

АНДИЖОН ШАҲАР ВА АНДИЖОН ТУМАН ҲУДУДЛАРИДА СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ОНКОЛОГИК ЁРДАМ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ УСУЛЛАРИ

Д. З. Мамарасулова¹, Д. А. Урманбаева¹, Д. М. Турсунов²

¹Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

²Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Андижон вилояти филиали

Таянч сўзлар: кўкрак беи саратони, профилактика, кўкрак беи саратони касалликлари, ультратовуш диагностикаси.

Ключевые слова: рак молочной железы, профилактика, предраковые заболевания молочной железы, ультразвуковая диагностика.

Key words: breast cancer, prevention, precancerous breast diseases, ultrasound diagnostics.

Ушбу мақолада ҳозирги кунда аёлларда энг кўп учраётган онкохасталик – сут беи саратони касаллигининг жаҳон, ҳамда Республикамиз ва Андижон вилояти маъмурий ҳудудлари статистик маълумотлари ўрганилди. Вилоят маълумотлари таҳлилида энг кўп кузатишган касалланиш кўрсаткичи ва аҳолиси зич бўлган иккита ҳудуд – Андижон шаҳар ва туман танлаб олинди. Юқорида таъкидланган регионлар кесимида сут беи саратони касаллиги эрта ташхислаш ва скрининг амалиёти дастури яратилиб, 1116 нафар аёллар орасида амалиётга тадбиқ қилинди. Текширилган беморларнинг 535 нафари соғлом, қолган қисмида эса турли даражадаги патологик ҳолатлар аниқланди. Беморлар ташхисига асосан 5 та категорияга ажратилиб, ҳар бир категория учун даво ва тавсиялар берилди. Кузатиш мобайнида 6 та сут беи саратони ташхиси қўйилди ва кейинги даво муолажаларини режалаштириш ва ўтказиш учун регионал онкологик филиалга юборилди. Олинган натижалар асосида аҳоли менталитетига мос тарзда хавф омиллари ва скрининг дастурини тўлдирувчи тавсиялар ишлаб чиқилди.

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ АНДИЖАН И АНДИЖАНСКОМ РАЙОНЕ

Д. З. Мамарасулова¹, Д. А. Урманбаева¹, Д. М. Турсунов²

¹Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

²Андижанский филиал Республиканского Специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

В данной статье исследуется статистика самого распространенного в мире рака у женщин - рака груди, а также административных районов республики и Андижанской области. При анализе региональных данных были выбраны два наиболее густонаселенных района с наибольшим уровнем заболеваемости - город Андижан и район. В вышеупомянутых регионах разработана и внедрена программа ранней диагностики и скрининга рака груди среди 1116 женщин. Из обследованных пациентов 535 были здоровы, остальные имели разную степень патологии. Пациенты были разделены на 5 категорий в зависимости от их диагноза, и для каждой категории были даны лечение и рекомендации. В ходе наблюдения было диагностировано 6 случаев рака груди, которые были направлены в региональное онкологическое отделение для планирования и проведения последующего лечения. На основании полученных результатов разработаны рекомендации по дополнению факторов риска и программы скрининга в соответствии с менталитетом населения.

METHODS TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF ONCOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER IN ANDIZHAN CITY AND ANDIZHAN DISTRICT

D. Z. Mamarasulova¹, D. A. Urmanbaeva¹, D. M. Tursunov²

¹Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Andijan Regional Branch

This article examines the statistics of breast cancer, the most common cancer in women today, as well as the administrative regions of the Republic and Andijan region. In the analysis of regional data, two regions with the highest morbidity and density were selected - Andijan city and district. In the above-mentioned regions, a program of early diagnosis and screening of breast cancer has been developed and implemented among 1,116 women. Of the patients examined, 535 were healthy and the rest had varying degrees of pathology. Patients were divided into 5 categories based on their diagnosis, and treatment and recommendations were given for each category. During the follow-up, 6 breast cancers were diagnosed and referred to the regional oncology branch for planning and conducting follow-up treatments. Based on the results obtained, recommendations were developed to supplement the risk factors and screening program in accordance with the mentality of the population.

Кириш. Тадқиқот давомида сут беи саратони билан касалланиш хавф омилларини ўрганиш мақсадида Андижон шаҳар ва туман ҳудудларида 1116 нафар клиник соғлом аёллар анкетаси, ҳамда 11 нафар СБС ва сут беи дисплазияси ўрганилди. Ушбу анкеталар асосида СБС хавф омилларини аниқлаш бўйича статистик ишлов ўтказилди.

