.

T3c IIIC Kichik chanoqdan tashqari qorin parda metastazlari o'lchami 2 sm dan ortiq, qorin orti tugunlarida metastazlar bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin (o'smaning jigar va taloq kapsulasiga tarqalishi lekin organlar parenximasi zararlanmagan).

M1 IV Uzoq metastazlar borligi(qorin bo'shlig'i metastazlaridan tashqari).

IVA Plevra bo'shlig'ida xavfli hujayrali suyuqlikning bo'lishi.

IVB Parenximatoz organlarda va qorin bo'shlig'idan tashqari a'zolarda (chov limfa tugunlarida va qorin bo'shlig'idan tashqari limfa tugunlarida) metastazlarning bo'lishi

Metastazlanishi

O'smani asosan 3 xil yo'l bilan tarqalishini farqlash lozim: implantatsion, limfogen va gematogen. Metastazlanish yo'llari o'smani gistologik shakliga ko'ra farqlanadi. Tuxumdonlar xavfli o'smalariga asosan implantatsion yo'l bilan metastazlanish xarakterli (katta charviga).

Limfogen yo'l bilan metastazlanishi asosan kechki bosqichlarda uchraydi. Bunda metastazlar chanoq va yonbosh sohasidagi limfa tugunlarida kuzatiladi. Chanoq, chov, paraaortal va parakaval soha tuxumdonlar xavfli o'smalari uchun regionar limfa tugunlari hisoblanadi. Tuxumdonlar saratonining odatiy metastaz o'chog'i bu kindik hisoblanadi. 2-3 foiz holatlarda bemorlarga tashxis qo'yilgan paytda jigar yoki o'pkalarda metastazlar aniqlanishi mumkin.Tuxumdon o'smasining gistogenezi va gistologik klassifikatsiyasi: O'smaning 8 ta gistologik turi ajratiladi:

1. Epitelial
2. Jinsiy stromasi o'smasi
3. Germinogen
4. Lipid hujayrali
5. Gonodoblastomali
6. Yumshoq to'qima o'smalari, tuxumdonning nospetsifik o'smalari.
7. Tavsiflab bo'lmaydigan o'smalar 8. Ikkilamchi (metastatik) o'smalar.

Har qaysi guruhda jarayonga ko'ra "xavfli va xavfsiz", "yetilgan", "yetilmagan", "yuqori", "past", "o'rtacha" differensiyasiyalik darajasiga bo'linadi.

Epitelial o'smalar bu keng va muhim guruhli o'smalar bo'lib, bunga tuxumdon o'smalarining 70 foizi kiradi. Xavfli variant, yarmi rak bo'lib, seroz, mutsinoz, endometroidli, yorug' hujayrali, Brener o'smasi, aralash, differensiyallashmagan o'smalar farqlanadi. Ko'pincha oldindagi 3 tasi ko'p uchraydi.

Epitelial rak – tuxumdon kistasi bilan uzviy bog'liq. Hamma kistomalar rak oldi holati bo'lib, tuxumdon ortiqlarining surunkali yallig'lanishidan paydo bo'ladi.

Agar o'z- o'zidan rak uchrasa xavfli kechadi.

Seroz raklar – malignizatsiyalangan, silioepitelial kistomalar 50 yoshgacha ayollarda ko'proq uchraydi. Xarakterli xususiyati bo'lib, serozli rakda suyuqlikning to'planishi hisoblanadi. Suyuqlik kistali hosilada to'planib, keyinchalik assit rivojlanadi. Yana bir xususiyati tuxumdonning ikki tomonlama kasallanishidir.

Makroskopik – seroz raklar yumaloq shaklli, kapsulada, kista konsistensiyasi – har xil, kapsula ularda kista yuzasida rangli karam shaklida, tekkanda yengil ajraluvchi, jarayon qorin bushlig'ining boshqa

organlariga o'tishi natijasida konglomeratlar hosil qiladi. Bular kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib qorin bo'shlig'iga ham chiqishi mumkin va bo'larni olib tashlash qiyin yoki umuman olib bo'lmaydi. Bunda qorin pardaning visseral va parietal varaqlariga katta charvi, jigar va diafragmaning pastki yuzasiga ko'plab mayda va yirik metastazlar bo'ladi. Tarqalgan formalarida gemorragik va seroz xarakterli assit aniqlanadi.

Tuxumdonning seroz rakiga shubha bo'lganda o'smani butunlay olib tashlab, kistani ochish va kapsulaning ichki yuzasini ko'zdan kechirish kerak. Tuxumdon seroz raki so'rg'ichsimon tipda o'sadi. Makroskopik uni aniq ko'rish mumkin. Bu so'rg'ichlar gulkaram shaklida bo'lib, to'q qizil yoki oqimtir ko'rinishda bo'ladi va kistani olganda oson ajraladi.

Tezkor, ba'zan rejali gistologik tekshiruvlarda olingan o'sma rak yoki proliferatsiyali kistoma ekanligini aniqlash qiyin bo'ladi. Bu holatlar vrachlarga bemorni davolashda va operatsiya qilishda qiyinchilik tug'diradi. Tuxumdon seroz kistasi bo'lgan bemorlarni davolash natijalari yaxshi samara bermaydi. Cunki bemorlar, ayniqsa yosh ayollar davolashga jarayon tarqalib ketgandan keyin va bundan tashqari o'smaning xavfliga o'tishini bilmasligi sabab bo'ladi.

Mutsinoz rak psevdomutsinoz kistalarga o'xshaydi va bularni birbiridan ajratish qiyin. Hozirgi vaqtda mutsinoz rak psevdomutsinoz kistalar asosida rivojlanadi deb qabul qilingan. Psevdomutsinozli kistoma va mutsinoz raki bilan og'rigan bemorlarni yoshi seroz raki bilan og'rigan bemorlarni yoshidan ancha katta - 50 yoshdan yuqori. Makroskopik psevdomutsinozli kistoma mutsinozli rakga o'xshaydi. Bu kistomalar noto'g'ri shaklda, ko'pincha juda ham katta o'lchamli, ko'p kamerali, kameralar ichida shilliqsimon suyuqlik bo'ladi. Xavfsiz va chegaralangan o'smalardan farqli ravishda rakda kapsula ichki yuzasi konturlarining yemirilishi, tugun shaklidagi o'smalar va kameralarni o'sma massalari bilan to'lishi kuzatiladi. Tuxumdonning mutsinoz raki nisbatan sekin infiltrativ o'sadi va qo'shni organlarga o'sish ularga xarakterli emas. Bu faqat kechki bosqichlarda kuzatiladi. Mutsinoz raki ximoterapiyaga sezgir bo'lmagani uchun davolashda xirurgik davoni birinchi o'ringa qo'yishga asos bo'ladi. Mutsinoz rakning oqibati seroz rakka nisbatan yaxshi, lekin davolashdan keyin metastaz va qaytalanish bo'lgani uchun oqibati yomon bo'lishi ham mumkin. Endometroid raki tuxumdonning endometroid raki seroz va mutsinoz rakka nisbatan kam uchraydi. Keyingi paytda shu narsa aniqlandiki, tuxumdonning endometroid xosilalari germinogen kistalar va

tuxumdon o'zida joylashgan yoki tuxumdondan tashqari endometriy implantanti, ya'ni endometrioz natijasida rivojlanadi. Kasallarning yoshi asosan 30 yoshdan yuqori. Makroskopik kistoz endometroidli o'smalar yumaloq shaklli, har xil o'lchamli, qizil va jigarrang bo'ladi. Kistaning tarkibi: analogik rangda va ichki yuzasida zangsimon dog'lar mavjud.

Solid o'smalar tuguni targ'il ko'rinishga ega va qontalashlar mavjud bo'ladi.

Parietal va visseral qorin pardalari metastatik zararlanishi va assit endometrioz karsinoma uchun xarakterli emas. Boshqa epitelioid raklarga nisbatan bu formaning oqibati yaxshi, bu esa davolash bilan emas, balki kasallikning asta-sekin kechishi bilan bog'liq.

