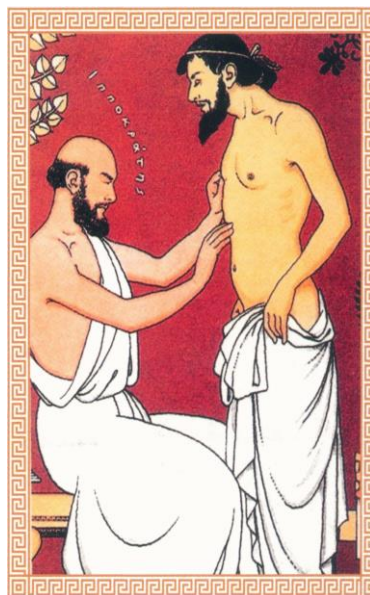


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ТЕРИ ЎСМАЛАРИ

**(Тиббиёт олий таълим муассасалари талабалари, магистратура талабалари ва
клиник ординаторлари учун ўқув қўлланма)**



Андижон – 2023 й.

УДК: 616-006

Хамидов Ф.Ш. Тери ўсмалари. Ўқув қўлланма. АДТИ нашриёти. Андижон. 2023. 126 б.

Тузувчи:

Андижон давлат тиббиёт институти «Дерматовенерология» кафедраси катта ўқитувчиси, тиббиёт фанлари номзоди Хамидов Фаррухбек Шаввазович.

Такризчилар:

- 1. Пакирдинов А.Б.** – ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги Андижон давлат тиббиёт институти Дерматовенерология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори.
- 2. Мамарасулова Д.Т.** - ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги Андижон давлат тиббиёт институти Онкология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори.
- 3. Рахматов О.Б.** - ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтининг Дерматовенерология ва болалар дерматовенерологияси кафедраси мудири, т.ф.н., доцент

Ўқув қўлланма Андижон давлат тиббиёт институти марказий услубий ҳайъатининг 2023 йилдаги “21” февралдаги 2 – сонли йиғилишида кўриб чиқилиб, муҳокама қилинди ва тасдиқланди.

Ўқув қўлланма Андижон давлат тиббиёт институти Кенгашини 2023 йилдаги “22” февралдаги 2 – сонли йиғилишида тасдиқланган.

Кенгаш котибаси, доцент:

Н.А. Насриддинова

Ўқув қўлланма тиббиёт институтларида дерматовенерология фанини ўқитиш дастури асосида 4-курс даволаш факультети ва магистратуранинг дерматовенерология мутахассислиги йўналиши талабалари учун тузилган. Ўқув қўлланма ЎзР ССВ фан ва ўқув юртлари Бош бошқармаси тавсияларига биноан тузилган. Ўқув қўлланмада терини ўсма касалликлари ҳақидаги маълумотлар келтирилган, кўргазмали материаллар, тест ва вазиятга оид масалалар билан ёритилган. Мазкур ўқув қўлланма дерматовенерология фанини ўрганишда ёрдам беради, фанни ўрганишдаги барча талабларга амалий ёрдам кўрсатади.

Ушбу қўлланма Андижон давлат тиббиёт институтини Дерматовенерология кафедрасини мудири лавозимида узоқ йиллар муваффақиятли фаолият олиб борган, жонкуяр, Ўзбекистондаги, шунингдек, Фарғона водийсининг кўплаб дерматологларини устози бўлган, тиббиёт фанлари доктори, профессор, кадрли отажоним **Хамидов Шавваз Ахмедовичга** бағишланади.

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "23" fevraldagi
"91-Sh"—sonli buyrug'iga asosan

Ф.Ш.Хамидов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Даволаш иши -5510100

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

Тери ўсмалари
nomli o'quv qo'llanmasi

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor

(imzo)

M.M. Madazimov

Ro'yxatga olish raqami:



100106



ТЕРИ ЎСМАЛАРИ

Ўсмаларнинг ва тери ривожланиши натижасида келиб чиққан нуқсонларнинг нозологик шакллари кўплиги, уларнинг тузилиши ва дифференцировкасини қийинлиги бу касалликларни тизимлашишида муаммолар келтириб чиқаради.

Ҳар бир нозологик шаклнинг кўп сонли синонимларга (баъзан 10 тача ва ундан ортиқ) эга эканлиги, муаллифларнинг гистогенезга, морфологик тузилишининг ўзига хос томонларига, ўсманинг ўсишини характери ва бошқаларга (б.) тайянган фикрларга боғлиқлиги, тизимлашишга қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Масалан, “Брукнинг аденоид-кистозли эпителиомаси” - трихоэпителиоманинг синоними ҳисобланади, аммо баъзи бир классификацияларда эса у алоҳида нозологик касаллик ҳисобланади.

Ўсмаларни номланиши элементларнинг анатомо-гистологик структурасининг ўзига хослиги, уларда кечаётган дифференцировкаси ва ўсмали жараённинг ўсиш характерига асосланган ҳолда, **“ома”** суффикси қўшилишидан ҳосил бўлади. Масалан, сирингоаденома – тери безларининг чиқарув йўллариининг ўсмаси бўлиб, аденоматоз ўсиш турига эга.

Баъзан, муаллифлар ўсмаларни номлашда уларни тузилишининг бирон бир компонентига асосланиб касалликни номлашади: масалан, микрокистоз аденокарцинома (син. ёмон сифатли сирингома); ёки клиник кўринишларининг ўзига хослигига асосланиб – бўртиб турувчи (выбухающая) дерматофибросаркома.

Замонавий классификацияларда ўзини номларидан қочишлар ҳам кузатилади, масалан, соч фолликуласининг матрикси хужайрасидан келиб чиққан ўсма пиломатрикома (Ackerman B. et al., Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1990) деб аталади, эски классификацияларда эса “Малербани некротик эпителиома”си деб аталган (Апатенко А.К., 1973).

“Эпителиома” термини доимо бир хил маънони англатмайди. Маълумки, “эпителиома” тўғридан тўғри тушунилганда эпителий тўқимасидан келиб чиққан ўсма маъносини беради. Аммо баъзи муаллифлар бу сўзга турли хил маъно берадилар. Н.Монтгомери (1967) нинг таъкидлашича, америка адабиётида **“эпителиома”** термини дейилганда **яхши сифатли эпителиал ўсма** тушунилади, **ёмон сифатли метастазланувчи эпителиал ўсмаларни эса карцинома** деб

аталади. Немис муаллифлари эса “эпителиома” термини билан ҳам *яхши сифатли*, ҳам *ёмон сифатли эпителиал ўсмаларни*, французлар эса фақатгина *ёмон сифатли эпителиал ўсмаларни* аташган (Civatte J., 1967).

Рус олимлари (Глазунов М.Ф., 1947; Головин Д.И., 1958; Апатенко А.К., 1973; Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., 1999) *яхши сифатли эпителиал ўсмаларни* эпителиома деб, *ёмон сифатлиларини* эса “рак”, “карцинома” деб номлашган.

“Папиллома” термини рус ва чет эл адабиётида кенг тарқалган бўлиб, А.К.Апатенкони (1973) фикрича папиллома деганда эпидермисдаги, эпителийдаги сўрғичсимон ўсимталарини тушуниш лозим.

Терини эпителиал ўсмалари бор бўлиб, улар *яхши сифатли ўсмалар билан ёмон сифатли ўсмалар* оралигидаги ҳолатни эгаллайди. Бу ўсмаларга маҳаллий-емириб ўсиш хос бўлиб, метастазлар бермайдилар, аммо жойлашган жойига қараб (кўз бурчаги, бош суяги ва б.) летал натижага олиб келиши мумкин. Бундай ўсмаларга базалиома (базал-хужайрали рак), Дарье-Ферранони бўртиб турувчи (выбухающую) дерматофибросаркомаси.

Эпителийнинг безларидан ривожланадиган яхши сифатли ўсмалар аденомалар деб аталади. Мезенхимадан ривожланган ёмон сифатли ўсмалар “саркома”, ёмон сифатли меланоцитар ўсмалар эса – “меланомалар” деб аталади.

Демак, тери ўсмаларини терминологиясига ва тизимланишига таълуқли мунозарали саволлар бўлишига қарамай, уларнинг барчаси клиник ва биологик хусусиятларига қараб, маҳаллий-емириб ўсишига эътибор бериб, ўсмалар *яхши сифатли ўсмалар билан ёмон сифатли ўсмаларга* бўлинади. Тери ўсмаларига бундай ёндашиш тери ўсмаларини Ҳалқаро гистологик классификациясини тасдиқланишига ва бутун дунё олимлари томонидан тан олинishiга олиб келди.

Этиопатогенетик принциплар асосида тузилган касалликлар классификацияси, бу ўсма касалликларига ҳам таълуқли, тўғри асосли классификация ҳисобланади. Афсуски тери ўсмаларининг сабаблари ва патогенези ҳозиргача номаълумлигича қолмоқда. Ўсмаларнинг классификацияси асосида, чет элларда ва Ўзбекистонда, гистогенетик ва гистологик ёндашиш устивордир. Тери ўсмалари бўйича замонавий классификацияларда (А.П.Шанин, 1969; А.К.Апатенко, 1973; С.М.Паршикова, 1979; Н.Ринкус, 1979; W.F.Lever., G.Schaumburg-Lever, 1983) ўсмалар қайси тўқимадан

ҳосил бўлганига қараб номланишга асосланган, бунга асосан эпителиал, бириктирувчи тўқималар, томирлар, мускуллар, тери ости клетчаткаси, тери нервлари, пигментли ва метастатик ўсмалари фарқ қилинади.

Ҳар бир классификация ўсманинг клинико-морфологик хусусиятигага кўра гистологик асосга эгадир. Буни тушунса бўлади, чунки кескин фарқ килувчи клиник патогномоник белгилар билан чегараланган тери ўсмалари ҳисобланади. Охирги баҳони эса гистогенетик ва ўсма ўсиши характери беради ва фақат гистологик текшириш натижасида тасдиқланиши мумкин.

Тери ўсмалари гистологик тузилишини ва клиник ўзига хослиги бўйича битта классификацияда кўрсатиб ўтиш мумкин эмас.

Апатенконинг (1973) эпителиал ўсмалар ва тери ўсиши нуқсонлари классификацияси, муаллифнинг таърифлашича клинико-морфологик бўлса ҳам, ўзи морфологикдир, чунки ҳар бир нозологик шаклга тасниф берилганда гистогенетик ёндашиш кузатилади.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

Терининг ўсмалари дерматологик патологиянинг тузилмасида етакчи ўринлардан бири эгаллаган. Тери ўсма жараёнларида турлича иштирок этади. Учта асосий шаклларни ажратиб кўрсатиш мумкин:

- Терини турли тўқималари бирламчи ўсмали ўсишнинг манбалари бўлиши мумкин (эпителиал, томирли, бириктирувчи тўқима, мускуллар ва терини бошқа ўсмалари);
- Терига ички аъзоларни ўсмалари метастаз бериши мумкин (терини иккиламчи метастатик ўсмалари);
- Тери организмда мавжуд бўлган ёмон сифатли ўсмаларга ўсмасимон бўлмаган табиатли турлича ўзгаришлар билан жавоб бериши мумкин.

Агар терида метастазлар ва паранеопластик дерматозлар нисбатан кам учраса, терини ўсмалари, масалан, эпителиал ўсмалар ва терини нуқсонлари, уларни ривожланиши жуда кенглиги кузатилади. Уларни биринчи марта ҳар қандай, турли мутахассислик шифокорлари аниқлаши мумкин (беморни объектив кўрув жараёнида, профилактик кўрувларда, диспансеризацияда ва б.). Шунинг учун барча мутахассислик шифокорларини эътиборини энг кўп учрайдиган терини ўсма касалликларини жалб қилиш мутлақо зарур.

Онкологияда қўлланиладиган, кўп учрайдиган асосий тушунча ва терминлар мавжуд:

Терини нуқсонлари – организм аъзосини меъёрадаги тузилма компонентлари патологик аралашмасидан ташкил топган ва ҳаётнинг турли давларида намоён бўладиган ўсмасимон туғма хосила.

Ўсма – ортиқча, организмни бошқара олмайдиган тўқимани патологик ўсиши бўлиб, уни чақирувчи сабабчи омилни таъсири тўхтаса ҳам ўсиш давом этади. Ўсмалар яхши сифатли ва ёмон сифатли турларга ажратилади.

Терини яхши сифатли ўсмаси – экспансив ўсиш, тўқималар атипизми билан характерланади, метастазларни ва паранеопластик дерматозларни кузатилмаслиги билан ифодаланади.

Терини ёмон сифатли ўсмаси – экспансив ва инвазив (инфильтратив) ўсиш, тўқима ва хужайра атипизми билан характерланади, бунда метастазларга мойиллиги

ва паранеопластик дерматозлар пайдо бўлиши кузатилади. Ёмон сифатли ўсмалар эпителиал тўқимадан ҳосил бўлган бўлса рак (саратон) ёки карцинома, бириктирувчи тўқимадан пайдо бўлган бўлса – саркома, меланоцитларда ташкил топган бўлса – меланома деб аталади.

Терини эпителиал маҳаллий деструктив ўсмаси (базалиома) –инфильтратив ўсувчи, тўқима ва ҳужайра атипизми билан фарқ қилади, аммо одатда метастаз бермайди.

Интраэпидермал саратон (рак, cancer in situ) – эпителий ичидаги ўсиш (яхши сифатли ўсма сингари горизонтал ўсиш) ва уни ҳужайра элементларини етук эмаслиги (ёмон сифатли ўсма каби) билан характерланади.

ЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАР, ЎСМАСИМОН ЖАРОҲАТЛАР ВА ТЕРИ ЎСИШИ НУҚСОНЛАРИ

Жадвал 1. ЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАР ВА ТЕРИ ЎСИШИ НУҚСОНЛАРИ

Ўсиш манбаи	Ўсиш нуқсонлари	Ўсмалар		
		Яхши сифатли	Маҳаллий-емириб ўсувчи, рак олди, ички эпидермал рак	Ёмон сифатли
Эпидермис, унинг эмбрионал элементлари	Папилломатозли ўсиш нуқсони Комедонли невос Эпидермал киста	Папиллома Себореяли кератоз Кератоакантома Кистозли эпителиома Готтроннинг карциноидли тери папилломатози	Қариялар кератомаси Тери шохи Инфилтратив ўсиш белгили кистозли эпителиома Пигментли ксеродерма Бушке-Левенштейннинг гигант кондиломаси Юзаки базалиома Боуэн касаллиги Куёшли кератоз Радияцияли дерматит Бовеноидли папулёз Педжет касаллиги Кейра эритроплазияси Левандовский-Лутц веррициформ эпидермодисплазияси	Ясси хужайрали рак
Соч фолликуласи ва унинг эмбрионал куртаги	Соч фолликуласи ўсиши нуқсони Соч кистаси	Трихоаденома Трихоэпителиома Трихофолликуллома Фолликуляр кератома Пиломатрикома Пилоидли дифференцировка ли цилиндрома	Пилоидли дифференцировка ли базалиома	Ёмон сифатли пиломатрикома
Ёғ беи ва унинг эмбрионал куртаги	Ёғ безларининг ўсиши нуқсони Фордайс касаллиги	Ёғ беи аденомаси	Ёғли дифференцировка ли базалиома	Ёғ безлари раки

Эккрин ва апокрин ёғ безлари ва уларнинг эмбрионал куртаги	Эккрин ва апокрин ёғ безларининг ўсиш нуқсони Сирингома	Эккрин парома Сирингоаденома Сирингоэпителиома Эккрин спироаденома	Безли диффернецировка ли базалиома (аденоидли базалиома)	Тер безларининг бирламчи раки Аденокистозли карцинома: Муцинозли Дуктал Микрокистозли Яхши сифатли ўсмаларнинг ёмон сифатли ўхшаши (аналоги) Классификация қилинмайдиганлари
Эпидермис (дермани ҳам) элементлари, тери ҳосилалари комбинацияси ва уларнинг эмбрионал куртаги	Эпидермиснинг ўсиши мураккаб тузилиши нуқсони пилосебореяли комплекс, тер беzi, фибропапилломатозли ўсиш нуқсони Прингл касаллиги Дермоидли киста	Терининг ҳосилалари ҳар хил дифференциацияли мураккаб тузилишга эга бўлган эпителиома ва аденомалари Фибропапиллома Десмопластик трихоэпителиома Безли ва кистозли дифференциацияли цилиндрома	Мураккаб тузилишли ҳар хил дифференциацияли базалиомалар Фиброэпителиома туридаги базалиома	Метатипик рак Тери ҳосилаларининг мураккаб тузилишли дифференциацияли раки

ТЕРИ ЎСИШИ НУҚСОНЛАРИ

ПАПИЛЛОМАТОЗЛИ ЎСИШ НУҚСОНИ

Синонимлари: *ихтиозиформ, гиперкератотик, сўгалсимон, қаттиқ, бир томонлама, чизиксимон невуслар, naevus papillomatosus.*

Бутун жаҳон Соғлиқни сақлаш бошқармасининг (ВОЗ, 1980) тери ўсмаларининг гистологик классификациясида папилломатозли ўсиш нуқсони гамартомаларга киритилган, чунки у дисэмбриогенетик келиб чиққан тузилмадир.

Клиник манзараси. Касаллик клиникаси иккала жинснинг ёшлик даврида терининг хоҳлаган соҳасида сўгалсимон папилломатоз ўсимталар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Аммо баъзи бир ҳолатларда, масалан, шикастланишларда сўгалсимон неvus элементлари катта ёшларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. А.Н.Шаниннинг (1964) маълумотларига кўра касаллик бир оиланинг аъзоларида ҳам кузатилиши мумкин.

Папилломатозли ўсиш нуқсонини чегараланган ва диссеминациялашган шакллари мавжуд. Чегараланган шаклида кенг асосга ва юзасида папилломатоз ўсимталарга эга бўлган кулранг-жигарранг тузилма кузатилади, уларни юзаси эса қалоқлар билан қопланган бўлади. Кўп сонли (множественный) папилломатозли ўсиш нуқсониди жароҳат ўчоғлари терининг барча соҳаларида тартибсиз сочилган ҳолда бўлади, кўпинча улар танада ёки Захарин-Герда зонаси жойлашади. Нерв ва йирик томирлар бўйлаб чизиксимон жойлашганини ҳам кузатиш мумкиндир. Папилломатозли ўсиш нуқсони жуда ҳам секин катталашади, шунда ҳам жароҳат майдони ҳисобига эмас, балки ифлос-кулранг ёки жагарранг қалоқлари ҳисобига бўлади (яъни юқорига). Бу кўриниш кўпинча шикастланиш ва инфекция тушиши ҳисобига бўлади. Папилломатозли ўсиш нуқсони кўпинча бошқа тери ўсиши нуқсонлари билан бирга кузатилиши мумкин: пигментли неvus, ёғ безлари неvуси, марказий нерв тизими касалликлари, эпилепсия билан бирга [Solomon L.M., 1968].



Расм 1. Папилломатозли ўсиш нуқсони



Расм 2. Папилломатозли ўсиш нуқсони

Гистологик текширувда акантозли ўзгарган эпидермал ўсмачалар, папилломатоз ва ортокератик типдаги гиперкератоз аниқланади. А.К.Апатенко (1973) эпидермис базал хужайраларининг пролиферациясига ва уларнинг пигментациясига эътиборни қаратади, чунки себореяли кератозни манзараси эслатиб юбориши мумкин. Донадор қаватнинг қалинлиги, папилломатоз ва гиперкератоз даражаси ҳамма элементларда ҳар хил бўлиб, уларни ўлчамига боғлиқдир.



Расм 3. Папилломатоз ўсиш нуқсони дерматоскопик кўриниши

Диагноз ва дифференциал диагнози. Диагностикасида эрта ёшда (кам ҳолларда катта ёшдаги беморларда) юзасида папилломатоз ўсимтали кулранг-ифлос

ёки жигаррангли сўгалга ўхшаш ўчоғлар пайдо бўлишига асосланади. Оз ёки кўп сонли жароҳат ўчоғи нерв ва катта қон томирлари бўйлаб линейар жойлашади, жуда секин ўсиш билан ажралиб туради, ўзидан ўзи тузалиши кузатилмайди, баъзи ҳолатларда бошқа терини ўсиш нуқсонлари билан бирга келади (невуслар, кисталар, МАТ касалликлари, эпилепсия ва б.).

Папилломатозли ўсиш нуқсонини қуйидаги касалликлар билан **дифференциация** ўтказиш лозим: оддий сўгаллар, папилломалар, чизикли жойлашган дерматозлар билан (нейродермит, қизил ясси темирлатки), ҳамда терини мацерацияси ёки бошқа яллиғланишли жараёнлари фонидаги эпидермисни реактив сўрғичли ўсимталари билан.

Папилломатоз ўсиш нуқсонидан себореяли кератоз, қариялар кератомаси сингари базал туридаги ҳужайралар каби яққол кузатилаётган пролиферация ва мугузли кисталар бўлмайди, қариялар кератози сингари тикансимон ҳужайраларни нотекис пролиферацияси кузатилмайди. Бундан ташқари клиник манзараси бўйича фарқ қилиб, катта ёшдагиларда ва қарияларда учрайди.

Папилломатоз ўсиш нуқсонини оддий сўгаллардан юзасидаги яққол намоён бўладиган папилломатозли ўсимталар билан фарқ қилади. Улар нотекис бўлиб, тубида зич асосли, бундан ташқари донатор ва тиканлик ҳужайралар вакуолизацияси бўлмайди.

Яллиғланишли папилломатозда папилломатоз ўсиш нуқсонидан кўра гиперкератоз жуда кучсиз бўлади, сўрғичлар мацерацияси ривожланиши мумкин; гистологик текширувда дермада яллиғланишли инфилтрат, баъзан эса псевдокарциноматозли гиперплазия манзараси кузатилади.

Чизиксимон жойлашган нейродермит ва қизил ясси темирлаткида папулёз элементлар борлиги, сўгалсимон ўсимталар йўқлиги, патологик ўчоғ ранги билан (цианотик бўялиши қизил ясси темирлаткида, пушти ранг – нейродермитда), субъектив ҳиссиётлар билан (қичишишни нейродермитда ва баъзан қизил ясси темирлаткида бўлиши) ва гистологик ўзига хосликлари билан (яққол кузатиладиган папилломатознинг бу касалликларда кузатилмаслиги) папилломатоз ўсиш нуқсонидан фарқ қилади.

Даволаш. Якка ўчоғли жароҳатларда кесиб олиб ташлаш, электроэксцизия, дермабразияга кўрсатмалар бор.

Линеар шаклли папилломатоз ўсиш нуқсонидан криодеструкциядан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Витаминли (витамин А, Е) 3-5% салицил кислотасини вазелин асосидаги малҳамли компресслари самарадорлиги юқоридир. Аевит 1 капсуладан 2 маҳал ичиш учун 3 ҳафта давомида буюрилади.

Профилактика (олдини олиш) усуллар номаълум. Папилломатоз ўсиш нуқсони бошқа нуқсонлар билан бирга келиши кузатилганлиги туфайли (нерв тизими, суякдаги ўзгаришлар) беморларни бошқа мутахассислар томонидан текширувлар ўтказилиши лозим (рентгенолог, невропатолог).

Комедонли невос

Син. Ҳуснбузарсимон невос.

Комедонли невос теридаги тузилма бўлиб, у жойлашган соҳада зич, гуруҳлашган фолликуляр папулалар кузатилади ва улар тери юзасидан бир оз кўтарилиб туради. Марказий қисми қорамтир-кулранг ёки қора рангда зич мугузланган масса билан сингдирилган бўлади. Шу пробка зўрлик билан олиб ташланса ўрнида чуқур ҳосил бўлади, уни ўрнида кейинчалик атрофия қолади. Ўчоғда иккиламчи яллиғланиш ва йиринглашиш кузатилиши мумкин. Касаллик ҳамма ёшда учрайди, аммо болаларда ва балоғат ёшига етганларда кўпроқ учраши аниқланган.

Комедонли невос асосан оёқ-қўлларда ва бадан терисида жойлашади. Комедонли невос унилатерал [Pleving G., Christophers E., 1975] ва билатериал жойлашадиган [Paige T.N., Mendelson C.T., 1967] сегментар ва чизиксимон шаклларга ажратилади.



Расм 4. Комедонли невос.

Гистологик текширувда эпидермисни дермага мугуз массалари билан тўлган чуқур кирадиган инвагинациялар кузатилади. Г.М.Цветкова, В.Н.Мордовцев (1986) тахминига кўра, бундай эпидермисни инвагинацияси яллиғланиш инфильтроти билан ўралган сочларнинг рудиментар эпителиал фолликулалари бўлиши мумкин.

Туғилганидан бери ёки болалик чоғидан бери бор бўлган ўспирин ёки болаларда гурухлашган, марказида мугуз кратерли типик фолликуляр папулалар кузатилса комедонли невус диагнози қўйилади.

Комедонли невус папилломатоз ўсиш нуқсони, Мибелли порокератози билан **дифференциация** қилиш лозим.

Папилломатоз ўсиш нуқсони комедонли невусни чизиқсимон шаклга ўхшаб кетади. Аммо папилломатоз ўсиш нуқсонидан кескин гиперкератоз, сўгалсимон ўзгаришлар кузатилади, булар эса комедонли невусда кузатилмайди.

Мибелли порокератози комедонли невусдан фарқ қилиб, кўпроқ эркакларда пайдо бўлади, қўл-оёқлар терисида жойлашиб, каттароқ ўчоғлар (диаметри 2 см гача) ҳосил қилади. Мибелли порокератози комедонли невусдан яна марказида ботиқли, мугузли валик борлиги билан ҳам фарқ қилади (комедонли невусда мугузли пробка бўлади).

Даволаш. Кесиб олиб ташлаш ёки электроэксцизия. Профилактик чоралари номаълум.

Эпидермал киста

Син. Эпидермоид киста.

А.К.Апатенко (1973) фикрича эпидермал кисталар ретенцион, травматик (шикастли) ва яллиғланишли бўлиши мумкин. J.E.Leonforte (1978) ни таъкидлашича, шикастланиш натижасида эпидермис дермага инвагинация қилиши мумкин, бу эса ўз навбатида эпидермал кисталарни ҳосил бўлишига олиб келади.

Пальпацияда оғриқсиз бўлган, юмшоқ консистенцияли ўсмасимон думалоқ тузилма ҳосил бўлади. Ўсмасимон тузилма 3-5 см ва ундан катта диаметрда эга бўлади ва теридан бир оз кўтарилиб туради. Тери жароҳатланган ўчоғда ўзгармаган бўлади. Эпидермал кисталарнинг кўп учрайдиган соҳалари – бошнинг сочли қисми,

юз, бўйин, кўкрак. Касалликни товон ва кафтларда [Leonforte J.E., 1978], вульва соҳасида [Onuigbo W., 1976] ҳам учраши ҳақида маълумотлар бор.

П.П. Попхристовни (1963) таъкидлашича, эпидермал кисталар болаларда жуда кам учрайди, аммо касаллик келиб чиқиши беморни жинси ва ёшига боғлиқ эмас деган олимлар ҳам бор (Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., 1999).

