

Н. Қ. МУРОДХЎЖАЕВ, Т. Қ. ХУДОЙҚУЛОВ,  
М. Д. ЖЎРАЕВ

# ОНКОЛОГИЯ

*Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта  
махсус таълим вазирлиги тиббиёт  
институтлари талабалари учун  
дарслик сифатида рухсат этган*

ТОШКЕНТ  
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ  
ТИББИЁТ НАШРИЁТИ  
2002

Тақризчилар: I Тошкент Давлат тиббиёт институти онкология курси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор *Н. Э. Отахонова*, Самарқанд Давлат тиббиёт институти онкология курси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор *Ш. Р. Ҳасанов*.

**Муродхўжаев Наримон Қодирович** ва бошқ.  
 М89 Онкология: Тиббиёт институтлари талабалари учун дарслик (Н. Қ. Муродхўжаев, Т. Қ. Худойқулов, М. Д. Жўраев. — Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашр., 2002.—264 б

1. 1,2 Муаллифдош.

Ўзбекистон Республикаси Мустақилликка эришгандан сўнг тиббиёт институтлари талабалари учун онкология бўйича ўзбек тилида дарслик яратиш зарурати туғилди. Китобда Ўзбекистонда хавfli ўсмалар тарқалишининг ўлкага хос хусусиятлари, мамлакатимиз олимларининг жаҳонда энг кўп тарқалган хавfli ўсмаларни ташхис қилиш, даволаш ва профилактикаси соҳасидаги арзигулик хизматлари ёритилган.

Хавfli ўсма касалликларининг мураккаб экологияси муаммоси дарсликда жаҳон фанининг молекуляр биология, генетика ва иммунология соҳасидаги сўнгги ютуқларига асосланиб содда ва раvon тилда баён этилган.

Дарслик Республика Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги дастурига мувофиқ ёзилган. Тиббиёт институтлари талабаларига мўлжалланган, ундан бирламчи ихтисослаштириш курслари тингловчилари ва врачлар ҳам фойдаланишлари мумкин.

**ББК 55.6я73**

## СЎЗ БОШИ

Хавфли ўсмалар (саратон, рак) кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларга кўра, сўнгги йилларда дунёда ҳар йили 9 миллионга яқин одам саратон билан касалланади ва улардан 6 миллионга яқини дунёдан кўз юмади. Бу рақамлар секин-аста ўсиб бормоқда. Хавфли ўсмалар муаммосини ечиш соғлиқни сақлаш ташкилоти ходимларининг марказий масалалардан бири бўлиб қолмоқда.

Одатда онкологик касаллиги бор беморлар биринчи бўлиб онкологга эмас, балки бошқа соҳа шифокорларига муурожаат этадилар. Хавфли ўсмаларнинг бошланғич белгиларини билиш даражаси, уни ўз вақтида аниқлай олиш ва беморни тезда мутахассисларга юборилиши кўпинча беморнинг тақдирини ҳал қилади.

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан кейин кадрлар тайёрлаш давлат дастури тузилиб, тиббиёт соҳасида умумий амалиёт шифокори тайёрлашга ўтилганлиги туфайли ушбу дарсликни яратишга зарурият туғилди. Ушбу дарслик давлат тилида ёзилган биринчи дарслик бўлиб, унда хавфли ўсмаларнинг келиб чиқиш омиллари, нормал ҳужайранинг ўсма ҳужайрасига айланиш механизмлари, ташхисоти, даволаш, олдини олиш қоидаларининг энг янги маълумотлари мужассамлашган.

Дарслик Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим ва Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган дастур асосида ёзилди. У умумий ва махсус қисмлардан иборат бўлиб, умумий қисмида хавфли ўсмалар этиологияси, патогенези, таснифи, эпидемиологияси, профилактикаси, ташхис қўйиш ва даволаш асослари, деонтология масалалари ва онкологик ёрдамни ташкил қилиш муфассал баён этилган. Хусусий онкология қисмида дунёда ва Ўзбекистонда кенг тарқалган хавфли ўсмалар тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Дарсликни ёзишда рус, инглиз ва ўзбек тилларида нашр қилинган онкологияга доир турли адабиётлар, қўлланмалар ҳамда кўп йиллик клиник тажриба асосида тўпланган материаллардан фойдаланилди. Дарслик биринчи марта нашр этилаётганлиги сабабли унда баъзи хато ва камчиликлар учраши мумкин. Муаллифлар ушбу дарслик тўғрисидаги фикр ва мулоҳазаларни, тилак-истакларни миннатдорчилик билан қабул қиладилар.

# УМУМИЙ ҚИСМ

## I БОБ

### ОНКОЛОГИЯ ҲАҚИДА ТУШУНЧА, УНИНГ ТАРИХИ ВА ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТДА ТУТГАН ЎРНИ

Онкология — хавфли ўсмалар (саратон, рак) муаммоси, унинг тарихи, келиб чиқиш омиллари, нормал ҳужайранинг ўсма ҳужайрага айланиш механизмларини аниқлаш, даволаш ва олдини олиш каби барча тармоқларни ўрганувчи фандир. Маълумки, бутун жонзот (ўсимликлар, ҳайвонлар, одамзод) тарихимиз давомида хавфли ўсмалар билан хасталаниб келган. Палеонтологик ва археологик текширишлар орқали динозаврлар (бундан 65 млн. йил илгари), ибтидоий одамлар — австралопитеклар (тахминан 1 млн. йил илгари) ва қадимий мисрликларнинг (5 минг йил илгари) суякларида ўсма касаллигининг аломатлари топилган. Хавфли ўсма ҳақидаги тарихдаги биринчи ахборот (эрамиздан 2500 йиллар аввал) Миср папирусига келтирилган. Унда шифокор ва кохин Имготеп сут беги раки ва унинг асоратлари олдини олиш тўғрисида ҳайрон қоларли даражада фикр билдирган. Эрамиздан аввалги XII асрда Хитойда рак касаллиги «ай» номи билан ҳаммага маълум бўлган. Ҳиндларнинг муқаддас китоби ҳисобланган «Аюр-Веда»да ўсмаларнинг таърифи келтирилган. Бунда улар хавфли ва хавфсиз турларга бўлинган, ўсмаларни олиб ташлаш ёки унга таркибида маргимуш бор суртмалар суртиш керак, деган кўрсатмалар берилган.

Онкологиянинг ривожланишига Гиппократ (Жолиниус, эрамиздан аввалги IV—V асрлар), Ибн Сино (XI аср), Р. Вирхов (1863), М.А. Новинский (1877 й.) ва Н.Н. Петров (1910 й.) лар катта ҳисса қўшганлар. Машҳур грек шифокори Гиппократнинг тиббиёт, шу жумладан онкологияни ривожлантиришдаги хизмати катта. У фақат «саратон» ва «саркома» терминларини фанга киритиб қолмай, балки уни даволашнинг асосий қоидаларини яратган. Ундан шифокорлар ҳозиргача фойдаланиб келмоқдалар. Гиппократ хавфли ўсмаларнинг келиб чиқишида ташқи омиллар катта аҳамиятга эгалигига эътибор берган, бунда у беморга унинг руҳий ва тана сифатларини мужассамлаш-

тирган ҳолда ҳар бирига алоҳида ёндошиш кераклигини айтган. Унинг: «Фақатгина шифокорнинг ўзи ишга керакли бўлган барча нарсаларни қўллашигина эмас, балки бемор ҳам, унинг атрофидаги барча ташқи ҳолат ҳам шифокор фаолиятига катта ёрдам бериши керак», деган сўзлари ҳозирда жуда долзарб масаладир.

X—XI асрларда Ўрта Осиё, унинг йирик шаҳарлари бўлган Бухоро, Гурганч ва Самарқанд фан ва маданият маркази бўлиб қолган. У ерда машҳур олимлар, шоирлардан ал-Фаробий, Рудакий, ал-Бухорий, Фирдавсий, Беруний, ал-Хоразмий, ал-Фарғоний ва шулар қаторида жуда кўп художўй, қонун, фалсафа, архитектурани яхши билган одамлар ва шифокорлар яшаганлар. Карвон йўллари уларни узоқ мамлакатлар — Ҳиндистон, Хитой, Византия, Рим ва Греция билан боғлаб келган. Шаҳарларда мактаблар, шифохоналар, китоб бозорлари ва бой китоб омборлари бўлган. У ерда Гераклит, Аристотел, Платон, Гиппократ ва Гален асарлари ва таржималарининг асл нусхалари сақланган. Маълумки, Европа қадимги Греция ва Римликларнинг бой илмий мероси, шу жумладан тиббиёт ва онкология бўйича маълумотлар билан Ўрта Осиё олимларининг асарлари орқали танишишган. Бунда жуда катта вазифани Хоразмдаги Маъмун Академияси бажарган, бу ерда йирик олимлардан Ибн Синонинг ижоди гуллаб яшнаган. Хоразмда унинг йирик «Тиб қонунлари» номли асари яратилган, унда нафақат Гиппократ, Гален, Абу Бакр-ар-Розий, Ҳиндистон ва Хитой олимлари, балки олимнинг шахсий бой экспериментал ва клиник тажрибаси, жумладан ўсмаларнинг келиб чиқиши, белгилари, уларни аниқлай олиш ва даволаш усуллари акс эттирилган. Тинимсиз меҳнат эвазига ёзилган бу асар ўша вақтда илм-фаннинг асосий тили ҳисобланган латин тилига ўгирилган ва барча Европа мамлакатларида юз минглаб шифокорларга 6 аср давомида асосий қўлланма бўлиб келган. «Тиб қонунлари» жаҳон тиббиёт илми ва амалиётининг, шунингдек онкологиянинг ривожланишига катта ҳисса қўшганлигига ҳеч шубҳа йўқ.

Беш жилдли «Тиб қонунлари»нинг деярли барча жилдида хавфли ўсма ҳақида фикр билдирилган. Касалликнинг номига келсак, Ибн Сино шундай деб ёзади: «Шишнинг «қисқичбақа» (арабча саратон) деб аталиши уни қисқичбақа сингари аъзога ўлжага ёпишгандай ёпишиши ёки унинг шаклига ва рангига, яъни юмалоқ ва атрофига қис-

қичбақа оёқларига ўхшаш тармоқлар чиқарганлиги туфайлидир. (VI китоб, 256-бет). Ибн Сино ўсмага одамнинг тўртта асосий суюқлиги мутаносиблиги бузилиши деб қараган бўлсада (албатта бу ҳозирги замон илм-фани учун жуда содда фикр), лекин уларнинг биринчи сабаби ташқи муҳит: ҳаво, сув, қуёш нури ва озиқланишнинг бузилиши, деб ҳисоблаган (10 асрдан кейингина онкоэпидемиологик изланишлар натижасида бу тасдиқланган). Китобда ҳар бир одам миждозининг касалланишдаги аҳамияти қайд этилган, ўсмалар таснифи, анамнез ва пальпациянинг аҳамияти ҳақида кўплаб бебаҳо фикрлар айтилган. Хавфли ўсмаларни Ибн Сино «совуқ» ва «қаттиқ» ўсмалар турига киритади, бунда у уларнинг асосий белгиси оғриқнинг йўқлиги, деб ҳисоблайди. Унинг таърифлашича, агар аъзо ёки тўқима қўл билан текширилганда унга «қаттиқлик» сезилса, бу «ўсма борлигининг энг зўр исботидан биридир, агар у аъзога чуқур ўсиб кирган бўлса, у ҳолда тезда озиб кетиш ва кўзларнинг ичига тушиб кетиши» кузатилади (I китоб, 237-бет).

Ўсмаларнинг метастазланиши жуда тўғри аниқланади: «Қадимгилардан бирининг таърифлашича, шифокор саратон билан зарарланган аёлнинг кўкрагини олиб ташлабди, лекин у унинг иккинчи кўкрагига ўтиб кетибди. Мен шуни айтаман: «Балки иккинчи кўкракда саратон билан зарарланиш бошланган бўлса керак ва биринчисини олиб ташлаш бу ҳолатга тўғри келиб қолгандир ёки касаллик материянинг силжиши натижасида келиб чиққан». Кейинчалик у шундай деб ёзади: «Кўпинча материя ички ўсмалар пайтида бир аъзодан иккинчисига ўтади» (IV китоб, 266-бет). Ибн Сино талабчан олим ва малакали клиницист сифатида шунга аҳамият берадики, «саратон ҳосил бўлгандан сўнг биринчи пайтларда кўринмас ҳолатда бўлади... Кўпинча уни билиб олиш жуда қийин, лекин кейинчалик унинг белгилари аниқ бўлиб қолади» (IV китоб, 265-бет).

Албатта, бу ерда олим ўсманинг ривожланиши, унинг клиникагача бўлган даври ва ундан кейинги босқичлари, яъни замонавий клиник онкология ҳақида тўғри гапираётганига шубҳа йўқ. Олимнинг ҳозирги замон қарашларига мос келадиган фикрларидан бири, радикал хирургик операция саратоннинг бошланғич пайтида ёрдам бериши, касаллик ўтиб кетган ҳолда у бефойда, деган фикрларидир. «Агар рақни нима биландир йўқ қилиш мумкин бўлса,

у ҳам уни асосигача қаттиқ усул билан олиб ташлашдир, ўсмани ўраб турувчи тўқималар кесиб олинади, баъзида кесиб олингандан кейин у яна куйдирилади ҳам...». «Шундай ҳоллар ҳам бўладики, бошланувчи рақдан баъзи пайтда тузалиш мумкин, лекин ўтиб кетган ҳолларда бу мумкин эмас» (IV китоб, 265—266-бетлар).

«Тиб қонунлари» нинг кўп асрлик аҳамияти фақатгина ундаги билимларнинг кенглиги эмас, балки касалликларнинг, шулар қаторида хавfli ўсмаларнинг келиб чиқиши, ташхисоти ва даволаш йўллари нинг аниқ кўрсатилганлигидадир.

Р. Вирховнинг ҳужайра патологияси назарияси тиббиёт тарихида кескин бурилиш ясади. Унинг онкологияни ривожлантиришда ҳам аҳамияти катта. Ўсма ҳужайраси биологияси ва тузилишини, унинг атроф-муҳит билан боғлиқлигини, турли ташқи ва ички омилларнинг таъсири ва уларнинг ҳужайрага кўрсатадиган асоратларини ўрганиш онкологиядаги кейинги деярли барча ишларнинг асосий маъноси бўлиб қолди. Р. Вирховнинг тўқималарда хавfli ўсма пайдо бўлишида физикавий ва кимёвий омилларнинг аҳамияти ҳақидаги гипотезаси узоқ йиллар давомида уларнинг олдини олишдаги амалий қўлланма бўлиб келди.

Экспериментал онкологиянинг асосчиси М. Я. Новинский ҳисобланади. У дунёда биринчи бўлиб ҳайвонларга хавfli ўсмаларни кўчириб ўтказиш мумкинлигини кўрсатди. Бу кейинчалик кўчириб ўтказилган ўсмаларнинг экспериментал штаммларини ҳосил қилиш учун қулай бўлди.

Н. Н. Петровнинг назарий ва амалий онкологияга қўшган ҳиссаси жуда катта. Унда экспериментаторлик, клиницистлик, педагогик ва онкологик хизмат ташкилотчиси каби қобилиятлар мужассамлашган эди. Унинг «Ўсмалар ҳақида умумий таълимот» (1910) монографияси онкология тарихида шифокор онкологларнинг биринчи иш китоби бўлиб қолди ва рақ касаллиги ҳақидаги билимларнинг кенг тарқалишига сабаб бўлди.

Н. Н. Петров онкология институти (Ленинград, 1938), биринчи онкология кафедрасининг (Ленинград, 1930) ташкилотчиси дир. Унинг таҳрири остида онкологияга оид қатор китоблар чоп этилган (1934, 1947, 1954). У ҳозирги кунда кенг тарқалган хавfli ўсмалар полиетиологиясини назарий жиҳатдан исботлаб берган.

Ҳозирги кунда онкология тиббиётнинг алоҳида бўлими ҳисобланиб, алоҳида шифокорлар хизмат кўрсатишади.

Онкология ўсма трансформациясини молекуляр, хужайравий, тўқима, организм поғоналарида ўрганишда фаннинг деярли барча соҳа вакиллари қатнашиши билан ажралиб туради.

Онкологиянинг асосига фақат касалликнинг жойлашиши (масалан, офтальмологик, гинекологик ва бошқ.) ёки даволаш усули (хирургик, терапевтик) эмас, балки муаммовий принцип қўйилган.

Онкология ўзининг махсус терминологиясига, ташҳиси ва касаллик босқичларига, даволаш схемалари ва уларнинг самарадорлигини баҳолаш усулларига эга. Ўсмага таъриф берилганда асосан 2 та термин: биринчиси, ўсманнинг бирор нарсага ўхшашлигини билдирувчи масалан, қисқичбақага (грекча — «карцинос»), балиқ гўштига (грекча — «саркос»), унинг рангига (грекча — «меланос»), унинг қайси тўқимага даҳлдорлигига (грекча — «эпителиос, остеос, липос, хондрос» ва бошқ.) ҳамда иккинчиси (грекчи «ома» ўсма) термини билан ифодаланади. Натижада — карцинома, саркома, меланома, эпителиома, липома ва бошқа терминлар ҳосил бўлади.

Баъзи ўсмалар уларни аниқлаган олимлар номи билан (масалан, Педжет, Вилмас, Ходжкин ўсмалари ва бошқа) аталади. Тўқимага алоқадорлиги бўлмаганлари (десмоид, саркоид ва бошқа.) ёки бутунлай бошқа этимологик қоидага асосланган (лейкоз, ретикулез, лимфогранулематоз ва бошқ.) кўринишда намоён бўлади.

Дунёдаги кўпгина малакатларда онкология илмий-текшириш институтлари, даволаш-ташҳисот марказлари, онкологлар жамияти ёки ассоциацияси ташкил қилинган. Халқаро онкологлар бирлашмалари тузилган бўлиб, булар Халқаро ракка қарши Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг онкология бўлими ва ракни ўрганиш бўйича халқаро агентлигидир.

## II БОБ

### ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Хавфли ўсмалар эпидемиологияси — онкологиянинг бўлими ҳисобланиб, у ижтимоий-иқтисодий (касб, турмуш даражаси, уй-жой шароитлари ва бошқалар), иқлимий-географик (иқлим, тупроқ таркиби, сув ва ҳаво, инсоляция даражаси, табиий радиоактивлик ва ҳоказо) ва



этник омилларнинг (турмуш тарзи, миллий-ананавий овқатланишнинг ўзига хослиги, урф-одат кўникмалари, жинсий ҳаёт ва ҳоказо) ўсмалар билан касалланиш ва ўлишга боғлиқлигини ўрганади.

Ўсмалар эпидемиологияси дескриптив ва аналитик йўл билан ўрганилади. Дескриптив эпидемиология ёки бошқача айтганда онкологик статистика, интенсив ва стандартланган кўрсаткичлар ёрдамида турли давлат ва территориялар аҳолисининг ҳар хил ўсмалар билан касалланиш ва ўлиш ҳолатлари, шунингдек динамикаси тўғрисида ахборот беради. Булар онкологик хизматлар ҳолатини ва ривожланиш тенденциясини, ракка қарши кураш (профкўрикларда фаол равишда аниқлаш, диспансеризация сифати, ташхисотнинг замонавийлиги, даволаш сифати, беморлар умрининг узоқлиги) самарасини баҳолашга имкон беради.

Онкологик касалланишнинг дунё бўйича статистикаси шуни кўрсатадики, 90-йилларда ҳар йили жаҳонда рак билан 9 млн. одам касалланган бўлиб, улардан 6 млнга яқини ҳаётдан кўз юмади. Унинг энг кўп учрайдиган тури меъда, ўпка, сут бези, йўғон ичак ва бачадон бўйни раки ҳисобланади.

Эркаклар орасида раkning энг юқори кўрсаткичи (ҳар 100 минг аҳолига) Италияда 344,3, Францияда 316,1 ва АҚШда 303,3 га; аёлларда эса — Бразилияда 283,4 АҚШ да 257,3 ва Данияда 242,3 га тенг эканлиги аниқланган. Мамлакатимизда 1970—1990 йиллар ичида хавфли ўсма билан касалланиш шаҳарликлар орасида қишлоқдагиларга нисбатан кўп учраган. Меъда, қизилўнгач, пастки лаб ва бачадон бўйни раки кўрсаткичларининг камайиши яққол кўзга ташланган, аммо тўғри ичак, сут бези, ўпка, ҳиқилдоқ, тери, шунингдек, лимфа безлари ва қон яратувчи тўқималар раки билан касалланганлар сони ортиб борган.

Хавфли ўсмалардан ўлиш кўрсаткичи иқтисодий ривожланган давлатларда сўнгги 20 йил ичида эркакларда 55% га, аёлларда 40% га ошган.

Дескриптив эпидемиология натижалари, статистик жадваллар, касалланиш ва ўлим динамикаси кўрсаткичлари, атласлар ва регионлар бўйлаб тарқалиш карталаридан ракка қарши кураш тадбирларини режалаштиришда фойдаланиш мумкин.

Аналитик эпидемиология дескриптив эпидемиологиянинг турли мамлакатлар аҳолисининг онкологик касал-

ликлар билан касалланиш ва ундан ўлиш кўрсаткичлари, унинг жинс ва ёшга қараб ўзгариш сабаларини ўрганати ҳамда бунда турли хил ташқи ва ички омилларнинг аҳамиятини баҳолайди, бошқача айтганда, аналитик эпидемиологиянинг асосий вазифаси хавфли ўсмаларнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганишдан иборат.

Аналитик эпидемиология усуллари ёрдамида «нос» чекиш билан оғиз бўшлиғи раки, тамаки чекиш билан ўпка ўсмаси ўртасида боғлиқлик борлиги айниқса касбга боғлиқ рак касалликлари, шунингдек, янги географик ва уй-жой шароитларининг, онкокасалликлар кўрсаткичига таъсири ҳам ўрганилди.

Аналитик эпидемиология усуллари: математик моделлаштириш, «ҳодиса-текширув» кўринишидаги назоратли ретроспектив тадқиқотлар, когорт кўринишидаги проспектив тадқиқотлар хавфли ўсмаларнинг келиб чиқишида у ёки бу омилларнинг аҳамияти ҳақидаги исталган гипотезани текширишга имконият яратади.

Дунёдаги бир қанча мамлакатлар аҳолисининг хавфли ўсмалар билан касалланиши ва ундан ўлиш ҳоллари 1-жадвалда кўрсатилган.

*1-жадвал.*

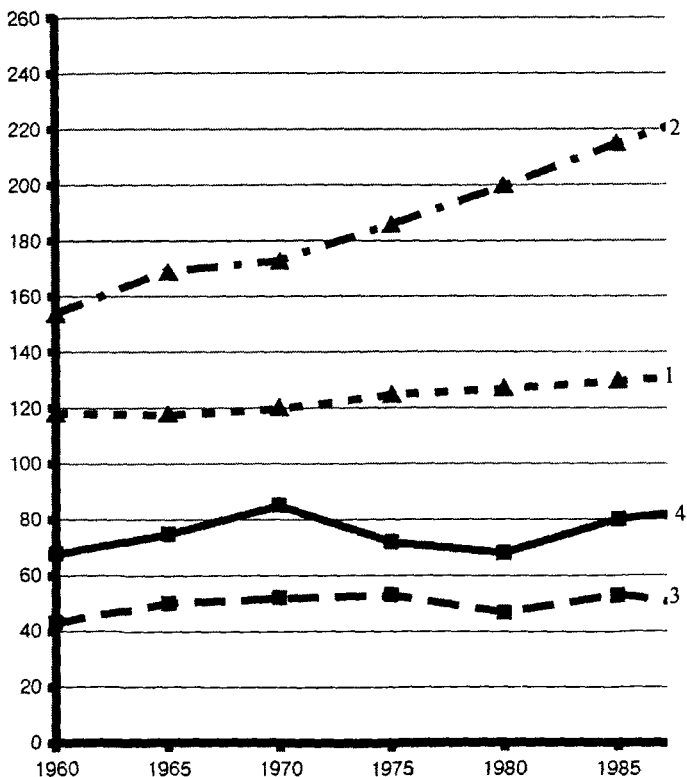
**Дунё бўйича хавфли ўсмалар билан касалланиш ва ундан ўлиш кўрсаткичлари (1992—1995- йиллар)**

Мамлакатлар	Касалланишнинг стандартланган кўрсаткичи (дунё стандарти)		Ўлишнинг стандартланган кўрсаткичи (дунё стандарти)	
	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар	Аёллар
АҚШ	330,4	277,0	166,8	111,4
Швеция	256,0	235,1	129,0	98,1
Россия	274,3	166,6	224,0	100,1
Япония	366,5	156,1	150,2	76,7
Хитой	228,8	147,5	154,1	87,3
Қозоғистон	283,5	168,8	242,2	113,0
Ўзбекистон	140,2	109,9	105,1	69,0

Келтирилган рақамларга кўра, Ўзбекистонда хавфли ўсмалар билан касалланиш кўрсаткичи Япония ва АҚШга нисбатан 2,5 марта, Россия ва Қозоғистонга нисбатан 1,5—2,0 марта кам. Хавфли ўсмалардан ўлиш кўрсаткичи

АҚШга нисбатан 1,6 марта, Россия ва Қозоғистонга нисбатан эркакларда — 2,3 марта, аёлларда эса 1,4 марта кам (35 йил давомида).

Ўзбекистонда рак эпидемиологиясини ўрганиш шуни кўрсатадики, 1970 йилларгача касалланиш ва ўлим кўрсаткичининг секин-аста ўсиб бориши, ундан кейин эса бу кўрсаткичларнинг деярли бирдек туриши кузатилган. Лекин шу йиллар мобайнида собиқ иттифоқ (1990 йилдан Россия) бўйича касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари тўхтовсиз ўсиб борган. Шу нарса аниқландики, Республика бўйича ўсмалар билан кўпроқ шаҳар аҳолиси, аёллардан кўра эркаклар, ёшлардан кўра қариялар кўпроқ касалланар экан (1-расм).



1-расм.

- 1-Ўзбекистонда касалланиш кўрсаткичи;
- 2-собиқ иттифоқда касалланиш кўрсаткичи;
- 3-Ўзбекистонда ўлим кўрсаткичи;
- 4-собиқ иттифоқда ўлим кўрсаткичи;

Онкокасаликлар билан этник омиллар орасида маълум боғлиқлик борлиги аниқланган. Масалан, маҳаллий халқнинг ерли бўлмаган аҳолига нисбатан касалланиш кўрсаткичи паст, шаҳардаги ерли эркаклар орасида қишлоқ маҳаллий аҳолисига нисбатан қизилўнгач ва тери раки камроқ, ҳалқум ва ўпка раки эса кўпроқ учрайди, шаҳарлик аёлларда қишлоқ аёлларига нисбатан сут бези, ўпка ва бачадон бўйни раки кўпроқ, халқум ва тери раклари эса камроқ учрар экан.

Шу кунгача бўлган давр мобайнида онкологик касаликлар структурасида бирмунча ўзгаришлар содир бўлди. Агар кўп йиллар давомида эркаклар орасида қизилўнгач раки, аёллар орасида эса бачадон бўйни раки биринчи ўринда туриб келган бўлса, 1990 йидан бошлаб эркаклар орасида меъда раки, аёллар орасида эса сут бези раки биринчи ўринга чиқди. Ўсмаларнинг территориал тарқалиши бир хил эмаслиги аниқланди: қизилўнгач раки кўпроқ Қорақалпоғистонда ва Андижон вилоятида, тил ости, лимфа ва қон тўқималари раки Бухоро вилоятида, ўпка ва сут бези раки Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятида, бачадон раки Фарғона вилоятида учрайди.

2-жадвалда Ўзбекистоннинг айрим шаҳарлари ва вилоятларида 1998 йилдаги онкологик кўрсаткичлар келтирилган. Профилактик кўрикдан ўтказиш чоғида Андижон, Бухоро ва Наманган вилоятларида рак ҳаммадан юқори ва Тошкентда ҳаммадан паст кўрсаткичга эга эканлиги аниқланган.

Энг юқори онкокасаликлар кўрсаткичи Тошкент шаҳрида, энг пастси Қашқадарё вилоятида, рақдан ўлишнинг энг юқори даражаси Тошкент шаҳрида, энг пастси эса Қашқадарё вилоятида эканлиги ҳам аниқланди.

Хавфли ўсмаларни даволашнинг асосий усули бўлган жарроҳлик Ўзбекистонда, айниқса Жиззах ва Самарқанд вилоятларида етарлича қўлланилмайди (17,4% беморларда). Энг самарали комплекс даволаш усули кўпинча Тошкент, Андижон ва Навоий вилоятларида, камроқ Сирдарё вилояти ва Қорақалпоғистон республикасида қўлланилади.

Беш йиллик яшовчанлик кўрсаткичи Бухоро ва Тошкент вилоятларида энг яхши бўлса, Тошкент шаҳри ва Наманган вилоятларида қониқарсиздир.

## Ўзбекистон республикаси вилоятларидаги онкологик хизматнинг асосий кўрсаткичлари, 1998 йил.

№	Вилоятлар	профилактик кўриқларда аниқланиши, %	аҳолининг ҳар 100 минг қисмига касалланиш кўрсаткичи	аҳолининг ҳар 100 минг қисмига ўлим кўрсаткичи	Бир йиллик ўлим кўрсаткичи, %	Даволаш усуллари, % да				Даволанганларда 5 ва ундан кўпроқ йил яшаганлар сон, %
						хирургик	нур терапия	кимё-терапия	комплекслашган даво усуллари	
1.	Тошкент ш.	10,8	100,0	94,5	23,4	16,9	21,9	8,5	52,7	36,1
2.	Андижон	33,9	73,8	36,8	19,8	15,3	13,8	8,6	62,3	44,4
3.	Бухоро	44,2	66,8	33,7	23,6	12,2	18,4	23,9	45,5	47,1
4.	Жиззах	28,3	52,8	26,1	24,0	3,6	6,8	33,4	56,1	38,6
5.	Қашқадарё	32,7	47,9	22,1	20,1	12,5	6,8	24,3	56,5	45,3
6.	Наманган	40,3	70,7	28,3	18,7	15,1	14,2	22,4	48,4	36,6
7.	Навои	27,4	82,2	32,8	21,3	13,5	9,3	18,9	58,3	44,2
8.	Самарқанд	39,4	54,6	31,2	27,9	9,7	24,7	12,6	52,7	47,1
9.	Сурхондаё	36,1	56,2	23,8	20,1	15,2	26,4	14,3	44,0	45,8
10.	Сирдарё	35,7	55,3	44,3	20,3	18,2	33,8	32,1	16,0	44,4
11.	Тошкент вилояти	24,1	73,2	45,3	21,7	19,1	8,9	2,1	70,0	53,7
12.	Фарғона	62,7	87,1	31,2	15,9	31,5	10,3	15,5	42,7	40,4
13.	Хоразм	29,2	55,0	29,8	19,1	14,7	17,3	24,1	44,0	45,8
14.	Қорақалпоғистон республикаси	21,3	65,0	47,1	21,7	13,3	36,6	16,8	33,3	46,6
<b>Ўзбекистон бўйича жами</b>		<b>34,6</b>	<b>68,7</b>	<b>38,2</b>	<b>21,1</b>	<b>17,1</b>	<b>15,9</b>	<b>15,9</b>	<b>50,7</b>	<b>44,1</b>

## ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ЭТИОЛОГИЯСИ

Ўсмалар этиологияси — бу нормал хужайранинг ўсма хужайрага айланиш сабабларини ўрганувчи таълимот бўлиб, ҳозирги вақтда рақ хужайраси организмга ташқаридан тушмайди, балки канцероген (рақ чақирувчи) омиллар таъсирида нормал хужайралардан пайдо бўлиши аниқланган.

Бу омилларнинг кўпчилиги (80—85%) атроф-муҳитдан келиб чиққан ҳолда одам организмга таъсир этади (экзоген таъсирот) ва фақат 15—20% и одамнинг ички муҳитидан келиб чиқади (эндоген таъсирот).

Рақ муаммосининг муракккаблиги уни келтириб чиқарувчи сабабларнинг кўплиги (полиэтиологиклиги)дандир. Рақ шу жиҳати билан инфекциян касалликлардан тубдан фарқ қилади, чунки уларнинг сабаби аниқланган, бемор организмдан ажратиб олинган ва яхши текширилган. Ҳозирда ҳамма аниқланган канцероген омилларни 4 та асосий гуруҳга ажратиш мумкин: кимёвий, физикавий, биологик ва эндоген омиллар.

**Кимёвий омиллар.** Эпидемиологик ва экспериментал маълумотлар асосида рақни ўрганиш бўйича Халқаро Агентлиги томонидан 1982 йилда канцероген омилларнинг қуйидаги рўйхати таклиф қилинган.

## Канцероген моддалар рўйхати

Маргимуш ва унинг бирикмалари	Бензидин
Асбест	Бериллий ва унинг бирикмалари
Бензол	Перорал контрацептивлар
Бензпирен	Никел ва унинг баъзи бирикмалари
Хром ва унинг баъзи бир бирикмалари	Метилтестостерон
Диэтилстильбестрол	Фенацетин
Сарколизин	Орто-толуидин
Корақуя, қатрон, минерал ёғлар	Актиномицин Д
Винилхлорид	Адриамицин
Хлорамбуцил	Кадмий ва унинг бирикмалари
Циклофосфамид	Левомицетин
Кимёвий даволаш учун препаратлар (прокарбазин, винкристин ва преднизолон)	Нитрозомочевина
Эстрогенларнинг қондаги моддалар билан бирикмалари	Хлороформ
Тери, резина ва пўйафзал саноати	Циспластин
Ёғочсозлик ва мебел саноатлари	Формальдегид
	Баъзи гербицидлар
	Прогестерон
	Тиофосфамид
	Баъзи бўёқлар

Бу рўйхат жуда зарур, чунки янги эпидемиологик ва экспериментал изланишлар натижалари асосида янги канцероген моддалар руйхатга киритилиши мумкин. Жадвалда фақат ҳайвонларда яхшилаб текширилган кимёвий канцероген моддалар келтирилган. Дунёда 5 миллионга яқин кимёвий модда бўлиб, улардан атиги 8 мингга яқинининг канцероген фаоллиги ўрганилган. Кимё саноати ва янги бирикмалар синтези ривожланган сари кимёвий канцероген моддалар рўйхати кенгайиши кутилмоқда.

Ҳозирги кунда инсон деярли ҳар куни кўплаб канцероген моддалар таъсирига учрайди, улар тери, бронх-ўпка ва ҳазм системаси шиллиқ пардаси билан алоқага киришиб қонга сўрилиши ва аъзоларга таъсир қилиши мумкин. Тиббиёт фанининг аниқлашича, доимий таъсирот инсон организми учун бефарқ эмас. XVIII асрнинг охирида инглиз шифокори Потт биринчи бўлиб узоқ вақт давомида терига қоракуя таъсир этганда ўша жойда пайдо бўлган тери ракини таърифлаб берган.

Кейинчалик қуён терисига узоқ вақт давомида тошкўмир қатрони ишқаланиши натижасида ўсма пайдо бўлиши исботланган. Тезда ундан соф ҳолдаги бир нечта модда ажратиб олинганда улардан канцерогенлик жиҳатидан бензпирен 3,4 (БП) фаол эканлиги маълум бўлган. Кейинги изланишлар шуни кўрсатадики, бензпирен атрофмуҳитда кенг тарқалган бўлиб, асосан барча органик ёқилгиларнинг тўлиқ ёнмаган маҳсулоти экан. У саноат корхоналари, иссиқлик энергетика станцияларининг тутунли чиқиндиларида, ҳаво, сув ва ер транспортининг ишлатиб бўлинган газларида етарлича аниқланиши мумкин. Алоҳида хавфни шаҳар кўчаларини тўлдириб юборган юк ташувчи ва енгил автомобиллардан ажралиб чиқувчи газлардаги, шунингдек сигарет тутунидаги бензпирен туғдиради (3-жадвал).

*3-жадвал*

**Жаҳоннинг турли шаҳарлари ҳавосидаги БП таркиби**

Шаҳар	БП миқдори, нг/м <sup>3</sup>
Варшава	20,3
Берлин	16,2
Париж	400,0
Мадрид	6,0

Шаҳар	БП миқдори, нг/м <sup>3</sup>
Рим	83,0
Стокгольм	14,0
Сан-Франциско	3,9
Бомбей	430,0
Техрон	3,3
Тошкент	4,3
Самарқанд	4,1
Андижон	2,7
Фарғона	5,0
Нукус	2,2
Бухоро	3,8
Чирчиқ	5,3
Олмалик	8,0

Изоҳ. Ҳавода БП нинг рухсат этилган миқдори — 1нг/м<sup>3</sup>

Жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, дунёнинг барча йирик шаҳарлари ҳавосидаги БП миқдори жуда юқори экан (масалан, Бомбей ва Парижда). Ўзбекистоннинг барча шаҳарлари ҳавосида БП миқдори нисбатан камлиги диққатга сазовор. Ҳайвонларда ўтказилган бир қатор тажрибалардан шу нарса аниқландики, БП ўпка, меъда ва сийдик пуфағи рақини келтириб чиқарувчи асосий омиллардан бири экан.

Баъзи доривор моддалар, гормонлар, ўсмага қарши препаратлар ва айрим контрацептивларнинг канцерогенлик хусусияти борлиги ўта эҳтиёткорликка чақиради. Бу моддаларни назоратсиз қабул қилиш айниқса ёш аёлларда оғир оқибатларга, аниқроғи хавфли ўсмалар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Бу эса ўз навбатида туғилажак болаларга трансплацентар йўл орқали ўтиши исботланган.

Ҳозирги кунда шу нарса аниқландики, меъда-ичак йўлларидаги баъзи кучли канцероген нитрозо-бирикмалар овқат билан тушувчи нитрат, нитрит ва аминлардан эндоген йўл билан синтезланиши мумкин экан. Таомнинг зарарланиш манбаи турли пестицидлар, буёқлар, мине-



рал ва органик ўғитлар ва бошқалар ҳисобланади. Меъда-ичак йўлларида синтезланган нитрозобирикмалар қонга сўрилгандан кейин турли аъзоларда хавфли ўсмаларни чақиритишга қодир. Шунинг учун сабзавот, полиз экинлари, ҳовузлардаги нитратларнинг ўртача миқдори ва онкокасалик кўрсаткичларини солиштириш маълум қизиқиш уйғотади (4-жадвал). Сабзавот, полиз экинлари ва ҳовузларда нитратлар миқдори кам бўлган туманларда онкокасаликлар кўрсаткичи ҳам паст.

4-жадвал

**Сабзавотлар, полиз экинлари ва ҳовузлардаги нитратларнинг миқдори ва онкокасалини кўрсаткичи**

Туманлар	Нитратлар (мг/кг)				
	Картошқада	Карамда	Поми-дорда	Полизда	Ҳовузда
Онкокасалик кам даражада	50,0	45,0	140,0	80,0	4,0
Онкокасалик кўп даражада	200,0	150,0	250,0	260,0	10,0

Баъзан моддар алмашинуви бузилиши натижасида триптофан ва тирозиннинг канцерогенлик хусусиятини намоён қилувчи метаболитлар ҳосил бўлиши аниқланган. Бундай эндоген канцерогенлар ички аъзоларда хавфли ўсмалар пайдо қилиши мумкин. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, хафли ўсмалардан ўлган беморлар аъзо ва тўқималаридан олинган экстрактлар тажриба ҳайвонларида ўсмани келтириб чақиритиши мумкин экан.

Онкологик касаликлар келиб чиқишига кўпинча кимёвий омиллар сабаб бўлади. Бу айниқса тамаки, нос чекиш, алкоголь ичимликларни суистеъмол қилиш одати бўлган шахслар орасида кўп учрайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг экспертлари сигарета чекиш ва ўпка раки ўртасида боғлиқлик борлигини кўрсатадилар. Бунда раkning ривожланиш даражаси чекилган сигаретлар сони ёки уни алкоголь билан бирга истеъмол қилинишига боғлиқ экан. Масалан, бир кунда 2 пачка ва ундан ортиқ сигарета чеккан шахсларда ўпка раки чекмайдиганларга нисбатан 24 марта кўп учрайди. Чекиш аёллар ва ёшларга катталарга нисбатан кўпроқ зарар етказди. Тамаки тутунининг одамга таъсирини асосан ундаги канцероген модда — бензпирен билан боғлайдилар, чунки у ўпкадан ташқари

пастки лаб, оғиз бўшлиғи, ҳиқилдоқ, қизилўнгач, меъда ва сийдик пуфағи ракини ҳам келтириб чиқаради.

Марказий Осиё аҳолиси орасида оғиз бўшлиғи ракига асосан нос чекиш, яъни уни тил тағига ташлаш сабаб бўлади. Нос таркибига майда тамаки, дарахт кули, пахта ёки кунжут мойи, бўр ва оҳак киради. Оҳак миқдори қанчалик юқори бўлса, носнинг канцерогенлик хусусияти шунча кучли бўлар экан. Узоқ муддат нос чекувчи шахсларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида аввал ёриқлар, оқиш доғлар (лейкоплакиялар), сўнгра эса папиллома ва хавfli ўсмалар ҳосил бўлади. Ҳиндистон, Индонезия, Бирма, Сингапур ва бошқа қатор давлатларда бетел (алоҳида ўсимлик), сўндирилган оҳак, баъзида тамаки ва дориворлар аралашмасини тил тигига қўйиш одати бор. Бу аралашмалар қўйиладиган жойда анча йиллардан сўнг хавfli ўсма пайдо бўлади. Эпидемиологик маълумотларнинг кўрсатишича, алкогольли ичимликларни кўп миқдорда истеъмол қилиш оғиз бўшлиғи, қизилўнгач, меъда, жигар ва ўпка (айниқса чекиш билан биргаликда) ракига олиб келади.

Кимёвий канцерогенезнинг (нормал ҳужайранинг рак ҳужайрага айланиш жараёни) замонавий концепцияси бўйича биринчи навбатда узоқ давом этувчи латент даври борлиги, канцерогенларнинг биотрансформацияси, электрофил метаболитлар пайдо бўлиши эркин радикал реакцияларнинг кучайиши ва уларнинг ҳужайралар ичидаги муҳим жараёнларга таъсир қилишдан иборат. Натижада ушбу ҳужайраларда бетўхтов бўлиниш юзага келиб, улар организмнинг гомеостатик назоратидан секин-аста чиқа бошлайдилар.

**Физикавий омиллар.** Уларга турли хилдаги ионловчи нурлар (рентген ва гамма нурлари, атомнинг элементар заррачалари, нейтронлар, альфа ва бета заррачалар) қуёшнинг ультрабинафша нурлари, шунингдек, тўқималарнинг механик ва термик жароҳатлари киради.

Рентген нурларининг канцерогенлик хусусияти 1902 йилда ҳимоя қўлқописиз ишлаган рентгенологнинг кафтида тери раки пайдо бўлиши билан тасдиқланган. Кейинчалик матбуотда суяк силига интенсив рентген нурлари билан даво қилингандан сўнг ва радий, мезоторий ва торогаст моддалар ичишга буюрилгандан кейин ҳосил бўлган суяк саркомаси ҳақидаги маълумот чоп этилди. Радиоактив моддаларга бой бўлган рудаларни қазувчи баъзи шахтёрларда ўпка раки ривожланган. Япониянинг Хиро-

сима ва Нагасаки шаҳарларига атом бомбаси ёғдирилиши натижасида нафақат минглаб одамлар ҳалок бўлди, балки нурланганлар лейкоз, қалқонсимон без, ўпка ва сут беzi раки билан оммавий касалландилар.

Инсонга ионловчи радиациянинг хавфи камайиши ўрнига атом индустриясининг ривожланиши ва нурланган шахслар сонининг кўпайиб бориши ҳисобига у ошиб борапти (5-жадвал).

5-жадвал

**Ионловчи радиация таъсирида пайдо бўлган ўсмалар**

Нур манбаи	Нурланиш хиллари	Ҳосил бўлган ўсмалар
Ядро қуроллари	Хиросима ва Нагасаки шаҳарларининг атом бомбасидан шикастланиши	Лейкемия, сут беzi, ўпка, қалқонсимон без, қизилўнғач, меъда, ичак, буйрак, тухумдон, сийдик пуфаги раклари
Диагностика усуллари: Ангиография ва билиграфия учун торотраст (1951 й гача)	Организмнинг альфа заррачаларидан ички нурланиши	Жигар раки, суяк саркомаси
Рентген нурлари	Ҳомиладор аёлларни рентгеноскопия қилишда ҳомиланинг нурланиши Ўпка сида бир неча марта флюороскопия қилиш	Лейкемия Сут беzi раки
Даволаш мақсадида: Рентген нурлари	Анкилозловчи спондилитга нур билан даво қилиш	Лейкемия, тўғри ичак, буйрак раклари
Гамма нурлари	Бачадон бўйни ракига нур билан даво қилиш	

Ҳайвонлардаги тажрибаларда аниқ кўрсатилишича, ионловчи радиация деярли ҳамма аъзо ва тўқималарда ўсмалар чақириши мумкин экан. Ионловчи радиациянинг таъсир механизми кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрича, ҳужайранинг суяқ компонентларининг интенсив иони-

зациялашиши ва унда эркин-радикал реакцияларнинг кескин кучайиши билан боғлиқ экан. Натижада нурланган ҳужайра микромуҳитнинг коррекцияловчи сигналларига жавоб бермагани ҳолда, тўхтовсиз бўлина бошлайди.

Деярли худди шундай механизм қуёш ультрабинафша нурларининг биологик таъсири натижасида пайдо бўлади. Узоқ вақт ва мунтазам инсоляцияга дуч келувчи шахсларда тери раки кўпроқ учраши кузатилади. Шунини айтиш керакки, тери ракиннинг пайдо бўлиши терининг пигментация даражасига боғлиқ экан. Пигментация қанчалик кам бўлса, рак шунчалик кўп учрайди.

Клиник онкологлар механик ва термик жароҳатлар (урилиш, синиш, ўқдан яраланиш ва куйиш) натижасида ҳам баъзи вақтларда хавфли ўсмалар пайдо бўлишини аниқлаганлар.

Ўзбекистонда танчадан куйиш жойида тери раки пайдо бўлган беморлар кузатилган. Ҳиндистоннинг тоғли туманларида (Химолайда) танани истиш мақсадида маҳаллий аҳоли кийими тагида қизиб турган кўмирли кўзача — «канкри»ни олиб юради. Бу эса кўпинча қорин терисининг куйишига сабаб бўлади. Натижада шу куйишдан қолган чандиқлар ўрнида кўпинча тери раки ривожланади. Баъзи беморлар сут бези, қўл-оёқ, тери ўсмаларини урилиш, эзилиш ва узоқ вақт давом этган яраланишлар билан боғлайдилар. Жароҳат ўрнида хавфли ўсмаларнинг пайдо бўлишини қуйидагича тушунтириш мумкин: жароҳат ҳужайраларни узоқ муддатли пролиферацияга олиб келади, шунингдек куйиш, чандиқ ва айниқса, сурункали яллиғланиш ўчоқларида канцероген моддаларнинг тўпланиши (деполаниши) кузатилади, буларнинг биргаликдаги таъсири ҳужайраларнинг назоратсиз—интенсив бўлинишига олиб келади.

**Биологик омиллар.** Қадим замонларда кўпгина олимлар хавфли ўсмаларга одам организмига кириб олган тирик маҳлуқлар (дарё қисқичбақаси, замбуруғсимон гижжа, содда ҳайвонлар ва ҳоказолар сабабчи бўлади, деб ҳисоблаганлар. Лекин тажрибалар бу фикрларни бирин-кетин рад қилди. 1910 йилда П. Раус ўсма филтратини (ҳеч қандай ҳужайраси йўқ) инъекция қилиш йўли билан касалланган товуқдан соғлом товуққа саркомани ўткази олдди. Кейинчалик ҳайвонлар (товуқ, қуён, сичқон, ит ва ҳоказолар) саркомани кўзгатувчиси бўлиб, оддий ёруғлик микроскопида кўринмайдиган вируслар эканлиги фанда аниқланди.

Ҳозирги кунда саратоннинг вирус назарияси ўсмалар этиологиясининг энг ривожланган аспектидир.

Вируслар табиатда кенг тарқалган бўлиб, уларнинг ҳаммаси ҳам канцерогенлик хусусиятига эга эмас. Ўсма чақирувчи вируслар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинади: 1-гуруҳ — РНК (рибонуклеин кислота) ли вируслар. Булар хавфли ўсмаларнинг табиий қўзғатувчиларидир. Уларга хужайра билан алоқа қилиш учун махсус шароит керак эмас. 2-гуруҳ — ДНК (дезоксирибонуклеин кислота)ли вируслар. Улар нормал хужайрани ўсма хужайрага фақат лаборатория шароитида ва уларнинг табиий ташувчилари («эгалари») бўлмаган ҳайвонларда айлантира олади. Инфекцион вирусларнинг онкоген вируслардан фарқи шундаки, улар зарарлаган хужайрани ўлимга олиб келмайди. 6-жадвалда хавфли ўсмаларнинг пайдо бўлишида озмиқўпми бўлсада аҳамияти борлиги исботланган вируслар келтирилган.

6-жадвал.

Одамдаги ўсма вирусларининг таснифи

Вирус гуруҳлари	Вируснинг номи	Чақирилган ўсманинг номи
ДНК-эгали вируслар	Паповавирус (папилломатозли)	Тери ва шиллиқ қават папилломаси, вульва ва қин саратони
	Герпес-вирусли Эпштейн-Барр вируси	Беркитт хавфли лимфомаси, бурун-томоқ раки
	Оддий герпес вирусининг 2-тури	Бачадон бўйни раки (?)
РНК-эгали вируслар	Чечак вируси Онкорнавируслар Ретровируслар	Контагиоз моллюск Сут бези саратони (?) Саркомалар (?) Т-хужайрали лейкокемия

Вируснинг канцероген таъсири бу нормал хужайрага кириб ўзининг генетик материални хужайра ядроси ичидаги ДНК билан бириктириш ва унга хўжайинлик қилишдир. Вирус ва хужайра генетик материалнинг бундай физикавий интеграцияси хужайраларни янги хусусият — тўхтовсиз бўлинишга олиб келади.

**Эндоген омиллар.** Уларни ирсий ва ирсий бўлмаган гуруҳларга ажратиш мумкин.

## **I. Ирсий омиллар:**

а) Саратон ҳосил қилувчи геннинг наслдан-наслга ўтиши (ретинобластома, нефробластома, нейробластома).

б) Саратонга мойилликни оширувчи геннинг наслдан-наслга ўтиши (пигментли ксеродермия, ичакнинг оилавий полипоз, иммунитет танқислиги, сут бези, тухумдон, ўпка, меъда, ўткир лейкомия ва меланома саратонларига мойиллик).

## **II. Ирсий бўлмаган омиллар:**

а) Кимёвий канцерогенларнинг эндоген синтезланиши. Юқорида айтиб ўтилганидек, баъзи моддалар алмашинувининг бузилиши (масалан, триптофан ва тирозин аминокислоталарининг) канцероген фаолликка эга бўлган метаболитлар пайдо бўлишига олиб келади. Булар эндоген канцерогенлар дейилади ва ички аъзоларда хавфли ўсмалар ривожланишига сабабчи бўлиши мумкин.

б) Нейроэндокрин системанинг нотўғри ишлаши натижасида келиб чиққан гормонал гомеостазнинг бузилиши ўсмалар ривожланишининг иккинчи сабабчиси бўлиши мумкин. Масалан, айрим ҳолатларда организмда эстрогенлар миқдорининг кўпайиб кетиши сут бези ва эндометрийда, тиреотропиннинг кўпайиши қалқонсимон безда, гонадотропиннинг кўпайиши тухумдонда ўсмалар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Юқорида келтирилган канцероген омилларнинг аҳоли орасида онкологик касалликлар пайдо бўлишидаги ўрни куйидагича:

Кўпгина мутахассисларнинг чуқур текширув натижаларига кўра 70—80% хавфли ўсма кимёвий омиллар таъсирида, 15—20% —эндоген омиллар, 1дан 10% гача — радиацион ва атиги 1% гача — биологик омиллар таъсирида юзага келар экан.

## **IV БОБ**

### **ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ПАТОГЕНЕЗИ**

Хавфли ўсмаларни келтириб чиқарувчи асосий сабабларни ўрганиш жараёнида қизиқ ҳодисага дуч келинган: этиологик омиллар (кимёвий моддалар, ҳар хил нурлар ёки вируслар) деярли бир-бирига ўхшамайди, лекин организм ҳужайраларига таъсир этганда бир хил натижага —

хужайранинг бошқарувсиз, чекланмаган бўлинишига ва кўпайишига олиб келади.

Бундан бир тахмин туғилади: айтилган омилларнинг ҳаммаси хужайранинг бўлинишини ва кўпайишини бошқарувчи ва назорат қилувчи қандайдир қисмига, аъзосига таъсир қилиб, унинг ишини бузади.

Бугунги кунда ҳаммага маълумки, ҳар бир хужайранинг ривожланиш ва фаолият кўрсатиш (шу жумладан бўлиниши ва кўпайиши) ҳақидаги дастур (программа) ана шу хужайралар ядросидаги ДНК (дезоксирибонуклеин кислота) структурасида мавжуд.

Бу дастурда ДНКни ҳосил қилувчи нуклеотидларнинг кетма-кетлиги ўзига хос.

Одам ДНК молекуласида тахминан 100 мингга яқин махсус бўлақлар — генлар бор. Ҳар бир ген 2,5 — 5 мингта нуклеотиддан тузилган. Битта ген бир турдаги оқсил синтезини бошқаради ва шу оқсил орқали ҳар хил тўқималар, шу жумладан хавфли ўсма таркибидаги хужайралар фаолиятида иштирок этади. Генлардан икки гуруҳи — онкогенлар ва антионкогенлар (масалан, р53) нормал хужайранинг бўлинишини, кўпайишини (пролиферациясини) ва дифференциаланишини тўғридан-тўғри назорат қилади.

**Молекуляр поғонадаги канцерогенез.** Кимёвий ва физикавий канцероген омиллар ДНК га биринчи навбатда эркин-радикал реакцияларни кучайтириш орқали таъсир этади. Улар нуклеотидлар орасидаги боғларни узади, бу эса ўз навбатида тасодифий ҳолатларга олиб келиши мумкин: битта нуклеотиддаги асос бошқа нуклеотиддаги асос билан ўрин алмашиши ёки улар ўрнига уларга ўхшаш моддалар жойлашиши мумкин.

ДНК даги бундай ўзгаришлар нуктали мутациялар дейилади, улар зарарланган ген фаолиятининг кучайиши ёки пасайишида, баъзида эса фаолиятнинг йўқолишида намоён бўлади. Агар мутация бирданига онкогенлар ва р53 генларда содир бўлса, бу онкоген фаолиятининг кескин кучайишига (экспрессияга) олиб келади. Биологик табиатли канцероген омиллар — онкоген вируслар хужайра ичига кириб олиб, ўзининг генларини ДНК га қўшадилар ва онкоген каби фаолият кўрсата бошлайдилар. Шундай қилиб, хужайрага канцероген омилларнинг таъсири ягона натижа билан, яъни хужайрадаги онкогенларнинг фаоллашуви билан яқунланади.

Одамдаги турли хавфли ўсмаларда ҳозиргача 20 дан ортиқ онкоген аниқланган, булардан 4 таси (с- тус, с-

fos, c-Ha-ras, c-Ki-ras) кўпчилик ўсмаларда аниқланган. Онкогенлар ичида «ras» оиласидаги онкогенлар кўпроқ ўрганилган (7-жадвал).

7-жадвал.

Одам ўсма ҳужайраларидаги «ras» оиласига мансуб онкогенлар

Онкоген-нинг номи	Хромосомада жойлашиши	Уларда учрайдиган ўсмалар
C-Ha-ras-1	11- хромосоманинг калта елкаси	Қовуқ ва сут бези саратони, меланома, саркома
C-Ki-ras-2	12- хромосома	Ўпка, йўгон ичак, меъда ости бези ва ўт пуфаги саратони
C-N-ras	1- хромосома	Нейробластома, лейкозлар, саркома

Юқорида айтиб ўтилган канцероген омиллар таъсири натижасида юзага келган нуқтали мутациялар нормал ДНК ни мутант ДНК га айлантиради (2- расм). Аммо мутант ДНК нинг фаолияти фақатгина ҳужайралардаги ДНК нинг репарация (тикланиш) механизми бузилганда намоён бўлади.

ДНК даги генетик информациянинг инсон тарихида сақланиб қолиши ташқи ва ички муҳит таъсирида кўплаб ҳосил бўлувчи мутацион асоратини репарациянинг махсус ферментлари ДНК мутациясини йўқотиш орқали амалга ошади. Шикастланган ДНК репарацияси 3 хил ферментнинг биргаликдаги таъсири натижасида содир бўлади. Эндонуклеаза нуқсонли нуклеотидни ажратиб олади. ДНК полимераза керакли нуклеотидни ўрнига қўяди. ДНК лигаза эса уни қўшни нуклеотидга улайди, бу билан ДНК нинг бирламчи ҳолати тикланади.

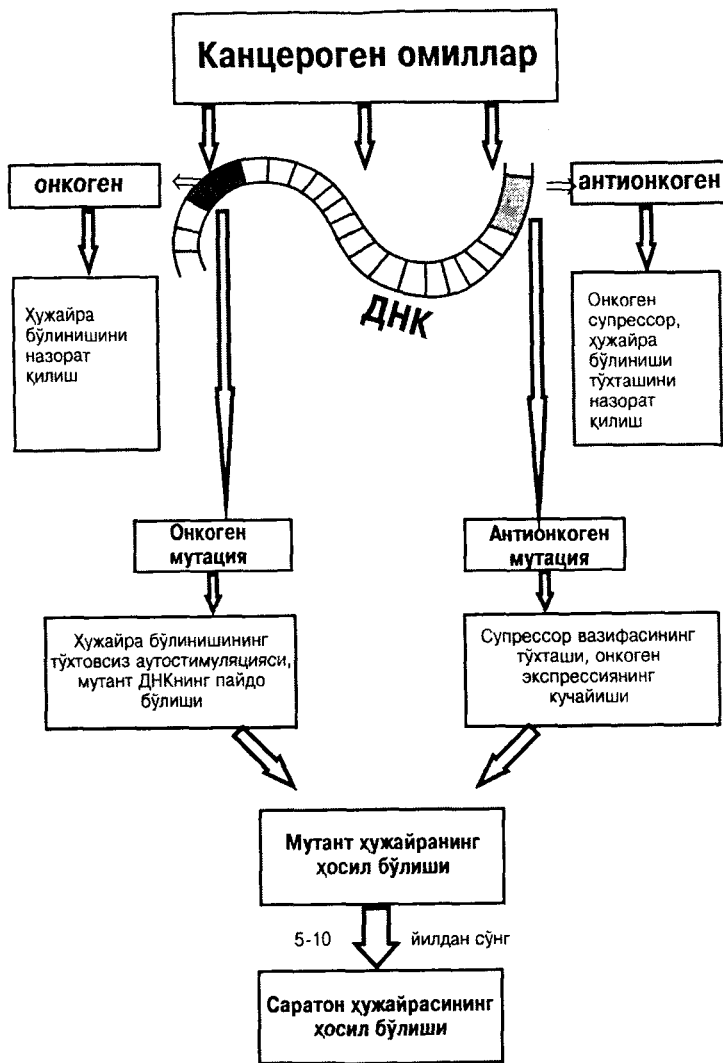
Шундай қилиб, канцероген омилнинг молекуляр поғонада амалга ошиши 2 хил омилга:

1. Канцероген омилнинг ДНК га салбий таъсирига.
2. ДНК нинг репарация системаси ҳолатига боғлиқ.

Агар канцероген омил ДНК га таъсир этгандан сўнг ДНКнинг репарация системаси «ишлаб кетмаса», онкогеннинг фаол экспрессияси (фаолияти) бошланади ва онкооқсилларнинг ишланиб чиқиши кескин кўпаяди.

**Ҳужайра поғонасидаги канцерогенез.** Онкооқсилларнинг кўпайиши ҳужайрада бир қатор жараёнлар содир бўлишига олиб келади. Тўқима ўсиш омилларига жуда ўхшашлиги туфайли онкооқсиллар бу ҳужайранинг ўсишини кучайтира бошлайди, натижада ҳужайранинг экзоген ўсиш





2-расм. Саратон патогенези гипотезаларидан бири.

омиллари билан боғлиқлиги йўқолиб, унинг бўлиниши автоном бўлиб қолади. Онкооқсилларнинг хужайра мембранаси ва ички компонентлари ўзаро боғланиб, биргалликда ҳаракат қилиб кўпаяётган хужайраларнинг дифференцилланишини тўхтатади, рецепторларни модификация қилиб (ўзгартириб) хужайраларнинг тўғриловчи (бошқарувчи) таъсирларга сезувчанлигини йўқотади, юза антигенлар спектрини ўзгартиради ва оқибатда нормал хужайра мутант хужайрага айланиб қолади.

Атрофдаги бошқа юз минглаб қўшни хужайралардан фарқ қилувчи биринчи мутант хужайра пайдо бўлиши билан унинг узоқ давом этувчи эволюцияси бошланади. Мутант хужайранинг нормал ва ўсма хужайрага ўхшаб тўхтовсиз автоном бўлиниши унинг авлодини (клонини) кўпайтиради, лекин атрофдаги тўқималарга салбий таъсир қилмайди. Мутант хужайрада унинг дифференцилланишини қатъий тўхтатувчи ва уларнинг тўхтовсиз бўлинишини тезлаштирувчи генлар (*myc*, *fos*) иши фаоллашади. Тезда кўпаяувчи бундай ёт хужайралар клони атрофдаги хужайраларга озиқ моддаларни етказишда рақобатчи бўлиб қолади, натижада ўша жойда ретикуло-эпителиал хужайраларнинг жавоб реакцияси чақирилади.

Нормал организмда ҳам мутант хужайраларнинг пайдо бўлиши кам учрайдиган хол эмаслиги аниқланган. Бунда бўлинаётган ҳар миллион хужайра ичида битта мутант хужайра пайдо бўлади. Айниқса, хужайралар мутацияси қопловчи тўқималарда — тери, меъда-ичак, нафас ва сийдик-таносил йўллари эпителийсида тез-тез содир бўлади. Бу бир томондан қопловчи эпителийнинг доимо бўлиниши ва пролиферацияси билан, иккинчи томондан эса ҳар дақиқада унинг кўплаб ташқи муҳит омиллари, жумладан канцероген омиллар таъсирига дуч келиши билан тушунтирилади. Қопловчи эпителийнинг камбиал қаватидаги бўлинаётган хужайраларга канцероген омиллар таъсир этиши натижасида бу ерда мутант хужайраларнинг сони бир неча марта ошади (бўлинаётган хужайраларнинг ҳар бир миллиони орасида мингдан кўпроқ мутантлар пайдо бўлади). Нормал хужайралардан бир оз бўлсада иммунологик жиҳатдан фарқ қилувчи хужайралар авлоди (популяцияси) нинг бундай тез кўпайиши организмда иммун система реакциясини чақиради (ўсмага қарши носпецифик ва специфик иммунитет реакциялари).

Ҳозирги пайтда носпецифик резистент реакцияларга алоҳида аҳамият бериляпти, чунки бу система иммунологик ёт ҳужайраларни (шу жумладан мутант ва ўсма ҳужайраларни) таниб, уларни йўқ қилишда муҳим ўрин тутади. Бундай ҳимояда асосан фаоллашган макрофаглар, табиий киллерлар, нейтрофиллар ва гуморал омиллар (табиий антитаналар, интерферонлар, интерлейкинлар) қатнашадилар.

Ўзига хос иммунологик ҳимоя Т-ва В-лимфоцитлар фаоллиги натижасида амалга ошади. Макрофаглар мутант ҳужайра антигенларини қамраб олиб, уларни Т-лимфоцитларга тўғри цитоплазматик боғлар орқали узатади. Т-лимфоцитларнинг антиген билан бундай алоқаси уларнинг пролиферациясини кучайтиради ва нишон ҳужайраларни деструкцияловчи (бузувчи) иммунокомпетент ҳужайраларга айланишини тезлаштиради. Т-ҳужайралар ўз навбатида иммунологик сигнални В-ҳужайрага узатади, сўнгра улар антитаначаларни ишлаб чиқарувчи плазма ҳужайраларига айланади. Иккала ҳимоя системасининг биргаликдаги бундай ҳужуми кўпинча мутант ҳужайранинг нобуд бўлиши билан тугайди.

Бир хил экологик муҳитда яшашига қарамасдан йилига ҳар юз минг аҳолининг 16—17 минггаси Республика бўйича ўртача хавфли ўсмалар билан касалланади. Қолган 99 мингдан ортиғи эса канцерогенлар таъсирига дуч келади. Уларнинг онкологик касалликлардан сақланиб қолишини носпецифик ва специфик иммун системалар самарали фаолияти билан боғлаш мумкин. Афсуски, баъзи мутант ҳужайралар нисбатан чидамлироқ бўлиб, тирик қолади ва ўзининг клонини (авлодини) ҳосил қилишда давом этади.

Шундай қилиб, узоқ давом этган иммун система ва мутант ҳужайралар ўртасидаги бундай тўхтовсиз кураш натижасида мутантлар ҳимояланиб қолмай, фақатгина атрофдаги ҳужайраларга тажовуз қилиш хусусиятига эга бўлган мутант ҳужайралар кўпайишига сабаб бўлади. Мана шу жойда трансформацияланган ҳужайра эволюциясида янги босқич, яъни мутант ҳужайранинг ўсма ҳужайрага айланиш босқичи бошланади. Ривожланишнинг бошланиш босқичида ўсма ҳужайра нормал ҳужайрага ўхшаш бўлади, кейинчалик эса «ras» (неопластик трансформация генлари) оиласидаги генларнинг доимий экспрессияси натижасида ҳужайранинг ўсма фенотипи шаклланади (кўпин-

ча эмбрионал хусусиятга эга янги хужайралар ҳосил қилиш учун керак бўлган структуравий оқсиллар синтезининг кўпайиши; махсус функцияларни бажариш учун керакли специфик оқсил—ферментлар синтезининг камайиши; мембрананинг контакт тормозланиш хусусияти сусайиши, инвазияга мойилликнинг ошиши; глюкоза истеъмолининг кучайиши, нормал хужайралардан фарқ қилувчи антигенларнинг пайдо бўлиши).

Шундай қилиб, маҳаллий ва умумий носпецифик ва специфик иммун реакциялар қуйидагиларнинг бири билан якун топади:

- 1) Ўсма куртагининг бутунлай ҳалок бўлиши.
- 2) Ўсма прогрессияси (авж олиши).

Ўсма прогрессияси деб кетма-кет борадиган сифатли ўзгаришлар серияси ва ўсма хужайралар миқдорининг тўхтовсиз ўсиб боришига айтилади.

**Ўсма куртагининг миқдорий ўсиши (кинетикаси).** Ўсманинг ўзига хос белгиси хужайраларнинг тўхтовсиз бўлинишидир. Бунда ҳар бир хужайра иккита хужайрани ҳосил қилади, булар эса тўртта хужайрани, улар эса ўз навбатида саккизта хужайрани ҳосил қилади ва шу тариқа давом этади. Бу эса ўсманинг ўсишига, унинг ўлчами ва оғирлиги катталашшига олиб келади. Лекин баъзи вақтда бу жараён секинлашиши ёки вақтинча тўхтаб туриши мумкин. Бунга қон билан таъминланишнинг бузилиши, некроз ривожланиши ва бошқалар сабаб бўлади.

Ўсма ўсиши кинетикасини ўрганиш бирламчи хужайрадан то кўз ва қўл билан аниқланадиган ўсма тугунининг ўсиш тезлиги ва унинг ёши, яъни унинг клиникага-ча бўлган даври (бунда ўсма кўзга ташланмайди ва аниқ клиник белгилар намоён бўлмайди) ва клиник даври (белгилари яққол намоён бўлади) ҳақидаги муҳим ахборотни беради.

Маълумки, биринчи ягона ўсма хужайрасининг диаметри 10 микрон бўлиб, 30 марта иккилангандан кейинги сони 1 миллиардга, оғирлиги 1 граммга, диаметри 1 см га етади.

Ички аъзоларнинг бирламчи ўсмаси кинетикасини ўрганиш амалий жиҳатдан мумкин эмас, шунинг учун хавфли ўсмаларнинг миқдорий параметрлари ҳақидаги энг кўп маълумот ўпка метастазларидан, шунингдек ўпка, суяк ва сут бези ва терининг бирламчи ўсмаларидан тўпланган. Ўсманинг миқдорий ўсишини ўрганишнинг жуда қулай

усули — уларнинг ҳажми ёки диаметрининг иккиланиш вақтини ўлчашдан иборат. 8- жадвалда ҳар хил жинс ва ёшдаги беморларда баъзи бирламчи ва метастаз берган ўсмалар ҳажмининг илмий адабиётларда келтирилган иккиланиш вақти ҳақидаги маълумотлар кўрсатилган.

8- жадвал.

**Ўсмалар ҳажмининг иккиланиш вақти**

Ўсманинг тури	Касаллар сони	Ўртача иккиланиш вақти (кунлар)
<b>Ўпканинг бирламчи раки:</b>		
— аденокарцинома	8	118
— ясси ҳужайрали	13	70
— дифференциаллашмаган	13	93
<b>Жаъми</b>	<b>34</b>	<b>88</b>
<b>Турли хил ўсмаларнинг ўпка метастазлари:</b>		
— ясси ҳужайрали рак	21	46
— мойк раки	10	48
— йўғон ичак раки	10	109
— суяк ва юмшоқ тўқима саркомалари	23	42
— сут беши раки	29	82
— аденокарцинома	13	102
— бошқа ўсмалар	12	58
<b>Жаъми</b>	<b>118</b>	<b>65</b>
<b>Ўпка метастазларининг ёши (ойлар)</b>		
0-29	12	37
30-59	53	68
60-89	53	70
<b>Йўғон ичакнинг бирламчи аденокарциномаси</b>	<b>19</b>	<b>620</b>

Бу маълумотлар таҳлил қилинганда бирламчи ўсмалар ва метастазларнинг иккиланиш вақти уларнинг гистологик тузилиши ва беморнинг ёши билан боғлиқ эканлиги аниқланган. Масалан, ўпка аденокарциномаси дифференциялашмаган ва ясси ҳужайрали ракка нисбатан 30-50% секин ўсади, ўпка метастазлари ҳажмининг иккиланиши эса бирламчи ўсмаларга нисбатан тезроқ боради.

Ўсманинг ўсиши ёшга қараб секинлашиши, йўғон ва тўғри ичакнинг бирламчи раки (аденокарцинома) ҳам суст ўсиши кўрсатилган.

Регионар метастазларнинг сони ва ўлим кўрсаткичи билан бирламчи ўсма ўлчамлари ўртасида боғлиқлик борлиги аниқланган (9-жадвал).

9-жадвал.

Сут беzi ўсмаси диаметрининг регионар метастазлар сонига ва беморлар ўлимига алоқаси

Ўсманинг диаметри (см)	Беморларнинг умумий сони	Қўлтиқ лимфа безларида метастази бор беморлар		Радикал даволашдан кейин 5 йил мобайнида ўлган беморлар	
		сони	%	сони	%
1	63	7	11	6	9
1-2	151	60	40	43	28
2-3	190	99	52	72	38
3-4	136	102	75	70	51
4-5	75	56	74	47	65
5-6	37	29	78	30	81
6-7	24	21	87	19	79
7-10	30	25	83	24	80

Берилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ўсманинг диаметри 1 см бўлган пайтда регионар лимфа тунгунларидаги метастазлар 11% беморда кузатилса, диаметри 6-7 см бўлган пайтда 87% ни ташкил қилади, яъни 8 марта кўп учрайди.

Радикал операциядан кейинги беморлар ўлими ўсманинг ўлчамига даҳддор. Масалан, ўсманинг диаметри 1 см бўлса, операциядан кейинги 5 йил давомида 9% бемор ўлар экан, диаметри 5-6 см бўлса, бу кўрсаткич 81% ни ташкил этади.

**Ўсма куртагининг сифат жиҳатидан ўзгариши.** Ўсма ўсиши жараёнида унинг ҳужайрасида структуравий ва функционал ўзгаришлар содир бўлади. Улар секин-аста органолептик, гистологик тузилишнинг йўқолишига, фермент ва антигенларнинг соддалашишига, гетерогенликнинг ошишига, ўсманинг гормонларга, иммуностимуляторларга, кимёвий дориларга ва нурларга реакцияси ўзгаришига, баъзида эса уларга нисбатан таъсирчанликнинг йўқолишига олиб келади.

Шундай қилиб, ўсма ўсиши жараёнида фақатгина ҳажми эмас, балки унинг структураси ва функциялари ҳам ўзгаради. Бунинг натижасида ўсманинг автономлиги кучаяди ва у мустақил ҳамда ўзини-ўзи бошқара оладиган клонга (авлодга) айланади ва организмнинг қолган ҳужайра ва тўқималари билан мураккаб алоқага киришади.

**Организм поғонасидаги канцерогенез.** Бу ўсманинг организм билан ўзаро боғлиқлиги ва унга таъсири ҳақида маълумот беради. Ўсма ва организм орасидаги муносабат хали охиригача ўрганилмаган бўлсада, уларни 2 турга бўлиш мумкин:

1. Организмнинг ўсмага реакцияси.

2. Ўсманинг организмга таъсири.

1. *Организмнинг ўсмага бўлган реакцияси* ўсманинг антигенлари, алмашинув ва парчаланиш маҳсулотлари орқали чақирилади.

Дастлаб ўсма авлодига қарши маҳаллий носпецифик табиий чидамлилиқ (резистентлик) системаси кураш бошлайди. Бу системанинг эффектор ҳужайралари — макрофаглар, табиий киллерлар, гистиоцитлар ўсма ҳужайралари билан бевосита алоқага киришиб, уларни эритади (лизислайди), бунда клиник кузатишларнинг кўрсатишича, ўсманинг бу ҳужайралар билан инфильтрацияси қанчалик кўп бўлса, касалликдан тузалиш шунчалик осонлашади. Макрофаглар фагоцитозланган ўсма антигенларини Т- ва В- лимфоцитларга узатади, уларнинг фаоллашувидан организмнинг саратонга қарши умумий иммун реакцияси бошланади. Сенсibiliзацияланган Т-лимфоцитлар ўсма ҳужайралари билан бирикиб, уларни нобуд қилади ва шу билан бирга В-лимфоцитларнинг кўпайишини, моноклонал антитаналар ишланиб чиқишини тезлатади. Кейинчалик ўсма ҳужайралари авлодининг тақдири ҳар хил бўлиши мумкин: агар организмнинг ҳимоя кучи устунлик қилса, саратон бутунлай нобуд бўлади, агар кучлар тенг бўлса, ўсма қисман нобуд бўлади, унда озроқ миқдордаги ҳужайра «латент» ҳолда сақланиши (масалан, «*canсer in siti*») ёки у ривожланиб метастаз бериши мумкин.

2. *Ўсманинг организмга таъсири* икки кўринишда намоён бўлади: ўсма ҳужайранинг организм кучларига қарши турли хил ҳимоя чоралари ва ўсма авлоди (популяцияси)нинг организмга қарши агрессив ҳаракати. Ўсма ҳужайраларининг носпецифик ва специфик иммунитетдан

ҳимояланиш усулларида бири тромбопластиннинг кўплаб ишлаб чиқарилишидир. Бу фибриногеннинг фибринга айланишини келтириб чиқаради, фибрин иплари эса ўсма ҳужайраларини парда каби ўраб олади ва макрофаглар, лимфоцитлар ва антитаналардан сақлайди.

Ўсма ҳужайраларининг кўп миллионли авлоди катта миқдорда эркин ўсма антигенларини ажратади, буларнинг ўзи ёки специфик антитаналар билан биргаликда иммун лимфоцитлар юзасини қоплайди ва уларнинг цитолитик ҳаракатини тўхтатади. Тезда ўсиб бораётган ўсма ҳужайраларида глюкозага очлик сезилади ва у уни шундай кўп истеъмол қиладики, натижада бу жигар ва скелет мушакларидаги гликоген захираси (глюкоза деполари) қуришига, глюконеогенезнинг кучайишига ва гипогликемия ҳолатига олиб келади.

Глюконеогенез — бу глюкозанинг углеводсиз (пируват ва аланин) бирикмалардан асосан жигарда ва буйракнинг пўстлоқ қаватида ҳосил бўлишидир. Гипогликемия ҳолати ривожланишига жавобан буйрак усти безининг пўстлоқ қисмида гиперфункция, яъни глюкостероидларнинг кўплаб ажралиши содир бўлади. Глюкостероидлар лимфа тўқималарида (талоқ, айрисимон без, лимфа тугунлари) инволютив ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу ўз навбатида иммуногенезни сусайтиради ва иммунодепрессияга олиб келади. Бирламчи ўчоқда тўхтовсиз бўлинаётган ўсма ҳужайралари тўпланган сайин, уларнинг асосий тугунидан ажралиши ва лимфа томирлари бошланадиган ҳужайралараро ва тўқималараро оралиқларга кириб бориши (инвазия) жараёни бетўхтов ошиб боради.

Аниқланишича, кўплаб ўсма ҳужайраларининг асосий миграцияси лимфа томирлари орқали содир бўлар экан. Бунда улар албатта лимфа тугунчаларига тушади. Лимфа тугунчаларда ўсма ҳужайралари антигенларига жавобан гиперплазия бошланади, бунда макрофаглар, плазмоцитлар, йирик лимфа ҳужайралари, Т- ва В-лимфоцитларнинг миқдори кескин ошиб боради. Бу эса лимфа тугунчаларига тушган ўсма ҳужайраларининг нобуд бўлишига олиб келади ва узоқ вақт (ойлар, баъзида йиллар) давомида уларнинг организмга тарқалишига (диссеминацияга) тўсқинлик қилади.

Кўпинча ўсма ҳужайраларининг лимфа тугунларининг механик ва иммунологик тўсиқларидан ўтиб, катта қон айланиш доирасига тушиб олиши (лимфоген метастазланиш) кузатилади.



Баъзи ўсмалар қон томир деворларидан ўтиш хусусиятига эга бўладилар (гематоген метастазланиш). Ўсма хужайралари томирларнинг базал мембранасини парчаловчи ферментлар — металлопротеиназаларни ишлаб чиқаради ва ана шу лизис зоналари орқали қон оқимиغا кириб боради. Қонда айланувчи ўсма хужайралари ўзининг тромбопластин фаоллиги туфайли микротромблар ҳосил қилади ва улар ёрдамида бирор аъзо капиллярлари деворига ёпишиб олади. Фибринли парда билан ҳимояланган ўсма хужайралари кўпайиб, иккиламчи ўсма—метастазни ҳосил қилади.

Ўсма жараёнининг кейинчалик прогрессияси кўпинча ички аъзоларда метастазлар ҳосил бўлишига, иммунодепрессия кучайишига, ўсма хужайраларининг доимо нобуд бўлиши туфайли (50% дан кўпроқ) интоксикацияланиши (заҳарланиш)ига, кучли кахексия ривожланишига ва натижада ўлимга олиб келади.