Granulyoz hujayrali (grnanulyozstromali) o'smalar boshqa guruh o'smalarga nisbatan ko'proq uchraydi. Tuxumdonning barcha birlamchi o'smalarning 2-2,5 foizini tashkil qiladi. Granulyoz hujayrali o'smalar turli xil yoshdagi kishilarda, jumladan, yosh bolalarda ham uchrab, erta jinsiy yetilish (balog'atga etish) va qarilarda patologik "yosharishni" keltirib chiqaradi.

Klinikasi

Giperesterogen simptomakompleksi bilan bog'liq. Endometriy giperplaziyasi va disfunksional bachadondan qon ketish kuzatiladi.
Ko'pincha granulyoz hujayrali o'smalar amenoreyaga olib keladi. Aynan 13 haftaga emas, balki 6-12 oylar davomida hayz sikli bo'lmaydi. Shu bilan birgalikda granulyoz blastoma erta menopauza bo'lgan ayollarda kelib chiqadi. Shu narsa aniqlandiki qanchalik granulyoz blastoma tipik kechsa, esterogen aktivligi yaqqol bo'lsa, kasallik oqibati shunchalik yaxshi bo'ladi.

Makroskopik granulyoz stromali o'smalar bir tomonlama, har xil o'lchamda, to qorin bo'shlig'ini to'ldirguncha kattalikda bo'lishi mumkin. Yuzasi silliq kamdan-kam g'adir-budur, kapsulali, oq rangdan to turli xil sariq ranggacha. Bu o'smaning o'ziga xos xususiyati kech 5-15 yillardan keyin qaytalanish va metastaz beradi. Granulyoz hujayrali rakda limfa oqimidagi regionar limfa tugunlariga metastazi kam uchraydi, faqat kasallikning terminal bosqichlarida kuzatilishi mumkin. Oqibati nisbatan yaxshi va bu o'smalarning differensiatsiya darajasiga bevosita bog'liq. Qaytalanish va metastazining uzoq muddatdan keyin kelib chiqishi davolashning natijalariga bog'liq.

Androblastomali yoki Sertoli va Leydi hujayralaridan o'suvchi o'sma.

Maskulinizatsiya ta'siriga ega bo'lgan o'sma o'rtacha 20-35 yoshlarda uchraydi. Uchrash darajasi granulyoz hujayrali o'smaga nisbatan 10 barobar past. 0,1-0,2 foizni tashkil qiladi. Klinikasi gormonal aktivligi defeminizatsiya va maskulinizatsiya simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Kasallik amenoreya bilan boshlanib, sut bezlari atrofiyalanadi, klitor giperplaziyalanib, libido yo'qoladi. Keyinchalik ayollarga xos qomatini yo'qotadi. Erkaklarga xos jun bosishi kuzatiladi. O'sma olib tashlangandan keyin kasal ayol yana o'z holiga asta-sekin qaytadi. Makroskopik o'smaning ko'rinishi granulyoz hujayrali o'smani eslatadi. Kasallik ertachi bosqichlarda simptomsiz o'tadi. Aynan shu paytda kasallik agressiv kechadi va ertachi metastazlar beradi. Kasallikning klinik simptomlari ko'pincha kechki, tarqalgan bosqichlarda, ya'ni bemorda tez charchash, holsizlik, ozish, umumiy ahvolining yomonlashuvi, nafas olishning qiyinlashuvi (plevral bo'shliq yoki qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik hisobiga) kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi.

O'smani atrof to'qimalar va a'zolarni mexanik ta'sirlashi natijasida qorin pastida doimiy simillovchi og'riqlar kuzatiladi. Og'riq ba'zan ma'lum bir vaqtga kamayishi yoki to'xtashi mumkin. Ba'zan qorinni taranglashish hissi kabi belgilar kuzatiladi. O'sma oyoqchasidan buralib qolgan holatlarda esa og'riq to'satdan paydo bo'ladi va o'tkir xarakterda bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'idagi o'sma hamda assit suyuqligi hisobiga qorinni kattalashuvi kasallikning asosiy simptomlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Jarayon uzoq davom etgan holatlarda esa hayz sikli disfunksional bachadondan qon ketishi shaklida buzilishi mumkin.

Kasallikning simptomsiz kechishi, jarayonning tez rivojlanishi va erta metastazlanishi tuxumdonlar saratoni diagnostikasining kechikishiga olib keladi. Aynan shu sababli ham bu kasallikni klinik belgilari namoyon bo'lmasdan oldin aniqlash muhim ahamiyatga egadir.

Diagnostikasi.

Tuxumdon o'smasining erta diagnostika qilish uzoq yillar talab qiladi. Chunki o'smani topik, (tuxumdondan yoki bachadon o'smasi) morfologik (xavfli yoki xavfsiz sifatli) xususiyatlarini aniqlash qiyin, garchand o'sma bo'lsa ham. Hozirgi vaqtda tuxumdon o'smasini erta aniqlashda izchillik bilan harakat qilinmoqda. Shulardan o'sma markerlari yordamida, tuxumdonda o'sma borligini aniqlash. Diagnoz qo'yishda asosiy diagnostika usullaridan ultratovush tekshirish (UTT), sitologik, rentgenologik, laporoskopiya va biopsiya materialini morfologik tekshirish

usullari qo'llaniladi. Shikoyatlari: kasallar asosan har xil xarakterdagi og'riqqa, qorinning assit va o'sma massasi hisobiga kattalashganiga, jinsiy yo'llaridan qonli ajralma ketishiga, ichaklar funksiyasining buzilishiga va umumiy simptomlarga shikoyat qiladi. O'tkir qorin tuxumdon o'smasida ilk belgi bo'lishi mumkin, bu o'sma oyoqchalarining buralib qolishi yoki yorilishi hisobiga kelib chiqadi. Tuxumdon o'smasida kasallarning shikoyatlari o'ziga xos bo'lmaganligi uchun erta diagnostika qo'yishda qiyinliklar tug'diradi. Ob'yektiv ma'lumotlar ham xuddi sub'yektiv ma'lumotlardek tuxumdon rakiga xos emas. Umumiy ahvoli jarayon tarqalgan bo'lsa ham o'zgarmaydi, assit hisobiga palpatsiya, perkussiya va auskultatsiyada etarli ma'lumotlar olish qiyin. Ginekologik ko'zdan kechirish tuxumdon o'smasi diagnostikasida muhim ahamiyatga ega, ayniqsa ikki qo'l bilan tekshirish. Bunda bachadonning kichik chanoqda holati, uning kattaligi, konsistensiyasi, harakatchanligi, bundan tashqari bachadon ortiqlari sohasida – o'smasimon hosila borligi, uning o'lchami, yuzasi, konsistensiyasi, atrofdagi organlar bilan aloqadorligi, harakatchanligi, og'riqli ekanligi aniqlanadi va tuxumdon rakiga shubha bo'lganda ayniqsa to'la, semiz ayollarda va assit bor bo'lsa rektovaginal tekshirish katta ahamiyatga ega va to'g'ri ichak bachadon bo'shlig'i holatini aniqlashga imkoniyat beradi.

Umumiy klinik tekshirish (qon va siydik umumiy tahlili, o'pkaning rentgenoskopiyasi ham xavfli hosila borligini aniqlashga imkoniyat berishi mumkin) (EChTni aniqlash yoki o'pka rentgenoskopiyasida jarayon tarqalganligi darajasini aniqlash, plevra bo'shlig'ida suyuqlik) rentgenologik usulda tekshirishda aniqlanadi.

Topik diagnoz, ya'ni o'sma o'lchamini aniqlash mumkin, lekin hech qaysi usul bilan hosilaning morfologik xususiyatini aniqlab bo'lmaydi.

