

KO'KRAK BEZI SARATONI

*Islomova Gulrux Islom qizi**Musurmanova Shaxnoza Salaydinovna**Siyob Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat salomatligi texnikumi*

Annotatsiya: Ushbu maqola ko'krak bezi saratoni kasalligi kelib chiqish sabablari, klinikasi davolash, bu kasallikda zamonaviy davolash usullarini qo'llash, zamonaviy texnikalardan foydalanishga mo'ljallangan.

Аннотация: Данная статья призвана описать причины возникновения рака молочной железы, его клиническое лечение, применение современных методов лечения при этом заболевании, а также применение современных методик.

Abstract: This article is intended to discuss the causes of breast cancer, its clinical manifestations, treatment, application of modern treatment methods in this disease, and the use of modern techniques.

Ko'krak bezi saratoni – bu normal ko'krak hujayralarining saraton hujayralariga aylanishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Ko'krak saratoni o'pka saratonidan keyin ikkinchi eng keng tarqalgan saraton turi bo'lib, ayollar orasida birinchi o'rinda turadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, har yili 1,5 million ayolga ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yiladi. Ushbu kasallik 13 yoshdan 90 yoshgacha bo'lgan ayollarning taxminan 10 foizida uchraydi. Erkaklar ushbu kasallikka kamroq chalinadilar (1%). Kasallikdan o'lim holatlari taxminan 50% ni tashkil qiladi.

Saraton o'simtasi xavfsiz o'smadan farqli o'laroq tezroq o'sadi va metastaz yo'li bilan boshqa organlarga juda faol tarqaladi hamda limfa tugunlariga ham ta'sir qiladi.

Ko'krak saratoni odatda bosqichlar bo'yicha tasniflanadi:

- 0 bosqich — invaziv bo'lmagan ko'krak saratoni (karsinoma in situ) – sut bezi kanallarini o'rab turgan to'qimalariga tarqalmagan bo'ladi. Invaziv bo'lmagan ko'krak saratoni odatda mammografiya paytida aniqlanadi va kamdan-kam hollarda ko'krakdagi qattqlik shaklida namoyon bo'ladi.

- I bosqich — invaziv bo'lmagan ko'krak saratoni. Saraton o'simta yaqinida joylashgan to'qimalarga ta'sir qiladi. O'simtaning kattaligi 2 sm dan oshmaydi. Limfa bezlari normal holatda bo'ladi.

- II bosqich — invaziv saraton. Saraton hujayralari kanallarning qoplamasi orqali atrofdagi ko'krak to'qimalariga tarqaladi. O'simtaning diametri 2 dan 5 sm

gacha, qo`ltiq ostidagi limfa tugunlari o`simta tomonidan zararlanadi. Bu ko'krak saratonining eng keng tarqalgan turi hisoblanadi.

III bosqich ikki bosqichga bo`linadi:

- IIIA bosqich. O'simtaning diametri 5 sm dan ortiq bo`lib, limfa tugunlari juda kattalashgan. Ular bir-biriga va atrofdagi to'qimalarga yopishgan bo`ladi.

- IIIB bosqich. Ushbu turga yallig'lanish saratoni, infiltrativ kanal saratoni kiradi. 3-bosqichning xarakterli belgilari terining qizarishi, apelsin terining paydo bo'lishidir. O'simta har xil hajmda bo`lishi mumkin. Bu bosqichda ko'krak terisi, ichki ko'krak limfa tugunlari yoki ko'krak devori zararlanadi.

- IV bosqich. O'simta ichki limfa tugunlariga ta'sir qiladi, qo'ltiq ostigacha yetib boradi va o`mrov, limfa tugunlari, jigar, o'pka va miya ham ta'sirlanadi. 4-bosqich saratoni tashxisi ko'pincha BRCA-1 va BRCA-2 genlaridagi mutatsiyaga ega bo'lgan ayollarga qo'yiladi.