Олинган омиллар СБС ривожланишида индивидуал хавфни баҳолашда прогностик модел тузиш асосини ташкил қилди. Тузилган “Прогностик жадвал” 44 савол ва унга берилган 117 турдаги жавобдан иборат бўлиб, ҳар бир жавоб варианты учун мос тарзда СБС да статистик аҳамиятга эга хавф омилларини тасвирловчи ташхисий коэффициентга (ТК) эга.

Долзарблиги. Саратон ўрганиш бўйича халқаро агентлигига кўра (СЎБХА, Лион) сут беи саратони (СБС) – популяцион скрининг ўтказишда «идеал» ўсма ҳисобланади. Ушбу хавфли ўсма аёллар орасида, айниқса 50 ёшдан юқори бўлганларда энг кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади. Дунё бўйлаб бирламчи аниқланган 10 млн беморнинг 10 % ушбу нозология билан касалланади [1].

Ўзбекистон Республикасида ҳам сўнги ўн йилликда СБС билан касалланиш кўрсаткичи тобора ошиб бормоқда [5, 10]. Эрта ташхислашдаги қониқарсиз ҳолат, ҳамда сут беи тугунли ҳосилалари ва саратон ўртасида ўз вақтида ўтказилмаган дифференциал ташхислаш саратон хасталигини замонавий даволаш самарадорлиги пастлигининг асосий сабаблари ҳисобланади. СБС аниқлашда палпатор ва маммографик текширувлар билан бир қаторда ультратовушли текширув ҳам кенг қўлланилади. Радиокучланиш йўқ бўлганлиги сабабли ушбу текширув усули барча ёшдаги, ҳомиладолик ва лактация даврида ҳам беморларда лозим бўлса бир неча бор қўлланилиши мумкин. Эхографик скрининг нафақат турли органлар ва тизимлар патологиясини аниқлашда, балки хавфли ўсмалар субклиник босқичларида дифференциал ташхис ўтказишда катта аҳамиятга эга бўлиб, хирургик даво адекват хажмини танлашда ҳам ёрдам беради [2–4, 10–12].

Сут беи текширувида энг кенг тарқалган усул бу безларни тиббий ходим томонидан ўтказиладиган клиник кўруви (СВЕ – Clinical Breast Examination) ҳисобланади. Канада тадқиқотчиларига кўра СВЕ усули юқори специфик (95-99 %) ва сезувчанликка (47-80 %) эга. Ciatto et al. ўтказилган 2740 та СВЕ асосида аниқланишича, текширув сезувчанлиги касаллик босқичига боғлиқ: 48% – cancer in situ, 70% – I босқич, 90% – II босқич, 89% – III босқич, 93% – IV босқич (Ciatto et al., 1991) Сут безлари клиник текшируви сезувчанлиги ёш аёлларда ва хавфли ўсма эрта босқичларида пасаяди [2,3].

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги маълумотларига кўра, Республикада энг кўп аниқланган онкологик касаллик – сут беи саратони. Бу турдаги хавфли ўсма билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аёл сонига 9,1 нафарга етган. Экспертлар фикрига кўра, ушбу хасталик келиб чиқишида ирсий омил катта аҳамиятга эга, айниқса она томонидан. Агар BRCA 1-2 генлари мутацияга учраган бўлса, 45-75 % ҳолатларда фарзандга ўтиши мумкин [6,7,8,9].

Сут беи саратонини эрта аниқлашга қаратилган чора-тадбирлар натижаларини оптимизация қилишда индивидуал прогнозлаш ва хавф гуруҳини шакллантириш аҳоли орасида касаллик скрининг амалиётида биринчи даражали масала ҳисобланади. Профилактик чора-тадбирлар ўтказишда асосий қийинчилик – кўплаб беморлар суровномасидантолинган натижалар таҳлили ва таҳминий ташхисни қўйиш ҳисобланади. Эрта ташхислашда инфор­мацион тизимни қўллаш орқали касалликни келтириб чиқарувчи омиллар комплексини аниқлаш асосида юқори хавф гуруҳини шакллантириш мавжуд саволлар ечимининг бир усули бўлиб хизмат қилади.