Эпидермал киста гистологик томондан кўрилганда девори донатор ва тиканлакли хужайралардан иборат эпителий билан қопланган бўшлиқлиги аниқланади. Тери ҳосилалари бўлмайди. Бўшлиқ мугуз ва тангача массалари билан тўлган бўлади. Баъзи ҳолатларда (шикастланишдан сўнг) кисталар девори бўзилади ва уни ичидаги моддалар дермага киради, ёт хужайралар таналари билан яллиғланиш жараёнини чакиради. Баъзан киста эпителийси баъзи бир қисмларида пролиферацияга учрайди.

W.F.Lever., G.Schaumburg-Lever (1983) таъкидлашича, эпидермал кистада мугузланувчи ясси хужайрали рак ривожланганда, касаллик кам ҳолатларда ёмон сифатлилиги билан ва метастаз бермаслиги билан фарқ қилади.

Эпидермал кистани диаметри 3-5 см ли бўлиб, ҳамирсимон консистенцияга эга бўлади, солитар ўсмасимон тузилма борлиги диагноз қўйишга имкон беради. Касалликда тошмалар бошда ва юзда жойлашади, бирданига, кўпинча шикастланишдан сўнг ёш ва балоғат ёшига етганларда пайдо бўлади. Гистологик текширув буни тасдиқлайди.



Расм 5. Эпидермал киста.



Расм 6. Эпидермал киста.

Эпидермал киста дермоид киста, трихилеммал киста, липома, Горлин-Гольц синдроми каби касалликлари билан дифференциал диагностика қилинади.

Дермоид кисталар туғма бўлади, эмбрионал тешиклар бир бири билан ёпишадиган чизикларда жойлашадилар. Гистологик текширувда кистани қоплаб турувчи эпителийда терини ҳосилалари аниқланади.

Трихилеммал киста тез пайдо бўлади, деворининг тузилиши ва ичидаги маҳсулот билан фарқ қилади, унда донатор ҳужайралар қатлами йўқ бўлади. Киста ичидаги маҳсулот гомоген кератиндан иборат, эпидермал кистада эса ламинар бўлади.

Горлин-Гольц синдроми болаликдан бошланади ва бундан эпидермал кисталардан ташқари бошқа ўсиш нуқсонлари (суяклардаги кистозли ўзгаришлар), невоидли базал-ҳужайрали эпителиомалар ҳам кузатилади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик йўли билан даволанади. Агар эпидермал киста тўлиқ олиб ташланмаса, касаллик яна қайталаниш хусусиятига эгадир. Шикастланишларни олди олинса, мақсадга мувофиқ бўлади.

Сочли киста

Син.: *трихилеммал киста, фолликуляр киста, ёғ кистаси.*

Сочли кистани тузилиши ва ҳосил булаётган кератинни характери бу турдаги кисталарни соч фолликуласи билан гистогенетик боғлиқлигига кўрсатади. Улар сочни кўтарувчи мускулни соч билан боғланадиган соҳадан пастда ва ёғ безларининг чиқарув йўллари юқоридаги чегарасида жойлашади.

В.Ж. Lepparda, R.Sanderson (1976) фикрича, сочли кисталар аутосом-доминант тури бўйича авлоддан авлодга берилади.

Патологик ўчоғда йирик (диаметри 3-7 см ва ундан катта) думалоқ ёки овал, зичрок консистенцияли ўсмасимон тузилмалар кузатилади. W.F.Lever., G.Schaumburg-Lever (1983) маълумотларига кўра, 90% ҳолатларда касаллик бошни сочли қисмини терисида учрайди ва фақат 10% да – терини бошқа соҳаларида кузатилади (белда, елкада, бўйинда ва б.).



Расм 7. Сочли киста.

Шикастланиши ёки киста деворини ёрилиши натижасида уни яллиғланиши кузатилади. Гистологик кўрилганда сочли киста бўшлиқ ҳолидаги, девори эпителий билан қопланган, донатор ҳужайралар қатлами тутмайдиган ҳолатда кўринади. Кистанинг ичидаги маҳсулоти гомогенн массалардан иборат бўлиб, уларда кепакланган дистрофик эпителиал ҳужайралар, ёғ кислоталарининг кристаллари бўлади.

Сочли киста диагнозини қўйишимизга ҳаракатчан тери ичидаги ўсмасимон солитар (ёки кўп сонли) тузилмаларни борлиги, уларни бошнинг сочли қисмида жойлашгани ёрдам беради. Диагноз эса фақат гистологик текширувдан сўнг қўйилади.

Сочли кисталарни эпидермал ва дермал кисталардан фарқ қилиш лозим. Эпидермал кисталар сочли кистадан шикастланган жойларда пайдо бўлиши билан фарқланади ва асосан юзда, бўйинда, кўкракда жойлашади. Эпидермал ва сочли кисталар девори гистологик текширувда эпидермис фолликулалар ораси сингари соч фолликуласининг эпителий қопланган оралик тури каби ажралиб туради.



Расм 8. Сочли киста.

Эпидермал кисталар учун стратификация, донатор хужайралар қатлами борлиги ва кератинни ламинар тури шаклланганлиги билан характерланади, иккинчиси учун – аниқ стратификацияни йўқлиги, кам сонли донатор хужайралар борлиги ёки уларни умуман йўқлиги билан, қирғоқ зонанинг дистрофик хужайралар билан шаклланган моддаси билан характерланади.

Дермоидли кисталар сочли кисталардан фарқ қилиб, беморни чақалоқлик давридан бошланади ва эмбрионал тирқишлар бириккан чизиклар бўйлаб жойлашади. Гистологик текширилганда дермоидли кисталар деворида эпидермис ва тери ҳосилалари (соч фолликулалари, ёғ ва тер безлари) аниқланади.

Даволаш. Сочли кисталар хирургик йўл билан даволанади. Агар киста ёрилиб кетса, унда яллиғланишга қарши даво чоралари кўрилиши лозим (Вишневский линименти, ихтиол, антибиотиклар).

Дермоид киста

Син. Дермоид.

Дермоид киста – бу туғма касалликдир. Касаллик кўпинча эмбрионал тирқишлар бирикадиган чизиклар бўйлаб, бўйин ва чов соҳасида 2-4 см даги диаметрдаги думалоқ ёки овал, ўсимтасимон оғриқсиз тузилмалар ҳосил бўлиши билан характерланади. Киста жойлашган соҳа юзасидаги тери ўзгармаган бўлади. У пальпация қилинганда эластик консистенцияга эга, атрофидаги тўқималарга нисбатан ҳаракатчан бўлади. Дермоид кистанинг девори эпидермис ва унинг ҳосилалари (соч фолликулалари, ёғ ва тер безлари) билан қопланган бўлади. M.N.Brownstein, E.Helvin (1973) ларнинг таъкидлашича, дермоид кисталаринг деворида соч қопчаларини, ёғ безларини, эккрин ва апокрин тер безларини топишимиз мумкин бўлади. А.К.Апатенкони (1973) кўрсатишича, бир қатор

ҳолатларда дермоид кисталарнинг бўшлиғида суяк ёки тоғай тўқималарини топишимиз ҳам мумкин экан.



Расм 9. Дермоид киста

Беморга диагноз, касаллик чақалоқлик давридан бошлаб ривожланганлигига, ўзига хос клиник манзарисига, жойлашишига (эмбрионал тирқишлар бирикадиган чизиклар бўйлаб), гистологик текширишларга (доимо кистанинг бўшлиғида сочларни, деворида эса терининг етилган ҳосилалари бўлади) асосланиб қўйилади.

Дермоидли кистани эпидермал кистадан фарқлаш керак, у доимо беморда болалик чоғида ёки чақалоқлик даврида бошланади, тошмалар эмбрионал тирқишлар бирикадиган чизиклар бўйлаб жойлашади ва шикастланиш билан боғлиқ бўлмайди. Эпидермал кистанинг деворида тери ҳосилалари бўлмайди.

ЭПИДЕРМИСНИНГ ЯХШИ СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИ

Папиллома

Папиллома – яхши сифатли ўсма бўлиб, кўпинча 40 ёшдан катта бўлган одамларда ривожланади. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш бошқармасининг (БЖССБ (ВОЗ) 1980) гистологик классификациясига асосан бу ўсма “яхши сифатли ясси ҳужайрали кератоз” ёки “кератотик папиллома” термини билан аталади.

Тери юзасидан кўтарилиб турувчи, солитар ёки кўп сонли сўғалсимон тузилма ҳосил бўлиши билан характерланади. Бу папиллома кенг асосга эга ёки оёқчада жойлашган бўлади. У ҳаракатчан (фақат узок вақт кузатилаётган кератопапилломалардан ташқари), кулранг ёки қорамтир-жигарранг рангга эга, диаметри 0,3-0,5 дан 1,0-1,5 см гача ва ундан катта, думалоқ ёки нотўғри кўринишдаги папилломалар бўлади. Юзаси ворсинкалар ёки осон кўчадиган мугузли массалар билан қопланган бўлади. Папилломалар кўпинча юз ва бадан терисида кузатилади, аммо тананинг бошқа соҳаларида ҳам учраши мумкин.



Расм 10. Папиллома.

Гистологик текширувда эпидермисни сўрғичсимон ўсиб кетиши ёки акантотик ботиқликларни дермага чуқур кириши, уларни тиканаксимон қавати ҳужайраларидан тузилганлиги, баъзида тошмалар полиморфизми кузатилиши аниқланади; кескин ортокератотик гиперкератоз (кератопапиллома) кузатилади.

Гистологик текширувлар ва клиник маълумотларга асосланиб диагноз қўйилади. Папиллома фибропапиллома, оддий сўғаллар, себореяли кератоз, қариялар кератози касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Фибропапиллома ингичка оёқда жойлашади, юмшоқ консистенцияли, юзаси ажинли тери билан қопланган, бир оз пигментацияли ва сочларсиз кўринишда

бўлади. Гистологик: фибропапилломада бириктирувчи тўқима стромасини ўсиб кетганлиги, ўзгармаган ёки акантотик эпидермис билан копланганлиги кузатилади.

Оддий сўгаллар кўпинча кўп сонли бўлади ва ўзидан ўзи регресса учраши мумкин. Гистологик текширилганда оддий сўгалларда эпидермиснинг тиканаксимон ҳужайраларида вакуолизация кузатилади.

Себореяли кератозда қорамтир рангли, каттароқ, йирик ўлчамдаги, асосан терини ёпиқ соҳаларида жойлашиши, кучли гиперкератотик қатламли ўсиши, ҳамда гистологик ўзига хос кўриниши билан (“базалоид” ҳужайралар пролиферацияси билан), ички эпидермал мугузли кисталар ва пигментни йиғилгани билан характерланади.



Расм 11. Папиллома.

Даволаш. Кесиб олиб ташлаш, электрокоагуляция, лазер ёрдамида олиш мумкин. Оғиз шиллиқ қаватидаги папилломалар хирургик йўл билан даволанади.

Себореяли кератоз

Син. Себореяли сўгал, себореяли кератома, қарилар сўғали.

S.Politzer (1980) биринчи марта бу ўсмани “себореяли сўгал” номи билан ёзиб берган. Бу яхши сифатли эпителиал ўсма ҳисобланади, баъзи бир муаллифлар уни тери қариши десалар, бошқалари кеч намоён бўлган эпителиал невус деб фикр билдиришади. W.F.Lever (1959) фикрича себореяли кератоз – эпителиал куртакдан келиб чиққан гамартома, J.J.Eller, V.J.Ryan лар (1930) эса уни базал-ҳужайрали ўсма деб ҳисоблайдилар.

Себореяли кератоз ёши катталарда кўп учрайди, аммо R.Andrade, G.K.Steigleder (1959) лар ёшларда ҳамда болаларда ҳам учраши мумкин деб ҳисоблайдилар. Ўсма жуда секин ўсади ва бир неча йиллардан сўнг шаклланиб бўлади. Дастлаб чегараланган сарғиш ёки жигарранг рангли доғ пайдо бўлади, у ўсиб бориб баъзан 4-6 смгача ва ундан катта ўлчамга эга бўлиши мумкин.

Доғларнинг юзаси аста-секин, осон кўчадиган ёғли қалоқлар билан коплана бошлайди. Вақти келиб ўчоғ атрофдаги теридан кўтарилиб турадиган бўлади, қалоқлар зичлаша бошлайдилар, аммо ёриклар билан тешилиб турли кўринишдаги ёғли юзасини саклаб қоладилар. Қалоқларнинг қалинлиги 1-2 см гача боради, ўсма эса сарғиш-жигарранг, қорамтир-жигарранг ёки қора рангга киради. Ўсма хилма хил жойда жойлашиши мумкин, кўпинча тери қопламини ёпиқ соҳаларида ҳосил бўлади. Аммо юзда, бўйин соҳаларида, бошни сочли қисмида, оёқ-қўлларда учраши мумкин. Жароҳат ўчоғо битти ёки кўп сонли бўлиши мумкин.



Расм 12. Себореяли кератоз.

Гистологик текширишда: эпидермис ҳужайраларини акантотик ўсиши, уларни орасида мугузли кисталар кузатилади. Пролиферацияга учраган ҳужайралар майда, компакт, эпидермисни базал ҳужайраларини эслатиб юборади, шунинг учун уларни базалоидлар деб атайдилар. Кўп ҳолларда меланинни тўпланганлигини кўришимиз мумкин. А.К.Апатенко ўсмани гистологик компонентларини кўп-озлигига қараб, кератотик, акантотик, аденоид, аралаш турларини фарқ қилади. Жуда кам ҳолларда себореяли кератоз ёмон сифатли ўсмага айланади [Богданович С.Н., 1962; Шахова Ф.Б. ва бошқалар, 1984]. Типик клиник манзарасига асосланиб, қийин вазиятларда эса гистологик текширувга асосланиб диагноз қўйилади.



Расм 13. Себореяли киста



Расм 14. Себореяли кератоз.

