

**ЙЎҒОН ВА ТЎҒРИ ИЧАК ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ АНДИЖОН
ВИЛОЯТИДАГИ ҲОЛАТ ВА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ****Д. З. Мамарасулова, З. Н. Исаев, Б. Х. Маткаримов, Д. М. Турсунов**

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Ключевые слова: толстая кишка, прямая кишка, опухолевые процессы.**Key words:** colon, rectum, tumor processes.**СОСТОЯНИЕ И СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ****Д. З. Мамарасулова, З. Н. Исаев, Б. Х. Маткаримов, Д. М. Турсунов**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**THE SITUATION AND MODERN APPROACH IN THE STUDY OF COLON AND RECTUM
TUMOR DISEASES IN ANDIJAN REGION****D. Z. Mamarasulova, Z. N. Isayev, B. H. Matkarimov, D. M. Tursunov**

Andijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Охирги ўн йилликда дунёнинг жуда кўп мамлакатларида ва шу жумладан Ўзбекистонда ҳам тўғри ичак саратони билан касалланиш ортиб бормоқда. Ҳар йили 100000 аҳолидан 50 та янги колоректал саратон кузатилмоқда ва аҳолининг 5% қатлами умри давомида тўғри ичак саратони билан касалланмоқда [1, 2, 3, 4]. Бутун дунё бўйича йилига 600 мингга яқин колоректал саратон аниқланади ва уларнинг ярмидан кўпи шу йилнинг ўзида вафот этади [5, 6]. Тўғри ичак саратони барча ёмон сифатли ўсма касалликларини 5% - 6% ни, ҳазм тизими ёмон сифатли ўсма касалликларини 40-45 % ни ташкил қилади [7, 8, 9]. Ҳар йили бутун дунё бўйича 600 мингдан ортиқ колоректал саратон ташҳиси қўйилади, улардан 60%и ривожланган мамлакатларга 40%и эса қолган мамлакатларга тўғри келади [3, 9, 10, 11, 39]. Тўғри ичак саратони хавф омилларига 55 ёшдан катталар ва асосан 70-75 ёш тўғри келади [3, 4, 12] ва шундан 80-85% қуйи III-IV босқичда аниқланади ва уларнинг ярмидан кўпи бир йил мобайнида вафот этади [13, 14]. Касаллик дунёнинг иқтисодий ривожланган мамлакатларида (АҚШ, Канада, Япония) кўп учрайди. Ҳиндистон, Хитой, Вьетнам давлатларида нисбатан кам учрайди [9]. Ушбу хасталик иқтисодий ривожланган мамлакатларда ривожланмаган мамлакатларга қараганда қариб 10 маротаба кўпроқ учрайди [8].

Ўзбекистонда тўғри ичак саратони билан, РОИМ маълумотларига кўра касалланиш 41 -50 ёшда 18,4%ни, 51-60 ёшда 24,4% ни, 61-70 ёшда 18,5% ни, 70 ёшдан кейин 38,7% ни ташкил қилади.

Тўғри ичак саратонини химиотерапия, радиотерапия, хирургик даволаш, комбинациялашган ва комплекс даво усуллари мавжуд бўлиб бу усуллар самарадорлиги даволанган беморнинг қанча вақт рецидивсиз яшашига қараб баҳоланади. III босқичда жарроҳлик усули билан даволаш фақат 20.2 % дан 31.5 % гача ҳолларда бемор ҳаётини 5 йилдан кўпроққа узайтиради. Даволаниш самарадорлигини ошириш мақсадида ташҳисдан олдинги радиотерапия муолажалари ўтказиш йўлга қўйилганлигига қарамадан илмий адабиётларда тўғри ичак саратонини III босқичда гистологик тузилишига кўра ташрихдан олдин (неoadъювант) ўтказиладиган нур + химиотерапия ҳақидаги илмий маълумотлар биз ўрганган илмий адабиётлар руйхатида кам учради.

Юқорида келтирилган маълумотлар таҳлили тўғри ичак саратони ташҳиси, даволаш масалаларини нақадар долзарблиги, ечимини кутаётган муаммоларни ҳал қилиш заруратини кўрсатиб турибди.