Sabablari

- ayollar - erkaklarga qaraganda ko'krak bezi saratoni bilan kasallanish ehtimoli ko'proq;

- ulg`aygan yosh - ko'krak bezi saratoni xavfi yoshga qarab ortadi (ko'pincha 35 yoshdan keyin);

- shaxsiy anamnezda ko'krak kasalliklari bilan og`rish - agar sizda lobulyar karsinoma in situ yoki atipik ko'krak giperplaziyasini aniqlaydigan ko'krak biopsiyasi bo'lgan bo'lsa, sizda ko'krak saratoni xavfi yuqori;

- bepushtlik, jinsiy a'zolarining yallig'lanishi, laktatsiyaning buzilishi;

- Saraton xavfini oshiradigan irsiy genlar. Ko'krak saratoni xavfini oshiradigan ba'zi gen mutatsiyalari ota-onadan bolaga o'tishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan gen mutatsiyalari BRCA1 va BRCA2 deb nomlanadi. Ushbu genlar ko'krak va boshqa saraton xavfini sezilarli darajada oshirishi mumkin, ammo ular saratonni muqarrar qilmaydi;

- Radiatsiya ta'siri. Agar siz bolaligingiz yoki yoshligingizda ko'krak qafasidagi nur terapiyasini olgan bo'lsangiz, ko'krak saratoni xavfi ortadi.

- qandli diabet, semizlik, ateroskleroz, immunitet tanqisligi;

- Birinchi farzandning kattaroq yoshda tug`ilishi. Birinchi farzandini 30 yoshdan keyin dunyoga keltirgan ayollarda ko'krak bezi saratoni xavfi ortishi mumkin.

- Klimaksdan keyingi gormon terapiyasi. Klimaks belgilari va alomatlarini davolash uchun estrogen va progesteronni birlashtirgan gormon terapiyasi dori-darmonlarini qabul qiladigan ayollarda ko'krak saratoni xavfi ortadi.

- spirtli ichimliklar ichish, zaharlanish, chekish.

Dastlabki alomatlar:

- sut bezlari sohasida shish;
- ko'krak qafasidagi noxushlik;

Keyinchalik esa quyidagi belgilar paydo bo'ladi:

- ko'krak qafasidagi og'riq;
- siynalarning deformatsiyasi - "orqaga tortilgan" va siqilgan bo'lishi;
- ko'krak shakli va hajmining o'zgarishi, assimetriya;
- ko'krakdan qonli yoki sarg'ish rangdagi ajralma oqishi
- o'simta sohasidagi terining burishishi;
- ko'krak, yelkada shish paydo bo'lishi;

limfa tugunlari kattalashishi. Sut bezlarida paydo bo'ladigan o'smalarning ko'p qismi yaxshi sifatli bo'ladi va xavfli deb hisoblanmaydi: ular sekin o'sadi, o'sma hujayralari sog'lom hujayralardan sezilarli darajada farq qilmaydi va organizmning boshqa organlari yoki qismlariga tarqalmaydi.

Saraton mutatsiyalar — hujayralardagi o'sishni tartibga solish va ularni sog'lom saqlash uchun javob beradigan genlardagi atipik o'zgarishlar natijasida paydo bo'ladi. Yomon sifatli hujayralar nazoratsiz ko'payadi, shuning uchun vaqt o'tishi bilan ular birlamchi o'simtdan tashqariga chiqib atrofdagi sog'lom to'qimalarga, limfa tugunlariga va uzoq a'zolarga tarqalishi mumkin.

Sut bezlari hujayralaridan rivojlangan xavfli o'smaga ko'krak bezi saratoni deb ataladi. Ko'pincha kasallik bo'lak hujayralarida (sut ishlab chiqaradigan bezlar) yoki kanallarida (bo'laklarda hosil bo'lgan sut ko'krak uchiga keladigan yo'llar) boshlanadi.

Davolash usulini tanlash ko'plab omillarga bog'liq: kasallikning bosqichi, ayolning yoshi, o'smaning tuzilishi va o'sish tezligi. Zamonaviy terapiya usullari jarrohlik, radioterapevtik va kimyoterapevtik usullarning eng maqbul kombinatsiyasidan, ya'ni kompleks yondashuvdan foydalanadi.