Дифференциал диагностикаси. Қариялар кератозида тошмалар асосан терини очиқ қисмларида жойлашиб, чегараланган характерда, юзаси зич, кулранг-кирлашган тери рангидаги қалоқлар билан қопланган бўлади, кўпинча ёмон сифатли ўсмага айланиб кетиши кузатилади. Гистологик текширувда: эпидермиснинг тиканаксимон қавати хужайралари ўсиб кетиши ҳисобига келиб чиқадиган, хужайралар дискомплексацияси, ядролар полиморфизми, гипер- ва паракератоз билан яққол кузатиладиган акантоз. Себореяли кератозга характерли бўлган мугузли кисталар, базалоид элементлар ва пигмент кузатилмайди.

Оддий сўғал (узоқ вақт кузатиладиган) себореяли кератозни эслатиб юборади. Сўғални юзаси сўрғичли гиперкератотик ўсимталар ва ёғли қалоқлар билан қопланган бўлади. Гистологик текширув: тиканакли ва донатор қават хужайраларида вакуолизация кузатилади. Себореяли кератоз учун хос бўлган мугузли кисталар ва базалоид элементлар бўлмайди.

Аденоид туридаги базалиомада силлиқ юза (гиперкератотик ва ярали шаклларида ташқари), валиксимон қирғоқли, кистозли шаклида зич эластик ёки ҳамирсимон консистенцияга эга манзара кузатилади. Мугузли кисталар, меланинни тўпланиб қолиши кузатилмайди, инвазив ўсиш бўлади.

Меланома себореяли кератозга қорамтир, баъзан қора ранги билан ўхшаб кетади. Кўпинча пигментли невус фонида, тез ўсиш, қон оқиш билан ажралиб туради.



Расм 15. Себореяли кератоз.

Даволаш. Хирургик йўл билан кесиб ташлаш, электроэксцизия, неодли лазер билан нурлаш, 30%ли проспидин, 5% 5-фторурацил малҳами, солкодерм, коллоид, 10% салицил ва сут кислоталари бор эритмалар ёрдамида даволаш мумкин. Кўп сонли себореяли кератозларда ароматик ретиноидлар билан даволаш ҳам ёрдам беради [Orfanus C.E., 1980].

Қариялар кератомаси

Син.: қариялар кератози, қариялар кератопатилломаси.

Биринчи марта I.Neumann (1880) бу касалликни ёзган бўлиб, N.Montgomery, J.Dorfel (1932) қариялар кератомасини себореяли кератоздан клиник ва гистологик хусусиятига кўра ажратиб берган. Бир қатор рус ва чет эл олимлари “қариялар кератомаси”ни ва “куёшли кератоз”ни “рак олди касалликлари”га киритадилар. Бошқа бир гуруҳ олимлар бунга қўшилмайдилар, уларни фикрича, юқорида кўрсатиб ўтилган касалликлар малигнизацияга камдан кам ҳолларда учрайдилар.

Клиник манзараси. Қариялар кератомаси катта ёшдагиларда ва қарияларда кўп учрайди, терининг очик соҳаларида (юзда, бўйинда, қўлларда) кузатилаб, кўп сонли ёки солитар бўлиши мумкин. Дастлаб гиперкератозли чегараланган ўчоғлар пайдо бўлади, мажбур кўчириб олиб ташланган тангачалардан сўнг ҳам яна пайдо бўлиб, зичлаша боради. Шаклланган янги тузилма зич, диаметри 1,0-1,5 см ва ундан катта ўлчамга эга, думалок, кулранг маҳкам ёпишган қалоқлар билан қопланган бўлади. Ўсма ўзидан ўзи йўқолиб кетмайди, узоқ вақт шикастланиш давом этиб, нораціонал даволаниш ўтказилгач ёмон сифатли ўсмага айланиб кетиши мумкин.



Расм 16. Қариялар кератомаси.

Гистологик текширувда акантоз, гиперкератоз, орто- ва паракератоз; папилломатоз ўчоғлари кузатилади. Пролиферацияга учраган ботикланиш эпидермиснинг тиканакли қатламининг хужайраларидан тузилган бўлади. Аммо майда қорамтир ядролар, хужайралар дискомплексацияси ўчоғлари, ядроли полиморфизм кузатилиши мумкин (Боуэн касаллигини эслатиб юборади).

Диагноз касалликнинг клиник манзарасига ва гистологик маълумотларга асосланган ҳолатда қўйилади.



Расм 17. Қариялар кератомаси.

Қариялар кератомасини себореяли кератоз, кератопапиллома, оддий сўгаллар, Боуэн касаллиги билан **дифференциация** қилиш лозим.

Оддий сўгаллар қисқа вақт давомида кузатилади, кўпинча ёшларда учрайди, ўзидан ўзи регрессга учраши мумкин, ўлчамлари майда, юзасида эса сўрғичли ўсимталар кузатилади. Гистологик текширишда: тиканакли ва донатор қават хужайраларида вакуолизация кузатилади.

Боуэн касаллигида кўпинча битта ўчоғ бўлиб, уни чегаралари нотекис, ўлчамлари анча катта, ясси, сероз ва конли қалоклар билан қопланган, атрофия ўчоғлари билан бўлади. Гистологик текширув ўтказилганда *in situ* рак манзараси аниқланади.

Даволаш. Ўсма хирургик усуллар билан олиб ташланиши лозим, криотерапия (дастлаб 10-15% салицил кислотаси малҳами билан гиперкератик қатламларни олиб ташлаш керак бўлади) ҳам ёрдам боради; неоним лазер ёрдамида нурлаш ҳам мумкин.

Тери шохи

Тери шохи яхши сифатли эпителиал тузилма бўлиб, уни дастлаб олимлар (Венкей Т., Щугар Я., 1962; Апатенко А.К., 1973; Вихерт А.М. ва б., 1973) рак олди касалликлари қаторига киритган эдилар.

Бирламчи тери шохи (ўзгармаган терида пайдо бўлади) ва иккиламчи тери шохи (бирон бир патологик касалликлар фонида юзага келади (туберкулёз, эритематоз, қариялар кератомаси)) фарқ қилинади. Касалликни келиб чиқишида беморни ёши ва жинси катта рол ўйнамайди. Жароҳат ўчоғлари терининг очик қисмларида ёки ишқаланадиган ва шикастланиш кузатиладиган соҳаларда жойлашади. Бирламчи тери шохи чегараланган гиперкератоз соҳасида шаклланади, ўчоғни асосини ўлчамлари ўзгармайди. Шаклланган ўсма конуссимон масса кўринишида бўлиб, уни узунлиги диаметридан анча ортиқча бўлади [Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986]. Баъзан тери шохи катта ўлчамларга эга бўлади.



Расм 18. Пешона соҳасидаги тери шохи.

Лейкоплакия фонида касалликни тошмалари лабни қизил хошияси соҳасида ва шиллиқ қаватларда ҳам жойлашиши мумкин [Машкиллейсон А.Л., 1984].

Гистологик текширувда, кескин намоён бўлувчи ортокератотик характердаги гиперкератоз, эпидермиснинг тикансимон қават хужайраларидан ва тартибсиз жойлашган хужайралардан иборат бўлган бир оз кузатиладиган папиломатоз, акантоз аниқланади.

Дифференциал диагностика. Тери шохини кератопапилломалар, оддий сўгал, қариялар кератомаси билан дифференциал диагностика ўтказиб, фарқлаш лозим.



Расм 19. Юз соҳасидаги тери шохи.

Тери шохи кератопапилломадан кучли гиперкератоз, шакли, кўчириб кўрилганда қийин кўчувчи мугузлардан иборат бўлади. Гистологик текширишда – кам ривожланган папилломатоз, ортокератоз кузатилади.

Оддий сўгалларда кучли гиперкератотик қатламлар бўлмайди. Гистологик текширувда сўгаллар жойлашган эпидермисда тикансимон ва донатор қаватда вакуолизация кузатилади. Қариялар кератомасида акантоз кузатилади, гиперкератоз эса аёнланмайди; базалоид ҳужайраларни эслатиб юбуровчи соҳалар билан бирга тикансимон ҳужайралар пролиферацияси кузатилади.

Даволаш. Янги ўсмаларни кесиб олиб ташлаш, электроэкстезия, лазер нурлари билан нурлаш мумкин.

Кератоакантома

Син.: *вегетацияланувчи ёғ кисталари, псевдоэпителиома, эпителиосимон веррукома, ўсмасимон кератоз, сохта рак, яхши сифатли акантома, мугузли моллюск ва б.*

Кератоакантома кам учрайдиган эпителиал яхши сифатли ўсмадир. Касаллик тезда ривожланиши ва спонтан регрессга учраши билан характерланади.

A.Duport (1930) кератоакантома ҳақида биринчи марта маълумот берган. 1889 йилда H.Barge ва R.K.Winkelman лар Hutschinson ни биринчи марта бир оиланинг бир нечта аъзоларида кузатганлигини ҳақида ёзишган. «Кератоакантома» термини биринчи марта Freudental томонидан таклиф қилинган.

A.Rook, I. Whinster (1950), R.Degos ва ҳаммуаллифлар (1964) маълумотида кўра кератоакантома барча ёмон сифатли тери ўсмалари ичида 3-5 % ни ташкил

этади. Оқ ирқ кишилари ичида кератоакантома ва ясси ҳужайрали ракни учратиш 1:3 нисбатни ташкил қилади. Кератоакантома иккала жинс аъзоларида кузатилади, аммо эркакларда кўпроқ учрайди [Торсуев Н.А., 1959; Апатенко А.К., 1973; Montgomery H., 1967]. Касаллик асосан 40-70 ёшлар орасида пайдо бўлади [Блинова Г.Л., 1959; Silberberg I.A. et al., 1962; Sanderson K.V. et al., 1968], аммо қарияларда ва болаларда ҳам кузатилишини бир неча муаллифлар келтириб ўтишган [Degliot R., Caro M.R., 1976]. Скрипкин Ю.К. ва Мордовцев В.Н. (1999) лар 32 ёшдан 70 ёшгача бўлган 46 (20 эркак ва 26 аёл) нафар беморларни кузатишган бўлиб, уларни ўртача ёши 55,6 ни ташкил қилган.



Расм 20. Юз соҳасидаги кератоакантома.

Терини очиқ қисмлари, асосан бош ва юзлари (лунж, бурун), кератоакантомани типик жойлашган соҳалари ҳисобланади. Кератоакантома баъзан лабни қизил ҳошиясида жойлашади. А.Л.Машкиллейсоннинг маълумотларига кўра, кератоакантома 1000 нафар беморнинг фақат 70 тасидагина лабни қизил ҳошиясида жойлашганлиги аниқланган. Silberberg I.A. et al. (1962) кўпинча пастки лабнинг жароҳатланишини кузатган.



Расм 21. Кератоакантома.

Скрипкин Ю.К. ва Мордовцев В.Н. (1999) ларни кузатишича, беморларни 41 нафарида юзда (лунжда - 23, бурунда – 8, пастки жағ соҳасида – 6, қовоқларда – 3,

пастки лабда 1 тасида), бўйинда – 1, оёқ-қўлларда – 2, танада – 1, тилда – 1 тасида жойлашганлиги аниқланган.

Кератоакантомани атипик жойлашганлиги ҳақида ҳам маълумотлар бор. Масалан, тирноқ ости ўрнида (тўшагида, ложасида) [Shapiro L., Baraf C.S., 1970], кўз конъюнктивасида [Freeman R.G. et al., 1961; Bellamy E.D. et al., 1963], оғиз шиллик қаватида [Winkelman R.K., Brown J., 1968; Scafield H.H. et al., 1974], хиқилдоқда [Сидельман К.Н. и др., 1986], перианал соҳада [Ильин И.И., 1974], препуциал ҳалтанинг ички юзасида [Lejkan K., Starzycki L., 1977] жойлашганлиги ҳақида олимлар ўз мақолаларида маълумотлар беришган.

Касалликнинг этиологияси номаълум. Баъзи бир муаллифларнинг тахминича ўсмани вируслар чакиради. 1986 й. Н.Рэфистер ва ҳаммуаллифлар одам папилломаси вирусини кератоакантома ўчоғларида топишган, аммо уни қайси гуруҳга таълуқли эканлигини аниқлаша олишмаган. Касалликнинг келиб чиқишида иммун тизимидаги бузилишларнинг роли ҳам катта аҳамиятга эгадир [Молочков В.А., 1988; Brown F.C., Tan E.M., 1973; Gualde N. Et al., 1981].

Клиник манзараси. Кератоакантома типик ҳолатларда якка ҳолдаги, атрофдаги тўқималар билан қўшилмаган, зич консистенцияли, думалоқ ёки овал ўсма бўлиб, теридан кўтарилиб туради. Тошманинг ранги кулрангсимон-пушти ёки меъёрдаги тери ранги кўринишида бўлади. Ўсманинг марказий қисмида ботиқлик бўлиб, у зич кумушсимон, мугузли масса билан тўлган бўлади ва улар ўсманинг юзасидан кўтарилиб туради. Мугузсимон массани ўраб турган валиксимон соҳанинг териси силлиқ бўлади.



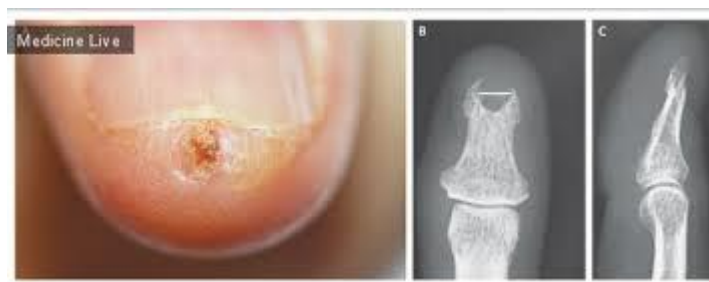
Расм 22. Кератоакантома.