Pnevmopelviografiya - sun'iy pnevmoperitoneum sharoitida kichik chanoq organlari rentgenografiyasi. Bu usul yordamida ichki jinsiy organlarni tashqi chegaralarini, ularning shakli, o'lchami, qo'shni organlar bilan aloqadorligini aniqlashda, ko'pincha tuxumdon o'smasi va bachadon subseroz miomasini bir - biridan farqlashda qo'llaniladi. Ayrim hollarda pnevmoperitoneum asosida gisterosalpingografiya o'tkaziladi. Bu esa diagnostik usulning ahamiyatini yanada oshiradi.

Sitologik tekshirish. Kichik chanoq bo'shlig'idan morfologik verifikatsiya jarayonni aniqlashda asosiy diagnostik usul hisoblanadi.

Sitologik tekshirish uchun material qinning orqa gumbazini punksiya qilish bilan olinadi va aspirat sitologik tekshiriladi. "Quruq Duglas" bo'lgan paytda 5-10 ml NaCl izotonik eritmasi instillyasiya qilinib, keyin aspiratsiya qilib sitologik tekshirish o'tkaziladi.

UTT kichik chanoqdagi hosila o'lchami va jarayonning harakatlarini taxminiy aniqlash uchun, ya'ni topik diagnoz uchun keng qo'llaniladi. Xavflilikni aniqlash qo'yidagi taxminiy belgilarga: kista tarkibini, ichki konturi tekis emasligi, kistaning ichki va tashqi yuzalarida so'rg'ichli o'simtalari borligiga asoslanadi.

Laporaskopiya va kuldoskopiya oldingi qorin devori va qin orqa gumbazi (kuldoskopiya) orqali ichki organlarni endoskopik usul bilan ko'zdan kechirish (laparoskopiya). Bu usullar orqali o'smaning joylashishi, ortiqlar sohasidagi yallig'lanish hosilasini va jarayonning qorin bo'shlig'iga tarqalishi darajasini aniqlash mumkin.

Biopsiya materialini gistologik tekshirish.

Gistofibroskopiya, ekskretor urografiya, rektoromonoskopiya, irrigoskopiya bevosita va bilvosita limfografiya ko'rsatma bilan o'tkaziladi va jarayon tarqalish darajasini va o'smaning birlamchi joylashishini aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Kasallik ertachi bosqichlarda simptomsiz o'tadi. Aynan shu paytda kasallik agressiv kechadi va erta metastazlar beradi. Kasallikning klinik simptomlari ko'pincha kechki, tarqalgan bosqichlarda ya'ni bemorda tez charchash, holsizlik, ozish, umumiy ahvolining yomonlashuvi, nafas olishning qiyinlashuvi (plevral bo'shliq yoki qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik hisobiga) kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi.

O'smani atrof to'qimalar va a'zolarni mexanik ta'sirlashi natijasida qorin pastida doimiy simillovchi og'riqlar kuzatiladi. Og'riq ba'zan ma'lum bir vaqtga kamayishi yoki to'xtashi mumkin. Ba'zan qorinni taranglashish hissi kabi belgilar kuzatiladi. O'sma oyoqchasidan buralib qolgan holatlarda esa og'riq to'satdan paydo bo'ladi va o'tkir xarakterda bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'idagi o'sma hamda assit suyuqligi hisobiga qorinni kattalashuvi kasallikning asosiy simptomlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Jarayon uzoq davom etgan holatlarda esa hayz sikli disfunksional bachadondan qon ketishi shaklida buzilishi mumkin.

Kasallikning simptomsiz kechishi, jarayonning tez rivojlanishi va erta metastazlanishi tuxumdonlar saratoni diagnostikasining kechikishiga olib

keladi. Aynan shu sababli ham bu kasallikni klinik belgilari namoyon bo'lmasdan oldin aniqlash muhim ahamiyatga egadir.

Tuxumdon rakini diagnostikasida kichik hajmdagi tekshirishlar:

- ko'rik, kasallik anamnezini yig'ish,oilaviy anamnez;
- qonning klinik tahlili;
- jigar va buyrak funksiyasini aniqlovchi tahlillar bilan qonning bioximik tahlili;
- qonda onko marker CA 125 ni aniqlash;
- 40 yoshgacha bo'lgan ayollarda qonda AFP va germenogen o'smalarni inkor qilish uchun beta-xoriongonodotropinni aniqlash, stromal o'smalarni aniqlash uchun qonda ingibinni aniqlash;
- qorin bo'shlig'i, qorin orti va kichik chanoq a'zolarini hamda o'mrov usti sohasini UTT;
- ko'krak qafasi a'zolarini rentgenografiyasi;
- FGDS;
- kolonoskopiya

-KT kukrak qafasi,qorin bo'shlig'I va kichik chanoq a'zolarini

- PET-KT tekshiruvi

TNM va FIGO bo'yicha to'liq bosqichi laporatomiyadan keyin amalga oshiriladi.

Optimal hajmdagi tekshirishda quyidagilar amalga oshiriladi:

Ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va kichik chanoqni vena ichi kontrastlash yordamida KT tekshirish;40 yoshdan katta ayollarda sut bezi rakini tuxumdonga metastazini aniqlash uchun mammografiya o'tkazish; qon zardobida NE 4 ni aniqlash va ROMA indeksini hisoblash(agar morfologik verifikatsiya bo'lmasa),REA va CA 199 ni aniqlash;

Differensial diagnostika quyidagi kasalliklar bilan o'tkaziladi:

Bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanishi ko'p uchraydi (6 ayolning har 3 tasidan). To'g'ri aniqlangan anamnez va qo'shimcha tekshirish usullari bilan dif. diagnoz qilinadi (UTT, sitologik tekshirish va pnevmopelviografiya).

Tuxumdonning xavfsiz o'smalari bilan differensial diagnostika o'tkaziladi. Sitologiya manfiy natija berganda, kichik o'lchamda va bir tarkibga ega bo'lsa, konservativ davo o'tkaziladi. Ma'lum 1 yil o'tgandan keyin operativ davo o'tkazish haqida o'ylab ko'riladi.

Bachadon fibromiomasi bilan dif.diagnostika qilinadi.

Assit bilan kechuvchi jigar sirrozini assit bilan kechuvchi tuxumdon raki bilan dif. diagnoz qilish lozim. Anamnez (gepatit bilan og'rimagan, kasbi bilan bog'liq bo'lmagan surunkali intoksikatsiya) jigar palpatsiyasi (normal yoki kattalashgan) laborator tekshiruv natijalari (ECHT oshishi, assit suyuqligida atipik hujayra borligi) va qo'shimcha tekshirish usullari (pnevmopelviografiya, laporoskopiya) bilan tashxis qo'yish mumkin.

Davolash. Tuxumdon xavfli o'smalarini davolashda asosan kombinatsiyalashgan usul qo'llaniladi. **T1,T2 bosqichlarda** operatsiya (optimal sitoreduktiv operatsiya; bachadon ortiqlari bilan eksterpatsiyasi va katta charvi rezektsiyasi, kattalashgan qorin orti l/t limfodessektsiyasi, qorin parda biopsiyasi va qorin bo'shlig'i va kichik chanoq yuvindisidan biopsiya) + 6 kurs APXT va kuzatuv. **T3 bosqichida** 3 kurs XT + operatsiya (optimal sitoreduktiv operatsiya; bachadon ortiqlari bilan eksterpatsiyasi va katta charvi rezektsiyasi, kattalashgan qorin orti l/t limfodessektsiyasi, qorin parda biopsiyasi va qorin bo'shlig'i va kichik chanoq yuvindisidan biopsiya) + 3 kurs APXT va kuzatuv. **IIIC bosqichida** 4 kurs NPXT(Paklitaksel-karboplatin va bevasitzumab)+operativ davo (radikal operatsiya,bachadon ortiqlari bilan eksterpatsiyasi, iloji bo'lsa kengaytirilgan limfodesseksiya,omentektomiya,yoki sitoreduktiv operatsiya)+4 kurs APXT (Paklitaksel-karboplatin va bevasitzumab). Tuxumdon rakining **IV bosqichida** 6 kurs NPXT (Paklitaksel-karboplatin va bevasitzumab)+operativ davo (radikal operatsiya, bachadon ortiqlari bilan eksterpatsiyasi, omentektomiya, yoki sitoreduktiv operatsiya) + 2 kurs APXT (Paklitaksel-karboplatin va bevasitzumab).