Кейинги йилларда бутун дунёдаги мамлакатларда овқат ҳазм қилиш системаси ўсма касалликларини аниқлаш ва даволашида бир қанча муваффақиятларга эришилганига қарамай бу касалликлар билан оғрувчанлик ва ўлим кўрсаткичлари юқорилигича қолмоқда [15, 16].

В.М. Мерабишвили маълумотларига қараганда сўнгги 20 йил ичида тўғри ичак саратони 3,5 маротиба ортди [16, 17]. Шунинг учун ҳам ҳозирги замон клиник тиббиётида онкопр-октология муаммолари ичида тўғри ичак саратони муаммоси долзарблигича қолмоқда.

В.И. Чиссов ва М.И. Давыдовларни адабиётларида келтирган маълумотларга кўра тўғри ичак саратони билан касалланиш дунёнинг иқтисодий ривожланган мамлакатлари, шу жумладан Россия федерациясида кескин ортиб кетиши кузатилмоқда [9, 13, 16].

Худди шу адабиётда келтирилишича ҳар йили бутун дунё бўйича янги 800000 та янги “йўғон ичак саратони” ташҳиси қўйилади ва унинг 65% дан ортиги тўғри ичак саратонига тўғри келади [9, 13].

Бутун дунё бўйича йилига 50 та янги колоректал саратон ҳар 100000 аҳолида кузатил-моқда ва аҳолининг ҳар 20 тасидан биттаси умри давомида тўғри ичак саратони билан ка-салланмоқда [1, 2, 3, 4, 7, 17]. Сайёрамизда йилига 600 мингга яқин колоректал саратон аниқланади ва уларнинг 350 мингдан (ярмидан кўпи) кўпи шу йилнинг ўзида вафот этади [5, 6, 9].

Охирги 20 йил ичида тўғри ичак саратони Россия федерациясида еттинчи ўриндан бешинчи ўринга кўтарилгани аниқланганлиги бу касаллик билан касалланишни кескин ортиб бораётганлигидан далолат беради. Касаллик ўпка саратони, ошқозон саратони ва кўксаратон беи саратонидан кейинги ўринда туради [9].

Тўғри ичак саратони барча ёмон сифатли ўсма касалликларини 5% - 6% ни, ҳазм тизи-ми ёмон сифатли ўсма касалликларини 40-45% ни ташкил қилади [7, 8, 9].

Сайёрамизда айни пайтда 3,5 млн колоректал саратон ташҳиси билан беморлар бўлиб улардан 60% и ривожланган мамлакатларга 40% и эса қолган мамлакатларга тўғри келади [3, 10, 11, 13].

Тўғри ичак саратони хавф омилларига 55 ёшдан катталар ва асосан 70-75 ёш тўғри ке-лади ва шулардан 80-85% қуйи III - IV босқичда аниқланади ҳамда уларнинг ярмидан кўпи бир йил мобайнида вафот этади [3, 4, 12, 13, 14].

Тўғри ичак саратони дунёнинг иқтисодий ривожланган мамлакатлари АҚШ, Канада, Япония, Австралия, Янги Зеландия, шимолий Америка, шимолий ва шарқий европа мама-лакатларида максимал кўрсаткичларда, жанубий ва ғарбий Европа мамлакатларида нисба-тан юкори кўрсаткичларда, жанубий Америка мамлакатларида нисбатан кам кўрсаткичлар-да ва Африка ҳамда Осий қитъаси мамлакатларида (Исроил, Саудия Арабистони, Ҳин-дистон, Хитой, Вьетнам) кам учрайди (Япония мамлаки бундан мустасно). Ривожланмаган давлатларда (Ҳиндистон, Хитой, Вьетнам) ривожланган давлатларга (АҚШ, Канада, Япо-ния, Янги Зеландия) нисбатан 20 маротиба кам учрайди Ушбу хасталик иқтисодий риво-жланган мамлакатларда ривожланмаган мамлакатларга қараганда қариб 10 маротаба кўпроқ учрайди [8, 9, 16, 17].

Америка Қўшма Штатларида тўғри ичак саратони барча ёмон сифатли ўсма касал-ликлари ичида эркакларда ҳам аёлларда ҳам 3 - чи ўринда туради, ўлим кўрсаткичи бўйича эса 2 - чи ўринда туради (ўпка саратонидан кейин). Шаҳар аҳолисига қараганда қишлоқда яшайдиган аҳоли қатлами камроқ касалланиши кўплаб адабиётларда баён қилинган [9, 16, 18].