Ўсманинг ўлчами патологик жараённинг пайдо бўлган вақтига боғлиқдир. Ўсаётган ўсмалар ўлчами катта бўлса, шаклланганларида кичикрок бўлади. Асосан

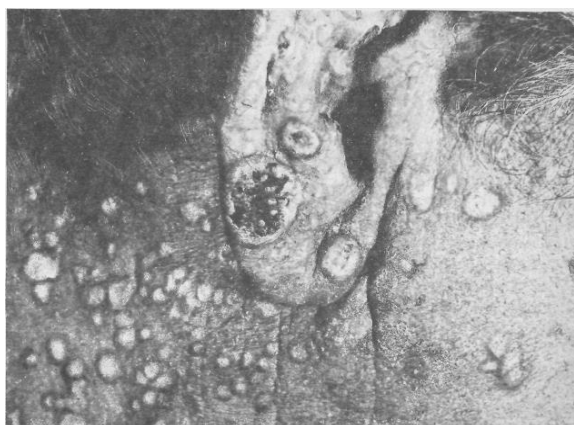
кератоакантома 10-20 мм ўлчамга эга бўлади. С. Del Rossi et al. (1977) 22x19 см гигант ўлчамдаги кератоакантома ҳақида ёзишган.

Кератоакантомани 3 та босқичи фарқланади: ўсиш, стабиллашув ва регрессив босқичлари. Ўсиш босқичи ўртача 3-4 ҳафта давом этади. Н.А.Торсуевни (1959) фикрича ўсмани тез ўсиши ўсма элементини пайдо бўлган биринчи 8-10 кунлигида кузатилади ва бир ой давомида кератоакантома максимал ўлчамига етади. Сўнг ўсма ўсишдан тўхтайтиди ва уни стабиллашув босқичи бошланади. Бу босқич 2-3 ҳафта давом этади ва кейинчалик жараён регрессив босқичига ўтиб кетади. Бу даврда кератоакантома қалинлашади, мугузсимон массалар тушиб кетади, ўсма чегаралари баъзи бир жойларида аниқлигини йўқотади.

А.В. Корф (1968) кератоакантомани қуйидаги атипик клиник шакллари фарқ қилади: тирноқ олди ёки тирноқ ости; кўп сонли; эруптив (агар ўсмалар сони бир неча юз та бўлса), гигант; мультинодуляр (бунда ўсма бир неча ўчоғларнинг қўшилиши натижасида ҳосил бўлади, ўсма секин ўсади ва уни маркази кузатилмайди); веррукоз (ўсмани юзаси қалин гиперкератик массалар билан қопланган бўлади);



Расм 23. Тирноқ остидаги кератоакантома.



Расм 24. Кўп сонли эруптив кератоакантома.

вегетацияланувчи (ўсма юзаси мугузсимон массали ўсимталар билан қопланганлиги аниқланади); турғун (8 ой ва ундан ортиқ давр ичида давом этса).



Расм 25. Лабни юқори қисмидаги кератоакантома.

Кератоакантоманинг ривожланиши ва регресси асосан 2-3 ойни ташкил этади, аммо баъзи бир олимларнинг фикрича, бу жараёни ривожланиши узоқ вақт давом этиши ҳам мумкин. Масалан А. Rook, I. Whimster (1959), С. Huriez, F. Desmons (1957) лар кератоакантомани пайдо бўлганидан сўнг регрессив босқичини 4-6 ой давом этганлигини кузатишган. D.J. Vollum (1976) бир аёлда 2,5 йил давомида кератоакантомани кузатганлиги ҳақида маълумот берган. А.П. Панинни (1969) фикрича ёшларда кузатиладиган баъзи бир кератоакантомалар бел, анус соҳаларида жойлашганида секинлик билан бир неча йил давомида ривожланади, йўқолиб кетмайдилар ва рентгенотерапияга сезувчанлиги пастдир.

Гистологик текширувда эпидермисда гиперкератоз ва псевдокарцинематоз гиперплазия кузатилади. Ўсма марказидан олинган кесимда қалинлашган эпидермис кратерсимон кўринишда бўлиб, мугузсимон массалар билан тўлган бўлади. Кратернинг чеккасидаги эпидермиснинг бир қисмида кузатилаётган пролиферация юпқалашади ва қушни тумшуғи сингари уни устида осилиб қолади, мугузсимон массаларни ёқа сингари ўраб олади.

Кўп сонли эруптив кератоакантомаларни клиник кўриниши ва гистологик тузилиши солитар ўчоғлардаги манзарани эслатади, аммо уларни элементларини сони кўп, ўлчами эса кичик бўлади. Кўп сонли кератоакантомаларни 2 хил шаклли тафовуд қилинади: Фергюсон-Смитнинг ирсий оилавий ўзи чандиқланувчи ясси ҳужайрали карциномаси ва ирсий бўлмаган шакллари. Grzybowski M. (1950) нинг фикрича бу шакллар клиник ва гистологик фарқларга эга эмаслар.

Дифференциал диагностикаси. Диагноз қуйишда клиник кечиши ва гистологик

текшириш натижалари инобатга олинади.

Кератоакантомани юқори дифференциацияли ясси сўгалли тери ракидан, оддий сўгаллардан, гигант контагиоз моллюскдан, қариялар кератомасидан, тери шохидан, базалиомадан ва Кирле касаллигидан фарқ қилиш лозим.

Кератоакантома юқори дифференциацияли ясси сўгалли тери ракидан фарқ қилишда, ўсмани ўзгармаган терида пайдо бўлиши, уни марказида мугузли кратерни борлиги, ҳатто узоқ вақт кузатилаётган ўсмада ярага айланмаслиги, ўз-ўзидан регрессга учраши (сўрилиши) ёрдам беради. Кератоакантомада ясси сўгалли рақдан фарқ қилиб, хужайраларни тўлиқ мугузланиши, мугуз «марваридларининг» паракератик тузилишга эга эканлиги кузатилади.

Кератоакантома оддий сўгаллардан фарқ қилиб қўл бармоқларида, кафтларида эмас, балки беморлар юзида кузатилади. Сўгаллар марказида мугузли кратер бўлмайди, эпидермисда сўрғичли ўсимталар, тикансимон ва донатор қават хужайраларида вакуолизация бўлади.

Гигантсимон контагиоз моллюск думалоқ (юмалоқ), ярим шарсимон шаклда бўлиб, марказида киндиксимон ботиқлик бўлади, уни сиқиб кўрилганида марказидан сузмасимон (твороксимон, қатиксимон) ажратма чиқади. Гистологик текширувда моллюск соҳасида мугузсимон кратер бўлмайди, моллюск таначалар топилади.

Қариялар кератомаси кератоакантомадан кўра жуда секин ривожланиши, эпителиал халқа билан ўралган мугузли кратерни кузатилмаслиги билан, ўзига хос гистологик ўзгаришлари билан фарқ қилади.

Кератоакантома тери шохи касаллигидан фарқ қилиб, секин ривожланади, мугузли массалар чеккаларида эпителиал силлиқ халқа бўлиши билан фарқ қилади. Жароҳат ўчоғидан олинган материал гистологик текширилганда эпидермисни донатор қаватида нотекис ривожланиш, баъзан папилломатоз, гиперкератоз аниқланади.

Базалиома босқичли ривожланмайди ва спонтан регрессияга учрамайди.

Кирле касаллигида патологик ўчоғлар болдир, думба, билакни ёзувчи соҳаларида кўпинча жойлашиб, фолликуляр тошмалар тошиши билан характерланади. Элементлар бирлашиб пиллакчалар ҳосил қилади. Гистологик

текширувда сочларнинг фолликулалари кириш қисмида мугузли пробкалар, эпидермис атрофияси ёки уни силлиқланиши кузатилади.

Даволаш. Даволаш услублари ўсмани ривожланиш босқичи, уларни сони (кўп сонли ва солитар шакллари) ва жойлашишига боғлиқдир. Йирик солитар ўсмаларни, бемор юзини периорбитал, бурун, бурун-лаб бурмаларида, лабнинг қизил ҳошияси, оғизнинг шиллиқ қавати соҳаларида жойлашганда, 6 ойдан ортиқ давр мобайнида стабилизациялашган босқичидаги ўсмаларни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Албатта ўсмани олиб ташлаш, гистологик текширув учун материал олиш билан бирга олиб борилади. Катта бўлмаган солитар кератоакантомалар неоним лазер билан, электроэксцизия, криодеструкция ёрдамида олиб ташланиши мумкин. Жараҳат ўчоғ ичига одамни лейкоцитар интерферонини киритиш билан даволаш ҳам мумкин. Препарат кунда 2 000 000 МЕ миқдорда 10-12 кун мобайнида ўчоғ ичига юборилади.

Кератоакантомани 5-фторурацилни ўчоғ ичига юбориб даволашдан самара олинганлиги ҳақида маълумотлар бор. Colombo E. et al. [1982] томонидан 5% 5-фторурацил малҳами ўсма устига суртиб даволаганда самара бермаганлиги аниқлаган. Bonaldi D. ва Alenovi A. [1984] кўп сонли кератоакантомаларда тигазонни 8 ҳафта давомида 1 мг/кг, сўнг 7-8 ҳафта давомида 0,75 мг/кг миқдорда буюришни тавсия этишади.

Готтроннинг карциноидли тери папилломатози

Готтроннинг карциноидли тери папилломатози кам учрайдиган касалликдир ва уни гистогенези аниқланмаган. Бу касалликни биринчи марта Н.А. Gottron в 1932 г. ёзган бўлиб, номлашни эса W. Nikolowski, E. Eisenlohr (1950) лар тавсия этишган. Н.А. Gottron (1932) ни фикрича алоҳида нозологик касаллик бўлиб, ясси хужайрали ракга мансуб эмас. Аммо бошқа муаллифлар бу иккала касаллик уртасида фарқни кўришмайдилар [Adam W. et al., 1956]. Л.И. Христин ва ҳаммуаллифлар (1963) Gonin ни кузатувларини мисол қилиб келтиришади. Уларни маълумотларига кўра карциноидли папилломатоз билан оғриган беморга ташхис қўйилганидан 10 йил ўтгач касалликни метастазлари ва летал тугалланиши кузатилади. Р. Райчев, В. Андреев (1965) бу ҳасталикни рак олди касаллиги ҳисоблашади. P. Wodniansky

(1960) таъкидлашича, карциноидли папилломатозни алоҳида нозологик касаллик деб ҳисобламайди. Бундай ҳолатларда терини ҳар хил этиологияли сурункали яллиғланишли касалликларида псевдокарциноматозли гиперплазия ривожланиши ҳақида фикр билдириш мумкин.

Касалликни этиология ва патогенези аниқланмаган. Касалликни ривожланишида механик жароҳатланиш ва узоқ вақт кечаётган дерматозларда кузатиладиган сурункали яллиғланишлар, ҳамда қон айланишининг бузилиши, организмни папилломатозли реакцияга тайёрлиги катта аҳамиятга эгадир [Райчев Р., Андреев В., 1965; Gertler W., 1973].

Бу касаллик кўпроқ 40 ёшдан 85 ёшгача бўлган эркакларда учрайди [Беренбейн Б.А., 1980]. Терини карциноидли папилломатозда касаллик ўчоғлари оёқларда симметрик ҳолда жойлашади, узоқ вақт (бир неча ўн йиллаб) давом этиб, метастазлар бермайди, некроланиш ва катта ярали ўзгаришлар чакирмайди.

Касаллик асосан сурункали, узоқ вақт давом этаётган бирон бир дерматознинг (экзема, қизил ясси темиратки, ихтиоз, сил волчанкаси ва бошқалар) фонида пайдо бўлади, баъзан чандиқлар ўрнида вегетация, папилломатоз сўгалсимон ўсимталар ривожланиши кузатилади. Ўсмали ўчоғ ҳамирсимон консистенцияга эга бўлиб, соғлом теридан кескин ажралиб, ундан 1,0-1,5 см юқорида кўтарилиб туради. Уни юзаси тахминан бир хил баландликдаги янги сўйилган гўшти эслатувчи вегетациялар билан қопланган бўлади ва гулкарамга ўхшаб кетади. Ўсимталар орасидаги эгатчалар малҳамни эслатуви сарғиш-окиш мугузли массалар билан тўлган бўлади. Жароҳат соҳаларида қўйиқ, ёпишқоқ қўланса хидли ажратма кузатилади. Баъзи бир ўчоғларда ажратмалар куриб, жарғиш-кулранг қалокларни ҳосил қилишади, баъзан эрозия ва юзаки яраланишлар, оҳакланиш соҳалари ҳосил бўлади. Клиник манзарасини ўзига хослигига қараб ярали-инфильтратив (эндофит), ўсмасимон (экзофит) ва гиперкератотик шаклларига ажратилади [Беренбейн Б.А., 1980].



Расм 26. Готтроннинг карциноидли папилломатоз териси.

Гистологик текширувда дермани чуқур қисмларига кириб боровчи ўсиб кетган эпителиал ўсмали акантоз топилади. Эпидермис билан дерма орасидаги боғлиқлик йўқолганда эпителиал хужайралар инлари аниқланади.

Готтроннинг карциноидли папилломатоз терисини юқори дифференциацияга учраган ясси хужайрали тери раки, сурункали вегетацияланувчи пиодермия, сўгалсимон тери, хромомикоз каби касалликлар билан фарқлаш лозим.

Готтроннинг карциноидли папилломатоз терисидаги сўгалсимон ўсмалар зич, валиксимон қирғоғига эга бўлмайди (ясси хужайрали ракда шундай клиник манзара кузатилади), гистологик атипик хужайралар аниқланмайди.

Сурункали ярали вегетацияланувчи пиодермия учун пустулёз элементлар ва оқма яралар, ички эпителиал абсцесслар бўлиб, уларда кўп миқдорда лейкоцитлар, ядроли дендритлар аниқланади.

Терини сўгалсимон туберкулёзида гистологик текширувда туберкулоид тузилишли (структурали) инфильтрат топилади. Хромомикоз ўчоғларидан экмага олинган материалда хромомицетлар аниқланади.