Oqibati.

Kasallikning oqibati rak hujayralarni differensiyasiya darajasiga bog'liq. Yuqori differensiyallashgan turi ko'pincha xavfsiz, past differensiyallashgan turi xavfli va agressiv kechishi mumkin. Germinogen o'smalar tuxumdon hujayralarining differensiyalashmagan elementlaridan kelib chiqadi va bevosita rivojlanish nuqsonlari va genetik buzilishlar bilan bog'liq.

Profilaktikasi

Profilaktika usullariga xavf guruhlarini shakllantirish, o'z vaqtida o'sma oldi patologiyasini aniqlash va davolash, tuxumdonlar saratoni rivojlanishiga olib keluvchi xavf guruhidagi bemorlarini regulyar kuzatuvga olish masalalari kiradi.

SKRINING

Hozirgi paytda tuxumdonlar xavfli o'smalarini aniqlashda samarali skrinig usuli mavjud emas. Ayollar «odatdagi» turmush tarzida tuxumdonlar saratonini aniqlash uchun bimanual ko'rik, genital a'zolar UTT tekshiruvi va C

Xc A 125 o'sma markerlarini tekshirish yetarli hisoblanadi. Patsientlardagi anamnezida oilaviy tuxumdonlar saratoni aniqlansa BRCA1 va BRCA-2 ni aniqlash uchun genetik test o'tkazish lozim bo'ladi.

XXXIV BOB. VULVA RAKI

Vulva raki – ayollar jinsiy a'zolari xavfli o'smalarining 3 - 5 foizini, ayollardagi barcha xavfli o'smalarni 1 foizini tashkil qiladi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, AQSH da 2016 yilda 5100 ta vulva raki bilan yangi holat va 1000 ta o'lim holati aniqlangan. Vulva rakini o'z vaqtida diagnostika qilish mumkin. Bemorlarning yarmidan ko'pi onkologik statsionarga o'smaning mahalliy – regionar tarqalishi bilan murojaat qilmoqda, bu esa kasallikning agressiv kechishi, ko'pchilik bemorlarning yoshi keksaligi va bir qator qo'shimcha kasalliklar bilan birga kelishi esa adekvat davolashni tanlash va o'tkazishda qiyinchilik tug'dirmoqda.

Yoshga bog'liqligi. Vulva raki (68-70 yosh) reproduktiv sistemaning boshqa xavfli o'smalariga qaraganda o'rta yoshda ko'proq uchraydi.

Vulva raki kelib chiqishida patogenetik gipoteza.

Hozirgi vaqtda vulva raki kelib chiqishi 2 ta gipoteza bilan tushuntiriladi: Endokrin - almashinuv buzilishi; vulva raki bilan og'rigan bemorlarga gipotalamo - gipofizar, tuxumdon va adrenal sistema patologik o'zgarishlari xarakterli. Kolpositologik va gormonal tekshirishlar ko'pchilik reproduktiv yoshdagi bemorlarda gipoesterogenemiyani ko'rsatadi, bu esa vulvadagi o'zgarishlar distrofik va atrofik tabiatga ega ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari, vulva raki bilan og'rigan bemorlarga kech balog'atga yetish, menopauzaning erta boshlanishi va yuqori fertillik xos. Gomeostazning buzilishini gipotalamus tomonidan gormonal ta'sirlarga sezgirlik bo'sag'asining yoshga bog'liq oshganligi to'ldiradi, bu esa o'z navbatida giperkortitsizm sindromi va unga xos immunodepressiyasini keltirib chiqaradi.

Virusli gipoteza. Keyingi yillarda epidemiologik tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, vulva rakining genezida viruslarning ahamiyati bor. Bemorlarga turli immunologik testlar qo'yilganda II serotipdagi oddiy gerpes va odam papillomasi virusi bilan infitsirlanishi to'g'risidagi ma'lumotlar olindi.

Fon va rak oldi jarayonlar. Hozirgi paytda nima aynan fon, nima rak oldi jarayonlariga kirishi to'g'risida yagona fikr yo'q. Morfologik nuqtai nazardan fonli jarayonlarga vulva epiteliysining muguzlanishi va yetilishining buzilishi bilan bog'liq patologik jarayonlar kiradi. Klinik fonli jarayonlarga quyidagilar kiradi:

O'tkir uchli kandiloma – so'galsimon bo'rtma yoki ularning qo'shilgan yuzalaridir. O'tkir uchli kandiloma virus etiologiyaga ega bo'lib, ko'pincha yoshlarda uchraydi. Kandilomalarning malignizatsiyasi kam uchraydi.

Vulva kraurozi – vulvaning surunkali invalyutiv – distrofik holati. Klinik krauroz katta va kichik jinsiy lablarning bujmayishi, klitor atrofiyasi, qinga kirish yo'li va uretraning tashqi teshigining torayishi bilan namoyon bo'ladi. Teri va shilliq parda yupqa, yaltiroq, depigmentatsiyalangan va pergamentga o'xshaydi. Deyarli hamma bemorlarning shikoyati oraliq va vulva sohasidagi kuchli qichish bo'lib, ko'pincha kechasi kuchayadi. Tarqalish darajasiga ko'ra tarqalgan krauroz, oraliq terisiga o'tadigan, chov burmalari va son oldingi yuzasiga o'tadigan hamda chegaralangan krauroz – faqat vulva soxasida lokalizatsiyalangan turlari farqlanadi. Kasallikning rivojlanishi uzoq vaqt davom etuvchi gipoestrogenemiyaga bog'liq.

Leykoplakiya – oqimtir giperkeratoz sohalar, yoki yassi pilakcha, yoki teri sathidan ko'tariluvchi orolchalar shaklida bo'lib, kuchli qichishish chaqiradi. Ko'pincha kasallik krauroz bilan birga kechadi.

Hozirgi vaqtda "krauroz" va "leykoplakiya" terminlari faqat klinik ko'rinishini tasvirlash uchun ishlatiladi, chunki morfologik krauroz – bu involyutiv - distrofik jarayon bo'lib, vulvaning ko'pchilik kasalliklari natijasi bo'lishi mumkin. Leykoplakiyadagi gistologik tahlil esa dermatozdan to atipiyagacha turlanishi mumkin. Faqat displaziya bo'lganda kandiloma, krauroz va leykoplakiya rak oldi jarayonlariga kiradi. Vulva displaziyasi – vulva ko'p qavatli yassi epiteliysining qavatlanishi buzilishi bilan bog'liq atipiyasi, lekin jarayon yuzaki qavat va bazal membranaga o'tmaydi.

Fon va rak oldi jarayonlarini davolash. Epiteliyning patologik holatini yo'qotishga qaratilgan. Shu maqsadda quyidagi konservatik choratadbirlar o'tkaziladi: parhez, yallig'lanish o'choqlari sanatsiyasi, antigistamin terapiya. Shuningdek, aloe, shishasimon tanalar inyeksiyasi, autogematoterapiya o'tkaziladi. Mahalliy davo sifatida issiq vanna, 1-3 foizli sirka kislotasi bilan artish, qichishishni yo'qotish uchun gormonal malhamlar, lorinden, flutsinar, spirt - novokainli blokadalar qo'llaniladi.

Lekin o'tkazilgan davo choralari, bemorning obyektiv va subyektiv ahvolining yaxshilanishiga qaramay jarayon ko'pincha retsidivlanadi.

Bundan tashqari vulva distrofiyasini konservativ davolash rak rivojlanishining oldini olmaydi.

Leykoplakiya bilan og'rigan bemorlarga alohida e'tibor qaratish kerak, chunki bunda konservativ davo samarasiz, xirurgik va krioxirurgik davo esa rakning oldini oladi. Xirurgik davo sifatida ayniqsa displaziya bo'lganda oddiy vulvektomiya operatsiyasi o'tkaziladi.