Таклиф этилган дастур самарадорлиги кўп ҳолларда регионал соғлиқни сақлаш тизимининг моддий аҳволига, фойдаланиладиган технологияларга ва онкологик ҳолат бошқариш ёндашувига боғлиқ.

Экспертизанинг материаллари ва усуллари. Ушбу тадқиқот асосида Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий текширув маркази, Андижон филиалига мурожаат қилган ва ультратовушли текширув хулосалари асосида тўлдирилган

анкета маълумотлари асосида таҳлил ўтказилди. Барча текширувлар филиал маммологлари ва УТТ юқори малакали мутахассислари томонидан ўтказилган. Андижон шаҳар ва туман ҳудудларида яшовчи 17-49 ёшдаги соғлом аёллар текширилди. Ушбу контингент ОАВ ёрдамида кўрувга чакирилди. Тузилган “Прогностик жадвал” 44 савол ва унга берилган 117 турдаги жавобдан иборат бўлиб, ҳар бир жавоб варианты учун мос тарзда СБС да статистик аҳамиятга эга хавф омилларини тасвирловчи ташхисий коэффициентга (ТК) эга.

Анкеталар йиғилгандан ва маммолог кўрувидан кейин беморлар сут безлари ва регионар лимфа тизим ҳолатини ўрганиш мақсадида УТТ текширувида юборилган.

Натижалар. Андижон шаҳар ва туманда яшовчи 1116 нафар аёллар текширувдан ўтказилди. Тадқиқот натижалари 1- жадвалда кўрсатилган.

УТТ текширув натижалари қуйидаги кўринишга эга: соғлом аёллар сони 535 нафар (49,7%), фиброз-кистоз мастопатия 163 (14,6%), фиброз мастопатия 140(12,5%), тугунли мастопатия 64(5,7%), диффуз мастопатия 30 (2,68%), сут беи кистоз зарарланиши 95(8,51%), фиброаденома 13(1,16%), Минц касаллиги 13(1,16%) ва хавфли ўсмага гумон ҳолатлар 11 (0,98%). Галактоцеле, атерома ва липома каби бошқа патологиялар 2 (0,26%) ва 1 (0,089%) нафар беморда аниқланган.

Ўтказилган таҳлил маълумотларига кўра, текширувдан ўтган аёлларнинг деярли 50 % да сут беи патологиялари аниқланган. Ушбу ҳасталиклар ўз навбатида сут беи саратони касаллигини келтириб чиқариш учун асос бўлади. Сайраимизнинг статистик маълумоти 1000 нафар аёлга 2 га тенг бўлса, тадқиқотимиз натижаси эса хавфли ўсмага гумон ҳолатлари 11 (0,98 %) ни кўрсатди (хавфли ўсмалар цитологик текширув ва аспирацион биопсия йўли билан тасдиқланди). Фарғона водийси аҳолиси орасида Минц касаллиги, тугунли мастопатия каби саратонли касалликлари миқдори Республикамиз ўртача статистикасига нисбатан юқори бўлганлиги учун сут беи хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичларини кўтарилишига олиб келади. Бу ҳолат водий аҳолиси Республиканинг бошқа ҳудудларига нисбатан зичлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Муҳокама. Мастопатиянинг турли шаклларида органнинг анатомик ўзгариши турлича бўлади, аммо барча ҳолатларда ўзаро кесишувчи ва атроф тўқималарга яққол чегарасиз ўтувчи фиброз тортмалар бўлади. Бириктирувчи тўқиманинг сут беи бўйлаб ёйилиши, атрофик бўлакчалар ва майда кисталар пайдо бўлиши касалликнинг умумий белгиси ҳисобланади. Тугунли мастопатиянинг кўриниши тугунли ҳосила каби эмас. Улар ўзаро аниқ

1 жадвал.

Сут безларини ультратовуш текширувининг ҳулосалари.