## У Б О Б

### ЎСМАЛАР ТАСНИФИ

Одам организмида турли гистолик тузилишга, ўсиш ва тарқалиш тезлигига ва мураккаб клиник белгиларга эга бўлган 200 дан ортиқ ўсмалар пайдо бўлиши мумкин. Барча ўсма касалликларини ягона бир тасниф (классификация)га сиғдириш осон эмас. Шунинг учун ўсмаларни ҳаёт учун хавфлилиги, жойлашиши, ташқи кўриниши, инвазия ва ўсиш хусусияти, метастазланиш йўллари бўйича турли гуруҳларга бўлишга ҳаракат қилинади.

Клиника амалиётида беморда аниқланган ўсманинг хавфли ёки хавфли эмаслиги энг муҳим масала ҳисобланади ва биринчи навбатда ечилади.

*Хавфсиз ўсмалар* секин ўсиши, атроф тўқималардан чегараланганлиги, метастазланмаслиги, беморнинг умумий аҳволини бузмаслиги ва ўлимга олиб келмаслиги каби белгилари билан фарқ қилади.

*Хавфли ўсмалар* эса тез ўсиши, атроф тўқималарга ўсиб кириши, метастазланиши, беморнинг умумий аҳволини оғирлаштириши ва ўлимга олиб келиши (агарда ўз вақтида аниқланмаса ва самарали даволанмаса) билан хавфлидир.

Баъзан ҳам хавфли, ҳам хавфсиз ўсма хусусиятига эга бўлган тузилмалар учрайди (масалан, базалиома, десмоид, карциноид, дерматофиброма ва баъзи липомалар).

10-жадвалда хавфли ва хавфсиз ўсмаларнинг асосий турлари, уларнинг қайси тўқимадан келиб чиққанлиги (гистогенези) келтирилган.

10-жадвал

**Ўсмаларнинг асосий турини гистогенез бўйича таснифлаш**  
(Б. Е. Петерсон, 1980)

Хавфсиз	Хавфли
<b>I. Эпителлиал ўсмалар</b>	
1. Папиллома-ясси эпителийдан ҳосил бўлган ўсма	1. Ясси хужайрали (эпидермоид) мугузланган ва мугузланмаган саратон
2. Аденома—безли эпителийдан ҳосил бўлган ўсма	2. Аденокарцинома (безли саратон)
3. Фиброаденома	3. Дифференциялашмаган саратон
4. Папилломатоз ва аденоматоз полиплар	
<b>II. Бириктирувчи тўқима ўсмалари</b>	
1. Фиброма	1. Фибросаркома
2. Миксома	2. Миксосаркома
3. Липома	3. Липосаркома
4. Хондрома	4. Хондросаркома
5. Остеома	5. Остеосаркома
6. Лейомиома	6. Лейомиосаркома
7. Рабдомиома	7. Рабдомиосаркома
	8. Юинг саркомаси
<b>III. Эндотелий ва мезотелий ўсмалари</b> (қон ва лимфа томирлари, синовиал ва сероз парда)	
1. Гемангиома	1. Гемангиосаркома
2. Лимфангиома	2. Лимфангиосаркома
3. Синовиома	3. Синовиал саркома
4. Мезотелиома	4. Диффуз мезотелиома
<b>IV. Нерв системаси ўсмалари</b>	
1. Нейрофиброма	1. Нейрофибросаркома
2. Невринома	2. Хавфли невринома

Хавфсиз	Хавfli
3. Ганглионеврома	3. Ганглионейробластома
4. Олигодендроглиома	4. Симпатогониома
5. Астроцитома	5. Астробластома
6. Менингеома	6. Медуллобластома
7. Эпендиома	7. Мультишакли глиобластома
	8. Эпендимобластома
	9. Менингеал саркома
<b>V. АПУД система ўсмалари</b> (организмда тарқалган нейроэндокрин ҳужайралар системаси)	
1. Эндокрин безлар аденомаси (гипофиз, эпифиз, меъда ости бези, қалқонсимон без, простата бези)	1. Гормонал фаол карционид
2. Гормонал фаол бўлмаган карциноид	2. Феохромобластома
3. Феохромцитома	3. Ўпканинг майда ҳужайрали саратони
4. Параганглиома	4. Меланома
5. Тимома	
<b>VI. Эмбрионал қолдиқлардан ҳосил бўлган ўсмалар</b>	
1. Тератома	1. Тератобластома
2. Дермоид киста	2. Нефробластома
<b>VII. Трофобластик ўсмалар</b>	
1. Елбўғоз	1. Хорионэпителиома
<b>VIII. Гемопозтик тўқимадан ҳосил бўлган ўсмалар</b> (гемобластозлар)	
	1. Лейкозлар (ўткир ва сурункали)
	2. Гематосаркомалар (лимфо- саркома, ретикулосаркома, лимфогранулематоз ва бошқа хавfli лимфомалар
<b>IX. Аралаш ўсмалар</b> Бир неча турдаги тўқималардан ҳосил бўлади	

Хавфли ўсмаларга даво қилишни режалаштириш ва унинг оқибатини аниқлашда уларнинг ўсиш шакли (экзофит, эндофит ва аралаш) катта аҳамиятга эга. Экзофит шаклли ўсманинг оқибати бошқа ўсмаларга нисбатан яхшироқ тугайди.

Жаҳон онкологларининг тажрибаси шуни кўрсатадики, даволаш усулини танлашда ва унинг оқибатини баҳолашда ўсма жараёнининг босқичи муҳим аҳамиятга эга. Умумий қилиб олганда, ўсмаларнинг 4 босқичли таснифи қуйидагича кўринишга эга:

- I босқич — 3 см дан кичик, туғилган тўқимадан ташқарига чиқмаган, метастазсиз ўсма.
- II босқич — 3 см дан 5 см гача ёки бундан кичикроқ, лекин қўшни тўқимага ўсиб кирган ёки 1—2 та силжийдиган регионар метастазли ўсма.
- III босқич — 5 см дан катта, зарарланган аъзодан ташқарига ўсиб чиққан, якка регионар метастазли ёки ундан кичикроқ ва зарарланган аъзодан ташқарига ўсиб чиқмаган, лекин кўп сонли, силжийдиган регионар метастазли ўсма.
- IV босқич — турли ўлчамли, лекин қўшни аъзолар ичига ўсиб кирган ёки олис метастазли ўсма.

Хавфли ўсмаларни IV босқичда дарҳол аниқлаш мумкин, бироқ бошқа босқичларда бундай эмас. Чунки айрим ўсмаларни ҳақиқий чегараси тагидаги тўқима ўсишини, шунингдек регионар метастазлари миқдорини аниқлаш мураккаб масала.

Қатор ўсмалар учун (суяк саркомаси, меъда ости беши ва бош мия ўсмалари) босқичлар таснифи ишлаб чиқилмаган.

Ўсмаларнинг 4 босқичли таснифи қатор камчиликларга эга, шунинг учун 1958 йилдан бошлаб ўсмаларнинг TNM системаси бўйича ҳалқаро таснифи секин-аста кириб келмоқда. Ҳозирги пайтда TNM системаси барча мамлакатларда ишлатилади, у ўсмаларнинг тарқалиш даражасини баҳолаш ва даволаш натижаларини солиштириш учун жуда қулай.

TNM системаси бўйича ўсмалар таснифи уларнинг 3-параметрларини баҳолашга асосланган:

«Т» (tumor — лотинча ўсма сўзининг биринчи ҳарфи) — ўсманинг ўлчами.

«N» (nodulus — лимфа тугуни) — регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор ёки йўқлиги.

«M» (metastasis — метастаз) — олис метастазларнинг бор ёки йўқлиги.

Ҳар битта параметрга унинг миқдорини кўрсатадиган рақам қўшилади.

### **TNM таснифнинг асосий қоидалари**

1. Барча ҳолларда ташхиснинг гистологик тасдиғи бўлиши керак; агар у бўлмаса, бундай ўсма бу системадан ташқарида кузатилади.

2. Ҳар бир ўсма учун 2 та тасниф қўлланилади:

а) клиник—операциягача (TNM),

б) операциядан кейинги, патогистологик (р. TNM) — жарроҳлик операцияси натижалари ёки операцион препаратни таҳлил қилиш бўйича.

3. Системанинг ўрнатилган миқдорий параметрлари кейинчалик ўзгартирилмайди.

#### **A. TNMнинг клиник таснифи (даволашдан олдин аниқланади).**

##### **"T" — бирламчи ўсма:**

$T_{is}$	— инвазиясиз карцинома (carcinoma in situ);
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмаган;
$T_1, T_2, T_3, T_4$	— бирламчи ўсманинг ўлчами;
$T_x$	— бирламчи ўсма ўлчамини баҳолашнинг имконияти йўқ.

##### **"N" — регионар лимфа тугунчалари:**

$N_0$	— лимфа тугунчаларининг метастазланиш белгилари йўқ;
$N_1, N_2, N_3$	— регионар лимфа тугунчаларининг метастазланиш даражаси сезилади;
$N_x$	— лимфа тугунчаларида метастаз борлигини аниқлашнинг имконияти йўқ.

##### **"M" — олис метастазлари:**

$M_0$	— олис метастаз белгилари йўқ.;
$M_1$	— олис метастазлар бор;
$M_x$	— олис метастазлар бор ёки йўқлигини аниқлашнинг имконияти йўқ.

## Б. Операциядан кейинги патогистологик тасниф

Ўсма хужайраларининг дифференцияланиш даражаси («J»<sub>1, 2, 3, x</sub>), лимфа томирлари («L»<sub>0, 1, 2, x</sub>) ва веналари («V»<sub>0,1, 2, x</sub>) инвазияси, аниқлаш ахборотининг ишончлиги («С»<sub>1</sub> — ягона клиник текширув ўтказилган, «С»<sub>2</sub> — махсус диагностик усуллар қўлланилган «С»<sub>3</sub> — аниқлаш учун жарроҳдик усули қўлланилган, «С»<sub>4</sub> — радикал операция натижалари операцион препаратни ўрганиш бўйича маълумотлар, «С»<sub>5</sub> — аутопсия натижалари) ҳақидаги тўлдирувчи морфологик маълумотлар киритилади.

TNM системаси бўйича берилган ўсмалар таснифи фақатгина 29-хавфли ўсмага тегишли бўлса лимфогранулематоз ва хавфли лимфомалар учун уни ишлатиб бўлмасада, босқичли таснифга нисбатан афзалроқдир.

## VI БОБ

### ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИ АНИҚЛАШНИНГ УМУМИЙ ҚОИДЛАРИ

Касалликни ўз вақтида самарали даволаш тиббиётнинг муҳим вазифаларидан биридир. Бу онкологияда ҳам муҳим аҳамиятга эга, чунки хавфли ўсмаларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида тўғри аниқлашга боғлиқ. Хавфли ўсмаларни даволаш самадорлигини баҳолаш мезони (критерийси) умумқабул қилинган беш йил яшаш кўрсаткичи, яъни даволангандан сўнг 5 ёки ундан ортиқ йил яшаган беморлар сони билан ўлчанади. Ўсма қанчалик эрта аниқланса, бу кўрсаткич шунча юқори бўлади (II-жадвал).

*11-жадвал.*

Ўсманинг тури, босқичи ва даволашдан кейин 5 йил ва ундан кўпроқ яшаганлар сони

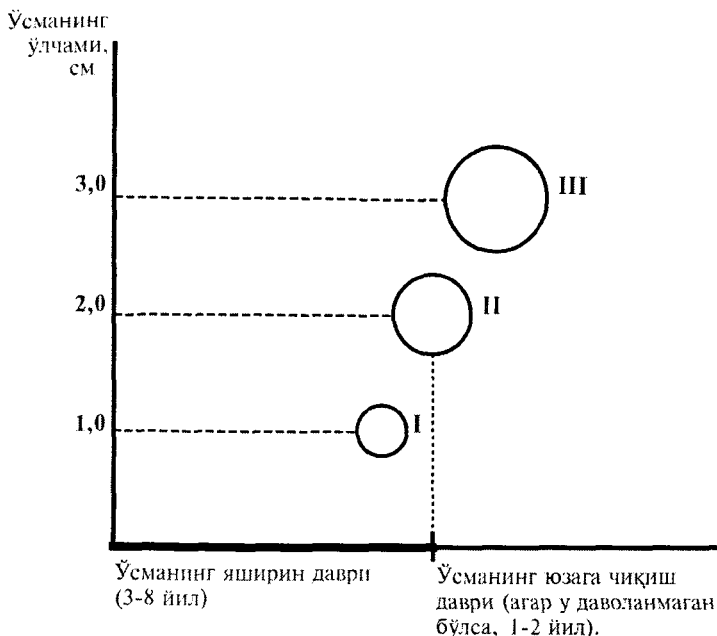
Ўсманинг тури	Ўсма жараёнининг босқичлари	Даволангандан 5 йил ўтгач тирик юрганлар сони (%)
Тери саратони	I	90-100
	II	80-90
	III	40-50
Лаб саратони	I	90
	II	80
	III	50-70

Ўсманинг тури	Ўсма жараёнининг босқичлари	Даволангандан 5 йил ўтгач тирик юрگانлар сони (%)
Ҳиқилдоқ саратони	I	90
	II	80
	III	50-60
Сут беzi саратони	I	83-93
	II	62-79
	III	43-60
Ўпка саратони	I	60-70
	II	30-40
	III	10-15
Меъда саратони	I	90-100
	II	70-75
	III	20-25
Бачадон бўйни саратони	I	83-97
	II	70-75
	III	30-44
Тухумдон саратони	I	50-70
	II	42-52
	III	13

Келтирилган маълумотларга кўра, кўпчилик рақ турлари бошланғич, яъни I босқичида — 90% ва ундан ортиқ беморни бу дарддан халос қилиш мумкин экан.

Ўсманинг II босқичида аниқланиши яшовчанлик кўрсаткичининг кескин пасайишига олиб келади (50—80% га, ўсманинг турига қараб). Ўсма ривожланишининг III босқичида даволангандан сўнг 5 ёки ундан ортиқ йил давомида 40—50% бемор яшаб кетади, баъзи рақ турларида (қизилўнгач, ўпка, тухумдон ва ҳоказо), ундан камроқ — 10—15%. Демак, хавфли ўсмаларни бошланғич пайтида аниқлаш, кўпчилик беморларнинг бутунлай тузалиб кетишига кафолат беради.

Йирик онколог олимларнинг тажрибаларига кўра, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти қуйидаги шиорни овоза қилди: «Рақнинг эрта ташхиси ҳаётни сақлайди». 3-расмда ўсманинг ўлчамлари ва уни замонавий ташхис усуллари билан аниқлаш эҳтимоли орасидаги боғлиқлик ҳақидаги маълумот берилган. Вертикал ўқ бўйлаб ўсманинг диаметри, горизонтал ўқ бўйлаб эса — ўсманинг ёши кўрсатилган. 1 см ли ўсма бронх-ўпка, меъда-ичак ва сийдик-таносил йўлларида бўлса, уни фиброэндоскопия ва



**3-расм.** Хавфли ўсманинг ўлчамлари ва уни эрта аниқлаш имкониятлари.  
 I— Ўпка меъда-ичак, сийдик йўллари эндоскопияси, ички аъзоларнинг компьютер томографияси.  
 II — юмшоқ тўқималар ва сут безини пайпаслаш усули.  
 III — ички аъзоларнинг радионуклид скintiграфияси, ўпка, меъда, йўғон ичакни рентгенологик текшириш.

компьютер томография усуллари билан аниқлаш мумкин. Пальпация йўли билан сут бези ва юмшоқ тўқималарнинг диаметри тахминин 2 см келадиган ўсмаларини аниқ топиш мумкин.

Радионуклид скintiграфия ва рентгенография усуллари диаметри 2—3 см ли ўсмаларни кўрсата олади.

Махсус ҳисобларга кўра, ўсма 1 см гача яширин белгиларсиз ривожланади (3—8 йил ичида), ўсма аниқлангандан сўнг унинг клиник давомийлиги одатда 1—2 йилдан (даволанмаган ҳолларда) ошмайди.

Клиника амалиётида ўсма ўсиш жараёнининг эрта босқичини I босқич деб ҳисоблаш қабул қилинган, бунда ўсма аъзонинг фақатгина шиллиқ пардасини зарарлайди, ўсманинг ўлчами эса 3 см дан кичик бўлади ва сезиларли метастазлари бўлмайди.

Афсуски, онколог-шифокорлар раkning I босқичидаги беморлар билан кам иш олиб борадилар. Чунки кўпги-



на беморлар касалликнинг асосий белгилари намоён бўлганида, яъни касалликнинг III—IV босқичларида шифокорга мурожаат этадилар. Бу пайтда радикал даволаш имкониятлари жуда кам бўлиб қолади. Бундан шундай хулоса чиқадики, назарий ва амалий онкологиянинг бош вазифаси хавфли ўсмани яширин белгисиз даврида, яъни беморнинг ўзи ўсма борлигини билмайдиган вақтда аниқлаш усуллари ишлаб чиқишдир.

Ҳозирги пайтда соғлиқни сақлаш учун муҳим бўлган бу масалани ечишнинг ягона самарали усули 35 ёшдан ошган ҳар бир аёлни ва 40 ёшдан ошган ҳар бир эркакни саратонни аниқлайдиган энг замонавий усуллари кўлланган ҳолда мажбурий даврий профилактик текширувдан ўтказиш (ўпканинг йирик кадри флюорографияси, қизилўнғач ва меъда эндоскопияси, ректоскопия, эхомаммография ҳамда бачадон бўйнидан олинган суртма ва ҳар бир ўсма биопсиясини цитологик текшириш ва бошқалар).

Саратонни белгисиз даврида аниқлашдек муҳим вазифани қон намуналарида ўсма маркерларини излаш орқали бажариш мумкин. Бу усул биринчи навбатда ўсмага гумон қилинган, ички аъзоларида сурункали касали бор, ўтмишда касбга оид зарарли таъсирлари бўлган шахсларда ишлатилиши керак. Айтилган усул оддий бўлишига қарамасдан, уни амалда бажариш бир қатор комплекс ташкилий чоралар билан боғлиқ (тиббийёт муассасаларини керакли ускуналар билан жиҳозлаш, барча тегишли, айниқса ишламайдиган аҳолини профилактик текширувларга келишини уюштириш ва бошқалар). Ҳозирги вақтда поликлиникаларда ҳар йили ўтказиладиган профилактик кўрикларда онкологик беморларнинг атиги 20—25% и аниқланади.

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

1. Ўсманинг ички аъзоларда белгисиз III—IV босқичларгача ўсиши.

2. Поликлиника ва касалхонадаги шифокорларнинг саратоннинг эрта аломатларини яхши билмасликлари.

3. Клиник белгилари аниқ бўлган беморларнинг тўлиқ текширилмаганлиги.

4. Беморларнинг керакли текширувдан бош тортиши (ирригоскопия, бронхоскопия, гастроскопия, биопсия ва ҳоказо).

Тиббиёт, жумладан онкологик муассасаларнинг амалий ишларига сўнги йиллар ичида секин-аста янги диагностика техникаси ва текширув усуллари тадбиқ этилмоқда, улар орқали хавfli ўсмаларни ўз вақтида аниқлаш даражаси кенгайди. Лекин бундай техникавий қулайликлар беморлар билан суҳбатлашиш, унинг барча шикоятларини эшитиш, анамнез йиғиш ва беморни пальпация қилиш (алоҳида регионар лимфа тугунчаларини) каби усулларни четлаш дегани эмас. 12-жадвалда хавfli ўсмалар пайтида кўпинча учрайдиган шикоятлар, анамнез ва кўрик маълумотлари келтирилган.

*12-жадвал.*

**Саратонда кузатиладиган шикоятлар ва кўрик маълумотлари**

Шикоятлар	Анамнез	Кўрик
Тез чарчаш, атрофга қизиқишнинг йўқолиши, иш қобилиятининг пасайиши, иштаҳа ва умумий аҳволнинг ёмонлашиши. Кутилмаганда кўнгли айниши ёки қусиш, овқатни қийналиб ютиш, балғам, нажас, сийдик, қин ажралмаларида қон пайдо бўлиши.	Умумий аҳволнинг кундан-кунга ёмонлашиши, касбга оид ва оилада зарарли таъсирларнинг мавжудлиги, тамаки, нос чекиш, алко-голли ичимликлар ичиш, аччиқ ва ис-сиқ таомларни кўп истеъмол қилиш, янги мева-сабзавотларни эса кам истеъмол қилиш, тез-тез туғиш ва аборт қилдириш, сабабсиз озиш.	Кўпинча тери рангининг оқариши ва қуриши, сарғайиши, юз, кўкрак қафаси, қорин асимметрияси, аъзо ва оёқ-қўлларнинг деформацияланиши, катталаниши, терида, шиллиқ қаватларда, юмшоқ тўқималарда, бўйин ва қўлтиқ ости, чов соҳасида қаттиқ тузилмаларнинг пайдо бўлиши.

Шуни қайд этиш лозимки, бундай симптомлар бошқа кўпгина ўсма бўлмаган касалликларда ҳам учраши мумкин. Шунинг учун ўсма диагнозини қўйишда бир қатор махсус текширув усулларини қўллаш керак. Онкологик диагностиканинг алоҳидалиги шундан иборатки, бунда инструментал ва лаборатория текширув усуллари бирга-ликда қўлланади ва албатта морфологик (гистологик ёки цитологик) усуллар орқали хавfli ўсма борлигини тас-

диқлаш керак бўлади. Онкологиянинг бу аксиомаси 13-жадвалда яхши тасвирлаб берилган. Жадвалда берилишича, хавфли ўсмаларнинг туридан қатъи назар унинг ташхисини морфологик жиҳатдан тасдиқлаш учун комплекс усуллардан ташқари биопсия ҳам ўтказилади. Ҳар бир диагностика усулининг аҳамияти турлича. Рентгенология усули энг қадимги усул бўлиб, ўсмани аниқлашда доимо қўлланилади. Радионуклид усул тери, лимфа тугунлари, ўпка, суяк ва буйракни текширишда қулай. Фиброэндоскопик асбоблар амалий онкологияга жадал кириб келиб, барча бўшлиқли аъзолардаги ўсмаларни текширишда катта ёрдам бермоқда. Паренхиматоз аъзо ўсмаларининг замонавий диагностикасини ультратовуш (сонография) усулисиз тасаввур этиш қийин. Сўнгги пайтларда онкологияда ўсма маркерларини аниқлаш, компьютер ва магнит-резонанс томографияларни ташхис қўйиш учун қўллаш миқёси тезлик билан кенгаймоқда.

13-жадвал.

**Хавфли ўсмаси бор беморларни текширишнинг асосий усуллари**

Ўсманинг тури	Умумий усуллар	Махсус усуллар
Тери саратони (ва меланома)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ўсмани кўриқдан ўтказиш ва пайпаслаш</li> <li>2. Регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш</li> <li>3. Ўпка рентгенографияси</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ўсма юзасидан из ва суртма олиш</li> <li>2. Радиофосфор-32 контакт радиометрияси</li> <li>3. Ўсма ва унинг тагидаги тўқималар сонографияси</li> <li>4. Сийдикдаги меланинни аниқлаш</li> <li>5. Эксцизион биопсия</li> </ol>
Ўпка саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш</li> <li>2. Балғамни цитологик текшириш</li> <li>3. Кўкрак бўшлиғи аъзолари рентгеноскопияси ва рентгенографияси</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ўсманинг биопсияли фибробронхоскопияси</li> <li>2. Плевра бўшлиғи ва ўпка периферик ўсмасини пункция қилиш</li> <li>3. Рентген ва компьютер томографиялар</li> </ol>

Ўсманинг тури	Умумий усуллар	Махсус усуллар
Қизилўнғач саратони	1. Регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш	4. Ўпканинг радионуклид сцинтиграфияси 5. Ангиопульмонография 6. Медиастиноскопия 7. Ўсма биопсияси, ташхис торакотомияси
Меъда саратони	2. Қизилўнғачни рентгенологик текшириш	1. Ўсма ва бифуркация лимфа тугунчаларини фиброззофагоскопия орқали биопсия қилиш 2. Оралиқ аъзоларнинг компьютер томографияси
Бачадон бўйни ва танаси саратони	1. Қорин бўшлиғи аъзоларини пайпаслаш 2. Нажасда кўринмас қонни аниқлаш 3. Меъдани рентгенологик текшириш	1. Биопсияли фиброгастроскопия 2. Жигар ва ўт йўллари сонографияси 3. Жигарнинг артерио ва венографияси 4. Компьютер томографияси
Бачадон бўйни ва танаси саратони	1. Ташқи жинсий аъзоларни кўрикдан ўтказиш 2. Регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш 3. Махсус ойналар ёрдамида бачадон бўйнини кўрикдан ўтказиш 4. Бимануал текширув 5. Бачадон бўйни суртмасини ва бачадон бўшлиғи аспирациясини цитологик текшириш	1. Кольпоскопия 2. Шиллер синови 3. Рентген ёки радионуклид лимфографиялар 4. Метросальпингография 5. Цистоскопия 6. Ректоскопия 7. Тос артериографияси

Ўсма тури	Умумий усуллар	Махсус усуллар
Тухумдон саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Қоринни кўриқдан ўтказиш ва пальпациялаш</li> <li>2. Бимануал текширув</li> <li>3. Лапароскопия</li> <li>4. Биопсияли ташхис, лапаротомия</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Хорионгонадотропин ва термостабил ишқорий фосфатазани аниқлаш</li> <li>9. Ўсманнинг эксцизион биопсияси</li> <li>1. Ультратовуш текшируви</li> <li>2. Қин орқа девори пункцияси ва цитологик текширув</li> <li>3. Қорин бўшлиғи пункцияси ва цитологик текширув</li> </ol>
Буйрак саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Буйрак пальпацияси</li> <li>2. Экскретор урография</li> <li>3. Цистоскопия</li> <li>4. Сийдикни текшириш</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ультратовуш текшируви</li> <li>2. Компьютер томография</li> <li>3. Рентгенография ва радионуклид сцинтиграфия</li> <li>4. Ангиография</li> <li>5. Тос ва қориннинг орқа бўшлиғи лапароскопияси</li> <li>6. Буйрак ўсмасининг пункцион биопсияси</li> </ol>
Сийдик пуфаги саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Қовуқ устини пайпаслаб кўриш</li> <li>2. Цистоскопия</li> <li>3. Сийдикни атипик ҳужайралар бор-йўқлигига текшириш</li> <li>4. Экскретор урография</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цистоскопия</li> <li>2. Контраст цистография</li> <li>3. Лимфография (рентген ёки радионуклид)</li> <li>4. Эндовезикал биопсия</li> </ol>
Простата бези саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш</li> <li>2. Цистоскопия</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ультратовуш текшируви</li> <li>2. Пункцион биопсия</li> </ol>

Ўсманинг тури	Умумий усуллар	Махсус усуллар
Суяк саркомаси	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Экскретор урография</li> <li>4. Умurtқа поғонаси, тос ва болдир суяклари рентгенографияси</li> <li>5. Қон фосфатазаларини текшириш</li> <li>1. Зарарланган жой ва регионар лимфатунчаларини кўрикдан ўтказиш ва пайпаслаб кўриш</li> <li>2. Зарарланган қисм рентгенографияси</li> <li>3. Қондаги умумий оқсил, кальций, фосфор ва ишқорий фосфатазани текшириш</li> <li>4. Ўпка рентгенографияси</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Склетнинг радионуклид сцинтиграфияси</li> <li>4. Простата бези махсус антигенини аниқлаш</li> <li>1. Суякнинг трепано биопсияси</li> <li>2. Склетнинг радионуклид сцинтиграфияси</li> <li>3. Сийдикни Бен-Джонс оқсилга текшириш</li> </ol>
Меъда ости бези саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Қорин бўшлиғидаги аъзоларни пайпаслаб кўриш</li> <li>2. Меъда-ичак йўллари рентгенологик текшириш</li> <li>3. Қон ва сийдикни диастазага текшириш</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Без сонографияси</li> <li>2. Компьютер томография</li> <li>3. Радионуклид сцинтиграфия</li> <li>4. Артериография</li> <li>5. Ретроград фибропанкреотография</li> <li>6. Лапаротомия ва ўсмани биопсия қилиш</li> </ol>
Йўғон ва тўғри ичак саратони	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Қорин бўшлиғи аъзоларини пайпаслаб кўриш</li> <li>2. Нажасни кўринмас қонга текшириш</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фиброколоноскопия ва ўсмани биопсия қилиш</li> <li>2. Ретроград контрастрентгенологик текшириш</li> </ol>

Ўсманинг тури	Умумий усуллар	Махсус усуллар
Сут беzi саратони	3. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш	3. Лапароскопия
	4. Меъда-ичак йўллари рентгенологик текшириш	4. Рак-эмбрионал антигенни бемор қонида аниқлаш
	5. Ректороманоскопия	
	1. Сут безини кўриқдан ўтказиш ва пайпаслаб кўриш	1. Рентгеномаммография
	2. Регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаб кўриш	2. Сономаммография
	3. Гинекологик текширув	3. Оралиқ аъзолар томографияси
	4. Гормонал турини аниқлаш	4. Скелетнинг радионуклид сцинтиграфияси
5. Кўкрак бўшлиғи аъзолари рентгенографияси	5. Ўсманинг трепано-биопсияси	
		6. Секторал резекция
		7. Ўсма маркерини қонда аниқлаш

## VII БОБ

### ХАВФЛИ ЎСМАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ УМУМИЙ ҚОИДАЛАРИ

Қадимги вақтлардан бери инсонлар саратондан даволаниш усулларини излаб келганлар. Турли хилдаги ўсимликлар ва ҳайвон табиатли моддалар, оддий минераллар ва қимматбаҳо тошлар, қизиган темир ва ўткир пичоқ кабилар қўлланиб кўрилган, бироқ ҳанузгача хавфли ўсмаларнинг барча туридан тўла халос бўлиш муаммоси ҳанузгача ечилмай қоляпти. Охириги ўн йилликлар мобайнида онкология соҳасида кўпгина ютуқларга эришилганлигига қарамай, онкологик беморларнинг фақатгина 50% ини сақлаб қолиш мумкин бўляпти. Бунинг асосий сабаблари биринчидан, ўсма жараёнининг биологик хусусиятлари

(бирламчи ўчоқда ўсма ҳужайраларининг тўхтовсиз ўсиши, миллионлаб лимфа ва қон айланиш системаси бўйлаб барча аъзоларга тезда тарқалиши ва ҳар бир ўсма ҳужайрасининг автоном ҳаёт кечирishi, шунингдек янги ўсма тугунини ҳосил қилиши) бўлса, иккинчидан ўсманинг яширин даврида, яъни ундаги ҳужайралар миқдори ҳали 1 млрд (1 г) дан кам бўлганида аниқловчи ишончли воситаларнинг етарли эмаслигидир. Шу сабабли онколог-шифокорнинг клиника амалиётида, маҳаллий тарқалган ёки умумий тарқалган касаллик билан иш олиб боришига тўғри келади. Саратонга даво қилиш тарихини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, аввало ҳамма ерда ўсмага қарши кураш маҳаллий таъсир этадиган усуллардан бошланган, кейинчалик унга умумий таъсир этиш йўллари топилган. Аниқ даволаш усуллари руйхатига қуйидагилар киради:

*Маҳаллий таъсир*

1. Хирургик даволаш
2. Криодеструкция
3. Нур терапияси
4. Маҳаллий гипертермия

*Умумий таъсир*

1. Кимётерапия
2. Гормонал терапия
3. Иммуно терапия
4. Умумий гипертермия

Келтирилган ҳар бир умумий ва маҳаллий даволаш усуллари ўзининг кўлами, меъёри, афзаллиги ва камчилигига, кўрсатма ва қарши кўрсатмасига, шунингдек ўзининг потенциал эҳтимолий асоратларига эга. Бундан терапевтик эҳтиёжлар, кўнгилсиз асоратлар бемор ҳаётига хавф туғдирувчи даволаш усуллари, шунингдек ўсма гистиоструктураси ва дифференцияланиш даражаси ҳақидаги аниқ ахборотни ҳисобга олган ҳолда юқорида кўрсатилган усуллар асосида ҳар бир беморни даволаш режасини тузиш кераклиги келиб чиқади.

### **ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ**

Онкологиядаги жарроҳлик операцияларининг умумий жарроҳликдан фарқи абластика ва антибластикага қатъий амал қилишдир.

*Абластика* деганда ўсма билан зарарлаган аъзо ёки унинг бир қисми, ҳужайралари тарқалувчи регионар лимфа тугунчалари ва қўшни соғлом тўқималарни қисман олиб, ягона блок қилиб ташлаш тушунилади. Бунда уларнинг ташқи chegarаси фасциал, плеврал ва қорин пардалари, шунингдек ёғ тўқимасининг қалин қатламлари бўлиб ҳисобланади.



*Антибластика* —бу ўсманинг яшашга қодир хужайралари тарқалиши ва қолиб кетишининг олдини олувчи чоралар комплекси (ўсма билан зарарланган аъзо ёки тўқимани олиб ташлашдан олдин магистрал томирларни боғлаш, тўқималарни кесиш ва гемостаз учун электро- ва лазер ускуналарини ишлатиш, ўсма хужайралари ва эмболлар билан тўлган томирларни коагуляциялаш; операция давомида қўлларни тез-тез ювиш, қисқич, салфетка ва шарчаларни бир мартаба ишлатиш). Абластика ва антибластика принципларини қўллашда электрокоагуляция ва лазер техникасининг роли муҳимдир.

Сўнгги йилларда диаметри 3—5 мм ли ўсма тугунчаларини аниқловчи техник қулайликлар пайдо бўлди (меъдичак йўллари, бронх-ўпка системаси ва сийдик-таносил йўлларини фиброэндоскопия қилишда). Шу сабабли онкологларнинг фикрини кичик ўсма тугунчаларини куйдириш учун мўлжалланган электротермик ва лазер аппаратлари яна ўзига жалб этди.

Онкология муассасалари фиброэндоскопия, электр жарроҳлик ва лазер техникаси билан тўла таъминланганда интенсив ривожланади.

Ҳозирги пайтда онкология клиникаларида турли хилдаги жарроҳлик операциялари олиб борилмоқда. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий турлари тўғрисидаги қисқача маълумот 14-жадвалда келтирилган. Жарроҳлик операциялари радикал (ўсма ва унинг метастазларини тўлиқ олиб ташлаш), паллиатив (бирламчи ўсмани кесиб ташлаш, аммо олиш мумкин бўлмаган метастазларини қолдириш, стеноз ҳосил бўлганда айлана анастомозлар қўйиш, симптоматик (оғир симптомларни бартараф этиш), аъзони сақлаб қолувчи, типик, қўшма ва кенгайтирилган бўлиши мумкин.

14-жадвал.

#### Жарроҳик даволашнинг асосий турлари

Операциянинг асосий турлари	Операциянинг тури	Операциянинг ҳажми
Радикал (узқ метастазлар бўлмаганда)	Типик	Ўсма билан зарарланган аъзо ва унинг асосий қисмини регионар лимфа тугунчалари билан бирга ягона ҳолда олиб ташлаш
	Қўшма	Икки ёки бир неча зарарланган аъзони регионар лимфа тугунлари билан бирга тўлиқ олиб ташлаш ёки резекция қилиш

Операциянинг асосий турлари	Операциянинг тури	Операциянинг ҳажми
		(масалан, меъдани олиб ташлаш ва меъда ости бези танасини резекция қилиш)
	Кенгайтирилган	Типик операциянинг ҳажми қўшимча равишда III—IV тартибли лимфа коллекторини олиб ташлаш (масалан, ораліқ соҳа лимфа тугунчаларини пневмоэктомияга қўшиб олиб ташлаш, мастэктомияда тўш орқа лимфа тугунчаларини қўшимча олиб ташлаш)
Паллиатив (узоқ метастазлар бўлса)	Типик	Бирламчи ўсмани (операцияга мойил бўлмаган метастазларни қолдирган ҳолда) олиб ташлаш, айланма гастроэнтероанастома
	Қўшма	Иккита ўсма билан зарарланган аъзони (операцияга мойил бўлмаган метастазларни қолдирган ҳолда) олиб ташлаш.
Симптоматик (узоқ метастазлар кўп бўлса)		Гастростомия, еюностомия, трахеостомия, эпицистомия, колостомия ва бошқалар
Аъзони сақлаб қолувчи (фақат T <sub>1b</sub> , T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> )		Зарарланган аъзо қисмини регионар лимфа тугунчалари билан олиб ташлаш ва кейинчалик радикал дастур асосида нур ёки кимётерапия ўтказиш

Жарроҳлик усулида даволашнинг у ёки бу тури ва ҳажми ўсма жараёнининг босқичига, ўсиш шаклига, аъзода жойлашишига, гистоструктурасига, унинг дифференцияланиш даражасига, шунингдек беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Ўсма жараёнининг босқичи жарроҳлик операциясининг тури ва ҳажмини танлаш ёки операциядан бош тортишнинг асосий мезонидир. Экзофит ўсмаларга жарроҳлик усулида даво қилиш эндофит ўсма (инфилтратив) шаклига қараганда анча самарали натижа беради.

Йирик экзофит ўсманинг гумонли резектабеллик даврида қўшма жарроҳлик аралашуви мақсадга мувофиқдир, инфилтратив ўсиш даврида эса операциядан бош тортиб, даволашнинг бошқа турларига ўтиш лозим. Ўсманинг аъзода жойлашиши операциянинг тури ва ҳажмини танлашга таъсир кўрсатади (15-жадвал). Турли гистострук-

турали дифференциялашмаган ўсмаларни жарроҳлик усулида даволаш кам самара беради ва, аксинча, ўсмаларнинг дифференциялашуви қанчалик юқори бўлса, оператив аралашувларнинг натижалари шунчалик узоқ ва яхши бўлади.

Беморнинг умумий аҳволи ва жарроҳлик усулида даволашга кўрсатма орасида кескин боғлиқлик мавжуд. Кўпинча

*15-жадвал.*

**Ўсманинг аъзода жойлашишига қараб даволашнинг ҳажми**

Аъзо	Аъзода жойлашиши	Операциянинг ҳажми
Қизилўнгач	Юқориги бўлим	Оператив даволаш жуда хавфли. Нур терапияси афзалроқ
	Ўрта бўлим	Қизилўнгач экстирпацияси, ингичка ичак ёки меъда билан пластика қилиш
	Пастки бўлим	Қизилўнгачнинг пастки бўлими ва кардийнинг плевра орқали резекцияси ва қизилўнгач-меъда анастомозини қўйиш
Меъда	Юқоридаги учдан бир қисми	Меъданинг учдан икки қисмининг проксимал резекцияси
	Ўрта учдан бир қисми	Меъданинг субтотал резекцияси
	Пастки учдан бир қисми	Меъданинг учдан икки қисми дистал резекцияси
Тўғри ичак	Юқори ампуляр бўлим	Тўғри ичакнинг қорин ичи резекцияси
	Ўрта ампуляр бўлим	Тўғри ичакнинг қорин-анал резекцияси
	Пастки ампуляр бўлим	Тўғри ичак экстирпацияси
Сут бези	Ички квадрантлар	Кенгайтирилган радикал мастэктомия
	Ташқи квадрантлар	Радикал мастэктомия
Бачадон	Бачадон бўйни	Бачадоннинг ортиқлари билан биргаликдаги кенгайтирилган экстирпацияси
	Бачадон танаси	Бачадоннинг ортиқлари билан биргаликдаги экстирпацияси

умумий ҳолатни ҳал қилувчи кексалик, қарилик даври, йўлдош касалликлар (гипертония, юрак ва мия ишемияси ва ҳоказо) бемор учун операциянинг хавфини оширади. Бироқ, ўлим билан тугаши аниқ бўлган касаллик пайтида ана шу жарроҳлик аралашуви кўпинча бемор ҳаётини сақлаб қолишга имкон беради.

Меъда саратони бор беморларнинг деярли кўпчилиги онкологик ва жарроҳлик стационарларига жараённинг III босқичидагина тушадилар (саратон меъданинг барча деворларига ўсиб кириб, қўшни аъзолар ва регионар лимфа тугунчаларини зарарлаганда). Ҳатто ана шу босқичда ҳам радикал операция кўпчилик беморларни ўсмадан халос қилиши мумкин (16-жадвал). Жадвалда берилишича, 5 йиллик омон қолиш бўйича баҳоланганда даволашнинг узоқ натижалари операциянинг тури, ўсманинг ўсиш шакли, аъзода жойлашиши ва ўсманинг дифференциалланиш даражасига боғлиқлиги аниқ кўриниб турибди.

16-жадвал.

Меъда ракининг III босқичидаги беморларнинг радикал операциядан сўнг 5 ва ундан кўп йил яшаганлиги ҳақида маълумот (% да)\*

Резекция турлари:		
	Проксимал резекция	24,2±2,9
	Дистал субтотал резекция	43,0±3,3
	Типик резекция	46,9±3,9
	Кўшма резекция	8,4±3,8
Ўсманинг ўсиш шакли:		
	Экзофит	41,8±4,3
	Эндофит	30,8±6,4
	Аралаш	28,6±7,6
Аъзода жойлашиши:		
	Юқоридаги учдан бир қисми	24,4±7,4
	Ўрта қисми	19,2±6,6
	Пастки қисми	41,8±4,2
Ўсманинг дифференциалланиш даражаси:		
	Юқори даража	55,1±3,5
	Паст даража	21,7±3,1

\* Ўзбекистон Онкология илмий маркази материалларига кўра

## 2. ЎСМА КРИОДЕСТРУКЦИЯСИ

Криодеструкция (грекча) — «криос» — совуқ, «деструкция» — бузилиш маъносини билдиради. Сўнгги йилларда онкология муассасалари амалиётида криодеструкция усули қўлланиб келинмоқда — бу ўсманинг тўғридан-тўғри жойлашган ерига —196°С суёқ азот сачратиш ёки аппликация қилиш йўли билан музлатилиб, кейинчалик эригани сайин жойдаги ўсма хужайраларининг оммавий ўлишига олиб келадиган усул. Бу усулдан асосан унчалик катта бўлмаган ташқарида жойлашган ўсмаларни даволашда кенг фойдаланилади (тери, кўринарли шиллиқ қаватлар). Тери ўсмаларининг (ясси хужайрали саратон, базалиома) криодеструкция усули ёрдамида даволаш натижалари 17-жадвалда келтирилган.

17-жадвал.

Тери хавфли ўсмалари криодеструкциясининг узоқ натижалари\*

Беморлар сони	Ўсмалар гистио-структураси	Ўсманинг жойлашиши		Беморлар сони		1-сеансдан сўнг рецидив		Рецидивсиз 5 ва ундан ортиқ йил яшаганлар сони	
				Абс. сони	%	Абс. сони	%	Абс. сони	%
105	Ясси хужайрали рак (I—II босқичи)	Бош ва бўйин		85	80,9	12	14,1	83	97,6
		Тана ва оёқ-қўл		20	19,1	2	10	20	100
210	Базалиома (I—II босқичи)	Чакка қисми, бурун, ковоқ	Якка ўчоқлар	160	76,2	7	4,4	158	98,7
			Кўплаб ўчоқлар	50	29,8	10	20	44	88,0

\* Ўзбекистон Онкология илмий маркази материалларига кўра

Юқоридаги клиник маълумотлардан кўриниб турибдики, тана ва оёқ-қўл терисининг ясси хужайрали саратонини криоген усул ёрдамида тўлиқ даволаш мумкин экан. Бош ва бўйин териси саратони криодеструкциядан сўнг 97,6% беморларда бутунлай йўқ бўлиб кетади. Криодеструкция тери базалиомаси якка ҳолда бўлса, 98,7%ини,

кўплаб ўчоқлар бўлса, атиги 88,0% ини даволайди. Хавфли ўсмаларни криодеструкция йўли билан даволашнинг афзаллиги шундаки, у фақат юқори даволаш самарасига эга бўлиб қолмай, балки арзон ва барча поликлиникаларда қўллаш мумкин бўлган усулдир.

Тери ва кўзга кўринарли шиллиқ қаватлардаги хавфли ўсмаларни криоген усулда даволаш тажрибаси уни онкологиянинг бошқа бўлимларида, масалан, нейроонкология, онкогинекология, абдоминал, торакал онкологияда қўллашга асос бўлди.

Аниқланишича, барча хавфли ўсмалар криодеструкцияси иммуносупрессияни келтириб чиқармайди, абластик операция заруратини туғдиради, гемостатик самараси бор. Криодеструкцияни жигарнинг бирламчи саратони ва ундаги якка метастазлар, меъда ости бези, сийдик пуфаги, бачадон бўйни, тухумдон ўсмаси ва бошқаларда қўллаш мумкин. Ундан кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзолари ўсмаларининг норезектабеллиги пайтида қўшимча интраоперацион даволаш мақсадида фойдаланиш беморга сезиларли даражада ёрдам беради.

### 3. НУР ТЕРАПИЯСИ

Нур терапия жарроҳлик операцияси каби ўсмага маҳаллий таъсир этиш усули бўлиб ҳисобланади. Нур терапияси ионловчи радиация ёрдамидаги асосий даволаш усулларида бири бўлиб, ўртача 70% онкологик беморларда қўлланилади. Ионловчи нурнинг ўсмага терапевтик таъсири қуйидагича:

1. Радиация ўсма ҳужайраларининг биологик ўлимига сабаб бўлади.

2. Нормал ва ўсма тўқималарининг турли радио (нур) сезгирлигини оширади.

Радиациянинг биологик самараси, унинг энергиясини ютиш физикавий жараёндан бошланади, бу ионлар (зарядланган атом ва молекулалар) ҳосил бўлишига олиб келади. Бу эса қатор кимёвий реакцияларни келтириб чиқаради, бунда эркин радикаллар ва водород пероксид бирикмалари ҳосил бўлади, уларнинг фаоллиги кислород иштирокида кучаяди. Эркин радикалларнинг ўсма ҳужайралари ДНК-сига таъсири унинг битта ёки иккита занжири узилишига сабаб бўлади. Бу эса ҳужайранинг ўлимига олиб келади (интерфазали — нурлангандан сўнгги биринчи соатларда катта дозаларда ёки юқори радиосезгирлик-

да ёки митотик ўлимда, нурлангандан кейинги бир ёки бир неча циклик бўлинишлардан сўнг содир бўлади). ДНК занжирларидан бир ёки иккитасининг радиациянинг тўғридан-тўғри таъсири пайтида узилиши фақатгина 20—30% ўсма хужайраларининг ўлимига олиб келади. Хужайраларнинг асосий (70—80%) қисми эркин радикаллар ва водород пероксид таъсири натижасида нобуд бўлади.

Ўсмаларни нур терапияси жараёнида микроскопик текшириш шуни кўрсатадики, биринчи навбатда хужайраларнинг бўлиниши секинлашади, доза оширилганда хужайранинг бўлиниши тўлиқ тўхтабди. Патологик митозлар миқдори ортиб боради, хромосомалар абберацияси ва ген мутациялари ҳосил бўлади, ядролар катталашиб, деформацияланади, капиллярларга бой бўлган грануляцион тўқиманинг ўсиб бориши кузатилади, бу ўсмани алоҳида оролчаларга бўлиб ташлайди, майда томирларнинг облитерацияси (беркилиши) ривожланади, бу эса ўсмада қон айланишининг бузилишига ва унинг дистрофиясига олиб келади. Бундан шу нарса маълум бўладики, ионловчи нурларнинг нисбатан катта бўлмаган дозасининг ўзи (1—2 Гр) кўпгина ўсма хужайраларининг ярмидан кўпини нобуд қилади, лекин тирик қолган хужайралар миқдорини 1—2% гача камайтириш учун 10 маротаба кўпроқ доза бериш керак бўлади. Ана шу охириги хужайраларни йўқотиш муаммоси онкологияда энг мураккаб ва ечилиши қийин бўлган масала ҳисобланади (албатта гап ички аъзо ўсмалари устида кетаяпти). Омон қолган ўсма хужайралари кам бўлсада нур терапия натижаси уларга бевосита боғлиқ, чунки бу хужайраларнинг ҳар бири янги клонлар (авлод) ҳосил қилиб, рецидив ўсмага ёки метастаз тугунига айланиши мумкин. Саратон хужайраларининг омон қолиш (яъни, радиорезистентлиги) сабаблари қуйидагилар ҳисобланади:

1. *Нурдан сўнгги репарацион жараённинг юқори даражаси.*

2. *Ўсма хужайрасини митотик циклнинг радиорезистентлик босқичида нурлантириш.*

3. *Хужайранинг гипоксик ҳолати.*

1. Ўсма хужайраси бошқа нормал хужайралар каби атроф-муҳитнинг турли омиллари томонидан юзага келган шикастланишларни тузатадиган репарацияловчи мураккаб ва бақувват система билан таъминланган. Юқорида айтиб ўтилганидек, ионловчи нур ўсма хужайраси ДНК-

сининг бир ёки икки занжири узилишига олиб келади. Уларнинг тикланишини 3 та фермент таъминлайди: 1. *Эн-донуклеаза* — занжирнинг зарарланган учларини узади, *ДНК-полимераза* — узилган жойга керакли нуклеотидни улайди ва *ДНК-лигаза* — охиригисини қўшни нуклеотидлар билан улайди. Шундай қилиб, ДНКнинг бирламчи ҳолати ва ҳужайраларнинг тўла фаолияти тикланади.

Репарациянинг фермент системаси етишмовчилигида нурланишдан сўнгги зарарланиш қайтмас хусусиятга эга бўлиб қолади. Бу кўпинча ҳужайранинг нобуд бўлишига олиб келади. Демак, нур терапиясининг самараси фақатгина радиациянинг дозасида эмас, балки нурлангандан сўнгги репарация даражасига ҳам боғлиқдир.

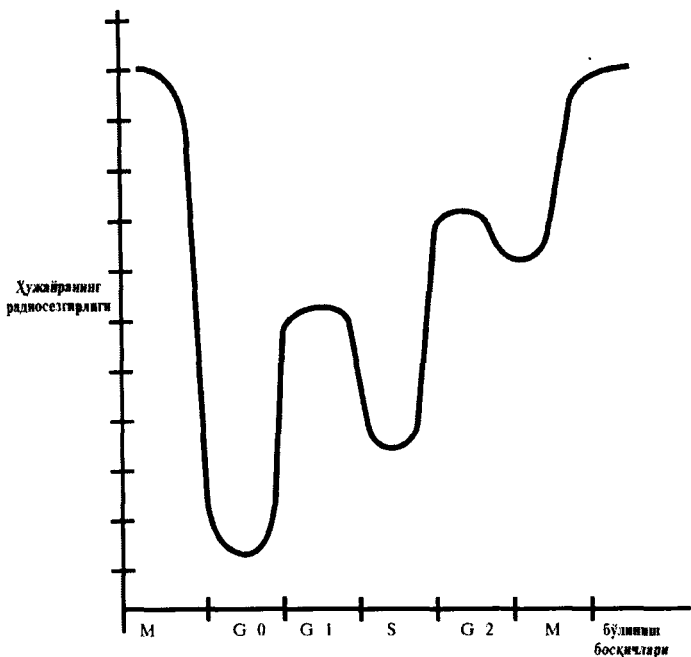
Шу нарса аниқланганки, нормал ҳужайрада нурдан сўнгги репарациянинг тезлиги ва ҳажми ўсма ҳужайрага қараганда юқори ва тўла бўлади, бу нормал ҳужайранинг нур терапия таъсиридан кейин тезроқ тикланишини таъминлайди.

2. Ҳужайра митотик бўлинишнинг маълум босқичларидан ўтаётган пайтида унинг радиацияга сезгирлиги ўзгариб туради. (4-расм). Ҳужайранинг энг юқори нур сезгирлиги митоз (М) босқичида кузатилади, тинчлик ( $G_0$ ) босқичида сезгирлик кескин пасаяди ва секин-аста пресинтетик ( $G_1$ ) босқичга кўтарилади, кейин ДНКнинг синтез босқичи (S) бошида пасаяди, унинг охирида кўтарилади,  $G_2$  босқичида эса бирмунча пасаяди ва митозда яна кескин кўтарилади.

Ҳужайра циклининг турли босқичларида нур сезгирлиги фарқи юқори даражага етиб боради. Масалан, митоз босқичида ҳужайрани зарарлантириш учун 1 Гр атрофидаги доза етарли, тинчлик ( $G_0$ ) босқичида эса — 10 Гр ортиқча ҳисобланади.

3. Кўпгина радиобиологик тадқиқотларда кўрсатилишича, ўсма ҳужайрасининг нурдан зарарланиш даражаси ундаги кислород миқдорига боғлиқ; кислороднинг ортиб бориши нурлантириш таъсирини кучайтиради, камайиши эса, аксинча, сусайтиради («кислородли эффект»). Маълумки, ўсма тугунидаги қон томирларга яқин жойлашган ҳужайралар кислороднинг юқори концентрациясига эга, узоқдаги ҳужайралар эса кислород билан кам таъминланган (гипоксия ҳолати). Нур терапияси ўтказилиши пайтида биринчи навбатда кислородга бой ўсма ҳужайралари нобуд бўлади, гипоксияли, кислороди кам ҳужайралар эса омон қолади.





4- расм. Ўсма хужайрасининг бўлиниши ва бўлинишнинг турли босқичларида нур сезгирлиги.

Ўсманинг ҳажми қанчалик кичик бўлса, унда гипоксияли хужайралар фракцияси шунча кам бўлади ва аксинча. Шунинг учун кичик ўсмалар нур терапияда катта ўсмаларга нисбатан осонроқ нобуд бўлади. Клиника амалиётида нур терапия режалаштирилаётганда ўсманинг нурга сезгирлигини аниқлашда унинг морфологик тузилишига аҳамият берилади (18-жадвал).

18-жадвал.

**Хавфли ўсмаларнинг нур сезгирлиги таснифи**

Юқори нур сезгир ўсмалар	Ўртача нур сезгир ўсмалар	Паст нур сезгир ўсмалар
Лимфосаркома Лимфогранулематоз Юинг саркомаси Тухум семиномаси Мияча медуллобластомаси	Сут бези саратони Бачадон танаси аденокарциномаси Тухумдон ўсмалари Ясси хужайрали саратонлар:	1. Бириктирувчи тўқима саркомалари: —остеосаркома —хондросаркома —фибросаркома —липосаркома

Юқори нур сезгир ўсмалар	Ўртача нур сезгир ўсмалар	Паст нур сезгир ўсмалар
Ретикулосаркома Анапластик саратонлар: —бурун-томоқ —ўпка —қалқонсимон без	—тери —оғиз бўшлиғи —ҳалқум —ҳиқилдоқ —бронхлар —қизилўнгач —бачадон бўйни	—аралаш турдаги саркомалар 2. Ҳазм системаси аденокарциномаси: —меъда —йўғон ичак —тўғри ичак 3. Буйрак, жигар ва меъда ости беши ўсмалари

Шу нарса эътиборлики, лимфа тўқимасидан келиб чиққан саркомалар бириктирувчи тўқималардан чиққан ўсмаларга нисбатан ионловчи радиацияга таъсирчанроқ экан. Кам дифференциаллашган саратон юқори радиосезгирликка эга бўлса, ҳазм йўли аденокарциномаларининг сезгирлиги эса паст бўлади.

Келтирилган ўсмаларнинг нур сезгирлиги даражаси деярли нисбийдир ва нур терапиясида қўлланиладиган дозаларгагина мос келади. Агар юқори дозалар ишлатилса, ўсмани йўқ қилиш мумкин бўлади, аммо бу ўсма атрофидаги нормал тўқималар ва организмга катта зиён етказиши мумкин. Шу сабабли амалиётда бундай дозалар ишлатилмайди. Бир қатор нормал тўқималар ва аъзолар учун нурларнинг ўртача толерант дозалари 19-жадвалда келтирилган (толерант доза — бу ўсма атрофидаги нормал тўқималарга зарар етказмайдиган радиация дозаси).

19-жадвал.

#### Нормал тўқима ва аъзолар учун толерант дозалар

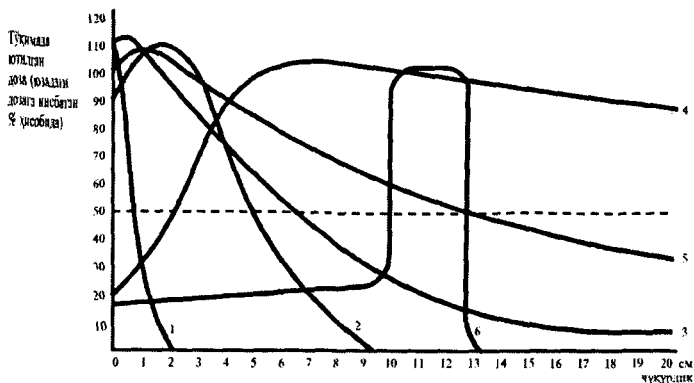
Тўқима ёки аъзо	Доза (Гр)	Тўқима ёки аъзо	Доза (Гр)
Тери	50	Бош мия	50
Тери ости тўқимаси	45	Орқа мия	35
Меъда	35	Узунчоқ мия	30
Ингичка ичак	40	Юрак	50
Йўғон ичак	50	Ўпка	30
Тўғри ичак	60	Жигар	35
Буйрак	40	Кўз гавҳари	5

Шу сабабли нур терапиясининг асосий мақсади ўсмага максимал зиён келтириш ва бунда атрофдаги нормал хужайраларга минимал таъсир этиш ҳисобланади. Бунга ўсма ва нормал хужайралар орасидаги радиосезгирлик юқори бўлсагина эришилади (бу радиотерапевтик интервал деб аталади). Бундай интервалнинг мавжудлиги нур терапиянинг асоси бўлиб ҳисобланади ва у қанчалик катта бўлса, ўсманинг максимал бузилиши шунча юқори бўлади ва атрофдаги нормал тўқималарнинг ҳаёт фаолияти сақланиши таъминланади.

Экспериментал ва клиник онкологияда радиотерапевтик оралиқни кенгайтиришга катта аҳамият берилади. Радиотерапевтик оралиқни кенгайтириш ўсма радиосезгирлигини оширувчи ва атрофдаги нормал тўқималарга нур таъсирини камайтирувчи усулларни қўллаш орқали амалга оширилади. Ўсма сезгирлигини ошириш учун кислород миқдорини ошириш, кимёвий моддалардан фойдаланиш, сунъий гипергликемия ҳосил қилиш ва ўсмани ҳароратини ошириш керак бўлади. Нормал хужайраларга нур таъсирини камайтириш учун эса регионар ва умумий гипоксия ҳосил қилиш, кимёвий моддалар ишлатиш ва нур терапияси технологиясини оптималлаштириш зарур.

Ўсма хужайрасининг нурдан шикастланиши ёки нобуд бўлиши *ютилган* нур дозаси (миқдори) га бевосита боғлиқ бўлади. Бу доза биринчи навбатда нур энергиясидан келиб чиқади. 5-расмда аъзо тўқималарида ютилган нур энергияларининг тақсимланиши келтирилган.

Аниқ кўриниб турибдики, 60 кВ ва 200 кВ (киловольт) энергияли рентген нурлари учун тери, шиллиқ пардаларнинг биринчи миллиметрларида максимал ютилиши ва чуқурлик сари дозанинг тезда пасайиши хосдир (10 см чуқурликка бу нурларнинг фақат 10%и етиб боради). Шунинг учун 60 кВ энергияли рентген нурларини тери ўсмалари учун қўллаш, 200 кВ энергияли нурни эса 4—5 см дан кўп бўлмаган чуқурликдаги ўсмалар учун қўллаш мақсадга мувофиқдир. Радиоактив кобальт — 60 гамма нурлари (энергияси 1,17 МэВ — миллион электронвольт) тери юзасидан 3—5 мм чуқурликда максимал ютилади (тери ости клетчаткасида), кейин доза пасайтирилиб, 10 см чуқурликка нурларнинг 50%и етиб боради. Шу сабабли бундай нурларни чуқурлиги 10 см дан кўп бўлмаган ўсма-



1. Рентген нурлари — 60 кв
2. Рентген нурлари — 200 кв
3. Кобальт-60 гамма-нурлари — 1,17 Мэв
4. Бетатроннинг тормоз нурлари — 25 Мэв
5. Тезлатилган электронлар — 30 Мэв
6. Тезлатилган протонлар — 160 Мэв

5- расм. Турли энергияли ютилган нур дозаларининг түқималарда тақсимланиши

ларни нурлаш учун қўллаш қулайроқ. Назарий жиҳатдан ички аъзо ўсмалари нур терапияси учун электрон ва протон тезлатувчилар энг қулайдир. Масалан, 120—160 МэВ ли протонлар организмда 10—15 см чуқурликдаги ўсмаларга етиб бориши мумкин, бунда нормал түқималарда ўсмагача ва ўсмадан сўнг энергия ютилиши содир бўлмайди. Нур терапияси қўлланиладиган нурларнинг асосий турлари ва ускуналари 20-жадвалда келтирилган.

Ривожланган мамлакатларда сўнгги йилларда хавфли ўсмаларни нур терапияси билан даволашда асосан электрон ва протон тезлатгичлар ишлатилади. (6-расм). Нур терапияси оптимал технологиясининг муҳим қоидаларидан бири ўсмани бутунлай нобуд қилиш учун керакли дозани фракциялаш, яъни уни бир мартада бермасдан 3—30 қисмга ва 1—3 курсга бўлиб беришдир.

Майда (қунига нурлантириш дозаси 2,0 Гр), ўрта (бир марталик дозаси 3—5 Гр) ва йирик фракциялаш (бир марталик дозаси 8—12 Гр) нормал ҳужайраларни ўсма ҳужайраларга нисбатан тезроқ тикланишини таъминлайди. Шу мақсадда нурлантириш курслари қўлланилади.

## Нур терапиясида қўлланиладиган асосий нурлар ва аппаратлар тури

Рентген нурлари	Гамма нурлар, бета-заррачалар	Зарядланган заррачалар ва юқори энергияли нурлар
<p>1. Яқин фокусли рентгенотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— РУМ-7</li> <li>— ТФХ-60</li> <li>— ТУР-60</li> </ul> <p>2. Дистанцион рентгенотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— РУМ-11</li> <li>— РУМ-13</li> <li>— РУМ-17</li> </ul>	<p>1. Дистанцион гамматерапия:</p> <p>а) статик нурлантириш</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— "Луч" (Co-60)</li> <li>— "Агат-С" (Co-60)</li> </ul> <p>б) Ҳаракатли нурлантириш:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— "Агат-Р" (Co-60)</li> <li>— "Рокус" (Co-60)</li> </ul> <p>2. Бўшлиқ ичи нур терапияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— "Агат-В" (Co-60)</li> <li>— Селектрон (Cs-137, Ir-192)</li> </ul> <p>3. Апликацион терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— гамма-аппликаторлар (Co-60) Cs-137, Ir-192)</li> <li>— бета аппликаторлар (Sr-90, P-32)</li> </ul> <p>4. Тўқима ичи терапияси (игналар, зўлдирчалар):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— гамма-терапия (Co-60, Cs-137, Ir-192)</li> <li>— бета терапия (Au-198, Sr-90)</li> </ul>	<p>1. Электрон тезлатувчилар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— бетатрон (электронлар ва тормоз нурлари)</li> <li>— чизиқли тезлатувчилар (электронлар ва тормоз нурлари)</li> </ul> <p>2. Протон тезлатувчилар</p> <p>3. Альфа заррачалар, оғир ионларни тезлатувчи синхрофазотрон</p>

Курснинг биринчи ярмида таъсирчан бўлган ўсма ҳужайраларининг кўпи атиги 30 Гр дозадан «девитализация» (оғир шикастланади) ланади. Сўнгра 3 ҳафталик танаффус пайтида атрофдаги нормал тўқималар тикланади, ўсма кичиклашади, унинг реоксигенацияси кучаяди, ўсманинг қон билан таъминланиши яхшиланади (томирларнинг эзилиши камайгани сабабли) ва бу билан қолган ўсма ҳужайраларнинг нур сезгирлиги ошади.

Замонавий онкология клиникасида нур терапияси мустақил усул сифатида қуйидаги мақсадларда қўлланила-



**6-расм.**  
Чизиқли тезлатгич.

ди: радикал — ўсма ҳужайраларини бирламчи ўчоқда ва метастазларда тўла йўқ қилиш), паллиатив — ўсманинг ўсиши ва тарқалишини вақтинча тўхтатиш ва симптоматик — кучли оғриқлар, оралиқ аъзолар ва орқа мия компрессиясини бартараф этиш учун. Зарур пайтда бирданига дистанцион ва бўшлиқ ичра нурлантириш (қўшма нур терапияси), нурли ва жарроҳлик усулида даволаш (комбиницион даволаш), нурли, жарроҳлик ва кимётерапия усулида даволаш (комплекс даволаш) усуллари қўлланилади. Нур терапиясининг саратоннинг айрим турларини мустақил даволаш самараси қуйидагича: лаб саратонида — 98,7%, бачадон бўйни — 94,4, ҳиқилдоқ—90,4%, тил — 78,7% ва ўпка саратонида —10,0% беморлар даволашдан кейин 5 ва ундан кўпроқ йил яшайдилар.

#### **4. ХАВФЛИ ЎСМАЛАР КИМЁТЕРАПИЯСИ**

Бу онкологияда энг муҳим даволаш усулларида бири бўлиб, хавфли ўсмаларга қарши турли кимёвий моддаларни ишлатишга асосланган. Замонавий кимётерапиянинг тарихи 1946 йилдан бошланади. Бунда биринчи бор кучли заҳарловчи модда — азот иприти лимфогранулематозни

даволаш учун қўлланилган. Қадимдан инсонлар саратонни турли хилдаги моддалар билан даволашга уриниб кўрганлар. Улар ўсимлик, ҳайвон маҳсулотлари, минераллар ва ҳоказолар бўлган. Уларни танлаш эмпирик, яъни ҳеч бир илмий асоссиз бўлган.

Сўнги ўн йилликлар мобайнида саратоннинг молекулляр биологияси ҳақидаги билимлар, экспериментал онкология ҳамда кимёвий фан ютуқлари базасида дунёнинг машҳур фармацевтик компаниялари ва фирмалари орқали клиник онкологияга ўнлаб ўсмага қарши препаратлар кириб келди. Энг кўп ишлатиладиган кимёвий препаратлар ҳақидаги қисқача маълумот 21-жадвалда келтирилган.

21-жадвал.

**Онкологияда энг кўп ишлатиладиган кимёвий препаратлар**

Препаратнинг номи	Асосий таъсир механизми	Кўрсатма
<i>Алкиловчи препаратлар</i>		
Сарколизин (мерфалан)	Ўсма ҳужайранинг бўлиниши барча босқичларга таъсир этади. Беморга турли йўллар орқали юборилади.	Ретикулосаркома, лимфосаркома, миелома, Юинг саркомаси, мойк семиномаси, тухумдон саратонида.
Тифосфамид (ТСПА)	Бемор организмда фаол шаклга ўтади. Барча йўллар билан юборилади.	Сут бези ва тухумдон саратони, мезотелиома, ретинобластома, лимфогранулематозда.
Хлорбутин (хлорамбутил, лейкеран)	Ҳужайра бўлинишининг барча босқичига таъсир этади; ичишга буюрилади.	Хавфли лимфомалар, лимфогранулематоз, тухумдон саратонида.
Имидазол-карбоксамид (ДИК)	Организмда фаоллашади. Алкиловчи агент ҳамда антиметаболит ҳисобланади. Фақат вена орқали юборилади.	Лимфогранулематоз, меланома, юмшоқ тўқима саркомаси, нейробластомада.
Ифосфамид (холоксан)	Организмда фаоллашади. Вена орқали юборилади.	Тухумдон, мойк, сут бези ва ўпканинг майда ҳужайрали саратонида.

Препаратнинг номи	Асосий таъсир механизми	Кўрсатма
Циклофосфан (цитоксан, эндоксан)	Организмда фаоллашади. Ичиш, мушак ва вена орқали юбориш мумкин.	Лимфогранулематоз, хавфли лимфомалар, ўпка, бачадон бўйни саратони, мойк семиномаси, суяк ва юмшоқ тўқима саркомалари, Вилмс ва миелома ўсмаларида.
<i>Антиметаболитлар</i>		
Метотрексат (аминоптерин)	Хусусияти: ҳужайра бўлинишининг фақат S-босқичида фаол. Барча йўллар орқали юборилади.	Ўпка, бош-бўйин, сут бези, бачадон бўйни саратонлари, хорионэпителиома, суяк ва юмшоқ тўқималар саркомаси, медуллобластомада.
Меркаптопурин (пуринетол)	Хусусияти: ҳужайра бўлинишининг фақат S-босқичида фаол. Ичишга буюрилади.	Лимфосаркомалар, хорионэпителиомада.
Фторурацил (флюороурацил)	Хусусияти: организмда фаоллашади, гематоэнцефалик тўсиқдан ўтади, барча йўллар орқали юборилади.	Сут бези, тухумдон, меъда, йўғон ва тўғри ичак, жигар, меъда ости саратонида.
Фторафур (футрафур)	Хусусияти: фторурацилнинг ташувчиси бўлиб ҳисобланади, гематоэнцефалик тўсиқдан ўтади. Барча йўллар орқали юборилади.	Сут бези, меъда, йўғон ва тўғри ичак саратони, мия ўсмаларида.
<i>Антибиотиклар</i>		
Адриамицин (доксорубин)	Хусусияти: фақат вена орқали юборилади. Гематоэнцефалик тўсиқдан ўтмайди.	Сут бези, ўпка, тухумдон саратони, юмшоқ тўқима ва остеоген саркомалар, қовуқ, Вилмс ўсмаси, лимфогранулематоз, лимфосаркомалар ва қалқонсимон без саратонида.



Препаратнинг номи	Асосий таъсир механизми	Кўрсатма
Блеомицин (блеоцин)	Хусусияти: барча йўллар орқали юборилади, ичишдан ташқари.	Бош ва буйин, тери, қизил-ўнгач, бачадон буйни, тухум ва жинсий олат саратони, хавфли лимфомалар, лимфогранулематозда.
Дактиномицин (актиномицин, космеген)	Хусусияти: вена орқали юборилади.	Бачадон хорионэпителиомаси, Юинг ва лимфа саркомалари, Вилмс ўсмаси, эмбрионал рабдомиосаркома, юмшоқ тўқима саркомаси, мойк саратони, меланомада.
Карминомицин (карубицин)	Хусусияти: вена орқали юборилади.	Юмшоқ тўқима саркомалари, сут беши саратони, бачадон саркомаси, Вилмс ўсмаси, болалар нейробластомасида.
Митомицин-С (мутамицин)	Хусусияти: вена ва қовуқ ичига юборилади. Гематоэнцефалик тўсиқдан ўтмайди.	Меъда, ичак, меъда ости беши, қовуқ саратонида.
Фармарубцин (эпирубицин)	Хусусияти: фақат вена орқали юборилади.	Сут беши, тухумдон, ўпка, меъда ости беши саратони, хавфли лимфомаларда.
<i>Фитопрепаратлар</i>		
Вепезид (VP-16, этопозид)	Мандрагора экстрактдан тайёрланган ярим сунъий препарат. Венага ёки ичишга буюрилади. G <sub>2</sub> босқичида ҳужайралар бўлинишини тўхтатади.	Ўпканинг майда ҳужайрали саратони, лимфосаркомалар, мойк ўсмаларида.
Винбластин (розевин, вельба)	Пушти бўригул ўсимлиги алкалоиди. Ҳужайра бўлинишини метафазада тўхтатади. Венага юборилади.	Лимфогранулематоз, лимфосаркомалар, нейробластомалар, меланома, бурун-томоқ, ўпка, сут беши, буйрак, қовуқ, уретра саратонларида.
Винкрестин (онковин)	Пушти бўригул ўсимлиги алкалоиди.	Лимфогранулематоз, лимфосаркомалар, сут беши

Препаратнинг номи	Асосий таъсир механизми	Кўрсатма
Тенипозид (VM-26, вумон)	Винбластиндан метил гуруҳи ўрнига СНО гуруҳи борлиги билан фарқ қилади. Венага ва бўшлиқларга юборилади.	саратони, юмшоқ тўқималар саркомаси, Вилмс ўсмаси, Юинг саркомаси, меланомада.
Колхамин (омаин)	Эпидофиллотоксиндан олинган ярим сунъий модда. Ҳужайра бўлинишини $G_2$ босқичда тўхтатади. Барча йўллар орқали юборилади. Гематозэнцефалик тўсиқдан ўтади.	Бош мия ўсмалари, лимфосаркома, қовуқ ва тухумдон саратонида.
Таксол (паклитаксел)	Ўсимлик табиатли янги препарат. Ҳужайра бўлинишини митоз босқичида тўхтатади.	Тери саратонида малҳам шаклида.
		Тухумдон, сут бези, ўпка саратонида.
<i>Мочевина асосли унумлари</i>		
Гидроксимочевина	Препарат ДНК синтезини пасайтиради ва ҳужайралар бўлинишини синхронлайди. Ичишга буюрилади. Гематозэнцефалик тўсиқдан ўтади.	Ўпканинг майда ҳужайрали саратони, меланома, бачадон, хорионэпителиома, бош, бўйин ва мия ўсмаларида.
Кармустин (BCNU)	ДНК молекуласини узиб, унинг репарациясини пасайтиради. Венага юборилади. Гематозэнцефалик тўсиқдан ўтади.	Бош мия глиобластомаси, йўғон ичак, меъда ости бези саратони, меланома, лимфогранулематоз, миелома касаллиги.
Ломустин (CCNU, белустин)	Кармустинга яқин, лекин ундан хлорэтил гуруҳи ўрнида	BCNU ишлатиладиган хавфли ўсмалар

Препаратнинг номи	Асосий таъсир механизми	Кўрсатма
	циклогексил гуруҳи бўлиши билан фарқ қилади. Ичишга буюрилади. Гематозн-цефалик тўсиқдан ўтади.	
<i>Платина асосли унумлари</i>		
Цисплатин (платинол)	ДНК, РНК ва оқсилларнинг асосан нуклеофил гуруҳига таъсир этади. Барча йўллар орқали юборилади (ичишдан ташқари).	Мояк хавfli ўсмалари, тухумдон саратони, бош ва бўйин ўсмалари, қовуқ саратонида.
Карбоплатин (параплатин)	Алкилловчи хусусиятга эга бўлиб, ДНК, РНК ва оқсилларнинг нуклеофил гуруҳига таъсир этади. Вена ва артерия орқали юборилади.	Мояк ва тухумдоннинг герминоген ўсмалари, меланнома, бош-бўйин саратони, остеоген саркомаси, ўпка, бачадон бўйни саратони, медуллобластомада.

Юқорида келтирилган маълумотларга қараганда, саратонга қарши препаратларнинг алкилловчи таъсири бор, антиметаболитлар, антибиотиклар, ўсимлик табиатли, мочевина ва платина асосли унумлари бор.

*Алкилловчи препаратлар* — буларнинг ҳаммаси алкил гуруҳи ( $\text{CN}_2$ ) ёрдамида нуклеин кислота билан осон реакцияга киришади, натижада ДНК ва оқсил молекуласида узилишлар, шунингдек, молекулалараро ва молекулалар ичра уланишлар юзага келиб, ўсма хужайраси нобуд бўлади. Улар хужайра бўлинишининг барча босқичларида фаоллашади.

*Антиметаболитлар* — бу препаратлар ўсма хужайралари учун ҳаётий зарур бўлган моддаларнинг антагонистлари ёки аналоглари, шунинг учун уларнинг организмга юборилиши хужайрадаги нормал биокимёвий жараёнларни блоклайди ва унинг ўлимига олиб келади.

*Ўсмага қарши антибиотиклар* — булар замбуруғларнинг ҳаётий маҳсулотлари бўлиб, рибонуклеин кислота синте-

зи бузилиши ёки ДНКнинг якка ҳолда узилишига сабаб бўлади. Хужайра циклининг барча босқичларида деярли фаол.

*Ўсимликдан тайёрланган препаратлар* — таъсир этиш механизмига кўра бир хил эмас: бири постсинтетик босқичда фаол бўлса, иккинчиси митоз босқичида фаолдир.

*Мочевинадан тайёрланган препаратлар* — таъсир механизми бўйича турлича: бири фақат «S» босқичида фаол бўлса, иккинчиси ўсма хужайралари репарациясини тор-мозлайди.

*Платинадан тайёрланган препаратлар* — деярли барчаси ДНК, РНК ва оқсилларнинг нуклеофил гуруҳига таъсир этади.

Ўсмалар кимётерапиясидан тўпланган клиник онкологиядаги катта тажриба унинг самарадорлиги қуйидаги асосий омилларга боғлиқ эканлигини кўрсатади:

1. Ўсманинг кимёсезгирлигига.
2. Доза ва препарат юборилиш маромига.
3. Беморнинг умумий ҳолатига.

1. Ўсма «кимёсезгирлиги» тушунчаси бу ерда расмий қабул қилинган «радиосезгирлик» терминига аналог сифатида қўлланилади. Бунда ўсма хужайраларининг кимёвий препаратлардан зарарланиш даражаси тушунилади. Ўсманинг кимёсезгирлиги унинг гистиоструктураси, хужайралар етуклиги, ўсиш даражаси, хужайранинг босқичларига боғлиқ.

Маълумки, битта ўсманинг ҳар хил морфологиясига кимётерапия турлича таъсир этади, ёшроқ ва тез ўсувчи ўсмалар юқори дифференциялашган ва секин ўсувчи ўсмаларга нисбатан кўпроқ зарарланади. Ўсманинг ўлчами қанчалик кичик бўлса (ўсма хужайралари сони қанчалик кам бўлса), кимётерапия самараси шунчалик юқори бўлади.

Шу нарса аниқки, ўсма хужайраси ўзининг бўлишининг турли босқичларида бир хил препаратга ҳар хил таъсирчанликка эга, шунингдек, маълум кимётерапевтик моддаларнинг ҳар бири хужайра циклининг асосан у ёки бу босқичида таъсир этади. Масалан, антиметаболитлар ўсма хужайрасига «S» босқичида фаол таъсир кўрсатади (ДНК ва гистонлар синтези даврида), ўсимликдан тайёрланган препаратлар асосан «M» босқичида (хужайра бўлишининг митоз даврида) таъсир этади, алкилловчи

препаратлар эса циклнинг деярли барча босқичларида таъсир этади.

2. Кимёвий препаратларнинг дозаси ва юборилиш маъроми хавфли ўсмаларни даволашнинг муҳим омилдир. Ҳар бир ўсмага қарши модда онколог-шифокор кўригидан олдин тажриба ҳайвонларида ҳар томонлама синаб кўрилади. Ана шу изланишлар жараёнида препаратнинг бир маротаба ва умумий дозалари, юборилишнинг оптимал йўллари ва тартиби аниқланади. Препарат дозасининг бемор оғирлигининг ҳар бир килограммига ёки тана юзасининг ҳар бир квадрат метрига миллиграммда бўлиниши умумқабул қилинган. Оптимал дозага амал қилиш кимётерапиянинг муҳим аспектидан бири бўлиб ҳисобланади. Кичик доза керакли терапевтик самара бермайди, катта доза эса одатда оғир оқибатларни келтириб чиқаради.

Кимётерапиянинг бошқа муҳим аспекти — даволаш даврида ўсма тугунида препаратнинг керакли миқдорини (концентрациясини) таъминлашдир. Бу — дорининг юборилиши оптимал ритми танлаб олиш йўли орқали амалга ошади — яъни, юборилиш сони, улар орасидаги интервал, биринчи курснинг давомийлиги ва кимётерапиянинг қайта курсларини ўтказиш муддатларини аниқлашдир.