Vulvaning preinvaziv raki alohida o'rin egallaydi. Bu termin asosida vulva terisi va shilliq pardasi yassi epiteliysining patologiyasi tushuniladi, bunda vulva hamma qavatlarda rakning gistologik belgilari, qavatlanish va qutblanish yo'qolishi bo'lib, bazal membrana orqali stromaga invaziyasi kuzatilmaydi.

Ko'pincha vulvaning preinvaziv raki distrofiyaning klinik belgilari bo'lgan bemorlarda gistologik tekshiruvda aniqlanadi. Bundan tashqari raknig maxsus klinik turlari bor:

Bouen kasalligi yoki Bouen diskeratozi 20 yoshdan 80 yoshgacha uchrab, yuzasi ko'tarilgan pilakchalar shaklida bo'ladi. Pilakchalarning tashqi ko'rinishi turlicha – yuzasi qipiqlanuvchi tariq kattaligidagi papula yoki kichik tanga shaklidagi tangacha - po'stloqchalar bilan qoplangan disk. Pillakchalar periferiyasi keskin ko'tarilgan va qizil jigarrang bilan intensiv bo'yalagan, markazi esa chandiqlangan. Ba'zida pilakchalar bir-biri bilan qo'shilib politsiklik shaklga ega bo'ladi. Gistologik tekshirganda dis - va parakeratoz belgilari bo'lgan ko'p miqdordagi atipik hujayralar aniqlanadi.

Pedjet kasalligi – sut bezidan tashqari, klinik oqish - kulrang papulalar paydo bo'lib, teri sathidan ko'tarilgan, noto'g'ri shakldagi va po'stloq bilan qoplangan bo'ladi. Tashqi ko'rinishidan ekzemaga o'xshaydi. Gistologik tekshirganda katta, o'simtalari yo'qolgan, yadrolari yorug' bo'shliqda joylashgan hujayralar aniqlanadi (Pedjetning "vakuolizatsiyalangan hujayralari").

Vulva preinvaziv rakini davolash – xirurgik, oddiy vulvektomiya o'tkaziladi. Krioxirurgik usuldan oldin operativ davo o'tkazish afzalligi shundaki, bunda to'liq gistologik tekshirish o'tkazish mumkin bo'ladi, katta va kichik jinsiy lablar to'qimasi olib tashlanadi, jarayon retsidivlanishi istisno qilinadi.

Vulva rakining klinik kechishi.

Vulva rakiga bosqichli kechish xarakterli: uzoq davom etgan distrofiya fonida epidermisning haqiqiy rak oldi kasalligi rivojlanadi – displaziya va preinvaziv rak. Displaziyaning keyingi evolyutsiyasi invaziv rak

shakillanishiga olib keladi. Keyingi bosqich – mahalliy infiltrativ o'sish va erta metastazlanishning qo'shilishi. Bemorlar onkologik statsionarga odatda kasallikning shu davrida yuboriladilar (yoki o'zlari murojaat qilishadi).

Vulva raki simptomatologiyasi turli xilligi bilan ajralib turadi. Bemorlar o'smadan, qichishish, og'riqli yara, yiringli yoki seroz – yiringli ajralmadan shikoyat qilishadi. Vulva rakini I-II bosqichda aniq lokalizatsiyasini bilish mumkin, keyinchalik tarqalgandan keyin o'sma paydo bo'lgan joyini amalda aniqlab bo'lmaydi. Ko'pincha o'sma katta jinsiy lablar (45 foiz), klitor (28 foiz), kichik jinsiy lablar (18 foiz), butun vulvani (9 foiz) zararlaydi. Klitor sohasida joylashgan o'smalar agressivroq kechadi. Bu qon bilan ta'minlanishi va limfa oqimi hususiyatlari bilan tushuntiriladi. Kichik jinsiy lablardagi rak kechishi nisbatan yaxshiroq. Katta jinsiy lablar soxasida joylashgan rak oraliq holatni egallaydi.

Vulva rakiga multitsentrik o'sish xarakterli – o'sma o'choqlarining vulvani turli qismlarida paydo bo'lishi va birlamchi o'choq olib tashlangach ma'lum vaqtdan keyin yuzaga kelishi.

Metastazlanish xususiyatlari. Vulva rakining metastazlanishi limfogen va erta muddatlarda boshlanadi. Limfogen metastazlanishning 1 – bosqichi – chov - son kollektori tugunlari, yuza va chuqur qavatlarda joylashadi. Keyin yonbosh limfa tugunlari zararlanadi, ko'pincha tashqi va yopqich limfa tugunlari. Limfogen metastazlanishning III – bosqichida paraaortal limfa tugunlar zararlanadi.

Vulva rakidan o'lgan bemorlar autopsiyasida uzoq organlarga metastaz berish holati kuzatilmagan.

Vulva rakining TNM (2010) va bosqichlar bo'yicha FIGO (2009) klassifikatsiyasi.

TNM FIGO

Tx – birlamchi o'smani aniqlab bo'lmaydi

T0 – birlamchi o'sma aniqlanmaydi

Tis – preinvaziv karsinoma

T1 I – o'sma vulva bilan chegaralangan

T1a IA - o'sma diametri 2 sm gacha, invaziya chuqurligi 1mm gacha

T1b IB - o'sma diametri 2 sm dan katta, invaziya o'sha chuqurlikda

T2 II – o'sma turli o'lchamda uretra va/yoki qin pastki uchligigacha yoki anal xalqagacha tarqalgan;

T3 II A – o'sma turli o'lchamda, qo'shni organlarga (uretra, siydik pufagi va to'g'ri ichak 2/3 qismi shilliq pardasiga) va to'qimalarga (oraliq, chanoq suyagi) o'sib kiradi

N1a IIB – 1-2 ta regionar limfa tugunlarga <5mm o'lchamdagi metastazlar

N1b IIC - 1 ta regionar limfa tugunlarga >5mm o'lchamdagi metastazlar

N2a IIIA - 3 yoki undan ko'p regionar limfa tugunlarga <5mm o'lchamdagi metastazlar

N2b IIIB - 3 yoki undan ko'p regionar limfa tugunlarga >5mm o'lchamdagi metastazlar

N2c IIIC - regionar limfa tugunlarning ekstrakapsulyar metastazlar bilan zararlanishi

N3 IVA - regionar limfa tugunlarda harakatsiz, yemirilgan metastazlar

M1 IVB - uzoq metastazlar mavjud, chanoq limfa tugunlariga metastazlar ham bor

Vulva raki diagnostikasi quyidagi chora - tadbirlardan iborat: Umumiy ginekologik ko'rik fon kasalliklarni (leykoplakiya, krauroz) topishga, hamda o'sma joylashishini aniqlashga yordam beradi. Ko'rikka asoslanib xavfli o'smalar borligini aniqlash mumkin.

Diagnostikaning keyingi bosqichi vulvoskopiya. Vulvoskopiya kolposkop yordamida o'tkaziladi. Katta va kichik jinsiy lablar, klitor va orqa gumbaz yuzasi ko'zdan kechiriladi. Vulvoskopiya patologiya xarakterini yaqqol aniqlashga, multitsentrik o'sishda subklinik o'choqlarni topishda va sitologik tekshirish uchun surtma – skarifikat, gistologik tekshirish uchun biopsiya olish kabi diagnostik tadbirlarni o'tkazishda yordam beradi.

Keyinchalik, davolashni to'g'ri rejalashtirish uchun limfografiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya, ekskretorurografiya o'tkaziladi.

Diagnostika qilishning juda qiyin hollarida radioaktiv fosfor P^{32} bilan skanerlash o'tkaziladi, bu proliferatsiyalangan to'qimada radiofarmpreparatning ko'p to'planishiga asoslangan, bu metodika vulva raki va displaziyasini subklinik o'choqlarini aniqlashga yordam beradi.

Differensial diagnostika – fonli jarayonlar – leykoplakiya, krauroz, kandilomalar bilan o'tkaziladi. Ularni xavfli o'smalardan farqlaydigan yagona mezon bu sitologik va gistologik tekshiruv.