№	Ташхис	Текширилганлар
1	Соғломлар	535 (49,7%)
2	Фиброз-кистоз мастопатияси	163(14,6%)
3	Фиброзли мастопатияси	140(12,5%)
4	Тугунли мастопатияси	64(5,7%)
5	Липома	12(1,07%)
6	Аденоз	8(0,71%)
7	Диффуз мастопатия	30(2,68%)
8	Кўкрак сут беи кистаси	95(8,51%)
9	Лимфоаденопатия	26(2,32%)
10	Неоплазмага шубҳа МЖ	11(0,98%)
11	Минц касаллиги	13(1,16%)
12	Фиброаденома	13(1,16%)
13	Галактоцеле	2(0,17%)
14	Фиброз-тугунли мастопатия	3(0,26%)
15	Атерома	1(0,089%)
Жами		1116(100%)

чегара, гомоген эхотузилиш ва тугун атрофидаги тўқима деформацияси билан бир биридан фарқланади. Допплерографияда томирлар чизиксимон йўналишга эга, қон томир суръати кучайиш белгилари йўқ. Сифатли эластографияда ўсманинг қаттиқлик картограммаси атроф тўқималарга аналогик тарзда яшил ва қизил-яшил палитра кўринишида бўлди [3].

Кисталар анэхоген бир ҳил турдаги думалоқ ёки овоид шаклдаги, текис яққол чегарага эга, ичидаги суюқликнинг акси бўлмаслиги, латерал акустик соялар ва сигналнинг дорсал кучайиши билан бўлган тасвирга эга. Васкуляризация аниқланмайди.

Олинган маълумотларни тартибга солиш учун сут безлари УТТ ўтказилганда тизими бўйича градациялардан BI-RADS фойдаланилди. Маълум бир беморлар учун режалаштирилган тактика 1 йилда бир маротаба динамик текширувдан ўтиш (патология аниқланмаган ҳолатларда – 1 категория), ҳамда патологик жараёни гистологик ва иммуногистологик хусусиятларини морфологик тасдиқлашгача бўлган тактикалар ўтказилди. Яққол саратон белгилари бўлган беморлар 5 категория деб баҳоланди [3].

1 категория. Сут безида патологик ўзгаришлар аниқланмаган беморлар (соғлом аёллар) ушбу гуруҳга киритилди. Бир йилда бир маротаба назоратда кўрув тавсия қилинди.

2 категория. Хавфсиз ўсмалар (оддий кисталар, липомалар, атеромалар, фиброаденомалар, стабил олеогранулемалар, зарарланиш ва транспозиция белгилари бўлмаган сут беzi имплантлари) аниқланган беморлар ушбу гуруҳга киритилди ва ҳар 6-12 ойда назорат текширув тавсия қилинди.

3 категория. Хавфсиз ўсмаларнинг саратонга гумони 2 % дан кўп бўлмаган ҳолатлар (интра – ва перитуморал қон айланиши кучаймаган бирламчи фиброаденомалар, олеогранулемалар, кальцинатлар бўлмаган тугунли гиперплазия ҳудудлари, маститнинг шиш-инфильтратив турлари, сут беzi абсцесслари, яллиғланган кисталар) юқоридаги гуруҳга мансуб. Назорат кўрув консерватив даводан 3 ойдан кейин ўтказилади. Агар 3 ойдан кейинги текширувда манфий динамика аниқланса бу ҳолат 4 категория, агар даво самара қилса 2 категория деб баҳоланади [3].

Сут безидаги патологик ўзгариш 3 дан 94% гача хавфли ўсмага гумон бўлган ҳолатлар (3 см дан катта бўлган фиброаденомалар, баргсимон фиброаденомалар, 6 ойлик динамикада ўлчами 5 ммга катталашган фиброаденомалар, қон айланиши кучайган, нотекис чегарали, орқа контурлари ёрқин визуализацияси бўлмаган ёки таркибида кальцинатлар бўлган фиброаденомалар; ўз ичида солид ҳосилалар сақлаган атипик кисталар, каналичи папилломалар, ўтказилган давога ижобий динамика кузатилмаган маститнинг шиш-инфильтратив ва бошқа турлари, кальцинатлар мавжуд бўлган тугунли гиперплазияли ўчоқлар) 4 категорияга киритилди. Юқорида айтиб ўтилган патологик жараёнлар аниқланса, беморга морфологик тасдиқлаш мақсадида тери орқали пункцион ёки трепан биопсия амалиёти ўтказилиши лозим [3].

СБС яққол белгилари аниқланган 5 категорияга киритилди.

Юқорида таъкидланган BI-RADS тизими бўйича градацияларни этиборга олган ҳолда УТТ мутахассислари барча мезонларни инобатга олган ҳолда бемор категориясига В-режим, РДГ, ЭДГ, эластографиялар қўлланилиб аниқлик киритдилар. Амалиётчилар олинган ультратовушли хулосаларга асосланиб ўз даволаш тактикасини режалаштирди [3].