Расм 27. Готтроннинг карциноидли папилломатоз тери

Даволаш. Готтроннинг карциноидли папилломатоз терисини даволашда

проспидин (50-100 мг дан мускул орасига, курсига 2,0-2,5 г дан), витаминлар, антибиотиклар, диабетга қарши қўлланувчи препаратлар оз дозада (букарбон 0,12-0,25 г дан 1 маҳал тушликдан сўнг) қўлланилади. Теониколни 0,15-0,3 г дан 2-3 маҳал овқатдан сўнг 20-30 кун мобайнида ичиш тавсия этилади. Жароҳат ўчоғини маҳаллий даволаш учун фурациллин, калий перманганат (1:10 000), витадерм эритмалари, натрий хлоридли гипертоник эритма шимдирилган боғламалар қўлланилади. Йирингли ажратмалардан жароҳат ўчоғлари тозалангач криодеструкция, лазерли нурлашлар (гелий-неонли ва неодимли лазерлар) қўлланилади. Ўта оғир ҳолатларда ўчоғни кесиб олиб ташлаб, пластик ёки яқин фокусли рентгенотерапиядан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ТЕРИ ОРТИҚЛАРИНИНГ НУҚСОНЛАРИ ВА ЯХШИ СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИ

Сирингома

Сирингома — бу яхши сифатли ўсма касаллиги бўлиб, теридаги тер безларининг ривожланиш нуқсони ҳисобланади (А.К. Апатенко, 1973).

Терида симметрик жойлашган, думалоқ, диаметри 1—2 мм дан 4—5 мм гача бўлган, ранги сарғиш-жигарранг, зич, тери юзасидан бир оз кўтарилиб турувчи кўп сонли тугунсимон элементлардан ташкил топган бўлади. Кўп жойлашадиган соҳалари – периорбитал соҳа, қовоқлар, бўйин, кўкрак, тананинг ён соҳалари, жинсий аъзолар. Кўпинча касаллик аёлларда кузатилиб, болалик йилларидан бошланади.



Расм 28. Сирингома.

Гистологик текширувда дерманинг юзаки ва ўрта қисмларида кўп сонли майда кистозли кенгайган, деворлари икки қаватли эпителиал ҳужайралардан қопланган **найчалар** аниқланади. Кистанинг чиқиш тешигига қараган ҳужайралар эккрин тер безларининг чиқарув протокларидаги ҳужайраларга ўхшаб кетадилар. Кисталардан ташқари майда тўқ қорага бўялган ҳужайрали **тортмалардан** (уларни бир қисми кисталар билан боғланган бўлиб, “думга” ўхшайди) иборат гистологик манзара кузатилади. Бу сирингома учун характерли белги ҳисобланади.



Расм 29. Сирингома.

Касаликни характерли клиник кечишига, манзарасига ва гистологик текширувлар натижаларига кўра диагноз қўйилади.

Сирингомани тер безларининг бошқа ўсма касалликларидан **дифференциал диагностика** (фарқлаш) қилиш лозим. Булар: сўрғичли сирингоцистаденома, эккрин спираденома, кўп сонли ксантомалар.

Сўрғичли сирингоцистадеома – солитар ўсмали ҳосилалардан иборат бўлиб, асосан бошни сочли қисмида, чов ва қўлтиқ ости бурмаларида жойлашади, сирингома сингари юзи ва тана териси жойлашмайди. Гистологик текширувда плазматик ҳужайралардан иборат папилломатоз ва қалин инфилтратлар кузатилиб, дермада кўп сонли кисталар бўлмайди.

Эккрин спираденома эркакларда кўпинча учраб, кўп холларда солитар ўсма кўринишида бўлади ва пальпацияда оғриқ билан кечади. Гистологик текширувда эккрин спираденомада спираденомадан фарқ қилиб дермада кўп сонли кистоз ҳосилалар бўлмайди.

Кўп сонли тугунчали ксантомада сарғиш ёки сарғиш-тўқ сариқ рангли элементлар бўлиши характерлидир. Гистологик текширувда ксантомали ҳужайралар аниқланади.

Даволаш. Ўсмалар кюретаж ёки электроэксцизия ёрдамида олиб ташланади.



Расм 30. Сирингома.

Сўрғичли сирингоцистаденома

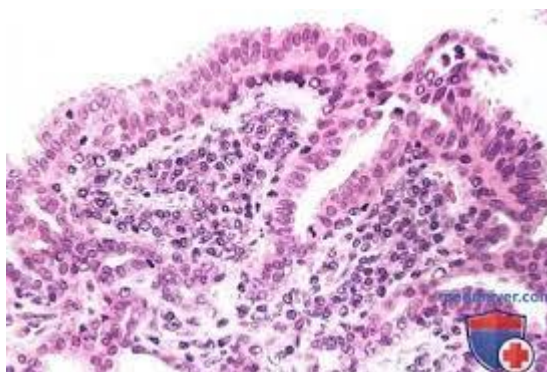
Сўрғичли сирингоцистаденома — кам учрайдиган тер безларининг яхши сифатли ўсмаси. Касаллик иккала жинсда болалигидан бошланади.



Расм 31. Сўрғичли синрингоцистаденомани

Касаллик ўчоғида солитар ўчоғлар бўлиб, уларни ранги тўқ пушти рангда, тери юзасидан кўтарилиб туради. Ўсманинг юзаси нотекис, сўрғичсимон ўсимталар кўринишида бўлади, уларни юзаси кулрангсимон тангачалар билан қопланган бўлиши мумкин. Ўсма бошни сочли қисмида, бўйин, чов ва қўлтиқ ости чуқурлигида жойлашади. Нодуляр-пилакчали хосилалар билан бирга сўгалсимон, кистоз тошмалар кузатилади.

Гистологик текширувда дермада папилломатоз, кистоз хосилалар ва тубуляр тўзилишли манзара аниқланади. Улар плазматик хужайралардан иборат қўйиқ инфилтратлар билан ўралган бўлади. Кўп бўлмаган ҳолатларда ривожланишга улгурмаган безлар ва соч тузилмалари учрайди.



Расм 32. Сўрғичли сириноцистаденома гистологик кўриниши.

Диагноз гистологик ва патоморфологик текширувга асосан қўйилади.

Сўрғичли синрингоцистаденомани синрингома, ёғ безларининг невуси ва базалиома билан фарқлай билаш лозим.

Ёғ безлари невусида ёғ безлари тўзилишили хужайралар пролиферацияси кузатилиб, улар эпидермисни базал хужайраларини эслатиб юборадилар.

Даволаш. Сўрғичли синрингоцистаденома кюретаж ёки электроэксцизия усуллар ёрдамида даволанади.

Эккрин спираденома

Бу яхши сифатли тер безларининг ўсма касаллиги ҳисобланиб, эккрин тер безлари билан гистогенетик боғлиқлиги бордир.

Клиник манзарасида терида чуқур жойлашган 3-5 см ўлчамдаги, юмалоқ, зич бўлган, тери юзасидан кўтарилиб турувчи солитар ўсма кузатилади. Бу ўсмалар пальпация қилиб кўрилса, уларда оғриқ аниқланади. Тошмалар юз ва баданнинг олдиданги юзалари терисида жойлашиб, кўпроқ ёш йигитларда учрайди. Кафт ва тоvonлар жароҳатланмайди [Вихерт А.М. и др., 1973].



Расм 33. Эккрин спираденома.

Ўсмаларнинг бўлак-бўлак бўлиб, капсула кўринишида эпидермис билан боғланмаган ҳолатда бўлиши характерлидир. Ўсманинг конгломератларида 2 хил ҳужайралар фарқ қилинади: тўқ ва оч рангдагилари, улар баъзан базалиома ўчоғларини эслатувчи соҳаларни шакллантиради.



Расм 34. Эккрин спираденома.

Диагноз гистологик ва патоморфологик текширишларга асосланиб қўйилади.



Расм 35. Эккрин спираденомани гистологик манзараси.

Эккрин спираденома синрингома, эпидермоид ва дермоид кисталар, липома, эккрин поромалар билан дифференциация қилинади.

Эпидермоид киста эккрин спираденомадан бошни сочли қисмида кўпроқ жойлашиши билан, юмшоқ консистенцияга эга бўлганлиги билан, оғриқ бўлмаслиги ва жароҳатланган соҳаларда пайдо бўлиши билан фарқ қилади. Гистологик текширувда бўшлиқ ҳосил қилган, деворлари эпителий билан қопланганлиги аниқланади.

Дермоидли киста туғма касаллик ҳисобланиб, эмбрионал тирқишлар бирлашган жойларда кузатилади, оғриқсиз кечади. Гистологик текширишда бўшлиқлар кузатилиб, уларни девори эпидермис ва терининг эпидермал ортиқлари билан қопланган бўлади.

Липомалар – юмшоқ ёки юмшоқ-эластик консистенцияли, оғриқли, эпидермис билан қўшилмаган бўлади. Гистологияда ёғ тўқимаси аниқланади.

Эккрин порома ёши катта бўлган кишиларда ва қарияларда кузатилиб, сеvimли соҳалари бўлиб товон ва кафтлар ҳисобланади Тошмалар юзаки жойлашиб, яраларга айланиши, қон оқиши кузатилади. Бундай манзара эккрин спираденомада кузатилмайди.

Даволаш хирургик йўл билан амалга оширилади.

Эккрин порома

Эккрин порома — эккрин безининг найчалари интраэпидермал қисмининг яхши сифатли ўсма касаллигидир. Н. Pincus и соавт. (1956) томонидан биринчи марта маълумот берилган бўлиб, кўпинча 40-50 ва ундан катта ёшдаги кишиларда учрайди.

Жароҳат ўчоғида яссисимон, солитар, юзаси силлиқ ёки гиперкератотик ўсма

кузатилиб, диаметри 1-2 см, ранги пуштидан то тўқ-жигарранг рангда бўлади. Пальпацияда оғримайди. Кўп марта жароҳатланса қон чиқувчи яраларга айланиши мумкин. Асосан товон, кафт, қўл бармоқларини ички юзаларида жойлашади. Баъзи бир олимларнинг кузатишларича ўсмалар елкада учраши ҳам мумкин экан (А.К. Апатенко. 1969). Баъзи бир муаллифларнинг [Goldner R., 1970] маълумотларига кўра эккрин пороматоз ҳам кузатилади, яъни кафт ва товонларда 100 ортиқ элементлар бўлади. Узоқ вақт давом этган поромаларда ёмон сифатли аналоглари ҳам ривожланиши мумкин [Pinkus H., Mehregan A.H., 1963].



Расм 36. Эккрин порома

Гистологик текширилганда эккрин порома ўсмасида базалоидли, аммо йирик ўлчамли, майда интенсив бўялган ядроли кенг, бир бири билан анастомоз ҳосил қилган тортмалардан иборат хужайралар тўплами аниқланади. Шу хужайраларда кўп микдорда гликоген борлиги характерлидир.

Диагноз клиник кечишини ўзига ҳос томонларига ва гистологик текширувни натижаларига асосланиб қўйилади.

Эккрин поромани товон ва оддий сўғаллар, базалиома, эккрин спираденома касалликларидан фарқ қилиш лозим.

Товон сўғаллари босим бўлган соҳада пайдо бўлади, оғриқ билан кечади, чегараланган, ўчоғли гиперкератоз терини чуқур қисмига ботиб кирган бўлади. Куч билан кўчириб кўрилган мугуз массалари остида сўргичли юзалар кузатилади. Гистологик текширишда кескин кузатилаётган гиперкератоз, папилломатоз ва эпидермиснинг тикансимон ва донатор хужайраларида вакуолизация аниқланади.

Оддий сўғаллар папилломатоз юзали бўлади, товон ва кафтнинг ички юзаларида жойлашади.

Базалиома кафт ва товонларда кам учрайди, юзаси ясси, текис,

телеангиоэктазиялар билан бўлади, периферик қисмида майда ўсмасимон элементлардан ташкил топган валик бўлади. Гистологияда – типик палисадосимон жойлашган базалоид ҳужайралар аниқланади.

Сўргичли гидраденома

Сўргичли гидраденома – апокрин тер безларининг яхши сифатли ўсмасидир.

Кўпинча апокрин тер безлари кузатиладиган аёлларни катта уятли (жинсий) лабаларида, чов оралиғида, кам ҳолатларда терининг бошқа соҳаларида жойлашади.

Ўсма шарсимон, юмшоқ-эластик консистенцияли, ҳаракатчан, оғриқсиз, диаметри 1—2 дан 4—5 смгача бўлади. Шундай йирик ҳосилалар терининг юзасига ҳам чиқиб туради.



Расм 37. Папилляр гидраденома

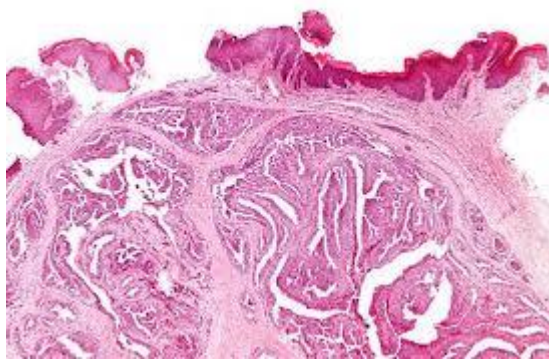
Ўсма дерманинг чуқур қатламларида жойлашиб. Капсула билан ўралган, эпидермис билан боғланмаган бўлади. Кўпинча найчали, кистоз ҳосилали, безсимон тузилишга эга бўлади. Девори апикал турига ўхшаш секрецияли апокрин безларининг призматик ҳужайраларидан ташкил топганлиги аниқланади.



Расм 38. Папилляр гидраденома

Гидраденоманинг морфологик структурасининг қай бири кўплигига кўра

безсимон, безсимон-кистозли ва тубуляр вариантлари тафовут қилинади.