Vulva melanomasi – o'ta agressiv o'sma bo'lib, vulvaning xavfli o'smalari orasida 5 foizni tashkil qiladi. Kasallik klinikasi turlicha. Asosiy simptomlari avval mavjud bo'lgan pigment hosilaning kichiklashuvi yoki

kattalashuvi qonli yoki qon aralash ajralmalar, qichishish, eritemali hoshiya va satellitlar bo'lishi. Vulva melanomasi va nevusini davolash maxsuslashtirilgan onkologik statsionarlarda o'tkazilishi lozim.

Qin va vulva mikozlari epidermisning zamburug'lar bilan zararlanishi spetsifik klinikasiga ega bo'lib, qichishish bilan kechadi. Zamburug'li zararlanishda teri pigmentatsiyasi va mayda tangachali qipiqlanish kuzatiladi. Ko'pincha qo'ltiq osti sohasida ham zamburug'li zararlanish o'choqlari aniqlanadi. Tipik holatlarda diagnoz tashqi ko'rik yordamida qo'yiladi. Murakkab va atipik holatlarda diagnoz sitologik tekshirish yordamida qo'yiladi.

Qattiq shankr birlamchi zaxmning ko'rinishi hisoblanadi. Hozirgi paytda vulvaning zahmli yaralari kam uchraydi. Shakllangan shankr aylana yoki oval shaklga ega. Shankr qirralari yumaloq, yara tubi silliq bo'ladi. Yara tubi yaltiroq, silliq. Shankr uchun chegaralangan tog'ayli zichlashish oraliq tugunlarining kattalashishi va og'riqli bo'lishi.

Ko'pchilik hollarda diagnoz tashqi ko'rik yordamida qo'yiladi. Diagnoz tasdiqlash uchun qonni KBR va RV ga tekshirish kerak.

Vulva rakini davolash kombinatsiyalashgan. TisNoMo bosqichida operatsiya (zararlanish qirrasidan 0,5 – 1 sm tashlab keng local kesib olish yoki oddiy vulvektomiya, yoki ftoruratsilninig 5% li malhami bilan applikatsion ximioterapiya) o'tkazish. **T1aNoMo bosqichida** operatsiya (keng local kesib olish, chov – son limfadenektomiyasiz) + kuzatuv. **T1bNoMo lateral zararlanish bosqichida** operatsiya (radikal vulvektomiya, kasallangan tomonda chov – son limfadenektomiyasi bilan) + metastazlar topilsa – ad'yuvant ximioterapiya. **T1bNoMo markaziy zararlanish bosqichida** operatsiya (radikal vulvektomiya, ikki tomonlama chov – son limfadenektomiyasi bilan) + metastazlar topilsa – ad'yuvant ximioterapiya + kuzatuv. **T2NoMo markaziy zararlanish bosqichida.** O'sma o'lchami 4sm gacha bo'lganda, (radikal vulvektomiya, ikki tomonlama chov – son limfadenektomiyasi bilan) + metastazlar topilsa ximio-nur terapiyasi + kuzatuv. Agar o'sma o'lchami 4sm dan katta bo'lganda, operatsiya olda nur terapiyasi bilan birga tarkibida platina preperati saqlovchi dorilar bilan ximioterapiya + operatsiya + kuzatuv. (radikal vulvektomiya, ikki tomonlama chov – son limfadenektomiyasi bilan) + metastazlar topilsa ximio-nur terapiyasi + kuzatuv. **T1,T2N1a,N1bM0; T1,T2N2a,N2bM0 bosqichida** ximio-nur terapiya +

iloji bo'lsa qoldiq o'smani xirurgik olib tashlash + kuzatuv. **T1,T2N3M0 bosqichida** radikal programma bo'yicha ximio-nur terapiya + kuzatuv. Retsidiv holatlarda Palliativ XT yoki simptomatik davo.

XXXV BOB. TROFOBLASTIK KASALLIKLAR

Trofoblastik kasalliklar atamasi klinik kechishi va oqibati bilan birbiridan farq qiluvchi bir nechta nozologik birliklarni o'z ichiga oladi. Bu o'smalarni trofoblastdan ustunligi bilan o'zaro bog'lanadi. BJSST klassifikatsiyasiga muvofiq bu guruhga quyidagi nozologik birliklar kiradi:

1. Oddiy yelbo'g'oz
2. To'liq yelbo'g'oz
3. Qisman (nolo'liq) yelbo'g'oz
4. Invaziv yelbo'g'oz
5. Disseminirlashgan (tarqalgan) yelbo'g'oz
6. Xorionkarsinoma
7. Platsenta joyining trofoblastik o'smasi
8. Epitelioid trofoblastik o'sma

Trofoblastik o'smalar barcha onkoginekologik o'smalarning 1 foizini tashkil qiladi va ko'pincha reproduktiv yoshdagi ayollar kasallanadi. Trofoblastik o'smalar yuqori xavflilik darajasi, tez uzoq metastazlar berishi, va unda, uzoq metastazlar bo'lganda ham faqat ximioterapiya usulida davolanganda butunlay tuzalib ketishi bilan xarakterlanadi. Sog'aygandan so'ng ko'pchilik ayollarda reproduktiv funktsiya saqlanib qoladi.

Geografik xususiyati. Trofoblastik o'smalari ko'proq Osiyo davlatlarida uchraydi, Yevropa mamlakatlarida 30-40 marta kam uchraydi. Ayrim mualliflar tomonidan bu kasallikni tarkibi boy bo'lmagan ovqatlar bilan ovqatlanish, yashash darajasi pastligi bilan bog'lash hech qanday ob'ektiv tasdiqlanmagan. Trofoblastik kasalliklar sonining oshishini yuqori fertillik, ko'p homiladorlik va ular orasidagi interval qisqaligi, immunodefitsit holat bilan bog'liqligi haqidagi taxminlar nisbatan ko'proq tarqalgan.

Yoshga bog'liq xususiyatlari.

Trofoblastik kasalliklar reproduktiv davrdagi ayollarda asosan 25 yoshgacha va 40 yoshdan keyin ko'p uchraydi.

Trofoblastik o'smalar patogenezi.

Trofoblast o'smalari rivojlanish sabablarini o'rganib chiqishda trofoblastning ota va ona genlar yig'indisini tashuvchi to'qimaligi va uning o'zi ona organizmi uchun allotransplantant ekanligini esda tutish kerak.

Bundan tashqari normada trofoblast elementlari bachadon shilliq qavatiga nisbatan gistolitik va invaziv xususiyatga ega. keyinchalik differensatsiya jarayonida trofoblast xorionik garmonlar ajratuvchi endokrin organ funksiyasini bajaradi. Normal fiziologik mexanizmning buzilishini chaqiruvchi sabablar immunogenetik buzilishlar nazariyasi bilan tushuntiriladi. Bu nazariyaga ko'ra turli darajada lokalizatsiyalashgan gameta paydo bo'lish darajasi, erta embriogenez davri, genetik deffektlar embrioblastning halok bo'lishiga olib keladi. Embrioblast halok bo'lgandan so'ng hamma oziq moddalar trofoblastga borib uning proliferatsiyasiga olib keladi. Gen mutatsiyasiga sitomegaloviruslar ham sabab bo'lishi mumkin. Kuchli immunodepressor bo'lgan xoriongonodotrop trofoblastning o'sma xususiyatini oshishiga muhim rol o'ynaydi.

Yelbo'g'oz – rivojlanishining ma'lum davrida halok bo'lgan embrionli yoki embrionsiz urug'lanishning patologik mahsuloti. To'liq va noto'liq yelbug'oz farqlanadi.

To'liq yelbo'g'oz yadrosiz tuxum hujayraning urug'lanishidan paydo bo'ladi. Urug'lanish mahsuloti yashash qobiliyatiga ega bo'lmaydi va 2-3 haftada halok bo'ladi. Trofoblastdagi o'zgarishlar keng tarqalgan bo'ladi.