Охирги 20 йил давомида Россия федерациясида тўғри ичак саратони билан касалла-ниш ва ўлим кўрсаткичлари бутун дунёдаги ривожланган мамлакатлар қаторида ортиб бо-ряпти [9, 16]. XX асрнинг охирги 10 йиллигида Россия федерациясида тўғри ичак саратони билан касалланиш эркакларда ҳар 100000 аҳолидан 10,5 дан 12,2 га, аёлларда эса ҳар 100000 аҳолига 7,6 дан 8, 1 гача ортди [16]. 2005 йили Россия федерациясида 53000 бирламчи тўғри ичак саратони билан оғриган беморлар рўйхатга олинди ва бу кўрсаткич барча ўсма касал-ликлари ичида 4 - чи ўринни эгаллади. [9, 16].

Аксель Е.М., Горбачева И.А. ларни аниқлаган маълумотларига кўра Россияда ҳар йили 40 мингта янги бирламчи “тўғри ичак саратони” рўйхатга олинади [14].

Романчишин А.Ф., Жаринов Г.М.ларни келтирган маълумотларига кўра организмда учрайдиган барча онкологик хасталикларнинг 3 – 9% ни, йўғон ичакнинг 70 – 80% ни тўғри ичак саратони ташкил қилади ва охириги 10 йилда шу қадар касалланиш ортиб кеттики, Россияда ҳар 100000 аҳолига 15 – 18 тагача тўғри келмоқда ҳамда эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ касалланади [16].

Г.И. Воробьев ва бошқа мутахассисларни маълумотларига кўра тўғри ичак саратонида радикал жарроҳлик амалиётидан кейинги 5 йиллик яшовчанлик касалликнинг I – II босқичда 70 – 80%, III – IV босқичда 20 – 30% ни ташкил қилади [17].

Ўзбекистонда тўғри ичак билан касалланиш барча ёмон сифатли ўсма касалликлари ичида 7 – чи ўринда туради. Эркаклар ва аёлларда деярли бир хил учрайди. 2008 йили бутун республика бўйича 578 та бирламчи тўғри ичак саратони рўйхатга олинган бўлса, 2009 йили 556 та бирламчи бемор рўйхатга олинган [18].

Андижон вилоятида тўғри ичак билан касалланиш ҳар 100000 аҳолига 2,0-2,8 га тўғри келади ва касалликнинг асосий қисми 50 ёшдан ўтган беморларга тўғри келади. 2010 йили 2000 йилга нисбатан касалланиш қарийб 1,5 маротиба ортганлиги кузатилди.

Андижон вилояти онкология диспансерида 2000 – 2010 йиллар мобайнида жами 698 та бирламчи тўғри ичак саратони ташҳиси қўйилган бўлса шулардан 12 та (1,7%) беморда I – босқичда, 48 та (6,8%) беморда II – босқичда, 417 та (59,7%) беморларда III – босқичда ва 221 та (31,6%) беморларга IV – босқичда аниқланган.

Олиб борилган текширишлар натижасида тўғри ичак саратонини ташҳисоти ва даволаш усулларини танлаш ҳар бир бемор учун индивидуал тарзда олиб борилиши зарурлигини, бундан ташқари беморнинг ҳамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда қўшимча даво муолажалари тайинлашни зарур экани исботланди.