3. Беморнинг умумий ҳолати кимётерапия режасини аниқловчи муҳим омилдир. Ҳаётий муҳим аъзо ва системалар фаолиятининг чуқур бузилишлари пайтида кимётерапия унчалик катта бўлмаган ўсмаларда ҳам кўзланган мақсадни бермайди, чунки у умумий аҳволнинг ёмонлашуви ва ўлимнинг тезлушувига олиб келиши мумкин. Аммо юқори таъсирчан ўсмаларда уларнинг ўлчамлари катта ва умумий аҳволнинг оғирлигига қарамасдан, аиниқса, нафас ва сийдик ажратиш йўллари сиқилишида кимётерапия усулидан фойдаланиш керак. Кимётерапия жараёнида қон яратиш системаси, ҳужайравий ва гуморал иммунитет даражаси, ўсма кинетикаси доимо назорат этиб турилади. Бу даволаш самарасини объектив баҳолайди.

Даволаш самарасини аниқловчи айтиб ўтилган 3 асосий омилдан ташқари, ўсмага қарши препаратни беморга юбориш йўллари ва кимётерапияни бошқа даволаш усуллари билан (жарроҳлик операциялари, нур терапия) биргаликда ўтказилиши муҳим аҳамиятга эга. Препарат юборилишининг системали, регионар ва локал (маҳаллий) турлари фарқланади.

*Системали кимётерапия* — бу ўсмаларнинг диссеминация (кенг тарқалиши) пайтида умумий таъсир кўрсатиш мақсадида дориларни қон айланиш доирасига барча йўллар билан юборилишидир.

*Локал кимётерапия* — бу кимёвий препаратни малҳам ёки суюқлик кўринишида тўғридан-тўғри ўсмага суртиш, уни бўшлиқларга юбориш (плеврага, қорин бўшлиғига, пуфак ичига ва ҳоказо) ёки тўғри ўсма ичига (интрамурал) юбориш демакдир.

Кимёвий препаратларнинг 3—4 тасини биргаликда қабул қилиниши (*поликимётерапия*) кўпинча дорини якка қабул қилиш (*монокимётерапия*) дан кўра яхши даволовчи самара беради. Поликимётерапияда ишлатиладиган препаратлар бир-биридан ҳужайранинг бўлиниш босқичлари, структураси, алмашинув жараёнига таъсир қилиши билан фарқланиши керак.

Бу ўсмаларни комплекс даволаш усули жарроҳлик операциясигача (бунда у неоадъювант деб аталади), интраоперацион ва ундан кейин, шунингдек, нур терапиясигача, даво ўтказиш пайтида ва ундан сўнг қўлланилиши мумкин.

Поликимётерапиянинг яна бир тури адъювант (қўшимча) кимётерапия усулидир. Бу ўсмани даволашнинг локал усуллари (оператив аралашув, нур билан даволаш, криодеструкция, лазер терапияси)дан сўнг кўзга кўринмас, субклиник микрометастазларни енгиш учун қўлланилади. Кўпинча бу профилактик кимётерапия деб ҳам аталади.

Ҳозирги пайтда кимёвий препаратларни клиникада қўллашнинг узоқ йиллик тажриба асосидаги уларга ўсмаларнинг сезгирлигига қараб таснифи (классификацияси) тузилган (22-жадвал).

Келтирилган маълумотларга кўра, ягона кимёвий модда билан даволанадиган ўсмалар рўйхати жуда қисқа. Кўпгина мутахассисларнинг баҳолашларига кўра, замонавий кимёвий препаратларнинг ўзи хавфли ўсмалар билан касалланган беморларнинг 10% ининг тузалишини ва 30% ининг давомий ремиссиясини (ўсма белгилари йўқолишини) таъминлайди. Шунга қарамай, кимётерапия ўсмаларни перспектив даволаш усули бўлиб ҳисобланади. Дунёда ўсмага қарши янги препаратларни яратиш ишлари олиб бориляпти, йил сайин кўплаб табиий ва сунъий бирикмалар тажрибадан ўтказилиб, онкология амалиётида кенг қўлланилаяпти.

## Кимётерапияга сезгир ўсмалар таснифи

Кимётерапия ёрдамида бутунлай тузалиб кетиши мумкин	Кимётерапия узок ремиссия беради, ҳаётни узайтиради	Ўсма регрессияси 20—40% беморда кузатилади, баъзида ҳаётни узайтиради	Кимётерапияга сезгирлиги кам (даво самараси вақтинча)
Бачадон хорионэп- ителиомаси. Моякнинг хавфли ўс- малари. Лимфогра- нулематоз.	Юинг саркома- си. Сут бези са- ратони. Тухумдон са- ратони. Ўпканинг май- да ҳужайрали саратони. Бачадон тана- си саратони. Лимфосарко- ма.	Меъда, йўғон ва тўғри ичак сара- тони. Меланома. Бош ва бўйин са- ратони. Ҳиқилдоқ сарато- ни. Қалқонсимон без саратони. Қовуқ саратони. Юмшоқ тўқима саркомаси. Остеоген саркома.	Ўпка саратони. Кизилўнғач сара- тони. Жигар саратони. Буйрак саратони. Бачадон саратони. Қин саратони.

## 5. ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯСИ

Ўсмалар гормонал терапияси (ёки эндокрин терапия) нинг назарий асоси гормонларнинг ҳужайра бўлиниши ва генлар фаоллигини бошқаришдан иборат.

Аниқланишича, тухумдон гормони — эстрадиол сут бези эпителий ҳужайраларининг бўлинишини, гипофиз гормони — соматотропин (ўсиш гормони) эса мушак ҳамда тоғай ҳужайраларининг метаболизми ва ўсишини тезлаштиради.

Кўпгина мамлакатлардаги айрим клиник кузатишларнинг кўрсатишича, гормон терапия метастазлар ўсишини тўхтатиши ёки сут бези саратонининг ўтиб кетган турида беморларнинг  $\frac{2}{3}$  қисмида регрессия чақириши мумкин. Яхши натижалар эндометрий, тухумдон, қалқонсимон без ва простата бези саратонларида аниқланган.

Ҳозирги пайтда гормонал (ёки эндокрин) терапия кўпинча гормонларга боғлиқ бўлган ўсмаларда, яъни нормал шароитда эндоген гормонлар орқали назорат қилинадиган тўқималардан чиққан ўсмаларда (сут бези, про-

стата беши, эндометрий саратони) қўлланиланти. Гормонлар таъсирига қалқонсимон без, тухумдоннинг хавфли ўсмалари ва жуда кам даражада ҳиқилдоқ саратони ва меланома сезгир ҳисобланади.

Гормонларнинг ўсмага қарши таъсир механизми ҳали охиригача ўрганилмаган, лекин сўнгги пайтларда цитоплазматик рецепторларнинг ўсма ҳужайраларига гормонал таъсири аниқланган. Эстрогенорецепторлар ва прогестерорецепторлар янада катта аҳамиятга эга. Масалан, шу рецепторлардан бирига эга бўлган 50—60% га яқин ўсмалар гормонал терапия пайтида регрессияга учрайди, эга бўлмаганлари эса — фақат 10% ни ташкил қилади. Ўсмада ҳам эстрогенлар, ҳам прогестеронларга сезгирлик бўлса, ремиссия миқдори 75% га етади.

Гормонал терапиянинг 2 асосий усули мавжуд:

1. Гормон препаратларини юқори дозаларда ишлатиш (шулар қаторида қарама-қарши жинсда).

2. Гормон ишлаб чиқарувчи аъзоларни (тухум, тухумдон, буйрак усти беши, гипофиз, қалқонсимон без) жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш, уларга нур таъсир эттириш ёки сунъий медикаментлар қўллаш орқали гормонлар ҳосил бўлишини камайитириш.

Саратон гормонал терапияси учун қўлланиладиган препаратлар рўйхати 23-жадвалда келтирилган.

23-жадвал.

**Хавфли ўсмалар гормонал терапиясида қўлланиладиган препаратлар**

Препаратлар номи	Таъсир механизми	Кўрсатма
<b>1. Эстрогенлар — аёллар жинсий гормонлари</b>		
Диэтилбестрол, эстрадиол, синестрол, эстрадулин, фосфестрол (ханван).	Андрогенга қарши таъсир кўрсатади ва эстрогенизация самараси кучли.	Простатанинг диссеминацияланган саратони, чуқур менопаузада аёллар сут беши саратони метастазлари, эркак сут бешининг диссеминациялашган саратони.
<b>2. Антиэстрогенлар</b>		
Тамоксифен (нолвадекс, зитазониум, тамофен).	Эстроген рецепторларини ҳамда бошқа ўсма ҳужайраларининг гормонал рецепторларини боғлайди.	Табиий ва сунъий менопаузада аёллар ва эркаклар сут беши, тухумдон, буйрак, бачадон танаси саратонлари, меланома.



Препаратлар номи	Таъсир механизми	Кўрсатма
Торамифен	Таъсир механизми худди тамаксифен каби.	Менопаузадаги аёллар сут беzi саратони.
Аминоглютетимид (ориметен).	Холестриннинг эстрогенларга айланишида қатнашувчи ферментларни ишдан чиқаради ва глюкокортикоидлар ҳосил бўлишини камайтиради.	Табиий ва сунъий менопаузада аёллар сут беzi, буйрак усти беzi, буйрак пўстлоғи саратони.

### 3. Андрогенлар — эркаклар жинсий гормонлари

Тестостерон-пропионат, медостерон-тестенат, фтороксиместрон, тестолактон, тетрастерон, нандролен.	Эстрогенлар синтезини пасайтирувчи гипофизар гонадотропинлар ишланиб чиқишини оширади. Тўғри антиэстроген хусусиятига эга.	Ҳайзли аёллар сут беzi, тухумдон, буйрак саратонлари, миелома касаллиги.
---	--	--

### 4. Антиандрогенлар

Флютаמיד (флуцином, андрокур),	Простата беzi ҳужайраларида ДНК синтезини пасайтиради	Простата беzi саратони.
--------------------------------	---	-------------------------

### 5. Прогестинлар — аёлларнинг сунъий жинсий гормонлари

Оксипрогестерон-капронат (17-ОПК), медроксипрогестерон ацетат (МРА, провера, депопровера, фармутал) депостат, мегестрол (мегаце).	Гипофизар гонадотропинлар ишланиб чиқишини пасайтиради, бу билан эстрогенлар синтезини сусайтиради.	Бачадон танаси саратони, бачадон саркомаси, сут беzi, буйрак саратони.
---	---	--

### 6. Кортикостероидлар

Кортизон (преднизолон, преднизон, дексаметазон, гидрокортизон ва бошқалар).	Ўсма ҳужайраларининг оқсилли рецепторлари билан боғланиб, лимфа ҳужайраларининг митотик фаоллигини, буйрак усти беzi фаолиятини пасайтиради.	Лимфомалар, лимфогранулематоз, хавfli тимома, сут беzi, буйрак саратони, меланома. Дексаметазон бош миянинг бирламчи ва метастатик ўсмаларида ва мия ички босимини пасайтириш учун қўлланилади.
---	--	---

Препаратлар номи	Таъсир механизми	Кўрсатма
<b>7. Гипофиз гонадотроп—рилизинг гормонининг сунъий аналоглари</b>		
Бусерелин (супрефакт), леупролид, лупрон, депот, золадекс	Мояк ва тухумдон фаолиятининг тўлиқ бузилишига олиб келади.	Простата, ҳайзли аёллар сут беzi, эркаклар сут беzi саратонларини диссеминация босқичидагина қўлланилади.

Булар ичида клиник қизиқиш уйғотадигани тамоксифен, аминоклютетимид, мегестрол (мегаце) ва гипофизнинг гонадотроп—рилизинг—гормонининг сунъий аналог гуруҳлари ҳисобланади.

*Тамоксифен* — асосий антиэстроген, дунёнинг барча мамлакатларида кенг қўлланилади. Йиллаб қўлланилиши мумкин, бунда деярли ҳеч қандай асорат қолмайди.

*Аминоклютетимид* — эстроген ҳосил бўладиган барча манбаларни боғлайди ва шу билан ўсма ўсишини секинлаштиради.

*Мегестрол (мегаце)* — онкологик касалликларнинг оғир аломатлари (иштаҳа йўқолиши, озиб кетиш, озиқланишнинг бузилиши) га қарши таъсир этувчи ва уни бартараф қилувчи хусусияти бўлган препарат. Ана шу симптомларни йўқотиш орқали препарат бир пайтнинг ўзида бачадон танаси ва сут безининг хавфли ўсмаларига қарши таъсир этади.

*Гипофизнинг гонадотроп-рилизинг гормонининг сунъий аналоглари* — мояк ва тухумдон фаолиятининг тўлиқ бузилишига олиб келади. Натижада уларни хирургик йўл билан олиб ташлаш ёки нур билан даволашга ўрин қолмайди.

## 6. ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ИММУН ТЕРАПИЯСИ

Охирги йилларда хавфли ўсмаларни даволашда иммун терапияга катта аҳамият берилмоқда. Бу усул ўсма жараёнига қарши курашда физиологик иммун системаларни қўллашга асосланган. Бундай янги даволаш усулининг ютуқлари хали аъло даражада эмас. Чунки ўсманинг организм иммун ҳимояси билан боғлиқлиги ҳозирча етарли ўрга-

нилмаган. Шунга қарамай, клиник иммун терапиянинг асосий йўналишлари 24-жадвалда келтирилганидек белгиланган. Иммунтерапия усулининг таснифи бемор организмга таъсир этишнинг ўзига хослигига қараб ташкил этилган.

24-жадвал.

### Клиник иммун терапия усуллари

Иммун терапиянинг тури	Юбориладиган материал	Кутиладиган натижа
1. Фаол носпецифик.	Вакциналар (БЦЖ, кўкйўтал, эдид. паротит, бактериал препаратлар), левамизол, фитогемагглютинин, интерферон, интерлейкинлар.	Иммун системанинг ўсмаларга қарши курашишини кучайтириш.
2. Фаол специфик.	Беморнинг нур билан ўлдирилган ўсма хужайралари, ўсма хужайраларидан олинган экстрактлар.	Ўсмага қарши махсус иммун хужайраларнинг пролиферацияси.
3. Пассив специфик.	Хавфли ўсмалардан тузалган ёки узоқ ремиссиядаги беморлар зардоби.	Ўсмага қарши антитаначаларнинг цитолитик самараси.
4. Мослашган носпецифик.	Соғлом донорларнинг лимфоцитлари ёки суяк кўмиги.	Донор хужайралари ҳисобига беморда иммунокомпетент хужайраларнинг кўпайиши.
5. Мослашган специфик.	Ремиссиядаги ёки ўхшаш ўсмадан тузалган беморлардан олинган хужайралар.	Донор иммунокомпетент хужайралари билан бемордаги ўсмани бартараф қилиш.

Клиник онкология бактериал табиатли турли вакцина ва препаратларни қўллаш бўйича кўпгина тажрибалар тўплаган, лекин якуний терапевтик натижалар кутилгандагидан анча паст бўлиб чиқмоқда. Ҳалигача аутологик ўсма хужайралари, иммунокомпетент хужайралар ҳамда ўхшаш ўсмалардан тузалган беморларнинг зардобини юбориш усули кенг қўлланилмаяпти. Бунинг сабабларидан бири баъзи беморларда ана шу усул қўлла-

нилганда иммун кучлар кўпайиши ўрнига иммунодепрессияга ва ўсма ўсишининг кучайишига олиб келган. Сўнгги йилларда онкология клиникасида биотехнология ва ген-инженериясининг интенсив ривожланиши туфайли лимфокинлар, монокинлар ва моноклонал антитаначалар қўлланилмоқда.

**Лимфокинлар** — антигенлар билан алоқага киришганда «Т» ва «В»-лимфоцитлар томонидан ишланиб чиқадиган моддалар (макрофаглар миграциясини пасайтириш омили; Т-супрессорларни фаолловчи омил; хужайраларнинг ўсиш омили — интерлейкин -2; гамма-интерферон ва ҳоказо).

Лимфокинлар иммун ҳимояни фаолловчи восита сифатида тавсия қилинган, бу биргаликда қўлланилганда яхши самара беради.

**Монокинлар** — моноцит ва макрофаглар томонидан ишланиб чиқувчи моддалар (цитотоксиклик, фагоцитоз, хемотаксис, комплемент синтез ва колонияни рағбатлантирувчи омил). Шулардан энг самарали бўлгани рекомбинантли одам гранулоцити — макрофагал колонияни рағбатлантирувчи омилдир («лейкомакс» номи билан чиқарилади), у гранулоцитлар ва моноцитлар пролиферациясини кучайтириш ҳамда кимётерапийадан сўнг суяк кўмигини тиклаш учун қўлланади.

**Моноклонал антитаначалар** — улар ўзларига қарши бўлган хужайраларни (антигенларни) танлаб олиш ва фақат ўшалар билан қўшилиш хусусиятига эга. Шу сабабли улардан онкология амалиётида 2 йўналишда фойдаланиш мумкин:

1. Даволаш воситаси сифатида — ўсма ўсишини ва прогрессиясини тўхтатиш мақсадида.

2. Ўтказувчи (ташувчи) сифатида — ўсмага радионуклидлар ёки токсинлар етказиб бериш мақсадида.

Кейинги йўналиш жуда самаралидир. Ўсмага қарши препаратларнинг янги синфини — иммунотоксинларни ҳосил қилиш учун жадал илмий изланишлар олиб бориляпти. Иммунотоксинлар — бу ўсимлик ёки ҳайвон токсинлари ва моноклонал антитаначалар конъюгатлари (бирикмаси) (масалан, АҚШ да ризин асосидаги иммунотоксин саратонини даволаш учун ишлатилмоқда). Интерлейкинлар билан қўшма культивация қилиб фаол-

лаштирилган бемор лимфоцитларини (периферик қондан ёки ўсманинг ўзидан олинган) даволаш учун қўллаш самарали натижалар бермоқда.

## ХУЛОСА

7-бобда келтирилган маълумотлар хавфли ўсмаларни даволаш усуллари ва уларни даволаш имкониятлари бир хил эмаслиги ҳақида гувоҳлик беради. Шу сабабли онкология амалиётида қуйидаги усуллар анчадан буён қўлланилиб келинмоқда.

а) *Комбинацияли* даволаш: таъсири ҳар хил бўлган икки усулни бирга қўллаш (масалан, жарроҳлик операцияси ва нур терапияси).

б) *Қўшма* даволаш: таъсири бир хил бўлган икки усулни қўллаш (масалан, дистанцион ва бўшлиқ ичи гамматерапияси):

в) *Комплекс* даволаш: у ёки бу кетма-кетликда 3 ёки 4 та турли таъсир усулларини ўсмага қарши қўллаш (масалан, операция олдидан нур терапияси+операция+кимётерапия).

Хавфли ўсмаларни даволаш усулларининг кўплиги ва уларнинг бир-биридан таъсири жиҳатидан фарқланиши клиника шароитида ҳар бир беморга мос келадиган даволаш режасини тузишни қийинлаштиради. Шунинг учун масаланинг хирург-онколог, нуртерапевт, кимётерапевт, кейинги вақтларда иммунотерапевт иштирокида консилиум ўтказиб ҳал қилиниши мақсадга мувофиқ.

## VIII БОБ

### ХАВФЛИ ЎСМАЛАРГА ҚАРШИ КУРАШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ҚОИДАЛАРИ

#### А. ОНКОЛОГИК ХИЗМАТ.

Хавфли ўсмаларга қарши кураш деярли барча мамлакатларда соғлиқни сақлашнинг асосий масалаларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ўзбекистон республикасида саратонга қарши кураш давлат томонидан махсус онкологик хизмат орқали амалга оширилади. Хизматни Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги бошқаради. У ҳоқи-

мият соғлиқни сақлаш бошқармалари (бўлимлари) орқали вилоят ва шаҳар онкология диспансерлари ва поликлиникаларидаги онкология кабинетлари ишини назорат қилади.

*Онкологик диспансер* — онкологик хизматнинг асосий таркибий қисми бўлиб, мустақил муассаса ҳисобланади. У орқали вилоят (шаҳар) аҳолисига онкология соҳасида стационар ва поликлиника ёрдами, онкология масаласи бўйича вилоят (шаҳар) даволаш-профилактика муассасаларига ташкилий-методик бошқарув, онкология бўйича ўрта тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш ишлари амалга оширилади. Онкодиспансер ҳар йили вилоят (шаҳар) ларда саратоннинг олдини олиш тадбирларининг комплекс режасини ишлаб чиқади, хавфли ўсмаларнинг кечикиб қилинган ташхисларини таҳлил қилади, хавфли ўсмаси бор беморларни аниқлаш учун мўлжалланган профилактик кўриклар ўтказилишини назорат қилади, уларнинг самарадорлигини аниқлайди, вилоят (шаҳар)даги онкологик беморлар сонини аниқ ва тўла ҳисобга олиб, уларни диспансер орқали кузатади, аҳоли орасида саратонга қарши санитария-оқартуви тарғиботини олиб боради.

Ўзбекистон республикасида 1 та республика (Қорақалпоғистон), 12 та вилоят (Андижон, Наманган, Фарғона, Тошкент, Сирдарё, Жиззах, Самарқанд, Бухоро, Навои, Қашқадарё, Сурхондарё, Хоразм), 4 та шаҳар (Тошкент, Чирчиқ, Ангрен ва Қўқон) онкология диспансерлари фаолият кўрсатмоқда (жами 17 та онкодиспансер бўлиб, уларда 1765 та ўрин бор (1999 й. гача).

*Онкология кабинетлари* республиканинг барча марказий туман поликлиникаларида ташкил қилинган. Онкокабинетнинг асосий вазифаси — умумий даволаш тармоқлари томонидан саратонга қарши тадбирларни ўтказишни таъминлаш, онкологик беморларни ҳисобга олиш ва диспансер кузатувини ўтказиш, беморларни амбулаторияда текшириш ва уларни ўз вақтида даволанишини амалга ошириш. Онкокабинет шифокори туман онкологига сифатида туманда онкологик ёрдамга жавобгар ҳисобланиб, қуйидагиларни амалга оширади:

— хавфли ва хавфсиз ўсма, шунингдек, ўсма олди касалликлар бўйича мурожаат этган беморларни бирламчи ва консултатив қабул қилиш;

— беморларни керакли онкодиспансерга махсус даволаниш учун юбориш;

— туман территориясида яшовчи хавфли ўсмаси бор беморларни «Амбулатор беморларнинг тиббий картаси» (N025—У шакл) бўйича ҳисобга олиш ва ҳар бир янги касал тўғрисида онкодиспансерга «Ҳаётида биринчи марта саратон ёки бошқа хавфли ўсма ташхиси қўйилган бемор ҳақида хабарнома» (N090—У шакл) юборилишини кузатиш;

— хавфли ўсма ва рак олди касалликларининг облигат тури бўлган беморларнинг диспансеризациясини амалга ошириш, «Диспансер кузатувининг назорат картаси» (N 030—У шакл) да кўриклар ва стационарда даволанишда бўлган муддатларни қайд этиш;

— уйда патронажга муҳтож бўлган онкокасалларга доимий равишда тиббий ёрдам кўрсатиш;

— амбулатория кимё-ва гормонал терапиясини ўтказиш;

— санитария-оқартуви ишларини амалга ошириш.

Сўнгги йилларда поликлиника ва аёллар консултацияларида аёллар репродуктив системаси ўсмаларини эрта аниқлашни яхшилаш мақсадида кўрик кабинетлари ташкил этилган. Онкологик хизмат ва даволаш-профилактика тармоқларини боғловчи онкологик ва кўрик кабинетларининг биргаликдаги ишлари онкологик ёрдамни тубдан яхшилаш мақсадидаги ишларида катта имкониятлар очмоқда.

## Б. ҲИСОБ ВА ҲИСОБОТ

Ҳар бир онкологик беморни касаллиги биринчи марта қаерда аниқланганлигидан қатъи назар (поликлиникада, аёллар консултациясида, касалхонада, институт клиникасида ва ҳоказо), мажбурий ҳисобга олиш қондаси 1945 йилдан бери амалга ошириб келинмоқда. Шунга кўра, ҳар бир шифокор «Ҳаётида биринчи марта рак ёки бошқа хавфли ўсма ташхиси қўйилган бемор ҳақида хабарнома» (N 090-У шакл)ни тўлдиришга мажбур ва 3 кунлик муҳлат ичида уни беморнинг турар жойидаги онкологик диспансерга юбориши шарт. Бу хабарномалар онкодиспансерда беморларни диспансер ҳисобига олиш (N 030-У шаклни тўлди-

риш орқали), шунингдек рақ ва бошқа хавфли ўсмалар ҳақида йиллик ҳисоботни (N7) тузиш учун зарур бўлади.

Ҳисобга олишни қулайлаштириш мақсадида хавфли ўсма ва ўсма олди касалликлари бўлган беморлар 4 та клиник гуруҳга ажратилади (буни касаллик босқичлари билан алмаштириб юбормаслик керак):

I гуруҳ «а» — онкологик касалликларга шубҳа туғдирувчи беморлар;

I гуруҳ «о» — ўсма олди касалликлари бўлган беморлар;

II гуруҳ — хавфли ўсмаси бор, махсус даволаниш, шунингдек, радикал даволаниши зарур бўлган беморлар;

III гуруҳ — хавфли ўсмадан даволанган деярли соғлом одамлар;

IV гуруҳ — хавфли ўсманинг кечки босқичидаги, фақат симптоматик даволанишга тегишли беморлар.

Беморларнинг охириги гуруҳи — барча мамлакатлар, жумладан, Ўзбекистон республикаси онкологларининг оғир муаммоси бўлиб ҳисобланади. Бир йиллик ўлим даражаси хали ҳам юқори. Республикадаги йирик даволаш муассасаларининг маълумотларига кўра ҳар йили онкологик беморлар умумий сонининг камида 40%и кечки босқичларида аниқланмоқда, уларни рақдан тўла тузатиб юбориш жуда кам ҳоллардагина учрайди. Шундай бемор аниқланган ҳолда «Хавфли ўсманинг кечикиб кетган босқичидаги беморларни аниқлаш ҳолатлари учун протокол» (N—027-У шакл) тўлдирилади, бу даволаш-диагностика муассасалари шифокорларининг клиник конференцияларида касалликнинг кечикиб кетиш сабабларини аниқлаш ва аниқ чоралар қабул қилишда муҳокамага қўйилади.

Касалликнинг кечикиб кетиш сабабларини 3 турга бўлиш мумкин:

1) тиббиёт ходимининг айби билан (тўла ва адекват бўлмаган текширув ўтказилиши);

2) беморнинг айби билан (касаллик белгиларини тўла айта олмаслик, шундай касаллиги борлигига ишонмаслик ва ёрдам учун табибларга, экстрасенсларга мурожаат этиши ва ҳоказо).

3) касаллик айби билан (касаллик белгилари аниқ эмаслиги, кўпгина касалликларга хос бўлган белгиларнинг



мавжудлиги, компенсациялашган ҳолатнинг узоқ давом этиши).

Ҳар бир ана шу сабабларга тегишли чоралар режалаштирилади. Масалан, тиббиёт ходимларининг айби исботланган бўлса — ана шу муассасада беморларнинг текширув системасини қайта кўриб чиқиш ва яхшилаш, шунингдек, саратонни эрта аниқлаш бўйича ўқитиш ишларини ташкил этиш лозим бўлади.

Беморнинг айби билан касалликнинг кечиктирилиши барча оммавий ахборот воситалари (маҳаллий, вилоят ва республика матбуоти, телевидение орқали) касалликнинг эрта белгилари, ўз-ўзини текшириш, ўсмаларни ўз вақтида даволаш мумкинлиги ва бошқаларни тушунтириш, тарғибот қилиш йўли билан камайтириш мумкин бўлади.

Касалликнинг яширин ва аниқ бўлмаган ҳолатларида эса бу муаммони 40 ёшдан ошган ҳар бир одамни мажбурий йиллик тиббий профилактика кўрикларидан ўтказилгандагина ечиш мумкин бўлади. Бунда ультратовуш, эндоскопия, иммунологик ва морфологик усулларни қўллаш орқали (ўсмага шубҳа бўлганда) ўтказилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Ўзбекистонда барча онкодиспансерларнинг (вилоят ва шаҳар) ҳисобот ахборотлари (7-шакл) ҳар йили Республика онкология илмий марказига етказилади, у ерда аниқ текширилгач, таҳлил қилинади ва йиғма статистик маълумот кўринишида табиёт вазириликка топширилади.

### **В. ИЛМИЙ-ТЕКШИРИШ ИНСТИТУТЛАРИ, ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ ВА ЖАМОАТ ТАШКИЛОТЛАРИНИНГ САРАТОНГА ҚАРШИ КУРАШДАГИ ЎРНИ**

Хавфли ўсмаларга қарши курашда Ўзбекистон онкология илмий маркази фаол иштирок этади, бунда у республика онкология муаммоси бўйича ягона бош муассаса сифатида ҳамма онкологик диспансерларга ва кафедра-ларга доимий илмий-методик, даволаш-диагностика ва консултатив ёрдам кўрсатади. Шунингдек, у асосий фундаментал илмий тадқиқотлар ўтказиш, юқори малакали мутахассислар, онколог ва радиологлар — тиббиёт фанлари докторлари ва номзодларини тайёрлаш маркази ва врач-онкологлар ҳамда радиологларнинг ўсмаларни турли хил

замонавий усуллар билан аниқлаш ва даволаш усуллари бўйича малака оширишда доимо қатнашади.

Ўзбекистон онкология илмий маркази ҳар йили барча онкологик диспансерлардан ҳисоботлар қабул қилади, йиғма статистик маълумотлар тайёрлайди, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг онкологик хизматни ривожлантиришда, онкологик диспансерлар ва кабинетлар фаолиятини яхшилашда, уларнинг ускуна ва кадрлар тайёрлаш перспектив режаларини тузишда ва тарқатишда тўғридан-тўғри иштирок этади.

Республиканинг барча тиббиёт институтларида онкология кафедралари (курслари) ташкил қилинган, уларнинг асосий вазифаси ҳар бир битирувчини хавfli ўсмаларни аниқлаш, даволаш ва айниқса, профилактикасининг асосий маълумотлари билан таништириш ҳисобланади.

Онкология кафедраларининг республика, вилоят ва туманларда хавfli ўсмаларга қарши кураш режаларини амалга оширишдаги ҳиссаси йил сайин ўсиб бормоқда. Онкология хизматининг кадрлар тайёрлашда ва уларнинг малакасини оширишда Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти (ватанимизда биринчи бўлиб ташкил қилинган) онкология кафедрасининг роли катта.

Саратонга қарши курашда Республика ракка қарши кураш жамияти маълум ўрин тутмоқда. Онкология муамоларини ечишда Ўзбекистон Фанлар Академияси олимлари илмий изланишларининг аҳамиятги катта. Онколог-олимларнинг халқаро ҳамкорлиги ва илмий боғланишлари Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти, Халқаро ракка қарши иттифоқ ва рак бўйича Халқаро агентлик орқали амалга ошади.

Дунёда саратоннинг алоҳида кўринишларини ўрганадиган Халқаро марказлар ҳамда касалланишларни, ўлимни ҳисобга олувчи махсус канцер-регистрлар зўр бериб изланишлар олиб бормоқдалар. Онкология соҳасидаги ишларнинг натижалари ҳар 4 йилда бир марта ракка қарши Халқаро конгрессларда муҳокама қилинади.

Республикада онкология бўйича илмий изланишлар илм ва фан бўйича Давлат қўмитаси дастурига асосланиб тузилади. Дастурнинг асосий мақсади Ўзбекистонда учрайдиган хавfli ўсмаларни аниқлаш, даволаш ва унинг олдини олиш усулларини ишлаб чиқишдир. Дастурнинг тарқалишида Ўзбекистон онкология илмий маркази илмий-

текшириш лабораториялари, тиббиёт ва малака ошириш институтларининг онкология кафедралари ва курслари қатнашадилар. Онкология бўйича илмий мавзулар умумий миқдорининг 30%ини фундаментал тадқиқотлар ташкил қилади. Улар орасида онкологик касалликларнинг шаклланишидаги этник омилларнинг роли, хавфли ўсма пайдо бўлиши ва ривожланишида иммун-генетик йўлларни излаш ва янги кимёвий препаратлар ишлаб чиқариш каби мавзулар мавжуд. Қолган илмий ишлар амалий аҳамиятга эга. Бу ўсмаларга комбинацияланган ва комплекс усулда даво қилишни ҳамма ерда тарғиб қилиш, раkning асосий турларига даво қилиш натижаларини ўрганиш, республика ёки вилоят миқёсида кўпинча учрайдиган ўсмалар башоратини ишлаб чиқишдир. Хавфли ўсмалар муаммоси бўйича илмий изланишларнинг натижалари халқаро ва республика матбуотида эълон қилинади, Халқаро конгресс ва симпозиумларда ўрганилади.

Ўзбекистонда онкология мутахассислигига ихтисослаштирилган кенгаш ишлайди. У ерда бутун Марказий Осиё мамлакатлари онкологлари докторлик ва номзодлик диссертацияларини ҳимоя қилишлари мумкин. Сўнгги 3 йил ичида онкология мутахассислиги бўйича 9 та докторлик ва 16 та номзодлик диссертациялари ҳимоя қилинди.

### Г. ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Онкологик касалликлар профилактикасининг назарий асоси бўлиб 3 та ахборот манбаи хизмат қилади.

*Биринчиси* — 80—85% хавфли ўсманинг ташқи муҳит омиллари орқали чақирилиши (асосан, кимёвий моддалар билан) ҳақидаги эпидемиологик маълумотлар.

*Иккинчиси* — канцероген омиллар ва ўсмалар орасида тўғридан-тўғри боғлиқлик борлигини кўрсатувчи экспериментал маълумотлар.

*Учинчиси* — баъзи касб билан боғлиқ саратон турларининг канцероген омиллар билан боғлиқлиги ишчиларнинг контакти бартараф этилгандан ёки чеклангандан сўнг кескин камайганлиги, шунингдек ўтмишда сурункали касаллиги бўлган шахсларда саратоннинг кўпроқ учраши ҳақидаги клиник маълумотлар. Бундай далилий материал хавфли ўсмалар профилактикаси бўйича амалий чоралар кўришда пойдевор бўлиб хизмат қилди. Профилактиканинг асосий мақсади одам организмига канцероген омиллар таъ-

сирини йўқотиш (камайтириш) йўли билан саратоннинг олдини олиш.

1. Давлат миқёсида — инсон яшайдиган муҳитда кимёвий моддалар ва ионловчи радиацияни меъёрлаштириш (гигиеник регламентлаш) бўйича қонун ва қарорлар чиқариш.

2. Индивидуал поғонада — шахсий гигиена ва соғлом ҳаёт тарзи қоидаларига амал қилиш, чекиш, «нос», алкоғолли ичимликлар ва овқатни суиистеъмол қилишдан воз кечиш, ўсма олди касалликларини даволаш.

Ҳозирги пайтда кўпроқ учрайдиган ўсмалар учун алоҳида профилактика чоралари маълум.

*Ўпка ва ҳиқилдоқ ракининг* асосий профилактик чоралари: бу корхоналар, ер ва ҳаво транспортининг тутунли чиқиндилари билан атмосферанинг ифлосланишига йўл қўймаслик, чекиш ва ичкиликбозликдан воз кечиш, бронх-ўпка системасининг сурункали касалликларини даволашдан иборат.

*Қизилўнғач, меъда ва йўғон ичак ракининг* олдини олиш чоралари: кўп, жуда аччиқ, ёғли, қовурилган овқат ейишдан, алкоғолли ичимликларни суиистеъмол қилишдан сақланиш, енгил, канцероген моддалари йўқ овқат ейиш, янги сабзавотлар, кўкатларни доимо истеъмол қилиб туриш, сурункали касалликларни (айниқса, эзофагит, гастрит, каллёз яра, полипоз, спастик колит) даволатиш лозим.

*Сут бези ва тухумдон ракининг* профилактикаси: бу касаллик асосан туғмаган аёлларда, тез-тез аборт қилдирадиган, болани кўкрак сути билан эмизишдан воз кечган аёлларда, тухумдон эндокрин фаолияти бузилганларда, жинсий гормонлар, сигарет, алкоғолли ичимликларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилувчиларда учраши кузатилган.

*Бачадон бўйни раки* профилактикасининг асосий омили — жинсий ҳаёт гигиенасига амал қилиш, туғиш даврида рўй берган ёриқлар, эрозиялар, лейкоплакия ва эндометриитларни тезда даволатиш ҳисобланади.

*Тери ва лаб ракининг* рационал профилактика чоралари — бу узоқ давом этувчи инсоляциядан ҳимояланиш, шахсий ва ишлаб чиқариш гигиенасига риоя қилиш, рак олди касалликлари — ҳейлит, Боуэн касаллиги, пигментли ксеродерма, тез ўсувчи хол ва тез битмайдиган яра, айнақса жароҳат ва куйишдан кейинги чандиқларни даволатишдир.

Айтиб ўтилган профилактика чораларига амал қилиш келажакда онкологик касалликларнинг олдини олишга ёрдам беради. Агар шаҳар ва қишлоқ аҳолисининг онкокасаликлари даражасидаги фарқнинг сабаби тўла ўрганиб олинса, профилактика чораларини кенгайтириш мумкин бўлади. Маълумки, қатор хавфли ўсмалар қишлоқларда шаҳардагига нисбатан 2—3 марта кам учрайди, бошқалари эса шаҳарларда қишлоқдагига нисбатан камроқ. Онкокасалишнинг пастлиги сабабларини аниқлаш ва уларни профилактика мақсадида қўллаш келажак масаласидир.

#### **Д. ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА МЕХНАТ ЭКСПЕРТИЗАСИ**

Онкологларнинг беморларни даволашдаги сўнгги йиллар мобайнидаги муваффақиятлари (уларнинг 50% ини хавфли ўсмалардан тўла даволаниши) онкологлар олдига янги муаммо — реабилитация, яъни беморларни фаол ҳаётга тезда қайтарувчи комплекс масалаларни қўйди. Бу биринчи навбатда хавфли ўсманинг I ва II босқичидаги беморларга тегишли. Чунки уларни жарроҳлик усулида (меъда, ўпка, йўғон ичак, сут бези, тухумдон раки ва бошқалар), нур терапия (тери, ҳиқилдоқ, бачадон бўйни раки ва бошқалар), кимётерапия (лимфогранулематоз, хорионэпителиомада, ўпканинг майда ҳужайрали раки ва бошқалар) усулида ёки комплекс даволаш бутунлай ўлимдан сақлаб қолиши мумкин.

Радикал операцияларнинг «оғир» турида, нур ва кимётерапиянинг «агрессив» шаклларида организмда муҳим фаолият юритувчи) репродуктив, қон яратиш, ҳазм қилиш, ажратиш, гапириш, юриш аъзоларининг чуқур бузилишини инобатга олиб реабилитация чораларини режалаштириш мақсадга мувофиқ.

Шифокор беморни даволашга тайёрлаш жараёнида унинг психологиясини бундай даволашга тайёрлаб бормоғи лозим. Даволаш пайтида эса унинг кам асорат беришига ва максимал равишда реабилитация чораларига имкон бермоғи керак. Клиник тажриба шуни кўрсатадики, қачонки реабилитация даволашгача бошланса, даволаш даврида ва узоқ вақт даволашдан сўнг ўтказилса, унинг натижалари яхши бўлади. Масалан, юқори ва пастки жағ резекция қилингандан сўнг мураккаб протезлаш учун операциядан олдин бу жойлар рентгенография қилинади, протезнинг макети тайёрланади, операция вақтида у кий-

газиб кўрилади ва ундан кейинги даврда эса доимий протез тайёрланади. Шундагина протезлашнинг юқори сифати таъминланади.

Бошқа бир мисол. Кимётерапиянинг замонавий схемаси кўпинча қон яратишнинг бузилиши, иштаҳанинг ёмонлашуви, кўнгил айниши, қайт қилиш, соч тўкилиши билан бирга кечади.

Шифокор даволашни бошлагунга қадар айтиб ўтилган асоратлар эҳтимоли борилиги, уларнинг сабаблари, даво самараси билан боғлиқлиги, асоратлар пайдо бўлганда эса уни бартараф этиши ва бузилган функцияларни қайта тиклаш, яъни реабилитация қилиш учун барча керакли чораларнинг қўлланилиши ҳақида ахборот бериши лозим.

Реабилитацияни қуйидаги асосий турларга ажратиш мумкин:

Психологик

Жисмоний

Меҳнат

*Психологик реабилитациянинг* мақсади — беморнинг кайфиятини кўтариш, рақдан тўла даволана олишига умид уйғотиш, унинг яна нормал оилавий ҳаётга, сеvimли ишига ва қизиқишларига қайтиши мумкинлигига ишонтира олишдир. Бундай мураккаб, лекин осон етишувчан реабилитация турининг муваффақияти беморнинг касаллиги даврида ва соғийиб кетганидан сўнг учрашадиган барча шахсларга боғлиқ. Булар даволовчи шифокор, ҳамшира, санитарка, диагностика, клиника кабинети ва лаборатория ходимлари, яқин қариндошлар, дўстлар, ҳамкорлар ва ҳатто қўшнилар бўлиши мумкин.

Асосий ролни, албатта даволовчи шифокор ўйнайди. Ташхис қўйишдан олдин беморни тўла соғайиб кетишига ишонтириш, унинг атрофидагилардан эса беморни доимо қўллаб-қувватлаб туришларига эришиши лозим. Шундагина психологик реабилитациянинг натижалари самарали бўлади.

*Жисмоний реабилитациянинг* бош мақсади — касаллик пайтида ва даволаниш вақтида йўқотилган ёки кескин чегараланган аъзо ва системалар фаолиятини тиклаш, шунингдек, жарроҳлик аралашувидан сўнгги жисмоний етишмовчиликларни бартараф этишдир. Замонавий тиббиёт бу борада кўпгина усул ва маблағларга эга: қон яратилишининг тикланиши, қон ёки аутологик суяк кўмигини қуйиш, медикаментоз (лейкоген, феррум-лек ва бо-

шқа.) ва физикавий қон яратиш стимуляторлари (талок ва суяк кўмигига ультратовуш ёрдамида таъсир этиш, лазер нурини ишлатиш) орқали амалга оширилади. Нутқ фаолиятининг тикланиши эса логопедик машғулотлар ўтказиш, ҳиқилдоқ протезларини қўллаш орқали таъминланади. Операциялардан кейинги етишмовчиликлар ҳар хил турдаги ва мураккабликдаги протезларни тутиш ёки махсус операциялар орқали — олиб ташланган кўкракни бемор тўқимаси ҳисобига ёки силикон протез имплантацияси ҳисобига хирургик тикланиши, қўл ва оёқлар, юқори ва пастки жағлар, бурун, кўз протезлари ва ҳоказолар ҳисобига амалга ошади.

*Меҳнат реабилитациясининг* асосий мақсади — беморни фаол меҳнатга қайтариш ҳисобланади. Бунга қўл-оёқ ҳаракатини тўла ёки қисман тиклаш, протез бўлганда уни ишга ўргатиш ёки керак бўлганда касбни ўзгартириш каби чоралар орқали эришиш мумкин. Беморнинг меҳнатга лойиқлиги масаласи шифокорлар меҳнат эксперт комиссияси (ШМЭК) томонидан ҳал қилинади. ШМЭК нинг асосий мақсади — ишга лаёқатлилиқ даражасини аниқлашдан иборат.

Ишга лаёқатлилиқни баҳолаш мезони қуйидагилар ҳисобланади: ўсманинг жойлашиши, гистологияси, босқичи, даволаш тури (хирургик, нурли, доривор ўсимликлар ёрдамида, комплекс) ва унинг асоратлари (рефлюкс-эзофагит, анастомознинг яллиғланиши ва торайиши (нурли яра, нурли пульмонит ва проктит), даволангандан сўнгги умрнинг давомийлиги, беморнинг касби (масалан, педагогларда ҳиқилдоқ экстирпацияси ёки тилнинг тўла резекциясидан кейин, жисмоний меҳнат кишиларида эса оёқ-қўл ампутацияси, пульмонэктомиядан сўнг ишга лаёқатлилиқнинг йўқолиши), мураккаб қўшимча касалликларнинг бўлиши (диабет, юрак ишемияси), беморнинг ёши, умумий аҳволи, кайфияти. Экспертиза асосида онкологик беморлар ногирон ёки вақтинча ишга нолайиқ деб ҳисобланадилар. Кейинги ҳолатда ШМЭК хулосаси асосида турар жойдаги поликлиника врачлари беморга касаллик варақасини 2—3 ойга чўзиб берадилар. Ногирон деб топилганда у 3 гуруҳдан бирига киритилиши мумкин:

**I гуруҳ** ногиронлиги — меҳнат қилишга яроқли бўлмаган ва бошқаларнинг ёрдამисиз яшаб кетолмайдиган беморларга берилади. Булар асосан ўсма жараёнининг ўтиб кетган IV босқичидаги беморлар, касаллик ёки даволаш-

нинг оғир асоратлари (масалан, иккала оёғи тўмтоқ, тўла кўр) бўлган беморлар ҳисобланади.

**II гуруҳ** ногиронлиги — тўла доимий ёки узоқ вақт ишга нолойиқ, лекин четдан ёрдамга муҳтож бўлмаган беморларга берилади (яқиндаги меъда, тўғри ичак экстирпацияси, пульмонэктомия, болдир экзартикуляциясидан кейин).

**III гуруҳ** ногиронлиги — меҳнатга лойиқлиги паст бўлиб қолган, лекин тегишли имтиёзлар берилган ҳолда (камай-тирилган иш нормаси, қисқартирилган иш вақти, касбий зарари йўқ иш, касбни ўзгартирганда ишлаши мумкин бўлган беморларга берилади.

I гуруҳ ногиронлиги 2 йил муддатга тайинланади, II ва III гуруҳлар — 1 йилга, ундан сўнг беморлар қайта текширувдан ўтадилар, бунинг натижасида улар соғлиғининг ҳолатига қараб бир гуруҳдан бошқасига ўтказилишлари мумкин. Аниқланишича, 70% га яқин онкологик беморлар ШМЭК га мурожаат этмасдан ёки меҳнатга нолойиқлиги ҳақида хулосаси бўлса ҳам ўз ишларини давом эттирмақдалар. Булар орасида рақдан тўла даволанган, аммо жуда узоқ вақтгача ногиронлигини сақлаб қолган беморлар ҳам кам эмас.

Илгари ногиронликнинг умумий структурасида «онкологик» ногиронлик 23,1% ни ташкил этар эди. Ногиронлик даврида беморлар онкологлар назаридан четда қолмайдилар. Доимий диспансер кузатувлари, қувватловчи терапия ва санаторий-курортда даволанишлар ишга нолойиқлик даражасининг пасайишига ёки ишга лойиқликнинг тикланишига ва беморларнинг яшаш даражаси яхшиланишига олиб келади.

## Е. ОНКОЛОГИК ДЕОНТОЛОГИЯ

Бу онкологиядаги тиббиёт этикаси бўлиб, шифокорлар ва барча тиббиёт ходимларининг онкологик беморга, унинг қариндошларига ва ўртоқларига бўлган муносабати, шунингдек онкологик бўлим жамоаси ўзаро алоқасининг шакл ва таркибидир. Деонтология муаммосига бағишланган кўпгина асарлар бўлиб, унга театр ва кино санъати асарлари, газета ва журналларда чоп этилган кўпгина мақолаларни мисол келтириш мумкин. Бундан — деонтология муаммосини қисқача баён этиш, асосийсини танлаш ва энг муҳим аспектиларни ажратиш олиш ниҳоятда қийинлигини тушуниш мумкин. Минглаб хавфли ўсмаси



бор беморларни кузатиш ва мулоқот тажрибаси асосида онкологик деонтологиянинг 3 асосий аспектини ажратиш мумкин.

1. Шифокорнинг онкологик беморга бўлган муносабати.
2. Шифокорнинг беморнинг қариндошлари ва ўртоқларига бўлган муносабати.
3. Клиника бўлим ходимларининг бир-бирига бўлган муносабати.

*Биринчи аспект* — онкологияда энг муҳими бўлиб, деярли бемор келажагини ҳал қилади. Шифокорнинг беморга бўлган муносабати унинг маданияти, қалби ва махсус билим даражаси билан ифодаланади. Деонтологияда ахлоқий-этик, ҳуқуқий ва ўзни тутийш қоидалари кам эмас, улар Гиппократ қасамида ҳам келтирилган, унга шифокорларнинг кўпгина авлоди вафо қилганлар. Шундай қоидалардан бири — «Сенга қандай муносабатда бўлишларини истасанг, беморга шундай муносабатда бўл», — деган энг содда, осон қўлланиладиган қоида онкология клиникасида жуда қўл келади. Хаёлан бемор ҳолатига тушиш ҳар бир тиббиёт ходими учун бемор билан бўлган мулоқотни тўғри танлашга ёрдам беради. Беморнинг шифокор-онколог билан биринчи учрашуви туман поликлиникасида содир бўлади. Бу бемор учун шифокор томонидан кўнгилли ва диққат-эйтиборли муносабатда ўтиши керак. Бунда беморда шифокорга ишонч ва унга ёрдам беришларига қатъий кўникма ҳосил бўлиши лозим. Беморнинг ўз касали тўғрисидаги сўзларини охиригача эшитиб, умумий кўрикдан ўтказиб, уни турли лаборатория текширувлари ва асбоблар ёрдамида текширишларга юбориш онкологнинг доимий одати бўлиши лозим. Шифокорнинг беморни онкология муассасаларига маслаҳатга ёки стационар даволанишга юбориши тўғрисидаги қарори, бемор ҳаёти учун хавф туғдириши ва кўпинча жиддий психик депрессияга олиб келиши мумкин. Бунда шифокорнинг беморга — унинг онкологик муассасаларга юборилиши унда рақ борлигини исботлаш учун эмас, балки, бу профилактика мақсадида қилинаётганлиги ҳақидаги сўзлари жуда муҳимдир. Беморнинг онколог билан иккинчи учрашуви онкология диспансери ёки институтнинг консультатив поликлиникасида содир бўлади. Муассасалар номининг ўзига беморда келажагига нисбатан умидсизлик уйғотади, чунки аҳолининг кўп қисми рақни тузатиб бўлмайдиган касаллик, деб ҳисоблайди.

Беморнинг бундай психологик ҳолати врач-онколог томонидан унинг шикоятларини диққат билан эшитиш, беморни синчиклаб кўриб чиқиш, барча таҳлиллар, инструментал хулосалар, рентгенограмма ва бошқаларни диққат билан кузатишни талаб этади. «Рак» ташхиси тасдиқланганда, беморга онкология муассасасида стационар даволашни мақсадга мувофиқ эканлигини тушунтириш осон масала эмас. Шифокорлар сирига амал қилиш, аниқ ташхисни беморга очиқчасига айтиш мумкин эмаслиги кўпинча онколог-шифокорни оғир аҳволга солиб қўяди. Ундан чиқиш йўли — чуқур ўйланган ва мантиқан асосланган дезинформацияни қўллашдир. Беморга (унда қайси аъзо зарарланганига қараб) «қизилўнгач, меъда, йўғон ичак, сийдик пуфагида яра борлиги ёки полип, ҳиқилдоқ папилломаси, ўпка, жигар, тухумдон кистаси, бачадон бўйни эрозияси аниқлангани, булар хавфсиз тузилма эканлиги, лекин уларга тезда даво қилинмаса, улар қийин даволанувчи касалликка айланиб кетиши мумкинлиги тушунтирилади. Шунинг учун стационардагина ҳақиқий ташхис қўйилиши, у ерда мураккаб текширувлар ўтказишнинг иложи борлиги тушунтирилади.

Ниҳоят, бемор ҳаётидаги муҳим босқич — унинг клиникада онколог-шифокор билан учрашувидир. Бу икки бир-бирига яқин кишининг мулоқотига айланиши керак, булардан бири фожиага учраган, иккинчиси эса бор кучи билан унга ёрдам беришни хоҳлайдиган ва уни бажара оладиган кишидир. Шу билан бирга клиника бўлимининг кўп ўринли палаталарида беморлар интенсив мулоқотда бўлишларини, бир-бирларига ўз касалликлари ҳақида гапиришлари, қўшниларининг операция натижалари учун қайғуришлари ва баъзан касалларнинг рақдан ўлишини кўришларини шифокор назарда тутиши лозим. Буларнинг барчаси бўлимда ўзига хос психологик шароитни яратади ва шифокор олдида ҳар куни беморларда соғайиб кетишларига ишончни сақлаб қолиш, беморларга нур ва кимё терапияси усуллари ва уларнинг салбий таъсирлари ҳақида тўғри маълумот бериш каби мураккаб масалани қўяди.

Хавфли ўсманинг бошланғич босқичларида хирургик, нур ва кимётерапия усулида даволашлар яхши натижа бериши маълум. Бу шифокор кайфиятини яхшилайти, ўз навбатида у беморни қўллаб-қувватлаб туради (агар унга ҳақиқий ташхис айтилмаса). Ўсма радикал йўл билан олиб ташланган бўлса бемор ҳақиқатни айтишни илтимос қил-

ган тақдирда ҳам, у мард одамман, ўз ташхисимни билан деб айтган бўлса ҳам, даволоччи шифокор радикал даволанишдан олдин айтилган ташхисга қатъий амал қилиши керак. У илмий-оммабоп (баъзида махсус) адабиётларни ўқиб чиққан баъзи беморларнинг саволларига жавоб беришда битмас-туғалмас сабрга эга бўлмоғи лозим.

Оғир ташвишни шифокор ўсмаси ҳар томонга тарқаб кетган IV босқичли беморлар тўшаги олдида бошдан кечиради. Шифокорнинг бурчи ҳар куни, ойлаб, йиллаб шундай беморлар билан учрашиб туриш, беморларни дардан бутунлай фориг бўлишига ишонтириш, сабр ва тоқат билан адекват терапия (паллиатив операциялар, нур терпясининг анальгетик усуллари, кимётерапиянинг махсус схема асосида ва симптоматик даволашнинг қатор арсенали) ўтказишни талаб этади.

IV босқичли беморларнинг ҳар бирига алоҳида муносабатда бўлиши лозим. Замонавий онкологиянинг барча имкониятларидан фойдаланиб — хорионэпителиома, нейробластома, семинома, лимфогранулематоз ва бошқаларга даво қилинганда, беморларнинг соғайиб кетиши, хавfli лимфомаларда, сут безининг тарқалган ракида узоқ ремиссиялар бўлиши, қизилўнгач, тўғри ичак ва бошқа раklarда умрнинг узайиши кузатилган.

Онкология деонтологиясининг иккинчи аспекти — даволоччи шифокорнинг беморнинг қариндошлари, ҳамкасblари, дўстлари ва бошлиқлар билан муносабатидир.

Бемор атрофидагиларни деонтологик нуқтаи-назардан 2 гуруҳга ажратиш мумкин: биринчиси — беморнинг ота-онаси, рафиқаси (эри), улғайган болалари, ака-сингиллари, иккинчиси — қолган қариндош-уруғ, дўст биродарлари ва бошқалар.

*Биринчи гуруҳ* кишиларига ташхисни айтиш пайтида уларга ҳамдардлик билдириш, кўз-ёшларини беморга кўрсатмасликлари ҳақида огоҳлантирилгандан сўнг шифокор бор ҳақиқатни уларга айтиши керак. Бунда у замонавий онкологиянинг даволаш имкониятлари ҳақида сўзлаб бериши, клиникада беморни хавfli ўсмадан халос этишга (I ва II босқичларда) ёки унинг умрини узайтиришга ва дардини енгиллаштиришга (кечиктирилган босқичда) ишонч борлиги тўғрисида айтиши лозим. Энг муҳими, қариндошлар кейинчалик шифокорнинг қўлидан келган барча имкониятларни ишлатганлигини ўз кўзлари билан кўришлари керак.

*Иккинчи гуруҳ* (беморнинг ҳамкасблари, дўстлари ва бошқа) кишилар беморнинг ташхисидан огоҳ бўлмасликлари керак. Улар касаллик ҳақида фақат бемор билганларини билишлари лозим. Агар улар беморнинг даволаниши учун чин дилдан ёрдам бериш хоҳишини билдирсалар, бунда даволовчи шифокор бу таклифдан бош тортмаслиги керак ва ёрдам турини аниқлаш учун уни бўлим бошлиғи ёки бош шифокорга таништириши лозим.

Онкологик деонтологиянинг учинчи аспекти — бўлим ёки клиникадаги тиббиёт ходимларининг бир-бирларига бўлган муносабатларидир. Чунки бу ахлоқий-психологик муҳит ходимлар таъбини, вазифаларини бажаришини ва ниҳоят, беморларга бўлган тиббий ёрдам сифатини белгилайди.

Онкология клиникасида тиббиётнинг асосий қоидаларига сўзсиз амал қилиниши лозим, беморга бўлган ҳақиқий ҳурмат, унга вақтинча кулфатга учраган кишига қарагандек қараш, унинг учун клиникада кеча-кундуз давомида керакли шароитларни яратиб бериш ва касаллик симптомларини йўқотиш ёки камайтириш учун то бемор клиникадан чиқиб кетгунича амалий ёрдам кўрсатиш лозим бўлади. Беморнинг даволанишига тиббиёт ва хўжалик ходимларининг қўрслиги ва аҳамиятсизлиги катта зарар етказди. Тиббиёт ҳамшираларининг ва санитаркаларнинг нохуш кўриниши, уларнинг палатада баланд овоз билан гапириши ва кулишлари, ўзаро келишмовчиликлари, беморларга нисбатан ҳурматсизликлари (айниқса қарияларга), ишга кечикиб келиш, ўз бурчларига совуққонлик билан қараш, палата, манипуляция ҳамширасининг, санитаркаларнинг ишдан барвақт кетиб қолишлари — булар фақатгина меҳнат интизомини бузиб қолмай, балки беморларга бўлган тиббий ёрдам сифатининг кескин пасайишига олиб келади. Онкология бўлимида ўрта ва кичик ходимлар беморларга ташхиси ҳақида гапирмасликлари, уларнинг касаллик тарихи ва текширув натижалари билан танишишларига йўл қўймасликлари керак. Касалларнинг барча саволларига фақат даволовчи шифокор жавоб бериши мумкинлигини айтишлари лозим. Бемор билан бўлган барча мулоқотларда ходимлар доимо уларнинг руҳини кўтаришлари, яхши сўзлар билан соғайиб кетишларига ишонтиришлари керак.

# ХУСУСИЙ ҚИСМ

## IX БОБ

### ТЕРИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

#### I. ТЕРИ САРАТОНИ

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

Ўзбекистонда тери саратони кўрсаткичи йилдан-йилга камаймоқда: 1993 йилда — 5,9, 1998 йилда — 5,2%га тенг. Меъда, қизилўнгач ва сут безининг хавfli ўсмаларидан кейинги (1998 йил маълумотига кўра) ўринни эгаллайди. Эркаklar аёлларга нисбатан 2 баробар кўп касалланадилар. Касалланиш ёшга боғлиқ ҳолда ўсиб боради. Энг кўп тери саратони 70 ёшдан ошганларда учрайди. Бу касалликдан ўлиш кўрсаткичи 0,5 га тенг (ҳар 100 минг аҳоли ҳисобига). Республиканинг айрим минтақаларида тери саратонининг тарқалиши ҳар хил (25-жадвал).

25-жадвал.

**Ўзбекистонда тери саратонининг тарқалиши**  
(ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	17,8	12,4	Самарқанд вилояти	4,7	3,6
Андижон вилояти	3,4	5,3	Сурхондарё вилояти	6,2	5,5
Бухоро вилояти	6,1	5,5	Сирдарё вилояти	4,8-	2,6
Жиззах вилояти	2,8	2,7	Тошкент вилояти	8,8	7,1
Қашқадарё вилояти	4,1	4,2	Фарғона вилояти	4,4	5,2
Навоий вилояти	5,5	7,5	Хоразм вилояти	3,9	2,1
Наманган вилояти	2,9	3,5	Қорақалпоғистон республикаси	2,1	1,8

Ўзбекистон бўйича 1993 йилда—5,9; 1998 йилда—5,2% га тенг

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

**Касалликнинг сабаблари.** Асосан 3 хил: *физикавий, кимёвий омиллар* ва *вируслардир*. Физикавий ультрабинафша нурлари тери саратонининг етакчи сабабчисидир. Ионловчи радиация,  $\alpha$ - ва  $\beta$ - заррачалари,  $\gamma$ - ва рентген нурлари рентген-радиология ва бошқа нурлар билан боғлиқ бўлган касб эгаларида тери саратони пайдо бўлишига сабабчи бўлади.

Ўсма пайдо бўлишига узоқ давом этадиган *термик таъсир* ҳам сабабчи бўлади. Бунга Ҳиндистонда учрайдиган тери саратони — «канкри», Ўзбекистонда танчадан куйиш жойида ҳосил бўлган хавfli ўсма мисол бўла олади. *Кимёвий омилларга* тери саратонига сабаб бўладиган касбий омиллар: маргимуш, қатрон, қорамой, қора мойли бўёқлар, нефт, кўмир, ёғловчи моддалар ва қоракуялар кирди. Иш вақтида шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайдиган бундай касбдаги кишиларда хавfli ўсма пайдо бўлиши мумкин.

*Вируслар* натижасида келиб чиққан ўсмалар ҳали яхши ўрганилмаган.

*Ўсма олди касалликлари.* Ўсма олди касалликлари 2 хил бўлади: биринчиси *облигат* касалликлар: пигментли ксеродерма ва Боуэн касаллиги. Терининг облигат саратон олди касалликлари нисбатан кам учрайди, секин ривожланади, бироқ саратонга айланади. Иккинчиси *факультатив* саратон касалликлари: сурункали дерматитлар, узоқ битмайдиган жароҳат ва яралар, чандиқлар, сурункали дистрофик ва яллиғланиш жараёнлари. Бу гуруҳдан энг хавfliлари қарилар кератози, тери шох пардаси касалликлари ва кератоакантома ҳисобланиб, улар 10—15% ҳолларда саратонга айланади.

*Патоморфологик тузилиши.* Тери саратони экзофит ва эндофит ўсиши билан ажралиб туради. Экзофит ўсмалар тери устида тугун ёки карам кўринишида ўсади. Эндофит ўсма юзадан чуқурга тарқалиб, ичкари тўқималарга кириб боради ва ярага айланади. Тери саратонининг асосий гистологик турлари: ясси ёки базал ҳужайралардан иборат. Улар ўзларининг биологик хусусиятлари билан бири-биридан фарқ қилади. Базал ҳужайрали саратон (базалиома) кўпинча енгил кечади: секин ўсади ва амалда метастазлар бермайди. Лекин улардан баъзилари секин ўсиб, оғриқ бермасдан терини емиради ва маҳаллий муҳим аъзолар ва қон томирларга тарқалади. Тери саратони 80% ҳолда базал ҳужайрали бўлади. Улар кичкина интенсив бўялади-

ган, кўп сонли митозлари бўлган, кўринишидан базал қават ҳужайраларига ўхшаш ва нозик, буралган тасмалар кўринишида бўлади.

Тери саратони 20% ҳолда ясси ҳужайрадан иборат бўлади. Ўсма атипик ҳужайралардан тузилган бўлиб, улар худди тиканга ўхшайди. Ўсма ҳужайралари эпидермисни, шу билан бирга дермани ҳам инфильтратлайди. Улар учун саратон «марваридлари»нинг ҳосил бўлиши хос бўлиб, шохсимон моддалар ўсма уясининг ўртасига тўпланadi.

Ясси ҳужайрали тери саратони кўпинча терининг саратон олди касалликларидан кейин пайдо бўлади. Ўсма одатда якка бўлиб, тананинг исталган жойида учраши мумкин. Базалиомалардан тез инфильтратив ўсиши ва метастазлар бериши билан фарқ қилади. Асосан лимфоген метастазлар беради. Қон томирлар орқали метастазлари жуда кам учраб, асосан суяк ва ўпка зарарланади.

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

### Тери саратонининг TNM таснифи

$T_{is}$ —	инвазиясиз (in situ) саратон;
$T_0$ —	бирламчи ўсма аниқланмайди;
$T_1$ —	ўсма 2 см ёки энг катта ўлчами ундан кичикроқ, деярли юзаки ёки экзофит кўринишда;
$T_2$ —	ўсма 2 см дан катта, бироқ 5 см дан кичик, ўлчамига қарамасдан дермани инфильтрациялайди;
$T_3$ —	ўсма энг катта ўлчамда — 5 см дан каттароқ ёки ўлчамига қарамасдан дермани чуқур инфильтрациялайди;
$T_4$ —	ўсма бошқа тузилмаларга ҳам ўтади (тоғай, мускул, суяк);
$N_0$ —	регионар лимфа тугунчаларида зарарланиш белгилари йўқ;
$N_1$ —	қўзғаладиган лимфа тугунларида метастазлар бор;
$N_2$ —	қарама-қарши томондаги қўзғаладиган лимфа тугунчаларида ёки ҳар икки томонда метастазлар бор;
$M_0$ —	узоқлашган метастазлар аниқланмайди;

$M_1$  — узоқлашган метастазлар бор (қарама-қарши томондаги лимфа тугунчалари ҳам ҳисобга олинади).

### Тери саратонининг босқичлари

- I босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 2 см дан кам, эпидермис ва дермага тарқалган, тери билан бемалол қўзғалади, метастазлари йўқ.
- II босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 2 см дан ошган, тери қавати бутунлай шикастланган, лекин остки тўқималар зарарланмаган яқин лимфа тугунларида битта қўзғаладиган метастаз бўлиши мумкин.
- III-а босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 5 см дан ошган, тери қавати ва тери ости тўқималари шикастланган, аммо суяк ва тоғай зарарланмаган, метастазлар борлиги аниқ эмас.
- III-б босқич: худди юқоридаги каби, аммо кўпгина қўзғаладиган метастазлар ёки битта кам қўзғаладиган метастаз бор.
- IV-а босқич: ўсма ёки яра жуда катталашган, тери ва тери ости юмшоқ тўқималари, суяк ва тоғайлар шикастланган.
- IV-б босқич: ўсма ёки яра унча катта бўлмасада қўзғалмайдиган ёки узоқлашган метастазлар мавжуд.

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

Тери саратони гугурт чўпи бошидек оғримайдиган тугунча пайдо бўлиши билан бошланади. Тугунча тери юзасидан озгина кўтарилган, сарикроқ ёки хира оқ рангда ва ўртача консистенцияли бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма ўлчмлари катталашиб боради, юзаси текис ёки ғадир-будир бўлиб, четлари нотекис болишсимон бўлади. Кейинроқ марказида ботиқлик пайдо бўлиб, у тангачадек пўст билан қопланади. Пўст олиб ташланса, қон томчиси пайдо бўлади. Ўсма катталашган сари юзаси эрозияга айланади. Бундай ўсма одатда чамбараксимон шаклда бўлади, шу сабабли баъзан «*дума-*



лоқ» яра (ulcus rodeus) деб ҳам аталади. Кейинчалик ўсма чуқур ярага айланиб, атрофдаги тўқималарга ўсиб киради ва яқин лимфа тугунчаларига метастаз беради.

Тери саратонининг *папилляр* хили ҳам учрайди. У тери юзасидан юқорига кўтарилиб турган, тез қонайдиган кенг асосли тугун шаклида бўлади. Тугуннинг юзаси ғадир-будири, сўғал, гулкарам шаклида бўлади.

*Тери саратонининг ташиxisи* сўраш ва пальпация қилиш асосида қўйилади. Лекин у цитологик ёки гистологик текширишлар йўли билан албатта тасдиқланиши керак.

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

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

*Цитологик текширишга* суртма нусхалари скарификациялаш йўли билан ёки ўсмани пункция қилиб олинади.

*Гистологик текшириш* энг ишончли ташхисот усуллари билан бири ҳисобланади. Маҳаллий анестезия билан биопсия қилинади. Ўсма танада ёки қўл-оёқларда бўлиб, ўлчамлари 1 см дан ошмаса у соғлом тўқималар чегарасида олиб ташланади. Юз, шунингдек тана ва қўл оёқларда жойлашган катта яраланган ўсмалар четидан понасимон кесиб олинади, бунда ўзгармаган тўқималар ҳам бўлиши зарур. Чунки соғлом тери тўқималари билан қиёслаш гистологик хулоса аниқлигини оширишга имкон беради.

*Даволаш.* Тери саратони бор беморларни даволашда нур-терапия, жарроҳлик усули, музлатиш, лазер нури ва кимёвий препаратлар қўлланилади. Даволаш усулини танлаш ўсманинг жойлашиши, ўсиш шакли, босқичи, ўсманинг гистологик тузилиши, шунингдек атрофдаги терининг ҳолатига боғлиқ. Ўсма бошда, айниқса, юзда жойлашган бўлса,

даволашдан кейинги косметик томонларини ҳам ҳисобга олиш зарур, лекин булар радикал даволашга бўлган талабни пасайтирмаслиги керак. Ўсманинг I-II босқичларида асосан қисқа фокусли *рентгенотерапия* ишлатилади. Ҳар куни 3—5 Гр, жами 60—70 Гр. Бундан ташқари, ўсманинг шу босқичида лазер нури билан куйдириш ёки суюқ азот билан музлатиш усулларини қўллаш ҳам мумкин. Ўсманинг III босқичида *комбинациялашган* даволаш усули қўлланилади: дастлаб телегамматерапия тайинланади, 30—40 Гр нур дозаси берилади, кейин ўсма жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Ўсманинг IV босқичида тана ва қўл-оёқларда жойлашган ўсмага ҳам *жарроҳлик* йўли билан даво қилинади. Агар ўсма қўл ёки оёқ суяклари, қон томир, нерв боғламларига ўсиб кирган бўлса, ампутация қилинади.

*Криотерапия* (яъни музлатиш) билан даволаш усули сўнгги йилларда кенг тарқалган. Музлатиш суюқ азот ( $-196^{\circ}\text{C}$ ) билан 3—5 минут давомида, кўпинча контакт йўли билан амалга оширилади. Бу усул айниқса ўсма ковакларда, қулоқ супраси ва бурун қанотларида жойлашганда жуда қўл келади. Музлатиш туфайли некрозга учраган тўқималарда ўсма емирилади, кейинчалик унча қўпол бўлмаган чандиқ ҳосил қилиб битади.

*Лазер нури билан даволаш* ҳам самарали усул ҳисобланади. Тери саратонида импульсив углекислотали лазерлар қўлланилади. Ўсмани некрозлантириш учун бир сеанс етарли, кейинчалик некрозга учраган жойда атрофдаги теридан кам фарқ қиладиган нозик чандиқ ҳосил бўлади.

Касаллик қайталанганда даволаш жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Баъзан нур терапияси билан комбинация ҳам қилинади. Лимфа тугунчаларида метастазлар бўлса, жарроҳлик усули қўлланилади. Метастазларнинг жойлашишига қараб регионар метастазлар берадиган соҳаларда операция қилинади (бўйин клетчаткасини олиб ташлаш, Дюкен операцияси, қўлтиқ ости лимфааденэктомияси).

Тери саратонини *даволаш кўпинча яхши натижа беради*. Касалликнинг I-II босқичида даво олган беморларни 90—100%и, III босқичда даволанганларнинг 40—50%и, IV босқичдагиларнинг атиги 25—30% и 5 ва ундан кўп йил яшайди.

***Касалликнинг олдини олиш.*** Тери саратонининг олдини олиш чоралари куйидагилар ҳисобланади:

1) Юз ва бўйин терисини интенсив ва узоқ давом этадиган қуёш нуридан сақлаш, айниқса терисининг

ранги оқиш ва қуёшда қораймайдиган кекса ёшдаги кишиларда;

2) Теридаги узоқ битмайдиган кератоз, яра ва бошқа саратон олди касалликларини вақтида даволатиш;

3) Таркибида канцероген модда бўлган ёғлайдиган материал ва моддалар билан ишлаганда шахсий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш.

## II. ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ (МЕЛАНОБЛАСТОМА)

**Статистик маълумотлар:** меланома жуда хавфли, терининг пигмент ҳосил қиладиган хужайраларидан (меланоцитлардан) ўсиб чиққан бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига 1—2 та тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич — 0,6, терининг хавфли ўсмалари орасида 10% ни ташкил қилади, кўпроқ 30—50 ёшдаги эркекларда кузатилади.

**Касаллик сабаблари.** Касаллик асосан туғма ёки туғилгандан кейин пайдо бўлган қорамтир ёки қора холдан ўсиб чиқади. Холларнинг тури жуда кўп, шулардан қайсиси меланомага айланиши мумкинлигини олдиндан айтиш қийин. Тажриба шуни кўрсатадики, холни ўзича йўқ қилиш ҳаракатлари: йод, одеколон, кислота суртиш, иситиш ва куйдириш хавфли. Чунки бу меланома пайдо бўлишига сабаб бўлиб қолиши мумкин. Агар хол юзда бўлиб, хунук кўринишга эга бўлса ёки унинг ранги ўзгариб, ўса бошла-са дарҳол мутахассис-онкологга мурожаат қилиш зарур.

### Тери меланомасининг (TNM) таснифи

$T_0$	—	бирламчи ўсма аниқланмаган.
$T_1$	—	ўсма диаметри 2 см дан кичик, юзаки ёки экзофит кўринишда. Ўсма атрофида сателлитлар йўқ.
$T_2$	—	ўсма диаметри 2 см дан катта, аммо 5 см.дан кичик ёки турлича катталиқда дермага кирган.
$T_3$	—	ўсма диаметри 5 см дан катта, дермага чуқур ўсиб кирган ёки 5 см атрофида сателлитлар мавжуд, ўсма ўлчамига қарамай дермани чуқур инфильтрациялаган.
$N_0$	—	лимфа тугунчалари катталашмаган.
$N_1$	—	ўсма томонда қўзғаладиган катталашган лимфа тугунчалари бор.
$N_{1a}$	—	лимфа тугунчаларининг катталашиши метастаздан эмас.

$N_{16}$ —	лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$N_2$ —	қарама-қарши ёки икки томонда қўзғаладиган, катталашган лимфа тугунчалари бор.
$N_{2a}$ —	лимфа тугунчаларининг катталашиши метастаздан эмас.
$N_{26}$ —	лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$N_3$ —	лимфа тугунчаларида қўзғалмайдиган метастазлар бор.
$M_0$ —	узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$ —	узоқлашган метастазлар бор, жумладан, узоқдаги лимфа тугунчаларида ёки ўсмадан 5 см узоқроқда сателлитлар мавжуд.

### Тери меланомасининг босқичлари

I босқич:	айниган хол ёки рангли ўсманинг ўлчами 2 см дан кам, усти текис ёки сўгалсимон, фақат тери шикастланган, остидаги тўқималарга ўтмаган. Регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
II-а босқич:	рангли ўсманинг ўлчами 2 см дан катта, ости тўқималарга ўсиб кирган, аммо регионар лимфа тугунчаларига метастаз бермаган.
II-б босқич:	худди юқоридагидек ўсма, лекин регионар лимфа тугунчаларида метастаз мавжуд.
III-а босқич:	ўлчами ва шакли ҳар хил рангли ўсмалар тери ости ёғ қаватига ўсиб кирган, қўзғалиши қийинроқ, лекин метастазлари йўқ.
III-б босқич:	ўлчами ва шакли ҳар хил рангли ўсма бир қанча регионар лимфа тугунчаларига метастаз берган.
IV босқич:	ўлчами ҳар хил рангли ўсма. Атрофдаги терида майда-майда рангли метастазлар (сателлитлар) ҳосил бўлган ёки узоқ аъзоларда метастазлари бор.

**Клиник манзараси ва таъхисоти.** Бемор ўзидаги холнинг ранги ўзгариб (тўқ ёки оч рангли) усти нотекислашаётгани, тез ўсаётганидан шикоят қилади. Меланомани бошқа хавфсиз ўсмалар ва безарар холлардан фарқлаш қийин эмас. Меланомага гумон қилинганда уни биопсия ёки пункция қилишга рухсат этилмайди — бу ҳаракатлар

касаллик тарқаб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун меланоманинг усти яраланган бўлса, цитологик текширув ўтказилади. Кўпинча ташхисга радиоактив  $P^{32}$  усули ёрдам беради (меланома бўлса, унда фосфор йиғилиши 300% га ошади). Амалиётда меланомани аниқлашда беморнинг сийдигини меланин борлигига текшириш, айниқса ўсмага рентген нури билан таъсир қилингандан кейин текшириш яхши натижа беради. Аммо охирги ташхис рангли ўсмани атрофидаги соғлом тери билан кесиб олиб, гистологик текширув ўтказилгандан кейин қўйилади.

**Даволаш.** Меланомани даволашда жарроҳлик, ионловчи нурлар, кимёвий моддалар ва иммунологик усуллар қўлланилади. Айтилган даволаш усулларида қайси бирини биринчи навбатда ишлатиш меланоманинг босқичига қараб танланади. Агар рангли ўсма тез ўсаётган бўлса, амалиётда уни даволаш учун қисқа фокусли рентгенотерапия (ҳар куни — 3—5 Гр, жами 90—100 Гр), шу билан бирга яқин регионар лимфа тугунчаларини нурлатиш учун гамматерапия (ҳар куни — 2 Гр, жами — 40 Гр.) қўлланилади. Нур билан даволаш тугагандан кейин бирламчи ўсма ва метастазик лимфа тугунчалари жарроҳлик усули билан кесиб ташланади. Олдин жарроҳлик усули ишлатилса ўсма атрофидаги 5 см териси (чет элларда охирги пайтда 3 см) билан бирга, агар узоқлашган метастазлар бўлмаса регионар лимфа тугунчалари ҳам олиб ташланади. Меланома қўл ёки оёқ бармоқлари терисида ҳосил бўлса — улар ампутация (экзоартикуляция) қилинади. Меланома қисқа вақтда узоқ аъзоларга метастаз бериш хусусиятига эга. Бу ҳолда кимёвий моддалар билан даволаш ўринли. Ҳозиргача тарқаб кетган меланомада энг яхши натижани (20—25% ремиссия) дакарбазин беради, агар унга қўшимча платина бирикмалари, нитрозометилмочевина ва винкристин ишлатилса, даволаш самарадорлиги янада ошади. Сўнгги пайтларда меланомани иммунологик усул билан даволаш устида илмий изланишлар ва амалий синовлар ўтказилмоқда. Интерферонлар, интерлейкинлар, фаоллаштирилган лимфоцитлар 25—30% беморлар аҳволини яхшилади.

**Меланомани даволаш натижалари.** Сўнгги йилларда меланомага қарши курашишда онкология салмоқли тажриба орттирган. Шу нарса аниқки, беморлар даволангандан кейин умрининг узайиши 2 нарсага боғлиқ экан: биринчиси — ўсманинг тери ичидаги қалинлиги. Агар мела-

номанинг қалинлиги 2 мм дан кам бўлса, 80%: ундан ортиқ бўлса, 20—30% бемор 5 ва ундан кўп йил яшайди. Иккинчиси — метастаз борлиги. Агар метастаз бўлмаса, 40% бемор радикал жарроҳлик ёрдамидан кейин 5 ва ундан кўп йил яшайди. Метастазлар бўлган ҳолда беморларнинг кўпчилиги 5 йилдан кам яшайди.

**Касалликнинг олдини олиш.** Шу мақсадда қуйидаги чоралар қўлланилади: 1) қуёш нури тик тушадиган минтақаларда оқ тери одамлар юзларини, қўл-оёқларини офтоб нуридан сақлашлари, 2) холни қаерда жойлашганлигидан қатъи назар ҳар хил кимёвий ва физикавий таъсиротлардан ва шикастланишлардан асрашлари керак.