Noto'liq (qisman) yelbo'g'oz – rivojlanishining ma'lum davrida – 8-9 haftada halok bo'lgan homila borligi bilan farqlanadi, xorion epiteliydagi o'zgarishlar o'choqli xarakterga ega bo'ladi.

Yelbo'g'oz morfologik vorsinkalari shishgan gipertenziyaga uchragan xorion epiteliydan tashkil topgan.

Invaziv yelbo'g'oz–trofoblast giperplaziyasi, bachadon mushagida invaziyasi bilan kechuvchi o'sma yoki o'smasimon jarayon. Ko'pincha to'liq yelbo'g'oz natijasida paydo bo'ladi, metastaz berishi mumkin, lekin haqiqiy rak jarayoni kuzatilmaydi.

Xorionkarsinoma – bu trofoblastning sitotrofoblast va sintsitiotrofoblast qavatlaridan rivojlanuvchi rak o'smasi. O'sma homila tuxumi yopishgan joyda tugunsimon shaklda o'sib, o'sha joyda qon quyilish va nekroz maydonlari kuzatiladi.

Platsentar reaksiya – platsenta joyida yallig'lanish va trofoblast hujayralarining fiziologik topilishi.

Gidropik degeneratsiya – Makroskopik yelbo'g'ozni eslatadi, lekin morfologik tekshirganda giperplaziyalangan xorial epiteliy topilmaydi.

Platsenta joyining trofoblastik o'smasi. Bu o'sma platsenta joyi trofoblastidan past bo'lib sitotrofoblast hujayralaridan iborat, kam uchraydi va yuqori darajada xavfli xususiyatga ega.

Klasifikatsiyasi:

I bosqich – bachadonning chegaralangan zararlanishi

II bosqich – bachadondan tashqariga chiqqan, lekin kichik chanoq a'zolari bilan chegaralangan (bachadon ortiqlari, bachadonning keng bog'lami va qinga)

III bosqich – o'pkaga metastaz bergan

IV bosqich – boshqa organlarga metastaz bergan.

Yelbo'g'oz klinikasi.

Yelbo'g'ozning klassik belgisi bu bachadon o'lchamining homiladorlik muddatiga to'g'ri kelmasligi. 80 foiz hollarda turli intensivlikdagi qon ketish, ayrim bemorlarda qon ketishdan oldin og'rik xurujlar kuzatiladi.

Homiladorlikning katta muddatlarida homila yurak urishi va harakatining yo'qligi. Qinni ko'rganda qin shilliq qavatlari va bachadon bo'yni kuchli tsianozi bilan, bimanual tekshirganda tekalyuteinli kistalar aniqlanadi.

Yelbo'g'oz rivojlanishida xavf omillari.

Yelbo'g'oz rivojlanishida yoshning muhim rol o'ynashi aniqlangan. Homiladorlik 15 yoshdan 20 yoshgacha va 35 yoshdan 50 yoshgacha yuzaga kelsa yelbo'g'oz xavfi 40 marta, 15 yoshgacha yuzaga kelsa 200 marta oshadi. Bir tuxumdan rivojlangan egizaklarda kasallanish xavfi oshadi, qayta yelbo'g'oz paydo bo'lish xavfi 50 marta oshadi.

Diagnostika.

Hozirgi zamonda trofoblastik kasalliklarni diagnostikasi asosan 4 ta tekshirish usuliga asoslangan: klinik, rentgenologik, gistologik va xoriongonodotropinni aniqlash.

Klinik diagnostika bosqichida anamnez yig'ish va ehtiyotlik bilan ginekologik tekshirish muhim rol o'ynaydi. Bu ma'lumotlar asosida bemorga faqat trofoblastik kasallik borligiga shubha qilish mumkin. Ultratovush tekshirish yuqori informatsiya berishi oddiyligi va ishonchliligi bilan farqlanadi. Bu kasallikda bachadon o'lchami kattalashganligi, homila yo'qligi, gomogen mayda kistoz to'qima "qor bo'roni simptomi" borligi aniqlanadi.

Rentgenologik tekshirish diagnoz qo'yishda asosiy usullardan biri hisoblanadi. O'pka rentgenografiyasi metastazni aniqlashda va gisterosalpingografiya esa diagnozni tasdiqlaydi.

Diagnostikaning gistologik usuli trofoblastlardan biri hisoblangan, ya'ni homiladorlikni to'xtatishdan keyin yoki tug'ruqdan keyingi qon ketishda bachadondan olingan qirindini gistologik tekshiruv o'tkazmaslik, qayta tekshirishda ko'pincha yolg'on manfiy natija berishi bilan bog'liq. Bachadonni qirishni noto'liq bajarish, biopsiya materialida o'sma to'qimasi yo'qligi yoki ularning nekrozga uchragan qismlari borligi tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Natija manfiy bo'lganda o'smaning subseroz va intramural tugunlarini esdan chiqarmaslik kerak. Tashxis qo'yishning biologik va immunologik usullari trofoblastik o'smalarni normal platsentaga o'xshab xorionik gormon ajratishiga asoslangan. Miqdoriy sinamalar (AshgeymSondek, Galli-Manini) hozirgi vaqtda deyarli qo'llanilmaydi. Organizmning xoriongonodotropinga to'yinganligini aniqlovchi gravimun sifatiy sinamalari hozirda keng qo'llanilmoqda. Radioimmunologik usul bilan qonda va siydikda xoriongonodotropin miqdorini aniqlash kasallikga erta tashxis qo'yish va ximioterapiya o'tkazishni boshqarishda katta yordam bermoqda.

Yelbo'g'ozni olib tashlash usullari. O'smani evakuatsiya qilishni quyidagi usullari bor:

1. Medikamentoz usul oksitotsin va prostoglandin yordamida o'tkaziladi.
2. Instrumental kyuretaj yoki vakuum-aspiratsion, jarrohlik usuli – bemor hayotiga xavf soluvchi holatlarda (qon ketish, koagulopatiya, bachadon perforatsiyasida) ekstirpatsiya qo'llaniladi. BDSST xulosasiga ko'ra yelbo'g'ozni bachadon qisqaruvchanligini dori vositalari yordamida oshirib yelbug'ozni olib tashlash oddiy kyuretaj yoki vakuum – aspiratsiyaga qaraganda yelbo'g'oz desseminatsiyasini oshiradi. Bu ikkala usuldan vakuum aspiratsiyasi usuli kam invaziv hisoblanadi.

Yelbo'g'ozni davolash – yelbo'g'oz o'zining malignizatsiyasi bilan xavfli bo'lib, unga chalingan ayollarni 2 guruhga bo'lish mumkin.

1. Noqulay omillari bor ayollar
2. Noqulay omillari yo'q ayollar Noqulay omillarga quyidagilar kiradi:
    1. Bachadon o'lchami 8 haftalik homiladorlikdan katta
    2. Qayta yelbo'g'oz bilan kasallanish

3. Yelbo'g'ozni olib tashlash usuliga
4. Tekalyuteinli kista
5. Yoshi 40 yoshdan katta
6. Hayzning kech boshlanishi
7. Homiladorlik soni ko'pligi
8. Yelbo'g'oz bilan kechgan homiladorlikni tug'ruq bilan tugashi
9. Yelbo'g'oz olib tashlangandan so'ng 4-8 hafta o'tgach qonda xorion gonodotropin titri 20 000 Med/l, siydikda 30 000 Med/l dan ko'p bo'lishi.

Amaliy nuqtai nazardan ximioterapiyani qachon o'tkazish yoki undan voz kechishni, hamda xorionkarsinoma rivojlanganligiga shubha qilganda ximiotrepaiya o'tkazish kerakligini bilish kerak. Buning uchun gravimun bilan sinama o'tkaziladi. Normal tug'ruqdan so'ng bu sinama 2 - 3 hafta (21 kundan) dan so'ng manfiy bo'ladi, abortdan so'ng 4 xafta (28-30 kun) dan keyin (-) bo'ladi. Yelbo'g'ozdan keyin xoriongonodotoropin titri 8 haftadan so'ng aniqlab bo'lmaydigan darajada kamayib ketadi.