Terapiyada mutaxassislar har bir bemorga individual yondashishlari kerak. Turli xil profillardagi mutaxassislar kengashi ayolga aniq davolash usullarini taklif qilishlari, shu bilan davolash ham onkologik, ham estetik jihatdan muvaffaqiyatli bo'lishi kerak.

Operatsiya usulini tanlashda mutaxassislar ko'krakning shakli va hajmini tiklash variantini oldindan rejalashtirishadi. Jarrohlik davolash ikkita yondashuvni o'z ichiga oladi: ko'krakni qayta tiklash usuli to'g'ridan-to'g'ri ularga bog'liq:

- lumpektomiya — sut bezlarini qisman olib tashlash;
- mastektomiya — sut bezlarini to'liq olib tashlash.

Quyidagi holatlarda mastektomiya zarur bo'ladi:

- Bemorda ko'krak o'lchami kichik bo'lsa;
- O'simta teriga yoki ko'krak qafasiga o'sib kirs;
- O'simta juda katta bo'lsa;
- O'simta ko'krak qafasi bo'ylab tarqalsa.

Ko'p hollarda birinchi tanlov sifatida a'zolari saqlab qolishga qaratilgan operatsiyalarga afzallik beriladi. Agar mastektomiyadan tashqari boshqa variant bo'lmasa, bemorga shaxsiy imtiyozlarni hisobga olgan holda ko'krakni qayta tiklash uchun turli xil plastik jarrohlik amaliyotlari taklif etiladi.

Kimyoterapiya operatsiyadan keyin ham, undan oldin ham tayinlanishi mumkin. Operatsiyadan oldin kimyoterapiyaning maqsadi birlamchi o'simtani kamaytirishdir, shunda ko'krakni saqlab qolgan holda o'smani olib tashlash (lumpektomiya) mumkin bo'ladi.

Jarrohlikdan so'ng, kimyoterapiya metastazlarni yo'q qilish va kelajakda olidni olish uchun buyuriladi.

Radiatsion terapiya ko'krak saratonini davolash uchun uchta holatda ishlatiladi:

- Operatsiyadan keyin kasallik qaytalanishini oldini olishda;
- Olib tashlashni imkoni bo'lmagan o'smalarni simptomatik (palliativ) davolashda;
- Uzoq metastazlar tufayli asoratlar bo'lganida (og'riq, orqa miya yoki miya qisilishida) simptomatik davolashda.

Ko'krak bezi saratonini gormonlar bilan davolash o'smada estrogen/progesteronga retseptorlar mavjud bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Bunda Tamoksifen kabi antiestrogen, aromataza ingibitorlari, gonadotropin-rilizing gormon ishlatiladi.

Gormonoterapiyaning minimal davomiyligi — 5 yil, noxush prognozni va'da qiluvchi hatto bitta omil bo'lgan hollarda esa 10 yil.

Реконструктив operatsiya ayolga ko'krakning shakli o'zgarishi yoki olib tashlanganligi tufayli stressni oldini olish imkonini beradi. Hozirda turli xil qayta shakllantirish usullaridan foydalaniladi, ular murakkabligi va davomiyligi bilan farq qiladi.

Ko'krakni tiklash usullari:

- Bir vaqtning o'zida — operatsiya paytida o'sma olib tashlanganidan keyin darhol amalga oshiriladi;
- Kechiktirilgan — davolashning barcha bosqichlaridan keyin amalga oshiriladi.

Реконструктив operatsiyalar, shuningdek, ko'krakni tiklash uchun ishlatiladigan to'qima turida ham farq qiladi. Muayyan vaziyatga qarab, organizmning o'z to'qimalari (autoto'qimalar) yoki doimiy yoki vaqtincha implantlar (alloto'qimalar) ishlatiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. <https://med24.uz/uz/bolezni/rak-molochnoy-zhelezy>
2. <https://med360.uz/kasalliklar/kokrak-bezi-saratoni/>
3. <https://med360.uz/kasalliklar/kokrak-bezi-saratoni/>