## Х БОБ

### ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ

**Статистик маълумотлар.** Юмшоқ тўқима ўсмалари ички аъзолардан бошқа мушак, пай, бириктирувчи тўқима, томир ва нервлардан пайдо бўлиб, саркомалар қаторига киради. Юмшоқ тўқима саркомалари хавфли ўсмаларнинг 1%га яқинини ташкил қилади, эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ касалланади, касаллик ёшга боғлиқ эмас, 60—65% ҳолда оёқ ва қўлда учрайди.

Ўзбекистонда касаллик кўрсаткичи — 1,3% (ҳар 100 минг аҳолига). Вилоятлар орасида Фарғонада кўпроқ, Хоразмда эса камроқ кузатилади.

**Касаллик сабаблари.** Касалликка сабаб бўлувчи омиллар етарли даражада ўрганилмаган. Амалиётда шикастланган жойда кейинчалик ўсма пайдо бўлиши кўпроқ кузатилади (у бошланғич ҳолда ўсманинг ривожланишига туртки бўлса ажаб эмас). Хавфсиз ўсмалар ёки юмшоқ тўқиманинг бошқа касалликларидан кейин саркома камдан-кам ҳолда ривожланади.

**Патоморфологик тузилиши.** Юмшоқ тўқима саркомалари турли гистологик тузилишга эга. Улар орасида энг кўп учрайдигани синовиал, ангио-, фибро-, липосаркомалар ва хавфли невриномалардир. Юмшоқ тўқима саркомаларини босқичлар ва TNM системаси бўйича таснифлаш ўсманинг ўлчамлари, регионар лимфа тугунчалари ёки узоқ аъзоларга метастазлари асосида олиб борилади.

## Юмшоқ тўқима саркомаларининг TNM таснифи

$T_0$ —	бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$ —	ўсманинг ўлчами 2 см дан кам.
$T_2$ —	ўсманинг ўлчами 5 см дан ортиқ, лекин суяк, катта қон томирлари ва нервларга тарқамаган.
$T_3$ —	ўсма суяк, катта қон томирлари ва нервларга тарқалган.
$T_x$ —	бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумот кам.
$N_0$ —	регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланмайди.
$N_1$ —	регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланган
$N_x$ —	регионар лимфа тугунчаларида метастаз борлигини аниқлаш учун маълумот кам.
$M_x$ —	узоқлашган метастазларни аниқлаш учун маълумот кам.
$M_0$ —	узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$ —	узоқлашган метастазлар бор.

## Юмшоқ тўқима саркомаларининг босқичлари

- I босқич:** ўсманинг диаметри 5 см гача, чегаралари аниқ, бемалол кўндаланг силжийди, тери ва суяклар шикастланмаган, регионар метастазлар йўқ.
- II а босқич:** ўсманинг диаметри 5 см дан кўп, чегаралари аниқ, кўндаланг силжийди, тери, суяклар, қон-томир ва нервлар шикастланмаган ёки ўсма диаметри 5 см дан кичик, чегаралари ноаниқ, кўндаланг силжиши бемалол эмас, тери, суяклар, қон томирлар ва нервлар шикастланмаган, регионар метастазлари йўқ.
- II б босқич:** худди II а даги аломатлар, касалланган томонда ёлғиз регионар силжийдиган метастаз бор.
- III а босқич:** ўсма диаметридан қатъи назар тери яранган, суяк емирилган, қон томирлар ва нервлар эзилган, ўсмани силжитиб бўлмайди.
- III б босқич:** худди III а даги аломатлар, лекин касалланган томонда 1—2 та регионар силжийдиган метастазлар бор.

IV а босқич: ўсма диаметри катта, усти яраланган, остидаги тўқималарга, қон ва нервларга ўсиб кирган, суякларни емирган, ўсмани силжитиб бўлмайди, регионар метастазлари йўқ.

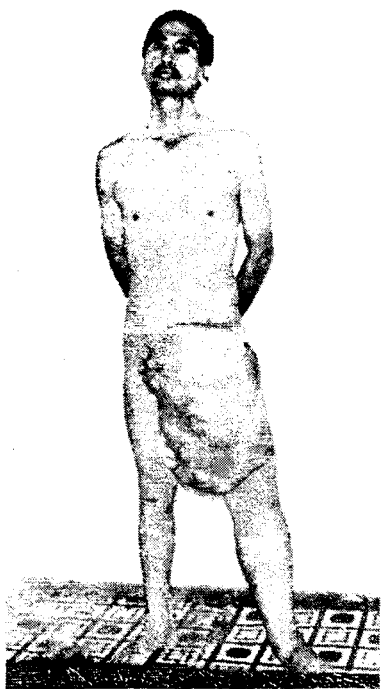
IV б босқич: худди IVа босқичдаги аломатлар, лекин узоқлашган метастазлари (шу жумладан қарама-қарши лимфа тугунчалари) ҳам бор.

**Клиник манзараси.** Юмшоқ тўқималардан чиқадиган ўсмалар ўзининг гистогенезидан қатъи назар, клиник белгилари, кечиши ва оқибати жиҳатидан бир-бирига ўхшаш. Юмшоқ тўқима саркомаларининг ўзига хос белгилари оғриқсиз думалоқ ёки овал шаклдаги, ўзгармаган, тери остидаги чегаралари яхши аниқланмайдиган, маҳаллий ҳарорати ошмаган шиш пайдо бўлишидир. Кейинчалик шиш устидаги тери ялтиллаб туради, веналари кўришиб қолади. Ўтиб кетган ҳолларда тери кўкаради ёки яра кўринишида бўлади.

Мушакларга ўсиб киргани сабабли шиш ва шикастланган қўл ёки оёқнинг қимирлаши чегараланган бўлади. Бу ташхис қўйишда энг характерли ва муҳим белгилардан бири бўлиб хизмат қилади. Юмшоқ тўқима саркомаси катта нерв томирларига ўсиб кирса ёки уни эзиб қўйса кучли оғриқ пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи узоқ вақтгача, жараён зўрайиб кетмагунча унча ўзгармайди. 7- расм.

Камдан-кам ҳолларда ҳарорат кўтарилиши ва лейкоцитоз кузатилади.

**Ташхисоти.** Юмшоқ тўқима хавфли ўсмалари сийрак учраши ва ало-



7-расм. Чап оёқ юмшоқ тўқималари саркомаси.



матлари камлиги, клиник манзараси хавфсиз ўсма ёки ўсма бўлмаган касалликларга ўхшашлиги туфайли ташхис қўйишда хатоликлар учраб туради.

Юмшоқ тўқима саркомасини аниқлаш учун сўраб-суриштириш, физикавий ва рентгенологик текширишлар, пайпасланадиган шишни пункция ёки биопсия қилиш керак бўлади.

*Сўраб-суриштириш* умумий қоидаларга биноан ўтказилади. Айниқса, шиш қачон пайдо бўлганига ва ўсиш тезлигига аҳамият берилади. Агар бемор илгари лат еганлигини айтса, бу шикоятни эътиборга олиш лозим.

*Объектив текширишлар* аввало шиш борилгини тасдиқлаб, унинг консистенцияси, юзаси, ҳажми, шакли, тери остидаги веналар, атрофдаги тўқималарга нисбатан қимирлаши ва регионар лимфа тугунчалари борлиги аниқланади.

*Қиёсий ташхис* хавфсиз ўсмалар ва яллиғланиш жараёнларида ўтказилади. Хавфсиз ўсмалардан юмшоқ тўқима саркомаси тез ўсиши ва қўзғалишнинг чегараланиши билан фарқланади. Сон, думба, куракка жойлашган мушаклараро хавфсиз ўсмалар жуда кам, саркомалар эса жуда кўп учрайди. Таққослаш пайтида қуйидагиларга эътибор бериш зарур: юмшоқ тўқималарнинг хавфли ва хавфсиз ўсмалари орасида бир гуруҳ ўсмалар бор. Бу ўсмалар атрофдаги маҳаллий тўқималарга ўсиб киради, кўпинча қайталанаяди, камдан-кам ҳолда метастаз беради (қорин деворининг десмоиди, эмбрионал липома ва фиброма, дифференциаллашган фибросаркома, миксома ва миксоид липосаркома).

*Рентгенологик текшириш.* Ўсма пайдо бўлган оёқ ва қўл рентгенограммасида юмшоқ тўқималар орасида ўсма сояси, унда баъзида кальцинатлар, саркоманинг ўсиб кириши ёки босиши туфайли суяк чеккасида жойлашган деструкция кузатилади. Кўкрак қафаси рентгенографияси ўпкадаги думалоқ сояли метастазларни аниқлашга имкон беради.

Кўшимча рентгенологик текшириш усули ангиографияда юмшоқ тўқима саркомасининг ривожланган томир тури, бетартиб жойлашган томирлар ва контраст модда йиғилиши билан ифодаланади. Ўсма сон учбурчаги, ўмров ёки қўлтиқ остида жойлашган бўлса, флебография ўтказилади. Бу жарроҳлик усулини танлашда катта аҳимиятга

эга бўлиб, ўсманинг магистрал веналарга ўсган ёки ўсмаганлигини кўрсатади.

Ҳозирги замон ноинвазив ташхисот усуллари — сонография, термография, компьютер томография ва магнит-резонанс томография ишлатилади.

*Сонография* (ультратовуш билан текшириш) ўсманинг тузилиши, жойлашиши ва атрофдаги тўқималарга тарқалиши тўғрисида фикр юритишга имкон беради. Техник жиҳатдан оддий ва хавфсизлиги туфайли поликлиника шароитда ҳам юмшоқ тўқима ўсмаларини ташхис қилиш ва даволашдан кейинги қайталанишларини аниқлашда қўлланилади.

*Термография* ўсма бор жойда симметрик жойлашган соғлом томонга нисбатан иссиқроқ соҳа борлигини пайқашга имкон беради.

*Компьютер ва магнит-резонанс томографиялар* ўсмаларнинг аниқ ҳажми, тарқалиши, атрофдаги тўқималар, катта қон томирлар ва нервлар билан алоқаси, рецидив пайдо бўлганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Ташхис қанчалик аниқ усуллар ёрдамида қўйилмасин, аммо охириги ташхис морфологик (цитологик ва гистологик) текширув асосида қўйилади. Аввало юмшоқ тўқима ўсмаси амбулатор ёки стационар шароитда умумий қоидаларга биноан йўғон игна билан пункцион биопсия қилинади. Бу усул техник жиҳатдан оддий ва юқори натижали бўлиб, ўртача 80% беморларда узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради. Агар ўсма катта ва тери остида чуқур жойлашган бўлмаса, инсцизион биопсия қилинади. Ўсма соғлом тўқималар доирасида кесиб олинади, шу билан касал даволанган ҳам бўлади. Оёқ ёки қўлдаги чуқур жойлашган ўсмалар жарроҳлик операсиясидан олдин биопсия қилинади. Метастазланишнинг олдини олиш мақсадида уларга боғлагич (жгут) қўйилади, ўсмадан понасимон бўлак олиниб, шошилинич гистологик текширишга юборилади. Хавфли ўсма аниқланган ҳолда радикал операция қилинади.

*Давоси.* Охириги икки ўн йилликда хавфли ўсмаларни даволаш стратегияси ўзгарди. Етакчи даволаш усули жарроҳлик бўлиб қолсада, у билан бирга нур ва кимё терапияси ҳам қўлланилмоқда. Бу комплекс даволаш натижалари яхшиланишига олиб келади.

Кўпгина онкология клиникаларида агар юмшоқ тўқима ўсмасининг саркомалиги аниқланган бўлса, даволаш

гамматерпиядан бошланади (ҳафтасига 2 марта 4—5 Гр дан, жами 40—50 Гр). Сўнгра тезда операция қилинади. Фақат ўсманинг ўзини олиб ташлаш кўпол хато ҳисобланади. Ўсма магистрал томирларга, катта нерв ўзақларига ёки суякка ўсган, бир неча тежамли сақлаб қоладиган операциялардан кейин қайталаган бўлса, бундай ҳолларда қўл ёки оёқ ампутация қилинади. Ўсмані даволаш кечиккан бўлса, ўсма жараёни емирилиш ва қон кетиши ёки чидаб бўлмайдиган оғриқ билан кечса, ундай ҳолларда паллиатив мақсадларда ампутация қилинади.

Кейинги йилларда юмшоқ тўқима саркомасида кимё-терапия усули кенг қўлланилмоқда. Операциядан кейин адьювант кимётерапия рецидив ва метастазлар бериш хавфини камайтиради. Энг кўп натижа берадиган усул поликимётерапия усулидир. Унинг замонавий таркибига адриабластин, метатрексат ва циклосфан киради. Бундай даволаш бир йилда 3 маротаба қўлланилади. Бундан ташқари, карминоцин, митомицин, цисплатин ҳамда шу препаратлар комбинацияси ва бошқа кимёпрепаратлар (винкрестин, дактиномицин) ишлатилади.

**Даволаш натижалари.** Комплекс (радикал операция, нурлантириш ва адьювант кимётерапия) усулда даволанган беморлар ўсмаси оёқ-қўлда жойлашган бўлса, 80—90%, танасида бўлса 50—70% ҳолда 5 ва ундан кўп йил яшайди. Олинган натижалар жарроҳлик усулига нисбатан (35—45% ҳолда) анча яхши. Юмшоқ тўқима саркомаларининг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилмаган.

## XI БОБ

### СУЯК САРКОМАЛАРИ

**Статистик маълумотлар.** Хавфли ўсмалар билан касалланиш структурасида суяк саркомалари 1% дан камроқ бўлиб, кўпинча 10 дан 20 ёшгача бўлганлар орасида учрайди, аммо каттароқ ёшдагиларда ҳам учрайди, аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ кузатилади. Чет мамлакатларда касалланишнинг интенсив кўрсаткичи (ҳар 100.000 аҳоли орасида бемор топилиши) 1,0—3,0 ни ташкил қилади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич 1998 йилда 1,9 га тўғри келган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, турли минтақаларда касалланиш кўрсаткичлари бир-бирдан кам фарқ қилади.

**Касаллик сабаблари.** Экспериментал ҳайвонларда суяк саркомасини ионловчи моддалар (стронций, уран) ёрдамида ҳосил қилиш мумкин. Клиника амалиётида илгари маҳаллий нур терапияси билан даволанган баъзи беморларнинг ўша жойида ривожланиши мумкин. Нурланиш ва ўсма пайдо бўлишидаги ўртача оралиқ 10—11 йилни ташкил қилади.

Ўсма олди касалликларига фиброз дистрофия, деформацияловчи остеоиз, Педжет касаллиги, тоғай-суякли экзостозлар киради. Бу касалликларнинг 10—15% ҳолда саркомага айланишига жароҳатлар ва физиотерапевтик муолажалар сабабчи бўлиши мумкин. Бундай беморлар ҳар йили профилактик текширувдан ўтказилади.

**Патоморфологик тузилиши.** Суяк саркомалари жуда кўп ва ҳар хил тўқималарнинг (тоғай, суяк, бириктирувчи, қон томир, ёғ, ретикуляр ва нерв) ҳужайраларидан ўсиб чиқади. Суяк саркомаларининг хондросаркома, остеоген саркома, хавфли остеобластокластома, миксосаркома, фибросаркома, ангиосаркома, липосаркома, ретикулосаркома ва Юинг саркомаси каби турлари мавжуд. Бу касалликларнинг 80% остеоген саркома, Юинг саркомаси ва ретикулосаркомалар ташкил қилади.

### Суяк саркомаларининг халқаро TNM таснифи

$T_x$	— бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумот кам.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$	— ўсма суякнинг кортикал қаватигача тарқалган.
$T_2$	— ўсма суякнинг кортикал қаватидан ўтиб тарқалган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчалар ҳолатини аниқлаш учун маълумот кам.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз белгилари йўқ.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланган.
$N_2$	— қарама-қарши ёки икки томонда қўзғалдиган, катталашган лимфа тугунчалари бор;
$M_x$	— узоқлашган метастазларни аниқлаш учун маълумот кам.
$M_0$	— узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор .

**Клиник манзараси.** Суяк саркомалари асосан узун найсимон суякларда, айниқса сон ва болдир суякларининг тизза бўғими яқинида учрайди. Бошқа найсимон ҳамда скелетнинг ясси суякларида кам кузатилади. Суяк саркомаларининг умумий белгилари оғриқ ва шиш пайдо бўлишидир. Шиш тўхтовсиз катталашади, устидаги тери тараंगлашган бўлиб, ялтиллайди, тери остидаги веналар кенгайиб кўриниб туради. Суяк саркомалари қон томирлар орқали кўпинча ўпкага метастаз беради. Шикастланган суяк бемор ётган пайтида ҳам синиб кетиши мумкин. Беморнинг ўсма шикастлаган қўли ёки оёғи ишдан чиқади. Тана ҳарорати кўтирилиши, лейкоцитлар сони кўпайиши ва эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) фақат Юинг саркомасида кузатилади.

**Остеоген саркома** суяк хавфли ўсмаларининг 50—60% ини ташкил қилади. Уни остеолитик (суякни эритувчи), аралаш ва остеопластик (суяк ҳосил қилувчи) турлари кузатилади. Ўсма кўпроқ ёш эркекларда учрайди. Касаллик одатда сон суягининг дистал метафизи ёки катта болдирнинг проксимал метафизи туфайли юзага келади.

**Юинг саркомаси.** Ҳамма суяк хавфли ўсмаларининг 15—20% ини ташкил этади. Одатда болалик ва ўсмирлик пайтида (10 дан 25 ёшгача) ривожланади, ундан катта ёшда деярли учрамайди. Оёқ ва қўлнинг найсимон суягини ҳамда чаноқ суягини шикастлантиради. Ўсма суякларни тез емириб, юмшоқ тўқималарга ҳам ўсиб киради, кейин унинг метастазлари лимфа тугунчаларида, суякларда ва ўпкада пайдо бўлади. Метастаз бериш жиҳатидан остеоген саркомалардан кейинги иккинчи ўринда туради.

**Суяк ретикулосаркомаси.** Суякнинг бошқа хавфли ўсмаларига нисбатан кам учрайди (2—5% ни ташкил қилади). 20—40 ёшли одамларда, асосан эркекларда кузатилади. Кўпроқ оёқларнинг узун найсимон ва чаноқ суякларида пайдо бўлади. Одатда бир жойда секин ўсади, узоқ вақт — бир неча ойдан 5 йилгача метастаз бермаслиги мумкин. Метастазлар кўпроқ лимфа тугунчаларида, ясси суяклар ва ўпкада кузатилади.

**Ташхисоти.** Суяк саркомаларини аниқлаш ва ўхшаш суяк касалликларидан ажратиш осон эмас. Суяк саркомаларига шубҳа қилинганда сўраб-суриштириш, кўриш ҳамда пайпаслаш, рентгенологик, компьютер ва магнит-резонанс томографиялар, ўсмани пункцион ёки эксцизион биопсия қилиш мумкин.

Сўраб-суриштириш вақтида оғриқ ва ўсманинг пайдо бўлган вақти, ривожланиш динамикаси, олинган жароҳатлар билан боғлиқлиги, тиббий ёрдамга мурожаат қилган вақти, илгари ўтказилган текшириш ва даволанишларнинг натижалари аниқланади.

*Кўриш ва пайпаслаш.* Оёқ ёки қўл деформацияси, шиш пайдо бўлган жой терисининг шишганлиги, қизариши, тери остидаги веналарнинг катталашганлигига эътибор берилади. Пайпасланадиган ўсма қаттиқ ёки қаттиқ-эластик консистенцияли, қўзғалмайдиган ва оғримайдиган бўлади.

*Лаборатория текширувлари.* Кўпчилик беморларда қон текширилганда эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошганлиги, лейкоцитоз ва гипохром анемия кузатилади. Биохимик текширишлар қон зардобиди ишқорли фосфатаза миқдори ошганлиги, айниқса остеоген саркомаларда юқори рақамларгача кўтарилганлигини кўрсатади.

*Рентгенологик текширишлар.* Суяк саркомаларига ташхис қўйишда рентгенография усули ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Рентгенограммалар икки бир-бирига перпендикуляр бўлган проекцияларда қилинади. *Остеоген саркоманинг остеолитик тури* рентгенограмма қилинганда суякнинг метаэпифизар қисмида катта, чеккалари нотекис бўлган деструкция ўчоғи кўринади. Яна бир белгиси — суяк пардаси (периост) нинг ундан ажралиб емирилиши, четлари «соябонга» ўхшаш бўлиб кўринишидир. Суякдан ташқарига ўсиб чиққан қисми оҳаксиз. Суякдаги метастазларда бундай рентгенологик манзара учрамайди, яллиғланиш жараёнларида бўладиган деструкция ўчоғидан секвестрларнинг йўқлиги билан ажралиб туради. Остеоген саркома бўғимнинг тоғай қисмидан ўтмайди, қўшни суяклар шикастланмайди. *Остеоген саркоманинг остеопластик турида* шикастланган жойда ортиқча суяк тўқимаси ҳосил бўлиши кузатилади. Рентгенограммада суяк структураси зичлашган бўлиб, шу ердан атрофга қаратилган «найзачалар» (спикула) кўринади. Шу билан бирга суякда ёнма-ён остеопороз пайдо бўлади.

*Юинг саркомаси* учун рентгенограммада суяк канали кенгайиши, пардаси 2-3 қаватли «пиёзсимон» структура-сида бир қанча майда деструкция ўчоқлари, ўсма четида «соябон» пайдо бўлиши хосдир.

*Ангиография.* Суякнинг хавфли ўсма ангиограммаларида ўсма тўқимасининг кучайган томирланиши, томирларнинг бетартиб жойлашганлиги, контраст модданинг ўсмада тўпланганлиги кузатилади. Ҳозирги вақтда бу усул кам ишлатилади.

*Радиоизотоп текширишлар* радиоактив технеций препаратлари ёрдамида ўтказилади, улар ўсма тўқималарида нормал суяк тўқимасига нисбатан 5—10 баравар кўпроқ тўпланади.

*Компьютер ва магнит-резонансли томографиялар* суяк хавфли ўсмаларига ташхис қўйишда янги истиқболли йўналишларни очди. Улар ўсманинг суяк ичига ва атрофдаги тўқималарга тарқалиши, йўғон томир ва нервларга муносабатини билиш имконини берди. Бу эса жарроҳлик операцияси турини танлаш, кимётерапия ва нур билан даволашнинг самарадорлигини баҳолашда жуда муҳимдир.

Бутундунё онкология клиникаларининг кўп йиллик тажрибаси шуни кўрсатадики, суяк саркомаларига ташхис қўйишда аввало уни морфологик тузилишини яхшилаб ўрганиш лозим бўлади.

*Цитологик ва гистологик текширишлар.* Амалиётда цитологик текширишга материал суякдан йўғон ёки трепанбиопсия қиладиган махсус игналар ёрдамида олинади. Агар ўсма оёқ-қўлда бўлса, операция олдидан очиқ биопсия қилинади, ўсмадан юқорироққа жгут қўйилади, юмшоқ тўқималар кесилиб, ўсма очилади. Агар юмшоқ тўқимали компонент бўлса, ўсма четидан озгина бўлак кесиб олинади. Агар ўсма суяк ичида ўсган бўлса, дастлаб кортикал қаватдан кичикроқ жой олиб ташланиб, кейин шикастланган жойдан бўлак олинади. Шошилинич гистологик текшириш ўтказиб кўрилади.

Ташхис морфологик текширув орқали тасдиқлангандан кейин беморни даволаш усуллари танлови ўтказилади.

*Даволаш.* Беморларни даволаш ҳам катта қийинчиликлар туғдиради. Сўнгги йилларда суякнинг хавфли ўсмаларини даволашда катта ютуқларга эришилди. Катта асорат қолдирадиган жарроҳлик усуллари ўрнига комплекс даволаш усуллари, яъни тежамли операциялар, кимё ва нур терапияси қўлланилмоқда. Даволашнинг узоқлашган натижалари яхшиланди. Бу эса беморларни даволашда, ҳозирги замон кимётерапияси схемалари ва нур терапияси ишлатилиши билан боғлиқ. Остеоген саркомага икки усулда

даво қилинади: шикастланган суяк қисмини кесиб ташлаш ёки оёқ ёки қўлни ампутация қилиш — олиб ташлаш (7-расм).

Қўшимча равишда нур терапияси ва кимётерапия ўтказилади. Суякни резекция қилиш операциясидан олдин дастлаб артериал қон томир орқали кимёвий дори (кўпинча адриамицин) 3 кун давомида юборилади (жами 30 мг/м<sup>2</sup>). 4-кун икки ҳафталик нур терапияси бошланади (жами 40Гр), у тамом бўлгач 2—3 кундан кейин резекция ва металллик остеосинтез қилинади. Ампутация қилинадиган бўлса, аввало операция, кейин кимётерапия ўтказилади. Биринчи ёки иккинчи даволаш усулларидадан кейин метастазларнинг олдини олиш учун кимётерапия қўлланади (адриамицин, метотрексат, цисплатин).

Юинг саркомаси ва ретикулосаркома ионловчи нурга юқори даражада сезувчандир. Бундай беморларни даволашда нур терапия (айниқса гамма ва юқори энергияли нур билан) муҳим аҳамиятга эга бўлиб, ҳозиргача етакчи ўрин тутиб келмоқда. Кўпинча нурлантириш доирасига ўсма бор суякнинг ҳаммаси киради. Жами 50—60 Гр доза қабул қилинади. Бундан ташқари, метастазланишнинг олдини олиш мақсадида профилактик кимётерапия 15 кун давомида ўтказилади. Адриамицин, циклофосфан, винкристин каби дорилар ишлатилади. Кейинчалик бундай даволаш усули 9 марта қайтарилади. Нур билан даволашдан кейин рецидив пайдо бўлса, кучли оғриқлар тўхтамасга ёки шикастланган суяк синиб кетса қўл ёки оёқни ампутация усулида олиб ташлаш зарур деб ҳисобланади.

*Даволаш натижалари.* Остеоген саркомаларга фақат жарроҳлик усули билан даво қилишнинг узоқлашган натижалари қониқарсиз. 5 ва ундан кўп йил яшаганлар сони 7—12% га тенг. Ноадъювант кимётерапия қўшилган даволашда 30,5—49% беморлар 5 йил ва ундан кўп яшайдилар. Юинг саркомасини даволашда фақат нур терапия ишлатилганда 10% гача беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайдилар, нур ва кимётерапия комбинацияси қўлланса бў кўрсаткич 40,8% га етади.

*Касалликнинг олдини олиш.* Фиброз дистрофия, деформацияланувчи остеоз, тоғай-суякли экзоостларни физиотерапия ва рентгенотерапия қилмасдан радикал жарроҳлик усули билан даволаш зарур.



## ПАСТКИ ЛАБ САРАТОНИ

**Статистик маълумотлар.** Кўпгина чет мамлакатларда пастки лаб саратони кам учрайди. Эркаклар орасида ҳар 100 000 та аҳолига 1 та бемор тўғри келади: 1,0 тадан (Англияда) то 8,9 тагача (Венгрияда). Бу касаллик билан касалланиш йилдан-йилга камаймоқда. Қишлоқ аҳолиси орасида шаҳарликларга нисбатан пастки лаб саратони 1,5—2 баравар кўп учрайди, эркаклар аёлларга нисбатан 4 марта кўпроқ касалланишади. Ёшлар орасида пастки лаб саратони жуда кам учрайди. Касалланиш ёшга боғлиқ равишда ўсади. Кўпинча касаллик 40—60 ёшда пайдо бўлади. Энг кўп касалланиш жанубий мамлакатлар ва қишлоқ аҳолисига тўғри келади. Пастки лаб саратонининг тарқалиши 26-жадвалда келтирилган.

26-жадвал.

Ўзбекистонда пастки лаб саратонининг тарқалиши  
(ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	1,1	0,9	Самарқанд вилояти	0,8	0,4
Андижон вилояти	0,2	0,3	Сурхондарё вилояти	1,4	1,4
Бухоро вилояти	0,2	0,4	Сирдарё вилояти	,0	0,8
Жиззах вилояти	0,7	0,8	Тошкент вилояти	1,4	1,0
Қашқадарё вилояти	0,7	0,6	Фарғона вилояти	0,8	0,7
Навоий вилояти	1,8	1,0	Хоразм вилояти	0,7	0,9
Наманган вилояти	0,6	1,0	Қорақалпоғистон республикаси	0,4	0,7
Ўзбекистон бўйича 1993 йилда—0,8; 1998—0,72%.					

Касалланишнинг юқори кўрсаткичлари Сурхондарё, Тошкент, Навоий ва Наманган вилоятларида, энг паст кўрсаткич Андижон, Самарқанд ва Бухоро вилоятларида кузатилади. Ўзбекистон республикаси аҳолисининг пастки лаб саратони билан касалланиши аста-секин камайиб бормоқда.

**Касаллик сабаблари.** Пастки лаб саратони билан касалланиш маълум даражада генетик хусусиятларга, тери ранги ва салбий одатларга боғлиқ. Шуни айтиш керакки, Марказий Осиёга кўчиб келганлар туб аҳолига нисбатан пастки лаб саратони билан кўпроқ касалланишар экан. АҚШда оқ танлиларнинг қора танлиларга нисбатан касаллани-

ши анча юқори. Чекувчиларда, кўп миқдорда алкоғолли ичимлик ичувчиларда, нефт маҳсулотлари, кўмир, тери ва тўқимачилик саноатида ишловчилар орасида кўпроқ учрайди. Қишлоқларда яшовчилар ва денгизчиларнинг кўплаб пастки лаб саратони билан касалланишига куёшнинг ультрабинафша нури сабабчидир.

*Ўсма олди касалликлари.* Пастки лабнинг облигат ўсма олди касалликларига ўчоқли дискератоз ва папиллома киради. Баъзан лабда лейкоплакия, ўчоқли гиперкератоз, эрозия ва яра пайдо бўлади. Бу касалликлар узоқ вақт давом этиб, кўпинча саратонга айланади.

*Патоморфологик тузилиши.* Пастки лаб саратони асосан ясси ҳужайралардан тузилган бўлади. Улар мугузлашган ва мугузлашмайдиган бўлади. Биринчи тури 80—90% беморда кузатилади. Бу хил саратон секин ўсади, чуқурга кам тарқалади ва кеч метастаз беради. Иккинчи турдаги лаб саратони тезда чуқур тўқималарга ўтади, ярага айланади ва эрта метастаз беради. Пастки лаб саратони асосан лимфоген йўл билан метастаз беради. Дастлаб шу томондаги жағ ости, ундан кейин эса энгак ости ва бўғиз венаси бўйлаб чуқур жойлашган лимфа тугунчаларига тарқалиши мумкин. 15—20% ҳолда жағ ости метастазлари икки томонлама бўлади.

### Лаб саратонининг халқаро TNM таснифи

$T_{is}$	— эпителий қаватнинг ўзида жойлашган, инвазиясиз.
$T_x$	— бирламчи ўсма борлиги номаълум.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқданмайди.
$T_1$	— ўсманинг ўлчами 2 см гача.
$T_2$	— ўсманинг ўлчами 2 дан 4 см гача.
$T_3$	— ўсманинг ўлчами 4 см дан катта.
$T_4$	— ўсма тери, лунж, суяк каби аъзоларга ўсиб кирган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз борлиги номаълум.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз белгилари йўқ.
$N_1$	— касаллик бор томонда метастазланган силжийдиган лимфа тугунчалари бор.
$N_2$	— қарама-қарши томонда ёки иккала томонда силжийдиган метастазланган лимфа тугунчалари бор.

- $N_3$  — метастазланган силжимайдиган лимфа тугунчалари бор.
- $M_x$  — узоқлашган метастаз борлиги номаълум.
- $M_0$  — узоқлашган метастазлар йўқ.
- $M_1$  — узоқлашган метастазлар бор.

### Пастки лаб саратонининг босқичлари

- I босқич: — ўсма ёки яра 1 см гача, лаб қизил жияги шиллиқ қавати ва унинг остида жойлашган лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
- II босқич: — ўсма ёки яранинг диаметри 2 см гача, лаб қизил жияги шиллиқ қавати ва унинг остида жойлашган, лабнинг ярмидан камроғи шикастланган, метастазларсиз (а), регионар лимфа тугунчаларида ёлғиз силжийдиган метастаз бор (б).
- III босқич: — ўсманинг диаметри 3 см гача, лабнинг ярмидан кўпроғи шикастланган, оғиз бурчагига, юз ва энгакка ўтган, ўсма лабга чуқур ўсиб кирган, метастазларсиз (а), уларга кўшимча регионар лимфа тугунчаларида сал силжийдиган метастазлар бор (б).
- IV босқич: — ўсма бутун лабни шикастлаб, энгак ва жағ суягига ўтган, регионар лимфа тугунчаларида силжимайдиган метастазлар бор (а), ўсманинг ўлчами ҳар хил бўлиши билан бирга узоқлашган метастазлар ҳам мавжуд (б).

**Клиник манзараси.** Лаб саратонининг бошланғич аломатлари саратон олди касалликлари билан белгиланади.

**Папилляр шакли.** Лабдаги папиллома ўзгариб, лаб жиягининг олд томонида думалоқ, чегаралари ноаниқ, оғриқсиз, юзаси мугузлашган эпителиал пўст билан қопланган қаттиқлашган жойга айланади. Кейинчалик унинг юзасида яра пайдо бўлиб, лаб ости ва атроф томонларига ўсади.

**Сўгалсимон шакли.** Лабдаги узоқ вақт кузатилган дискератоз юзасида кўп сонли майда ўсимталар пайдо бўлиб, улар катталашиб, бир-бирига қўшилиб кетади ва пастки лабни бутунлай шикастлаб, карам рангига ўхшаш саратонни ҳосил қилади. Кейинчалик ўсма емирилиб, катта ярага айланади.

**Яра шакли.** Лабдаги узоқ вақт битмайдиган ёриқ катталашиб ярага айланади, атрофи ва ости қаттиқлашади.

Сўнгра яра пастдаги тўқималарни емиради, оғиз бурчаги, энгак, жағ суягига тарқалади. Одатда лаб саратонининг ҳамма тури фақат регионар, биринчи навбатда энгак лимфа тугунчаларига метастаз беради. Кўп вақт ўтгач чуқур жойлашган бўйин лимфа тугунчалари шикастланади. Узоқ аъзоларда метастаз пайдо бўлиши кам кузатилади.

*Таққословчи таъхис.* Лаб саратонини папиллома, ўчоқли дискератоз ва лабнинг бошқа ўсма олди касалликларидан ажрата билиш лозим. Хавфли ўсманинг алоҳида белгиларига консистенциясининг қаттиқлиги, инфилтрат ўлчамларининг катталашishi, яраланган пайтда четларининг кўтарилиши, оғримаслиги, енгил қон кетиши киради. Касалликнинг яраланган турини жароҳатдан кейинги ва трофик яралардан, специфик касалликлар (сил, захм), сурункали яллиғланиш жараёнларидан ажратиш осон эмас. Емирилаётган захм гуммаси тоғай юзали, текис қирғоқли, ясси тубли, сарғимтир тусда бўлиб, пайпаслаганда бир оз оғрийди. Қонни Вассерман реакциясига текшириш ижобий натижа беради. Бошқа яраланишлардан, шу қаторда сил ярасидан тиғиз консистенцияси, аста-секин атрофдаги тўқималарга ўсиши, четларининг болишсимонлиги, нотекис ғадир-будур туби ва оғриқсизлиги билан фарқ қилади.

*Таъхисоти.* Пастки лаб саратони жойлашиши ва кўришга қулайлиги туфайли 95—98% беморларда эрта босқичларда аниқланади. Кам ҳолларда касалликнинг кеч аниқланиши беморларнинг шифокорга ўз вақтида мурожаат қилмаганлиги ёки у бу хасталикнинг клиник кўринишини яхши билмаслиги оқибатида рўй беради. Ўз вақтида таъхис қўйиш касалликдан соғайиб кетишнинг асосий омилларидан биридир. Ҳозирги вақтда пастки лаб саратонидан соғайиб кетиш учун ҳамма шароитлар мавжуд. Умумий амалиёт билан шуғулланаётган врачларнинг асосий вазифаси касалликни аниқлашдир. Пастки лаб саратонига таъхис қўйиш учун сўраб-суриштириш, объектив текшириш, ярадан суртма олиб цитологик текшириш, шубҳали жойни биопсия қилиш зарур бўлади.

*Сўраб-суриштириш.* Пастки лабда саратони бор беморлар лабда ўсма ёки яра борлигидан шикоят қиладилар. Сўраб-суриштириш пайтида бемордан яра дастлаб қачон, қандай шароитда, нимадан кейин пайдо бўлгани аниқланади. Шу билан бирга беморнинг қуёш нури таъсири ёки шамолда узоқ вақт бўлиш-бўлмаслиги, касбий зарарлик-

лар билан боғлиқлиги, меъда-ичак касалликлари билан оғриш-оғримаслиги аниқланиши лозим.

*Объектив текширишлар.* Кўрик пайтида лабдаги ўсма ёки яранинг шакли, ташқи кўриниши, юзасининг ҳолати ва шикастланган жойнинг четларига эътибор берилади. Ўсма пайпасланганда унинг консистенцияси, ўлчами, яра ва инфилтратнинг узунлиги ва чуқурлиги, оғриш-оғримаслиги ва атрофдаги тўқималар билан боғлиқлиги аниқланади. Агар шикастланган жой пўст билан қопланган бўлса, эҳтиёткорлик билан олиниб, яранинг туби, чуқурлиги ва четларининг хусусиятига эътибор берилади. Жағ, энгак ости ва бўйиндаги лимфа тугунчалари пайпасланиб, уларнинг консистенцияси, қимирлаш-қимирламаслиги ва ўлчамлари аниқланади.

Жуда фойдали, аммо кам ишлатиладиган усул бу хейлоскопия қилишдир. Бу пастки лабдаги касалланиш ўчоғини 10—15 баравар катталаштириб кўрсатадиган оптик асбоб билан текшириш усулидир. Агар хейлоскоп бўлмаса, катталаштириб кўрсатадиган лупалардан фойдаланилади. Хейлоскоп орқали кўз билан унча яхши аниқлаб бўлмайдиган ўсманинг тузилиш хусусиятларини фарқлаш мумкин, бу эса клиник текширишлар хулосаси аниқлигини оширади. Лаб саратонига охириги ташхис қўйишда энг муҳими бу морфологик текшириш усулидир. Пастки лабдаги касалланиш ўчоғини муфассал кўриш ва пайпаслаш имконияти бўлсада, кўпгина беморларга ташхис қўйишда хатоликлар рўй бериб туради. Бу эса нотўғри ва хавфли даволаниш ўтказилишига сабаб бўлади. Шу сабабли даволаш ўтказишдан олдин ташхис цитологик ёки гистологик текшириш билан албатта тасдиқланиши керак.

*Цитологик текшириш* учун материал ҳар хил йўллар билан олинади. Агар яраланган ўсма бўлса, устидаги пўсти олиниб, қон тўхтагандан кейин ундан шиша парчасига суртма ёки қиринди олинади. Цитологик текширишлардан натижа бўлмаган пайтда биопсия қилиш мақсадга мувофиқ.

*Биопсия* маҳаллий анестезия билан ўтказилиб, 0,5% ли новокаин эритмаси соғлом тўқималар орқали ўсманинг остига ва инфилтратнинг четларига юборилади. Материал олиш усули касалланиш ўчоғининг ўлчамига боғлиқ бўлади. Агар ўсма унчалик катта бўлмаса, бутунлай кесиб олиб ташланади. Жароҳат четларига 1—2 та чок қўйилиб,

у 5—6 кундан кейин олиб ташланади. Анча катта ўлчамларга эга ўсманинг четидан понасимон бўлак қирқиб олинади. У соғлом тўқимадан 3 мм қўшилган ҳолда олинади. Баъзи бир клиникаларда биопсиядан олдин лаб саратонига диссеминация хавфи бўлганлиги туфайли ҳар дозаси 4—5 Гр дан 2—3 сеанс яқин фокусли рентген нурлари берилади.

**Даволаш.** Пастки лаб саратонига одатда 2 босқичда даво қилинади. Биринчиси — бирламчи ўсма ёки ярани 3 хил усул билан даволаш. Иккинчиси — бўйиндаги регионар лимфа тугунчаларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдир. Ҳозирги вақтда бирламчи ўсмани даволашда яхши косметик натижалар берадиган нур, криотерапия ва жарроҳлик усули қўлланилмоқда. Пастки лаб саратонининг I босқичида даволашнинг асосий усули бу *яқин фокусли нур терапиясидир*. Нурлантириш дозаси 4—5 Гр бўлиб, ҳафтасига 5 марта ўтказилади, жами дозаси 60 Гр, даволаш 2—3 ҳафта давом этади.

**Криотерапия** (суyoқ азот билан музлатиш) пастки лаб саратонини даволашда яхши натижа беради. Усул техник жиҳатдан жуда оддий бўлиб, даволаш анестезиясиз ўтказилади. Муолажа 10—25 минут давом этади, 6—10 соатдан кейин тўқималар шиши кузатилиб, 2—3 кун давом этади, ўсма тўқимада чуқур некроз юз беради. 3—5 ҳафтадан кейин бу жой эпителизацияланиб, қизил жияк текис, эластик оч-қизил тус олади.

Косметик нуқсонларни пластик йўл билан бекитиш кераклиги туфайли жарроҳлик усули билан даволаш истисно тариқасида қўлланади. Одатда пастки лаб квадратсимон ўсма четидан 1,0—1,5 см чуқурликда тўқималар билан бирга кесилади. Пайдо бўлган нуқсон атрофдаги тўқималар билан пластика қилинади.

Кўпинча тиббий клиникаларда лаб саратонининг I босқичида регионар лимфа тугунчалари операция йўли билан олиб ташланмайди, аммо шифокор томонидан назорат қилинади. Лаб саратонининг II босқичида дастлаб ўсмага (яра) фақат нур ва криотерапия усуллари билан даво қилинади. Нурлантириш яқин фокусли, дистанцион рентген-аппаратлар ёки гамма аппаратлар орқали амалга оширилади. Унинг дозалари ва криотерапия усули худди юқорида келтирилганидек. Иккинчи босқичда нур билан даволаш ўтказилгандан 2—3 ҳафта кейин Ванах операцияси ёрдамида регионар лимфа тугунчалари пайпаслаш йўли билан олиб ташланади. Лаб саратонининг III босқичида бирламчи ўсма

(яра) гамма-нурлар ёки унинг остига радиоактив игна санчиш йўли билан даволанади. 2—3 ҳафтадан кейин регионар лимфа тугунчалари олиб ташланади. Лаб саратонининг *IV* босқичида паллиатив нур терапияси ўтказилиб, ундан кейин катта операция — бирламчи ўсма ва пастки жағ суяги резекция қилинади. Баъзи беморларнинг ташқи уйқу томирига катетер орқали кимёвий даво препаратлари юборилади.

*Даволаш натижалари.* Амалда пастки лаб саратонининг I ва II босқичида 90% гача, III—IV босқичида —50—70% гача беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайдилар. Қайталанмишлар камдан-кам учраб, одатда улар техник хатоларга (нурлантириш майдони кичкина, дозаси кам), баъзида эса ўсманинг радиорезистентлигига боғлиқ бўлади.

*Касалликнинг олдини олиш.* Лаб саратонининг олдини олиш — бу биринчи навбатда ўчоқли дискератоз ва папилломаларни жарроҳлик ёки криоген усуллар билан даволаш демакдир. Чекишни ташлаш, алкоғолли ичимликларни суиистеъмол қилмаслик, оғиз бўшлиғини соғломлаштириш муҳим аҳамиятга эга. Очиқ ҳавода ишлаш билан боғлиқ бўлган касбдаги одамларга қуёш нури таъсирида кўп вақт бўлмаслик, юзни соябонли шляпа билан ҳимоя қилиш, ҳимояловчи мойлар билан пардозлаш зарур.

### ХIII Б О Б

## ОҒИЗ БЎШЛИҒИ САРАТОНИ

*Статистик маълумотлар.* Оғиз бўшлиғи саратонига бир гуруҳ хавфли ўсмалар киради. Булар тил, оғиз бўшлиғи туби, лунж, қаттиқ ва юмшоқ танглай, юқори ва пастки жағнинг альвеоляр ўсимталари саратонидир. Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмалари ичида тил саратони 50—60%, оғиз туби саратони 20—35%, қолган 10—15%и лунж, танглай, юқори ва пастки жағ альвеоляр қисми шиллиқ қавати саратонларидир. Оғиз бўшлиғи саратони билан касалланиш чет мамлакатларда унча кўп эмас, ҳар 100 000 аҳолига 6—8 кишини ташкил қилади. Энг кўп касалланиш кўрсаткичлари жанубий ва жануби-шарқий Осиёда, Францияда, Жанубий Америкада кузатилади.

Ўзбекистонда 1998 йилда оғиз бўшлиғи саратони ҳар 100 000 аҳолига 2—3 кишини ташкил қилади. Ҳамдўстлик мамлакатлари орасида оғиз бўшлиғи саратонининг ўсиши

Тожикистон ва Туркманистоннинг баъзи бир вилоятларида қайд этилган. Оғиз бўшлиғи саратони эркаларда аёлларга нисбатан 5—7 марта кўп учрайди. Қасалланиш кўрсаткичи ёшга боғлиқ ҳолда ўсиб боради. Ўзбекистонда асосан тил саратони ва оғиз бўшлиғи туби саратони кузатилади.

Тил саратони пайдо бўлишига аҳоли ўртасида кенг тарқалган зарарли одатлар, тиш ва протезларнинг ёмон ҳолати туфайли тез-тез такрорланиб турадиган механик жароҳатлар сабаб бўлади. Тил саратонининг келиб чиқишида чекиш муҳим омил ҳисобланади. Чекишнинг зарарли таъсири айниқса алкоғолли ичимликларга ружу қўйган шахсларда намоён бўлади. Махсус текширишлар шуни кўрсатадики, чекамайдиганлар ва ичмайдиганлар солиштириб кўрилганда, чекадиган, лекин ичмайдиганларда касалланиш хавфи 2,5 бараварга ортади, ҳам чекувчи, ҳам ичувчиларда ўсма пайдо бўлиш эҳтимоли 15 мартага ошади. Бундан ташқари, жуда аччиқ ва иссиқ овқат ейиш, қайноқ чой ичиш ҳам зарарли. Республикамизда оғиз бўшлиғи тубининг саратони кўпинча «нос» чекувчиларда кузатилади. Маълумки, нос тамаки, кул, оҳак ва ўсимлик ёғи аралашмасидан тайёрланади. Нос чекувчиларда тилининг тагида узоқ вақт битмайдиган эрозия ва яралар пайдо бўлиб, саратон пайдо бўлишига олиб келади. Шундай зарарли таъсир Ҳиндистонда кенг тарқалган «бетел» чайнаш натижасида ҳам келиб чиқади. Оғиз бўшлиғи туби саратонининг келиб чиқишида тишларни яхши парвариш қилмаслик, оғиз бўшлиғида доимо бактериал инфекция бўлиши ва ўсма олди касалликлари катта аҳамиятга эга.

*Саратон олди касалликлари.* Оғиз бўшлиғининг саратон олди касалликларига лейкоплакия, лейкокератоз, папилломатоз ва сурункали яра, ёриқлар киради. Уларни ўз вақтида стоматолог ёрдамида даволатиш керак. Сўнгги йилларда уларни даволашда консерватив ва жарроҳлик усуллари билан бир қаторда криоген таъсир ҳам кенг қўлланилмоқда.

*Патоморфологик тузилиши.* Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларининг деярли кўпчилиги ясси мугузлашган ҳужайрали тузилишга эга бўлади, камдан-кам ҳолларда аденокарциномалар, меланома ва саркомалар учрайди. Ўсма ўсиши жараёнида чегарадош бўлимларга ҳам ўсиб, мушак, тери, пастки ва юқори жағга ҳам тарқалади. Атрофдаги тўқималар, айниқса тил илдизини тезда инфилтрация-



лайди. Метастазлар асосан лимфоген йўл билан тарқалади. Ўсманинг жойлашишига қараб метастазлар билан бирга ҳар хил гуруҳдаги лимфа тугунчалари ҳам шикастланади. Тил ва оғиз бўшлиғи туби саратонида метастазлар пастки жағ ости ва бўйинтуруқ лимфа тугунчаларида кузатилади. Оғиз бўшлиғи саратонида узоқлашган метастазлар сийрак учрайди. Оғиз бўшлиғи саратонининг бошланган пайтдан то охиригача халқаро TNM таснифи ва босқичлари билан баён қилиниши мумкин.

### Халқаро TNM таснифи

$T_{is}$	— инвазия олди (in situ) саратони.
$T_x$	— бирламчи ўсма борлиги номаълум.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$	— ўсманинг ўлчами 2 см гача.
$T_2$	— ўсманинг ўлчами 2 см дан 4 см гача.
$T_3$	— ўсманинг ўлчами 4 см дан катта.
$T_4$	— ўсма суяк, мушак, тери, бўйин ва бошқаларга ўсиб кирган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз борлиги номаълум.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчалари зарарланмаган.
$N_1$	— касал томонида силжийдиган лимфа тугунчалари бор.
$N_2$	— қарама-қарши ёки икки томонда силжийдиган лимфа тугунчалари бор.
$N_3$	— силжимайдиган лимфа тугунчалари бор.
$M_0$	— узоқлашган метастаз борлиги номаълум.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.
$M_x$	— узоқлашган метастазлари борлигини аниқлаш мумкин эмас.

### TNM таснифини босқичлар орқали ифодалаш

I босқич	— $T_1N_0M_0$
II босқич	— $T_2N_0m_0$
III босқич	— $T_3N_0M_0$ ; $T_{1-3}N_1M_0$
IV босқич	— $T_4N_{0-1}M_0$ ; $T_{1-4}N_{2-3}M_1$

**Клиник манзараси.** Оғиз бўшлиғи саратони билан касалланган беморларда касалликнинг бошланғич даврида патологик ўчоқда нохуш ҳид пайдо бўлиши мумкин. Баъзан оғриқ безовта қилиб, буни бемор ангина ёки тиш касалликлари билан боғлайди. Ўсма ўсган сари оғриқ ҳам

кучайиб, азоб берадиган даражагача етиб боради, юқори чакка соҳаси ёки қулоққа ҳам тарқалиши мумкин. Кейинчалик ўсма емирилади ва яллиғланиши туфайли оғиздан қўланса ҳид келади. Оғиз бўшлиғи туби саратонида кўпинча нотекис, ғадир-будур, кулранг яра пайдо бўлади. У қаттиқ консистенцияли бўлиб, пайпаслаганда оғриқ беради. Баъзан яранинг асосида қаттиқ инфилтрат бўлиб, тўқималар ичига чуқур кириб боради, шу сабабли унинг чегараларини аниқлашнинг иложи бўлмайди. Тил саратони шиллиқ қаватни емирган, чети қаттиқ консистенцияли, кучли оғриқли, енгил қонайдиган яра, текис юзали тугунча ёки сўгалсимон ўсма шаклида бўлади.

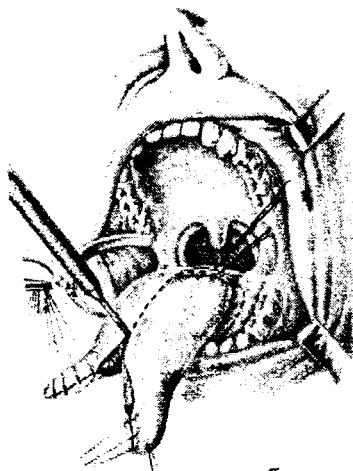
**Ташхисоти.** Оғиз бўшлиғи саратонига ташхис қўйишда аввало сўраб-суриштириш, яра (ўсмани) ва регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш, ундан кейин цитологик ва гистологик текширишлар ўтказиш керак бўлади.

Лаборатория ва махсус текшириш усуллари, масалан, рентгенологик, изотоп, ультратовуш ва бошқаларнинг бирламчи оғиз бўшлиғи саратонига ташхис қўйишда аҳамияти кам, улар асосан регионар лимфа тугунчаларида ёки узоқлашган аъзолардаги метастазларни аниқлашга ёрдам беради. Кўпинча оғиз бўшлиғи саратони фақат регионар лимфа тугунчаларига метастаз беради. Узоқлашган метастазлари жуда кам учрайди. Узил-кесил ташхис цитологик ёки гистологик текшириш йўли билан қўйилади. Цитологик текшириш учун ярадан қиринди олиш ёки ўсма ва регионар лимфа тугунчалари катталашган бўлса уларни ҳам пункцион биопсия қилиш керак бўлади. Гистологик текшириш учун ўсманинг соғлом тўқима билан чегараланган жойидан намуна олинади.

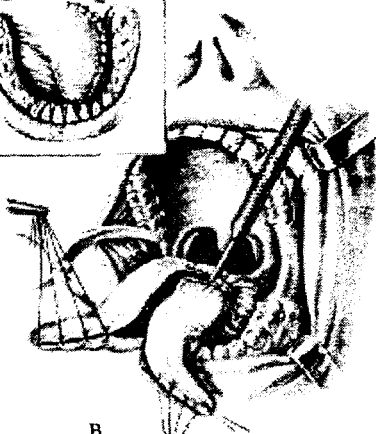
**Даволаш.** Оғиз бўшлиғи саратонига нур терапияси, жарроҳлик, криотерапия ёки кўпроқ биргаликдаги даволаш усули қўлланади. Жарроҳлик усули оғиз туби саратонининг фақат I босқичида қўлланилиб, ўсманинг кўришиб турган чегараси четидан 3—4 см қўшиб кесиб олинади. Бошқа босқичларда нур ва криотерапия ёрдам беради. Тил саратонида олдин нур терапия ишлатилади, 2—3 ҳафтадан кейин жарроҳлик усули билан тилнинг ярми кесиб ташланади. (8-расм а, б, в). Бундан 3—4 ҳафта ўтгач регионар лимфа тугунчалари олиб ташланади. Нур билан даволаш дистанцион гамма нурлантириш орқали амалга оширилади. Ўсма ва ўсма ости тўқималарига радиоактив игна санчиб ҳам даволаш мумкин. Сўнгги йилларда оғиз



а



б



в

**8-расм.** Тилнинг ярмини электр жарроҳлик усули билан кесиб олиш операцияси босқичлари.

а—кесиб олинадиган тўқималар чегараси; б—тил илдизига кетгүт чокининг қўйилиши; в—тилнинг ярмини кесиб олиш.

бўшлиғи саратонининг эрта босқичларида криоген усул муваффақият билан қўлланилмоқда. Саратоннинг II ва III босқичларида комбинациялашган даволаш усули ўтказилади. Касалликнинг IV босқичида кимётерапия вақтинча ёрдам беради. Сўнгги йилларда бу усулни жарроҳлик операцияси ёки нур терапиядан олдин қўллаш ижобий натижа бермоқда. Шу мақсадда метотрексат, 5 фторурацил, цисплатин ва бошқалар қўлланилмоқда. Радикал даволашдан кейин ўтказилган кимётерпия баъзи беморларда узоқлашган натижаларнинг яхшиланишига олиб келмоқда.

*Даволаш натижалари.* Узоқлашган натижалар касалликнинг босқичига боғлиқ. Касалликнинг I босқичида 70—80%, II босқичида 50—70%, III босқичида 20—30%, IV босқичида 10—15% беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайдилар.

*Касалликнинг олдини олиш.* Касалликнинг олдини олишга нос ва тамаки чекишни ташлаш, спиртли ичимликлар, аччиқ, шўр ва иссиқ овқатларни кўп емаслик, оғиз бўшлиғини соғломлаштириш, кариес тишлар, лейкокератоз, папилломатоз ва сурункали касалликларни ўз вақтида даволаш кирази.

#### XIV Б О Б

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОНИ

*Статистик маълумотлар.* Қалқонсимон без саратоми эндокрин система хавfli ўсмалари ичида энг кўп учрайди. Қалқонсимон без саратоми хавfli ўсмаларнинг 1% ини ташкил этади, кўпинча 40—60 ёшларда учрайди. Аёллар эркакларга нисбатан 2—3 маротаба кўп касалланади (27-жадвал). Энг кўп касалланиш Полинезия ва Филиппин оролларидаги аёлларда кузатилади (ҳар 100 минг аёлда 18 та касал). Ўзбекистонда 1998 йилда касалланиш кўрсаткичи (ҳар 100 000 аҳолига) 0,6 ни ташкил қилди.

27- жадвал.

**Ўзбекистонда қалқонсимон без саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)**

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	1,0	1,1	Самарқанд вилояти	0,3	0,3
Андижон вилояти	0,4	0,5	Сурхондарё вилояти	0,4	0,5
Бухоро вилояти	0,7	0,8	Сирдарё вилояти	0,2	0,7
Жиззах вилояти	0,3	0,5	Тошкент вилояти	1,0	1,0
Қашқадарё вилояти	0,6	0,2	Фарғона вилояти	0,5	0,4
Навоий вилояти	0,6	0,4	Хоразм вилояти	0,6	0,6
Наманган вилояти	0,6	0,4	Қорақалпоғистон республикаси	0,1	0,3
<b>Ўзбекистон бўйича — 1993 йилда — 0,6; 1998 йилда — 0,6</b>					

Республикамиз вилоятларида саратоннинг учраши ҳар хил. Тошкент шаҳрида, Тошкент ва Бухоро вилоятларида энг кўп, Қорақалпоғистон республикаси, Самарқанд ва Андижон вилоятида энг кам кузатилади. Сўнгги йилларда бу касаллик Жиззах, Сирдарё вилоятларида ва Қорақалпоғистон республикасида бир оз кўпайди, Қашқадарё, Навоий ва Наманган вилоятларида эса анча камайди.

**Касаллик сабаблари.** Эпидемиологик ва экспериментал текширишлар шуни кўрсатдики, қалқонсимон без саратони пайдо бўлишида гормонал бузилишлар маълум аҳамиятга эга экан. Шу нарса тасдиқландики, гипофизнинг олдинги бўлагиди ишланиб чиқадиган тиреотроп гормонининг кўпайиши қалқонсимон безда пролифератив жараёнлар, улар эса ўз навбатида саратон пайдо бўлишига ёрдам берар экан. Ташқи муҳит омилларидан энг муҳими болалик вақтидаги ионловчи радиациянинг таъсири ҳисобланади. Масалан, Хиросима ва Чернобилда касаллик жуда кўп. Бошқа хатарли омилларга эндемик буқоқ киради. Буқоқ касаллиги кўп учрайдиган эндемик туманларда қалқонсимон без саратони кўп қайд қилинади.

**Патоморфологик тузилиши.** Қалқонсимон без саратони одатда эпителий ҳужайраларидан ўсиб чиқади ва асосан 4 та гистологик турда учрайди: фолликуляр, папилляр, медулляр ва дифференциаллашмаган саратон. Қалқонсимон без саратонида ўсманинг гистологик тузилиши маълум даражада касалликнинг клиник манзараси, кечиши ва оқибатини аниқлайди. Фолликуляр ва папилляр турлари қалқонсимон без хавfli ўсмаларининг 80 % ини ташкил этади, секин ўсади, атрофдаги тўқималарга тез ўсиб қирмайди. Фолликуляр саратон кўпинча қон томирлар орқали 7—17 % беморнинг суяк ва ўпкасига метастаз беради. Папилляр саратон асосан (40—60 % касалларда) регионар лимфа тугунларига метастаз беради. Дифференциаллашмаган шакли 10—12 % ни ташкил қилади, жуда тез ўсади, қалқонсимон безни чуқур инфильтрациялайди ва яқин атрофга тезда метастаз бериб, нохуш оқибатларга олиб келади. Медулляр ҳужайрали саратон 8—10 % касалларда учрайди. Унинг бошқа саратонлардан фарқ қилиб турувчи хусусияти — қонда унинг гормони 100 мг/л ва ундан ҳам кўпроққа етишидир. Бу эса нормадан анча юқори ҳисобланади. Медулляр саратон секин ўсади, 40—55 % касалда регионар лимфа тугунчаларига метастаз беради. Узоқлашган аъзоларга метастаз бериш ҳоллари кам учрайди.

## Қалқонсимон без саратонининг TNM таснифи

$T_x$	— бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумот кам.
$T_0$	— бирламча ўсма пайпаслашда аниқланмайд.
$T_1$	— ўсманинг 1 см гача қисми без ичида жойлашган.
$T_2$	— ўсманинг 4 см гача қисми без ичида жойлашган.
$T_3$	— ўсманинг 4 см дан катта қисми без ичида жойлашган.
$T_4$	— ўсма без атрофига ўсиб кетган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз борлигини аниқлаш учун маълумот кам.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз белгилари йўқ.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларини метастазлар шикастлаган.
$N_{1a}$	— бирламча ўсма томонидаги бўйин лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$N_{1b}$	— метастазлар бўйиннинг икки томонидаги, ўртадаги ёки медиастинал лимфа тугунчаларини шикастлаган
$M_x$	— узоқлашган метастазларни аниқлаш учун маълумот кам.
$M_0$	— узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

## Қалқонсимон без саратонининг босқичлари

I босқич	— без ичида ўртача ўлчамли ўсма бор.
II босқич	— ўсма безнинг ярмини шикастлаган, шу томондаги регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
III босқич	— ўсма безнинг ярмидан кўпини шикастлаган, бўйиннинг иккала томонидаги лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
IV босқич	— ўсма без атрофидаги тўқима ва аъзоларга (кекирдак, қизилўнғач, тери ва бошқа) ўсиб кирган, узоқлашган метастазлар бор.

**Клиник манзараси.** Бошланғич даврда қалқонсимон без саратонининг клиник манзараси унча кўзга кўринмайди. Ягона белгиси безда тугунча пайдо бўлишидир. Саратон

учун қаттиқ консистенция, нотекс шаклдаги юза тугунча пайдо бўлиши, пайпасланганда унинг оғримаслиги хосдир. Ўлчамлари кичик ва қобиқ ичида бўлганда тугун аниқланмаслиги, аммо бўйин лимфа тугунчалари катталашган бўлиши мумкин. Катта ўлчамдаги саратон кўпинча атрофдаги тўқима ва аъзоларни қисиб қўяди ёки уларга ўсиб қиради. Бу клиник жиҳатдан овоз бўғилиши, ютинган вақтда оғриқ сезилиши, харсиллаш, безни қимирлатганда чегараланганлиги билан ифодаланади.

Одатда қалқонсимон без фаолияти, тўқималар компенсатор имкониятлари катталиги туфайли саратон ўсганда бузилмайди, улар ўзларининг тиреоид гормон ишлаб чиқариш хусусиятини сақлаб қолади. Шу сабабли қалқонсимон без саратонида гипотиреоз кам кузатилади. Интоксикация белгилари (тана вазнининг камайиб кетиши, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиб кетиши) ҳам қалқонсимон без саратонида кам учраб, касаллик жуда кечикиб кетганда аниқланади. Медуляр саратон учун диарея хос бўлиб, бу ўсма ишлаб чиқарадиган кальцитонин гормонига боғлиқ.

Қалқонсимон без саратони кўпинча ҳеч қандай аломатларсиз кечади ёки хавфсиз ўсмага ўхшаганлиги туфайли касалликка кечикиб ташхис қўйилади. Қалқонсимон без саратони бор беморлар жарроҳ, терапевт, эндокринолог, отоларинголог ва бошқа мутахассисларга мурожаат қиладилар, улар эса кўпинча ҳозирги замон рақ ташхиси усулларини қўлламайдилар ва шу сабабли даволаш усулини танлашда хатога йўл қўядилар. Қалқонсимон без саратонини бошқа касалликлардан ажратишда қуйидаги «хавфли белгиларга» аҳамият бериш керак:

1) қалқонсимон безда учрайдиган ҳар қандай нотекис юзали ва қаттиқ консистенцияли тугун ёши 35 дан ошган кишиларда пайдо бўлса;

2) тугун тез ўсса, шакли ўзгарса, кўзғалиши чегараланган бўлса ёки илгаридан бор тугун ёки диффуз буқоқда ғадир-будирлик пайдо бўлса;

3) бўйинда оғримайдиган, катталашган лимфа тугунчалари пайдо бўлса;

4) илгари соғлом юрган одамнинг ютиниши қийинлашса, овози хириллаб, қалқонсимон без соҳасида қисилиш ҳисси пайдо бўлса дарҳол онкологга мурожаат қилиш лозим.

Қалқонсимон без саратонини буқоқ, аденома, тиреоидитлар билан таққослаш ташхиси ўтказилиши керак. Аде-

нома ва тугунли буқоқнинг саратондан фарқи унинг думалоқ шакли, эластик консистенцияли, текис юзали, узоқ вақт мобайнида ўлчамларининг ўзгармаслиги ёки жуда секин катталашishi, метастаз бермаслигидир. Ўткир ва унча ўткир бўлмаган тиреоидитларда қалқонсимон безнинг диффуз катталашishi, тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, бош оғриши кузатилади. Без пайпасланганда оғриқли бўлиб, қонда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошганлиги аниқланади. Сурункали фиброз (Ридел буқоғи) ва аутоиммун (Хашимото буқоғи) тиреоидитлар безнинг ўчоқли ёки диффуз катталишиши билан ажралиб туради. Хашимото буқоғи — қаттиқ эластик консистенцияли, Ридел буқоғи эса жуда қаттиқ бўлади. Хашимото буқоғида қонда тиреоглобулинларга қарши антитаначалар титри жуда ошиб кетади.

**Ташхисоти.** Қалқонсимон без саратонига шубҳа қилинганда сўраб-суриштириш, пайпасланадиган тугунни пункция қилиш, ультратовуш, радиоизотоп, цитологик ва гистологик текширишлар қўлланилади. Қалқонсимон безни пункцион биопсия қилиш 55—90 % беморларда узил-кесил ташхис қўйишга ёрдам беради. Кўпгина беморларда цитологик текширишлар асосида ўсманинг гистологик тузилишини ҳам аниқлаш мумкин. Бўйиндаги катталашган лимфа тугунчаларини пункция қилиш муҳим аҳамиятга эга. Шу йўл билан қалқонсимон безнинг пайпасланмайдиган саратонларига ташхис қўйиш, лимфогранулематоз, туберкулёз ва бошқа касалликлар бор ёки йўқлигини аниқлаш мумкин.

**Радиоизотоп сцинтиграфия** қалқонсимон без тўқимасида радиоактив йод ва бошқа моддалар тўпланишига асосланган. Саратоннинг ўзида йод кам миқдорда, аммо без тўқимасида яхши тўпланади, бу эса диаметри 1,5 см дан катта бўлган ўсмаларни аниқлашга ёрдам беради. Сцинтиграфия операциядан кейин қалқонсимон безнинг қолиб кетган қисмини ва метастазаларини аниқлашда катта аҳамиятга эга.

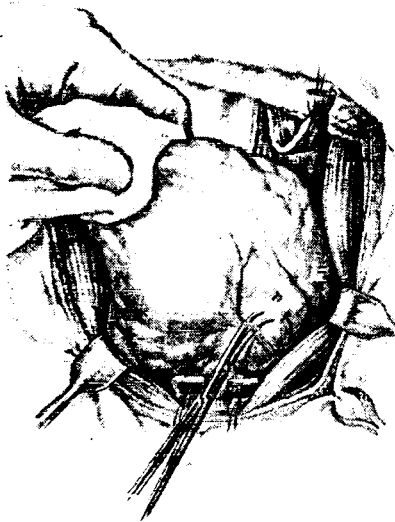
Кейинги йилларда **ультратовуш** билан қалқонсимон безни текшириш амалиётда кенг қўлланилмоқда. Унинг ёрдамида кичкина пайпасланмайдиган ўсмалар ва бўйиндаги регионар, диаметри 1 см бўлган тугунчаларни аниқлашнинг имкони бўлади. Баъзида ўсма қобиқ сиртига ўсиб чиққанлиги ёки ўсма ўчоғининг кальцификацияси аниқланади. Тугуннинг ҳажми ёки қалқонсимон без ўлчамла-



рини аниқлашда бу усул етакчи бўлиб қолмоқда. Ташхис қўйишда юқорида айтиб ўтилганлардан ташқари, пневмотиреоидография, артериография, тиреолимфография, термография ва бошқалар қўлланилади. Аммо бу усуллар сўнгги йилларда кам ишлатилмоқда. Ташхис усуллари кўплигига қарамай, қалқонсимон без саратонини эрта босқичларда аниқлаш жуда мураккаб масала бўлиб қолмоқда. Бу эса қалқонсимон бездан чиқадиган ҳамма тугунли тузилмаларни олиб ташланганда ҳамда тугунли буқоқ ёки бошқа касалликларда операция қилинганда беморларда шошилиш гистологик текшириш ўтказиш зарур эканлигига асос бўлмоқда. Бошқа хавфли ўсмалар каби қалқонсимон без саратонига охириги ҳақиқий ташхис фақат морфологик (цитологик ёки гистологик) текширувдан кейин қўйилади.

**Даволаш.** Қалқонсимон без саратонининг I—II босқичларига фақат жарроҳлик йўли билан даво қилиш мумкин. Нурлантириш, кимё ва гормонотерапия касалликнинг III—IV босқичларида ўтказилади. Қалқонсимон без саратонининг I—II босқичларида асосан 2 хил жарроҳлик усули қўлланилади: субтотал резекция ва тиреоидэктомия. Кўпинча субтотал резекция операцияси бажарилади. Бунда безнинг шикастланган бўлаги ва бўйинчаси кесиб ташланади. Тиреоидэктомия қилинганда қалқонсимон без бутунлай олиб ташланади (9-расм). Бўйин лимфа тугунчаларида метастаз бўлган беморларда у бўйин клетчаткаси билан биргаликда кесиб ташланади. Қалқонсимон без саратонининг III босқичида ҳамда унинг дифференциаллашмаган турида комбинациялашган даволаш ўтказилади. Даволаш қалқонсимон безга 30—40 Гр нур терапияси бериш билан бошланади. 2—3 ҳафтадан кейин субтотал резекция ўтказилади. Қалқонсимон безнинг иккала бўлаги шикастланган ва дифференциаллашмаган ўсма бўлса, тиреоидэктомия қилинади. Бундан кейин нур терапияси ўтказилади. Қалқонсимон без саратонининг IV босқичида суяк ва ўпкада метастазлар бўлса, олдин без бутунлай ҳамда регионар лимфа тугунчалари олиб ташланади, сўнгра эса беморга радиоактив йод берилади. Без саратонининг ҳамма босқичларида радикал операциядан кейин албатта гормонотерапия (тироксин) қўлланади.

**Кимётерапия** вақтинчалик натижа беради. Энг самарали препарат ҳисобланган адриамицин ўртача 30—35 %



9-расм. Қалқонсимон безнинг тиреоидэктомия операцияси.

беморларда ремиссия беради. Ўсмага қарши бошқа препаратлар билан даволаш унча натижа бермайди, препаратлар комбинацияси ҳам даволаш натижаларини кўнгилдагидек яхшиламайди.

*Даволаш натижалари.*

Қалқонсимон без саратони папилляр ва фолликуляр шаклининг I—II босқичларида — 90—95 %, III босқичида — 83 % бемор 5—10 йилдан кўпроқ яшайди. IV босқичида узоқлашган метастазлар бўлса (суяк ва ўпкада) ҳам комплекс

даволаш (тиреоидэктомия, радиоактив йод, гормонотерапия) қўлланса ўпкасида кўп метастазлари бўлган беморларнинг 90,6 % и, суякларда бўлса — 48,1 % и 5 ва ундан кўп йил яшайди. Қалқонсимон без саратонининг дифференциаллашмаган турларини даволаш натижалари унча яхши эмас, кўпчилик беморлар 1—2 йил ичида дунёдан кўз юмадилар.

*Касалликнинг олдини олиш.* Касалликни камайтириш учун буқоқ ва аденомаларни ўз вақтида даволаш, гипофизнинг тиреотроп гормони ортиқча ишланиб чиқишига қарши чоралар кўриш керак бўлади. Ёш болаларнинг қалқонсимон беги фаолиятини текширишда ва касалликларини (саратондан ташқари) даволашда ионловчи нурлар ва радиоактив йод ишлатиш мумкин эмас.

**XV БОБ**

**СУТ БЕЗИ САРАТОНИ**

*Статистик маълумотлар.* Сут беги саратони аёлларда энг кўп учрайдиган хавфли ўсмадир. Дунёда бир текисда тарқалмаган: касалликнинг энг юқори интенсив кўрсат-

кичи (ҳар 100 000 аёл ҳисобига) Англия, Дания, АҚШ ва Болтиқбўйи мамлакатларида 30—40 %, энг кам кўрсаткичи Япония, Мексика ва Марказий Осиёда 2—10 % ни ташкил қилади. 25—30 ёшгача бўлган аёлларда камдан-кам учрайди, аммо ёши бундан ошганларда касаллик сони кўпайиб, 50—60 ёшда у ўз «чўққисига» етади. Касалланиш ҳамма иқтисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга ўсиб бормоқда. Ўзбекистонда сўнгги йилларда сут бези саратонининг сони аста-секин ўсиб аёлларнинг хавфли ўсмалари ичида биринчи ўринни эгаллаган, 1998 йилда унинг интенсив кўрсаткичи 6,1 га тенг бўлди (28-жадвал).

28-жадвал.

Ўзбекистонда сут бези саратонининг тарқалиши  
(ҳар 100 минг аҳоли ҳисобига)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	12,6	14,5	Самарқанд вилояти	4,4	6,4
Андижон вилояти	2,9	6,5	Сурхондарё вилояти	2,8	3,4
Бухоро вилояти	4,2	5,8	Сирдарё вилояти	4,7	6,1
Жиззах вилояти	2,4	3,3	Тошкент вилояти	9,1	8,9
Қашқадарё вилояти	2,5	3,2	Фарғона вилояти	4,9	5,3
Навоий вилояти	8,7	5,2	Хоразм вилояти	2,5	4,1
Наманган вилояти	3,7	4,3	Қорақалпоғистон Республикаси	2,3	2,9
<b>Ўзбекистон бўйича жами - 1993 йилда - 5,3; 1998 - 6,1</b>					

Жадвалдан кўришиб турибдики, охириги 5 йилда республикаимиз бўйича касалланиш кўрсаткичи ошган. Кўпчилик вилоятларда (Навоий ва Тошкент вилоятларидан ташқари) касалланиш сони ўсган.

**Сабаблари.** Сут бези фаолияти эндокрин система билан бевосита боғланган, буни ҳайз, ҳомиладорлик ва лактация даврларида кўриш мумкин. Ҳайвонларга кўп ва узоқ вақт мобайнида эстроген юборилса, сут бези эпителийси пролифератив жараёнларининг кучайишига, мастопатия-

нинг ва ҳатто сут беzi саратонининг ривожланишига олиб келади.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, кўпинча аёлларда тухумдонлар фаолияти бузилиши туфайли қонда эстрогенлар миқдори ошади, сут беzi эпителийси ва бириктирувчи тўқимасининг ўчоқли пролиферацияси ва атипик ҳужайралар пайдо бўлиши мумкин. Маълумки, касаллик асосан туғмаган ёки кам туққан, кўп марта аборт қилдирган, тухумдонларнинг сурункали шамоллаш касалликлари билан оғрийдиган, ҳайз кўриш 13 ёшдан олдин бошланиб 50 ёшдан кейин тўхтаган, боласини эмизмаган аёлларда кўпроқ кузатилади.

Ҳозирги вақтда онаси ёки опа-сингиллари сут беzi ёки аёллар жинсий аъзолари хавфли ўсмалари билан оғриган аёлларда сут беzi ракиннинг кўп учраши аниқланган. Касалланиш хавфли гипотиреоз, атеросклероз, қандли диабет билан оғриган беморларда ҳам ошади. Овқатланиш тартибининг бузилиши ҳам маълум даражада аҳамиятга эга. Вазни ошиб кетган, кўп миқдорда ёғли овқатлар, витамин А ва каротиноидлар миқдори кам бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қиладиган хотин-қизларда ҳам сут беzi раки билан касалланиш эҳтимоли кўп бўлади.

*Сут беzi саратони олди касалликлари.* Аёллар организмида содир бўладиган гормонал бузилишлар аввалига мастопатия ва фиброаденома деб номланадиган касалликлар пайдо бўлишига олиб келади. Мастопатия сут безларининг энг кўп учрайдиган касалликлари қаторига киради. Уни бошқалардан сут безлари эпителийси ва бириктирувчи тўқимасининг узоқ давом этадиган ортиқча пролиферацияси, ҳужайра элементлари дисплазияси ва гиперплазияси ажратиб туради. Мастопатия диффуз ва тугунли шаклларда учрайди.

**Диффуз мастопатия** одатда 35 ёшгача бўлган аёлларда ҳайз кўришдан олдин сут безларида оғриқ пайдо бўлиши билан юзага чиқади. Оғриқ айрим беморларда кучсиз, бошқаларида эса ўткир бўлиб, қўл, бўйин ёки куракларга тарқалиши мумкин. Пайпаслаганда безнинг ичида оғрийдиган қаттиқлик аниқланади ва шу билан бир қаторда сут безлари учидан тиниқ, оқимтир ёки оч сариқ рангдаги ажралма чиқиши кузатилади. Даволанмаган диффуз мастопатия узоқ вақтдан кейин саратонга айланиши мумкин. Диффуз мастопатияни даволаш учун аввало калий йод, камфора, витаминлар, тинчлантирувчи дорилар ва

транквилизаторлар қўлланилади. Бу даводан неф бўлмаганда ёш аёлларда андрогенлар ва антиэстрогенлар, кексайган аёлларда эстрогенлар ишлатилади.

**Тугунли мастопатия.** Кўпинча 30—40 ёшдаги аёлларда учрайди. Сут безида битта ёки ундан кўпроқ тугунчалар диффуз ўзгарган паренхима ичида пайдо бўлиб, бемор тик турган ҳолатида чегаралари яхши пайпасланиб, горизонтал ҳолатида ноаниқ бўлади. Агар тугунлар думалоқ, эластик консистенцияли, текис юзали, тери ва фасция билан боғланмаган бўлса, *кистоз мастопатия* деб аталади. Яна бир тури *сут безлари йўли папилломаси* (бошқача айтганда «қон оқиб турган сут бези») дейилади. Бу касалликда эмчак учига яқин тери остидаги сут йўллари ичида ўсма пайдо бўлиб, енгил шикастланади ва сут безидан қон аралаш суюқлик чиқиб туради ёки баъзи бир беморларда фақат сут бези учи ёки ареола босилганда пайдо бўлади.

Эркакларда ҳам сут бези касаллиги учрайди, бу гинекомастия дейилади. Унинг шаклларига хос бўлган пролифератив ўзгаришлар кузатилади. Кўкрак безининг катталashiши ва қаттиқлашиши билан кечади, унга фақат жарроҳлик йўли билан даво қилинади.

**Фиброаденома** — сут безининг хавфсиз ўсмаларига киради. Сут безида думалоқ, қимирлайдиган, эластик консистенцияли, ясси юзали тузилма пайдо бўлиши билан тавсифланади. Тугунли мастопатиялар ва фиброаденома жарроҳлик усули билан даволанади. Сут бези секторал резекция қилиниб, динамик қузатув ўтказилади.

**Патоморфологик тузилиши.** Сут бези шартли равишда тўрт квадратга бўлинади. Улар сут безлари учидан ўтадиган вертикал ва горизонтал чизиқлар билан чегараланган бўлади. Квадрантлар жойлашиши бўйича юқориги ички, юқориги ташқи, пастки ички ва пастки ташқи квадрантлар деб аталади. Сут бези учи остида алоҳида марказий доира бўлади. Ўсма ҳар бир бўлакда пайдо бўлиши мумкин, лекин кўп ҳолларда (50 % атрофида) ташқи юқориги квадрантда учрайди. Гистологик текширувда сут бези раки медуляр, скирр, безсимон, шиллиқли ва бошқа шаклларга бўлинади. Шакли қандай бўлмасин ўсма ҳужайралари сут бези паренхимасида якка ёки кўп ўчоқлар ҳосил қилиб, қон ва лимфа йўлларига тушади ва шу йўллар орқали регионар лимфа тугунчаларига ва узоқда жойлашган аъзоларга (ўпка, суяк, жигар, тухумдон ва бош мия) метастазлар беради. Сут бези ракиннинг илк белгиларидан

бошлаб узоқ аъзоларга тарқалиши клиник TNM таснифи ёки босқичлари билан ифодаланади.