Bemorda uch yoki undan ko'p noqulay faktorlar bo'lganda monoximioterapiya o'tkaziladi.

Yelbo'g'oz davolangandan so'ng 1 yil davomida gravimun bilan sinama har oy takrorlanadi. 2 yilu 3 oyda 1 marta takrorlanadi. 1 yil davomida bemorlarga steroid kontratsepsiya tavsiya etiladi.

Noqulay omillari bo'lmagan bemorlarni gravimun sinamasi qo'yib kuzatib boriladi.

Invaziv yelbo'g'oz – faqat yelbo'g'ozdan rivojlanadi. Uning diagnostikasi yelbo'g'oz olib tashlangandan so'ng xoriongonodotropin titri yuqori bo'lishiga asoslangan. Invaziv yelbo'g'oz tashxisi qo'yilgan ayollarga ximioterapiya o'tkaziladi.

Xorionkarsinoma – trofoblastik kasallikning xavfli shakli bo'lib, har qanday tug'ruq, abort, yelbo'g'ozdan keyin, o'z-o'zidan bola tashlash va ektopik homiladorlikdan keyin rivojlanadi.

Xorionkarsinoma ko'pincha yelbo'g'ozdan keyin (38 foiz), abortdan keyin (32 foiz), tug'ruqdan so'ng (14 foiz), o'z-o'zidan bola tashlash (12 foiz), ektopik homiladorlikdan keyin (4 foiz) rivojlanadi. Kasallik kechishi va oqibati homiladorlikning normal yoki patologik kechishi bilan bog'liq. Homiladorlik patologik (yelbo'g'oz yoki ektopik homiladorlikda) kechgan

ayollarga nisbatan davo muolajalari yaxshi effekt beradi. Prognostik belgilardan yana biri bu homiladorlik tugaganidan to xorionkarsinoma belgilari paydo bo'lguncha bo'lgan latent davr hisoblanib, bu davr qancha uzoq bo'lsa oqibati shunchalik yomon.

Xorionkarsinoma klinikasi:

Birinchi guruh simptomlari – bachadon zararlanish simptomlari. Bachadon o'sma tuguni hisobiga assimetrik kattalashadi. O'sma tuguni yemirilishi va bachadon mushagi qon tomirlariga o'sishi hisobiga bemorlarda jinsiy a'zolardan qonsimon ajralma ajralishi kuzatiladi. Infeksiya qo'shilganda ajralmalar yiringli, badbo'y hidli bo'ladi. Ayrim bemorlarda o'sma nerv ustunlarining bosilishi va seroz qavatga o'sib kirishi hisobiga og'riq kuzatiladi.

Ikkinchi guruh simptomlari a'zolarning metastatik zararlanishi bilan bog'liq. Xorionkarsinoma uchun gematogen metastazlanish xos, ko'pincha o'pka (76 foiz) zararlanadi. Metastatik o'choqlar mayda, o'pka periferiyasida joylashib uzoq vaqt belgilarsiz kechadi. Metastazlanish bo'yicha keyingi o'rinda qin turadi – o'choqlar shilliq osti qavatida "ko'zcha" shaklida joylashadi. Tuxumdonga ham metastaz beradi, operatsiya davomida ularni qoldirish mumkin. Og'ir asoratlaridan biri bosh miyaga metastaz berib, nevrologik simptomatika bilan kechadi.

Uchinchi guruh simptomlari – organizmning umumiy intoksikatsiyasi. O'sma tez progressiv o'sganligi sababli intoksikatsiya erta rivojlanadi va tez xavfli anemiya, noto'g'ri va gektik tipdagi isitma, keskin ozib ketish kuzatiladi.

Xorionkarsinomani davolash.

Xorionkarsinomani davolashda xavfli omillarini hisobga olib, ratsional ximioterapiya o'tkaziladi. Bunda bemorning umumiy ahvoli, periferik qon ko'rsatkichlari, jigar va buyraklar holati hisobga olinadi. Ma'lumki, ximioterapiya kurslari intervallar bilan o'tkaziladi, bunda ham klinik effektni saqlab turish va toksik belgilarni bartaraf etish kerak. Davolash effektivligi xoriongonodotropin miqdorining kamayishi bilan belgilanadi. Hozirgi paytda metastazsiz xorionkarsinoma va yelbo'g'oz bilan kasallangan ayollarda davolangandan so'ng hayz, generativ funksiyasi tiklanishi mumkin. Ximioterapevtik preparatlar xromosoma to'plamiga zararli ta'sir ko'rsatmaydi va steroid kontratsepsiyadan keyin yelbo'g'oz 2 yil o'tgach, nometastatik xorionkarsinomada 3 yil o'tgach homiladorlikka ruxsat beriladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Muratxajayev N.K. «Onkologiya» Darslik 2001y.
2. Атлас онкологических операций / под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 б.
3. Бережная Н.М., Чехун В.Ф. Иммунология злокачественного роста. - Киев: Науковая думка, 2005. - 791 б.
4. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. - М.: Медицина, 1982. - 271 б.
5. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник. - М.: МИА, 2004. - 516 б.
6. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник. - М.: МИА, 2006. - 484 б.
7. Ганцев Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии: учеб. пособие.- М.: МИА, 2007.- 416 б.
8. Гарин А.М., Базин И.С. Злокачественные опухоли пищеварительной системы. - М., 2003. - 256 б.
9. Гранов А.М., Давыдов М.И. Интервенционная радиология в онкологии. - СПб., 2007. - 344 б.
10. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии. - М., 2006. - 239 б.
11. Давыдов М.И., Демидов Л.В., Поляков Б.И. Основы современной онкологии: учебник. - М., 2002. - 237 б.
12. Давыдов М.И, Стилиди И.С. Рак пищевода. - М.: Практическая медицина, 2007.
13. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Атлас по онкологии. - М., 2008. -416 б .
14. Давыдов М.И, Вельшер Л.З., Поляков Б.И, Ганцев Ш.Х, Петерсон С.Б. и др. Онкология: модульный практикум. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 320 б.
15. Имянитов Е.Н., Хансон К.П. Молекулярная онкология. Клинические аспекты. - СПб., 2007. - 211 б.

16. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: учеб. пособие: в 2 т. / Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, О.П. Модников. - М., 2004.

17. Линденбратен Л. Д., Королюк И П. Медицинская радиология: учебник. - 2-е изд. - М.: Медицина, 2000. - 670 б.

18. Маммология. Национальное руководство / под ред. Н.И. Рожковой,
В.П. Харченко. - М., 2013. - 600 б.

19. Онкология. Под. ред. О.О. Янушевича, Л.З. Вельшера, Г.П.Генс, А.Ю. Дорбышева. Москва, 2019 г. 595 б.

20. Онкология. Национальное руководство. Под. ред. В.И. Чиссов, М.И.
Давыдов.
ГЭОТАР – Медия. 2013 г. 584 б.

JO'RAEV M.D., KARIMOVA M.N., ULMASOV F.G'.

"ONKOLOGIYA"

Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun "Onkologiya" fanidan darslik

2 - nashr

"ARTEX NASHR"

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova
Musahhih — Musurmonov San'at
Texnik muharrir — Raxmonov Shohimardon
Dizayner va sahifalovchi — Raxmonov Shahzod

"ARTEX NASHR" bosmaxonasida chop etildi.
Samarqand shahar, Alisher Navoiy ko'chasi 27 - uy

Bosishga *05.01.2026* ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 11 Bichimi 60x84 1/16. "Times New Roman" garniturasi. 20 bosma taboq. Adadi: *500* nusxa. Buyurtma raqami: 96-01 / *05.01.2026*
Tel: +998 97 897-80-00



O'RAEV M.D.
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti «Onkologiya» kafedrasi professori t.f.d.



KARIMOVA M.N.
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti «Onkologiya» kafedrasi dotsenti, t.f.n.



O'LMASOV F.G'
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti «Onkologiya» kafedrasi dotsenti, t.f.n.

9 789910 856761