1116 нафар аёлдан 500 нафарида В-0 ёшга хос ўзгаришлар, 35 нафарида В-1 ёғли инволюция, 98 нафарида В-2 киста ва фиброаденомалар, 10 тасида В-3 атипик кисталар, 13 тасида В-4 каналичи папилломалар ва 11 нафарида В-4ВС ва 1 та В-5 аниқланди. Шу ўринда 202 аёлдан 60 тасида (29.7%) 2 категория аниқланиб, 6 ойдан кейин қайта кўрув тавсия қилинган бўлса, 65 нафарида (32,2 %) 3 категория аниқланди. Буларга консерватив даво ва 3 ойдан кейин қайта мурожаат қилиш тавсия қилинди. 6 нафар аёлга (3%) 4 категория ва 8 нафарига (4%) 5 категория ўрнатилди.

4,5 категориядаги ўчоқли патология аниқланган беморларнинг барчаси ингичка игнали пункция натижаларини морфологик тасдиқланиши асосида ўрнатилган. СБС ташҳиси гистологик хулосага асосланган ҳолда ўтказилган хирургик даводан кейин морфологик тас-

ликланган.

СБС билан касалланганларнинг 1 тасида (12,5 %) касаллик цитологик тасдиқланмаган, ўтказилган хирургик даво препарати қайта кўрилганда ташҳис ўз исботини топган. 1 нафар беморда ультратовушли текширувда фиброаденома ташҳиси қўйилган ва оператив даво ўтказилган. Препарат текширилганда фиброаденома, малигнизация белгилари билан ташҳиси цитологик ва гистологик тасдиқланган.

Хулоса. Шундай қилиб, СБС касаллигини ташҳислашда эластография режимини ўз ичига олган комплекс УТ текширув юқори информативлиги билан ажралиб туради. Бу усул сезувчанлиги 97,6%, спецификлиги 86 %, аниқлик кўрсаткичи эса 96,3 % ни ташкил қилди. BI-RADS тизими градациясини қўлланиши динамик текширувлар тактикасини умумлаштириш ва сут безининг турли патологияларида беморни олиб боришни режалаштиришда ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Заболотская Н.В., Заболотский В.С. Комплексное ультразвуковое исследование молочных желез // Sono-aceinternational. — 2000. — №6. — С. 86–92.
2. Комарова О.Е. Маммографический скрининг: роль в снижении смертности от рака молочной железы // Маммология. — 2006. — №3. — С. 5–10.
3. Кит О.И. Максимова Н.А. Дурицкий М.Н. Арзамасцева М.А. Ильченко М.Г. //Роль ультразвукового исследования на этапах скрининга при проведении дней профилактики онкологических заболеваний молочных желез.//Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2 (часть 1)
4. Л.И. Кухарева, В.И. Невожай. Роль ультразвукового исследования в диагностике рака молочной железы// PacificMedicalJournal, 2005, No. 4, p. 33–34.
5. D.Z. Mamarasulova, Z. Ergasheva. Tumor markers in the diagnosis and monitoring of breast cancer (BC) Journal Article published Feb 2017 in European Journal of Cancer volume 72 on page S87.
6. Рассказова, Е. А., & Рожкова, Н. И. (2015). Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы. Исследования и Практика в Медицине, 1(1), 45. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2014-1-45-51>
7. Семиглазов, В. Ф., & Семиглазов, В. В. (2010). Скрининг рака молочной железы. Практическая Онкология, 11(2), 60–65.
8. Трофимова Е.Ю. Комплексная ультразвуковая диагностика заболеваний молочной железы: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2000. — 39 с.
9. Т.К.Худайкулов., А.Т. Худайкулов., Т.М. Палванов. Осведомленность о раке молочной железы, предупреждающих симптомах и эффективных методах скрининга среди женщин Хорезмской области Узбекистана //Поволжский онкологический вестник-2015.-№3 —с 49-55.
10. Щенникова Т.И. Роль скрининговых программ в ранней диагностике рака молочной железы// Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2013. Volume 3. Issue 12
11. Irwig L., Houssami N., van Vliet C. New technologies in screening for breast cancer: a systematic review of their accuracy // Breast Cancer. — 2004. — Vol. 90. — №11. — P. 1–5.
12. Caiazzo L., Assentato F., Girolami G. 3D vascularization of breast nodules // Ultrasound in Med. and Biol. — 2000. — Vol. 26. — №4. — P. 13–21.