### Халқаро TNM таснифи

$T_{is}$	— фақат сут беzi бўлакчасида(лобуляр) ёки сут йўлида (интрадуктал) жойлашган.
$T_0$	— бирламчи ўсма безда аниқланмайди.
$T_1$	— ўсманинг ўлчами 2 см гача, устидаги тери шикастланмаган.
$T_2$	— ўсманинг ўлчами 2 см дан 5 см гача, устидаги тери ботиқ, бурушган.
$T_3$	— ўсманинг ўлчами 5 см дан кўпроқ, устидаги тери ва остидаги кўкрак мушаги билан қўшилган.
$T_4$	— ўсманинг ўлчами ҳар хил, аммо устидаги терига ва остидан кўкрак деворига ўсиб кирган.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазланиш белгилари йўқ.
$N_1$	— касал томондаги қўлтиқда қаттиқ, силжийдиган лимфа тугунчалари бор.
$N_2$	— қўлтиқдаги лимфа тугунчалари катталашган, бир-бири билан қўшилиб кетган, силжиши чекланган.
$N_3$	— бир томонлама ўмров устидаги ва пастидаги метасталанган лимфа тугунчалари бор ёки қўл шишган.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.
$M_1$	— иккинчи сут безида, қўлтиқда ва узоқда жойлашган аъзоларда метастазлар бор.

### Клиник босқичлари

I босқич	— $T_{1-2}N_0M_0$
II босқич	— $T_{1-2}N_1M_0$
III босқич	— $T_{1-4}N_{2-3}M_0$
IV босқич	— $T_{1-4}N_{1-3}M_1$

**Клиник манзараси.** Сут беzi саратонининг асосан 3 та клиник тури учрайди: тугунли, диффуз ва Педжет касаллиги.

I. **Саратоннинг тугунли шаклида** етакчи ва яккаю-ягона белги сут беziда оғриқсиз қаттиқликнинг пайдо бўлишидир. Бошланғич ҳолларда бошқа симптомлар бўлмаслиги мумкин. Шу сабабли кўп беморлар ўсмани тасоди-

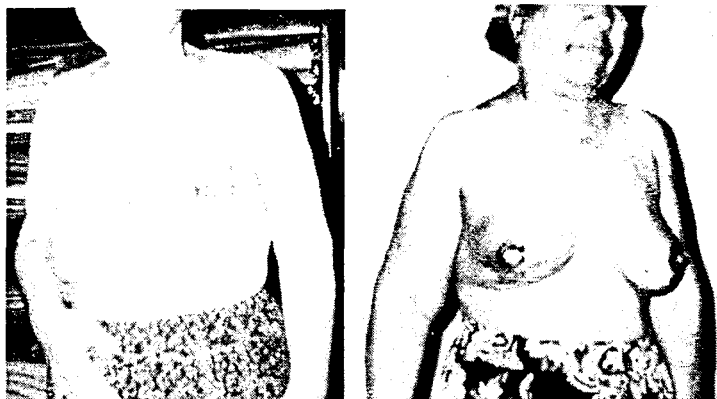
фан топадилар. Маълум вақт ўтгандан кейин пайпаслаганда тугун чегаралари яхши аниқланмайди. Агар тугун тери остида жойлашган бўлса, киндикланиш симптоми кўзга кўриниб қолади. Бунда тугун устидага тери чўкиб, киндикка ўхшаб қолади. Баъзан тугун устидаги терида кўпгина майда чуқурчалар пайдо бўлади, бу лимон пўсти симптоми дейилади. Кейинчалик терининг шикастланган жойи қизариб ярага айланади. Шу пайтда сут бези кўкрак деворига ёпишиб қолади, қўлтиқда, ўмов устида ва тагида лимфа тугунчалари катталашиб, бир-бири билан қўшилади, бемор сут безида, кўкрагида ва қўлида сезиларли оғриқ пайдо бўлганидан шикоят қилади. Агар узоқ метастазлар ўпкада жойлашган бўлса, кучли йўтал, суякда бўлса, кучли оғриқ, жигарда бўлса, сариқлик белгилари пайдо бўлади.

**II. Сут бези саратонинг диффуз шакллари.** 1. **Шиш-инфилтратив шакли.** Сут безининг анча қисмига саратон ҳужайралари тарқалиб, майда лимфа ва қон (вена) томирларини эзиб катта, чегаралари аниқ, бир оз оғриқли ёки оғриқсиз қаттиқлик ҳосил қилади. Тери шишган бўлиб, лимон пўстини эслатади ва қийинчилик билан букламга олинади. Шиш айниқса ареола соҳасида ва унинг атрофида бўлади. Саратоннинг бу шакли тез орада яқин ва узоқ метастазлар беради (10-расм, а).

2. **Маститсимон шакли.** Сут бези катталашган, кўкрак деворига ёпишган, териси ушлаб кўрилганда унинг ҳарорати кўтарилган бўлади. Бу хилдаги саратон тери, унинг тагидаги тўқималарга тез ўсиб киради, енгил яраланади ва метастазлар беради.

3. **Совутга ўхшаш шаклида** саратон сут бези, унинг териси ва остидага тўқималарга ўсиб кириб, кўкрак деворига ва иккинчи сут безига тарқайди. Сут бези кичрайиб, буришиб, қаттиқлашиб қолади. Бу ўзгаришлар совутни эслатади. Саратон шикастлаган тери, кўкрак бези ва унинг остидаги тўқималар бир-бири билан қўшилиб яхлит конгломератга айланади ва кам қимирлайдиган ёки бутунлай қимирламайдиган бўлиб қолади. Регионар лимфа тугунчаларига кўпгина метастазлар беради.

**III. Педжет саратони.** Бу ўсма эмчак учидидаги катта сут йўллари эпителийсидан пайдо бўлади. Аввало эмчакнинг учи қалинлашади, қизаради, текканда оғрийди, қичийди. Кейинчалик юзаки эрозия пайдо бўлиб, пўстлоқ билан қопланади. Ўсма безнинг ичига қараб ўсади, эмчак учи тагида қаттиқ тугун ҳосил бўлади, ўсманинг ўзи эса ярага айланади. Эмчак учи без ичкарисига чўкиб кетади, қўлтиқ-



10-расм. Сут беzi саратони. а—шиш-инфитратив шакли; б—Педжет шакли .

даги лимфа тугунчаларида метастазлар пайдо бўлади (10-расм, б).

**Ташхисоти.** Сут беzi саратонига шубҳа қилинганда сўраб-суриштириш, пайпаслаш, иккала сут безини ультратовуш ва маммография усуллари билан текшириш, ўсмадан олинган пунктатни цитологик текшириб кўриш ва ноаниқ ҳолларда зарур бўлганда секторал резекция қилиб гистологик текширишлар ўтказилади.

*Сўраб-суриштиришнинг* ташхис учун аҳамияти катта. Ёшлигидан жинсий аъзоларида касалликлар бўлганлиги, ҳайз бошланиши ва тўхтаган вақти, ҳомиладорлик ва абортлар сони, болаларни кўкрак билан эмизиш, гормонал дориларнинг ишлатилишига доир ва бошқа саволлар билан саратонга сабабчи бўлган омилларни аниқлаш мумкин.

*Кўриш-пайпаслаш* жуда муҳим усул. Бемор вертикал турган ҳолида иккала сут безини бир-бирига солиштириб, унинг қўллари пастга туширилган ва боши орқасига эгилган ҳолатларда кўрилганда сут безларининг бир-биридан фарқи, шаклининг ўзгарганлиги, пайдо бўлган дўмбоқлар ёки ичига ботган жойлар борлиги аниқланади. Сўнгра пайпаслаш усули билан иккила сут беzi учидан бошлаб тагигача, тугун топилса, икки бармоқ орасига олиб текширилади. Тугун кафт билан кўкрак деворига босиб кўрилганда ўз қаттиқлиги ва шаклини сақлаб қолса, уни саратон дейишга асос бўлади, агар у йўқ бўлиб кетса ёки юмшоқ ҳолда қолса — бу тугунли мастопатия бўлади. Бун-



да албатта эмчак учидан суюқлик чиқиши ва регионар лимфа тугунчаларининг ҳолати ҳам аниқланади. Шундай текширишлар аёл ётган ҳолида ҳам қайтарилади.

*Маммография.* Бу сут безининг ички тузилмасини рентгенографик усул орқали ўрганишдир. Маммография махсус рентген-диагностик аппаратлар ёрдамида ҳеч қандай контраст моддаларсиз бажарилади. Флюоромаммография усули сўнгги йилларда жуда кам ишлатилмоқда. Рентген суратлари тўғри ва ён проекцияларда олинади. Одатда солиштириб кўриш учун соғлом сут бези ҳам айнан шундай проекцияларда маммография қилинади. Ёш аёлларни текшириш ҳайз кўриш оралиғида бажарилади.

Саратоннинг тугунли шаклида пайпаслаб топилган тугуннинг сояси рентген суратларида юлдузсимон бўлади, ундан эмчак учига бир хилда «ёлча» тортилади, пайпаслаш вақтида топилмаган ва ўлчами 1 см дан кам бўлган тугунчаларнинг сояси, микрокалцинатлар кўринади.

Мастопатияларда сут бези тузилмасида диффуз ва толали ўзгаришлар, уларнинг орасида эса кичкина ёруғликлар (кисталар) пайдо бўлганлигини кўриш мумкин. Маммография усули сут безини текширишда юқори даражада ташхис аҳамиятига эга эканлиги билан бирга уни канцерогенлик (безда саратон ҳосил қилиш) таъсирини ҳам эсдан чиқармаслик керак. Шунинг учун бу усулни ёшларда 1—2 мартагина ишлатиш мумкин. Асосан ёши 50 дан ошган аёлларда бу усул қўлланилиши керак.

*Ультратовуш билан текшириш усули (сонография).* Кейинги йилларда бу усул сут безларини текширишда кенг қўлланилмоқда. Кистали ва тугунли ўзгаришларни у яхши аниқлаб беради. Бу усул сут бези учун зарарсиз бўлганлиги туфайли уни ёш беморларда қўллаш ҳам мумкин.

*Бошқа махсус текширишлар* (термография, дуктография, трансиллюминация, ксеромаммография, контраст маммография, артериография, радиоизотоп диагностика) айрим сабабларга кўра ҳозир кенг қўлланилмайди. Радиоизотоп ёрдамида текшириш асосан суяклардаги метастазни қидириш мақсадида ишлатилади. Сут безидаги ўзгаришлар барча мавжуд усуллар билан текширилганда ҳам саратон ташхиси фақат патоморфологик, цитологик ва гистологик текширишлардан кейингина қўйилади.

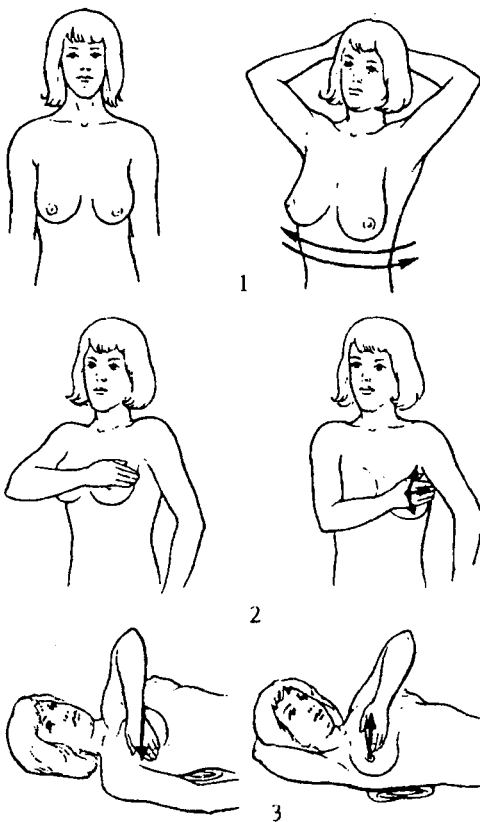
*Цитологик текшириш* учун сут бези терисини махсус игна билан тешиб тугун ёки ўзгарган жой ичидаги нарса шприцга тортиб олинади (пункцион биопсия) ва микрос-

копик таҳлил қилинади. Бунда сут безида ўзгарган (атипик) ва саратон ҳужайраларини топиш мумкин. Цитологик текшириш усули билан 80—90 % беморларда саратон ташхиси тўлиқ аниқланади. Аммо пункцион биопсия манфий натижа берса, унда сут безидаги шубҳали жой секторал резекция орқали кесиб олинади ва гистологик текширишга берилади.

Секторал резекция саратон касаллигига ташхис қўйишда ҳал қилувчи усул ҳисобланади. Ундан ташқари у фиброаденома, мастопатиянинг тугунли шакли ва сут йўллари папилломаларини радикал даволаш усули бўлиб ҳам хизмат қилади. Операция жараёни стационар ёки амбулатор шароитда 0,25 % ли новокаин эритмаси ёрдамида маҳаллий анестезия йўли билан бажарилади. Иккита ярим чўзиқ тери кесиклари билан радиал йўналишда, ўсма чегараларидан 2 см четроқдан кесилади. Кесикларнинг бири орқали катта кўкрак мускулигача чуқур кириб борилади. Ҳосил бўлган бўшлиққа чап қўл бармоқлари киритилиб, олиб ташланадиган сектор кўтарилади. Шундан кейин соғлом тўқималар орқали қарама-қарши томондаги кесик чуқурлаштирилиб, шикастланган сектор кесиб олинади. Техник жиҳатдан тўғри бажарилган резекцияда жароҳатнинг туби кўкрак мускулининг фасцияси бўлади. Олиб ташланган ўсма эса ҳамма томондан сут бези тўқимаси билан ўралган бўлади.

Тугунли мастопатия, фиброаденома ва саратонга шубҳаланилганда секторал резекция бир хилда, ҳеч қандай техникавий фарқсиз бажарилади. Сут бези папилломасида терини кесишда фарқ бор. Бунда косметик нуқтаи назардан ареоланинг чети бўйича ёйсимон қилиб кесиш мумкин. Тери парчалари ёғ клетчаткаси билан бир чеккага ажратилади. Ундан кейин сут безининг шикастланган сектори радиал йўналишда кесиб олинади.

*Саратонни эрта аниқлашнинг* икки йўли бор: булар асосан хотин-қизлар ўз-ўзларини мунтазам равишда текшириб туришлари ва албатта кўриклар ўтказилганда ҳар қандай касаллик билан амбулатор қабулига борилганда ҳам врачлар уларнинг сут безларини синчиклаб текшириб кўришлари лозим. Аёл сут безини ўзи текшириши учун белигача ечиниб ойна олдида туриши керак. Дастлаб тик турган ҳолда қўллари пастга тушириб кейин эса юқорига кўтариб иккала сут безини ойнада диққат билан кузатиши, кейин ҳар бир сут безини алоҳида пайпаслаши керак (11-расм).



**11-расм.** Сут безини ўз-ўзича текшириш босқичлари:  
 1—қўлларни пастга туширган ва юқорига қўтарган ҳолда сут безларини кўзгу олдида кўриш;  
 2—вертикал ҳолатда сут безларини пайпаслаш; 3—горизонтал ҳолатда сут безларини пайпаслаш.

Агар сут безларида тугунчалар, қаттиқлашган жойлар топилса, эмчак учидан қон аралаш суюқлик чиқса, дарҳол онколог мутахассисга мурожаат қилиш лозим. 25—30 ёшдан ошган аёлларга ҳар ойда сут безларини ўз-ўзича текшириб кўриш тавсия қилинади.

Сут беги саратонига шубҳа қилинганда уни фиброаденома, киста (галактоцеле), сурункали мастит, мастопатиянинг тугунли шакли ва хавфсиз ўсмалардан фарқлай билиш керак. Фиброаденома, киста ва мастопатияларнинг тугунли шакли сут беги саратонидан тери симптомлари-

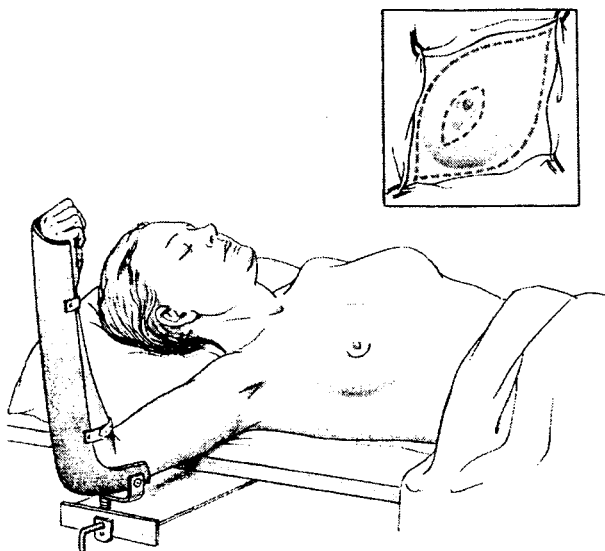
нинг йўқлиги, без учидоғи ўсма атроф тўқималар билан қўшилмаганлиги ва бемалол қимирлаши ҳамда қўлтиқ остида катталашган лимфа тугунчанинг йўқлиги билан фарқ қилади. Сут безининг сурункали яллиғланиши билан саратон касаллигининг фарқи шундаки, саратоннинг аниқ чегаралари бўлади ва пайпаслаган вақтда қаттиқлик аниқланади ва лимфа тугунчалари оғримади. Педжет касаллигининг бошланғич даврида уни эмчак учи экземаси, дерматит ва яллиғланиш туфайли пайдо бўлган эрозиялардан фарқлаш керак. Айтиб ўтилган касалликлар асосан ёш эмицикли аёлларда кўп учрайди, эмчак учи бунда емирилмайди ва ўтказиладиган даволаш ишлари яхши натижа беради.

**Даволаш.** Сут беzi саратонига даво қилиш жуда қийин муаммо ҳисобланади. Қўлланиладиган даволаш чораларига жарроҳлик усули, нур, кимёвий ва гормонлар билан даволаш усуллари киради. Жарроҳлик усули сут беzi саратонини даволашнинг асосий таркибий қисми бўлиб хизмат қилади (12-расм). Энг кўп қўлланиладиган жарроҳлик усули Холстед-Майер радикал мастэктомия операциясидир. Операция пайтида бу усул ёрдамида сут беzi, катта ва кичик кўкрак мускуллари, қўлтиқ, ўмров, курак остидаги тўқима ва улардаги лимфа тугунлари яхлит олиб ташланади.

Сўнгги йилларда кўпгина онкологлар саратоннинг I ва II босқичларида катта кўкрак мускулини олиб ташламаяптилар (Пэйти операцияси). Амалий тажрибалар шуни кўрсатадики, Пэйти мастэктомиясидан сўнг яхши функционал натижаларга эришилмоқда ва самарадорлиги жиҳатидан у Холстед операциясидан қолишмайди.

Сут беzi саратонининг I босқичида аъзо сақлаб қолинадиган операция — секторал резекция қўланади. Бу тежамли операциядан кейин нур терапияси қўлланилиши шарт. Нур терапияси кўпинча гамматерапия аппаратларида ўтказилади. Нурлантириш соҳасига албатта сут беzi, қўлтиқ, ўмров ости, ўмров усти ва тўш соҳалари киради. Одатда бунда ҳар куни 2 Гр дан жами доза 40—60 Гр ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда операциядан олдин беморга ҳар куни 4—5 Гр дан 5 кун давомида жами 22—25 Гр доза берилиб ўтказиладиган операция усули ҳам ишлатилмоқда.

**Гормонтерапиянинг** асосий мақсади беморларда эстроген гормонининг ишлаб чиқарилишини тўхтатиш ёки миқдорини камайтиришдир. Бундай даволаш ҳайз кўра-



12-расм. Сут беzi саратонидаги операциялар. Рамкада мастэктомия операцияси чизиқлари кўрсатилган.

диган ёки ҳайз тўхтаганига 5 йил бўлмаган беморларда ўсмада эстроген ва прогестерон рецепторлари бўлганда овариэктомия қилиниб, кейин ҳар куни 20 мг дан тамоксифен (антиэстроген препарати) ва преднизолон (кортикостероид) 10 мг дан бериш билан бир йил давомида ўтказилади. Ҳайз тўхтаганига 5 йилдан кўп вақт ўтган бўлса, овариэктомия қилинмайди ва 1 йил тамоксифен берилди. Агар 1—2 ой ичида ўсма регрессия бермаса, қўшимча кимётерапия қўлланилади.

*Кимётерапия* саратоннинг рецидиви(қайталаниши) ва метастазлар бериши олдини олиш учун қўлланилади. Кўпинча бу даволаш касалликни II ва III босқичларида операциядан кейин ишлатилади. Сут беzi саратонига одатда узоқ йиллар давомида Купер режаси бўйича даво қилинади. Бу режа циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил, винкристин ва преднизолондан иборат бўлиб 2 ой давом этади ва кўп марта қайтарилди. Агар кимёвий препаратлар I-IIа босқичларида радикал операциядан кейин ишлатилса бу адъювант (қўшимча) кимётерапия дейлади. Бу усулнинг кейинги натижалари ижобий бўлади.

Сўнги йилларда қисқалиги, натижасининг яхшилиги ва нисбатан арзонлиги туфайли қуйидаги 2 ҳафталик режалар билан даволаш кўпроқ қўлланилмоқда.

I режа:

Винкрестин — 1 мг дан — ҳафтанинг 1 ва 2-кунлари

Циклофосфан — 1000 мг дан — ҳафтанинг 3-куни

Метотрексат — 30—35 мг дан — ҳафтанинг 5-куни,  
Преднизолон — 20 мг дан ҳар куни.

II режа:

Винкрестин — 1 мг дан — ҳафтанинг 1 ва 2-кунлари

Тиофосфамид — 40 мг дан — ҳафтанинг 3-куни,  
5-фторурацил — 500—750 мг дан — ҳафтанинг 4—6-кунлари

Преднизолон — 20 мг дан ҳар куни.

Одатда кимётерапия 4—5 курсдан иборат бўлиб, ҳар бир курс 1—1,5 ой оралатиб ўтказилади.

Касалликнинг диффуз турини даволашда аввало нур, кимё ва гормон терапиялар қўлланади. Агар даволаш натижасида ўсманинг ҳажми кескин кичрайса, мастэктомия қилиниши ҳам мумкин.

Сут беzi саратонининг тугунли шаклини босқичларига қараб даволаш тартиби 29-жадвалда келтирилган.

Жадвалда кўрсатилган нур терапия қайси босқичда ишлатилишидан қатъи назар ҳамма регионар лимфа тугунчалари албатта нурлантирилади. Сут беzi саратонининг узоқлашган метастазларини даволаш осон иш эмас. Суякдаги метастазлар кучли оғриқ бериб, уни емиради ва патологик синишга олиб келади. Шунда ҳам нур терапияси беморга яхши ёрдам беради, оғриқлар тўхтайдди, синган жой битиб кетади. Бош миядаги метастазларни даволашда нур терапия ва гидреа (кимёвий препарат) биргаликда ишлатилса беморнинг аҳволи тезда яхшиланади. Ички аъзолардаги бошқа метастазларни даволаш яхши натижа бермайди.

*Даволаш натижалари.* Даволашнинг узоқ натижалари тўғрисидаги маълумотлар халқаро саратонга қарши курашиш жамияти, АҚШ, Москва ва Санкт-Петербург онкология институтлари томонидан чоп этилган мақолалардан олинган. Ушбу мақолаларда даволаш натижалари замонавий усуллар ишлатилганда ўсма босқичларига бе-

## Сут беzi саратонининг тугунли шаклига даво қилиш усуллари

TNM	Босқичи	Без квадранти	Даволаш тури
T <sub>is</sub>	0 •	'Сain situ' ёки фақат эмчак учида	Секторал резекция
T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	I	Латерал  Медиал ёки марказда	Секторал резекция, кейин нур терапия  Пэйти мастэктомияси, кейин нур терапия
T <sub>1,2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	IIa	Латерал  Медиал ёки марказда	Пэйти мастэктомияси, кейин нур терапия  Радикал мастэктомия, кейин нур ва кимётерапия
T <sub>1,2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	IIб	Латерал  Медиал ёки марказда	Нур терапия, радикал мастэктомия сўнгра кимётерапия  Нур терапия, кенгайтирилган мастэктомия сўнгра кимётерапия
T <sub>1,2</sub> N <sub>2,3</sub> M <sub>0</sub>	IIIa	Аҳамияти йўқ	Нур терапия, кейин радикал мастэктомия ва кимётерапия ёки олдин операция, кейин қолганлари
T <sub>3,4</sub> N <sub>0,3</sub> M <sub>0</sub>	IIIб	Аҳамияти йўқ	Нур терапия, радикал мастэктомия, кимё ва гормонтерапиялар
T <sub>0,4</sub> N <sub>0,3</sub> M <sub>1</sub>	IV	Аҳамияти йўқ	Нур, кимё- ва гормонтерапиялар

восита боғлиқ эканлиги қайд этилади. I босқичида 90—93 %, II-а босқичида 85,8—88,9 %, II-б босқичида 67,2—71,5 %, III-а босқичида — 66,7—75,0 %, III-б босқичида 39,8—46,8 % беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайди. Турли сабаблар туфайли замонавий даво олмаган беморларнинг ҳеч бири 5 йилгача яшамайди.

**Касалликнинг олдини олиш.** Бунинг чораларига тухумдоннинг сурункали касалликлари, сут безининг дисгормонал гиперплазияси, гипотиреоз, қандли диабет, жигар касалликларини даволаш киради. Янги туғилган чақалоқнинг она сути билан боқилиши ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Семиришдан сақланиш, ҳамиша сабзавотлар, мева, витамин А ва каротинларга бой бўлган озиқ-овқатларни истеъмол қилиб туриш лозим.

## XVI БОБ

### ЎПКА САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Иқтисодий ривожланган мамлакатларда ўпка саратоми кенг тарқалган бўлиб, у билан касалланиш йилдан-йилга ўсиб бормоқда, айниқса, Франция (ҳар 100 минг аҳолига 66,6), ФРГ (62,2), Англия, АҚШ, Голландия ва Австрияда бу яққол кўзга ташланмоқда. Бу мамлакатларда ўпка саратоми билан касалланиш ва ундан ўлиш кўрсаткичи хавфли ўсмалар орасида биринчи ўринни эгаллайди.

Ўзбекистонда ўпка саратоми билан касалланиш 1998 йилда ҳар 100 000 аҳоли сонига ҳисоблаганда 5,4 га тўғри келади. Бутун хавфли ўсмалар орасида республикада ўпка саратоми билан касалланиш 5-ўринда бўлиб, ўлим кўрсаткичи ҳар 100 000 аҳоли ҳисобига 4,2 га тенг.

Республикамизда кейинги йилларда ўпка саратоми билан касалланиш кўрсаткичи бироз камайди. Шу вақт ичида Тошкент шаҳрида, Бухоро, Жиззах, Наманган, Самарқанд ва Тошкент вилоятларида касалланиш кўрсаткичи камайгани ҳолда, қолган вилоятларда бир оз кўпайди. Ўпка саратоми билан касалланиш бўйича Тошкент шаҳри, Тошкент, Навоий ва Андижон вилоятлари биринчи ўринни эгаллайди (30-жадвал).

Эркаклар аёлларга нисбатан 7—10 марта кўп касалланади ва беморларнинг 80 % ини сигарета чекувчилар ташкил қилади. Ўпка саратонидан ўлим кўрсаткичи чекувчиларда чекмайдиганларга нисбатан 10—15 марта кўпроқдир. Касалланиш одамларнинг ёшига пропорционал равишда ўсиб боради ва 60—69 ёшда энг чўққига чиқади. Шу пайтда касалланиш 30—39 ёшдагиларга нисбатан 53 баравар кўпроқ учрайди.

**Касаллик сабаблари.** Ўпка саратоми билан касалланишнинг асосий омиллари шаҳар ҳавосининг канцероген моддалар билан ифлосланиши ва тамаки чекишдир. Тамаки тутуни таркибида жуда кўп миқдорда канцероген моддалар, полициклик ароматик углеводлар, нитроза бирикмалари, ароматик аминлар, оғир металл тузлари, радио-



## Ўзбекистонда ўпка саратонининг тарқалаш даражаси (ҳар 100 минг аҳоли сонига ҳисоблаганда)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	17,5	11,4	Самарқанд вилояти	3,5	3,3
Андижон вилояти	6,6	6,9	Сурхондарё вилояти	1,9	2,5
Бухоро вилояти	5,1	4,6	Сирдарё вилояти	4,7	5,2
Жиззах вилояти	6,9	5,9	Тошкент вилояти	12,7	10,4
Қашқадарё вилояти	1,2	1,5	Фарғона вилояти	5,1	5,6
Навоий вилояти	7,9	8,2	Хоразм вилояти	2,5	2,9
Наманган вилояти	3,6	3,2	Қорақалпоғистон Республикаси	3,2	3,4
Ўзбекистон бўйича жами: 1993 йилда — 5,9; 1998 — 5,4					

актив полоний ва бошқалар мавжуд. Чекиш пайтида ҳосил бўладиган канцероген моддаларга бой бўлган смола бронх эпителийларига ўтириб қолади. Узоқ вақт давом этган чекиш жараёнида канцерогенлар таъсири остида бронх эпителийларининг фаолияти, тузилиши бузилади ва цилиндрик эпителийнинг кўп қаватлиликка ўтиши — метаплазияси юз беради, бу эса ўз навбатида хавфли ўсма пайдо бўлишига олиб келади. Касалланиш эҳтимоли чекиш давомийлиги ва чекиладиган сигареталар миқдорига боғлиқ. Тамаки маҳсулотлари сифатининг ҳам бу ўринда аҳамияти бор. Арзон ва филтрсиз сигарета чекувчиларда касалланиш хавфи юқори бўлади.

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

Касби бўйича узоқ вақт зарарли моддалар (асбест, кўмир, радиоактив чанглар, хром ва никел) билан ишлаган кишиларда бошқаларга нисбатан ўпка саратони кўпроқ учрайди.

*Ўсма олди касалликлари.* Ўсма пайдо бўлишида бронх ва ўпкаларнинг бошланғич ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Бронх аденомаси, папилломатозли бронхит, ўпка паренхимаси-

даги сурункали касалликлар (масалан, сил), чандиқли ўзгаришлар ва ўчоқли пневмосклероз аста-секин ўпка саратонига айланиши мумкин.

**Патоморфологик тузилиши.** Ўпка саратони бронх эпителийси метаплазияга учраб, ясси шаклга айланган ҳужайралардан пайдо бўлади. Ўсма кўпроқ ўнг ўпка ва унинг юқори бўлақларида учрайди, Бош ва сегментар бронхлардан чиқадиган хавфли ўсмалар марказий саратон, майда сегментар бронхлар ва бронхиолалардан чиқадиган ўсмалар сиртқи периферик саратон деб аталади. Ўпка саратонининг 60 % ини марказий, 40% ини сиртқи шакллари ташкил этади.

**Гистологик тузилиши** жиҳатидан ўпка саратони тўрт асосий турга бўлинади: ясси ҳужайрали, без ҳужайрали, майда ва катта ҳужайрали. Ясси ҳужайрали тури асосан марказий саратонда учрайди, беморларнинг 40—50 % ини чекувчи эркаклар ташкил қилади. Без ҳужайрали саратон 25—30 % беморда кузатилади. Аёллар эркакларга нисбатан 4 марта кўпроқ касалланади. У бронх безлари эпителийсидан ўсиб чиқади ва кўпинча ўпканинг сиртқи саратонини ташкил қилади. Майда ҳужайрали саратон 20—25 % беморда учрайди, у бронхларнинг эндокрин безларидан пайдо бўлиб, асосан чекиш билан чамбарчас боғлиқ. Ўсма кўпинча ёш ва ўрта ёшдаги кишиларда учраб, эрта ва шиддатли метастазлар беради ҳамда ёмон оқибатларга олиб келади. Катта ҳужайрали саратон камроқ, ўртача 10 % беморда ҳам марказий, ҳам сиртқи турларда учрайди. Ўпка саратони атроф тўқималарга бевосита ўсиб кириб, лимфоген ва гематоген метастазлар беради. Метастаз бериш хавфи ўсманинг гистологик тузилишига боғлиқ: кичик ҳужайрали саратон энг кўп, без ҳужайралиси камроқ, ясси ҳужайрали саратон эса янада камроқ метастаз беради. Метастазлар аввало кўкрак қафаси ичидаги бронх-ўпка, трахея-бронх ва трахея атрофидаги лимфа тугунчаларида, кейин ўмов ости ва ўмов усти, қорин бўшлиғидаги лимфа тугунчаларида пайдо бўлади. Узоқлашган метастазлар асосан гематоген йўл билан тарқалиб жигарда, бош мияда, буйракда, суякларда ва бошқа аъзоларда энг кўп аниқланади.

### **Ўпка саратонининг TNM таснифи**

$T_x$  — бирламчи ўсма рентген ва бронхоскопияларда аниқланмаган, лекин балғамда ва бронх ювиндисидида ўсма ҳужайралари топилган.

- $T_0$  — бирламчи ўсма аниқланмаган.  
 $T_{is}$  — ўсма инвазия бермаган.  
 $T_1$  — ўсма 3 см дан кичик, ўпка тўқималари ва висцерал плевра билан чегараланган, бош бронх зарарланмаган.  
 $T_2$  — ўсма 3 см дан катта ёки ўлчамидан қатъи назар ўпканинг висцерал плеврасига ўсиб кирган ёки ателектаз, обструктив пневмония берган, қаринадан 2 см нарироқда жойлашган.  
 $T_3$  — ўсма бевосита кўкрак деворига, диафрагмага, медиастинал плеврага, перикардга ўсиб кирган, лекин қарина сақланган ёки ўпкада ателектаз, обструктив пневмония ҳосил бўлган.  
 $T_4$  — ўсма бевосита кўкрак оралиғи, юрак, катта қон томирлар, трахея, қизилўнғач, умуртқалар, қаринага тарқалган ёки плевра бўшлиғида суюқлик ҳосил қилган.  
 $N_x$  — регионар лимфа тугунчаларида метастазни аниқлаш учун маълумот кам.  
 $N_0$  — регионар лимфа тугунчаларида метастаз белгилари йўқ.  
 $N_1$  — бронх ёки ўпка илдизи лимфа тугунчалари касаллик бор томонда зарарланган, шу жумладан ўсма бевосита уларга ўсиб кирган.  
 $N_2$  — кўкс оралиғининг касаллак томонидаги ёки бифуркациядаги лимфа тугунчалари зарарланган.  
 $N_3$  — кўкс оралиғи ёки ўпка илдизининг қарма-қарши томонидаги ёки ўмров усти иккала томонидаги лимфа тугунчалари зарарланган.  
 $M_x$  — узоқлашган метастазларни аниқлаш учун маълумот кам.  
 $M_0$  — узоқлашган метастаз белгилари йўқ.  
 $M_1$  — узоқлашган метастаз бор.

### Ўпка саратонининг босқичлари

0 босқич  
 I босқич  
 II босқич

$T_1 N_0 M_0$ ;  
 $T_{is} N_0 M_0$ ;  
 $T_1 N_0 M_0$ ;  
 $T_1 N_0 M_0$ ;  
 $T_2 N_0 M_0$ ;  
 $T_2 N_1 M_0$

III а босқич	$T_1N_2M_0$ ;	$T_2N_1M_0$	$T_3N_{0-2}M_0$
III б босқич	$T_4N_3M_0$ ;	$T_{1-4}N_{1-3}M_0$	
IV босқич	$T_{1-4}N_{1-3}M_1$		

**Клиник манзараси.** Касалликнинг клиник манзараси ўсманинг тури, маҳаллий ва умумий белгиларига боғлиқ.

**Марказий саратон.** Одатда 80—90 % беморлар дастлаб қуруқ ва сийрак, кейинчалик эса қийнайдиған, тинимсиз, айниқса кечалари зўрайдиган йўтал, унча кўп бўлмаған кўпиксимон ёки кўпик-йирингли балғам ташлашдан шикоят қиладилар. 40—50 % беморнинг балғамида қон кузатилади — бу ўсманинг емирилишидан дарак беради. 60—70 % беморда кўкрак қафасидаги ўсма плевра ва нервга ўсиб кирганлиги туфайли тўхтовсиз оғриқ пайдо бўлади. Баъзида тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади. Бу зарарланган бронхнинг ўсма ёки балғам билан ёпилиб қолиши натижасида ўпканинг ҳаво ўтмайдиған қисмида яллиғланиш-обтурацион зотилжам пайдо бўлганлигидан дарак беради. Ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, харсиллаш, бемор иштаҳасининг пасайиб кетиши каби белгилар ўсма катта ўлчамларга етган пайтда пайдо бўлади.

**Ўпканинг сиртқи саратони.** Узоқ вақтгача унинг белгилари намоён бўлмайди. Фақат ўсма ўз ёнидаги тўқима ва аъзоларни эзганда ёки уларга ўсиб кирганда клиник белгилар — аввало кўкрак қафасида оғриқ ва харсиллаш пайдо бўлади. Оғриқ 20—50 % беморда касалланган ўпка томонда бўлиб, бу ўсманинг плевра ёки кўкрак деворига ўсиб кирганлигига боғлиқ. Харсиллаш ўртача 50 % беморда учрайди ва унинг асосий сабабчиси катта веналар, бронх ва трахеяни ўсма томонидан эзилишидир. Кейинчалик ўсма катта бронхга ўсиб кирган вақтда йўтал, қон туфлаш кузатилади ва касалликнинг манзараси марказий саратоникига ўхшаш бўлиб қолади. Сиртқи саратоннинг *Пенкост шакли*да ўсма ўпка чўққисидаги плеврадан ўтиб, елкадаги нерв боғлами, бўйин умуртқалари, қовурғалар ва симпатик нервга ўсиб киради. Шу сабабли беморнинг шикастланган томонида сезувчанлик ўзгаради, мускуллар атрофияси ва Горнер синдроми юзага келади.

**Ўпка саратонининг атипик шакли.** Айрим ҳолларда ўпка саратони мавжуд усуллар билан аниқланмасдан қолиб, кўкс оралиғидаги лимфа тугунчаларига кўплаб метастазлар беради, беморнинг юзи ва бўйни шишиб, кўкрак териси ости веналари қалинлашади, харсиллаш кузатилади.

Бу ўпка саратонининг *медиастинал шаклидир*. Баъзан ўсма кичкина ва кўринмас бўлиб, иккала ўпкага майда метастазлар беради. Бу ўпканинг *бирламчи карциноматози* деб аталади. Ўпка саратонининг ҳамма турида *паранеопластик синдромни* кузатиш мумкин. Бу саратон хужайраларининг кўп миқдорда ҳар хил гормонлар (адренкортикотроп, антидиуретик, паратиреоид, эстроген, серотонин) ва ўсма оқсиллари (СЭА-саратоннинг эмбрионал антигени, АФП-альфа-фетопротеин) ишлаб чиқариши билан боғлиқдир. Натижада беморларда нейро- ва миопатия, дерматозлар, артралгик ва ревматоид белгилар, гинекомастия, тромбофлебит ва бошқаларни учратиш мумкин. Бу синдром кўпроқ майда хужайрали ўпка саратонида кузатилади.

**Ташхис** қўйиш учун сўраб-суриштириш, объектив кўриш, лаборатория, рентгенологик, цитологик, бронхологик, гистологик, радионуклид ва трансторакал пункция ёрдамида текшириш усулларидан фойдаланилади.

**Сўраб-суриштириш.** Беморда ўпка шикоятлари бўлганда, уларнинг алоҳида хусусиятлари, каслликнинг давомлилиги ва динамикаси, илгари бошдан ўтказилган ўпка касалликлари ва даволаш усуллари натижаларини ўрганиш лозим. Беморнинг зарарли одатлари, асосан, чекиш ва унинг давомлилиги, бир кунда қанча сигарета чекиши, касб ва турмуш шароитларини билиш зарур. Ташхис учун қуйидаги «хавфли аломатлар» муҳим аҳамиятга эга:

Узоқ вақт давом этадиган, азоб берадиган қуруқ ёки балғамли йўтал.

Ўпка шамоллашининг тез-тез қайталаб туриши.

Бир марта ёки бир неча марта қон туфлаш.

Кўкрак қафасида доимий кучсиз оғриқ пайдо бўлиши.

**Объектив текшириш.** Объектив текшириш беморни синчиклаб кўриш, кўкрак қафаси, қорин ва лимфа тугунчаларини пайпаслаш, ўпкани перкуссия ва аускультация қилишдан иборат. Беморни кўриш пайтида юзнинг оқарган ва шишганлиги, кўкрак қафаси бир томонини нафас олганда орқада қолиши, тирноқларнинг «соат шишаси»-га, бармоқларнинг эса ноғора чўлига ўхшашлиги кузатилади. Одатда кўкрак қафасининг шикастланган томонида овоз тебранишининг сусайганлиги кузатилади.

Жигар ва ўмов усти лимфа тугунчалари пайпаслаб кўрилганда уларда саратон метастазларини аниқлаш мумкин. Кўкрак қафаси перкуссия қилинганда, агар ўпкада ателектаз бўлса, унинг проекциясига мувофиқ перкутор

товушнинг пасайиши кузатилади. Аускультацияда ателектаз туфайли бронхдан ҳаво ўта олмаганлиги натижасида нафас овозининг йўқлиги, зотилжамда ҳўл хириллашлар ёки ғичирлаш эшитилиши мумкин.

*Лаборатория текширувлари.* Қон умумий таҳлил қилинганда эритроцитлар чўкиш тезлигининг кучайиб кетганлиги, баъзида унча катта бўлмаган лейкоцитоз, касаллик жуда кечикиб аниқланганда эса гипохром камқонлик кузатилади. Ўпка саратонини аниқлашда балғамни цитологик текшириб кўриш жуда катта аҳамиятга эга. Агар балғам 1 марта текширилганда унда саратон ҳужайралари аниқланмаса, уни 5—6 кун мобайнида текшириш керак. Балғам услубий жиҳатдан тўғри олинганда 50—60 % беморда хавfli ўсма ҳужайраларини аниқлаш имконияти бўлади. Шунинг унутмаслик керакки, балғамда атипик ҳужайраларнинг бўлмаслиги ўпка саратони йўқлигини билдирмайди.

*Рентгенологик текшириш* ўпка саратонига ташхис қўйишнинг асосий усули ҳисобланади. Бунинг учун кўкрак қафаси икки проекцияда рентгенография, рентгеноскопия, томография ва заруратга қараб бронхография қилинади (13-расм).

*Марказий саратонни* аниқлашда рентгенологик текширишлар тўғри ва ён проекцияларда рентгенограмма қилишдан бошланади. Касалликнинг бошланғич даврида рент-



13-расм. Чап ўпкадаги марказий ўсманинг рентгенограммада кўриниши.

ген суратларида кўпинча ўсма сояси кўринмайди, лекин унинг асоратлари, биринчи навбатда ўпканинг қисман гиповентиляцияси ва ателектази аниқланади. Ўсма бронхда аста-секин ўсиб ўпкага ҳавонинг етарли ўтишига ҳалақит беради. Бу ўпка гиповентиляцияси дейилади. Агар шу ҳодиса бош бронхда бўлса, ўпканинг рентген сурати бутунлай хиралашади. Агар бу вазият бўлак ёки сегментар бронхда бўлса, ўпкада қисман ўчоқли хиралашиниш пайдо бўлади. Ўсма бош бронхни бутунлай бекитган бўлса, суратда ўпканинг ҳамма қисмида қоронғилашиниш кузатилади. Бўлак ёки сегментлар бронх бекилганда ателектаз ён рентгенограммаларда учбўрчак шаклда бўлиб, чўққиси ўпка илдизига қараган бўлади. Ателектазга яқин бўлган ўпка майдони компенсатор равишда кенгайди (компенсатор эмфизема), кўкс оралиғи элементларининг сояси шикастланган томонга силжийди. Кейинчалик ўпка суратида ўсма ва ўпка илдизидаги катталашган лимфа тугунчаларининг соясини кўриш мумкин.

*Сиртқи саратоннинг* эрта босқичларида ўпканинг рентген суратида ўлчамлари 1,0—2,0 см бўлган ёлғиз, интенсив бўлмаган, контурлари ноаниқ сояни кўриш мумкин. Бу соялар моҳиятини аниқлаш учун дарҳол ташхиснинг қўшимча усуллари қўлланилиши керак. Анча вақт ўтгандан кейин бундай думалоқ соя катталашиб, контури нотекис, ўртаси бўшлиқли бўлиб қолади, баъзида эса ўпка илдизига қараб кетган «йўлка» ва у ерда катталашган лимфа тугунчалари кўринади.

**Махсус усуллар.** Рентген томография марказий саратонда тўғри ва ён проекцияларда қилинади. Эндобронхиал саратонда бронхнинг кескин торайганлиги ёки ампутацияланганлигини кўриш мумкин. Перибронхиал ўсмада бронх ичининг нотекис торайиши, ички контурининг нотекислиги ҳамда бронх атрофида ўсма сояси кўринади. Сиртқи саратон томограммада кўпинча нотекис, контурли, атрофига «йўлкалар» таратган ўчоқли соя кўринишида бўлади. Томографияда бошқа тузилмаларнинг орқасига яширинган катта бронхлар ва лимфа тугунчаларининг ҳолати, ўпкада ҳосил бўлган бўшлиқлар ва емирилган майдонларни кўриш имконияти туғилади.

*Бронхография* — бронхларга контраст модда юбориб текшириш усули. Бу усул билан ўсма ҳосил қилган бронх чўлтоғи ёки унинг ичи ғадир-будур торайганлигини аниқ-

лаш мумкин. Бронхография сегментар ва субсегментар бронхлар шикастланганда қўлланилади. Сўнгги йилларда жуда кам ишлатилади.

*Бронхофиброскопия* — бронх ичини бронхофиброскоп билан текшириш усулидир. У асосан маҳаллий анестезия остида ўтказилади. Ўпка саратони бронхоскоп орқали қаралганда гадир-будур, кўкимтир рангда, тегилганда енгил қонайдиган тўқима шаклида бўлади. Бошқа ҳолларда эса бронх концентрик торайган ва девори инфильтрациялашган бўлади. Бронхофиброскопия микроскопик текширишга материал олиш билан яқунланади. Ўсма экзофит шаклда бўлса, уни биопсия қилиш қийин эмас. Ўсма перибронхиал шаклда ўсганда бронхоскоп орқали махсус узун игна билан бронхнинг шубҳали жойи пункция қилинади.

*Трансторакал пункция* кўпинча ўпканинг сиртқи саратонида рентгенологик назорат остида қилинади. Бу усул ёрдамида 83,5 % беморда сиртқи саратон борлиги морфологик тасдиқланади.

*Қўшимча текширишлар.* Ўпка саратонида ўпканинг ўзини ва бошқа аъзоларни батафсил ўрганиш учун компьютер томография, радионуклид сцинтиграфия, радиоимунологик таҳлил, медиастиноскопия ва парастериал медиастинотомия усуллари қўлланилади.

*Компьютер томография* — ўпка паренхимаси, катта ва кичик бронхлар, қон томирлари, ўпка илдизидаги лимфа тугунчаларидаги ўзгаришлар тўғрисида жуда муҳим ахборот беради. Амалиётда рентгенологик усулдан кейин ишлатилади.

*Радионуклид сцинтиграфия.* Махсус радиоактив препаратлар (галлий 67-цитрат, технеций 99-пертехнат, кобальт 57-блеомицин ва бошқалар) ишлатиш асосан ўпка саратони, унинг жигар, бош мия ва суякларга берган метастазларини аниқлашда катта ёрдам беради.

*Радиоимунологик таҳлил.* Бу бемордан 2—3 мл қон олиб унинг зардобадаги ўпка саратонида учрайдиган маркёр ва оқсилларни (СЭА, АКТГ, паратиреоид, эстроген, серотонин ва бошқалар) аниқлаш усулидир. Асосан касалликни даволаш сифатини назорат қилишда ва саратоннинг қайталанишини барвақт билишда аҳамияти жуда катта.

*Медиастиноскопия ва парастернал медиастинотомия.* Паратрахеал, бифуркацион лимфа тугунчалари, трахея, бош бронхлар, катта томирлар ҳолатини ўрганиш учун



қўлланилади. Аммо бу иккала усул ҳам наркозли операцияни талаб қилиши туфайли амалиётда жуда кам ишлатилади.

**Қиёсий таъхис.** Ўпка саратонини бошланғич даврида бошқа касалликлардан ажратиш осон эмас. Марказий саратоннинг асорати бўлган зотилжамни сурункали ўпка яллиғланишидан фарқлашда бронхоскопия ёрдам беради. Сиртқи саратондаги ўпкада бўладиган думалоқ соя жуда кўп касалликларда учрайди. Амалиётда асосан сил, хавфсиз ўсма, эхинококк ~~кистаси ва ўчоқли зотилжамлардан~~ фарқлаш учун махсус лаборатория текширишлари, томография ва биопсия қўлланилади.

**Даволаш.** Сўнгги 20 йил ичида ўпка саратонини даволашда анча ўзгаришлар юз берди. Илгари жарроҳлик операцияси ўпка саратонининг ҳамма босқичлари ва патоморфологик турларида ягона даволаш йўли деб ҳисобланган бўлса, ҳозир оптимал даволаш тартибини танлашда ўсманинг босқичи, ўсиш шакли ва гистологик тузилиши албатта ҳисобга олинади ва кўп ҳолларда бирга қўшилган (2-усул) ёки комплекс даволаш усуллари (3—4-усул) қўлланилади (31-жадвал).

Жадвал маълумотлари шуни кўрсатадики, фақат ўсманинг I босқичида жарроҳлик операцияси ягона даволаш усули бўлиб хизмат қилади (ўшанда ҳам майда хужайрали саратонда операциядан кейин кимётерапия қўлланилади). Бошқа босқичларда 2 ва ундан кўп усуллар қўлланилади. Лобэктомия асосан ўсманинг ҳамма гистологик турининг I ва II босқичларида, пневмонэктомия эса ясси, безли ва катта хужайрали ўпка саратонининг III босқичида, қўлланилади.

**Нур терапияси** (гамма нурлар) операциядан олдин 2 усулда қўлланилади. 1. Ҳар куни 2 Гр дан, жами 40—45 доза бериб, 3—4 ҳафтадан кейин операция қилинади. 2. Ҳар куни 4—5 Гр дан, жами 20—25 Гр доза бериб, 1—3 кундан кейин операция қилнади.

Операциядан кейин нур терапияси кўпинча ҳар куни 2 Гр дан 20—25 кун, жами 40—50 Гр доза бериладиган тартибда ишлатилади.

Нур терапияси радикал дастурда ўтказилса, одатда бирламчи ўсма ва ҳамма регионар лимфа тугунчаларига 15 кун давомида 2 Гр дан берилиб, 3 ҳафталик танаффус қилинади. Кейин шу тартибда нур билан даволаш қайтарилади. Ҳаммаси бўлиб нур дозаси (миқдори) 60—70 Гр га

## Ўлка саратонини даволаш тартиби

Ўсманинг босқичлари		Ўсманинг гистологик тури ва даволаш усули		
Босқичи	TNM	Ясси хужайрали	Майда хужайрали	Безли ва катта хужайрали
I	$T_{1-2}N_0M_0$	Лобэктомия. Қаршиликлар бўлса радикал нур терапияси.	Лобэктомия ва кимёте- рапия. Қаршиликлар бўлса нур ва кимётерапия.	Лобэктомия. Қаршиликлар бўлса радикал нур терапияси.
II	$T_{1-2}N_1M_0$	Лобэктомия, бронхопластика нур ва кимётерапия. Қаршиликлар бўлса радикал нур ва кимё терапия.	Лобэктомия ва кимё те- рапия. Қаршиликлар бўлса ра- дикал нур ва кимёте- рапия.	Лобэктомия, нур ёки кимёте- рапия. Қаршиликлар бўлса радикал нур ва кимётерапия.
III	$T_{1-4}N_{1-3}M_0$	Нур терапияси ва пневмо- эктомия, кейин кимё ва иммун терапиялар. Қаршиликлар бўлса радикал нур ва кимётерапия	Радикал нур ва кимё- терапия. Баъзан булар- дан кейин операция ва қўшимча нур, кимё ва иммун терапиялар қи- линади.	Нур терапия ва пневмоэкс- томия, кейин кимё ва иммун терапия. Юқори дифферен- циялашган ўсмаларда олдин операция (пневмоэктомия), кейин кимётерапия
IV	$T_{1-4}N_{1-3}M_1$	Нур ва кимётерапия. Паллиатив ва симптоматик чо- ралар.	Нур ва кимётерапия. Паллиатив ва симпто- матик чоралар.	Нур ва кимётерапия. Паллиатив ва симптоматик чоралар.

етказилади. Майда ҳужайрали саратонда нур терапияси юқорида кўрсатилган радикал дастурда ўтказилиб, қўшимча превентив (профилактика) мақсадда иккита жой, яъни ўмров усти соҳасига ҳар куни 2 Гр дан жами 30 Гр доза ва бош миянинг чап ва ўнг томонларига ҳар куни 1 Гр дан, жами 30 Гр доза берилади.

*Кимётерапия* учун жуда кўп препаратлар ва уларни бир-галикда қўллаш усуллари таклиф қилинган. Жаҳоннинг йирик онкологик илмий марказлари тажрибаси шуни кўрсатадики, битта ягона кимёпрепарат билан даволашдан (монокимё терапиядан) кўра, кўпроқ ва ҳар томонлама таъсир қиладиган кимёпрепаратлар ишлатилгани (поликимётерапия) афзалроқдир. Улар операциядан кейин қўлланса, фойдаси янада яхшироқ бўлади. Энг самарали натижани ҳар бири 2—3 ҳафтали 3—4 курсли поликимётерапия беради. Ҳозирги даврда республикамиз амалиётида қуйидаги кимёпрепаратлар кўпроқ ишлатилмоқда: циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил, винкристин, цисплатина, этопозид, гидреа.

*Иммунтерапия.* Ўпка саратонини даволашда бемор лейкоцитларини (макрофаглар, моноцитлар, лимфоцитлар) ўсмага қарши турини кучайтириш учун БЦЖ вакцинаси, бактериал моддалар (левомизол, фитогемагглютинин) ишлаб кўрилган. Аммо уларнинг якуний натижалари қониқарли тугалланмаган. Ҳозирги пайтда клиникаларда лимфокаинлар (интерлейкинлар, интерферонлар), монокинлар (лейкомакс), антитаначалар (иммунотоксинлар) ўпка саратонини даволашда қўлланилмоқда. Аммо бу соҳада ҳам тажриба етарли бўлмаганлиги сабабли якуний хулосалар чиқариш имконияти йўқ.

*Даволаш натижалари.* Қуйидаги жадвалда ўпка саратонини ҳар хил усуллар ва дастурлар билан даволашдан кейин 5 йил ва ундан кўпроқ яшаган беморлар сони тўғрисидаги маълумотлар кўрсатилган (32-жадвал).

Жадвалда даволаш натижалари фақат касаллик босқичларига нисбатан кўрсатилган. Ўсманинг гистологик тузилишига қараб таҳлил қилинганда ясси ҳужайрали саратонда операциядан кейин 5 йил яшаганлар сони — 34,8 %, безли саратонда — 27,5 %, дифференциялашмаган ҳужайрали саратонда — 17,5 %, майда ҳужайрали саратонда — 11 %, операция ҳамда кимётерапиядан кейин — 30,0 % ни ташкил қилади.

## Ўпка саратонини даволаш натижалари

Босқичлари	Даволашдан кейин 5 йил яшаганлар сони (%)			
	Жарроҳлик усули	Нур терапияси	Жарроҳлик ва нур терапияси	Жарроҳлик ва кимётерапия
I	61,4-70,7	22,0-33,5	-	-
II	40,0-43,5	20,0-33,3	45,0-49,2	41,0-43,0
III	18,4-20,0	6,0-6,3	28,0-35,8	15,0-20,0

*Ўпка саратонининг олдини олиш.* Бунинг асосий йўналиши — шаҳар ва қишлоқлар ҳавосидаги ўпка саратонининг етакчи сабабчиси бўлган бензпиренни йўқотиш ёки уни хавфсиз даражагача камайтиришдир. Шу мақсадда барча тутун чиқарадиган саноат корхоналари, иссиқлик ишлаб чиқариш станциялари ва автотранспорт воситаларини янги, кам тутунли технологияларга, энг яхшиси, электр қуввати билан ишлатишга ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Энг муҳим профилактик чоралардан бири бу чекишдан воз кечиш ҳисобланади. Чекишни ҳеч ташлай олмайдиган «ашаддий чекувчиларга» ҳеч бўлмаса сигаретанинг охиригача чекмаслик тавсия қилинади, чунки унинг охириги учдан бир қисмида канцероген моддалар энг кўп йиғилади. Тамаки тутунида канцероген моддалар ва қатрон концентрациясини камайтириш ҳам муҳим чоралардан биридир. Бу тамаки маҳсулотлари тайёрлаш технологиясини яхшилаш ва махсус филтрлар ишлатиш йўли билан амалга оширилади. Ўпка саратонини олдини олишнинг муҳим йўлларида яна бири ўпкада учрайдиган бронхоаденома, папилломатоз бронхит ва сурункали касалликларни ўз вақтида ва самарали даволашдир. Касалланиш хавфи А витамини ва каротиноидларга бой бўлган сабзавотларни кўпроқ истеъмол қилиб, тўғри овқатланганда ҳам анча камаяди. А витамини нафас йўлларидаги эпителийнинг бутунлигини тиклашга ёрдам беради.

## ҚИЗИЛҮНГАЧ САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Қизилўнғач саратони энг оғир касалликлардан бири бўлиб, хавфли ўсмаларнинг тахминан 2 % ини ташкил қилади. Қизилўнғач саратони энг кўп учрайдиган минтақаларга (ҳар 100 минг аҳолига 25—30 киши) шимолий Эрон, Туркия, Ўрта Осиё, Жанубий Қозоғистон, Ёкутистон, Шимолий Хитой ва Мўғулистон киради. Булардан ташқари, у билан юқори даражади касалланиш (ҳар 100 минг аҳолига 10—20 киши) Жанубий Африка, Франция, Бразилия, Хиндистоннинг баъзи бир минтақалари ва АҚШнинг қора танли аҳолиси ўртасида кузатилади. Европа мамлакатларида бу ўсма кам учрайди (ҳар 100 000 аҳолига эркаклар орасида — 4,0—7,0, аёллар ўртасида эса 1,0—2,0). Касалланиш кўп бўлган минтақаларда ушбу хасталик туб халқ орасида маҳаллий бўлмаган аҳолига нисбатан 5—10 барабар юқоридир. Бундай тафовутнинг бўлишига аҳолининг овқатланиш хусусиятлари ва генетик омилларнинг таъсири сабаб бўлиши мумкин. Ўзбекистонда ўтган 5 йил ичида қизилўнғач саратони билан касалланиш секин-аста камайиб борганлиги кузатилди (33-жадвал).

33-жадвал

Ўзбекистон аҳолиси ичида қизилўнғач саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	6,9	2,2	Самарқанд вилояти	4,1	3,6
Андижон вилояти	10,7	8,1	Сурхондарё вилояти	7,4	6,2
Бухоро вилояти	4,6	2,9	Сирдарё вилояти	6,1	4,8
Жиззах вилояти	7,1	4,9	Тошкент вилояти	5,8	5,1
Қашқадарё вилояти	2,3	2,5	Фарғона вилояти	7,9	6,3
Навоий вилояти	6,4	6,7	Хоразм вилояти	5,8	4,7
Наманган вилояти	8,1	6,6	Қорақалпоғистон Республикаси	20,1	19,3
Ўзбекистон бўйича жами: 1993 — 7,3; 1998 — 5,8					

Қизилўнғач саратони билан касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Қорақалпоғистон республикаси (19,3), Андижон (8,1) ва Навоий (6,7), энг кам кўрсаткич — Тошкент шаҳри (2,2), Қашқадарё (2,5) ва Бухоро (2,9) вилоятларида қайд қилинади. Қизилўнғач раки билан касалланиш 1998 йилдан бери онкологик касалликлар орасида Ўзбекистонда 3-ўринда туради. Касалланиш ёш улғайиши билан ўсиб боради ва 60 ёшдан ўтган кишилар ўртасида энг кўп учрайди. 30—40 ёшдагиларга нисбатан шу ёшларда қизилўнғач саратони 8—10 баравар кўпроқ кузатилади. Барча хавфли ўсмалар ичида бу касалликдан ўлиш иккинчи ўринда туради.

**Сабаблари.** Қизилўнғач саратонининг келиб чиқишига канцероген моддалар (нитрозаминлар, бензпирен ва бошқалар) ва касалликка мойилликнинг бевосита алоқаси бор. Касаллик кўп тарқалган минтақаларда канцероген таъсир аҳоли овқатланишининг маҳаллий хусусиятларига боғланиди. Жумладан, жуда иссиқ ва аччиқ овқат, қайноқ чой, майда суякли балиқлар истеъмол қилиш, овқат таркибида сабзавот ва меваларнинг етарли бўлмаслиги ва натижада организмда витамин С, А, Е ва рибофлавиннинг етишмовчилиги сабабли хасталик юзага келади. Қизилўнғач саратони келиб чиқишида тузларга бой ҳар хил сувлар, тупроқда молибден, рух етишмовчилиги, кучли спиртли ичимликлар, тамаки, нос чекиш, марихуана қабул қилиш кабилар ҳам маълум даражада аҳамиятга эга.

**Ўсма олди касалликлари.** Қизилўнғач саратонининг пайдо бўлишида сурункали эзофагит, лейкоплакия, кимёвий, термик ва механик микрожароҳатлар, полиплар, ахалазия, диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси, рефлюкс-эзофагитнинг аҳамияти катта.

Қизилўнғач саратони кўп учрайдиган минтақаларда (масалан, Қорақалпоғистон республикасида) профилактик эндоскопик кўрикларда 68,2 % аҳолида сурункали эзофагит, 24,2 % — лейкоплакия, 4,0 % — рефлюкс-эзофагит учраган. Бу касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари юқорида айтилган саратон омиллари билан бир хилдир. Агар саратон олди касалликлари бор беморларнинг овқати оқсил ва витаминларга бой бўлса ёки махсус парҳез, витамин «С», «А» ва метилурацил билан даволанса уларда қизилўнғач саратони кам ривожланади.

**Патоморфологик тузилиши.** Қизилўнғач найсимон аъзо бўлиб, катта ёшли кишиларда унинг узунлиги 25—30 см

га тенг. Унинг бўйин (узунлиги 5—6 см), кўкрак (15—18 см) ва қорин (1—3 см) қисмлари бўлади. Буйин (юқори) қисмида саратон 10—15 %, кўкрак (ўрта) қисмида 40—60 %, қорин (пастки) қисмида — 20 — 25 % ҳолларда кузатилади. Ҳар бир қисмнинг саратон касаллиги ўзига хос клиник аломатлар, оқибатлар ва даволаш усулларига эга. Даволаш усули ҳар бир қисмдан лимфанинг ўз регионар лимфа тугунчаларига оқиб боришига боғлиқ бўлиб, бу жарроҳлик ва нур терапияси билан даволаш учун жуда муҳимдир. Қизилўнгач шиллиқ қавати эпителийсидан ясси ҳужайрали саратон ривожланади (95—97 % беморларда). Шиллиқ қаватида ва унинг остида цилиндрик эпителийдан ташкил топган безлар учрайди. Улардан безли саратон (аденокарцинома) пайдо бўлади (3—5 % беморда). Ташқи кўринишига қараб ўсманинг асосан уч тури аниқланади — экзофит, эндофит ва аралаш турлар. Экзофит ўсма тугун кўринишида қизилўнгач бўшлиғига ўсиб киради, чегаралари аниқ бўлади ва у енгил емирилади, ушлаб кўрилганда юмшоқ бўлади. Эндофит саратони аксинча қаттиқ, оқимтир тўқима бўлиб, қизилўнгач деворини айлана шаклида қамраб олади ва унинг бўшлиғини кескин торайтиради. Саратоннинг аралаш турида экзофит ва эндофит турларининг аломатлари биргаликда учрайди. Ўсманинг ривожланиши ва тарқалиши унинг қизилўнгач девори, атрофидаги тўқима ва аъзоларга қараб ўсиши билан кечеди, лимфоген ва кам ҳолларда гематоген метастазлар беради. Саратон ҳужайралари қизилўнгач деворида, ўсма кўриниб турган чегаралардан кам деганда 4—5 см узоқликда аниқланади. Лимфоген метастазлар аввало умуртқа олди ва орқа кўкс оралиғи лимфатик тугунчаларида пайдо бўлади. Кўпинча касалликда Вирхов метастазлари (чап ўмровнинг медиал қисми устидаги мускуллараро лимфа тугунчаларида) аниқланади. Кейинчалик метастазлар кўпинча ички аъзолардан жигар, ўпка, буйракни шикастлайди.

### Қизилўнгач саратонининг халқаро TNM таснифи

- |          |   |
|----------|---|
| $T_{is}$ | — инвазиясиз карцинома.   |
| $T_1$    | — хавфли ўсма қизилўнгачнинг фақат шиллиқ қаватини шикастлаган.                   |
| $T_2$    | — хавфли ўсма қизилўнгачнинг фақат шиллиқ ва шиллиқ ости қаватларини шикастлаган. |
| $T_3$    | — хавфли ўсма қизилўнгач деворининг ҳамма қаватини шикастлаган.                   |

$T_4$	— хавфли ўсма қўшни аъзоларга ўсиб кирган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчалар ҳолатини баҳолаш учун маълумот кам.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланмаган.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланган.
$M_x$	— узоқлашган метастазлар борлиги ноаниқ.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар аниқланган.

### Қизилўнгач саратонининг босқичлари

I босқич	ўсманинг ўлчами 3 см гача, фақат шиллиқ ва шиллиқ ости қаватига ўсган, лимфа тугунчаларида метастаз йўқ.
II босқич	ўсманинг ўлчами 3—5 см, шиллиқ ва шиллиқ ости қаватига ўсиб кирган, метастазлар йўқ ёки ёлғиз регионар лимфа тугунчаларида метастаз бор.
III босқич	ўсманинг ўлчами 5 см дан каттароқ, фақат мускул қаватига ўсиб кирган ёки ўлчами кичикроқ бўлсада қизилўнгач деворидан бутунлай ўсиб ўтган, регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ ёки силжийдиган метастазлар бор.
IV босқич	ўсма ўз атрофидаги тўқима ва аъзоларга ўсиб кирган, регионар лимфа тугунчаларида қимирламайдиган метастазлар ёки узоқлашган аъзоларда метастазлар бор.

Қизилўнгач саратонининг асоратлари ўсманинг емирилиши ва уни атрофдаги тўқима ва аъзоларга ўсиб киришига сабабчи бўлган. Қон қетиши, медиастенит, кўкс оралиғи аъзоларини босиб қўйиш, қизилўнгач-бронхиал ва қизилўнгач-трахея оқмалари пайдо бўлиши хавфи бор.

**Клиник манзараси.** Барча ички аъзо хавфли ўсмаларидан дисфагия белгиси билан фарқ қилади. Бемор дисфагиядан шикоят қилса, унда ўсма борлигига шубҳа қилиш мумкин. Дисфагия бу овқатни қизилўнгачдан қийинчилик билан ўтишидир. Дисфагия ўсма туфайли аъзо бўшлиғининг торайишидир (механик дисфагия). Лекин, баъзи ҳолларда дисфагия қизилўнгачнинг юқориги қисмлари спаз-



мида (рефлектор дисфагия) ҳам рўй бериши мумкин. Кўп ҳолларда дисфагия аста-секин кучайиб боради. Дастлаб бемор овқатнинг тўш орқасига тушиши ёки гоҳо тикилиб ўтишидан шикоят қилади. Кейинчалик бемор қаттиқ овқатларни қизилўнгачидан ўтказиш учун сув ичишга мажбур бўлади ёки бундай овқатларни ейишдан бош тортади. Орадан бир неча ҳафта ёки ойлар ўтгандан кейин ярим суяқ овқат, кейин эса суяқ овқат ҳам ўтмай қолади. Бу халқ орасида «қилтомок» деб аталади. Баъзан ўсма емирилиши ёки беморни доривор моддалар билан даволаниши туфайли қизилўнгачдан овқат ўтиши бир оз ёки бутунлай тикланиши мумкин. Бемор аҳволининг яхшиланиши бунда узоқ давом этмайди ва дисфагия тез орада яна қайта кучая боради. Дисфагия кўп ҳолларда касалликнинг биринчи белгиси бўлади, лекин кўпгина беморларда даставвал овқат қабул қилиш билан боғлиқ ҳолда оғриқ ҳам рўй беради (бу ўсманинг яраланиш белгиси). Айрим ҳолларда бемор тўш орқасидаги доимий оғриқдан шикоят қилади, бу ўсманинг кўкс оралиғидаги клетчатка ёки нерв ўзакларига ўсиб кирганлигини билдиради. Касалликка хос ва ташхис учун муҳим аҳамиятга эга диспептик белгилар: кекириш, зарда қайнаши, кўнгил айниши, қайт қилиш, кўп сўлак ажралиши (гиперсаливация) намоён бўлади. Буларнинг ҳаммаси кўпинча ривожланган стенозда рўй беради. Бундан ташқари, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши мумкин. Бу ўсма емирилиши ва қизилўнгачнинг торайган қисми юқорисида чириш жараёни бошланишидан дарак беради. Буни беморнинг ўзи ёки атрофидаги кишилар дарҳол пайқашади. Агар ўсма қизилўнгач деворидан ташқарига чиқиб, кўкс оралиғи ва кўкрак бўшлиғидаги аъзоларга ўсиб кирган бўлса, адашган ёки қайтувчи ҳиқилдоқ нервларининг зарарланиши туфайли симпатик нерв, трахея ва бронхларнинг босилиб қолиш аломатлари юзага келади. Агар ўсма яраланса ва емирилса қон кетиши, медиастинит белгилари кузатилади. Адашган нервнинг шикастланиши юрак фаолиятининг бузилишига, симпатик нервнинг зарарланиши — Горнер синдромига, қайтувчи нерв фаолиятининг бузилиши ҳиқилдоқ фалажи ва овознинг хириллашига олиб келади. Ўсманинг трахея ва бронхларга ўсиб кириши йўталиш, харсиллаш, зотилжам ва абсцесслар ривожланишига олиб келади. Қизилўнгач-трахеал ёки қизилўнгач-бронхиал оқмалар пайдо бўлса, бемор суяқлик қабул қилганида азоб берадиган йўтал пайдо бўлади.

Ҳамма ички аъзонинг хавфли ўсмаларига хос бўлган умумий белгилар, яъни тана вазнининг камайиши (ҳатто кахексиягача), умумий ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш ва бошқалар қизилўнгач саратонида ҳам кузатилади. Иштаҳа пасайишидан одатда беморлар шикоят қилмайдилар, лекин қизилўнгачдан овқат ўтишини таъминлайдиган паллиатив операция қилингандан сўнг кўпинча уларнинг иштаҳаси пасаяди.

Бемор дисфагиядан шикоят қилганда клиник натижаларга асосланиб уни бошқа касалликлардан *фарқловчи ташхис* ўтказишга тўғри келади. Овқат ўтишининг қийинлашиши қизилўнгач саратонидан бошқа касалликларда ҳам, масалан, қизилўнгачда чандиқли ўзгаришлар бўлганда, ахалазия, дивертикул ва ўткир эзофагитларда ҳам кузатилиши мумкин.

**Ташхисоти.** Қизилўнгач саратонининг ташхис тизими унча мураккаб бўлмасдан, сўраб-суриштириш, физикавий, лаборатория, рентгенологик, эндоскопик ва албатта патоморфологик текширишларни ўз ичига олади. Бемор ҳаётини сўраб-суриштириш умумий қоидаларга мувофиқ ўтказилади. Сўраб-суриштириш пайтида касаллик белгиларининг пайдо бўлиш вақти, унинг ривожланиши, беморнинг овқатланиш хусусиятлари, иссиқ овқатларни истеъмол қилишга мойиллиги, алкоғолли ичимликлар ичиши, майда суюкли балиқ истеъмол қилиши, илгари бошдан ўтказган қизилўнгач касалликлари аниқланади. Илгари кўрсатилган тиббий ёрдам тавсифи ва босқичлари, ўтказилган текширув ва даволашнинг турлари тўғрисида ҳам маълумотлар сўралади. Қизилўнгачда хавфли ўсма борлигига шубҳаланиладиган белгиларга қуйидагилар киради: 1) овқат ютиш пайтида сезиладиган ёқимсиз хис; 2) такрорланиб турадиган кўнгил айниши ёки қайт қилиш (айниқса қон аралаш); 3) қаттиқ овқат—нон, гўшт еганда унинг тикилиб ўтиши; 4) сабабсиз пайдо бўлган овоз хириллаши; 5) суюқлик ичганда пайдо бўладиган азоб берувчи йўтал.

**Физикавий текширишлар** ташхис қўйиш учун етарли маълумот бермайди. Фақат касаллик анча кечикиб кетганда ўмров усти лимфа тугунчаларида метастазлар пайпасланиши мумкин.

**Қонни текшириш.** Қон клиник текшириб кўрилганда эритроцитлар чўкиш тезлиги ошган бўлиши мумкин. Одатда бошқа ўзгаришлар бўлмайди.

*Рентгенологик текширишлар* қизилўнғач саратонига ташхис қуйишда етакчи усуллардан ҳисобланади. Қизилўнғач рентгеноскопия ва рентгенография қилинади. Текшириш пайтида барий аралашмаси берилади. Қизилўнғач саратонининг рентгенологик манзараси ўсманинг ўлчами ва кўринишига боғлиқ бўлади. Саратоннинг бошланғич босқичида, рентгенограммаларда қизилўнғачнинг маълум жойларида контурларнинг нотекислиги ва деворининг қаттиқланишини кўриш мумкин. Кейинчалик экзофит ўсмаларда шу жойда барий йиғилмаслиги (тўлиш нуқсони) ва қизилўнғач шиллиқ қавати бурмаларининг кўринмаслиги (узилиб қолиши) кузатилади (14-расм). Тўлиш нуқсонининг рўпарасида аъзо деворининг шишиб чиққанлиги аниқланади. Ўсма яраланган бўлса, уни маркази нотекис ёки айланма чегарали бўлиб, унда барий тўпланганлиги кўринади. Эндофит ўсган ўсмалар қизилўнғач бўшлиғининг нотекис торайишига ва устидаги қисми кенгайишига, бурмаларининг «узилиб қолишига», деворининг қотишига ва касалланган жойда перистальтиканинг йўқолишига сабаб бўлади.

*Эзофагоскопия* маҳаллий анестезия ёки юзакки наркоз билан ўтказилади. Фиброскоп ёки металл эзофагоскоплар ишлатилади. Эндоскоп орқали қаралганда саратон юмшоқ, енгил қонайдиган, оқимтир-қизил ёки тўқ қизил рангдаги ўсма ҳолида бўлади. Ўсма ўртасидан емирилган бўлса, у ғадир-будир, қонайдиган, кулранг юзали, атрофлари қаттиқ яра ҳолида кўринади. Айрим ҳолларда ўсма кўринмаса ҳам қизилўнғач бўшлиғини торайтиради, шиллиқ қават бурмаларини йўқотади. Эзофагоскопия қилин-



**14-расм.** Рентгенограммада қизилўнғачнинг ўсма туфайли торайиши.

ганда суртма ёки ўсма четидан гистологик текширишга бўлакча олинади.

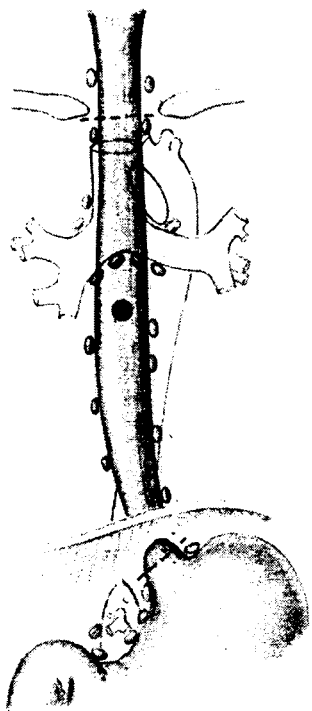
**Даволаш.** Қизилўнғач саратонини даволаш жуда ҳам мураккаб вазифа. Жарроҳлик, нур терапияси ва комбинациялашган усуллар ишлатилади. Беморни фақат жарроҳлик усули билан узил-кесил даволаш мумкин, бироқ радикал операциялар жуда мураккаб ва хавфлидир. 90—95 % беморни ўз вақтида касаллигига ташхис қўйилмаганлиги, 80 % дан ортиқ беморни кексайиб қолганлиги ва бошқа хасталиклари борлиги сабабли операция қилиб бўлмайди. Шу сабабли жарроҳлик усули мустақил равишда фақат 3—5 % беморда қўлланилади. Даволаш усулини танлаш ўсманинг жойлашишига боғлиқ бўлади.

Ўсма юқори қисмда бўлса фақат нур терапияси ёрдам беради. Ўрта ва пастки қисмларда бўлиб, ўсманинг ўлчами 5 см га етмаса у фақат жарроҳлик усули билан даволанади (15-расм). Ундан каттароқ бўлса ҳам радикал операция қилинади, аммо операциядан олдин нур ва кимётерапиялар берилса яхши натижага эришилади. Қизилўнғач саратонига жарроҳлик йўли билан даво қилиш учун унинг кўплаб усуллари таклиф қилинади. Бу операциялар қизилўнғачни экстирпация ёки резекция қилиш учун қайси йўл билан кириб боришига, қайси аъзо трансплантант сифатида (меъда, йўғон ёки ингичка ичак) ишлатилишига ва трансплантат қайси жойда (плевра бўшлиғи, олдинги ёки орқа кўкс оралиғи, тери ости) ўтказилишига қараб фарқ қилади.

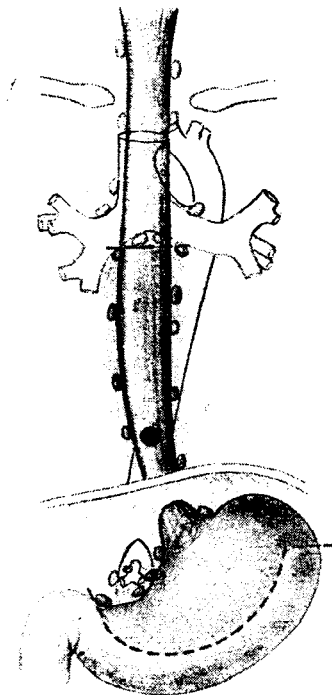
Ҳозирги вақтда онкология амалиётда Льюис ва Гэрлок операцияларини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиб, бунда орқа кўкс оралиғи ва қорин орти ёғ клетчаткасини метастазлардан шикастланган лимфа тугунчалари билан қўшиб олиб ташлашнинг имкони бор. Бу эса операциянинг радикаллик даражасини ошириб, узоклашган натижалари яшиланишига олиб келади.