Расм 39. Сўрғичли гидраденома гистологик манзараси.

Диагноз қўйиш унчалик қийинчилик туғдирмайди.

Сўрғичли гидраденома сўрғичли синрингоцистаденомадан, кисталардан (дермоид, эпидермоид) дифференциация қилинади.

Сўрғичли синрингоцистаденома беморни болалик ва ўспиринлик ёшида, бошини сочли қисмида, бурун ва бўйин соҳасиларида папилляр ўсимталар кўринишида пайдо бўлади. Гистологик текширишда бўшлиқни деворлари апикал туридаги секреция қилувчи хужайралар топилмайди. Дермада плазматик хужайралардан, яхши ривожланмаган ёғ безлари ва соч фолликулаларидан иборат кўйик инфилтрат бўлади.

Эпидермоид ва дермоид кисталар беморни болалик даврида ёки жароҳатлардан кейин бошни юз қисмида тошади, гистологик манзараси сўрғичли гидраденома дан фарқ қилади.

Даволаш хирургик йўл билан амалга оширилади.

Фолликуляр кератома

Син.: инвертированный фолликулярный кератоз, инфундибулома, акротрихома, фолликуляр парома.

Бу касаллик ҳақида биринчи марта Е. Helwig (1955) маълумот берган. Аммо ҳозирги давргача келиб чиқиши, дифференцировкаси ва нозологияси номаълумлигича қолмоқда.

Баъзи бир муаллифлар фолликуляр кератомани алоҳида нозолигик яхши сифатли касаллик сифатида талқин қилишса (гистологик текширувда соч

фолликуласинининг воронкасидаги эпителий билан боғланганлиги аниқланади), бошқа муаллифлар эса уни оддий сугалларни инвалюцияси туфайли келиб чиқган деб, ёки “қитиқланган” себореяли сўгал деб фикр юргизишади.

Headington ни фикрича, фолликуляр каналда кератинизацияни 3 хил тури бор: кутикуляр, трихолеммал, эпидермал. Фолликуляр кератома учун характерли булган ясси эпителиал “ғовакланиш” учламчи мухитда эпителиоцитлар гуруҳини нотўғри сферик кўринишидир, кератинизация бунда эпидермал тури кўринишида булади. Бундай ориентация меъёрда эпидермисга ва соч фолликуласига нохарактерли бўлиб гистогенетик спецификага эгадир. Шунинг учун Headington, инвертир фолликуляр кератозни *keratoma incognita* деб атади.

Фолликуляр кератома кам учрайдиган ўсма бўлиб, терини эпителиал ўсма касалликларини 1 — 1,4 % ни ташкил қилади. Кўпроқ аёлларда (1,7:1) учрайди, беморларни ёши эса 25—83 ни ташкил қилади. Асосан тошмалар юз териси ва бошни сочли қисмида кузатилади.



Расм 40. Фолликуляр кератома, пешона ва бошни сочли қисми чегарасида.

Ҳар хил конфигурацияли папилломатоз ўсимталар кўринишидаги ўсма, баъзан гуруҳлашган пиллакчасимон ёки тугунсимон кўринишда бўлади. Ўлчамлари 0,5—1,0 см, пушти рангда, марказида кескин сезилувчи гиперкератоз ўсма холида кузатилади. Кам ҳоллардагина фолликуляр кератома ярага айланади ва балиомани эслатиб юборади.

Ўсма кератиноцитлари дифференцировкани ҳар хил босқичда бўлишиб, ўчоғсимон ва диффуз кератинизация белгилари билан кечаётган эпителиал тортмалар ҳосил қилади. Тортмалар ўзи эпидермис ёки соч фолликулаларининг воронкалари билан боғлиқ бўлади. Кератинизациянинг ўчоғлик туридаги концентрик тузилмалар (ғоваклашишли) характерлидир. Кератинизациянинг

диффуз тури гипер- ва паракератоз билан бирга кузатилади, ўсмалар ичига кератин массалари ботиб киради ва воронкасимон пробкаларни кўринишида бўлади. Баъзан ўсмалар кератин кисталарига шаклланиб, меланинга ўхшаб қолади.

Концентрик тузилмаларни ультраструктурали текширишда ҳужайраларда тонофиламентли тутамларини кўплаб миқдори борлиги аниқланди [Вавилов А.М., 1990]. Тонофиламент тутамлари ҳужайра мембранаси яқинига келмайди ва алоҳида жойлашган тўпланмалар сифатида кўринади. Ҳужайралар аро десмосом туридаги контактлар кам сонли, қисқарган ва бир-биридан анча узоқ масофада жойлашган. Десмосомаларга яқинлашган тонофиламентнинг тутамлари қисқарган бўлади. Тугалланмаган характердаги кератинизациянинг эпидермал тури ҳужайраларнинг концентрик тузилишлари ультратузилишини характерли белгиларидан бири ҳисобланади.

Фолликуляр кератомани себореяли кератоз, кератоакантома ва трихобазалиомадан фарқлай билиш лозим.

Себореяли кератозда кўп сонли йирик пигментли ўчоғлар бўлиб, улар ёгли қалоклар билан қопланган, пролифератларнинг пилоидли дифференцировкаси ва ўчоғли кератинизацияси кузатилади.

Кератоакантомада цикли ривожланиш (ривожланиш, стабилизация ва регрессив фазалари), ўз-ўзидан тузалиб кетиш, марказида кратер бўлиши, уни атрофида эса эпидермиснинг рельефини аниқлигини йўқолган эпителиаль зонанинг борлиги кузатилади. Гистологик текширувда эпидермиснинг мугуз массаларидан тумшиғсимон кўринишида осилиб туриши аниқланади. Фолликуляр акантомага эса ўчоғли кератинизация билан пролифератларнинг пилоидли дифференцировкаси характерлидир.

Трихобазалиоманинг гистологик тузилиши фолликуляр кератоманинг тузилишига ўхшаб кетади, аммо трихобазалиомада тиканаксимон ҳужайраларнинг пролиферацияси бўлмайди ва уларнинг ўчоғли кератинизацияси кузатилмайди.

Даволаш. Ўсмалар электроэксцизия, криодеструкция қилинади, кесиб олиб ташланади.

Гемангиома

Гемангиома (*Haemangioma*) – бу қон томирларининг яхши сифатли ўсмаси. Капилляр, артериал, каверноз ва аралаш гемангиомалар ҳамда грануляцион туридаги гемангиомалар фарқ қилинади.



Расм 41. Гемангиома

Клиник манзараси. Капилляр гемангиома эндотелийни пролиферацияси билан капиллярларни кенгайтишидан ташкил топган. Ягона ёки кўп миқдордаги доғлар аниқ чегарали ёрқин қизил рангли бўлади. Туғилганида ёки ҳаётини биринчи 2 ойида пайдо бўлади. Типик локализацияси – юз, бошни сочли қисмини, бел, кўкракни олдинги юзасини териси. 60% беморларда гемангиомаларни инволюцияси 5 йилга тўғри келади.

Артериал гемангиома инсонни туғилганидан бери мавжуд бўлади ва ёрқин пушти рангли аниқ чегараланган кўп сонли доғлар кўринишида кузатилади. Бу доғларни ўлчамлари турли вариацияда, хилма-хил, катталиги танани деярли ярмигача бўлиши мумкин. Кўпинча бўйинни орқа юзасида ва юзда, шиллиқ қаватларда жойлашиши мумкин.



Расм 42. Гемангиома

Каверноз гемангиома қон билан тўлган ва бир қаватли эпителий билан қопланган катта бўшлиқлардан ташкил топган бўлади. Турли хил ўлчамдаги ягона ёки кўп сонли ўсмасимон томирли ҳосилалар ва сирти нотекис юмшоқ

консистенцияли бўлади. Уларнинг юзасидаги тери ранги ўзгармаган ёки кўкимтир сояли бўлади. Ўчоғлар юзда, бошни сочли қисмида, қўл-оёқларда, думбаларда, баъзида оғиз шиллиқ қаватида жойлашади.



Расм 43. Капилляр гемангиома, чап қовоқ соҳаси.

Аралаш гемангиома каверноз ва капилляр компонентли таркибдан иборат бўлади.



Расм 44. Инфантильная гемангиома.

Грануляцион туридаги гемангиома (пиоген гранулёма, телеангиэктатик гранулёма, оёқчали гранулёма, эруптив ангиома, ботриомикома) тез ўсувчи капилляр ангиома, иккиламчи яллиғланиш билан унча кучли бўлмаган шикастланишлардан кейин кўпинча ривожланади. улар кўпинча болалар ва ёш кишиларда ҳосил бўлади. 5-10 мм ўлчамдаги қизил, юмшоқ бўлган папула (баъзида йирикроқ бўлади) бўлиб, у гумбазсимон шаклли ёки бироз чўзинчоқ, асосида енгил тортилган, оёқчали кўринишли кўзиқоринни эслатади. Ажралиб, бир қатор ҳолатларда мацерацияга учраб, эпидермис “ёқача” кўринишда томирли ўсмани асосини ўраб олган бўлади. Томирли янги ҳосилани юзаси силлиқ, ялтироқ, нам, баъзан донатор ёки майда бўлакчали бўлади. Осон шикастланиш, яраланиш типик бўлади.

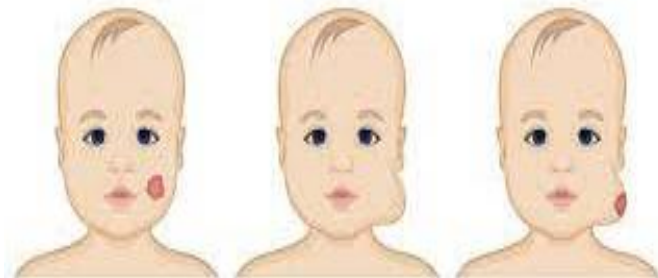
Патоморфология. Эпидермис атрофияга учраган, дермада кўп сонли янги ҳосил бўлган капилляр эндотелийси шишган, пролиферацияга учраган ва тешиклари

торайган.



Расм 45. Веноз гемангиома, дерматоскопик манзараси.

Капиллярлар ва эндотелийни пролиферация участкалари ғовакли, шишли стромали, ёш коллаген тутамларда ётади. Ўсманинг асосидаги соҳада эпидермис қалинлашган ва ўзига хос “ёқача” ҳосил қилади. Томирли ўсманинг ривожланишини дастлабки босқичларида яллиғланишли реакция бўлмайди.



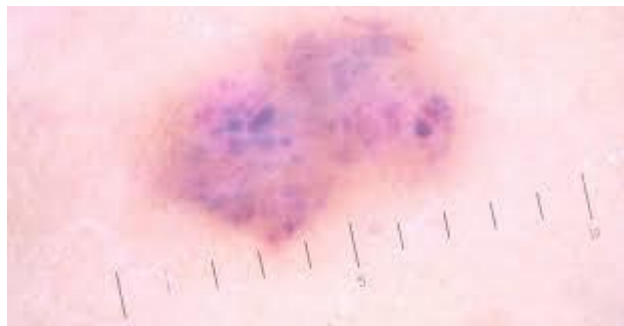
1.Юзаки; 2. Чукур; 3. Аралаш

Расм 46. Гемангиомалар терида жойлашаши бўйича

Диагностикаси. Ўзига хос клиник манзарасига асосланган. Керак бўлганда патоморфологик текшириш амалга оширилади.



Расм 47. Гемангиомани гистологик манзараси.



Расм 48. Гемангиомани дерматоскопик манзараси.

Дифференциал диагностикаси. Гемангиома амеланотик тугунли меланома, терини ясси хужайрали раки, ангиома, Капоши саркомаси, кератоакантома, бацилляр ангиоматоз, ички аъзоларни ёмон сифатли ўсмаларини терига метастазлари билан дифференциал диагностика қилинади.

Даволаш. Хирургик кесиб олиб ташлаш, лазеродеструкция, электрокоагуляция даволаш усуллари қўлланилади.

Лимфангиома

Лимфангиома – лимфатик томирларни яхши сифатли ўсмаси ҳисобланади. Кўпинча чақалоқлик даврида келиб чиқади ва турли хил аномалиялар билан бирга келиши мумкин, шунингдек гемангиома билан ҳам.

Лимфангиомаларни капилляр (оддий), кистозли ва каверноз шакллари тафовут қилинади.

Лимфангиомани барча шакллари терини барча соҳаларида пайдо бўлиши мумкин.

Капилляр (оддий) лимфангиомада диффуз зичлашишга эга бўлган доғлар пайдо бўлади. Ўсмани юзасидаги тери бурмаларга йиғилмайди.

Кистоз лимфангиома гуруҳлашган тиниқ бўлган, шишли, зич фонда жойлашган пуфакчали элементлар борлиги билан характерланади, улар беморни чақалоқлик давридан шакллана бошлайди. Севимли соҳалари – юз, бўйин, қўлтиқ ости чуқурчаси.

Каверноз лимфангиома кам учрайди. Бу касаллик учун йирик, кўп сонли, шишли, зич асосда жойлашган ўсмалар кузатилади. Оёқларни диффуз жароҳатланиши, ҳажмини катталашиши мумкин.

Каверноз ва кистоз лимфангиомани фонида папилломатоз, гиперкератоз келиб чиқиши мумкин.

Лимфангиомани барча шаклларида дермани юзаки ва чуқур бўлимларидаги лимфатик томирларни кенгайиши, фиброз тўқимани ривожланиши, эпидермисда акантоз ва папилломатоз кузатилади.

Лимфангиомага диагноз қўйишда клиник ўзига хосликка ва гистологик текшириш натижаларга асосланилади.

Лимфангиома чегараланган склеродермия, гемангиома, туғма фил оёғи (слоновость) каби касалликлар билан дифференциал диагноз қилинади.