Биз муаллифлар ўйлаймизки, ушбу қўлланмадан сиз азиз ўқувчи албатта бирор бир янгилик оласиз ва келажакдаги машаққатли меҳнатингизда сизга яқиндан ёрдам беради – деб умид қилиб қоламиз.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдужаппаров С.Б., Акбаров Э.Т., Ким Л.В., Хакимов А.В., Бабакулов Х.Б., Тулаев А.Р. Непосредственные результаты гипоксирadiотерапии в комбинированном лечении больных раком прямой кишки// Сборник трудов VII научно практической конференции радиологов, Узбекистана «Современные методы медицинской визуализации и интервенционной радиологии» 11-12 июня-ташкент2008, -С-5.
2. Аксель Е.М., Бармина И.М., Колоректальный рак(заболеваемость, смертность, социально экономический ущерб) Рос.онк. журн.-2006-№6.-С.40-46.
3. Бахрамов С.М., Фарманкулов Х.К., Атаджанова З.А. Анемии; Под ред. А.А. Фазылова. Ташкент: Изд – во им. Абу Али ибн Сины, 2010. – С. 26.
4. Башеев В.Х., Золотухин С.Э., Псарас Г.Г. Паллиативные резекции прямой кишки по поводу местнораспространенного рака// Онкология 2012: Тез. II съезда онкологов стран СНГ. Киев, 2012. Т. 22.- С. 705.
5. Бережной В.В., Данильченко С.А. Предоперационная лучевая терапия на фоне эндолимфатического введения 5-фторурацила в комплексном лечении больных раком прямой кишки// Онкология 2000: Тез. II съезда онкологов стран СНГ. Киев, 2000. Т. 22.- С. 709.
6. Бондарь Г.В., Кайряк О.В., Лисовская Н.Ю. Определение индивидуальности к 5-фторурацилу у больных злокачественными опухолями различных локализации //Антибиотики и химиотерапия.-2009.-№2.- С. 25-28.
7. Холдин С.А. Новообразования прямой и сигмовидной кишок.- М., Медицина, 1977.
8. Allal A, Mermillod B, Roth A, Marti MC, Kurtz J. The impact of treatment factors on local control in T2 - T3 anal carcinomas treated by radiotherapy with or without chemotherapy. Cancer, 2012; 79: 2329-35.

9. Allal A., Mermillod B., Roth A. The impact of treatment factors on local control in T2 - T3 anal carcinomas treated by radiotherapy with or without chemotherapy //Cancer.- 2007.-Vol.79. - P.2329-2335.
10. Amano M., Sekimoto M., Monden T. Selective augmentations of intratumoral 5-fluorouracil concentration by local immunotherapy with OK-432 and fibrinogen// Dis.Colon Rectum. - 2000. - Vol.43, №3.-P.402-407
11. Bedrosian I., Rodriguez-Bigas M.A., Feig B. Predicting the node-negative mesorectum after preoperative chemoradiation for locally advanced rectal carcinoma// J. Gastrointest. Surg. —2004. - Vol.8.-№1.- P.56-63.
12. Blijham G., Wagener Th., Wils J. Modulation of high-dose infusional fluorouracil by low dose methotrexate in patient with advanced or metastatic colorectal cancer: final results of randomized European Organization for Research and Treatment of Cancer Study// J. Clin. Oncol. - 2006.-Vol.14.-P.2266-2273.
13. Blumberg D., Ramanathan R.K. Treatment of colon and rectal cancer// J. Clin. Gastroenterol.-2002. -Vol.34, №1. - P.15-26.
14. Coco C., Valentini V., Cogliandolo S. Surgery and radiotherapy in rectal cancer: indications for anal sphincter conservation// Ann. Italiani di Chirurgia.- 2011.- Vol. 72, №5.- P.611-617.
15. Flam M. Role of mitomycin in combination with fluoruracil and radiotherapy and on salvage chemoradiation in the definitive non-surgical treatment of epidermoid carcinoma of the anal canal: results of the phase III randomized intergroup study. Journal of the Clinical Oncology, 2016; 14:2527-39.
16. Fushhuber PR, Rodrigues-Bigas M, Webert Patrelli NJ. Anal canal and perianal epidermoid cancer. Journal of the American College of Surgeons, 2012; 185: 494-501.
17. Gerard F, Drouet E, Matuszezak M, Denoyel G, Grimaud JA, Gerard JP. Presence d'AND de papilloma virus humain dans les cancers du canal anal. Lyon Chirurgie, 2011; 87: 88-90.
18. Myerson RJ, Karnell LH, Nenck HR. The national cancer database report on carcinoma of the anus. Cancer, 1997; 80: 805-15.
19. Palefsky JM, Holly EA, Gonzales J. Detection of human papilloma virus DNA in anal intraepithelial neoplasia and anal cancer. Cancer Research, 2010; 51: 1014-19.
20. Peters RK, Mack TM. Patterns of anal carcinoma by gender and marital status in LA County. British Journal of cancer.2003; 48:629-36.