Қизилўнғачнинг ўрта қисми саратонида Льюис операцияси вақтида қизилўнғач субтотал резекция қилиниб, ўнг плевра бўшлиғига эзофагогастроанастомоз қўйилади.

Саратон қизилўнғачнинг пастки қисмида жойлашган бўлса, Гэрлок операцияси, яъни қизилўнғачнинг пастки ва меъда қисмлари резекцияси бажарилиб, чап плевра бўшлиғидан эзофагогастроанастомоз қўйилади (16-расм). Техник жиҳатдан операцияларнинг жуда мураккаблиги ва



**15-расм.** Қизилўнғачнинг ўрта қисмидаги ўсмада уни резекция қилиш ва меъдадан сунъий қизилўнғач ясаш операцияси.



**16-расм.** Қизилўнғачнинг пастки қисмидаги ўсмада операциянинг ҳажми.

операциядан кейинга ўлим кўрсаткичининг юқорилиги сабабли қизилўнғач экстирпацияси жисмоний бақувват одамларда қилинади ва у 35,9 % беморларга 3 йилдан кўпроқ яшашга имкон беради. Агар бунга нур терапияси ҳам қўшилса — 48,8 % беморлар 3 йилдан кўп яшайдилар.

Нурлантириш гамма-терапия аппаратларида ўтказилиб, асосан 3 хил режада олиб борилади.

Катта фракцияли режада нур 4 Гр дан 5 марта берилиб (жами 20 Гр) 3—5 кундан кечикмасдан операция қилинади.

Кичик фракцияли режа: нур ҳар куни 2 Гр дан 4—6 ҳафта берилиб, жами дозаси 60 Гр гача етказилади.

Кўпинча курс бўлинган ҳолда ўтказилади, бунда нурлантириш 30—35 Гр дозага етказилиб, 2 ҳафта давомида

танаффус берилади, кейин яна давом эттирилиб, жами доза 60—70 Гр гача етказилади. Охирги 2 та режадан кейин 2—3 ҳафта ўтказилиб операция қилинади. Қизилўнгачнинг юқори қисми саратонида ҳам шу тартибда нурлантириш ўтказилади.

Сўнгги йилларда радикал операцияни кўтара олмайдиган ёки уни бажариб бўлмайдиган беморларда кўшма нурлантириш қўлланилмоқда. Бу усулда саратонга одатдаги дистанцион гамматерапия берилади ва ичкаридан ҳам қизилўнгачга махсус зонд орқали радиоактив кобальт  $^{60}\text{Co}$  ёки аппарат орқали бошқа радиоактив моддалар юборилади. Нурлантиришда — умумий дозанинг  $2/3$  қисми (жами 50—55 Гр) ташқаридан ва  $1/3$  қисми (жами 20—25 Гр) ичкаридан берилади. Бу усул амалда ҳали кўп ишлатилган эмас, аммо биринчи натижалари одатдаги нур терапиясидан афзалроқ кўринмоқда.

Агар қизилўнгач жуда торайган бўлса, мажмуий усул қўлланилиши мумкин: дастлаб ўсма ҳарорати махсус аппаратлар (СВЧ, УВЧ) ёрдамида 44—47° С гача етказилади, кейин сунъий гипергликемия қилиниб (яъни қонга кўп миқдорда глюкоза юбориб) нур берилади. Бу усул паллиатив даволашлар билан қўшилиб кўпгина беморлар аҳволини яхшилади ва уларнинг 8,2 % и умрини 5 йил ва ундан кўпроққа чўзади.

Паллиатив даволашдан мақсад, радикал даволаш ўтказиб бўлмайдиган беморларда дисфагия ва оғриқларни бартараф қилиб, уларнинг аҳволини яхшилаш ва умрини узайтиришдир. Бунинг учун нур терапияси, лазер нурлари ва паллиатив жарроҳлик усуллари ишлатилади. Нур билан даволаш дистанцион нурлантириш бўйича олиб борилади, унинг дозаси эса беморнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлади. Нур терапияси кўпинча ўсманинг кичрайишига ва қизилўнгачдан овқат ўтиши вақтинча тикланишига олиб келади. Бундай натижага беморни лазер билан нурлантирилганда ҳам эришиш мумкин. Лазер нури бунда эндоскоп орқали ўсмага туширилади ва радиоактив нурлантиришга нисбатан ўсмада емирилиш тезроқ юз беради. Лекин даволаш жараёнида қизилўнгачнинг тешилиб қолиши, медиастенит, оқма пайдо бўлиши каби ҳар хил асоратлар юз бериши мумкин. Паллиатив жарроҳлик операцияларидан гастростомия, реканализация, эндопротез қўйиш кенг қўлланилади.

*Кимётерапия* мустақил даволаш усули сифатида унча яхши натижа бермайди, аммо адриамицин, метотрексат ва уларнинг комбинацияси ишлатилганда вақтинча ремиссияга эришилади. Ҳозирги вақтда адъювант ва ноадъювант кимётерапия натижалари ўрганилмоқда.

*Даволаш натижалари.* Қизилўнгач саратонида даволашнинг узоқ натижалари қониқарсиз.. Радикал жарроҳлик усули билан даволанган беморлар 5—15 % ҳолда 5 йилдан кўп яшайди. Радикал операциядан олдин нур терапияси ўтказилса, 16,3 %, агар нур ҳамда кимётерапия ўтказилса — 32,2 % беморлар 5 йил ва ундан ортиқ яшайдилар.

Нур терапияси мустақил равишда ишлатилса 3—5 % беморлар 5 йил ва ундан кўп яшаши мумкин.

Ҳозирча кимёвий даволашнинг узоқ натижалари унча яхши эмас. Паллиатив даволаш беморлар ҳаётини бир оз узайтиради, касалликнинг салбий асоратларини камайтиради ва қолган умр сифатини яхшилайдди.

*Касалликнинг олдини олиш.* Ҳамма минтақаларда қизилўнгач саратонининг олдини олиш чораларига чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, жуда иссиқ ва аччиқ овқатлар ейишдан сақланиш, хилма-хил овқатланиш, таркиби витамин А, С ва В га бой бўлган сабзавот ва меваларни кўпроқ истеъмол қилиш киради. Булардан ташқари, сурункали эзофагит ва бошқа ўсма олди касалликлари билан оғриган беморларни адекват даволаш муҳим аҳамиятга эга. Қорақалпоғистон республикаси Мўйноқ туманида Ўзбекистон онкология илмий маркази томонидан олиб борилган узоқ муддатли илмий текширишлар қизилўнгачнинг ўсма олди касалликлари ва организмдаги витамин С миқдори ўртасида патогенетик боғлиқлик борлигини исботлади. Бу туманда аҳолини ёппасига витаминлаштириш ишлари ўтказилиши ва стационар шароитида қизилўнгачнинг ва ўсма олди касалликлари бўлган беморларни даволаш, қизилўнгач саратони билан касалланганлар сонини 1979 йилдан 1990 йилгача 1,7 марта камайишига олиб келди. Келтирилган далиллар қизилўнгач саратонининг келиб чиқишида витамин С етишмаслигининг аҳамияти ва унинг миқдорини организмда нормал даражада ушлаб туриш касалликни кескин камайтириши мумкинлигини кўрсатади.

## МЕЪДА САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Меъда саратоми ер юзида бир хилда тарқалмаган. Ушбу хасталик билан энг кўп касалланиш Япония, Италия, Чили, Исландия ва бошқа бир қатор мамлакатларда қайд этилган. Энг кам касалланиш Канада, Америка Қўшма Штатлари, Австралия ва баъзи бир Африка мамлакатларида кузатилади. Хамдўстлик мамлакатларида меъда саратоми билан касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Россия Федерацияси, Белоруссия, Латвия ва Литвада бўлиб, энг кам кўрсаткич — Туркменистон, Ўзбекистон, Арманистон ва Грузияга хосдир.

Ўзбекистонда меъда саратоми хавфли ўсмалар билан касалланиш тузилмасида биринчи ўринда туради. Унинг республикада минтақалараро тарқалишини қуйидаги жадвалда кўриш мумкин.

34-жадвал

Ўзбекистонда меъда саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	21,6	8,5	Самарқанд вилояти	6,7	4,7
Андижон вилояти	16,4	8,3	Сурхондарё вилояти	4,2	3,9
Бухоро вилояти	7,5	8,1	Сирдарё вилояти	7,3	5,4
Жиззах вилояти	9,7	8,3	Тошкент вилояти	11,6	7,2
Қашқадарё вилояти	3,6	4,8	Фарғона вилояти	6,1	6,7
Навоий вилояти	11,2	9,7	Хоразм вилояти	4,1	3,3
Наманган вилояти	5,4	7,7	Қорақалпоғистон Республикаси	13,5	8,6
Ўзбекистон бўйича жами: 1993 — 8,6; 1998 — 6,7					

Касалланиш кўрсаткичи Тошкент шаҳри, Навоий, Жиззах, Андижон, Бухоро вилоятларида ва Қорақалпоғистон республикасида энг юқори. Меъда саратоми Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида кам учрайди. Энг кўп касалланиш 60 ёшдан ошган кишиларда ва эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта кўпроқ кузатилади. Меъда са-



ратони уларда 30—39 ёшлиларга нисбатан 20 баравардан кўпроқ қайд этилган. Сўнги 25—30 йил ичида бу хасталик билан касалланиш ва ундан ўлиш бутун дунёда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам камаймоқда. Бундай ижобий ўзгаришларнинг сабаблари охиригача ўрганилмаган.

**Касаллик сабаблари.** Эпидемиологик текширишлар шуни кўрсатадики, меъда саратони қаерда жуда аччиқ ва шўр, таркиби бир хил овқат, кўп қовурилган гўшт, дудланган балиқ мунтазам истеъмол қилинса, шу ерда кўпроқ учрайди. Касалланиш даражаси хилма-хил овқатлар истеъмол қилинадиган, сабзаёт ва мевалар кўп ишлатиладиган жойларда камроқ бўлади. Меъда саратонининг пайдо бўлиши овқат маҳсулотларида канцероген моддаларнинг борлигига бевосита боғлиқ. Уларнинг ичида энг кўп эътибор талаб қиладиганлари нитроза бирикмалари ва бензпирендир. Нитрозобирикмаларнинг кўп қисми организмга овқат билан тушадиган нитрит ва нитратлардан эндоген равишда (одам ичида) меъда ва ичак микрофлораси ишлаб чиқарадиган ферментларнинг бевосита иштирокида синтез қилинади. Нитрит ва нитратлар кўп миқдорда дудланган, қуритилган ва тузланган балиқ, гўшт, консерва ва колбасаларда учрайди. Лекин бошқа озиқ-овқатлар ва ичимлик сувлар ҳам қишлоқ хўжалигида азот ўғитлари меъёрдан ортиқ ишлатилганлиги туфайли ифлосланади.

Канцероген модда—бензпирен саноат корхоналари ва автотранспорт тутунида кўп бўлиб, меваларга, дала ўсимликларига, сабзаёт ва полиз экинларига ўтиради ва улар билан бирга одам организмга тушади.

Нитроза бирикмалари ва бензпиреннинг меъда саратонини ривожлантириш хусусиятлари борлиги ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар орқали тасдиқланган.

Клиник тажрибалар шуни кўрсатадики, кучли спиртли ичимликларни суистеъмол қилувчиларда ва тамакини кўп чекадиганларда меъда саратони кўпроқ учрайди. Меъда саратони пайдо бўлишида генетик мойилликнинг аҳамияти ҳам тўлиқ ўрганилмаган. Лекин, меъда саратони айрим оилаларда кўпроқ учрайди. Бунинг молекуляр механизми ҳозир илмий марказларда ўрганилмоқда.

Шу нарса аниқланганки, А, С, Е ва бошқа витаминлар антиоксидантлик хусусиятига эга бўлиб, нормал

хужайраларни саратон хужайраларига айланишига йўл қўймайди ёки фаол равишда камайтиради. Овқатланиш хусусиятларидан ташқари, тупроқдаги микроэлементлар — магний ва селеннинг меъда саратони ривожланишидаги аҳамияти тўғрисида олимларнинг фикри ҳар хил ва махсус тажрибалар билан тасдиқланмаган.

*Меъда саратони олди касалликлари.* Буларга сурункали атрофик гастрит, полиплар ва меъда яраси киради.

*Сурункали атрофик гастрит.* Бу касалликда меъда шиллиқ қавати атрофияси билан бир қаторда унинг баъзи жойлари пролиферацияси ва эпителий хужайраларининг метаплазияси (яъни меъда эпителийсининг ичак эпителийсига айланиши) кузатилади. Сурункали атрофик гастритда пепсиноген ва хлорид кислота ишлаб чиқарилиши камаяди, бактериал флора кўпайиб кетади ва бу эса ўз навбатида меъдада нитроза бирикмалари пайдо бўлишига олиб келади. Сурункали атрофик гастрит билан касалланганларда меъда саратони соғлом кишиларга нисбатан 4—6 барабар кўпроқ учрайди. Шу сабабли бундай беморлар доимий диспансер кузатувида бўлишлари керак. Худди шундай диспансер кузатувида пернициоз анемия билан касалланган беморлар ҳам муҳтож. Чунки бу хасталикда ҳам меъда саратони соғлом одамларга нисбатан 3—5 марта кўпроқ кузатилади.

*Меъда полиплари.* Полиплар бу меъда бўшлиғига шиллиқ қават эпителийсидан ўсган думалоқ тузилмалар бўлиб, нозик оёқчали ёки кенг негизли бўлади. Улардан безли (аденоматоз) ва кенг негизли полипларнинг саратонга айланиш хавфи кўпроқ. Полиплар асосан 78—84 % ҳолларда меъданинг антрал бўлимида учрайди. Кўпчилик беморларда касаллик ҳеч қандай аломатларсиз кечади. Агар полип емирилса, унда анемия, ҳолсизлик, кучли оғриқ ва қусиш рўй бериши мумкин.

Полиплар борлиги ва унинг ташхиси эндоскопик ва рентгенологик йўл билан аниқланади. Рентгенологик текширилганда полип 0,3 % ҳолда соғлом одамларда аниқланади, унинг сояси диаметри кўпинча 0,5 дан то 2 см гача, атрофидаги шиллиқ қават ўзгармаган, бурмалари узилмаган бўлади. Агар полип ингичка ва узун оёқчали бўлса, кўринмаслиги ҳам мумкин. Эндоскопик текшириш ўтказилганда полиплар 0,2—0,6 % соғлом одамларда аниқла-

ниб, думалоқ ёки замбуруғсимон шаклда, атрофидаги тўқималардан аниқ чегараланган бўлади. Уларнинг ранги қизилроқ бўлиб, юзасида оқимтир караш ёки унча чуқур бўлмаган яраланиш кузатилиши мумкин. Полипларнинг саратонга айланиш эҳтимоли кўпгина олимлар фикрича 1,5—5 % га тенг.

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

*Сурункали меъда ярасига* ҳам ўсма олди касаллиги сифатида қаралади. Уни аниқлаш учун рентгенологик ва эндоскопик усуллар қўлланилади. Меъда ярасидан саратон келиб чиқиши патогенези узил-кесил ҳал қилинмаган. Сурункали яранинг 4,6—15 % беморда хавфли ўсмага айланиши кузатилган. Меъда яраси хавфли ўсмага айланиши пайтида одатда ярага хос бўлган овқатдан кейинги оғриқлар тўхтайдди, бемор сабабсиз оза бошлайди, ишт<sup>а</sup>ҳаси пасаяди, кучсизлик рўй беради. Эндоскопик текшириш ўтказилганда яранинг четлари чандиқлангани, тубида инфльтрация борлиги, текканда оғримаслиги кузатилади. Тўғри ташхис яра четларининг турли жойларидан олинган биоптатлар морфологик текшириб кўрилганидан кейингина қўйилиши мумкин.

*Меъда резекциясидан кейинги атрофик гастрит.* Меъда резекциясидан кейин табиий равишда меъда ширасининг кислоталилиги камайиб, ўтнинг меъда чўлтоғига ўтиши кузатилади. Бу эса ўз навбатида меъданинг қолган қисмида сурункали гастрит ривожланишига, эпителийнинг ичак метаплазиясига айланишига олиб келади. Вақт ўтиши билан патологик ўзгаришлар ривожланиб боради ва саратон юзага келиши учун шароит туғилади. Эркаклар 4—5 марта кўпроқ касалланади. Усма кўпинча 10—20 йилдан кейин

пайдо бўлади. Касалланиш хавфи ёшлик вақтида резекция ўтказганларда бир оз юқорироқ бўлади. Касалликни эрта аниқлаш учун илгари меъдаси резекция қилинган беморлар ҳар йили диспансер кузатувида бўлиб, 10 йил ва ундан кўпроқ вақт мобайнида албатта рентгенологик ёки эндоскопик текширувлардан ўтиши керак.

**Патоморфологик тузилиши.** Россия Федерацияси Онкология илмий марказининг маълумотларига кўра, саратон 23,3 % беморларда меъданинг юқори кардиал қисмида, 14,3 % — ўрта (тана)қисмида ва 49,2% — пастки пилорик қисмида жойлашган бўлади. 13,2 % беморда меъдани бутунлай шикастлайди.

Эндоскопик ва макроскопик текширишлар асосида меъда саратони 3 турга бўлинади:

**Экзофит саратон.** Бунда ўсма меъда бўшлиғи томонига кўпроқ ўсиб, полип ёки замбуруғ шаклида бўлади. Кўпинча ўсманинг ўртаси емирилиб, ликопчасимон ярага айланади.

**Эндофит саратон** — меъда девори, қаватларини инфилтрациялаб ўсади ва 2 асосий шаклда намоён бўлади: яраланган инфилтратив ва диффуз инфилтратив саратон (масалан, скирр).

**Аралаш турида** ҳам экзофит, ҳам эндофит саратон аломатлари юзага чиқади. Амалиётда кўпинча ликопчасимон ва яраланган — инфилтратив шакллари учрайди.

Микроскопик текшириш натижалари бўйича саратоннинг ҳар бир тури ўзига хос хужайралардан иборат бўлади. Халқаро морфологик таснифга кўра меъда саратони хужайраларига қараб 5 хилга бўлинади:

*Аденокарцинома (безли саратон):*

- а) папилляр хужайрали;
- б) тубуляр хужайрали;
- в) муциноз хужайрали;
- г) узуксимон хужайрали;

*Ясси хужайрали саратон;*

*Аралаш хужайрали (ясси ва безли) саратон;*

*Шаклланмаган хужайрали саратон;*

*Нотасниф хужайрали саратон.*

Одатда экзофит турдаги ўсма безли хужайралардан иборат бўлади. Эндофит турини эса кўпинча шаклланмаган, нотасниф хужайралар ташкил этади. Меъда саратонининг ўсиши ва ривожланиш халқаро TNM таснифи ва босқичлари билан ифодаланади.

## Меъда саратонининг халқаро TNM таснифи

$T_x$	— бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумот кам.
$T_{is}$	— инвазия бермаган ўсма.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмаган.
$T_1$	— ўсма меъдани фақат шиллиқ ёки шиллиқ ости қавати билан биргаликда шикастлаган, унинг ўлчами ва жойлашининг аҳамияти йўқ.
$T_2$	— ўсма меъда деворига чуқур ўсиб кирган, унинг ярмидан камроқ қисмини шикастлаган.
$T_3$	— ўсма меъда деворига чуқур ўсиб кирган ва унинг ярмидан кўпроқ қисмини шикастлаган.
$T_4$	— ўсма меъда деворига чуқур ўсиб кирган ва унинг ярмидан кўпроғини шикастлаган ёки қўшни аъзоларга тарқалган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчалар ҳолатини аниқлаш учун маълумот кам.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз аниқланмаган.
$N_1$	— меъданинг кичик ва катта эгриликларидаги ўсмадан 3 см дан узоқ бўлмаган лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$N_2$	— ўсмадан 3 см наридаги лимфа тугунчаларида, шу жумладан, меъда, қораталоқ ва умумий жигар артериялари ёнида ҳам метастазлар бор.
$N_3$	— парааортал, гепато-дуоденал ва қорин бўшлиғи ичидаги бошқа лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$M_x$	— узоқлашган метастаз борлигини аниқлаш учун маълумот кам.
$M_0$	— узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

### Меъда саратонининг босқичлари

I босқич	— ўсма ўлчами 3 см гача, шиллиқ ости қаватигача тарқалган, регионар метастазлар бермаган.
IIа босқич	— ўсма ўлчами 3 см дан каттароқ, шиллиқ қаватигача тарқалган ёки ўсманинг ўлчами

- хар хил бўлиб, меъданинг мускул қавати-га ўтган бўлсада, лекин сероз қаватига ўтмаган, регионар метастазлар йўқ.
- IIб босқич — ўсманинг ўлчами ва тарқалиши юқоридагидек, лекин айрим ёлғиз (2 дан кўп эмас) перигастрал лимфа тугунчаларида метастаз бор.
- IIIа босқич — ўсманинг ўлчами ҳар хил бўлиб, меъданинг ҳамма қаватига ўсиб кирган ёки қизил-ўнғач ва 12 бармоқ ичакка ўтган. Регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
- IIIб босқич — ўсманинг тарқалиши юқоридагидек, лекин перигастрал, чап меъда, умумий жигар ва қораталоқ артериялари ёнидаги лимфа тугунчаларида кўплаб метастазлар бор.
- IV босқич — ўсма ўз атрофидаги аъзо тўқималарига ўсиб кирган ёки ўсманинг узоқлашган метастазлари мавжуд.

**Клиник манзараси.** Меъда саратонининг клиник кўриниши хилма хил бўлиб, бошқа кўпгина меъда-ичак касалликлариникига ўхшайди ва уларнинг ўсиши, ривожланиши ва асоратлари билан бевосита боғлиқ. Меъданинг эрта саратони бутунлай белгисиз кечиши мумкин. Бунда ўсма тасодифан рентгенологик ёки эндоскопик текшириш чоғида аниқлаб қолинади. Касаллик 15—40 % беморда белгисиз кечеди, камдан-кам ҳолларда улар ўсма борлигидан ва бошқалари эса қўшимча меъда-ичак касалликларидан шикоят қиладилар.

Меъда саратонининг бошланғич пайтида «кичик белгилар» синдроми учратиш мумкин. Унга қуйидагилар киради:

— беморнинг охириги вақтларда ўзини ёмон сезиши, тез чарчаб қолиши;

— кайфияти, ҳаётга, ишга қизиқиши йўқлиги, ётсираш;

— сабабсиз иштаҳанинг пасайиши, баъзида эса бир хил овқатлар, масалан, гўшт, балиқ ва бошқаларни кўнгил тортмаслиги;

— «меъда дискомфорт» ҳолати (яъни овқатланишдан мамнун бўлмаслиги, қориннинг тўлиб кетиш ҳисси, эпигастрал соҳада оғирлик ёки оғриқ пайдо бўлиши, баъзан кўнгил айнаши);

— беморнинг тез ориқлаб кетиши, камқонлик (анемия) пайдо бўлиши.

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

*Кардиал бўлим саратонида* овқат ўтиш йўли қисилиши туфайли келиб чиққан дисфагия бошқа симптомларга нисбатан биринчи ўринда туради. Бемор овқатнинг қийналиб ёки тўхталиб ўтишидан шикоят қилади. Дастлаб қаттиқ овқат сувсиз ўтмайди, кейинчалик юмшоқ ва ярим суюқ овқатлар ҳам ўтмай қолади. Овқат егандан кейин дарҳол кўнгил айниши ва қайт қилиш кузатилиши мумкин. Бемор тез озиб кетади ва тиббий ёрдамга муҳтожлик сезади.

*Меъда танаси саратони* кўп вақт ўзини намоён қилмаслиги мумкин. Одатда беморлар иштаҳа пасайиши, ўзни ёмон ҳис қилиш ва сабабсиз озишдан шикоят қиладилар. Фақат ўсма емирилгандан кейин ичдан қон кетиш аломати пайдо бўлади, ўсма меъда ости безига ўсиб кирса, белда кучли оғриқ рўй беради.

*Меъданинг пилорик бўлими саратони* қисқа муддат ичида меъдадан ичакка овқат чиқиш йўлини қисади. Бунда эпигастрал соҳада оғирлик ҳисси, ёқимсиз ҳидли кекириш, бир неча соат олдин ёки кечаги еган овқатини қайт қилиш кузатилади. Кўпинча беморларнинг ўзлари аҳволини вақтинча яхшилайдиган қайт қилишни чақирадилар. Қорин пайпасланганда суюқликнинг шалоплаган овози эшитилади, баъзида эса умуртқа поғонасининг ўнг томонида қаттиқ тузилмани пайқаш мумкин. Беморларда тез озиш ва сувсизланиш кузатилади.

Меъда саратони қандай шаклда бўлмасин ва қайси қисмда жойлашмасин, албатта, яқин ва узоқлашган метастазлар беради. Дастлаб меъда яқинидаги лимфа тугунчалари чап меъда артерияси пилорик ва ўнг меъда-чарви артерияси бўйлаб жойлашганларда аниқланади. Талоқ дарвозаси атрофидаги лимфа тугунчаларидаги метастазлар асосан саратон меъданинг юқори қисмида жойлашганда учрайди. Антрал бўлим саратонида жигар ва ўн икки бармоқ ичак боғлами, лимфа тугунчалари шикастланиши мумкин.

Саратон ҳужайраларининг кейинчалик лимфа система бўйлаб тарқалиши қорин орти бўшлиғи, меъда ости безининг атрофи, ичактутқич илдизи ва жигар дарвозасида жойлашган лимфа тугунчаларининг шикастланишига олиб

келади. Баъзи бир беморларда лимфоген метастазлар узок лимфа тугунчаларида, жумладан, ўмров усти, киндик, Дуглас оралиғи ва тухумдонларда аниқланади. Метастазлари бор лимфа тугунчалари думалоқ шаклда, қаттиқ консистенцияда, пайпаслаб кўрилганда қимирлайдиган, оғриқсиз, конгломератлар ҳосил қилмаган бўлади. Ўлчамлари тарик дони катталигидан то 2 см гача етиши мумкин.

Чап ўмровнинг медиал қисми устидаги лимфа тугунчаларидаги метастаз — Вирхов метастази, киндик ёнидаги — Джозеф метастази, Дуглас оралиғидаги — Шнитцлер метастази ва тухумдондагилар Крукенберг метастази деб номланади. Гематоген метастазлар энг кўп ҳолларда жигарда, камроқ ўпка, плевра, меъда ости беши ва буйрақларда учрайди. Импантацион метастазлар одатда кичкина, тарик донига ўхшаш бўлиб, париентал ва висцерал плевра юзасида тарқалган бўлади. Бундай ҳолларда кўпинча асцит ҳам кузатилади.

*Касаллик асоратлари.* Одатда меъда саратонида қон кетиши, пилорик, кардиал бўлимлар стенози, ўсманинг қўшни аъзолар ва тўқималарга ўсиб кириши, қорин бўшлиғига тешилиб кетиши кузатилади.

*Ташхисоти.* Меъда саратонига шубҳа қилинганда одатда кўйидаги клиник текширишлар қўлланилади: сўраб-суриштириш, объектив ва лаборатория текширишлари, рентгеноскопия, рентгенография, эндоскопия ва ультратовуш текширишлари.

*Сўраб-суриштириш* пайтида беморни нима безовта қилаётгани, қориндаги овқат билан боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган оғриқлар, кекириш, зарда қайнаши, иштаҳанинг пайсиши, сабабсиз озиш, кўнгил айниши, ахлатнинг (нажас) қора рангда келишини аниқлаш мумкин. Агар беморда сурункали анемия, меъда яраси, атрофик гастрит ва полиплар бўлса, улар туфайли қачон рентгенологик ёки эндоскопик текширувлардан ўтганлигини билиш жуда зарур. *Қонни умумий таҳлил қилганда* ўсмаси катта ўлчамларга етган беморларнинг 80%ида эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошиб кетганлиги кузатилади. Эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошганлиги кўшимча ташхисот белгиси бўлиб хизмат қилади, чунки касаллик қайталанмаган пайтда у ўзгармаган бўлади. Анемия борлиғига ҳам катта аҳамият берилади. Одатда анемия гипохром турда бўлиб, қон кетиши натижасида юзага келади. Ахлатни қонга текшириш



ҳам муҳим қўшимча текшириш усулларидан ҳисобланади. Ахлатда қон одатда емирилган экзофит ва яраланган меъда саратонларида пайдо бўлади. Агар қон кам бўлса, яшинин ҳолда бўлиб, кўп бўлса ахлат рангини қорайтиради.

Меъдани *рентгеноскопия ва рентгенография* қилиш узоқ вақтдан бери саратонга ташхис қўйишда етакчи усуллардан бири бўлиб келмоқда. Меъда саратонининг рентгеноскопик манзараси жуда хилма-хил бўлиб, унинг ўсиш хусусиятлари, ўсманинг ўлчами ва жойлашишига боғлиқ.

Экзофит саратонда контраст модда — барий билан меъда бутунлай (ўсма бор жойдан ташқари) тўлади. Бу «тўлиш нуқсони» симптоми деб аталади ва унинг ташхис учун аҳамияти катта. Ўша тўлмаган жой рентген суратида думалоқ шаклга яқин, четлари нотекис бўлиб кўринади.

Эндофит саратонда ҳам «тўлиш нуқсони» симптоми учрайди, аммо у одатда каттароқ ва япалоқ бўлади. Бу жойда меъда деворининг физиологик қисқариши кузатилмайди.

*Эндоскопик текшириш.* Кўп беморлар учун, айниқса, меъда саратонининг эрта босқичларида ҳал қилувчи текшириш усули ҳисобланади. Бунда меъда шиллиқ қавати бевосита фиброгастроскоп билан кўрилиб, гистологик текширишга материал олинади. Эндоскопик текшириш натижалари жуда юқори бўлиб, ҳатто эрта саратон билан оғриган беморларнинг 90%ига тўғри ташхис қўйишга эришилади. Шу билан биргаликда бунда диаметри 5 мм бўлган тузилмаларни ҳам аниқлаш имконияти туғилади.

*Ультратовуш билан* меъдани текшириш учун унинг ичига зонд орқали суяқлик (сув) юборилади. Шунда саратон бор жойда меъда девори қалинлашади ёки ўзи кўринади.

*Компьютер томография* қўлланилганда меъданинг ҳар 5—10 мм юпқа қатламини (қирқимларни) нур билан бўлиб, ўсманинг жойлашиши, шакли, атрофидаги аъзоларга муносабати аниқланади.

*Радионуклид усулнинг* фақат меъда саратонини эмас, балки унинг жигарга берган метастазларини аниқлашда аҳамияти катта.

*Иммунологик ташхис* беморнинг қонида махсус оқсиллар (альфафетопротеин — АФП; саратон-эмбрионал антигени — СЭА; сульфогликопротеин антигени ва бошқалар) топилишига асосланган. Бу усул ҳозирги вақтда про-филактик кўрикларда ва поликлиника текширувларида ишлатилмоқда ва айрим мамлакатларда 70% гача меъда

саратони бор беморларни топишга ёрдам бермоқда. Лекин иммунологик усул кўпроқ жарроҳлик ва бошқа даволашлар самарадорлиги, рецидив ва метастазларни аниқлашда муҳим аҳамият касб этади.

**Қийёсий ташхис.** Беморнинг шикоятларига қараб меъда саратонини қатор бошқа касалликлардан ажрата билиш керак. Меъда касалликларида 5 та асосий клиник синдром кузатилади: 1) оғриқ; 2) меъда дискомфорти; 3) анемия; 4) дисфагия; 5) меъда эвакуациясининг бузилиши.

Беморларда меъда саратони оғриқ синдроми ва меъда дискомфорти билан кечса, бундай ҳолларда таққословчи ташхис меъда яраси, гастритлар, меъда ости беши саратони ва бошқаларга нисбатан ўтказилади. Оғриқ синдромида унинг хусусиятлари, ривожланиш динамикаси, секин-аста бемор умумий аҳволининг ёмонлашиши, шикоятлар тавсифининг ўзгаришига эътибор берилади.

Анемик синдром вақтида унинг тавсифи, манбаи ва табиати тўғрисидаги масала ҳал қилинади. Текшириш вақтида айниқса меъда туби ҳолатига, қонайдиган хавфли ўсма қаерда учраши мумкинлигига эътибор берилади.

Дисфагик синдромда таққословчи ташхисни чандиқли торайишлар ва қизилўнгач ахалазиясига нисбатан ўтказиш керак. Қисқа бўлган анамнез, симптомларнинг аста-секин зўрайиб бориши, меъда дискомфорти, умумий ҳолсизлик, озиб кетиш хавфли ўсмадан дарак беради. Меъда эвакуациясининг бузилиши, анамнезда яранинг йўқлиги, симптомларнинг секин-аста кучайиб бориши, меъда дискомфорти, стенознинг нисбатан тез вақт (ҳафта, ой) давомида ривожланиши, касалликнинг кундан-кунга зўрайиб бориши юз берса ва хасталанган кишилар кекса бўлса пилорик стенознинг ўсма табиатли эканлиги тўғрисида фикр юритиш мумкин.

**Даволаш.** Меъда саратонини даволашда кейинги йилларда кўп ўзгаришлар рўй берди ва ҳозирги вақтда қуйидаги усуллар қўлланилмоқда:

Жарроҳлик усули

Нур терапияси

Кимётерапия

Криотерапия

Иммунотерапия

Комбинацияланган усуллар.

Бу усулларни алоҳида ёки бирга қўшилган ҳолда қўлланиши асосан саратон меъданинг қайси қисмида жойлаш-

Амалий тажриба операциядан олдин нур терапияси қўлланилганда иккинчи режа биринчисидан афзалроқ эканлигини кўрсатади. Операциядан кейин қўлланилса, биринчи режа самаралироқ бўлади. Нур терапиясининг интраоперацион ва интрагастрал нурлантириш усуллари бор. Интраоперацион нурлантириш махсус шароитни талаб қилади: операция қилинадиган хонада ионловчи нур аппаратлари (гамма нурлар, электронлар тарами ва бошқа) бўлиши керак. Қорин бўшлиғи очилиб меъданинг саратон жойлашган қисми нурлантирилади ва кейин жарроҳлик усули қўлланилади. Илмий адабиёт маълумотларига кўра, бу даволаш усули узоқ натижаларни яхшилайдди.

Интрагастрал нурлантириш учун бемор гастростома қилиниши керак. У орқали меъда ичига ҳар хил радиоактив моддалар (кобальт, цезий, иридий, стронций, технеций ва бошқалар) юборилади ва саратон бевосита контакт билан нурлантирилади. Бу янги усул бўлиб, клиник тажриба энди йиғилмоқда. Лекин дастлабки натижалари ёмон эмас.

*Кимётерапия* меъда саратонини даволашда мустақил равишда ишлатилмайди. У III ва IV босқичлардаги саратонни даволаш режалари таркибига киради ва уларни узоқ натижалари яхшиланишига, метастазлари камайишига олиб келади. Меъда саратонида сезиларли самара берадиган кимёвий препаратлар: 5—фторурацил, митомицин, цисплатин ва вепезиддир. Буларнинг ичида энг кўп тарқалгани ва барча онкологик касалхоналарда ишлатиладигани—5—фторурацил ҳисобланади. Одатда у даволаш режасида беморнинг ҳар 1 кг вазнига 15 мг дан кунора берилади, жами —3 г ни ташкил қилади. Бундай режа 2—4 марта қайтарилади.

*Криотерапия* — бевосита жарроҳлик операцияси пайтида меъда саратонини суюқ азот (ҳарорати —196°С) билан музлатиш усулидир. У меъдани олиб ташлашдан олдин қўлланилганда метастазланишни камайтиради ва узоқ натижаларини яхшилайдди. Саратоннинг IV босқичида айрим ҳолларда у ягона даволаш усули сифатида ишлатилади ва кучли оғриқлар ҳамда қон кетишини тўхтатади.

Кейинги йилларда иммунотерапия беморларни саратонга қарши курашиш қобилятини кўтариш мақсадида қўлланилмоқда. Бунинг учун қатор иммуномодуляторлар — левамизол, декарис, зимозан, БЦЖ, лимфокинлар ва

монокинлар қўлланилмоқда. Бу усул рецидив ва метастазларни камайтиришда муҳим рол ўйнайди.

Меъда саратонининг III—IV босқичларини даволаш усуллари самарадорлиги баҳоланганда узоқ натижаларига кўра биринчи ўринни шубҳасиз комбинацияланган ва комплексланган усуллар эгаллайди. Беморни безовта қиладиган хасталик белгилари рецидив, метастазларни камайтиришда ва қолган умр сифатини яхшилашда бу қўшма усулларнинг аҳамияти жуда катта. Барча усулларни бирга ишлатиш режалари кўпинча жарроҳлик усули негизда ташкил қилинади. Лекин улар жарроҳлик усулисиз ҳам қўлланилиши мумкин.

*Даволаш натижалари.* Меъда саратонини даволашда ишлатилган усуллар самарадорлиги даволанган беморнинг қанча вақт яшашига қараб баҳоланади. Бу эса кўпгина омилларга боғлиқ бўлиб, уларнинг энг муҳимлари саратоннинг босқичи, макроскопик шакли, микроскопик тuzилиши, қайси қисмда жойлашиши, беморнинг ёши ва жарроҳлик операциясининг ҳажми ҳисобланади. Омиллар ва даволаш усулларини бирга ишлатиш қоидалари кўплиги туфайли даволаш натижалари ҳам ҳар хил бўлади. Аммо шу нарса аниқки, саратоннинг биринчи босқичи, экзофит шакли, у меъданинг дистал қисмида жойлашган ва бемор унча қари бўлмаганда радикал операция билан даволаш самарадорлиги бошқача усулларга нисбатан юқори бўлади. Масалан, меъданинг экзофит саратони I—II босқичларида жарроҳлик усулларидан (субтотал резекция, гастроэктомия) кейин беморларнинг 90,5—97,0% и 5 йилдан ортиқроқ яшайди, эндофит шаклида эса кўрсаткичлар бундан 5—10 марта паст бўлади.

III босқичда жарроҳлик усули билан даволаш фақат 20,2% дан 31,5% гача ҳолларда экзофит саратонли беморлар ҳаётини 5 йилдан кўпроққа узайтиради. IV босқичда эса даволашдан кейин беморларнинг умри ўртача 1—1,5 йилдан ошмайди. Шу сабабли меъда саратонининг III ва IV босқичларида асосан комбинацияланган ва комплексланган даволаш усуллари қўлланилади. Уларни узоқлашган натижалари III босқичда нур терапияси ва радикал операциядан кейин 35,8—37,5%, радикал операция ва кимётерапиядан кейин 38,2—40,0%, комплексланган усул (нур терапияси, радикал операция ва кимётерапия) қўлланилганда —41,3% беморларнинг 5 йилдан кўпроқ яшаши билан ифодаланади. IV босқичда фақат жарроҳлик усули-

нинг ўзи ишлатилса, эндофит саратонда 1,4%, экзофит турида—6,5% бемор 5 йил яшайди холос. Паллиатив операциядан кейин нур терапияси қўлланилса — 19,5%, кимё терапиясидан кейин —38,7% беморларнинг умри 5 йилга тенг бўлади.

IV босқичда беморларнинг аҳволи оғир бўлгани учун кўпинча жарроҳлик усулини ишлатиш мумкин бўлмайди. Бундай беморларнинг умри одатда операциядан кейин 4—6 ойдан ошмайди. Агар бундай беморларда интраартериал кимётерапия билан бирга УВЧ-гипертермия ва нур терапия қўлланилса, уларнинг аҳволи яхшиланиб, кейинги умри ўртача 12,9 ойга тенг бўлади.

**Касалликнинг олдини олиш.** Меъда саратонининг олдини олиш чораларидан бири — бу меъда ўсма олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш, диспансеризация қилиш ва барвақт даволашдан иборатдир. Кунига 3—4 марта овқатланиш, тузланган, дудланган, ўта аччиқ овқатларни камроқ ейиш, шўрва, сут, қатиқ каби маҳсулотларни кўпроқ ишлатиш, витамин «А», «С» ларга бой бўлган мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш, чекишни ташлаш ва спиртли ичимликларни ортиқча истеъмол қилишдан сақланиш катта аҳамиятга эга. Яқин қариндошларида меъда саратони бўлган, айниқса меъда ширасининг кислоталилиги камайган ва 50 ёшдан ошган кишиларга кўпроқ эътибор бериш лозим. Бундан ташқари, меъда саратонини олдини олишнинг муҳим тадбирларига барча аҳоли, айниқса ўрта ва кекса ёшдаги кишилар, бутун тиббиёт ходимларининг меъда саратони тўғрисидаги билимларини ошириш муҳим аҳамиятга эгадир. Одамлар меъда касалликларининг келиб чиқиши ва уларни саратонга айланиш сабабларини қанча кўп билишса, меъда саратонидан ўлиш шунча камаяди.

**Меъда саркомаси.** Бу кам учрайдиган касаллик бўлиб, меъданинг ҳамма ўсмалари ичида 1,5—5,0% ни ташкил қилади. Улар орасида 60—73,2%ни ретикуло- ва лимфосаркома эгаллайди. Меъда саркомаси ва саратонининг клиник манзараси бир-бирига жуда ўхшаш бўлади. Фақат саркома ўрта ёшдан ошмаганларда кўпроқ учраши, қорин бўшлиғида беморни унчалик безовта қилмайдиган каттагина ўсма топилиши ва ички қон кетиши билан ажралиб туради. Саркома меъда шиллиқ ости қаватида пайдо бўлиб, аввало шиллиқ қаватни емиради, кейин бошқа қисмларга тарқалади. Меъда саркомаси кўпроқ лимфоген, камроқ қон

орқали метастазлар беради. Саркома меъданинг дистал қисмида жойлашган бўлса, I—II босқичларида жарроҳлик усули (субтотал резекция) билан даволанади. Бошқа ҳолатларда гастрэктомия операцияси афзалроқ ҳисобланади. Даволаш натижасида 5 йил ва ундан кўпроқ яшаш гастрэктомиядан кейин 89,5%, субтотал резекциядан кейин —80,0% ҳолатда кузатилади. Меъда саркомасининг олдини олиш (профилактика) чоралари ишлаб чиқилмаган.

## XIХ БОБ V

### ЙЎҒОН ИЧАК САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Йўғон ичакнинг узунлиги 2 м гача етади. У 4 қисмга ажратилади: кўричак, чамбар ичак, сигмасимон ичак ва тўғри ичак. Бу қисмларнинг саратон билан касалланиши бир хил эмас. Охириги маълумотларга кўра, ўсма ўрта ҳисобда 12% ҳолда кўр ичакда, 8% — чамбар ичакда, 15% — сигмасимон ичакда ва 65% — тўғри ичакда кузатилади. Дунёда йўғон ичак саратони энг кўп АҚШ (ҳар 100 минг аҳолига 15 та бемор Данияда 96%) ва Бельгияда 7,1% учрайди.

Ўзбекистонда йўғон ичак саратони билан касалланиш кўрсаткичи нисбатан паст — 3,7% (1998 йил), лекин 1993 йилга нисбатан бир оз кўпайган —3,3. Республикамиз вилоятларида бу касалликнинг тарқалиши қуйидаги жадвалда кўрсатилган.

36-жадвал.

Ўзбекистонда йўғон ичак саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли сонига ҳисоблаганда)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	8,4	7,3	Самарқанд вилояти	2,7	2,9
Андижон вилояти	3,0	4,4	Сурхондарё вилояти	3,2	3,4
Бухоро вилояти	2,3	3,5	Сирдарё вилояти	3,3	3,6
Жиззах вилояти	2,4	3,2	Тошкент вилояти	3,0	3,7
Қашқадарё вилояти	1,9	2,9	Фарғона вилояти	3,2	3,9
Навий вилояти	3,9	3,6	Хоразм вилояти	2,7	3,4
Наманган вилояти	3,0	3,2	Қорақалпоғистон республикаси	3,0	3,4
Ўзбекистон бўйича жами — 1993— 3,3; 1998—3,7					

Жадвалдаги маълумотларга кўра, йўғон ичак саратони энг кўп Тошкент шаҳрида, Андижон ва Фарғона вилоятларида, Самарқанд, Наманган ва Жиззах вилоятларида эса камроқ учрайди. Тошкент шаҳридан ташқари барча минтақаларда касалланиш кўрсаткичи сўнгги 5 йил ичида бироз ошган. Умуман олганда йўғон ичак саратони асосан 50—70 ёшдаги кишиларда ва эркакларда кўпроқ кузатилади.

**Касаллик сабаблари.** Ўсмаларнинг келиб чиқишига овқат ва сув билан ичакка тушган (минерал ўғитлардан (селитрадан) ичак бактериял флораси таъсирида) кучли канцероген моддалар (нитроза бирикмалари), ўт кислоталари, ичак чиқиндиларининг канцерогенлик хусусияти, оксиллар ва ёғларга бой бўлган овқатларни кўпроқ истеъмол қилиш сабаб бўлади.

Иқтисодий ривожланган мамлакатларда ҳайвон гўшти ва сунъий қўшимчаларга бой овқатларни кўп миқдорда истеъмол қилиш ҳам йўғон ичак саратони билан касалланишга сабабчи бўлиши тасдиқланган.

Витамин А ва С га бой бўлган ўсимлик клетчаткаси кўпроқ истеъмол қилинганда эса аксинча, канцерогенезнинг сусайиши кузатилади. Саратон касаллигининг келиб чиқишида маълум даражада ирсий омиллар ҳам рол ўйнайди. Яқин қариндошлар ўртасида бу касалликнинг кўпроқ кузатилиши бунга тасдиқлайди.

**Ўсма олди касалликлари.** Йўғон ичак саратони кўп ҳолларда полиплардан ривожланади. Полиплар шиллиқ парданинг безли эпителийси ва унинг остидаги қўшимча толалар тўқимадан пайдо бўлади. Аденоматоз полиплар йўғон ичакнинг ўсма олди касалликларига киради. Улар думалоқ шаклда, оч-қизил рангда, юмшоқ консистенцияли, но-зик ёки йўғон асосли, текис ёки бахмалсимон юзали бўлади. Бу полиплар аксарият ҳолларда туғри ичакда, ундан кейин эса сигмасимон, кўр ва пастга тушувчи чамбар ичакда учрайди. Полиплар бир ёки бир нечта бўлиши мумкин. Уларнинг ўлчами бир неча миллиметрдан 3—4 см гача ва ундан ортиқроқ бўлади. Уларнинг ўлчамлари катталаниши билан дисплазия даражаси ва хавфли ўсмага айланиш эҳтимоли ҳам орта боради. Диаметри 1 см гача бўлган полиплар камдан-кам хавфли ўсмага айланса, ўлчами 2 см дан катта бўлганлари 40—50% ҳолларда саратонга айланади.

Йўғон ичакнинг *облигат* ўсма олди касалликларига диффуз (оилавий) полипоз касаллиги киради. Бу касаллик кўпинча саратонга айланади. Касаллик наслдан-наслга ўтиб, ёш кишиларда ҳам полипоз сифатининг ёмонлашиши ва хавфли ўсма пайдо бўлиши кузатилади. Йўғон ичакнинг сўрғичли ўсмалари, ёлғиз полиплари, специфик бўлмаган ярали колит ва Крон касаллиги *факультатив* ўсма олди касалликларига киради.

**Патоморфологик тузилиши.** Ўсиш шаклига қараб экзофит ва эндофит ўсмалар фарқланади. Экзофит ўсмалар полип, тугун ёки сўрғичли шаклдаги тузилма бўлиб, гул-карамни эслатади ва ичак бўшлиғига ўсиб киради. Эндофит (инфилтратив) саратон асосан ичак девори ичига ўсади. Ўсма ичакнинг бутун айланаси бўйлаб циркуляр ўсиб, унинг бўшлиғини торайтириб қўяди. Эндофит ўсма емирилганда бутун ичак айланаси бўйлаб жойлашган қаттиқ четли ва нотекис тубли кенг ясси яра пайдо бўлади. Ичакнинг ҳар хил бўлимларида ўсма ўсишининг маълум қонуниятлари бор. Йўғон ичакнинг ўнг ярмида одатда экзофит, чап ярмида кўпроқ эндофит ўсмалар пайдо бўлади. Йўғон ичак саратонининг 72,7% ини аденокарцинома, 18,4% ини солид саратон, 8,9% ини шиллиқ саратон ташкил қилади. Йўғон ичак саратонига секин ўсиш ва кеч метастаз бериш хосдир. Ўсма қорин девори, ингичка ичак ва бошқа ички аъзоларга қараб ўсиши мумкин. Метастазлар асосан лимфоген йўл билан тарқалади. Метастазларнинг тарқалиш тавсифи ўсманинг қаерда жойлашиши, ўсиш шакли ва унинг гистологик тузилишига боғлиқ. Метастазлар тарқалиши кўп ҳолларда саратон йўғон ичакнинг чап ярмида жойлашганида ва эндофит турда ўсганда рўй беради. Узоқлашган метастазлар кўп ҳолларда қорин орти бўшлиғи лимфа тугунчалари ва жигарда, камдан-кам ҳолларда эса ўпка, буйрак усти безлари ва қорин пардасида учрайди.

### Йўғон ичак саратонининг халқаро TNM таснифи

- |          |  |
|----------|--|
| $T_{is}$ | — инвазиясиз ўсма.   |
| $T_x$    | — бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумот кам.                             |
| $T_0$    | — бирламчи ўсма аниқланмайди.  |
| $T_1$    | — ўсма ичакнинг фақат шиллиқ қавати ва шиллиқ ости қаватини шикастлаган. |



$T_2$	— ўсма ичакнинг мускул қаватини ёки сероз қаватини шикастлаган.
$T_3$	— ўсма ичакнинг яқин атрофдаги тузилмаларини шикастлаган, оқма ҳосил қилган ёки қилмаган.
$T_4$	— ўсма париетал қорин пардасига ва ичак тутқичларига ўтган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар борлиги номаълум.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$N_4$	— юкстарегинар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$M_x$	— узоқлашган метастазлар борлиги номаълум.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

*Эслатма:*  $N_2$  ва  $N_3$  ишлатилмайди.

### **Йўғон ичак саратонининг босқичлари:**

I босқич	ўсма ичак доирасини ярмигача эгаллаб, шиллиқ ости қаватидан нарига ўтмаган. Регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
II босқич	ўсма ичак доирасини ярмидан кўпини эгаллаб, мускул қаватига ўсиб кирган, регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ ёки 1—2 та метастаз учраши мумкин.
III босқич	ўсма ичак доирасининг ярмидан кўпини эгаллаб, сероз қаватига ўсиб кирган, регионар лимфа тугунчаларида кўплаб метастазлар аниқланади.
IV босқич	ўсманинг ўлчами турлича бўлиб, атрофдаги аъзоларга ўсиб кирган, лекин регионар метастазлар йўқ ёки узоқлашган метастазлар бор.

**Клиник манзараси.** Йўғон ичак саратони билан оғриган беморларда ҳар хил шикоятлар бўлади. Улар ўсманинг жойлашиши, ўлчами, ўсиш шакли, гистологик тузили-

ши, ривожланиш босқичи ва бошқаларга боғлиқ. Клиник амалиётнинг кўрсатишича, йўғон ичакнинг ўнг ярмида жойлашган ўсмаларнинг намоён бўлиш даражаси чап ярмидагилардан фарқ қилади (37-жадвал).

37-жадвал.

Йўғон ичак саратонининг эрта белгилари (%)

Белгилари	Ичак-нинг ўнг ярми	Ичак-нинг чап ярми
Оғриқ	90,0	35,8
Иштаҳанинг йўқолиши	59,7	10,4
Кўнгил айнаши	40,7	9,4
Кекириш	21,8	6,6
Қусиш	6,3	1,9
Қориннинг дам бўлиши ва қулдираши	6,9	38,7
Қабзиятлар	9,2	46,2
Ич кетиши	4,1	8,5
Ич тутилиши	1,7	19,8
Ажралмалар (қон, шиллиқ)	—	30,2
Анемия	68,4	4,7
Иситма чиқиши	18,9	16,0
Ҳолсизлик	56,9	8,5
Озиш	2,9	7,5
Пайпасланадиган ўсма	10,2	0,9

Жадвалдаги маълумотларга кўра, йўғон ичакнинг ўнг ярми саратонида кўпчилик беморларда оғриқ, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айнаши, кекириш, қусиш, анемия, ҳолсизлик ва пайпаслаб топиладиган ўсма учрайди. Бунда ичакдан қонли ёки шиллиқ ажралма келиши кузатилмайдди. Саратон йўғон ичакнинг чап ярмида бўлса, қорин дам бўлиши ва қулдираши, қабзият, ич кетиши, ич тутилиши, қонли ёки шиллиқ ажралмалар ва озиш кузатилади. Иситма чиқиш аломати одатда саратоннинг жойлашишидан қатъи назар бир хилда учрайди. Йўғон ичакнинг ўнг ярми саратони учун касалликнинг аста-секин зўрайиши хос бўлиб, клиник белгиларининг сони ва ифодаланиши ўсиб боради. Чап бўлим ўсмаларида бундай қонуният кам кузатилиб, кўпинча касаллик тўсатдан ичак тутилиши билан намоён бўлади.

Клиник манзарасининг хусусиятига қараб йўғон ичак саратони 6 хил клиник шаклга эга бўлади: токсик-ане-

мик, энтероколит, диспептик, обтурацион, сохта яллиғланиш ва ўсма.

*Токсик-анемик шакли.* Нохушлик, ҳолсизлик, тез чарчаш, иситма кўтарилиши, тери қопламларининг оқимтирлиги ва кучайиб бораётган анемия ривожланиши билан намоён бўлади.

*Энтероколит шакли.* Доимий оғриқ, ич бузилиши, узоқ вақт гоҳ қабзият, гоҳ ич кетиши, қориннинг дам бўлиши ва қулдираши, ичакдан шиллиқ, қонли ёки йирингли ажратма келиши билан ажралиб туради.

*Диспептик шакли.* Меъда-ичак йўлининг диспептик бузилишлари: қоринда оғриқ, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, кекириш, вақти-вақти билан қайт қилиш, эпигастрал соҳада оғриқ ва дам бўлиш билан фарқ қилади.

*Обтурацион шакли.* Эрта ичак тутилиши билан ифодаланлади. Биринчи навбатда қоринда дастлаб унча кучли бўлмаган, симиллаган, жойлашуви аниқ бўлмаган оғриқ пайдо бўлади. Вақт ўтиши билан улар кучайиб нажас ва газларнинг тутилиши билан кечадиган хуружлар кузатилади. Хуружларнинг қайталаниши ва уларнинг давомийлиги аста-секин ўсиб бориб, кейинчалик сурункали ичак тутилиши кузатилади. Хуружларнинг бирида бутунлай обтурацион ичак тутилиши юз беради.

*Сохта яллиғланиш шакли.* Қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнини эслатадиган белгилар: ўнг томонда оғриқ, қорин девори мускулларининг таранглашиши, ҳарорат кўтарилиши, лейкоцитознинг ўсиши ва эритроцитлар чўкиш тезлигининг кучайиши рўй беради.

*Ўсма (атирик) шакли.* Бошқа клиник белгилар кам ифодаланган ҳолда пайпасладиган ўсма борлиги билан фарқ қилади. Беморнинг ўзи ёки врач кўрик ўтказаётган чоғида ўсмани тасодифан аниқлайди. Анамнез йиғиш пайтида, ўсма аниқланишидан бир неча ой бурун бемор аҳамият бермаган ичакка тааллуқли шикоятлар борлигини аниқлаш мумкин.

Йўғон ичакнинг ўнг ярми саратонида кўпроқ токсик-анемик, диспептик, сохта яллиғланиш ва ўсманинг клиник шакллари, чап ярим саратонида эса энтероколит ва обтурацион хиллари учрайди.

Юқорида келтирилган статистик маълумотларга кўра, йўғон ичак саратони 65% беморнинг тўғри ичагида бўлади. Шунинг учун тўғри ичак саратонини барвақт аниқ-

лашнинг аҳамияти катта. Бу саратоннинг ўзига хос белгилари бўлмасдан, улар йўғон ичакнинг бошқа қисмлари ўсмаларида ҳам учрайди. Шу сабабли 50 ёшдан ошган кишиларда ахлат (нажас) келиши қийинлашса ёки у шиллиқ, йиринг ёки қон аралаш келса ва кейинчалик унга оғриқ ҳамда анемия қўшилса, тўғри ичак саратони пайдо бўлганлиги тўғрисида тахмин қилиш мумкин.

**Ташхисоти.** Клиник текширишларга сўраб-суриштириш, объектив текширишлар, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, лаборатория ва рентгенологик текширишлар ҳамда ректороманоскопия ёки колоноскопия орқали биопсияга материал олиш киради.

**Сўраб-суриштириш.** Беморнинг шикоятлари ва анамнези батафсил ўрганиб чиқилиши керак. Бунда симптомларнинг тавсифи, пайдо бўлиш вақти, кетма-кетлиги ва динамик ривожланишига эътибор берилади. Касаллик клиник манзарасининг хусусиятлари таҳлил қилинганда, сурункали ичак касалликлари бор беморларда саратон пайдо бўлиш эҳтимолини ҳисобга олиш керак. Йўғон ичак саратони борлигига шубҳа қилинадиган «хавфли белгиларга»:

— қоринда ёқимсиз хис пайдо бўлиши, унинг тўлиб кетиши, дам бўлиши, оғриқ безовта қилиши;

— қабзият ёки ич кетиши, дефекациядан кейин ичакнинг тўлиқ бўшамаганлик ҳисси, ёлғон чақирувлар;

— нажасда қон, шиллиқ ёки йиринг бўлиши;

— иштаҳанинг ёмонлашиши, ҳолсизлик, кўнгил айнаши, анемия кузатилиши;

— сабабсиз иситма чиқиши;

— пайпасладиган ўсма борлиги.

**Объектив текширишлар** пайтида беморнинг териси ва кўринадиган шиллиқ пардаларининг рангига эътибор берилади. Тери ва шиллиқ қаватларнинг рангсизлиги йўғон ичакнинг ўнг ярми саратони туфайли ривожланган анемия борлиги тўғрисида фикр юритишга олиб келиши мумкин. Қорин текшириб кўрилганда баъзида ичакнинг тораишдан юқори қисмининг кучайган перистальтикаси кўзга ташланади. Қорин девори шалпайган бўлса, ўсма устидан шишни пайқаш мумкин. Перкуссия қилинганда ўсма устида бўғиқ товуш ҳамда қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлигини аниқлаш мумкин. Аускультация пайтида ўсма соҳаси ва ундан юқорида аниқланган кучайган кулдираш ичак стенозидан дарак бериши мумкин.

Ўсмага шубҳа қилинганда беморни чалқанча, ўнг ва чап ёнбошга ётқизган ҳолда қорни пайпасланади. Кўричак, юқори ва пастга тушувчи чамбар ичакларнинг ўсмаларини аниқлаш енгилроқ. Кўндаланг, чамбар ва сигмасимон ичак ўсмалари ушбу ичак бўлимларининг кўзгалувчанлиги туфайли пайпаслаш пайтида бармоқлар остидан чиқиб кетиши мумкин. Кўпроқ экзофит ўсмаларни пайпаслаш мумкин, эндофит ўсмаларда эса бунинг иложи камроқ. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш усули ичаклар фаолияти ҳар қандай бузилганда ҳам зарурий ҳисобланади.

*Лаборатория текширувлари.* Қон таҳлили ва нажасни яширин қонга текшириш диагностик аҳамиятга эга. Қоннинг умумий таҳлили эритроцитлар чўкиш тезлиги кучайганлигини, гипохром анемия, баъзи беморларда эса ёндош яллиғланиш жараёнлари борлигидан дарак берадиган лейкоцитозни аниқлаб беради.

Қонни саратон-эмбрионал антигенга (СЭА) текшириб кўриш лозим. Бу глюкопротеид оз миқдорда соғлом одамлар ва баъзи хавfli ўсмалар билан оғриган беморлар қонида ҳам учрайди. Йўғон ичак саратони билан оғриган беморларда СЭА миқдори кескин ошиб кетади. Радикал жарроҳлик усули билан даволанган беморларда касалликнинг қайталаниши ёки қайталанмаслигини билиш учун бу тестнинг фойдаси катта.

Нажасни яширин қонга таҳлил қилиш йўғон ичакда саратон касаллиги борлигини аниқлашга ёрдам беради. Яширин қонга текширишнинг техник жиҳатдан осонлиги уни аҳоли ўртасида ёппасига профилактик кўриклар ўтказишда қўллашга имкон яратади.

*Ректороманоскопия.* Бу йўл билан тўғри ва сигмасимон ичакларнинг бошланғич ўсмалари аниқланиб, гистологик текширишга материал олинади. Ректороманоскоп билан тегилганда енгил қонайдиган, ғадир-будир экзофит, тўқ қизил рангдаги ўсма аниқланиши мумкин. Бошқа ҳолларда эса ўсма ясси яра шаклида, ичак девори айланаси бўйича тортилган, чеккалари ялтироқсимон, қаттиқ бўлиб, шиллиқ қават устидан кўтарилиб туради. Баъзида эса ректороманоскопнинг учи торайган жойга тиралади ва юқорига ўтишнинг иложи бўлмайди. Қоидага биноан, ўсма аниқланганда уни биопсия қилиш шарт.

*Рентгенологик текшириш.* Ҳозирги вақтгача йўғон ичак саратонига ташхис қўйишда бу асосий усул бўлиб қолмоқда. Текширишнинг мақсадларига қараб ҳар хил усул-

лар қўлланилади. Булар ичида етакчи усул ирригоскопия усули ҳисобланади. Ирригоскопия — йўғон ичакни ҳуқна орқали барий билан тўлдириб текшириш усулидир. Бунинг учун овқатланиш рационали ва тозаловчи ҳуқналар билан ичак олдиндан яхшилаб тайёрланади. Барий билан ичак бўшлиғи тигиз тўлдирилиб ва бўшатилгандан кейин эса ҳаво билан кенгайтирилиб ичакнинг ҳолати текширилади.

Йўғон ичак саратонининг учта асосий рентгенологик белгиси бор: ичак барий билан тўлдирилганда нуқсон борлиги, чеккалари кўтарилганлиги, ўртасида чуқурча борлиги, ясси нуқсон ҳосил бўлиши, ичак бўшлиғи ҳаво билан кенгайтиришга ҳаракат қилинганда ригид деворли ичакнинг циркуляр торайиб қолиши.

*Колоноскопия* — йўғон ичакни эндоскоп билан кўриш усулидир. Эндоскопнинг учи авайлаб тўғри ичакка киритилгандан кейин ичак бўшлиғи ҳаво билан кенгайтирилиб, ретроград йўналишда то кўричаккача кўрилади ва шубҳали жойлари орқага қайтишда ҳам кўриб чиқилади. Ўсиш шаклига қараб ўсма тугун ёки гулкарам шаклида бўлади. Одатда тугун кенг асосли бўлиб, баъзан чўққиси яраланган бўлиши ҳам мумкин. Ликопчасимон ўсманинг чеккалари қалинлашиб, емирилиб кетган, туби яраланган бўлиб, асосан циркуляр ўсади ва ичак бўшлиғини торайтириб қўяди. Инфилтратив ўсадиган ўсмалар ташхис қўйишда анча қийинчилик туғдиради. Ўсманинг ўзи кўринмасида, лекин, бу шиллиқ қаватнинг оқариб, силлиқланиб, қалинлашиб, ригидланишидан аниқланади.

*Сонография* — ультратовуш усули сўнгги йилларда йўғон ичак (кўпроқ тўғри ичак) саратонини аниқлашда кенг қўлланилмоқда. Сонография ўтказилиши ўсмани аниқ жойлашиши, ичакнинг ўзига ёки унинг ташқарисига тарқалиши, жигардаги метастазлар, ичакда рецидив (қайталанмиш) пайдо бўлишини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини билишда аҳамиятга эга.

*Компьютер томография.* Йўғон ичакни диагностик текширишда жуда муҳим маълумот беради. Жумладан, ўсма атрофидаги томирлар, тўқималар ва аъзолар билан касалликни бевосита муносабати, уларга ўсиб кириши, метастазлар борлиги ва бошқаларни бу усул аниқ кўрсатиб беради.

*Радионуклид-сцинтиграфия.* Йўғон ичак саратонини радикал операция қилишдан олдин жигарда унинг метастаз-

лари бор ёки йўқлигини аниқлашда яхши ёрдам беради. Йирик тиббий марказларда йўғон ичакни текширишда махсус рентгенологик усул — *ангиография* қўлланилади. Бунда артерияга контраст модда юборилиб, уни ичак қон томирларида тарқалиши (ангиограмма) ўрганилади ва шу орқали ўсманинг топилишига имконият туғилади.

*Бармоқ билан текшириш.* Бу — ичак деворини кўрсаткич бармоқ билан пайпаслаб кўриш усулидир. Бу текшириш усули одатда беморни тизза-тирсак ҳолатида ётқизиб ўтказилади, лекин шу билан бир қаторда у чўккалаб ўтирганда ҳам текшириш қулайлигини унутмаслик керак. Бу ҳолатда тўғри ичак пастга тушади ва натижада орқа чиқарув тешигида бўлган ўсмаларни аниқлаш имконияти туғилади. Текшириш техникаси жуда оддий. Қўлга қўлқоп кийилиб, ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғига вазелин суртилади ва орқа чиқарув тешигига киргизилади. Айланма ҳаракатлар билан ичак девори айланасига пайпаслаб кўрилади. Соғлом ичак девори одатда бор бўйига юмшоқ бўлади. Саратон пайдо бўлганда эса думалоқ, қаттиқ, оғриқсиз, гадир-будур тузилма ёки қаттиқ консистенцияли, нотекис, ликопчасимон яра пайпасланади ва кўпинча текширувдан кейин қўлқопда қон кўринади.

Тўғри ичакда ҳар қандай бузилишлар бўлганда ҳам албатта бармоқ билан текшириш зарур. Бу усул қорин бўшлиғи касалликларида пайпаслаш ёки ўпка касалликларида аускультация қилиб кўришдек зарурий усул ҳисобланади. Бармоқ билан текширмасдан ташхис қўйиш қўпол хато ҳисобланади. Йўғон ичак саратонини поликлиника шароитида эрта аниқлаш учун 40 ёшдан ошган кишилар текширилганда қуйидагилар бажарилиши керак: анкета усули, ахлатни яширин қонга таҳлил қилиш ва тўғри ичакни бармоқ билан текшириш. Бу комплекс усул билан 40% гача йўғон ва тўғри ичак саратони билан оғриган беморларни аниқлаш мумкин. Йўғон ичак саратонининг якуний ташхиси патоморфологик текширишсиз қўйилмайди. Фақат цитологик ёки гистологик таҳлиллар асосида саратон борлиги тўғрисида хулоса қилинади ва унинг ривожланиш босқичлари ва таснифи тузилади.

*Кийёсий ташхиси.* Йўғон ичак саратонининг клиник кўринишларига қараб ҳар хил касалликлардан фарқловчи ташхис ўтказишга тўғри келади. Ичак фаолияти бузилиб, қабзият, ич кетиши, нажасда қон ва йиринг аралашмалари бўлганда саратонни сурункали дизентерия, ярали

колит, бавосил, ичак полипозидан ажрата билиш керак. Хасталик ўткир бошланмасдан, нисбатан тез, бир неча ой давомида ривожланса, уни белгиларининг аста-секин зўрайиши ва ўтиб кетмаслиги кузатилса, ремиссия ва қайталанишлар бўлмаса, бунда хавфли ўсма борлиги ҳақида фикр юритиш мумкин бўлади. Йўғон ичак саратони ҳақидаги эҳтимол юқорида кўрсатилган белгилар 40—50 ёшдан ошган кишиларда пайдо бўлса ёки ичак касаллиги бўлган беморларда унинг аломатлари ўзгарса, яна ҳам кўпроқ асосланган бўлади. Тўғри ташхис беморлар учун зарурий бўлган рентгенологик ва эндоскопик текширишлар ўтказилгандан кейин қўйилади.

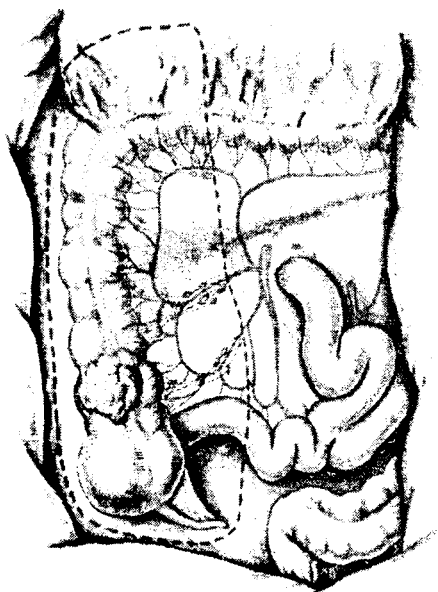
Таққословчи ташхис қўйишдаги қийинчиликлар меъда-ичак йўлидаги бузилишлар, яъни иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, номаълум оғриқлар, қайт қилиш пайдо бўлган беморларда туғилади. Бундай белгилар пайдо бўлган ҳолларда сурункали аппендицит ёки холецистит, меъда ёки меъда ости беши касаллиги тўғрисида тахмин қилинади. Беморларнинг шикоятлари ноаниқлиги туфайли таққословчи ташхис учун аҳамиятли бўлган клиник белгилар уларда бўлмаслиги мумкин. Шу сабабли 40—50 ёшдан ошган кишиларда сурункали аппендицит, холецистит ёки меъда ва меъда ости безининг атипик кечадиган сурункали касалликлари тахмин қилинса уларни ирригоскопик текшириш зарур ҳисобланади. Беморда нохушлик, ҳолсизлик, тез чарчаш, тана вазнининг камайиши, иситма, анемия билан ифодаланган токсик-анемик синдром бўлганда ҳам шундай усул қўлланилиши лозим. Шундай шикоятлар бўлганда йўғон ичакнинг ўнг ярми саратони, кўпинча қон касаллиги, сурункали сепсис, эндокардит, сурункали тонзиллит ёки ревматизм бор деб ўйлайдилар. Юқорида кўрсатиб ўтилган касалликларда беморларнинг ноаниқ клиник манзараси бўлганда, иситмали ҳолатлар ёки анемияларда ҳам ирригоскопия қилиш керак бўлади.

Пайпасланадиган ўсма бўлганда таққословчи ташхис кўричак ўсимтасининг яллиғланиши (аппендицит), специфик инфилтратлар (сил, актиномикоз, сўзак), қорин ва қорин орти бўшлиғи ўсмаларига нисбатан ўтказилади. Бунинг учун махсус реакциялар (Вассерман, Пирке ва бошқалар), рентгенологик, эндоскопик текширишлар ва биопсия қўлланилади.

**Даволаш.** Йўғон ичак саратонини даволашнинг радикал йўли жарроҳлик усули ҳисобланади. Кўричак, йўғон



**19-расм.** Йўғон ичакнинг кўричак ва кўтарилувчи ичак қисмларидаги саратонда ўнг томонлама геликолэктомия операцияси.



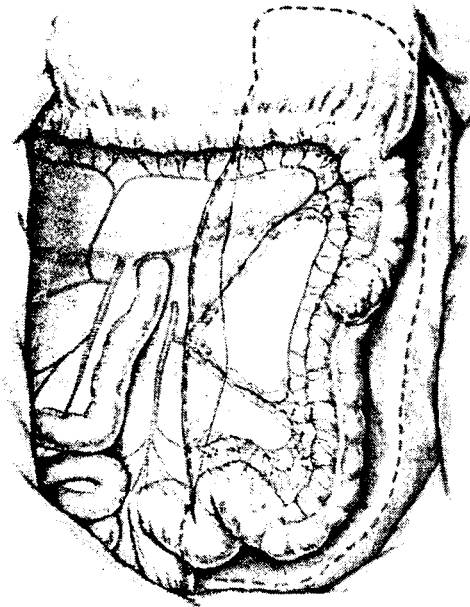
ичакнинг юқорига кўтарилувчи қисми ва ўнг бурчаги саратонида ўнг томон гемиколэктомияси қилинади. Бу операцияда чамбар ичакнинг ўнг томони, кўндаланг чамбар ичакнинг ўнг ярми, ингичка ичакнинг дистал сегментининг 10—15 см узунликдаги қисми резекция қилиб олиб ташланади (19-расм).

Тўғри ичакдан ташқаридаги саратонда йўғон ичакнинг чап ярми чап томон гемиколэктомияси қилинади. Бу операцияда кўндаланг чамбар ичакнинг чап ярмидан сигмасимон ичакнинг юқори қисмида тамом бўладиган бўлагигача резекция қилинади (20-расм).

Кўндаланг чамбар ичакнинг ўртаси ва сигмасимон ичакнинг дистал қисмида саратон бўлганда шикастланган жой ўсма четидан 5—6 см чеккароқдан резекция қилинади.

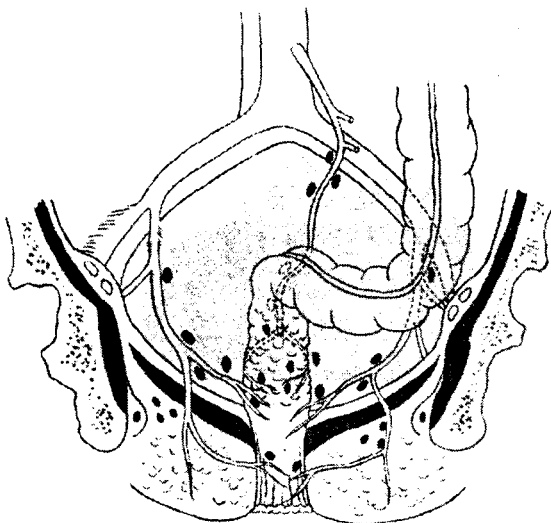
Кўпчилик беморлар клиникага шошилиш ҳолда ичак тутилиши, инвагинация, ичак тешилиши ва ичакдан қон кетиши билан тушадилар. Бу асоратлар касаллик оқибатларини ёмонлаштиради. Ичакнинг тугилиб қолиши йўғон ичакнинг чап ярми саратонида ўнг тарафга нисбатан 4—6 марта кўпроқ учрайди. Бундай беморларда аввало ичакни бўшатиш учун сифонли хуқналар, спазмолитиклар, меъда-ичак йўли юқори қисмини назогастрал зонд билан тозалаш ишлари бажарилади. Шу билан бир қаторда инток-

20-расм. Йўғон ичакнинг пасаювчи бўлимидаги саратонда чап томонлама геликолэктомия операцияси.



сикация ва волемиқ ўзгаришларга қарши юрак, жигар ва буйрак фаолиятини яхшилайдиган чоралар кўрилади. Ўтказилган чоралардан яхши натижа кузатилса, беморни шошилишч операция қилишга эҳтиёж қолмайди. Агар 2—4 соат давомида ўтказиладиган интенсив терапиядан натижа бўлмаса, унда бемор албатта жарроҳлик усули билан даволанади.

Йўғон ичакнинг асоратли чап томон саратонида (ичак тутилишида) Гартман операцияси афзал ҳисобланади. Бунда ичакнинг касалланган қисми резекция қилинади, дистал қисми тикилиб, қорин пардаси билан ёпилади, проксимал қисми эса қорин девори орқали чиқарилиб, колостома ҳосил қилинади. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланиб, яллиғланиш жараёнлари йўқолгандан кейин ичакнинг учлари бир-бирига уланиб, ичак найини тиклаш операцияси ўтказилади. Чамбар ичакнинг ўнг томони тутилиб қолган бўлса, ўнг томон гемиколэктомияси бажарилади. Йўғон ичак саратонининг бошқа асоратлари — инвагинация, ичак тешилиши ва қон кетишига кўпинча жарроҳлик усули билан даво қилинади.



**21-расм.** Тўғри ичак резекцияси (операциянинг ҳажми пунктир чизиқлар билан кўрсатилган).

Тўғри ичак саратонини даволашнинг жарроҳлик усуллари бир нечта бўлиб, улар ўсма билан орқа тешик орасидаги масофага қараб қўлланилади. Агар саратон орқа тешикдан 12 см юқорида бўлса, *олдинги резекция* қилинади: шикастланган жой олиб ташланади ва ичак охирлари бири-бири билан уланади (анастомоз қўйилади). Ўсма орқа тешикдан 6—12 см юқорида жойлашган бўлса, бундай ҳолларда сигмасимон ичакни пастга тушириб тўғри ичакда *қорин-анал резекцияси* қилинади. Бунда тўғри ичакнинг шикастланган жойи олиб ташланади ва сигмасимон ичак тўғри ичак қолдиғига уланади. Агар ўсма орқа тешикдан 6—7 см дан кам масофада жойлашган бўлса, сфинктерни сақлаб қолиш хатарли ҳисобланади. Шунинг учун тўғри ичакда *қорин-оралиқ экстирпацияси* қилинади: сигмасимон ичак кесилади, унинг проксимал учидан чап ёнбош соҳасида сунъий орқа тешик ҳосил қилинади. Дистал учи тўғри ичак ва ўсма билан биргаликда олиб ташланади (21-расм).

Дунёдаги йирик тиббиёт марказларининг хулосасига кўра йўғон ичак саратонини ягона жарроҳлик усули билан даволашнинг узоқ натижалари умуман олганда ҳозирча қониқарли эмас. Шунинг учун кейинги йилларда жар-

роҳлик усули нур терапияси, кимётерапия ва бошқалар билан бирга кенг қўлланилмоқда (38-жадвал).

38-жадвал.

**Йўғон ичак саратонини даволаш усуллари ва уларнинг узоклашган натижалари**

Ўсманинг жойлашиши	Босқи-чи	Даволаш усуллари	Тузалиб кетганлар сони (%)*
Йўғон ичак (кўричак, чамбар ичак ва сигмасимон ичак)	I—II	Радикал операция (геми-колэктомия)	64,5
		Нур терапияси, кейин радикал операция	84,4
	III	Радикал операция	35,0
		Радикал операция ва кимё-терапия	47,5
		Радикал операция, нур терапияси ва кимётерапия	65,0
Тўғри ичак	I—II	Радикал операция	45,0—52,8
		Нур терапияси, сўнгра радикал операция	63,0—72,0
	III	Радикал операция	25,0—40,0
		Нур терапияси, сўнгра радикал операция	49,0—55,0
		Кимётерапия ва радикал операция	53,4
		Нур терапияси, локал гипертермия радикал операция	78,6
		Нур терапияси, локал гипертермия, гипергликемия ва радикал операция	77,2
		Нур терапияси (фақат анус саратонида)	80,0—90,0

\*Даволанган беморларнинг 5 йилдан кўпроқ яшаганлари сони.

Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, йўғон ичакнинг кўричак, чамбар ичак ва сигмасимон қисмлари саратонининг I—II босқичларида фақат радикал операция қўллansa 64,7% бемор, агар у нур терапиясидан кейин ўтказилса — 84,4% бемор 5 йилдан кўпроқ яшайди. Ўсманинг III босқичида радикал операциянинг ўзи қўлланилса 35,0% бемор, нур терапияси ва кимётерапия бирга қўлланилганда эса 65,0% беморнинг умри камида 5 йилга узаяди. Тўғри ичакни даволашда ҳам радикал операция — I—II босқичларида 52,8% гача, III босқичида — 40,0% гача беморлар умрини сақлаб қолади. Агар нур терапиясидан кейин операция қилинса, кўрсатилган рақамларнинг биринчиси 72,0%, иккинчиси — 55,0% га етади. Агар комплекс даволаш усули нур терапияси, локал гипертермия, гипергликемия ва радикал операция билан биргаликда қўллansa, тўғри ичак саратонини даволаш самарадорлиги энг юқори поғонага — 77,2—78,6% га чиқади.

Умуман олганда, келтирилган даволаш усулларининг узоқлашган натижалари (5 йилдан кўпроқ яшаш кўрсаткичи) аёлларда эркакларга нисбатан яхшироқ (63,7%—74,4%). Саратоннинг эндофит турига қараганда экзофит турининг натижалари афзалроқ (50,9%—73,7%). Гистологик тузилишига кўра аденокарциномада даволаш самарадорлиги 69,9%, шиллиқ турида 31,6% га тенг.

Йўғон ичак (шу жумладан тўғри ичак ҳам) саратонини даволашда комбинацияланган ва комплексланган усулларни қўллашнинг яна бир яхши томони шуки, булар ягона жарроҳлик усулига нисбатан метастазлар ва қайталанишлар сонини камида 3 мартага пасайтиради.

Нур терапияси одатда ичак саратонини даволашда радикал операциядан олдин қўлланилади (фақат анус ўсмаида мустақил равишда қўлланилади). Операция қилишга қарор қилингандан кейин беморни шикастланган ичак қисмига 4 Гр дан 5 марта нур берилади ва 2—3 кундан кейин операция қилинади. Анусда жойлашган саратонда нурлаш ҳар хафтада 5 марта 2 Гр дан берилиб, умумий дозаси 60 Гр гача етказилади. Жадвалда кўрсатилганид бундай даволаш 80,0—90,0% беморлар умрини ками 5 йилдан кўпроққа узайтиради.

Кимётерапиянинг ичак саратонини даволашда раси ҳозирча юқори эмас. Келажакда янги-янги ни қўллаш туфайли бу усулнинг даволаш сам шубҳасиз ошади.

**Касалликнинг олдини олиш.** Йўғон ичак саратонининг бирламчи профилактикаси тўғри овқатланиш, яъни таркибида етарли миқдорда овқат клетчаткаси, витамин А ва С га бой бўлган сабзавот ва меваларни истеъмол қилишдир. Иккиламчи профилактикаси диффуз полипоз, сўрғичли ўсмалар, кўпчилик ва ягона полиплар, ярали полип ва сурункали касалликларга чалинган беморларни ўз вақтида аниқлаш, даволаш ва диспансеризация қилишдан иборат.

## XX БОБ

### ЖИГАР САРАТОНИ

**Статистик маълумотлар.** Жигарнинг бирламчи саратони бошқа хавфли ўсмалар орасида 7—8-ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда, бу касаллик билан йилига 250 мингдан ортиқ киши касалланади. Жигар саратони айниқса ривожланаётган мамлакатларда кенг тарқалган.

Энг кўп касалланиш (ҳар 100 000 аҳолига 100,0 дан кўпроқ) Африка жанубида — Мозамбик, Нигерия, Жанубий Африка республикасида учрайди. Ўртача касалланиш (ҳар 100 минг аҳолига 15—50) жануби-шарқий Осиё мамлакатлари бўлган Япония, Индонезия, Хитой, Сингапур, Янги Зеландия ва бошқаларда кузатилади.

Европа мамлакатлари ва АҚШда эса бу ўсма кам учрайди (ҳар 100 000 аҳолига 5—15). Алоҳида мамлакатлар ўртасида касалланиш фарқи жуда катта. Масалан, Мозамбикда касалланиш даражаси Англияга нисбатан 100 барабар ортиқ.

Ўзбекистонда вилоятлараро жигар саратони билан касалланиш кўрсаткичи 39-жадвалда берилган.

Республикамизда жигар саратони Навоий, Наманган ва Самарқанд вилоятларида энг кўп, Хоразм, Сурхондарё ва Тошкент вилоятларида энг кам учрайди. Бирламчи жигар саратони кўпроқ эркакларда қайд қилинади. Бундай қонуният гепатоцеллюляр саратонга хос бўлиб, у билан эркакларнинг касалланиши аёлларга нисбатан 3—4 марта кўпроқни ташкил қилади. Холангиоцеллюляр саратонда икки жинс вакиллариининг ҳам касалланиши деярли бир хилдир. Жигар саратони билан касалланиш ёшга қараб ортиб боради. Лекин бу касаллик билан хасталаниш ёшларда ва ҳатто болаларда ҳам учрайди. Ҳозирги вақтда бола-

Ўзбекистонда жигар саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1998	Минтақа	1998
Тошкент шаҳри	3,3	Самарқанд вилояти	4,1
Андижон вилояти	3,8	Сурхондарё вилояти	2,3
Бухоро вилояти	3,4	Сирдарё вилояти	3,5
Жиззах вилояти	3,8	Тошкент вилояти	2,7
Қашқадарё вилояти	2,9	Фарғона вилояти	3,3
Навоий вилояти	7,4	Хоразм вилояти	2,1
Наманган вилояти	4,1	Қорақалпоғистон Республикаси	3,9
Ўзбекистон бўйича жаъми — 1998—3,4			

ларда учрайдиган жигар ўсмалари улардаги барча хавфли ўсмаларнинг 3—4% ини ташкил қилади.

**Касалликнинг сабаблари.** Жигарнинг бирламчи гепатоцеллюляр саратони билан вирусли «В» ва «С» гепатитлар орасида боғлиқлик борлиги кейинги йилларда аниқланди. Бундай боғлиқлик вирусли «А» гепатит да қайд қилинмаган.

Дунё бўйича 300 млн га яқин «В» ва «С» гепатит вирусини сурункали ташиб юрувчи кишилар бор. Касалланиш кўпинча болалик чоғларидан бошланиб, унинг салмоғи жануби-шарқий Осиё ва жанубий Африка аҳолиси ўртасида 10% дан то 90% гача етади. Сурункали вирус ташувчиларда жигар саратони билан оғриш хавфи соғлом кишиларга нисбатан 220 барабар кўп. Европа мамлакатлари ва АҚШда вирус ташувчилар сони анча кам (0,2—0,5%).

Касалликнинг бошқа аниқ этиологик омилларидан бири овқат маҳсулотларининг *Aspergellis flavus* — моғор замбуруғлари ишлаб чиқарадиган заҳарли афлотоксин билан ифлосланишидир. Бу асосан моғорлаган ун, жўхори, гуруч, ловия, нўхат, ерёнғоқ (арахис) ва бошқаларда пайдо бўлади. Тажриба ҳайвонлари моғорлаган дон билан овқатлантирилганда унда жигар ўсмаси пайдо бўлган.

**Жигар саратонига мойилликни оширувчи омиллар.** Ривожланган мамлакатларда жигар саратони пайдо бўлишида алкоғолнинг ўрни катта. Касалланганлар ўртасида алкоғолни сурункали истеъмол қиладиганлар сони соғлом турмуш тарзини кечирадиган кишиларга нисбатан кўпдир.

Жигар циррози ва саратони кўпинча биргаликда учрайди. Жигар циррози билан оғриган беморларда 5—25%

ҳолда унинг саратони шаклланади. Бирламчи жигар саратони билан оғриган беморларда бундан ҳам кўпроқ (50—80%) циррозга хос ўзгаришлар топилади. Эҳтимол, циррозда кузатиладиган некрозлар ва регенерация ўчоқлари саратон пайдо бўлишини тезлаштиради.

Жигарнинг холангиоцеллюляр саратони кўпроқ жигарнинг ички ўт йўлларида паразитлик қиладиган гижжалар тарқалган минтақаларда учрайди. Булардан бири — описторхоз Корея, Япония, Россия, Хитой, Таиланд, Гонконгда учрайди. Сабаби ушбу мамлакатларда овқатга хом ёки етарли миқдорда пишмаган балиқ кўп ишлатилишидир. Россия Федерациясида описторхознинг энг катта эндемик ўчоғи Тюмен вилояти ҳисобланади. Бирламчи жигар саратони билан касалланиш бу ерда мамлакатнинг бошқа минтақаларига нисбатан 10 барабар кўп учрайди. Гижжаларнинг яна бошқа бир тури — шистозомиаз (билгарциоз) экваториал Африка, Миср, Бразилия ва Хитойда кўп тарқалган бўлиб, у жигарда саратон ҳосил бўлишига мойилликни оширади.

**Патоморфологик тузилиши.** Ўсма кўпинча жигарнинг ўнг бўлагига учрайди. Ташқи кўринишига қараб беморларда жигар саратонининг уч тури кузатилади: тугунсимон — 57%, массив — 35,5% ва диффуз тури — 7,5%. Жигарнинг бирламчи саратони энг кўп (65—90%) ҳолларда жигар ҳужайраларидан ривожланади (*гепатоцеллюляр саратон*). Беморларнинг 10—25%ида ўсма жигарнинг ўт йўллари эпителийсидан ривожланади (*холангиоцеллюляр саратон*). Кам учрайдиган жигар ўсмасининг тузилишида уларнинг иккаласига хос белгилар учрайди (*аралаш саратон*). Баъзан ўсма ҳужайралари кам дифференциаллашган бўлиб, унинг генезини аниқлаш қийин бўлади (*дифференциаллашмаган саратон*). Бирламчи жигар саратони юқори даражада метастазлар бериши билан тавсифланади. Жигар ичидаги метастазлар ташқи метастазлардан кўпроқ бўлади. Саратон ҳужайралари тарқалишининг асосий йўллари — гематоген ва лимфоген йўллардир. Метастазлар билан кўпинча жигар дарвозасида жойлашган лимфа тугунчалари шикастланади. Бошқа гуруҳ лимфа тугунчаларида метастазлар камроқ учрайди. Узоқлашган метастазлар кўп ҳолларда ўпкада ва суякда, камроқ буйрак усти безида, буйракда ва бошқа аъзоларда кузатилади. Жигар саратонининг босқичларга бўладиган таснифи йўқ. Лекин ҳамма мамлакатларда халқаро саратонга қарши иттифоқ TNM таснифи қўлланилади.



## Жигар саратонининг TNM таснифи

$T_{ix}$	— бирламчи ўсма борлиги номаълум.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$	— ўлчами 2 см гача бўлган ёлғиз ўсма қон томирларига ўсиб кирмаган.
$T_2$	— ўлчами 2 см гача бўлган ёлғиз ўсма қон томирларига ўсиб кирган ёки ўлчами 2 см гача бўлган бир нечта ўсма қон томирларига ўсиб кирмаган ва жигарнинг бир бўлагиде жойлашган.
$T_3$	— ўлчами 2 см дан катта бўлган ва қон томирларига ўсиб кирган ёлғиз ўсма ёки кўплаб 2 см дан катта ўсмалар жигарнинг бир бўлагиде жойлашган ва қон томирларига ўсиб кирган ёки кирмаган.
$T_4$	— жигарнинг икки бўлагиде жойлашган бир қанча ёки портал венанинг асосий тармоқларига ўсиб кирган ўсма.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчаларида метастаз борлиги номаълум.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар йўқ.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

**Клиник манзараси.** Бирламчи жигар саратониде кўпинча гепатомегалия, оғриқ, озиде кетиш, иштаҳанинг пасайиши, беҳоллик, тана ҳароратининг кўтарилиши, асцит ва сарғайиб кетиш белгилари кузатилади. Булар орасиде эрта ва энг кўп учрайдиган белгиларидан бири оғриқдир.

Оғриқ ўнг қовурға остиде ёки эпигастрал соҳаде бўлиб, елка ва ўнг куракка иррадиация бериши мумкин. Дастлаб оғриқ унча кучли бўлмасдан, ўнг қовурға остиде оғирлик, шиш сезгиси ёки босиш ҳисси пайдо бўлади. Кейинчалик у доимий зирқираб турадиган тус олиб, овқат ейишга боғлиқ бўлмайди ва куннинг охирига бориб ёки кечалари зўрайиши ҳам мумкин. Оғриқ аста-секин зўрайиб бориб, охирида чидаб бўлмайдиган даражага етади. Оғриқ ҳиссининг бундай динамикаси жигар қобиғининг ўсаётган ўсма билан чўзилиши ва унинг ўсиш тезлигига боғлиқ

бўлади. Баъзи беморларда оғриқнинг аста-секин зўрайиши кузатилмайди, аксинча, ўсманинг катта ўлчамлари ва жигарнинг тез катталашишига қарамай деярли оғриқ бўлмайди.

Иштаҳанинг пасайиши, ориқлаб кетиш, ҳолсизлик жигар саратонида энг кўп учрайдиган белги ҳисобланади. Дастлаб бу аломатлар унчалик билинмайди ва шу сабабли бемор унга эътибор бермайди ва тиббиёт ходимларига ўз вақтида мурожаат қилмайди. Вақт ўтиши билан бу белгилар зўрая бориб, қисқа муддат ичида иштаҳа йўқолади, тана вазни камайиши ва ҳолсизлик кескин кучаяди. Кўнгил айниши 15—20% беморларда қайд қилинади.

Бирламчи жигар саратонининг энг объектив белгиларидан бири гепатомегалия ҳисобланади. Жигарнинг пастки чети қовурға остидан чиқиб туради, пайпаслаганда гадир-будур бўлади.

Бошқа муҳим белгиларидан яна бири пайпаслаганда жигарда оғриқ бўлишидир. Иситма чиқиши кўпчилик беморларда кузатилади; баъзи беморларда у қисқа, бошқаларида эса узоқ муддатли бўлади. Асцит жигар саратони билан оғриган беморларнинг қарийиб ярмида учрайди. Суюқлик кўпинча сероз, камроқ ҳолларда геморрагик бўлади. Тери ва шиллиқ қаватларнинг сарғайиши беморларни ўртача  $\frac{2}{3}$  қисмида кузатилади. Шу пайтда қонда билирубин миқдори кўпаяди, лекин тери қичишиши кам кузатилади. Спленомегалия жигар саратонининг кечки босқичларида учрайди.

**Таъхисоти.** Жигарнинг бирламчи саратонини аниқлаш учун диагностик муолажалар мажмуаси қўлланилади. Улардан баъзилари амбулатория шароитида, бошқалари эса оддий жарроҳлик усули сифатида стационарда қўлланилади. Кўпгина қўлланиладиган усуллар махсус аппаратлар бўлишини талаб қилади. Шу сабабли беморларни амбулатория ва стационар шароитида текшириш ҳажми ҳар бир тиббиёт муассасасининг аниқ имкониятларига боғлиқ бўлади.

Амбулатория шароитида жигарнинг бирламчи саратонига шубҳаланилганда сўраб-суриштириш, объектив текширишлар, қон таҳлили, Абелов-Татариновнинг иммунокимёвий реакцияси, кўкрак қафаси ва қорин аъзоларини рентгенологик текшириш, сонография, радиоизотоп сцинтиграфия, компьютер томография қўлланилади.

*Сўраб-суриштириш.* Беморнинг шикоятларида оғриқ сезгиларининг хусусиятлари, иштаҳаси, ҳолсизлик, чарчаш, иситма, озганлик аломатлари бор-йўқлиги аниқланади. Бемордан касаллик динамикаси сўраб-суриштирилади. Жигар саратонига унинг аломатлари ўтиб кетмаслиги ва касалликнинг тез зўрайиши хосдир. Беморнинг илгари бошдан ўтказган касалликлари ва турмуш тарзи, жигар ва сариқ касалликлари, хавfli ўсмалари, зарарли одатлари бор-йўқлиги, гемотрансфузиялар ва вена қон томирига дорилар юбориш билан боғлиқ даволанишлар, эхинококкоз ёки описторхоз тарқалган туманларда яшаган-яшамаганлиги аниқланади.

*Объектив текширишлар:* кўриш, қоринни пайпаслаш ва перкуссия қилиш вақтида катталашган, ғадир-будур ҳолатдаги жигар ва унинг ўлчамлари, сариқ касаллига ва асцит, пайпаслаб бўладиган бошқа аъзо ўсмаларини ҳам аниқлаш мумкин. Қонни лабораторияда текширишда эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошганлиги, сийрак ва унча юқори бўлмаган лейкоцитоз, билирубинемия, баъзи ҳолларда эса анемия борлиги аниқланади. Қонни биокимёвий текширишлар вақтида альбуминлар миқдорининг камайганлиги, бета- ва гаммаглобулинларнинг кўпайганлиги, фаол ишқорий фосфатазанинг кўтирилганлиги ва бошқа кўрсаткичларнинг меъёрдан четга чиқиши аниқланади. Одатда қўлланиладиган рентгенологик усуллар бошқа ички аъзоларда хавfli ўсмаларнинг ва жигарда шикастланиш ўчоқларининг бор-йўқлигини аниқлаш учун қўшимча маълумот беради.

Кўкрак қафаси рентгенологик усулда текширилганда куйидагиларни аниқлаш мумкин:

Диафрагманинг юқори жойлашганлиги, унинг гумбаз деформацияланганлиги ва ҳаракатланишининг чекланганлиги.

Ўпкада унча катта бўлмаган думалоқ соялар ёки унинг илдизида метастазларга хос бўлган лимфа тугунчаларининг катталашishi.

Ўпканинг ўнг пастки бўлагиде параллел чизикли гардишли ателектаз соялари.

Ўпка майдонидаги тиниқликнинг юрак-диафрагма бурчагида пасайishi.

Санаб ўтилган рентгенологик белгилар жигар саратонининг билвосита белгилари бўлиб хизмат қилади. Меъда-ичак йўлини рентгенологик текшириш унда хавfli

ўсма бор-йўқлигини аниқлашдан ташқари, катталашган жигар билан меъда, 12-бармоқ ва кўндаланг чамбар ичакнинг деформацияланганлиги ва силжиганлигини кўрсатади. Қонни иммунокимёвий текширишлар вақтида альфа-фетопротеинни (АПФ) аниқлаш (Абелев-Татаринов реакцияси), хавфли ўсмаларга ташхис қўйишда кейинги йиллардаги муҳим кашфиётлардан бири ҳисобланади. АПФ ни аниқлаш техник жиҳатдан жуда осон бўлиб, клиника амалиётида кенг қўлланилмоқда. Гепатацеллюляр саратонда ушбу реакция 60—90% беморларда ижобий бўлади. Радиоизотоп сцинтиграфия радиоактив олтин, технеций, йод бирикмалари билан бажарилади. Жигарнинг ўсма, паразитар киста ёки абсцесс жойлашган қисмида радиоизотоп йиғилмайди ва бу сцинтиграммада қайд қилинади.

*Ультратовуш* ёрдамида жигар ўлчамлари, тузилмаси, шикастланиш ўчоқлари, уларни бўшлиқ ёки гомогенлигини фарқлаш мумкинлиги туфайли кўпчилик беморларда бу усул билан касаллик табиатини аниқлаш имкони туғилади. Ҳозирги замон асбоблари 1 см гача бўлган ўсмаларни ҳам аниқлашга ёрдам беради. Жигарнинг бирламчи саратони билан оғриган 83—98% беморларда патологик ўчоқларни топиш мумкин.

Жигар саратонини аниқлашда бир неча *контраст рентгенологик усуллар* қўлланилади (спленопортография, трансумбиликал портография, ангиография ва флебография). Бу текширишлар талоқ, жигар артерияси, қопқа ёки киндик венасига сувда эрийдиган ёки майда дисперс мойли контраст моддалар юбориш билан амалга оширилади. Бирламчи жигар саратонида, ангиограмма ва венограммалар бажарилганда унинг ўсма бор жойида қон томирлар сураги ўзгаради. Бу усуллар ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиб, ўлчами 1—2 см гача бўлган ўсмаларга ташхис қўйишда яхши ёрдам беради.

*Ўсмани пункция* қилиш саратонни аниқлашнинг самарали усули ҳисобланади. Кўп йиллик тажрибалар шуни кўрсатадики, жигарни пункция қилишдан келиб чиқадиган асоратлар жуда кам учрайди. Усулнинг ҳал қилувчи ташхисий аҳамияти юқори даражали ҳисобланади. Бу усул ёрдамида беморларнинг 80% ига узил-кесил ташхис қўйиш мумкин.

*Лапароскопия* ҳам текширишнинг аниқловчи усулларига киради. Лапароскопия пайтида жигарнинг олдинги ва пастки юзаси, ўт қопи ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларини кўз билан кўриш ва жигарни визуал назорат остида

пункция қилиш мумкин. Бирламчи жигар саратонининг лапароскопик манзараси ўсманинг ўсиш шакли ва жойлашишига боғлиқ. Тугун шаклида ўсма чегараланган, кулранг ёки сариқ рангда бўлиб, жигар юзасидан 1—5 см гача юзага чиқиб туради. Тугун марказида киндиксимон тортилишлар бўлмайди ва бундай ўзгаришлар асосан метастазлар учун хосдир. Массив саратон шаклида нотекис юзали оқимтир ва катта ягона тугун кўринади. Лапароскоп учи билан тегилганда у енгил қонайди. Баъзан асосий ўсма атрофида ёки ундан сал узоқроқда ўлчамлари кичикроқ, лекин асосий ўсмага ўхшаш кичик тугунчалар кўринади.

Келтирилган усулларга қўшимча равишда жигар саратонига ташхис қўйишда *компьютер ва магнит резонанс томографиялар* қўлланилади. Иккала усул ҳам юқори даражада ҳал қилувчи имкониятга эга бўлиб, улар 1 см гача бўлган ўсмаларни топишда, ўсма атрофидаги қон томирлар ва тўқималарга унинг ўсиб киришини аниқлашда аҳамиятлидир.

*Таққословчи ташхис* жигар саратонининг клиник белгиларига қараб кенг доирадаги касалликларга нисбатан ўтказилади. Сурункали гепатит ва циррозлардан хавфли ўсмани фарқлашда саратонда жигарнинг катта ҳажми ва нотекис катталашиши, қаттиқ консистенцияси, ғадирбудур юзаси ва пайпаслаган вақтда оғриши ҳамда касалликнинг тез зўрайиши ёрдам беради.

Жигар кисталари кўпинча аёлларда учрайди ва текис юзали думалоқ тузилма шаклида пайпасланади, аста-секин катталашиб, беморнинг умумий аҳволида оғир ўзгаришлар бўлмайди. Жигар гемангиомаси юмшоқ ёки эластик консистенцияли бўлиб, кам оғрийди, секин катталашади ва бунда интоксикация белгилари бўлмайди. Эхинококк кисталари кўпинча эндемик ҳудудларда яшайдиган кишиларда пайдо бўлиб, эластик консистенция, аллергик реакциялар билан кечиши, секин ривожланиши, бемор аҳволининг қониқарли даражада бўлиши, кўпинча эозонофилия кузатилиб, эхинококк антигенига боғлиқ ташхисот тестларининг ижобий бўлиши билан таърифланади.

Жигар саратонининг *сарғайиш белгиси* билан кечадиган турини инфекцион гепатитлардан фарқлаш зарур. Жигарнинг бирламчи саратони тўғрисида катталашган, ғадирбудур юзали, оғриқли жигар, асцит ҳамда бемор умумий аҳволининг тез ёмонлашиши дарак беради. Жигар сара-

тонини барча касалликлардан фарқлашни лапароскопия ва пункцион биопсия узил-кесил ҳал қилади.

**Даволаш.** Жигар саратонига даво қилинмасдан, унинг табиий кечишига қўйиб берилса, беморлар қисқа (5—6 ой) вақт ичида ҳалок бўладилар.

Жигарнинг бирламчи саратонига даво қилиш жуда ҳам қийин масала ҳисобланади. Жарроҳлик усули билан даволанганда жигарнинг зарарланган анатомик бўлаги ёки унинг ярми олиб ташланади. Бироқ, радикал операцияни фақат жигар саратонининг ягона тугун хилида ва у чап бўлакда жойлашганида бажариш мумкин. Шунинг учун радикал операция фақат 5—15% беморларда амалга оширилади. Радикал операция қилиб бўлмайдиган беморларга паллиатив даволаш мақсадида нур ва кимётерапия, ўсма ни қон билан таъминланишини кескин камайтирадиган ёки тўхтатадиган усуллар (эмболизация), иммун ва кимётерапиялар ҳамда бошқа усуллар қўлланилади.

Нур терапияси жигарнинг ионлаштирувчи нурланишга чидамсизлиги — толерантлиги пастлиги туфайли кенг қўлланилмайди. Беморлар кичик фракциялар билан нурлантирилганда унинг дозаси 30—40 Гр дан ошганда йўғон ичак ва буйракда кучли нур асоратлари пайдо бўлиши мумкин. Бу даволаш усули уларнинг умрини деярли узайтирмайди. Ҳозирги вақтда жигар саратонини даволаш усуллари тез ривожланмоқда. Кимётерапия усулида даволашнинг трансумбиликал ва интраартериал турларида (фторафур, адриамицин, митомицин ва бошқ.) касалликнинг ремисия даври ошмоқда. Жигар саратони билан шикастланган сегментар артерияни эмболизация қилиш ўсма некрозига олиб келсада бироқ унинг четларида қолган тирик ҳужайраларда қисқа вақт ичида коллатерал қон айланиши ривожланиши кузатилади. Сўнги пайтлар жигар артерияси суюк, мойли контраст препаратлар билан окклюзия қилиниб, унга кимёпрепаратлар (адриамицин ёки платина) юборилмоқда. Лекин бу усулнинг узоқлашган натижалари ҳозирча ўрганилмоқда.

Жигар саратонини даволашнинг энг янги усули бу иммунокимётерапия усулидир. Бунинг учун аввало саратон ҳужайраларига қарши моноклонал антитаначалар ишлаб чиқарилади. Кейин уларга ўсма ҳужайраларини ўлдирадиган заҳарли моддалар ёки токсинлар қўшиб иммунотоксин бирикмаси ясалади. Ушбу иммунотоксин бемор қонига юборилганда у асосан саратон ҳужайраларига ёпишиб

уларнинг фаолиятини тўхтатади. Бу усулнинг клиник тажрибалари ривожланган мамлакатларда йиғилмоқда ва ўрганилмоқда.

*Даволаш натижалари.* Умуман олганда жигарнинг бирламчи саратонини даволаш натижалари ҳозирча қониқарли эмас. Радикал операция қилинган беморларнинг фақат 10—15%и, йирик тиббиёт илмий марказларида даволанганларнинг эса 25—30%и 5 йилдан ортиқроқ яшайдилар. Нур терапияси ҳозирча яхши натижа бергани йўқ. Келажак комплекси даволаш усуллари (радикал операция ва кимётерапия ҳамда иммунокимётерапия) ни кутмоқда.

*Касалликнинг олдини олиш.* Бир неча йиллар мобайнида Япония, Тайван, Хитой ва бошқа бир қатор жанубий Африка мамлакатларида янги туғилган чақалоқларга гепатит «В» вирусига қарши эмлаш ўтказилмоқда. Шу йўл билан фаол иммунитет ҳосил қилиниб, вирус ташувчилар сонини камайтиришга эришилмоқда. Бу эса гепатоцеллюляр саратондан сақланишнинг амалий чораси ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ишлатиладиган бирламчи профилактиканинг бошқа яна бир усули—гепатит вирусига қарши иммуноглобулин қўлланилишидир. Эндемик худудларда холангиоцеллюляр жигар саратонининг олдини олиш чоралари — бу донларни сақлашга эътибор бериш, балиқларни хомлигича овқат сифатида емаслик, описторхоз инвазиясига вақтида даво қилишдир. Жигар саратонининг иккиламчи профилактикаси — бу сурункали гепатитлар, цирроз ва вирусли гепатитларнинг «В» ва «С» турларини даволаш самарадорлигини кескин оширишдир. Жигар саратонини олдини олишда алкоғолли ичимликларни истеъмол қилмаслик, аччиқ, дудланган маҳсулотларни камроқ истеъмол қилиш, табиий витаминларга бой овқатларни кўпроқ ишлатиш муҳим аҳамиятга эга.

## XXI БОБ

### МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Меъда ости бези саратони билан касалланиш дунё бўйича йилдан-йилга ўсиб бормоқда. Касалланиш билан бирга ундан ўлиш ҳоллари ҳам ошиб бормоқда. Беморларнинг кўпчилиги бу касалликка ташхис қўйилгандан кейин одатда бир йил мобайнида ҳалок бўладилар. Бундай аҳволнинг сабаби касалликни

аниқлаш ва даволашнинг қийинлигидир. Касалланишда мамлакатлар аҳолиси ўртасида фарқ бор. Ҳар 100 минг аҳолига ҳисоблаганда 1970—1990-йилларда энг кўп касалланиш АҚШ, Канада ва Австрияда, энг кам — Японияда кузатилган. (Австрияда: эркакларда — 10,4; аёлларда эса — 8,4, Японияда: эркакларда — 2,6; аёлларда — 1,8). Меъда ости беши саратони 30 ёшгача бўлган одамларда жуда кам учраб, у кейинчалик ортади: 40—50 ёшда — 10,5; 60 ёшда — 40,0 ундан юқори ёшларда 100 гача етади (ҳар 100 минг киши ҳисобига). Ўзбекистон вилоятларида аҳолининг касалланиш кўрсаткичи 40-жадвалда келтирилган.

40-жадвал.

Ўзбекистонда меъда ости беши саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли сонига ҳисоблаганда)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	2,7	1,1	Самарқанд вилояти	1,0	0,9
Андижон вилояти	1,2	1,4	Сурхондарё вилояти	1,0	1,2
Бухоро вилояти	1,3	1,3	Сирдарё вилояти	0,8	0,5
Жиззах вилояти	0,8	1,3	Тошкент вилояти	2,3	1,2
Қашқадарё вилояти	0,8	1,1	Фарғона вилояти	1,1	1,3
Навоий вилояти	1,0	1,2	Хоразм вилояти	0,6	1,2
Наманган вилояти	0,8	1,0	Қорақалпоғистон республикаси	1,0	1,1
Ўзбекистон бўйича жами — 1993 — 1,2; 1998 — 1,1					

Бу маълумотлардан кўриниб турибдики, айрим минтақаларда (Тошкент шаҳри, Сирдарё ва Тошкент вилоятларида) касалланиш 1993 йилдан 1998 йилгача бироз камайган бўлса-да, қолган барча вилоятларда (Бухоро вилоятидан ташқари) ошган. Умуман олганда Ўзбекистон бўйича 5 йил мобайнида касалланиш динамикасида ўзгариш йўқ, деса ҳам бўлади (1,2—1,1).

**Касалик сабаблари** сўнгги йиллардаги текширишларга кўра, эркакларнинг меъда ости беши саратони билан кўпроқ касалланиши эҳтимол чекиш билан боғлиқдир. Иқтисодий ривожланган мамлакатларда меъда ости беши саратонининг кўпроқ учраши ёғли овқатларни кўп истеъмол қилиш асорати бўлиши ҳам мумкин. Меъда ости саратони билан оғриган беморларнинг кўпчилигида сурункали панкреатит аниқланади, лекин уни саратонга алоқадорлиги тасдиқланмаган. Ўт халтасининг холестерин



тошлари билан меъда ости беши бош қисми саратони ўрта-сида боғлиқлик борлиги аниқланган.

**Патоморфологик тузилиши.** Саратондан меъда ости бош қисми 50—60%, тана қисми —10%, дум —5—6% ва аъзо 25% ҳолда бутунлай шикастланади. Ўсиш хусусияти бўйича саратоннинг тугунсимон ва диффуз (инфилтратив) турлари учрайди. Ўсманинг емирилиши кам кузатилади.

*Тугунсимон шакли* бошқаларидан кўра кўпроқ учрайди: Тугунлар гадир-будур, ўлчамлари ҳар хил бўлади (3—8 см). *Инфилтратив* ўсмаларда без бутунлай қаттиқлашиб нотекис бўлиб қолади.

Меъда ости беши саратони ўт йўллари эпителийсидан ёки паренхимасидан ўсиб ривожланади. Камдан-кам ҳолларда ўсма безнинг эндокрин хужайраларидан пайдо бўлади (апудома). У ҳар хил гормонлар (инсулин, глюкагон, гастрин, АКТГ, серотонин ва бошқалар)ни ишлаб чиқариш хусусиятига эга бўлиб, ўзига хос клиник манзараси билан ажралиб туради.

Гистологик тузилиши бўйича меъда ости беши саратони қуйидагича бўлади: *аденокарцинома, ясси хужайрали, анапластик ва бошқа*. Кўп ҳолларда аденокарцинома учрайди ва у ҳар хил (скирр, шиллиқ, папилляр) кўринишда бўлади.

Ўсма ўз атрофидаги тўқималарга бевосита, жумладан, периневрал ёриқлар орқали тарқалади. Шу сабабли кўпчилик беморларда айниқса ўсма «куёш чигалига» яқин жойлашган бўлса кучли оғриқ кузатилади. Ўсманинг метастазлари лимфа тугунчаларида эрта пайдо бўлади ва у олдин панкреатик ва панкреодуоденал, кейин чап ва ўнг бел, пастки қорин ости ва қорин бўшлиғи юқори қаватидаги бошқа гуруҳ лимфа тугунчаларига тарқалади. Узоқлашган метастазлари ўпка, жигар, қорин пардаси ва суякларда учрайди. Меъда ости беши саратонининг ривожланиш босқичларини халқаро TNM таснифидан кўриш мумкин.

### **Меъда ости беши саратонининг халқаро TNM таснифи**

$T_x$	— бирламчи хавfli ўсмани аниқлаш учун маълумот етарли эмас.
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмаган.
$T_1$	— ўсма фақат меъда ости беши билан чегараланган.
$T_{1a}$	— ўсманинг ўлчами 2 см гача.

- $T_{16}$  — ўсманинг ўлчами 2 см дан катта.  
 $T_2$  — ўсма қўшни аъзоларга: 12 бармоқ ичакка, ўт йўли ва унинг атрофидаги тўқималарга ўсиб кирган.  
 $T_3$  — ўсма қўидаги аъзоларнинг бирига тарқалган: меъда, талоқ, чамбар ичак, катта қон томирлари.  
 $N_x$  — регионар лимфа тугунчалари зарарланган-лигини аниқлаш учун маълумот кам.  
 $N_0$  — регионар лимфа тугунларида метастаз аниқланмаган.  
 $N_1$  — регионар лимфа тугунчаларида метастаз аниқланган.  
 $M_0$  — узоқлашган метастазлар аниқланмаган.  
 $M_1$  — узоқлашган метастазлар мавжуд.

**Клиник манзараси.** Меъда ости бези саратонининг клиник манзарасида учта белги етакчи аҳамиятга эга: оғриқ, сарғайиш ва тана вазнининг пасайиб кетиши. Улардан ташқари иситма ва тромбозлар ҳам кузатилиши мумкин. Бу белгилар қачон пайдо бўлиши, қайси бири кўпроқ ёки камроқ учраши саратоннинг безда жойлашишига бевосита боғлиқ.

*Меъда ости бези бош қисми саратонининг* бошланғич даврида беморлар ўнг қовурға остида оғирлик ва оғриқ, озиш, кўнгил айниши, ич бузилиши, ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, тери қичишишидан шикоят қиладилар. Ўсма ривожланиб ўт йўлларида ўсиб киргандан ёки уларни босиб қўйганидан кейин сарғайиш пайдо бўлади ва у кундан-кунга кучайиб, нажас рангсизланади, сийдик тўқ рангли бўлиб қолади, жигар ва ўт пуфаги ўлчамлари катталашади. Ўсма ўн икки бармоқ ичакка ўсиб кирганида қайт қилиш кузатилади. Аста-секин жигар, кейинчалик буйрак етишмовчилиги қўшилади. Шунини айтиш керакки, сариқлик пайдо бўлганида деярли ҳар доим шифокорлар беморда вирусли гепатит борлигига шубҳаланиб, уни юқумли касалликлар шифохонасига юборишади.

*Меъда ости безининг тана ва дум қисми саратони* учун сарғайиш хос эмас. Уларнинг клиник манзарасини икки симптом, яъни қорин усти соҳасида орқа томонга, куракка ва чап елкага берилувчи кучли оғриқ ва тез ориқлаш белгилайди. Қорин усти соҳаси пайпасланганда оғриқ сезилади ва озгин беморларда шиш борлиги аниқланади.

**Таъхиси.** Меъда ости беъи саратонига шубҳа қилинса одатда сўраб-суриштириш, клиник текширишлар, қонни клиник ва биокимёвий таҳлил қилиш, сийдик ва нажасни ўт пигментларига текшириш, қорин бўшлиғи юқори қавати аъзоларини сонография қилиш (ультратовуш билан текшириш), рентгенологик (релаксацион дуоденография) ва эндоскопик текширишлар ўтказилади.

**Сўраб-суриштириш.** Сарғайган беморларда унинг пайдо бўлиш вақти ҳамда ривожланиш динамикаси сўралади. Сарикликкача бўлган даврнинг давомлилиги ва хусусиятлари, тери қичишиб, озиб кетиш, ҳолсизлик, иштаҳанинг камайганлиги, иситма, диспептик ҳолатлар бор-йўқлиги аниқланади. Нажас ва сийдик рангининг ўзгарган-ўзгармаганлигига эътибор берилади. Беморда илгари қисқа муддатли сарғайиш бўлган-бўлмаганлиги, гепатит билан оғриган беморлар билан контактда бўлганлиги, гемотрансфузиялар ва вена қон томири орқали дори қабул қилганлиги аниқланади. Агар оғриқ бўлса, унинг хусусиятлари, давомлилиги ва ривожланиш динамикаси, меъда ва бошқа ички аъзолар фаолиятига шикоятлари борлиги тўғрисида бемордан сўралади. Таъхис учун асос бўладиган бир нечта «хавфли белгилар»ни ажратиш мумкин. Агар:

— сарғайиш кексайган беморларда пайдо бўлса.

— сарғайиш ўтиб кетмаса ёки аста-секин кучайиб борадиган хусусиятга эга бўлса, унгача ёки у билан биргаликда оғриқ ёки тана вазнининг камайиши кузатилса;

— пайпаслаган вақтда катталашган, оғримайдиган ўт пуфаги пайпасланса;

— бир оз вақт давомида қориннинг юқори қисмида орқа томонга, куракка ва чап елкага бериладиган доимий кучли оғриқ бўлиб, озиб кетиш кузатилса меъда ости беъи саратони борлигига шубҳа қилиш мумкин.

**Объектив текширишлар** таъхис қўйиш учун муҳим маълумотлар беради. Беморни кўриш пайтида терининг сарғайиш интенсивлиги ва унинг тусига эътибор берилади. Саратон учун интенсив сарғайиш хосдир. Ўт йўллари узоқ вақт бекилиб қолганда сарғайган тери кўкимтир тусда бўлади. Қорин бўшлиғи аъзоларини пайпаслаб кўриш орқали меъда ости беъи, жигар, ўт пуфаги ва талоқнинг ҳолати аниқланади. Одатда меъда ости беъини пайпаслаб бўлмайди. Ўсма анча катта ўлчамларга етганда у пайпасланади, жигар эса бир текисда катталашган бўлиб, қовурға остидан 2—4 см чиқиб туради, четлари юмалоқлашган, пай-

паслаганда оғриқ бўлади. Жигарнинг юзаси текис, лекин метастазлар бўлганда ғадири-будур бўлади. Агар ўсма безнинг бош қисмида бўлса, ўт димланиб қолади ва шу туфайли ўт халтасининг катталашиши — Курвуазье симптоми пайдо бўлади. Ўсма талоқ веналарини босиб қўйганда ёки уларнинг тромбози рўй берганда спленомегалия пайдо бўлади. Периферик лимфа тугунларида, жумладан, ўмров усти тугунчаларида метастазлар камдан-кам ҳолларда учрайди.

*Лаборатория текширувлари* меъда ости беши саратонини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Қоннинг умумий таҳлилида эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, нейтрофил лейкоцитоз ва тромбоцитоз кузатилади. Умумий ўт йўли бекилиб қолганда сийдикнинг ранги қорамтир-кўнғир тус олади, унда кўп миқдорда билирубин бўлиб, уробилин бўлмайди. Сариклик бўлмаган ҳолларда сийдикда диастаза миқдори кўпаяди ва баъзан глюкозурия кузатилади. Бундай ўзгаришлар кўпинча ўсма меъда ости безининг тана ва дум қисмларида ривожланганида пайдо бўлади. Меъда ости беши саратонидида нажас мўл бўлиб, сариклик пайтида рангсизланади ва ундан чириган ҳид келади. Нажас текширилганда стеаторея (ҳазм бўлмаган ёғ) ва креаторея (ҳазм қилинмаган мускул тўқимаси кузатилади). Қонни биокимёвий текширишда бемор сарғаймаган пайтда гипергликемия ва липаза миқдорининг кўпайиши аниқланади. Сариклик пайдо бўлганда холестерин, билирубин миқдорининг кўпайиши, ишқорли фосфатаза фаолиятининг анча ошиши, плазмада оқсил ва протромбин концентрациясининг камайиши кузатилади.

Одатда беморда сариклик белгиси пайдо бўлганда унинг қандай табиатли эканлигини ҳал қилишга тўғри келади. *Гемолитик сариклик* кўпроқ ёшларда кузатилиб, озиш, ҳолсизлик, тери қичишиши кузатилмайди, тери оч сарик рангда бўлиб, сийдик ва нажаснинг ранги ўзгармайди. Қон текширилганда анемия ва бошқа патологик ўзгаришлар аниқланади. Қон зардобидида билирубин миқдори унинг билвосита фракцияси ҳисобига ўртача даражада кўпайган бўлади. Холестерин ва биокимёвий кўрсаткичлар миқдори нормал даражада, Кумбс тўғри синови, антиглобулинли тест ижобий ва тўғри, эритроцитларнинг осмотик резистентлиги пасайган бўлади.

*Паренхиматоз гепатитда* бош, бўғимларда оғриқ, катарал яллиғланишлар кузатилади. Оғриқ қовурға остида бўлмайди, сариклик тез ривожланади, ўт пуфағи пайпас-

ланмайди. Касаллик 3— 5 ҳафта давомида даврий равишда кечади. Қон зардоби биокимёвий текшириб кўрилганда, унинг кўрсаткичларида паренхиматоз сарғайишни обтурацион сарғайишдан ажратишга ёрдам берадиган кўпгина ўзгаришлар топилади.

*Калькулёз холецистит* одатда ўткир оғриқ хуружи билан бошланиб, кейин сариқлик пайдо бўлади. Озиш ва ҳолсизлик кузатилмайди. Беморнинг қовурғаси остида кучли оғриқ сезилиб, Курвуазье симптоми бўлмайди, тана ҳарорати кўтарилади. Маълумки, механик сариқлик нафақат меъда ости беши бош қисми саратонида, балки жигардан ташқаридаги ўт йўллари ва фатер сўрғичи касалликларида ҳам рўй беради. Улар ўртасидаги фарқланиш онкологлар томонидан махсус текширишлар асосида ҳал қилинади.

Сариқлик бўлмаган пайтда умумий амалиёт врачига саратон билан эпигастрал соҳада тасодифий аниқланган ўсмалар ўртасида таққословчи ташхис ўтказишга тўғри келади. Улар кўпинча меъда ости беши кистаси ёки меъда, кўндаланг-чамбар ичак, қорин орти бўшлиғидан чиққан ўсмалар бўлади.

Бошқа симптомларнинг (тана вазнининг камайиши ва секин-аста кучаяётган оғриқ) сабабларини аниқлаш учун рентгенологик, эндоскопик ва ультратовуш текширувлари ўтказилади.

*Рентгенологик релаксацион дуоденография.* Меъда ости безининг бош қисми саратони ўн икки бармоқ ичакни қисиб қўйиши ёки унга ўсиб кириши мумкин. Бунда шикастланган жой шиллиқ қаватининг рельефи бузилиб, перистальтикаси йўқолади, яраланиш ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бошқа ҳолларда эса ўсма билан катталашган меъда ости беши ўн икки бармоқ ичак «тақа»сини катталаштириши мумкин. Одатда рентгенологик текширишлар барий аралашмасининг ўн икки бармоқ ичакдан тез ўтиб кетиши натижасида юқорида кўрсатилган ўзгаришларни аниқлашга имкон бермайди. Ичак дори моддалар билан релаксация қилинганда уни синчиклаб кўришга имкон туғилади. Бунинг учун мускул орасига 2,0 мл 0,1% ли метацил эритмаси, венага 1,0 мл 0,1% ли атропин эритмаси 4—5 мл 10 % ли кальций хлорид эритмаси билан биргаликда юборилади ёки оғиз орқали аэрон қабул қилинади. Зондли ва зондсиз дуоденография турлари мавжуд. Зондли релаксацион дуоденографияда контраст аралашмаси дуоденал зонд орқали дори моддалари инъекция қилинганидан

сўнг 15 дақиқа ўтгач юборилади. Ичак бўшлиғи тўлғизи-либ, унинг контурлари, шакли ва жойлашиши, кейинча-лик барий аралашмаси зонд орқали тортиб олингач, шил-лиқ қават рельефининг тавсифи ўрганилади. Зондсиз дуо-денография техник жиҳатдан осонроқ бўлиб, бунда дастлаб меъда рентгеноскопия қилинади. Кейин бемор 2 таблетка аэрон қабул қилади ва улар ўн икки бармоқ ичак гипото-ниясига олиб келади. 30—60 дақиқа ўтгандан кейин бе-морга барий аралашмаси берилиб, рентгенологик текши-риш ўтказилади.

*Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография* фибро-дуоденоскопия қилиш пайтида бажарилади. Ўн икки бар-моқ ичак кўрилгандан кейин катетер фатер сўргичи орқа-ли меъда ости беши йўлига ўтказилиб, 5 минут давомиди у ширадан тозаланади ва унга секин-аста контраст модда юборилади. Рентгенограммада ўсма ўсган жойда меъда ости беши чўлтоғининг торайганлиги ёки чеккага итарилганли-ги кўринади. Тиббий муолажалар пайтида цитологик тек-ширишга суртма ҳам олинади. Бу усул юқори даражада маълумот берибгина қолмасдан, балки меъда ости беши ва умумий ўт йўллари билан боғлиқ бўлган ҳар қандай ўсма-ни аниқлашга ва уни сурункали панкреатитлардан фарқ-лашга имкон беради.

*Ультратовуш текширишлар (сонография)* меъда ости беши ўсмаларининг диаметри 3 см гача катталашганда улар-га ташхис қўйиш, саратонни кисталардан ажратишга ёр-дам беради. Қийинчилик туғилган ҳолларда меъда ости бешини ингичка игна билан эхоскоп назоратида пункция қилиш мумкин. Сонография текширишини ретроград хо-лангиопанкреатография билан бирга қўшиб олиб бориш энг оддий ва жуда самарали диагностик мужмуалардан ҳисобланиб, кўпчилик беморларга тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

*Компьютер томографиянинг* суратларида меъда ости беши ўсмасининг ўлчами 1,0 см дан каттароқ бўлганда у ғадир-будур шаклда бўлиб, зичлиги без паренхимасидан юқорироқ бўлади. Бу усул кистоз касалликлар, катталаш-ган лимфа тугунчалар, ўсманинг қўшни аъзоларга ва ма-гистрал томирларга тарқалганлигини аниқлашга ёрдам беради.

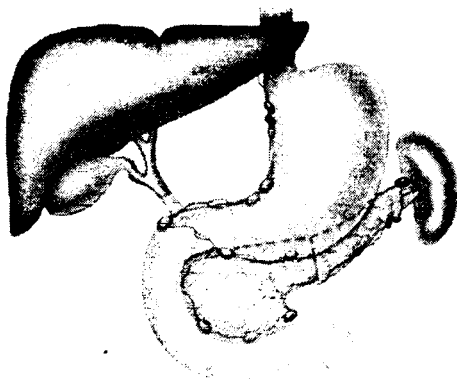
*Целиакография* ёки қорин артериясининг селектив ангиографияси олдинги усулларга нисбатан техник жиҳат-дан мураккаб ҳисобланади. Сувда эрийдиган рентконтраст

модда катетер билан сон артарияси орқали қорин артериясига юборилади. Рентгенограммаларда без томирларининг чўлтоқлари, юқори ва пастки васкуляризацияси, томир суратларининг бузилган жойлари кўринади. Бу инвазив усул кейинги йилларда ультратовуш ва компьютер томографияга нисбатан камроқ қўлланилмоқда. Бу усул асосан ўсманинг магистрал қон томирларга тарқалганлигини ва беморни операция қилиш-қилмасликни аниқлаш учун ишлатилади.

*Меъда ости безини сцинтиграфия* қилиш  $^{75}\text{Se}$  билан нишонлаган метионин ёрдамида амалга оширилади. Бу препарат меъда ости безида жигар ва бошқа аъзоларга нисбатан анча кўпроқ тўпланади. Текшириш усули ўлчами 2 см дан каттароқ ўсмаларни аниқлашга ёрдам беради, аммо кистани ўсмадан ажратиш имконини бермайди.

*Даволаш.* Меъда ости бези саратонига даво қилиш уни аниқлаш каби энгил эмас. Радикал даволашнинг ягона усули жарроҳлик йўлидир. Агар метастазлар бўлмаса, нур ва кимётерапия билан даволаш фақат паллиатив мақсадларда ёки операцияга қўшимча равишда қўлланилади. Меъда ости безининг тана ва дум қисми саратонида радикал операция безни (бош қисмидан ташқари) резекция қилишдир. Меъда ости бези бош қисмида радикал операция қилиш техник жиҳатдан мураккаб ҳисобланади. Безнинг ўн икки бармоқ ичак билан яқин алоқадорлиги уни ҳам олиб ташлашга мажбур қилади (бу операция панкреатодуоденал резекция деб аталади) (22-расм). Ҳазм қилиш йўлини тиклаш учун холецистогастроанастомоз, гастроэнтероанастомоз ва олиб келувчи-олиб кетадиган ингичка ичак ҳалқалари ўртасида қўшимча равишда анастомоз қўйилади. Кўпчилик беморларда касалликни даволаш вақти кечикиб кетганлиги ёки бемор умумий аҳволининг оғирлиги туфайли радикал операция қилишнинг иложи бўлмайди. Бундай беморларга кўрсатиладиган даволаш ёрдами асосан сариқликни йўқотишга йўналтирилган бўлади. Бунинг учун кўпинча ўтни олиб кетувчи анастомозлардан бири бўлган холецистоеюноанастомоз қўйилади. Агар ўсма бир вақтнинг ўзида ўн икки бармоқ ичакни ҳам қамраб олган бўлса, унда меъда билан ичак ўртасига ҳам анастомоз қўйилади.

Меъда ости бези саратонида нур терапиясининг жами дозаси 40—45 Гр гача бўлган телегамматерапия шаклида ўтказилганда баъзи беморларнинг умри узайганлиги ку-



22-расм. Меъда ости беzi бошчаси ўсмасида панкреатодуоденал резекция операциясининг ҳажми.

затилган. У кўпинча кучли оғриқли синдромда қўлланилади ва нурлантирилгандан кейин оғриқ камайганлиги қайд қилинади.

Кимётерапия учун 5-фторурацил ва фторофур қўлланилади. Кимёвий препаратларнинг самардорлиги унча юқори эмас. Лекин улар амбулатория шароитида беморни махсус даволашнинг яққоюғона йўли бўлиши мумкин.

Кейинги йилларда саратон яқин лимфа тугунчаларига метастаз берганлиги туфайли радикал операция қилиб бўлмайдиган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг янги ва унумли чоралари ишлаб чиқилмоқда. Буларнинг ичида комплекс даволаш усули, яъни операция қилиниб холестоеюноанастомоз қўйилгандан кейин ўсмани УВЧ-гипертермия қилиш (маҳаллий иситиш), нур ва кимё терапияси ҳамда қисқа муддатли гипергликемия ўтказиш диққатга сазовордир. Бундай усул 66,6% беморда оғриқни йўқотади, 26,0% беморда — оғриқни сезиларли даражада камайтиради, ҳаёт сифатини оширади ва умрни узайтиради.

Агар саратон аниқлангандан кейин даво қилинмаса, беморлар ўргача 4,5—6,0 ой яшайдилар, комплекс даводан кейин эса 18,2 ойгача яшайдилар (яъни, ҳаёти 3—4 марта узаяди). Меъда ости саратонини даволашнинг узоқ нитажалари қониқарли эмас. Радикал операциядан кейин беморларнинг 10% дан камроғи 5 ва ундан кўпроқ яшайдилар. Паллиатив операциялар бемор умрини бир неча ойга узайтиради, холос.

*Касалликнинг олдини олиш.* Меъда ости саратонининг олдини олишнинг аниқ чоралари йўқ, чунки ўсма пайдо бўлишига олиб келувчи, ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган омиллар ҳозирча аниқланмаган. Чекишдан сақланиш, тар-



кибида сабзавот ва мевалар етарли бўлган ҳамда ёғлар кам бўлган овқатларни ўз вақтида қабул қилиб туриш фойдадан ҳоли эмас.

## XXII БОБ

### ХАВФЛИ ЛИМФОМАЛАР

Бу ўсмалар лимфоретикуляр ҳужайралардан пайдо бўлади. Бундай ҳужайралар асосан лимфа тугунчаларида учрайди, лекин бошқа ички аъзоларда (талоқ, жигар, суяк, ўпка ва бошқалар) ҳам уларни топиш мумкин. Шу сабабли хавfli лимфомалар кўпроқ лимфа тугунчаларида рўй бериб, юқорида айтилган аъзоларда ҳам ривожланиши мумкин.

**Хавfli лимфомаларнинг қисқача халқаро гистологик таснифи:**

- А. Лимфосаркома.
- Б. Замбуруғсимон микоз.
- В. Плазмоцитома.
- Г. Ретикулосаркома.
- Д. Тасниф қилиб бўлмайдиган лимфомалар.
- Е. Лимфогранулематоз (Ходжкин касаллиги).
- Ж. Бошқалар:
  - 1. Эозинофил гранулемаси.
  - 2. Мастоцитома.

**Изоҳ:** Бу ўсмалардан онкологик шифохоналарда фақат лимфогранулематоз, лимфосаркома ва ретикулосаркома билан касалланганлар даволанади.

**Статистика маълумотлари.** Хавfli лимфомалар АҚШ, Канада, Фарбий Европа ва Ўрта Шарқда юқори даражада қайд қилиниб, Япония, Хитой, Шарқий Европа ва Осиёда энг кам учрайди. Собиқ Иттифоқ республикалари ичида касалланишнинг (ҳар 100 минг аҳолига) энг юқори кўрсаткичи Эстония (12,9), Латвия (12,2) ва Белорусияда (8,9), энг паст кўрсаткичи — Тожикистон (2,0), Ўзбекистон (2,9) ва Озарбайжонда (2,9) қайд қилинган.

Ўзбекистон вилоятлари ичида хавfli лимфомаларнинг тарқалиши ва унинг охириги йиллардаги динамикаси 41-жадвалда кўрсатилган.

Келтирилган маълумотлардан республика бўйича ушбу хасталик билан касалланиш кўрсаткичи 1993 йилдан 1998 йилгача ошганлиги кўриниб турипти.

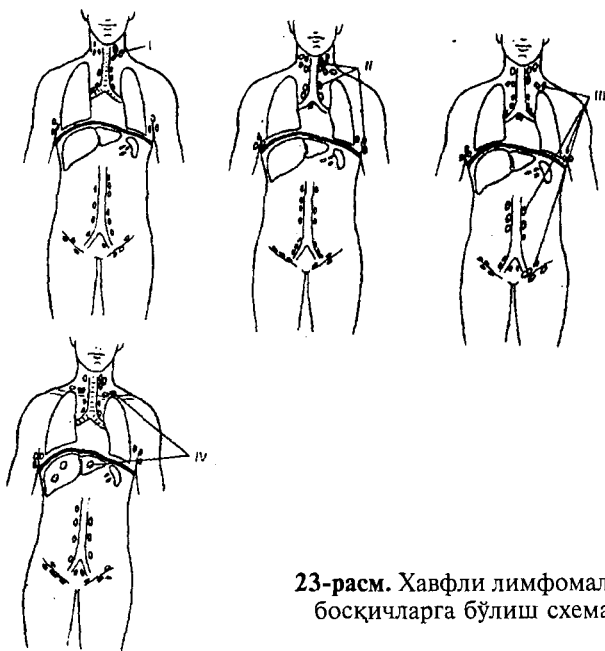
Ўзбекистонда хавfli лимфомаларнинг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	5,9	3,1	Самарқанд вилояти	3,1	6,4
Андижон вилояти	3,6	3,6	Сурхондарё вилояти	4,1	5,0
Бухоро вилояти	5,4	7,4	Сирдарё вилояти	2,4	4,1
Жиззах вилояти	5,1	3,7	Тошкент вилояти	3,8	3,5
Қашқадарё вилояти	3,4	4,4	Фарғона вилояти	4,6	5,6
Навоий вилояти	4,3	6,2	Хоразм вилояти	4,4	6,5
Наманган вилояти	4,5	5,4	Қорақалпоғистон республикаси	1,6	2,0
Ўзбекистон бўйича жами — 1993—4,1; 1998—4,8					

1998 йилда хавfli лимфомалар Бухоро (7,4), Хоразм (6,5) ва Самарқанид (6,4) вилоятларда бошқа минтақаларга нисбатан кўп учраган. Қорақалпоғистон республикасида (2,0), Тошкент шаҳрида (3,1) ва Тошкент вилоятида (3,5) нисбатан касаллик кам кузатилган. Ушбу хасталик билан асосан 16—35 ёшдаги одамлар ва кўпроқ эркеклар касалланадилар.

**Касаллик сабаблари.** Хавfli лимфомаларнинг этиологик омиллари яхши аниқланмаган. Олимлар ўртасида энг кенг тарқалган тахминлардан бири — бу касалликнинг сабабчиси Энштейн-Барр вирусидир. Кейинги йиллардаги бир қанча илмий изланишлар буни тасдиқламоқда. Касалликка мойиллик туғдирувчи омиллар ичидан иммун танқислиги ҳолатларини айтиб ўтиш керак. Беморга соғлом одамдан кўчириб ўтказилган буйрак, юрак, жигар ёки бошқа аъзолар тўлиқ битиб кетиши учун организм иммунитетини кескин пасайтириш мақсадида узоқ вақт давомида махсус моддалар берилади. Бундай беморларнинг кўпчилигида келажақда хавfli лимфомалар пайдо бўлиш эҳтимоли бўлади.

**Патоморфологик тузилиши.** Ҳозирги вақтда лимфогранулематознинг Т-лимфоцитлар, лимфосаркома В-лимфоцитлар, ретикулосаркома—ретикуляр ҳужайралардан келиб чиқиши аниқланган. Хавfli лимфомалар аввал маълум бир гуруҳ лимфа тугунчаларини ёки аъзони шикастлайди, кейин бошқа лимфа тугунчаларига, тўқималарга ва аъзоларга тарқалади. Лимфогранулематоз фақат лимфоген, лимфо-



**23-расм.** Хавфли лимфомаларни босқичларга бўлиш схемаси.

саркома, ретикулосаркома эса кўпроқ гематоген йўл орқали тарқалади. Бу касалликларнинг халқаро клиник таснифи уларнинг ривожланиш ва тарқалиш динамикасига боғлиқ (23-расм).

### **Хавфли лимфомаларнинг халқаро клиник таснифи**

- I босқич** — фақат бир жойдаги лимфа тугунчалари ёки бир аъзо (тўқима) касалланган.
- II босқич** — диафрагманинг бир томонида жойлашган икки ёки ундан кўп лимфа тугунчалари гуруҳи ёки бир аъзо (тўқима) касалланган.
- III босқич** — диафрагманинг икки томонидаги лимфа тугунчалари, талоқ ёки бошқа аъзо (тўқима) биргаликда касалланган.
- IV босқич** — бир ёки бир неча аъзо (тўқималар) касалланган (жигар, суяк, мия, ўпка ва бошқалар).

Бу таснифга мувофиқ беморда интоксикация аломатлари бўлмаса-А, бўлса-В индекси билан белгиланади.

**Клиник манзараси.** *Лимфогранулематозда* умумий ва маҳаллий сиптомлар кузатилади. Ташхис қўйиш учун маҳаллий сиптомлар катта аҳамиятга эга. Беморда лимфа тугунчалари катталашади, қаттиқлашади, аммо бир-бирига ва терига ёпишмайди, устидаги терининг ранги ўзгармайди. Лимфогранулематоз кўп ҳолларда (80%) бўйин лимфа тугунчаларидан бошланиб, янги-янги гуруҳ лимфа безларини шикастлантиради. Одатда, кўпинча беморларда талоқ катталашади. Интоксикация аломатлари (50% беморда) сабабсиз озиш, ҳароратнинг 38°C гача кўтарилиши, кечалари кўп терлаш, тери қичишиши билан ифодаланади.

*Лимфосаркоманинг клиник манзараси* ўсманинг жойлашишига боғлиқ. Кўпинча беморларда бошқа касалликларда кузатилмайдиган бир нечта лимфа тугунчаларининг (энгак, энса) катталашишини қўриш мумкин. Бундай белги бошқа хавфли лимфомаларда ҳам учрайди. Беморларнинг умумий аҳволи яхшилигича қолади. Лекин шу ҳолат кузатилса, лимфа тугунчалари катталашиши сабабини биопсия йўли билан аниқлаш лозим. Бу касаллик натижасида меъда, ичак ёки талоқ шикастланса, узоқ вақтгача клиник аломатлари юзага чиқмаслиги мумкин. Лимфосаркома одатда тезликда суяк, мия, талоқ ва жигарга метастаз беради ва беморнинг аҳволини оғирлаштиради.

*Ретикулосаркоманинг клиник аломатлари* лимфосаркоманикига жуда ўхшайди. Бошланғич пайтида беморларда бир гуруҳ лимфа тугунчалари катталашиб, кейинчалик улар бир-бирига қўшилади, тери ва ўсма атрофидаги тўқималар, қон томирлари ва нервларга ўсиб киради, кучли тинимсиз оғриқ пайдо бўлади ва ички аъзоларга метастаз беради. Агар суяк, мия шикастланса, ўткир миелобласт лейкоз пайдо бўлади.

**Ташхисоти.** Беморларни амбулатория шароитида сўраб-суриштириш пайтида уларнинг шикоятлари, касаллик динамикаси, лимфа тугунчалари катталашишининг кетма-кетлиги, уларнинг инфекция ёки шамоллаш билан боғлиқлигига эътибор бериш керак. Беморни қўриш пайтида барча пайпасланиши мумкин бўлган лимфа тугунчалари ва ички аъзолар пайпаслаб кўрилади. Агар беморда катталашган лимфа тугунлари аниқланса, сурункали лимфолейкоз, ўткир лимфобласт лейкоз, ўткир яллиғланиш жараёнлари, сурункали носпецефик ва специфик лимфоаденитлар, хавфли ўсмаларнинг лимфа тугунчаларидаги метастазларига қиёсий ташхис ўтказиш керак бўлади.

Сурункали лимфолейкозларда лимфа тугунчалари юмшоқ, оғриқсиз, катта ўлчамларга етмаган, улар устидаги тери ўзгармаган бўлади. Лимфа тугунчалари одатда бир хил консистенцияли бўлиб, кўпгина лимфа тугунчалари катталашганига қарамай интоксикация белгилари кузатилмади.

Ўткир лимфобласт лейкозда геморрагик синдром, иситма кўтарилиши, ҳолсизлик, анемия туфайли тез чарчаш, қорин ва кўп ҳолларда болдир суяклариди оғриқ пайдо бўлади. Лимфа тугунчалари катталашиб, эластик консистенцияга эга бўлади, оғримайди, талоқ ва жигар катталашади. Ўткир яллиғланиш жараёнларида катталашган лимфа тугунчалари оғриқли бўлиб, тери қизариши, баъзида эса лимфангоит ҳам кузатилади. Кўп ҳолларда инфекция манбаи қарис тишлар, ангина, йирингли яралар, тирналишлар ҳисобланади. 7—10 кун давомида ўтказилган антибактериал терапиядан натижа бўлмаса, лимфа тугунчасини пункция ёки биопсия қилиш керак бўлади. Сурункали носпецифик лимфаденитларда лимфа тугунчалари қаттиқлашган, кам оғрийдиган, бир-бири билан ёпишмаган ва улар устидаги тери ҳам ўзгармаган бўлади.

Сил лимфаденитларида лимфа тугунчалари оғриқли, қаттиқ консистенцияли, баъзан эса юмшаган жойлари ҳам бўлади. Ташхис қўйиш сил билан оғриган беморлар билан контакт аниқланганда, ўпка ёки бошқа аъзоларда бу касаллик аломатлари аниқланганда енгиллашади. Хавфли ўсмаларнинг метастатик лимфа тугунчалари қаттиқ, оғриқсиз, қимирлайдиган бўлади. Кейинчалик ўсма ўз атрофидаги тўқималарга тарқалганда тугунчаларнинг қимирлаши йўқолади.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, кўп касалликлар лимфа безларини шикастлантириши туфайли белгилари бир-бирга ўхшайди ва уларнинг ичидан хавфли лимфомаларни ажратиш олиш мураккаб масала ҳисобланади. Шунинг учун амалиётда хавфли лимфомаларга узил-кесил ташхис қўйиш цитологик ёки гистологик текширишлар асосида бажарилади. Бундай текширишларда лимфогранулематоз тасдиқланиши учун Березовский — Штернберг ҳужайралари аниқланиши шарт.

Лимфосаркомада эксцизион биопсия усули билан олинган лимфа беzi ёки аъзо парчасининг гистологик кўринишидан нормал манзара йўқолиб, унда ҳар хил ўлчамли лимфоцитлар кўпаяди ва одатда атрофдаги тўқималарга тарқалиб кетган бўлади.

Ретикулосаркомада биопта бутунлай ўсма хужайралари билан тўлган, уларнинг ядролари тубдан ўзгарган бўлади (кўпайиб кетиш, ҳаддан ташқари катталашиш, парчаланаш, митозлар кузатилади).

Патоморфологик текширишлардан ташқари, касалликка ташхис қўйишда бошқа усуллар ҳам қўлланилади. Қон таҳлил қилинганда хавфли лимфомаларда эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиб кетиши, лейкоцитлар таркиби томонидан лимфогранулематозда кўпроқ лимфопения ва нейтрофилёз, лимфосаркома ва ретикулосаркомаларда ўртача лейкоцитоз, уларнинг ўтиб кетган босқичларида лейкемизация кузатилади. Рентгенологик, радиоизотоп усуллар, компьютер томография, сонография (ультратовуш) ва лимфография асосан касалликнинг тарқалиш даражасини аниқлаш учун қўлланилади.

*Даволаш.* Хавфли лимфомаларни даволаш усуларини танлаш уларнинг жойлашиши, гистологик тузилиши, босқичи ва беморнинг аҳолига бевосита боғлиқ. Ҳозирги вақтда қўлланиладиган даволаш усуллари 42-жадвалда тўлиқ келтирилади.

Жадвалда келтирилганлардан кўриниб турибдики, лимфогранулематозга нур терапияси ва кимётерапия усулида даво қилинади. Ликин I ва II босқичларда касалликнинг гистологик турига қараб фақат нур терапияси ёки поликимётерапия билан нур терапияси бирга ишлатилади. III ва IV босқичларда ҳамда гистологик турида поликимётерапия қўлланилади.

Лимфосаркоманинг I ва II босқичларида ҳар хил даволаш усуллари қўлланилади. Агар бирламчи бўлиб лимфа безлари шикастланса — нур терапияси ва кимётерапия, маълум аъзолар шикастланганда эса улар радикал операция йўли билан олиб ташланади. III — IV босқичларда — комбинациялашган усул, яъни кимётерапия ва нур терапияси бирга ишлатилади.

Ретикулосаркома бошланғич (I—II) босқичларида кўпинча меъда ва ичакни шикастлайди. Бунда радикал операция қўлланилади. Агар ўсма бошқа аъзолар ёки лимфа безларида пайдо бўлса — нур терапияси билан кимётерапия мақсадга мувофиқ бўлади. III ва IV босқичларда фақат поликимётерапия қўлланилади.

Нур терапияси лимфогранулематозни даволаш учун радикал режа асосида ишлатилганда шикастланган лимфа безлари гуруҳига 40—50 Гр дан беришдан ташқари

## Хавfli лимфомаларга замонавий усулда даво қилиш.

Хавfli лимфомаларнинг турлари	Касаллик босқичи	Гистологик тури	Даволаш усуллари
Лимфогранулематоз	I—II	А. Лимфоидларга бой Б. Нодуляр склероз	Нур терапияси — радикал режа бўйича
		В. Аралаш ҳужайрали Г. Лимфоидлар жуда кам	Поликимётерапия, кейин нур терапияси
	III—IV	Барча гистологик турларида	Поликимётерапия, кейин нур терапияси (қолган ўчоқларга)
Лимфосаркома	I—II	1. Лимфа безлари бирламчи шикастланса — нур терапияси ва кимётерапия. 2. Меъда, ичак, мойк, сут бези ва бошқа аъзолар бирламчи шикастланса — радикал операция.	
	III—IV	Кимётерапия ва нур терапияси	
Ретикулосаркома	I—II	1. Меъда ва бирламчи шикастланса — радикал операция. 2. Қолган ҳолларда нур терапияси ва кимётерапия	
	III—IV	Поликимётерапия	

қолган барча диафрагмадан юқорида жойлашган лимфа безлари 30—35 Гр жами доза билан нурлантирилади. Нур терапияси лимфосаркома ва ретикулосаркомаларда қўлланилганда одатда шикастланган лимфа безлари яқин қўшни безлар билан бирга ҳар кун 2—2,5 Гр, — ҳафтада 10 Гр, жами — 40—50 Гр лимфосаркомада ва 50—60 Гр дозада — ретикулосаркомада берилди.

Лимфогранулематоз, лимфосаркома ва ретикулосаркомаларнинг кимётерапияси асосан 3 та кимёвий препарат билан — циклофосфан ( $400 \text{ мг/м}^2$ ) ва винкрестин ( $1,4 \text{ мг/м}^2$ ) вена орқали, преднизолон ( $40 \text{ мг/м}^2$ ) эса ичишга буюрилади. Сўнги пайтларда буларга қўшимча равишда адриамицин ва цисплатин ҳам қўлланилмоқда. Одата кимётерапия 3—6 марта қайтарилади.

**Даволаш натижалари.** Йирик онкологик марказларнинг маълумотларини умумлаштириб чиққанда лимфогранулематоздан даволанган беморларнинг 67,9 — 72,1%и 5 ва ундан кўп йил яшайди. Лимфосаркомада касалликнинг босқичи ва гистологик турига қараб 28,8% дан то 79,9% гача беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайдилар. Ретикулосаркомада беморларнинг умри даволаш сифатига қарамасдан ўртача 2—3 йилдан ошмайди.

**Касалликнинг олдини олиш.** Хавfli лимфомаларни олдини олиш учун махсус чоралар ишлаб чиқилмаган.

## XXIII БОБ

### СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ САРАТОНИ

#### 1. БУЙРАК САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Буйрак саратоми ҳамма хавfli ўсмаларнинг 2—3% ини ташкил қилади. Эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта кўп ва асосан 40—60 ёшлардаги кишиларда учрайди. Касаллик Канада, АҚШ, Япония ва Европада энг юқори даражада (ҳар 100 минг аҳолига 10—15), Латин Америкаси ва Осиёда энг кам (ҳар 100 минг аҳолига 3—5%) кузатилади. Ўзбекистонда бошқа минтақаларга нисбатан бу саратон кам учрайди (ҳар 100 минг аҳолига 0,7%). Республика вилоятларида буйрак саратонининг 1998 йилда қайд этилган сони 43-жадвалда кўрсатилган.

43-жадвал.

Ўзбекистонда буйрак саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1998	Минтақа	1998
Тошкент шаҳри	1,1	Самарқанд вилояти	0,8
Андижон вилояти	1,0	Сурхондарё вилояти	0,4
Бухоро вилояти	0,6	Сирдарё вилояти	0,5
Жиззах вилояти	0,5	Тошкент вилояти	0,6
Қашқадарё вилояти	0,6	Фарғона вилояти	0,7
Навоий вилояти	0,9	Хоразм вилояти	0,7
Наманган вилояти	1,0	Қорақалпоғистон республикаси	0,7
Ўзбекистон бўйича жами —1998 —0,7			



Ушбу касаллик Тошкент шаҳри, Андижон ва Наманган вилоятларида энг кўп, Сурхондарё, Сирдарё ва Жиззах вилоятларида эса энг кам қайд этилган.

**Касаллик сабаблари.** Буйрак хавфли ўсмаларининг сабаблари яхши ўрганилмаган. Ҳайвонларга махсус синов тариқасида гормонлар (эстрогенлар) ва баъзи кимёвий моддалар юборилганда буйрак ўсмалари пайдо бўлади. Одам организмида ҳам шунга ўхшаш жараёнлар пайдо бўлиши эҳтимолдан ҳоли эмас.

**Патоморфологик тузилиши.** Буйракда турли хил хавфли ўсмалар қайд этилади. Улар асосан эпителиал (гипернефроид саратон), бириктирувчи (саркома) ва эмбрионал (Вилмс ўсмаси) ҳужайраларидан ўсиб чиқади. Булардан энг кўп учрайдигани (80—90% беморда) гипернефроид саратондир (бошқача айтганда буйрак ҳужайрали ёки аденокарцинома). Буйрак саратонининг ривожланиш босқичлари TNM таснифи орқали ифодаланади.

### **Буйрак саратонининг TNM таснифи**

$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$	— буйрак катталашмаган, лекин унинг косачаси урограммада деформациялашган.
$T_2$	— буйрак катталашган, аммо силжиш ҳаракати сақланган.
$T_3$	— ўсма буйрак атрофидаги ёғ тўқимасига ёки оёқчасидаги томирларга тарқалган.
$T_4$	— буйрак катталашган ва умуман жойидан силжймайди.
$N_0$	— рентгенологик ёки радиозотоп текширишларда регионар метастазлар аниқланмайди.
$N_1$	— регионар метастазлар бор.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

### **Буйрак саратонининг босқичлари**

I босқич	— ўсма буйрак қобиғига ўсиб кирмаган, регионар метастазлари йўқ.
IIa босқич	— ўсма буйрак қобиғига ўсиб кирган, лекин регионар метастазлари йўқ.
IIb босқич	— ўсма буйракдан ташқаридаги регионар лимфа тугунчаларини ҳам шикастлаган.
IIIa босқич	— ўсма атрофидаги ёғ тўқимага ўсиб кирган, лекин регионар метастазлари йўқ.

III босқич — ўсма буйрақдан ташқаридаги регионар ва парааортал (паракавал) лимфа тугунчаларини шикастлаган.

IV босқич — узоқлашган метастазлари мавжуд.

**Клиник манзараси.** Буйрак саратонининг клиник белгилари 2 гуруҳга бўлинади: умумий ва маҳаллий белгилар. Умумий белгиларига ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, озиш ва иситма чиқиши киради. Буларнинг ҳаммасига саратон тўқимасининг емирилиши ва моддалар алмашинуви натижасида пайдо бўладиган токсинлар сабаб бўлади. Маҳаллий белгилари — гематурия (сийдикда қон пайдо бўлиши), бел оғриши (ўткир эмас) ва пайпасланадиган ўсма (қаттиқ, ғадир-будир, оғримайдиган) сабабчи бўлади. Кейинчалик буларга ўсма метастазларига хос бўлган белгилар қўшилади (навбатма-навбат ўпкада, жигарда, суякларда, бош мияда ва бошқаларда). Буйрак саратонининг муҳим хусусиятларидан бири ҳамма аъзоларга метастаз бериши мумкинлиги ва айрим баморларда буйрак операция қилиб олиб ташланганидан 10—20 йил ўтганидан сўнг метастаз бериш эҳтимолининг борлигидир.

**Таъхисоти.** Буйрак саратонини аниқлаш учун одатда сўраб-суриштириш, объектив кўриш, лаборатория ва махсус текширишлар (сонография, сцинтиграфия, экскретор урография, венография, лимфография, компьютер томография, МРТ ва бошқалар) қўлланилади. Кўпинча сўраб-суриштириш ва пайпаслаб кўриш буйрак саратонини барвақт аниқлашга ёрдам бермайди.

Қонни лабораторияда таҳлил қилганда эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, ишқорий фосфатаза ва лактатдегидрогеназа ферментларининг кўпайиши, сийдикда микрогематурия, оқсил ва лейкоцитлар кузатилса буйрақда саратон борлиги тўғрисида тахмин қилиш мумкин. Ташхисни аниқ қўйиш мақсадида бир неча махсус текширишлар ўтказилади. Энг аввало ультратовуш (сонография) қўлланилади ва саратон бўлган тақдирда сонограммада буйрак сурати катталашганлиги, чегарали деформацияланганлиги, ичида қаттиқ консистенцияли ўсма аниқланади (агар ўлчами 2 см дан катта бўлса).

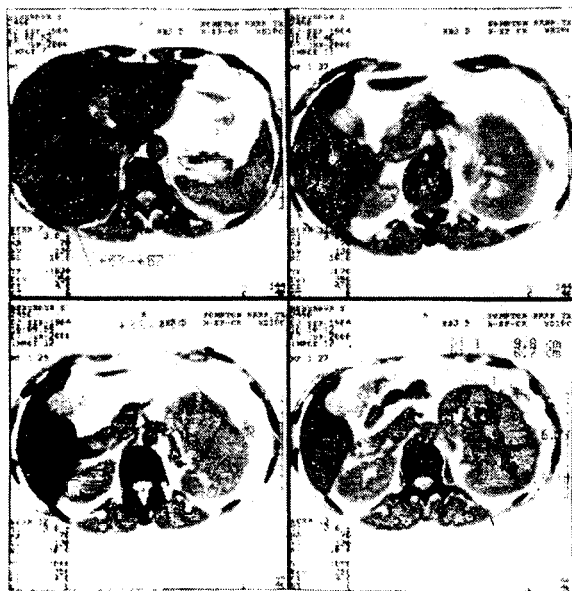
Рентгенологик экскретор урография қилинганда буйрак косасининг деформацияси, контраст модда билан тўлиш нуқсонлари кўринади. Селектив ангиографияда буйрак артериясининг кенгайиб кетганлиги ва контраст

модданинг тартибсиз йиғилиши (халқоб бўлиши) кузатилади.

Венография ва лимфографияда ўсманинг веналарга ўсиб кирганлиги, паракавал ва парааортал лимфа тугунчаларининг метастаз билан шикастланганлигини кўриш мумкин. Компьютер томография ёрдамида буйракнинг ҳажми, чегаралари, ўсманинг атрофдаги тўқималар ва аъзолар билан муносабати, лимфа тугунчаларининг шикастланганлиги, жигарда метастазлар борлиги аниқланади (24-расм). Буйракни радионуклид скантинграфияси охириги йилларда кам ишлатиладиган бўлиб қолди.

Таққословчи ташхис асосан буйракнинг алоҳида кистаси, гидронефрози, поликистози, абсцесси (карбункули) ва қориндаги бошқа ўсмаларга нисбатан ўтказилади. Бу мураккаб масалани ечишда кўпинча сонография, урография, селектив ангиография, компьютер томография ва пункцион биопсиялар ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

**Касалликни даволаш.** Буйрак саратонини радикал даволаш усули—бу жарроҳлик операцияси—нефрэктомиядир. Етакчи онкологик марказларнинг кейинги йиллар таж-



24-расм. Ўнг буйрак ўсмасини компьютер томография усулида аниқлаш.

рибаси бўйича касалликнинг барча босқичларида, техник жиҳатдан буйракни олиб ташлаш имкони бўлса, иккинчи буйрак соғ бўлса ва бемор томонидан қаршилик бўлмаса нефрэктомия қилиш мумкин. Агар операциядан олдин нур терапияси, кейин кимё ва гормон терапиялари қўлланилса бунинг узоқлашган натижалари сезиларли даражада яхшиланади.

**Даволашнинг узоқлашган натижалари.** Буйрак саратонининг I—III босқичларида қилинган нефрэктомиядан кейин ўртача 50% беморлар 5 ва ундан кўп йил яшайдилар. Агар операциядан олдин ва кейин нур терапияси ўтказилса, бу рақам 60—70% га етиши мумкин. Касалликнинг IV босқичида фақат 10% бемор 3 йилгача яшайди. Шунини айтиб ўтиш керакки, буйрак саратонининг ёлғиз метастазларини операция қилиб олиб ташлаш мумкин ва бу беморлар умри чўзилишига олиб келади.

Ўпкадаги метастаз олиб ташлангандан кейин бундай беморлар ўртача 4 йил, қорин ортидаги метастазда операция қилинганда 35% беморлар 5 йилдан кўп яшайдилар. Суякдаги метастаз операциясидан кейин беморлар ўртача 21 ой яшайдилар. Нур терапияси операциядан олдин ўтказилса, одатда 30 Гр (жами доза), операциядан кейин эса — 60 Гр бериледи. Кимётерапия учун кўпинча винбластин (бир курсга — 40 мг) ва фторбензотэф (бир курси 300—400 мг) қўлланилади ва бунда ўртача 25% беморнинг умумий аҳволи вақтинча яхшиланади. Гормон терапияси асосан 17-оксипрогестерон капронат билан ўтказилади ва у беморларнинг умумий аҳволини вақтинча яхшилади.

## 2. ҚОВУҚ САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Қовуқ саратони барча саратонларнинг 4% ини ташкил қилади. Эркакларда аёлларга нисбатан 3—4 марта кўпроқ учрайди. Асосан 40—70 ёшли одамлар касалланади. Бу хасталик энг кўп Швейцария, Франция ва Испанияда (ҳар 100 минг аҳолига 20—25 бемор тўғри келади), энг кам Ҳиндистон, Япония ва Шарқий Европада (ҳар 100 минг аҳолига 2—10 бемор) тарқалган. Ўзбекистонда қовуқ саратони кам учрайди (ҳар 100 минг аҳолига 1,1 бемор). Касаллик республика вилоятларида бир хилда учрамайди (44-жадвал).

43-жадвалдаги маълумотлар охириги 5 йил (1993—1998 йиллар) давомида республика минтақаларида касалланиш динамикасида унчалик ўзгариш бўлмаганлигини кўрсата-

**Ўзбекистонда қовуқ саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони).**

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	2,9	2,4	Самарқанд вилояти	0,8	1,3
Андижон вилояти	1,0	1,4	Сурхондарё вилояти	0,6	0,3
Бухоро вилояти	1,2	0,9	Сирдарё вилояти	0,8	0,6
Жиззах вилояти	0,9	1,3	Тошкент вилояти	1,8	1,4
Қашқадарё вилояти	0,7	0,8	Фарғона вилояти	0,8	1,2
Навоий вилояти	0,4	0,3	Хоразм вилояти	0,5	0,5
Наманган вилояти	0,9	1,4	Қорақалпоғистон республикаси	0,4	0,3
Ўзбекистон бўйича жами — 1993 — 1,0; 1998 1,0.					

ди. Келтирилган кўрсаткичлар солиштирилганда республикада қовуқ саратони энг кўп Тошкент шаҳрида (2,4), энг кам (0,3) Навоий, Сурхондарё вилоятида ва Қорақалпоғистон республикасида учраши яққол кўринади. Паст ва юқори даражадаги кўрсаткичлар фарқи 8 баробар бўлиб, бунинг сабаби аниқ эмас.

**Касаллик сабаблари.** Қовуқ саратонининг келиб чиқишида экологик омилларнинг аҳамияти катта. Ҳайвонларда ўтказилган синовларда завод ва автотранспортлар чиқарадиган тутун ва бўёқ ишлаб чиқариш саноатида ишлатиладиган кимёвий моддалар таъсирида қовуқ саратонининг ривожланиши тасдиқланган. Бўёқ ишлаб чиқариладиган корхоналарда 12—15 йилдан кўпроқ ишлаган одамларда қовуқ саратони бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди. Кейинги йилларда ўтказилган эпидемиологик текширишларда тамаки чекиш қовуқ ўсмаларининг сабабчиси бўлиши мумкинлиги тўғрисида далиллар келтирилган. Одамнинг ўз организмида пайдо бўладиган триптофан метаболитлари ҳам сийдик орқали таъсир қилиб, қовуқда ўсма ҳосил қилиши тасдиқланган.

**Қовуқ саратони олди касалликлари** гуруҳига сурункали цистит, шиллиқ қават лейкоплакиялари, яралари, папилломалари кирази.

**Патоморфологик тузилиши.** Қовуқ саратони 4 асосий гистологик турдан иборат бўлиб, улар ўткинчи хужайрали, ясси хужайрали, аденокарцинома ва дифференциялашмаган ўсмалардир. Булардан энг кўп учрайдигани

ўткинчи ҳужайрали саратон (қовуқ саратонларининг 90% ини ташкил қилади) ҳисобланади.

Ўсиш шакли бўйича қовуқ саратони 3 хилга бўлинади: инвазиясиз, папилляр ва инфилтратив саратон. Эҳтимол, булар бир ўсма жараёнининг босқичларидир.

### Қовуқ саратонининг TNM таснифи

$T_{is}$	— инвазиясиз ўсма (carcinoma in situ).
$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмайди.
$T_1$	— ўсма эпителий остида бириктируви тўқмага ўтган, мускул қавати шикастланмаган.
$T_2$	— ўсма мускул қаватининг ярмини шикастлаган.
$T_3$	— ўсма мускул қаватини бутунлай шикастлаган ёки қовуқ атрофидаги ёғ тўқимасига ҳам тарқалган.
$T_4$	— ўсма қуйидаги аъзолардан бирини шикастлаган: простата бези, бачадон, қин, чанок девори, қорин девори.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар аниқланмайди.
$N_1$	— шикастланган томондаги алоҳида регионар лимфа тугунчаларида метастаз бор.
$N_2$	— метастазлар қарама-қарши, ички томондаги ёки регионар лимфа тугунчаларида аниқланган.
$N_3$	— регионар лимфа тугунчаларида силжимайдиган метастазлар бор.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар аниқланмайди.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

### Қовуқ саратонининг босқичлари

I босқич	— ўсма фақат шиллиқ қаватнинг ўзини шикастлаган.
II босқич	— ўсма мускул қаватига ўсиб кирган.
III босқич	— ўсма қовуқнинг ҳамма қаватларини шикастлаган, регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
IV босқич	— ўсма қовуқ атрофидаги аъзоларга ўсиб кирган, узоқлашган метастазлар бор.

**Клиник манзараси.** Кўпинча беморнинг сийдиги ёки унинг охириги қисми сабабсиз қон аралаш келади. Бу ҳолат

(гематурия) 1—2 кун давом этиб, бироз вақтдан кейин яна қайталанеди. Кейинчалик сийиш қийинлашиб, тез-тез ва оғриқли бўлади. Секин-аста қовуқ ва оралиқдаги оғриқлар кучаяди ва давомли бўлиб қолади. Ўсма қовуққа келадиган сийдик йўлини бекитиб қўйса, буйрак шишиб кетади (гидронефроз), оғриқ пайдо бўлади, пиелонефритга айланса, иситма безовта қилади.

**Ташхисоти.** Қовуқ саратонини аниқлашда энг муҳим усул цистоскопиядир. Бу усул орқали ўсма борлиги, унинг ўлчамлари, ўсиш шакли, жойлашиши аниқланади ва биопсия қилинади. Ташхис қўйишда икки қўл билан (бимануал) текшириш катта ёрдам беради, аммо бу усулни бажариш учун беморга умумий наркоз бериш керак бўлади.

Цитологик текширишда сийдикда саратон хужайралари топилса, ташхис шубҳасиз тўғри ҳисобланади. Қовуқни рентгенологик текшириш одатда экскретор урографиядан бошланади. Бунда буйрак, сийдик йўли ва қовуқда ўсма бор-йўқлиги сезилади (25-расм). Лекин қовуқ ичини батафсил текшириш учун ретроград цистография қўлланилади (сийдик пуфаги 10—15% ли суюқ барий билан катетер орқали тўлдирилади, кейин бўшатилади ва сўнгра кислород билан тўлдирилиб, рентгенография қилинади). Бу усул туфайли қовуқда ўсмаларнинг сони, ўлчамлари, ўсиш шакли ва шиллиқ қаватининг шикастланиш даражасини аниқлаш мумкин.



25-расм. Экскретор урографияда қовуқдаги ўсманинг кўриниши.

Лимфография ва лимфосцинтиграфия регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор-йўқлигини билишда муҳим маълумот бериши мумкин. Сонография (ультратовуш) ва компьютер томография қовуқ ўсмаси ва унинг атрофидаги аъзоларга ўсиб кириш даражасини аниқлаб беради.

Қовуқ саратонига узил-кесил ташхис гистологик текшириш асосида қўйилади.

**Даволаш.** Қовуқ саратонини самарали даволаш учун жуда кўп усуллар тавсия қилинган ва амалиётда қўлланилмоқда. Булар орасида турли хил жарроҳлик усуллари, яъни:

1. **Эндовезикал** (сийдик пуфагини кесмасдан) операциялар — трансуретрал электрокоагуляция, трансуретрал электрорезекция (ТУР), криодеструкция.
2. **Трансвезикал** (сийдик пуфагини кесиб очиш) операциялар — электрокоагуляция, электроэксцизия, криодеструкция, қовуқни резекция қилиш.
3. **Цистэктомия** — қовуқни бутунлай олиб ташлаш.

Кўпчилик онкологик илмий марказлар амалиётида (халқаро илмий маълумотларга кўра) қовуқ саратонининг самарали комплекслашган даволаш усуллари қўлланилади. Бу усуллар ўсманинг I—III босқичларида қўлланилади ва улар қуйидагилардан иборат:

1. Нур терапияси — 4—5 Гр. дан 5 кун давомида (жами доза 20—25 Гр).
2. 1—2 кундан кейин — операция (юқорида кўрсатилганлардан бири).
3. Агар радикал равишда ўсмани олиб ташлашнинг имкони бўлмаса, операциядан кейин поликимётерапия (адриамицин, фторафур, циклофосфан, цисплатин).
4. Кимётерапия қисман ремиссия берса, унда трансуретрал электрорезекция (ТУР), электроэксцизия ёки қовуқ резекцияси қилинади.

Саратоннинг IV босқичида асосан нур терапияси ва кимётерапия қўлланилади. Бундай беморлар паллиатив операцияларга (цистостома, пункцион нефростомия, уретерокутанеостомия) муҳтож бўлади. Кейинги йилларда қовуқ саратонини сийдик пуфаги ичига кимёвий препаратлар (тиофосфамид, адриамицин, митомицин С, VM-26) ёки БЦЖ вакцинаси юбориб даволаш усуллари қўлланилмоқда. Сўнги йилларда қовуқ саратонини даволашда янги нур терапияси аппаратлари ва кимёвий препаратла-



ри операциядан олдин ёки кейин қўлланилмоқда. Бу комбинациялашган (нур терапияси ва операция) ёки комплексланган (операция, нур терапияси ва кимётерапия) усуллар даволаш натижаларини яхшиламоқда.

*Даволаш натижалари* ҳозирча қониқарли эмас. Фақат барвақт аниқлаб радикал операция қилинса, 36% ҳолда бемор 5 йилдан кўп яшайди. Нур терапияси алоҳида ишлатилса — 20—25% беморда шунга ўхшаш натижа кузатилади. Агар комбинациялашган ёки комплексланган усуллар қўлланилса, II босқичдаги 70,6%—85,1%, III босқичдаги 44,1% —50% бемор 5 йилдан ортиқроқ яшайди.

**Касалликнинг олдини олиш** чораларидан энг муҳимлари — бу бўёқ ишлаб чиқариш ва нефт саноати корхоналарида санитария-гигиена қоидаларига амал қилиш, ходимларни тез-тез профлактика кўрикларидан ўтказиш, қовуқнинг барча сурункали касалликларига вақтида ва тўғри даво қилишдир. Агар сийдикда сабабсиз қон пайдо бўлса, урологга мурожаат қилиш шартлигини аҳолига тушунтириш лозим.

### 3. ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Простата беzi саратони асосан 50 ёшдан ошган эркакларда учрайди ва 80 ёшгача ортиб боради. Қатор йирик мамлакатларда бу саратон кекса одамлар ўлимининг асосий сабабчиларидан бири ҳисобланади. АҚШда у жуда кўп тарқалган (кўпроқ қора танлиларда) ва Японияга нисбатан 40 марта ортиқроқ учрайди. Ўзбекистонда простата беzi саратони унча кўп учрамайди (45-жадвал).

**Касаллик сабаблари.** Ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларда канцероген моддалар билан простата беzi саратонини ҳосил қилиш мумкин. Маълумки, бичилган одамларда простата беzi фаолияти кескин пасайиб кетади. Простата беzi саратони билан касалланганларнинг сийдигида эса андрогенлар миқдори ошиб кетади. Шулар асосида айтиш мумкинки, простата беzi саратонининг келиб чиқиши канцероген омиллар ва одамдаги гормонал дисбаланс туфайли ошиб кетган андрогенларнинг биргалашган таъсири билан боғлиқдир.

**Патоморфологик тузилиши.** Простата саратони безнинг майда шира томирлари ёки ацинуслар эпителийсидан ўсиб чиқади. Простата аденомаси эса парауретрал безчалардан пайдо бўлади. Шунинг учун аденоманинг саратонга айла-

## Ўзбекистонда простата беzi саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли сонига ҳисоблаганда)

Минтақа	1998	Минтақа	1998
Тошкент шаҳри	2,0	Самарқанд вилояти	0,8
Андижон вилояти	1,1	Сурхондарё вилояти	0,5
Бухоро вилояти	0,7	Сирдарё вилояти	0,5
Жиззах вилояти	0,4	Тошкент вилояти	0,9
Қашқадарё вилояти	0,5	Фарғона вилояти	0,3
Навоий вилояти	1,4	Хоразм вилояти	0,5
Наманган вилояти	0,5	Қорақалпоғистон республикаси	0,3
Ўзбекистон бўйича жами —0,8			

ниши жуда кам кузатилади. Простата беzi саратонининг гистологик турларидан энг кўп тарқалгани (90—95%) — аденокарцинома бўлиб, қолганлари — скирр, ясси ҳужайрали ва бошқа турлари кам учрайди. Простата беzi саратони тез метастаз бермайди. Метастазлар кўпинча аввал ёндош лимфа тугунчаларида, кейинчалик чаноқ суяклари, бел умуртқалари, сон суягида пайдо бўлади. Жигар ва ўпкада улар жуда кам учрайди.

## Простата беzi саратонининг TNM таснифи

- $T_0$  — беzда ўсма пайпасланмайди.  
 $T_1$  — ўсма беz қобиғи ичида жойлашган, атрофлари нормал тўқима билан ўралган.  
 $T_2$  — ўсма беz қобиғи ичида жойлашган, лекин беz деформациялашган.  
 $T_3$  — ўсма беz қобиғидан ўсиб ўтган.  
 $T_4$  — ўсма силжймайди, атрофдаги тўқима ва аъзоларга тарқалган.  
 $N_0$  — регионар лимфа тугунчалари шикастлангани ноаниқ.  
 $N_1$  — касаллик томондаги лимфа тугунчасида ёлғиз метастаз бор.  
 $N_2$  — қарама-қарши ва билатерал лимфа тугунчаларида метастазлар кўп.  
 $N_3$  — регионар лимфа тугунчаларидаги метастазлар силжймайди.  
 $M_0$  — узоқлашган метастаз белгилари йўқ.  
 $M_1$  — узоқлашган метастазлар бор.

## Простата беши саратонининг бошқичлари

- I бошқич — бездаги ўсма унинг ярмидан камини шикастлаган, лекин без қобиғига ўсиб кирмаган ва метастаз бермаган.
- II бошқич — ўсма безнинг кўп қисмини шикастлаган, лекин атрофидаги тўқималарга ўтмаган. Регионар лимфа тугунчаларида ёлғиз метастазлар бор.
- III бошқич — ўсма безни бутунлай шикастлаган, қобиғига ўсиб кирган. Регионар лимфа тугунчаларида метастазлар кўп.
- IV бошқич — ўсма атрофдаги тўқима ва аъзоларга ўсиб кирган, кўп метастазлар берган.

**Клиник манзараси.** Бошланғич пайтда касаллик белгилари яққол намоён бўлмайти. Кейинчалик беморлар сийдик ажралиши қийинлашгани ва тезлашганидан шикаят қиладилар. Сийиш кечаси кундузига қараганда кўпроқ бўлади. Ўсма катталашганда ва атрофдаги тўқималарга тарқалганда сийдикда қон пайдо бўлиши ва сийдик келмай қолиши кузатилади. Баъзида энг аввал без саратонининг суякдаги метастаз белгилари намоён бўлади.

**Ташхисоти.** Простата беши саратонини аниқлаш усулларидан энг муҳими ва енгили — бу безни тўғри ичак орқали бармоқ билан текширишдир. Шу усул билан беда ўсма борлиги, унинг сони, без ўлчамлари, консистенцияси, силжиш даражаси ва бошқа ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Қон тахлил қилинганда эритроцитлар чўкиш тезлиги ошганлиги, альдолаза миқдори кўпайганлиги аниқланади.

Рентгенологик усуллар (экскретор урография, ретроград цистография, суяк рентгенограммалари) безнинг ҳолати тўғрисида ташхис учун керакли бўлган маълумотлар, яъни унинг ўлчамлари катталашгани, тарқалиш даражаси, қовуқнинг деформациялангани ёки ичига ўсиб кирганлиги ва бошқаларни беради. Компьютер томография простата беши саратонининг аниқ ўлчамлари ва атрофидаги тўқималар ва аъзолар билан муносабатини яққол кўрсатиб беради.

Радионуклид сцинтиграфия (радиоактив технеций ёки галлий ишлатилади) суяклардаги энг бошланғич, ҳали рентгенограммаларда кўринмайдиган метастазларни аниқлаб беради. Простата беши саратонини аниқлашда унинг ўлчамлари ва жойлашиши, даволаш натижасидаги ўзга-

ришлар, қовуқ ва тўғри ичакдаги асоратларини ўрганишда ультратовуш (сонография) усули катта аҳамиятга эга. Лекин яқуний ташхис албатта морфологик (цитологик ёки гистологик) текшириш асосида қўйилади.

Таққословчи ташхис асосан аденомага нисбатан ўтказилади ва бу саратоннинг бошланғич даврида жуда мураккаб вазифа ҳисобланади. Касаллик белгилари динамикасида метастазларнинг пайдо бўлиши саратон борлигидан гувоҳлик беради.

**Касалликни даволаш.** Простата беши саратонини даволаш усуллари кўп. Охириги ўн йилликлардаги даволаш усуллари-нинг узоқлашган натижаларини ҳисобга оладиган бўлсак, қуйидаги даво дастури афзалроқ кўринади: саратоннинг эрта босқичларида ( $T_{1-2}$  NoMo) — жарроҳлик операцияси — радикал простатэктомия қўлланилади. Агар операцияда олиб ташланган лимфа тугунчаларида метастаз топилмаса, бундай беморлар қолган бутун умри давомида тиббий назорат остида бўлиши керак ва улар қўшимча даволаш чораларига муҳтож бўлмайдилар. Агар олиб ташланган лимфа тугунчаларида метастаз топилса, бунда беморларга нур терапияси ёки кимётерапия буюрилади.

Касалликнинг II ва III босқичларида комбинациялашган усул—нур терапияси ва гормон терапияси (ёки баъзида кимётерапия) қўлланилади. Нур терапиясининг радикал дастури қўлланилади: шикастланган безга гамма ёки мегавольт нурлари билан ҳар куни 2 Гр дан жами 56—72 Гр, регионар лимфа тугунчаларига 65—70 Гр берилади.

Гормонал даволаш II—IV босқичларда қўлланилади ва асосан синэстрол ёки фосфэстрол билан ўтказилади (биринчиси ҳар куни 60—80 мг дан икки ой, иккинчиси — ҳар куни 500—1000 мг дан 3—5 ҳафта давомида). Кейинги вақтларда антиандроген — флютамид ва гипофизнинг сунъий препаратлари — лейпролид ва бусерелин ацетатлар клиника амалиётида қўлланилмоқда ва уларнинг узоқлашган натижалари ўрганилмоқда. Кимётерапия кўпинча адриамицин ва цисплатинлар билан ўтказилади.

Радикал операция — простатэктомия без саратонининг I босқичида энг яхши натижа беради ва беморнинг бутунлай тузалиб кетишига олиб келади. II—III босқичларда нур терапиясидан кейин 68—90% бемор 5 йил ва ундан кўпроқ яшайди. Гормон терапияси простата беши саратонининг I—II босқичларида 45—72%, III босқичида 19—44%, IV босқичида 0—20% бемор умрини 5 йилгача чўзади.

**Касалликнинг олдини олиш.** Махсус чоралар ишлаб чиқилмаган.

#### 4. МОЯК САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Мояк саратони эркаклар хавfli ўсмаларининг 2% ини ташкил қилади. Кўпинча 20—45 ёшдаги эркакларда учрайди. Ўзбекистонда кам кузатилади.

**Касаллик сабаблари.** Касалликка мойилликни оширувчи омилларга биринчи навбатда крипторхизм киради (бу ҳолатдаги одамлар моягида саратон 65 марта кўп пайдо бўлади). Мояги майиб бўлганларда ҳам бу касаллик кўпроқ учрайди. Кейинги вақтларда мояк саратони пайдо бўлишини гипофизнинг гонадотроп гормони ишлаб чиқариш фаолияти бузилганлиги билан боғлашмоқда. Мояк яллиғланиши — орхитнинг ўсмага айланиши тасдиқланмаган.

**Патоморфологик тузулиши.** Мояк саратонлари икки катта гуруҳга бўлинади: герминоген ва ногерминоген ўсмалар. Мояк ўсмаларининг 95% и герминоген ҳужайралардан ривожланади. Мояк саратонининг 4 тури ажратилади: семинома, тератобластома, эмбрионал саратон ва хорионэпителиома.

#### Мояк саратонининг TNM таснифи

$T_0$	— бирламчи ўсма аниқланмаган.
$T_1$	— ўсма мояк ичида бўлиб, уни катталаштирмаган ва деформацияланмаган.
$T_2$	— ўсма мояк қобиғидан ўсиб чиқмаган, лекин уни катталаштирган ва деформациялаган.
$T_3$	— ўсма мояк қобиғидан ўсиб ўтиб унинг ортига тақалган.
$T_4$	— ўсма ёрғоққа ёки уруғ тизимчасига ўсиб кирган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчалари ҳолатини баҳолаш мумкин эмас.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчалари пайпасланмайди, лекин улардаги метастазлар рентгенологик ёки радионуклид усуллар билан аниқланади.
$N_2$	— регионар лимфа тугунчаларидаги метастазлар пайпасланади.
$M_0$	— узоқлашган метастазлар йўқ.

- $M_1$  — лимфа тугунчаларда узоқлашган метастазлар бор.
- $M_2$  — узоқлашган аъзоларда метастазлар бор.
- $M_3$  — узоқлашган лимфа тугунчаларида ва аъзоларда метастазлар бор.

### Мояк саратонининг босқичлари

- I босқич — ўсма мояк ичида бўлиб, уни катталаштирмаган ва деформацияламаган.
- II босқич — ўсма мояк қобиғидан ўсиб чиқмаган, лекин уни катталаштирган ва деформациялаган.
- III босқич — ўсма мояк қобиғидан ўсиб ўтган, ортиғига тарқалган ва регионар лимфа тугунчаларига метастаз берган.
- IV босқич — ўсма ёрғоққа ёки уруғ тизимчасига ўсиб кирган, узоқлашган метастазлар берган.

**Клиник манзараси.** Эрта белгилари моякнинг катталashiши ва қаттиқлашиши бўлиб, кейинчалик унинг оғирлашгани сезилади. Агар саратон моякда пайдо бўлиб, ёрғоққа тушмаган бўлса, унда човда ёки қорин ичида шиш пайпасланади ва оғриқ сезилади. Ўсма мояк қобиғидан ўсиб чиққандан кейин беморнинг тана ҳарорати ошиши, умумий аҳволининг ёмонлашиши, ёшларда балоғатга етиш одатдан эртароқ пайдо бўлиши, айримларда гинекомастия ёки феминизация белгилари кузатилиши мумкин.

**Ташхисоти.** Мояк саратонига ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Беморнинг шикоятлари, мояк ва регионар лимфа тугунчаларини пайпаслаш орқали ташхис қўйиш мумкин. Мояк саратонининг хорионэпителиома турида лаборатория текширишларида ҳамма беморларнинг қонида хорион гонадотропин гормонининг кўпайганлиги, эмбрионал саратонда эса — 70% беморларда альфа-фетопротеиннинг нормадан юқорилигини аниқлаш мумкин. Моякни пункцион биопсия қилиш орқали саратон ташхиси узилкесил қўйилади. Ўсманинг моякдан ташқарига тарқалиш даражасини аниқлашда экскретор урография, лимфография, рентгенография, сонография (ультратовуш усули) ва компьютер томография катта ёрдам беради. *Таққословчи ташхис* моякнинг яллиғланиш касалликлари (орхит, эпидидимит, унинг ўзи ёки ортиғининг сили) га нисбатан ўтказилади. Буларни саратондан фарқлашнинг асосий усули — пункцион биопсия ва цитологик текширишдир.

**Даволаш.** Мояк саратонининг барча босқичларида ва гистологик турида даволаш ишлари операция — орхофунукулэктомиядан бошланади ва кейинги даволаш усулини танлаш ўсманинг гистологик турига боғлиқ бўлади. Семинома бўлса — операциядан кейин I ва II босқичларида барча регионар лимфа тугунчаларига нур терапияси берилади. III ва IV босқичларда комбинациялашган усул — нур терапияси ҳамда кимётерапия ўтказилади. Хорион-эпителиома бўлса, операциядан кейин фақат кимётерапия ўтказилади. Тератобластома ва эмбрионал ўсма бўлса, орхофунукулэктомиядан кейин қорин орти лимфа тугунчаларини олиб ташлаш — лимфоаденэктомия операцияси бажарилади. Агар олиб ташланган лимфа тугунчаларида метастаз аниқланса, поликимётерапия ўтказилади. Нур терапияси (кўпинча дистанцион гамма терапия) ҳар куни 2 Гр дан, ҳафтасига — 10 Гр, жами 50—70 Гр. Кимётерапия учун сарколизин (жами 200—250 мг), циклофосфан (жами 6—8 Гр), винбластин (жами — 15 мг), блеомицин (жами — 120 мг) ва цисплатинлар қўлланилади. Кимётерапия одатда 2 йил давомида 3—4 курс билан берилади.

**Даволаш натижалари.** Энг яхши натижа семиномада кузатилади: даволангандан кейин I босқичда — 93, 7%, II босқичда — 90% ва III босқичда 57, 59% бемор 5 йилдан кўпроқ яшайди. Мояк саратонининг бошқа турларида узоқлашган натижалар, яъни 5 йиллик яшаш муддати ўртача 40 — 50% дан ошмайди.

## XXIV БОБ

### АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ САРАТОНИ

#### 1. БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Бу хавфли ўсма кўпроқ Лотин Америкаси, Жануби-шарқий Осиё, АҚШ ва Африка мамлакатларида, камроқ Ўрта Осиё, Ирландия ва Испанияда учрайди. Кейинги йилларда бачадон бўйни саратони билан касалланиш кўрсаткичи аста-секин пасайиб бормоқда. Масалан, собиқ иттифоқ бўйича 1960 йилда ҳар 100 минг аҳолига 28,0 та касал тўғри келган бўлса, 1985 йилда — 17,8 та тенг бўлган.

Ўзбекистонда касалланиш кўрсаткичи 1993—1998 йилларда деярли ўзгармаган (4,2 ва 4,1). Касалликнинг республикада тарқалиши 46-жадвалда кўрсатилган.

Ўзбекистонда бачадон бўйни саратонининг тарқалиши (ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	7,1	4,9	Самарқанд вилояти	3,1	2,2
Андижон вилояти	3,2	3,1	Сурхондарё вилояти	3,5	2,7
Бухоро вилояти	2,9	2,7	Сирдарё вилояти	3,7	2,8
Жиззах вилояти	1,9	1,4	Тошкент вилояти	4,1	3,8
Қашқадарё вилояти	1,7	1,2	Фарғона вилояти	8,3	9,1
Навоий вилояти	6,4	6,6	Хоразм вилояти	4,2	3,7
Наманган вилояти	4,8	5,4	Қорақалпоғистон республикаси	4,7	4,6
Ўзбекистон бўйича жами 1993 — 4,2; 1998 — 4,1					

Кўриниб турибдики, Ўзбекистонда бу саратон бошқа мамлакатлардагига нисбатан 4—5 марта кам кузатилади экан. Республика минтақалари орасида 1998 йилда бачадон бўйни саратони энг кўп (9,1) Фарғона вилоятида, энг кам (1,2) Қашқадарё вилоятида аниқланган. Асосан 40 ёшдан 50 ёшгача бўлган аёлларда учрайди.

**Касаллик сабаблари.** Бачадон бўйни саратони асосан кўп марта ҳомиладор бўлган ва туғиш пайтида бачадон бўйни шиллик қавати ёрилган, такрор абортлар қилдирган ва бачадонида сурункали яллиғланиш касалликлари ва чандиқлари бор аёлларда учрайди. Ҳайвонларда ўтказилган синовлар ва клиник текширишлар бу саратоннинг келиб чиқишида эстроген гормонининг ошиб кетиши катта аҳамиятга эга эканини кўрсатади. Сўнгги йилларда учуқ ва папиллома вирусларининг бу саратонга сабабчилиги текширилмоқда.

**Ўсма олди касалликлари.** Бу саратон кўпинча бачадон бўйни касалликлари — лейкоплакия, эритроплакия, эрозия ва полиплардан пайдо бўлади.

**Патоморфологик тузилиши.** Юқориди кўрсатилган бачадон бўйни хавфсиз касалликларининг саратонга айланиши жуда узоқ вақт (5—10 йил) давомида рўй беради. Энг эрта ўзгаришлар бачадон бўйни шиллик қаватидаги ҳужайраларнинг *ўчоқли дисплазиясида*, яъни уларнинг етилиши тўхташи, айнаши ва атипик шаклларда кўпайиши натижасида бўлади. Бундан сўнг узоқ вақт давомида фақат эпителийнинг ўзида ўчоқли ўзгаришлар — саратон ҳужайралари ҳосил бўлиб, пастдаги қаватларга ўтмаслиги кузатилади (бу *“carcinoma in situ”* инвазив олди ўсмаси деб ай-



тилади. Кейинчалик саратон ҳужайралари эпителийдан базал мембранагача ривожланган, шиллиқ қаватдан ташқарига тарқалмаган бўлади ва *микрoинвазияли* саратон дейилади. Вақт ўтиши билан саратон ҳужайралари регионар лимфа тугунчаларига, қинга, параметрийга, чаноқ девори, бачадон, қовуқ, тўғри ичак ва узоқдаги аъзоларга тарқалади. Бачадон бўйни саратонининг ривожланиш ва тарқалиш босқичлари TNM таснифида ифодаланadi.

### Бачадон бўйни саратонининг халқаро TNM таснифи

$T_{is}$	— инвазиясиз ўсма (carcinoma in situ).
$T_1$	— ўсма фақат бачадон бўйнини шикастлаган ( $T_{1a}$ — 3 мм чуқурликкача тарқалган — микроинвазияли ўсма, $T_{1b}$ — барча бошқа ҳолатлар).
$T_2$	— ўсма бачадон бўйнидан ташқарига тарқалган ( $T_{2a}$ — фақат қиннинг юқори ва ўрта қисмига, бачадон танасига, $T_{2b}$ — параметрийга тарқалган, лекин чаноқ деворига етмаган).
$T_3$	— ўсма қиннинг пастки қисмини ёки параметрийни чаноқ деворигача шикастлаган.
$T_4$	— ўсма чаноқдан ташқарига, қовуқ ёки тўғри ичак шиллиқ қаватларига тарқалган.
$N_x$	— регионар лимфа тугунчалари ҳолатини баҳолаш учун маълумот кам.
$N_0$	— регионар лимфа тугунчаларининг шикастланиш белгилари йўқ.
$N_1$	— регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
$M_x$	— узоқлашган метастазларни аниқлаш учун маълумот кам.
$M_0$	— узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
$M_1$	— узоқлашган метастазлар бор.

### Бачадон бўйни саратонининг босқичлари

0 босқич	— инвазиясиз.
I босқич	— ўсма фақат бачадон бўйнини шикастлаган.
II босқич	— ўсма қиннинг юқори ва ўрта қисмларига ёки бачадон танасига (IIa), ёки параметрийга тарқалган, лекин чаноқ деворини шикастламаган (IIб).

- III босқич — ўсма қиннинг пастки қисмига (IIIa), параметрийга ва чаноқ деворига (IIIб) тарқалган, ёлғиз метастазлар пайпасланади.
- IV босқич — ўсма қовуққа, тўғри ичак ва чаноқ ташқарисига тарқалган.

**Бачадон бўйни саратонининг босқичлари ва TNM таснифининг бир-бирига мослиги қуйидагича:**

Босқичлари	TNM таснифи
0	T <sub>is</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Ia	T <sub>1a</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
Iб	T <sub>1б</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
IIa	T <sub>2a</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
IIб	T <sub>2б</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
III	T <sub>2б</sub> N <sub>0</sub> M <sub>1</sub>
IV	T <sub>1-3</sub> N <sub>0-1</sub> M <sub>0</sub>
	T <sub>0-4</sub> N <sub>0-4</sub> M <sub>1</sub>

Гистологик тузилиши бўйича бачадон бўйни саратони 2 турга бўлинади: 95% гача ясси хужайрали (мугузланадиган, мугузланмайдиган, етишмаган) ва қолгани без хужайрали — аденокарцинома.

**Клиник манзараси.** Одатда саратон экзофит, эндофит ёки яра шаклида намоён бўлади. Касаллик бошланишида беморлар кўпинча ҳеч қандай шикоят қилмайдилар. Саратоннинг иккинчи босқичидан бошлаб бемор қинидан қонли ажралма, оқчил келиши ва бели оғришидан шикоят қилади.

**Таъхисоти.** Касалликка ташхис қўйишда сўраб-суриштириш, қин ва тўғри ичак орқали пайпаслаш, қин ва бачадон бўйнини махсус асбоб «Симс ойнаси» билан кўриш жуда катта аҳамиятга эга. Булар орқали ўсмани топиш, клиник шаклини аниқлаш, цитологик ва патогистологик текширишларни ўтказиш енгиллашади. Кейинчалик саратоннинг ривожланиш босқичларини аниқлашда рентгенологик ва радиоизотоп лимфография, сонография, экскретор урография, ренография, цистоскопия, ректоскопия, ирригоскопия ва компьютер томография катта ёрдам беради. Бачадон бўйни саратонининг узил-кесил ташхиси гистологик текшириш асосида қўйилади. Поликлиникаларда ҳар бир аёлни албатта цитологик «паптест» текширувидан ўтказиш лозим.

**Даволаш.** Бачадон бўйни саратонини даволаш учун асосан жарроҳлик операцияси ва нур терапияси қўлланилади.

Қўшимча даволаш чораси сифатида кимётерапия ва иммун терапия қўлланилмоқда. Даволаш усулларини саратоннинг ривожланиш босқичлари ва беморнинг аҳволига қараб қўллаш тартиби ва уларнинг узоқлашган натижалари 47-жадвалда кўрсатилган.

47-жадвал

**Бачадон бўйни саратонига даво қилиш усуллари ва уларнинг натижалари**

Босқичи	T N M	Даволаш усули	Даволашдан кейин 5 йилдан кўпроқ яшаганлар сони (%)
0	$T_{15}N_0M_0$	Ёши 50 гача бўлса — бачадон бўйнини конуссимон электроэксцизия қилиш.	97,0
		Ёши 50 дан ошган бўлса — бачадонни ортиқлари билан бирга экстирпация қилиш.	
Ia	$T_{16}N_0M_0$	Ёши 50 гача бўлса — бачадон ва қинни юқори қисми билан бирга экстирпация қилиш, лекин ортиқлари қолдирилади.	95,1
		Ёши 50 дан ошган бўлса — бачадон қиннинг юқори қисми ортиқлари билан бирга экстирпация қилинади.	
Iб	$T_{16}N_0M_0$	Бачадон ва унинг ортиқларини Вертгейм усули билан экстирпация қилиш.	91,0
II	$T_2N_0M_0$	Бирикма нур терапияси.	70,0
		Агар ўсманинг нур терапияга сезгирлиги паст бўлса (радиорезистент) қўшимча Вертгейм операцияси қўлланади.	75,0
III	$T_{1-3}N_{0-1}M_0$	Бирикма нур терапияси.	44,0
		Агар регионар лимфа тугунчаларида метастаз аниқланса, қўшимча Вертгейм операцияси ўтказилади.	51,4
IV	$T_{0-4}N_{0-4}M_0$	Дистанцион нур терапияси ва кимётерапия.	—

Илова:

1) Агар операцияга монельликлар бўлса, барча босқичларда нур терапияси ўтказилади. 2) Операциядан сўнг ўсма

қайталаган бўлса — нур терапияси ва кимётерапия берилди, нур терапиядан кейин қайталаниш бўлса — операция қилинади ва кимётерапия берилди.

*Бирикма нур терапияси* — бу ўсма ва регионар лимфа тугунчаларини ташқаридан маълум масофадан ва ичкаридан бевосита гамма-нури билан таъсирлашдир. Ташқаридан (дистанцион нур терапияси) одатда жами 40—45 Гр, ичкаридан — 60—80 Гр доза нур берилди.

*Кимётерапияда* кўпинча цисплатин, винкристин, адриамицин ва фторурацил қўлланилади. Булар 15—25% беморларда ўсманинг ўсишини вақтинча тўхтатади.

Афсуски, бачадон бўйни саратони қайталаниш хусусиятига эга. Ўртача I босқичда 15—18%, II босқичда 30—35%, III босқичда 55—60% ҳолда қайталаниш кузатилади. Уни даволаш учун жарроҳлик операцияси, нур терапияси ва кимётерапия қўлланилади, лекин даволаш натижалари ҳозирча қониқарли эмас. Бу муаммони ҳал қилиш устида кўпгина илмий ва амалий ишлар олиб борилмоқда.

Сўнгги пайтларда *комплекслашган даволаш усули* синая кўрилмоқда. Бунда аввало қайталанган ўсманинг ҳарорати УВЧ билан 40—41°С гача кўтарилади, кейин нур терапияси ва поликимётерапия берилди. Бу тадбир беморда қисқа муддат сунъий гипергликемия ҳосил қилинган пайтда қўлланилади. Бундай комплекслашган даволаш усули 33,3% беморларда ўсма бутунлай йўқ бўлиб кетишига олиб келади (тўлиқ регрессия), бошқа ҳолларда эса ўсманинг ярмидан кўпи ёки камроғи емирилади. Бундай даволашдан кейин 40,7% беморлар 3 йилгача яшайди (ёлғиз нур терапияси ёки кимётерапия берилганда эса — фақат 16,1% ёки 17,8% ҳолда шундай натижага эришилади).

*Касалликнинг олдини олиш.* Бачадон бўйни саратонини олдини олишнинг ягона йўли — бу унинг сурункали яллиғланишлари, лейкоплакия, эритроплакия, эрозия ва полипларга ўз вақтида тўғри даво қилишдир.

## 2. БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИ

*Статистика маълумотлари.* Бу хасталикнинг 2 та номи бор: кўпгина жойларда у бачадон танаси саратони, айрим мамлакатлар (АҚШ, Канада ва бошқалар) да эса эндо метрий саратони дейилади. Бачадон танаси саратони кўпроқ ривожланган мамлакатларда учраб, унинг кўрсаткичи йилдан-йилга ошиб бормоқда. АҚШ ва Европада ўртача ҳар 100 минг аёлга 15 бемор тўғри келади. Собиқ иттифокда

1970 йилда бу рақам 6,4 га тенг бўлиб. 1985 йилда 11,2 га етган. Ўзбекистонда ҳам бу хавfli ўсма кейинги йилларда кўпайиб бормоқда: 1993 йилда ҳар 100 минг аёлга 1,6 бемор тўғри келган бўлса, 1998 йилда — 2,7 га етган. Республика минтақаларида бачадон танаси саратонининг тарқалиши 48-жадвалда кўрсатилган.

48-жадвал

**Ўзбекистонда бачадон танаси саратонининг тарқалиши  
(ҳар 100 минг аҳоли орасида аниқланган беморлар сони)**

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	5,5	6,6	Самарқанд вилояти	1,1	1,8
Андижон вилояти	0,5	0,9	Сурхондарё вилояти	0,7	1,1
Бухоро вилояти	0,9	1,5	Сирдарё вилояти	1,1	2,1
Жиззах вилояти	2,1	2,5	Тошкент вилояти	1,8	2,6
Қашқадарё вилояти	0,9	1,9	Фарғона вилояти	4,1	10,5
Навоий вилояти	2,2	2,7	Хоразм вилояти	0,8	1,8
Наманган вилояти	0,9	2,1	Қорақалпоғистон республикаси	0,2	0,4

Ўзбекистон бўйича жами 1993—1,6—1998—2,7.

Келтирилган рақамларга кўра, 1993—1998 йилларда Ўзбекистон бўйича бу саратон 2,4 мартага ортган бўлса, вилоятларда касаллик кўрсаткичи 1,8 мартадан (Андижон вилояти) то 2,6 мартагача (Фарғона вилояти) ошган. Бунинг сабаби бир томондан саратоннинг кўпайиши бўлса, бошқа томондан айрим минтақаларда профилактик кўрикларнинг самараси кўтарилганлигидир. Бачадон танаси саратони асосан 50—59 ёшдаги аёлларда учрайди.

**Касаллик сабаблари.** Илмий адабиёт маълумотларига кўра бу касаллик бошланишидан олдин беморларда эндокрин без фаолияти ва моддалар алмашувининг бузилиши кузатилади (ановуляция, гиперэстрогения, семириш, гипертония, қандли диабет ва бошқалар). Сўнгги йилларда наслий мойиллик бачадон танаси саратони пайдо бўлишида маълум аҳамиятга эга эканлиги тўғрисида фикр билдирилмоқда.

**Усма олди касалликларига** безли гиперплазия, полипоз ва аденоматоз киради. Булар беморда эндокрин безлар фаолияти ва моддалар алмашувининг бузилиши билан бирга кечса, саратон пайдо бўлиши тезлашади.

**Патоморфологик тузилиши.** Бачадон танаси саратони халқаро гистологик тасниф бўйича асосан 4 морфологик шаклда учрайди: аденокарцинома (80% беморда), ясси хужайрали, мукоэпидермоид ва дифференциялашмаган

турда аденокарциномаларнинг дифференциалланиш даражаси бемор тақдирини ҳал қилишда катта аҳамиятга эга.

### Бачадон танаси саратонининг халқаро TNM таснифи

- $T_{is}$  — “carcinoma in situ” (эндометрийнинг атипик гиперплазияси).
- $T_1$  — ўсма фақат бачадон танасини шикастлаган.
- $T_2$  — ўсма бачадон бўйнига тарқалган.
- $T_3$  — ўсма бачадондан ўсиб чиқиб фақат қин ва унинг ортиқларини шикастлаган.
- $T_4$  — ўсма қовуқ ёки тўғри ичак шиллиқ қаватига ўсиб кирган ёки кичик чаноқдан ташқари тарқалган.
- $N_x$  — регионар лимфа тугунчалари ҳолатини баҳолаш учун маълумот кам.
- $N_0$  — барча қўлланилган ташхис усуллари регионар лимфа тугунчаларида ўзгариш борлигини аниқлашга ёрдам бермаган.
- $N_1$  — регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор.
- $M_0$  — узоқлашган метастазлар борлиги ноаниқ.
- $M_1$  — узоқлашган лимфа тугунчаларида ва (ёки) аъзоларда метастазлар бор.

### Бачадон танаси саратони босқичлари

- 0 босқич — “carcinoma in situ”.
- I босқич — ўсма фақат бачадон танасини шикастлаган, регионар метастазлар йўқ.
- II босқич — а) ўсма миометрийга ўсиб кирган.  
— б) ўсма параметрийга тарқалган, лекин чаноқ деворини шикастламаган.  
— в) ўсма бачадон бўйнига ўтган, лекин регионар метастазлари йўқ.
- III босқич — а) ўсма параметрийга тарқалиб, чаноқ деворига ўтган.  
— б) ўсма регионар лимфа тугунчаларига, қин ва ортиқларга метастаз берган.  
— в) ўсма қорин пардасига ўтган, лекин яқин аъзоларни шикастламаган.
- IV босқич — а) ўсма қовуққа, тўғри ичак ва йўғон ичакка тарқалган.  
— б) ўсма узоқлашган метастазлар берган.

## Бачадон танаси саратони босқичлари билан TNM таснифнинг бир-бирига мослиги куйидагича:

Босқичлари	TNM таснифи
0	$T_{is}N_0M_0$
I	$T_1N_0M_0$
II	$T_2N_0M_0$
III	$T_3N_{0-2}M_0$
IV	$T_{0-4}N_{0-2}M_1$

*Клиник манзараси.* Бу саратон билан касалланган беморларда эндокрин безлар фаолиятида бир қатор ўзгаришлар бўлгани туфайли уларнинг кўпчилиги ҳайз эрта келиб кеч тўхтагани, ҳомиладор бўлмаганлиги, сабабсиз семириш, қонда қанд миқдори кўпайиши ва қон босими ошганлигидан шикоят қиладилар. Бачадон танаси саратонининг энг кўп учрайдиган клиник белгиларидан бири бу ҳайз тўхтаганда ёки ҳайзлар оралиғида қонли ажралма келишидир.

*Таъхисоти.* Касалликни аниқлаш мақсадида цитологик, гистологик, гистероскопия, гистерография, лимфография, сонография, компьютер ва магнит-резонанс томографиялар қўлланилади.

Цитологик усулда бачадон танаси бўшлиғидан аспирацион усулда олинган суюқлик (аспират) текширилади.

Гистологик таҳлил бачадон танаси бўшлиғидан қириб олинган ҳужайраларни текшириш орқали ўтказилади. Бу иккала усул натижалари асосида 90% дан кўпроқ беморга тўғри ташхис қўйилади.

Гистероскопия (эндоскопик текшириш) ва гистерография (рентгенологик текшириш) усуллари бирга қўлланилиб, қўшимча биопсия қилинса, саратоннинг бошланғич босқичида 94,4% беморга тўғри ташхис қўйиш мумкин.

Лимфография орқали регионар лимфа тугунчаларида метастазлар бор-йўқлиги ва ўсманинг тарқалиш даражаси аниқланади. Сонография (ультратовуш усули) ўсманинг жойлашиши, ўлчамлари, миометрийга ўсиб кириш даражаси ва атрофдаги аъзолар билан муносабати тўғрисида муҳим маълумот беради. Кейинги вақтларда компьютер ва магнит-резонанс томографиялар касалликка тўғри ташхис қўйишга ёрдам бермоқда.

*Таққословчи таъхис* ҳайз тўхташи (климакс) пайти, баъосил, кексалар кольпити, қовуқ, тўғри ва сигмасимон ичак саратонида кузатиладиган қон кетишларга нисбатан

## Бачадон танаси саратонига даво қилиш дастури

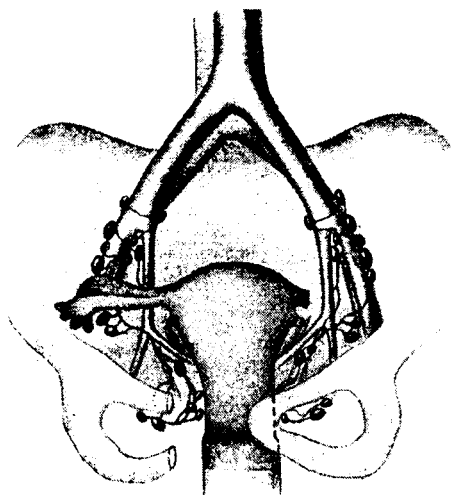
Ўсманинг босқичлари	Даволаш усуллари	Даволанган беморларнинг 5 йилдан кўпроқ яшаганлари сони (%)
0 carcinoma in situ	Гормонал терапия. Агар ижобий натижа бўлмаса, бачадонни ортиқлари билан бирга экстирпация (олиб ташлаш) қилиш.	98,0
I	Ўсма ҳужайралари юқори даражада дифференциялашган бўлса, комбинациялашган усул: 1. Гормон терапияси. 2. Бачадонни ортиқлари билан бирга экстирпация қилиш. 3. Операциядан кейин гормон терапиясини давом эттириш.	86,0
	Агар операция қилиш мумкин бўлмаса, бачадон ичидан нурлантириш. Агар операция ва нур терапиясини ўтказиб бўлмаса—гормон терапияси.	
II	Комплекслашган усул: 1. Вертгейм операцияси. 2. Операциядан кейин дистанцион нур терапияси (кичик чаноқ бутунлай нурлантирилади. Агар ўсма миометрийга чуқур ўсиб кирган бўлса кўшимча эндовагинал — қин ичидан нурлантириш). 3. Гормон терапия.	71,0
	Агар операция қилиш мумкин бўлмаса — бачадон ичидан лимфа тугунчаларини дистанцион нурлантириш.	
III	Комплекслашган усул: 1. Вертгейм операцияси. 2. Дистанцион нур терапияси. 3. Гормон терапия.	30,0—50,0
	Агар параметрийда ва қинда метастазлар бўлса, бачадон ичидан нур терапияси ўтказиш.	
IV	Комплекслашган усул: 1. Паллиатив дистанцион нур терапияси. 2. Гормон терапия. 3. Кимётерапия.	5,0—10,0



ўтказилади. Пухта ўтказилган гинекологик текшириш, цистоскопия, ректороманоскопия ва биопсиялар аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

**Даволаш.** Бачадон танаси саратонини даволаш учун жарроҳлик, нур терапияси, гормонал, кимётерапия комбинациялашган, комплекслашган усуллар қўлланилади (26-расм). Уларни саратон босқичлари, ҳужайраларнинг дифференциялашганлиги ва бемор аҳволини ҳисобга олган ҳолда даволаш дастури тузилади.

Бачадон танаси саратонининг барча босқичларида гормонал даволаш усули қўлланилади. Ҳозирги вақтда шу мақсадда асосан сунъий прогестагенлар қўлланилади. Булардан энг самаралиси — 17 — оксипрогестерон капронат (17-ОПК) ҳисобланади. Бу усул ёрдамида узоқлашган (ўпка, суяклар) метастазларни даволаш мумкин. Агар антиэстрогенлар ҳам қўшиб ишлатилса (масалан, тамоксифен) даволаш самараси янада ошади. Одатда, операциядан олдин ҳар куни 500 мг 17—ОПК (жами — 10—12 г) ва 60 мг тамоксифен (жами — 800 мг) берилади. Операциядан кейин (I—II босқичларда) 2 йил давомида гормон терапия берилади (жами — 60—70 г). III—IV босқичларида бемор кўрсатилган гормонлар билан умрбод даволаниши керак бўлади.



26-расм. Бачадоннинг ортиқлари билан кенгайтирилган экстирпацияси —Вергейм операцияси (пунктир чизик билан операция ҳажми кўрсатилган).

Нур терапияси икки усулда қўлланилади. Операциядан олдин бачадонга радиоактив модда (асосан  $^{60}\text{Co}$ ) қўл билан (афтелодинг усули) ёки махсус аппарат билан олиб кирилади ва жами 30—40 Гр («А» нуқтада) бериледи (бу бевосита нурлантириш усули). Операциядан сўнг нур терапиясининг дистанцион (бавосита нурлантириш) шакли гамма- ёки мегавольт нурлар билан бажариледи. Бунда кичик чаноқ, қин ва кўпинча метастазлар пайдо бўладиган жойлар нурлантирилади (жами 40—60 Гр). Зарур бўлганда бу иккала усул бирга қўлланилади (бирикма усул).

Кимётерапиядан барча усуллар қўлланиб бўлингандан кейин фойдаланилади. Бунинг учун кўпинча адриамицин, циклофосфан, фторурацил ва метотрексатлар қўлланилади.

*Даволаш натижалари.* 49-жадвалдан кўриниб турибдики, даволашнинг энг яхши натижаси саратоннинг О босқичида (“carcinoma in situ” пайтида) кузатилади. Саратон ривожланган сари даволаш самараси (5 йил яшаш кўрсаткичи) пасаяди (I босқичда — 86,0%, II—71,0%, III—30,0—50,0% ва IV—10,0% дан ошмайди).

Бачадон танаси саратонининг *олдини олиш* учун бачадоннинг безли гиперплазияси, полипоз ва аденоматозини барвақт аниқлаб, тўғри даволаш керак.

### БАЧАДОН САРКОМАСИ

Бачадонда саратондан ташқари бошқа хавфли ўсма — саркома ҳам учрайди (бу бириктирувчи тўқима хужайраларидан ўсиб чиқадиган хавфли ўсма). Бачадон саркомаси бачадон саратонидан жадал ўсиши, кўп метастазланиши (қон томирлар орқали) ва тез-тез қайталаниб туриши билан фарқланади. Кўпинча амалиётда унинг патоморфологик тузилиши (саркомалиги) бачадондаги тугунларни олиб ташлаб, ирригоскопик текшириш пайтида аниқланади. Шунинг учун бачадон саркомасини самарали даволаш энгил эмас.

Кўпчилик йирик онкология марказларининг тажрибалари шуни кўрсатадики, бачадон саркомасини даволаш натижалари унинг босқичларига боғлиқ.

## Бачадон саркомаси босқичлари:

- I босқич — ўсма фақат бачадон танасини шикастлаган.  
 II босқич — ўсма бачадон танаси ва бўйнини шикастлаган, бачадондан ташқарига чиқмаган.  
 III босқич — ўсма бачадондан ташқарига тарқалган (фақат кичик чаноқ доирасида).  
 IV босқич — ўсма қўшни аъзоларга ўсиб кирган ёки узоқ — лашган метастазлари пайдо бўлган.

Бу саркомани даволаш тартиби қуйидигича:

Босқичи	Операциянинг тури	Нур терапияси	Кимётерапия
I	Кенгайтирилган экстирпация (бачадон ортиқлари билан ва лимфа тугунлари олиб ташланади)	Ҳамма операциялардан кейин тос яхлит	Ҳамма даволаш усулларидан кейин ўсманинг исталган босқичларида кимётерапия цикллари узоқ вақт давомида ўтказилади
II	Бачадон ортиқлари билан, қиннинг юқориги 1/3 қисми экстирпация қилинади	нурлантирилади (умумий доза 40 Гр)	
III	Бачадон ортиқлари билан, қиннинг юқориги 1/3 қисми ва лимфа тугунлари кенгайтирилган экстирпация қилинади		
IV	—	—	

Келтирилган маълумотларга кўра, бачадон саркомасининг ҳамма босқичларида (IV босқичдан ташқари) радикал операция бажарилади. Операциядан кейин узоқ вақт давомида кимётерапия қўлланилади. Нур терапиясининг дистанцион шаклларида операциядан кейин фойдаланилса узоқлашган натижалари яхшиланади.

Қўшма нур терапияси (дистанцион ва ички нурлантириш) фақатгина операцияларга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки бемор даволанишнинг жарроҳлик усулидан бош гортса қўлланилиши мумкин.

Бачадон саркомасини комплекс даволашнинг узоқлашган натижалари қуйидагича: I босқичда — 70%, II босқичда — 54%, III босқичда — 30% ҳолда беморлар беш йил ва ундан кўп яшайдилар, IV босқичда фақат кимётерапия бемор ҳаётини енгилаштириши мумкин.

### 3. ТУХУМДОН САРАТОНИ

**Статистика маълумотлари.** Дунё бўйича тухумдон саратони аёллар жинсий аъзолари хавфли ўсмаларининг 20%ини ташкил қилади. Ўртача ҳар йили 15 минг янги бемор (ҳар 100 минг аёл ҳисобига) қайд этилади ва охириги даврларда уларнинг сони аста-секин кўпайиб бормоқда.

Ўзбекистонда ҳам тухумдон саратони билан касалланиш кўрсаткичи сўнгги йилларда ортиб бормоқда: 1993 й. — 1,6 бўлса, 1998 й. — 2,2 га тенг бўлди. Республика минтақаларида тухумдон саратонининг тарқалиши 50-жадвалда кўрсатилган.

50-жадвалдан кўриниб турибдики, 7 вилоятда касаллик кўрсаткичи 1998 йилда 1993 йилга нисбатан ортган. 2,1 мартадан (Тошкент шаҳри) то 3,2 мартагача (Қашқадарё вилояти) ортган, 3 вилоятда (Навоий, Сирдарё ва Тошкент вилоятлари) эса кўрсаткич камайган, қолган 9 та вилоятда у сезиларли ўзгармаган. Тухумдон саратони

50-жадвал.

Ўзбекистонда тухумдон саратонининг тарқалиши  
(ҳар 100 минг аёл орасида аниқланган беморлар сони)

Минтақа	1993	1998	Минтақа	1993	1998
Тошкент шаҳри	4,9	5,8	Самарқанд вилояти	0,7	1,4
Андижон вилояти	1,1	1,5	Сурхондарё вилояти	0,5	1,0
Бухоро вилояти	0,6	1,6	Сирдарё вилояти	1,1	0,9
Жиззах вилояти	0,3	0,4	Тошкент вилояти	3,5	1,6
Қашқадарё вилояти	0,4	1,3	Фарғона вилояти	1,7	4,7
Навоий вилояти	1,8	1,5	Хоразм вилояти	0,6	1,9
Наманган вилояти	1,5	2,1	Қорақалпоғистон республикаси	0,6	0,8
Ўзбекистон бўйича жами 1993—1,6; 1998 —2,2.					

энг кўп (1998 йилда) Тошкент шаҳрида(5,8), энг кам (0,4) Жиззах вилоятида қайд этилган (фарқи 14,5 марта).

**Касалликнинг сабаблари.** Касалликнинг асосий сабабчиси аёл организмида ташқи ва ички омиллар таъсирида дисгормонал ўзгаришларнинг пайдо бўлишидир. Булар эса ўз навбатида тухумдонда ҳар хил кисталар (пуфак) пайдо бўлишига олиб келади (бу ҳайвонларда ўтказилган тажри-

баларда тасдиқланган). Кисталардан эса хавфли ўсмалар ривожланади. Генетик тадқиқотлар тухумдон саратонининг келиб чиқишида ирсиятнинг аҳамияти бор, деган хулосага олиб келмоқда.

Ўсма олди касалликларига тухумдондаги ҳар хил хавфсиз кисталар, ортиқларнинг сурункали яллиғланиши, дисгормонал бузилишлар, миомалар ва бошқалар киради.

**Патоморфологик тузилиши.** Тухумдонда энг кўп учрайдиган саратон тури (75—90% беморда) — бу эпителий ўсмаларидир. Улар асосан зардобли (сероз) ва шиллимиқ (муциноз) цистоаденокарциномалардан иборат. Герминоген ўсмалар — дисгерминома 60%, қолгани — тератобластома ва хорионэпителиомалар 10% ни ташкил қилади. Кам учрайдиган турлари (4,6%) — гранулез ва тека ҳужайралари ўсмаларидир. Эпителиал ўсмалар кўпинча 30 ёшдан ошган аёлларда, қолганлари эса — 30 ёшгача бўлганларда учрайди.

#### Тухумдон саратонининг халқаро TNM таснифи

T <sub>1</sub>	— ўсма битта тухумдонни шикастлаган, лекин уни силжитиш мумкин.
T <sub>2</sub>	— ўсма иккала тухумдонни шикастлаган, лекин уларни силжитиш мумкин.
T <sub>3</sub>	— ўсма бачадонга ёки найчаларга тарқалган.
T <sub>4</sub>	— ўсма бошқа тўқима ва аъзоларга тарқалган.
N <sub>0</sub>	— парааортал лимфа тугунчалари пайпасланмайди.
N <sub>1</sub>	— парааортал лимфа тугунчалари пайпасланади.
M <sub>0</sub>	— узоқлашган метастаз белгилари йўқ.
M <sub>1</sub>	— метастазлар бор.
M <sub>1a</sub>	— фақат кичик чаноқда метастаз бор.
M <sub>1b</sub>	— фақат қорин бўшлиғи аъзоларида метастаз бор.
M <sub>1c</sub>	— узоқлашган метастазлар мавжуд.

#### Халқаро акушер-гинекологлар ташкилотининг тухумдон саратони бўйича клиник таснифи (1985 й).

I босқич	— ўсма битта (Ia) ёки иккала (Ib) тухумдонни шикастлаган ёки кўшимча асцит ҳосил қилган (Ic).
----------	---

- II босқич — ўсма тухумдондан бачадонга ёки найчаларга (IIa), кичик чаноқ тўқималарига (IIb) тарқалган ёки метастазлар берган ёки буларга қўшимча яна асцит ҳосил қилган (IIc).
- III босқич — ўсма битта ёки иккита тухумдондан ташқари кичик чаноқ тўқималарини шикастлаган, лимфа тугунчаларига метастаз бермаган (IIIa), қорин бўшлиғига ўлчами 2 см гача бўлган метастазлар берган (IIIb), қорин бўшлиғидаги метастазларнинг ўлчами 2 см дан ортиқ ва чов ёки қорин орти лимфа тугунчалари шикастланган (IIIc).
- IV босқич — ўсма битта ёки иккала тухумдонни ва қўшни аъзоларни шикастлаган, узоқлашган метастазлар (жигарга ҳам) берган, плеврада экссудат ҳосил бўлиши мумкин.

**Клиник манзараси.** Тухумдон саратони пайдо бўлгандан кейин ҳам кўп вақт сезиларли белгилар бермайди. Кейинчалик бемор қорни шишгани, унинг пастки қисмидаги оғриқ, ҳолсизлик, озишдан шикоят қилади. Айрим беморлар озгина овқатдан кейин ҳам тўйишлари, харсиллаш, ҳарорат кўтарилишидан нолийдилар.

**Таъхисоти.** Тухумдон саратонини аниқлаш учун одатдаги сўраб-суриштириш, сонография (ультратовуш), рентгенологик текширишлар, қин орқа гумбази пункцияси ва лапароскопия қўлланилади. Булардан таъхис учун энг муҳимлари — сонографиядир. Ультратовуш усули билан тухумдондаги саратонни 93% беморда аниқлаш мумкин. Қин орқа гумбазини пункция қилиб олинган суюқлик цитологик текширилганда 96,4% беморда тухумдон саратони борлигини аниқлаш мумкин. Лапароскопия яқунловчи усул бўлиб, аниқ таъхис қўйишни таъминлайди.

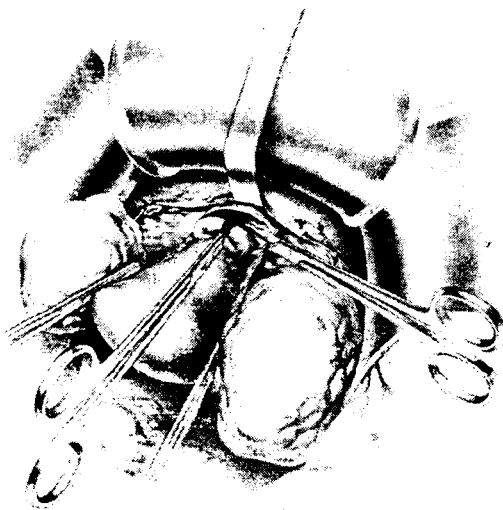
**Таққословчи таъхис** одатда тухумдонда учрайдиган бир қатор хавфсиз кисталар — цистаденомалар ва дермоидларга нисбатан ўтказилади. Булар билан тухумдон саратонини фарқлаш енгил эмас. Кўпинча таъхис цитологик ёки гистологик текширишлардан кейин қўйилади.

**Даволаш.** Тухумдон саратонини даволашда жарроҳлик, кимётерапия, нур терапияси ва гормон терапия усуллари комбинациялашган ёки комплекслашган ҳолда ишлатилади.

## Тухумдон саратонини даволаш режаси

Босқич- лари	Операция- дан олдинги кимётерапия	Опера- ция	Операция- дан кейинги кимётерапия	Гормо- нал терапия	Нур те- рапияси
Ia	—	+	+	+	—
Ib	—	+	+	+	—
Ic	+	+	+	+	+
IIa	—	+	+	+	+
IIb	—	+	+	+	+
IIc	+	+	+	+	+
III	+	+	+	+	+
IV	—	—	+	+	—

51-жадвалдаги маълумотларга кўра, тухумдоннинг Ia ва Ib босқичларида операциядан олдин кимётерапия ишлатилмайди. Бемор аёл ёш бўлиб, ўсмаси Ia босқичда бўлса, операция вақтида фақат бир томондаги тухумдон ортиқлари ва катта чарви олиб ташланади. Операциядан олдин кимётерапия асосан Ic, IIc ва III босқичларда қўлланилади. Нур терапияси кўпинча Ic, IIc ва III босқичларда ишлатилади



27-расм. Икки томонлама овариэктомия операцияси.

Жарроҳлик — саратоннинг барча босқичларида асосий даволаш усули ҳисобланади (27-расм). Операция пайтида одатда бачадон, ортиқлари ва катта чарви олиб ташланади (экстирпация қилинади). Катталашган ўсмани бутунлай олиб ташлаш имконияти бўлмаса, у қисман олинади ва сўнг катетер орқали қорин бўшлиғига кимёвий дорилар юборилади.

Беморларда кўпинча операциядан кейин албатта кимётерапия ўтказилади. Бунинг учун адриамицин, цисплатин, актиномицин Д, винкристин, циклофосфанлар берилади ва бундай режа 3—4 марта қайтарилади. Агар III—IV босқичларда кимётерапия ўтказилса, кўпчилик беморларда ўсма кичрайиб, асцит қайтади ва операция қилиш имконияти пайдо бўлади.

Нур терапияси тухумдон саратонини даволашда, унга сезгирлик паст бўлгани учун (дисгерминомалардан ташқари) нисбатан кам ишлатилади. Аммо нур терапияси даволаш усуллариغا қўшилса, беморларнинг 5 йил яшаш кўрсаткичи 50,0% га етади, қўшилмаса — 22,5% га тенг бўлади (яъни, 2 марта камаяди). Нур терапияси асосан беморда асцит бўлганда (Iс босқич) ва операциядан кейинги қолдиқ 2 см дан кам бўлган ўсмаларда қўлланилади (II—III босқичларда). Дисгерминомаларнинг нур терапиясига сезгирлиги юқори бўлгани туфайли унинг ўзига 25—30 Гр, медиастинал ва ўмров устидаги лимфа тугунчаларига 20—25 Гр дан бериб яхши даволаш натижаларига эришиш мумкин.

Гормон терапияси учун эркаклар жинсий гормони — тестостерон-пропионат ишлатилади. У кимётерапия билан бирга қўлланилса, даво самараси янада ортади. Тестостерон-пропионат тухумдон ўсмасининг I—II босқичларида кўпинча 50 мг дан кунора, III—IV босқичларида 200—300 мг дан ҳар ҳафтага (жами 5—6 г) бир курс ишлатилади. Радикал операциядан сўнг у ҳар ҳафтада 100—150 мг дан то 5—6 г гача берилади.

*Даволаш натижалари.* Тухумдон саратонининг узоқлашган натижалари ўсманинг босқичи, гистологик тузилиши, дифференцияланиш даражаси ва операциядан кейин қолган ўсма қисмининг ўлчамига боғлиқ. Ўсманинг I босқичида 61—82%, II — 40—60%, III— 10—25%, IV— 0—12% бемор 5 йил ва ундан кўпроқ яшайди. Зардобли (сероз) ўсмаларда бу кўрсаткич 14—25%, шилимшиқ (муциноз) ўсмаларда — 50—60% га тенг. Юқори дифферен-



циялашган ўсмаларда — 71%, ўртача — 22%, паст — 14% бемор 5 йиллик кўшимча умрға эга бўлади. Радикал операцияда ўсма бутунлай олиб ташланса, 60—72%, ўсманинг 2 см дан кўпроқ қисми қолган бўлса — 17—26% бемор 5 йил яшайди.

**Касалликнинг олдини олиш.** Тухумдон саратонини олдини олиш учун тухумдон хавфсиз кисталари, дисгормонал бузилишлар, ортиқларнинг сурункали яллиғланиши ва миомаларга ўз вақтида даво қилиш зарур.

### ТРОФОБЛАСТ ЎСМАЛАР

Трофобластик ўсмаларга бачадонда пайдо бўладиган касалликлар — оддий елбўғоз (ёки пуфакли уюм), инвазив елбўғоз ва хорионэпителиома киради. Сўнги йилларда улар битта касалликнинг ҳар хил босқичлари деб ҳисобланмоқда.

Оддий елбўғоз — хавфсиз ўсма, аммо турли сабаблар билан у инвазив елбўғозга айланиб, соғлиққа зиён келтириши мумкин.

Хорионэпителиомалар 35—40 йил илгари жуда хавфли ўсма деб ҳисобланар эди ва 90% беморларни ўлимга олиб келарди. Лекин тиббиёт амалиётида олдин кимёвий модда—метатрексат, кейинчалик актиномицин Д ишлатила бошлагандан кейин бу ва бошқа трофобластик ўсмалар жуда яхши даволанадиган бўлди. Юқоридаги ютуқлар сабаб ҳамма трофобласт ўсмаларга алоҳида гормон — хорион гонадотропин (ХГ) ишлаб чиқарилиши бўлди. Текширишлар шуни кўрсатадики, ХГ қонда, сийдикда аниқланиши мумкин. Унинг миқдори ўсманинг хавфлилиги билан баробар ўсади. Шунинг учун у энг кўп хорионэпителиомада, энг кам оддий елбўғозда учрайди.

Ҳозирги вақтда трофобласт ўсмаларни энг самарали даволаш усули — бу кимётерапия (моно- ёки поликимётерапия усулида). Жарроҳлик усулидаги даво фақат айтилган ўсмаларнинг ҳаёт учун хавfli асоратларида (кучли қон кетиши, бачадоннинг тешилиши) ёки кимётерапия салбий натижа берсагина қўлланилади. Одатда трофобласт ўсмаларни даволаш тартиби қуйидагича:

1. Оддий елбўғоз аниқланса, махсус асбоблар ёрдамида бачадондан олиб ташланади, кейин бемор бир йил ичида амбулатория назорати остида бўлади. Шу вақт ичида ҳар икки ойда бир марта бемор сийдигидаги ХГ миқдори текширилади. Агар унинг миқдори ошиб кетса, монокимёте-

рапия ўтказилади (метотрексат ёки актиномицинД билан). Назорат вақтида бемор ҳомиладор бўлиши мумкин эмас.

2. Инвазив елбўғоз аниқланса, олдин бир неча монокимётерапия курслари ўтказилади (актиномицинД ёки метотрексат билан). Агар бу даво қониқарли ёрдам бермаса (ХГ миқдори доим баланд поғонада турса), унда поликимётерапия қўлланилади (метотрексат+актиномицинД+циклофосфан ёки бошқа препаратлар билан бирга — адриамицин, цисплатин, винкрестин ва бошқалар). Агар бу даво ёрдам бермаса ёки бачадондан қон кета бошласа, бачадон тешилганлиги (перфорация) аломатлари мавжуд бўлса, дарров жарроҳлик (бачадонни ортиқлари билан экстирпация қилиш) қўлланилади.

3. Хорионэпителиома ўсмаси аниқланса, даволаш бунда ҳам монокимётерепиядан (агар метастазлар бўлмаса) ёки поликимётерепиядан (метастазлар бўлса) бошланади. Агар даволаш самарасиз бўлса — унда жарроҳлик усули (бачадоннинг ортиқлари билан экстирпацияси) қўлланилади.

Трофобласт ўсмаларни даволашнинг узоқлашган натижалари қониқарли. Масалан, хорионэпителиомани даволагандан кейин 95% беморлар (агар метастазлар бўлмаса) беш ва ундан кўп йил яшайдилар. Агар метастазлар бўлса, бу рақам 70% га тенг бўлади.

Шуни алоҳида айтиб ўтиш керакки, трофобласт ўсмалардан даволангандан кейин аёллар ҳомиладор бўлишлари мумкин ва соғлом бола туғадилар.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Абу Али ибн Сино. «Тиб қонунлари», Тошкент, «Фан», 1954.
2. Агеенко А. И. «Онкогены и канцерогенез», М., 1986.
3. Блохин Н. Н., Петерсон Б. Е. Клиническая онкология, Т. 1,2 М., 1971.
4. Быкорез А. И. и др. «Экология и рак», Киев, 1985.
5. Ганичкин А. М. «Рак толстой кишки», Л., 1970.
6. Гранов А. М., Петровичев Н. Н. «Первичный рак печени», М., 1977.
7. Двойрин В. В., Аксель Е. М., Трапезников Н. Н. «Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ». М., 1992, 1994, 1996.
8. Зедгенидзе Г. А., Алиев Б. М. «Лучевая терапия амбулаторных больных», Ташкент, 1988.
9. «Злокачественные новообразования в Республике Узбекистан» (статистический сборник), Ташкент, 1996.
10. «Иммунология» (учебник), М., 1987.
11. Линденбратен Л. Д. «Медицинская радиология» (учебник), М., 1969.
12. Manual of clinical oncology (International union against cancer — UICC), 1990.
13. Муратходжаев Н. К. «Очерки современной онкологии». Ташкент, «Фан», 1996.
14. Напалков Н. П. «Общая онкология», Ленинград., 1989.
15. «Наследственные болезни» (справочник), Ташкент, 1980.
16. Пачес А. И. «Опухоли головы и шеи», 1971.
17. Петерсон Б. Е. «Онкология» (учебник для вузов), М., 1980.
18. Петерсон Б. Е., Чиссов В. И., Пачес А. И. «Атлас онкологических операций», М., 1987.
19. Приказ МЗ РУз Т 631 от 15.12.1995 г. «О мерах по дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований».
20. Переводчикова Н. И. «Противоопухолевая химиотерапия» (справочник), М., 1986.
21. «Русча-лотинча-ўзбекча тиббий лугат», Тошкент, 1996.
22. «Сборник официальных указаний по организации онкологической помощи», М., 1985.
23. Холин В. В. «Радиобиологические аспекты лучевой терапии злокачественных опухолей» — Ленинград, 1979.
24. Чиссов В. И. «Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями» (руководство для врачей), М., 1989.

## МУНДАРИЖА

Сўз боши .....	3
----------------	---

### УМУМИЙ ҚИСМ (Н. Қ. Муродхўжаев)

<b>I боб. Онкология ҳақида тушунча, унинг тарихи ва замонавий тиббиётда тутган ўрни .....</b>	<b>4</b>
<b>II боб. Хавфли ўсмалар эпидемиологияси .....</b>	<b>8</b>
<b>III боб. Хавфли ўсмалар этиологияси .....</b>	<b>14</b>
<b>IV боб. Хавфли ўсмалар патогенези .....</b>	<b>22</b>
Молекуляр поғонадаги канцерогенез .....	23
Ҳужайра поғонасидаги канцерогенез .....	24
Ўсма куртагининг миқдорий ўсиши (кинетикаси) .....	28
Ўсма куртагининг сифат жиҳатидан ўзгариши .....	30
<b>V боб. Ўсмалар таснифи .....</b>	<b>33</b>
A. TNM таснифининг асосий қоидалари .....	37
1. TNMнинг клиник таснифи (даволашдан олдин аниқла- нади) .....	37
Б. Операциядан кейинги патогистологик тасниф .....	38
<b>VI боб. Хавфли ўсмаларни аниқлашнинг умумий қоидалари .....</b>	<b>38</b>
<b>VII боб. Хавфли ўсмаларни даволашнинг умумий қоидалари .....</b>	<b>47</b>
1. Жарроҳлик усулида даволаш .....	48
2. Ўсма криодеструкцияси .....	53
3. Нур терапияси .....	54
4. Хавфли ўсмалар кимётерапияси .....	62
5. Хавфли ўсмалар гормонал терапияси .....	71
6. Хавфли ўсмалар иммунтерапияси .....	74
Хулоса .....	77
<b>VIII боб. Хавфли ўсмаларга қарши курашни ташкил этиш қоидалари .....</b>	<b>77</b>
А. Онкологик хизмат .....	77
Б. Ҳисоб ва ҳисобот .....	79
В. Илмий-текшириш институтлари, олий ўқув юрглари ва жамоат ташкилотларининг саратонга қарши курашдаги ўрни .....	81
Г. Хавфли ўсмалар профилактикаси .....	83
Д. Онкологик беморларнинг реабилитация ва меҳнат эк- пертизаси .....	85
E. Онкологик деонтология .....	88
<b>ХУСУСИЙ ҚИСМ (Худойқулов Т. Қ., Жўраев М. Д., Муродхўжаев Н. Қ.)</b>	
<b>IX боб. Терининг хавфли ўсмалари .....</b>	<b>93</b>
Тери саратони .....	93
Ўсма олди касалликлари .....	94
Тери саратонининг босқичлари .....	96

Тери меланомаси (мелобластома) .....	99
<b>X боб. Юмшоқ тўқима саркомалари</b> .....	102
<b>XI боб. Суяк саркомалари</b> .....	107
<b>XII боб. Пастки лаб саратони</b> .....	113
<b>XIII боб. Оғиз бўшлиғи саратони</b> .....	119
<b>XIV боб. Қалқонсимон без саратони</b> .....	124
<b>XV боб. Сут беzi саратони</b> .....	130
<b>XVI боб. Ўпка саратони</b> .....	144
<b>XVII боб. Қизилўнғач саратони</b> .....	157
<b>XVIII боб. Меъда саратони</b> .....	168
<b>XIX боб. Йўгон ичак саратони</b> .....	184
<b>XX боб. Жигар саратони</b> .....	200
<b>XXI боб. Меъда ости беzi саратони</b> .....	209
<b>XXII боб. Хавfli лимфомалар</b> .....	219
<b>XXIII боб. Сийдик-таносил аъзолари саратони</b> .....	226
1. Буйрак саратони .....	226
2. Қовуқ саратони .....	230
3. Простата беzi саратони .....	235
4. Мояк саратони .....	239
<b>XXIV боб. Аёллар жинсий аъзолари саратони</b> .....	241
1. Бачадон бўйни саратони .....	241
2. Бачадон танаси саратони .....	246
3. Тухумдон саратони .....	254
<b>Фойдаланилган адабиётлар</b> .....	261

*Ўқув нашри*

**Муродхўжаев Наримон Қодирович,**  
Ўзбекистон ФА академиги, тиббиёт фанлари доктори, профессор.  
**Худойқулов Тилла Курбонович,**  
тиббиёт фанлари доктори,  
**Жўраев Миржалол Деҳқонович,**  
тиббиёт фанлари доктори.

## ОНКОЛОГИЯ

Тошкент, 700129. Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти,  
Навоий кўчаси, 30.

Таҳририят мудир  
Муҳаррир *М. Қодирова*  
Бадий муҳаррир *Ф. Матёқубов*  
Техн. муҳаррир *В. Мешчерякова*  
*Мусаҳҳиҳ Д. Тўйчиева*

Н/К

Босишга рухсат этилди 18.01.2002 й. Бичими 84×108<sup>1/32</sup>. Офсет босма.  
Адабий гарнитура. Шартли босма табоқ 13,86. Шартли бўёқ-оттиски  
14,07. Нашр босма табоқ 14,36. 79—2001-рақамли шартнома. Жами  
3000 нусха. 171-рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитасининг Тошкент  
китоб-журнал фабрикасида чоп этилди. Тошкент 700194. Юнусобод  
даҳаси, Муродов кўчаси, 1.