Чегараланган склеродермияда тўқималарни зичлашиши ва эпидермисни атрофияси кузатилади. Лимфангиомани асосий белгиларидан бири бу механик жароҳатланишда ёки жароҳат ўчоғини тешиб кўрилганда суюқликни (лимфани) чиқишидир.

Туғма фил оёғи (сони) учун оёқларни гипертрофияси, уларни лимфатик томирларни кенгайиши натижасида қалинлашиши, терини ва тери ости клетчаткани яллиғланишли инфильтрацияси характерлидир.

Лимфангиомаларни даволаш жарроҳлик йўли билан олиб борилади.

Лейомиома

Лейомиома – яхши сифатли ўсма бўлиб, силлиқ мускуллар толаларидан келиб чиқади.

Лейомиомани 3 хил тури кузатилади: кўп сонли лейомиома – сочни кўтарувчи мускулдан ривожланиб чиқади; солитар лейомиома – жинсий аъзолар ва сут безларини сўрғичларини жароҳатлайди; ангиолейомиома – терини майда томирларидан пайдо бўлади.

Сочни кўтарувчи силлиқ мускуллардан ривожланувчи лейомиомада майда, диаметри 3–5 мм, думалоқ ёки овал ўсмасимон элементлар кузатилиб, уларни юзаси силлиқ, консистенцияси зич, пальпацияда кескин оғриқли, ранги меъърдаги тери ёки пушти рангда бўлади.

Кўп ҳолларда элементлар кўп бўлади, баданни, қўл-оёқларни терисида, гуруҳлашишга мойил ҳолатда кузатилади.

Солитар лейомиомалар одатда йирик ўлчамда бўлади. Ангиолейомиома одатда битта ўсма холи кўринади, тери юзасидан биров кўтарилиб туради, юзаси

ўзгармаган ёки қизғиш-қўқимтир рангда кузатилади. Бир неча элементлар бўлиши мумкин. Ўсма кўпинча оёқ-қўлларда, асосан бўғимларга яқинроқ жойлашади, беморни оғриқлар кўп сонли лейомиомага нисбатан камроқ безовта қилади. Касаллик ирсий берилган бўлиши мумкин.

Гистологик: яхши чегараланган, мускул толаларини йўғон тутамларидан ташкил топган, бириктирувчи тўқима билан ўралганлиги аниқланади. Ўсма билан эпидермис орасида кўпгина қон ва лимфа томирларини кенгайганлиги кузатилади [Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986].

Диагноз қўйиш қийинчилик келтириб чиқармайди.

Сочни кўтарувчи силлиқ мускуллардан ривожланувчи лейомиомани синрингомалар билан, ангиолейомиомани каверноз гемангиомадан фарқлаш лозим.

Синрингома оғриқсиз, асосан баданни олдинги юзасида, бўйинда, елка соҳасида жойлашади.

Каверноз гемангиома бўғимлар атрофида жойлашмайди, кўпинча чақалоқларда кузатилиб, бўлакчалар кўринишда бўлади.

Давоси жарроҳлик йўлидир (электроэксцизия). E.G. Piccolino ва ҳаммуаллифлар (1986) кўп сонли лейомиомадаги оғриқ симптомини олиш учун кальций антогонисти нифедипин препаратидан муваффақиятли фойдаланишган.

Трихоэпителиома

Син.: Брукнинг аденоид-кистозли эпителиомаси, трихоэпителиоматозли невус, кўп сонли яхши сифатли кистозли эпителиома, аденоид-кистозли акантома, кистозли эпителиоматоз невус, фолликуляр невус, трихоэпителиоматоз аденоидли-кистозли невус ва б.

Кескин намоён бўлган ўсманинг тузилишидаги полиморфизм, кўплаб синонимларни келтириб чиқаришга сабаб бўлди ва баъзи классификацияларда Брукнинг аденоидли-кистозли эпителиомаси ва трихоэпителиомаси мустақил нозолик шакллар ҳисобланишига олиб келди [Вихерт А.М. ва б., 1973; Апатенко А.К., 1973]. А.К. Апатенко фикрича Брукнинг эпителиомаси ва трихоэпителиомаси соч фолликула ва тер безларининг ривожланиш нуксонидир. Келиб чиқиши трихоген омилли трихоген ҳосиласига эга ўсмалар деб А. French, J. Headington

(1962), бу касалликни ёзиб ўтишди. А.М. Вихерт ва ҳаммуаллифлар, соч фолликуласи ўсмалари бўлимида трихоэпителиома ва трихоген ҳосилали ўсмани ажратиб мустақил нозолик шакл сифатида кўрдилар, Брук эпителиомасини эпителиал ўсмалар ва мураккаб тузилишли ривожланиш нуқсонлари бўлимига киритди.

Бутун жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг классификациясига (1980) ва охириги йиллардаги қўлланмаларга кўра [Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1983; Ackerman A.V. et al., 1993], аста-секин тўпланган маълумотлар ва клинко-морфологик кўринишларига асосан янги ўсмалар орасида трихоэпителиома термини асосий бўлиб қолди.

Клиник манзараси. Оддий ва десмопластик трихоэпителиома тафовуд қилинади. Оддий трихоэпителиома солитар ва кўп сонли бўлиши мумкин.

Солитар трихоэпителиома кўпинча 9 ёшдан 87 ёшгача (ўртача 50 ёш) бўлган аёлларда (А.В. Ackerman ва ҳаммуаллифлар, 1993 й. маълумотида кўра, 3:1 нисбатда) пайдо бўлади. Асосий жойлашадиган соҳалари – юз терисида, жумладан лунж, бурун қанотлари, кулоқ супраси. Ўсма папилломатоз ёки фибропапилломатоз ўсиқлар кўринишдай, зичроқ консистенцияли, юзасида кенгайган капилляр пушти ёки тана ранги каби бўлади. Ўсма атрофидаги терида инфильтрация йўқ ва секин ўсади.



Расм 49. Трихоэпителиома

Кўп сонли трихоэпителиомада 50-75 % ҳолатларда оилавий характерга эга бўлади ва аутосом-доминант турида наслдан наслга берилади. Биринчи элементлар беморни болалик давридан бошланиб, уларни ўсиши ва сони пубертант даврига

бориб ортади. Кўп сонли зич консистенцияли дерма ичида жойлашган диаметри 2-8 мм ли элементлар тери юзасидан бироз кўтарилиб туради, бурун-лаб бурмаларидаги тошмалар тана рангидай, қош ёйи юқориси қисмида, каншар (переносица), пешона, кулоқ супраси, кулоқ орти соҳасида, бошни сочли қисмида, кураклар орасидаги соҳада пайдо бўлади. Алоҳида жойлашган ўсма элементлари қўшилиб конгломератлар ҳосил қилади. Кулоқ супраси ортида жойлашганида улар эшитув йўлаги (слуховой проход) ни механик окклюзиясини сабабчиси бўлиб қолади ва кейинчалик эшитишни пасайишига олиб келади. конгломерат кам ҳолларда ярага айланиши ва базалиомани белгиларини келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Баъзан кўп сонли трихоэпителиомалар бошқа генезга эга бўлган ўсмалар (экрин спираденома, цилиндрома) билан бирга кузатилиши мумкин.

Гистологик трихоэпителиома дермада жойлашган фолликуляр ва герминатив хужайралардан иборат бўлади. Шу соҳаларда ҳар хил конфигурацияга эга бўлган тузилишли шаклларни (шингилсимон (гроздевидные, тўрсимон (сетевидные ва б.)) ҳосил қилади ва инфундибуляр-кистоз комплекслар билан боғланган бўлиши мумкин.



Расм 50. Ўнг кулоқ соҳасидаги трихоэпителиома.



Расм 51. Юздаги трихоэпителиома.

Ўсмани чегаралари аниқ ва атрофида ўраб турган тўқимадан яхши кўриниб турган тирқишлар орқали ажралиб туради. Юқорида жойлашган комплекслар эпидермис билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу ҳолат асосан соч фолликуласи воронкасига эпителий фолликулалар аро ўтиш зоналарида кузатилади.

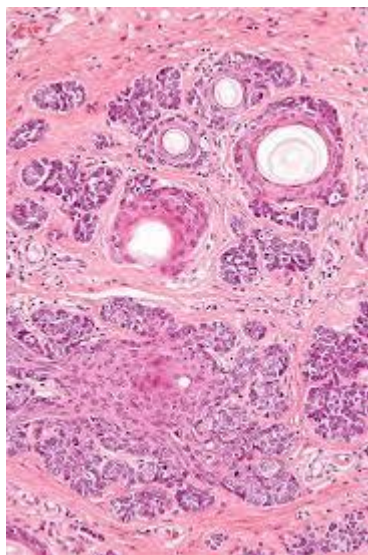
Хужайрали комплекслар ўлчамлари ва шакли ҳар хил бўлади. Комплексларни периферик қисмида жойлашган хужайралар чўзинчоқ призматик шаклда кузатилади. Фолликуляр дифференцировкали хужайралар тўпи хомила куртаги ёки рудиментар сўргичлар туридаги тузилишни ҳосил қилади. Уларни орасида мугузланувчи хужайралар тутувчи инфундибуляр-кистоз тузилмалар учрайди. Фолликуляр тузилмалар етилганлиги примитив куртакли эмбрионал туридаги элементлардан то сўргичли фолликуляр пиёзчали эслатувчи, фиброцитлар билан бой ва соч стержени каналлари нотўғри шаклланган кўринишда бўлади.

Ўсма стромаси кўп сонли узунчоқ фиброцитлар ва коллагенни нозик фибрилляр тутамларидан ташкил топган ва эпителиал комплекслар муфта каби ўраб олган бўлади. Фиброэпителиал комплекслар бир биридан тирқишлар билан ажралган бўлиб, ўсмалар изоляцияланган суббирликлардан ташкил топган бўлади. Бу белги базалиома билан дифференциал-диагностик ажратиб олинишига ёрдам беради. Тирқишлар строма ва хужайра комплексларини бўлиб туради.

Кам ҳолатларда эпителиал комплексларда апоптоз тури каби микронекроз ўчоғлари учрайди, буни натижасида стромада амилоид глобулларини кўриш мумкин бўлади.

Кўп ҳолатларда трихоэпителиомаларда яллиғланишли хужайрали инфилтратлар бўлмайди. Инфундибуляр-кистозли тузилмани деворини ёрилиши натижасида сурункали яллиғланишли реакция, гранулематоз, фиброз, кальций

тузларининг чўкиши кузатилиши мумкин.



Расм 52. Трихоэпителиомани гистологик манзараси

Диагноз ва дифференциал диагнози. Трихоэпителиомага клиник манзарасига ва гистологик текширишлар натижаларига асосланиб диагноз қўйилади.

Кўп сонли трихоэпителиомани базалиома, сириngoма, Прингл-Бурневилни тубероз склерозидан, солитар шаклини эккрин спираденома, дермоид ва эпидермоид кисталардан дифференциал диагностика қилиб олиш керак.

Базалиома (яъни трихобазалиома) жуда кам ҳолатларда ўспиринлик даврида пайдо бўлади ва ирсиятга боғлиқлиги кам ва истисно тариқасида Горлин-Гольц синдромида бу белгилар кузатилиши мумкин.

Базалиоманинг кўп сонли шаклида ўсмали элементлар мономорф бўлиб, турли клиник вариантлар билан кечиши характерлидир: юзаки шакллари ясси пиллакчали тугунлар, ўсмали элементлари – зич, тери юзасидан кўтарилиб турувчи ва телеангиоэктазиялар, ўсма ярали жароҳат ўчоғлари билан учрайди. Гистологик текширишда пролиферат базалоид ўсма ҳужайралар кузатилади. Улар трихобазалиомада пилоид дифференцировкага эга бўлади, соч қопчаларига ўхшаб кетувчи соҳалар ва кистозли ҳосилалар ўзида тутмайди. Базалиома цитологик текширилганда ўсма ҳужайралари қатлам бўлиб жойлашгани аниқланади.

Сириngoма кўпинча аёлларда ҳосил бўлади, бошда, юзда, баданда доимо симметрик жойлашади, тошмалар миллиумсимонлиги аниқланади. Гистологик текширувда дермани ўрта ва юқори қатламларида эпителий билан қопланган кўп

сонли, майда кистозли кенгайган йўллар (проток) билан характерли манзара кузатилади. Бу йўллар эккрин тер безларининг чиқарув йўлларидаги эпителийга ўхшаш бўлиб, ўзига хос тортмалари (тяжи) (кисталардан чиқадиган базалоид ҳужайраларидан ташкил топган “думчалар”) кўринишида бўлади.

Тубероз склерозда қўнғирсимон, майда, кўп сонли ўсмасимон ҳосилалар юзаки жойлашади. Энгак соҳаси (подбородок) бурун-лаб тери бурмаларида тошмалар симметрик жойлашади. Гистологияда дермада фиброз склероз, ёғ безларининг атрофияси аниқланади.

Эккрин спираднома асосан эркакларда пайдо бўлиб, терини чуқур қатламларида жойлашади ва пальпацияда ва спонтан (қўққисдан) келиб чиқадиган оғриқлар билан кузатилади, безли тузилишга эга бўлади.

Дермоид ва эпидермоид кисталар катта ўлчамда бўлади. Гистологик текширувда эпидермоид кистада эпителийлар билан қопланган тери ҳосилалари йўқ бўшлиқлар кузатилса, дермоидли кистада тери ҳосилалари ҳам бўлади.

Трихоэпителиомани даволашда электроэксцизиядан, криодеструкциядан, лазерли коагуляциядан фойдаланилади. Цитостатик малҳамлардан аппликациялар (5 % ли 5-фторурацил, эфудикс, 30 % ли проспидин малҳами) ҳам яхши самара беради. R. Wheeland ва ҳаммуаллифлар (1984) 3 нафар беморда углекислотали лазер ёрдамида терапевтик эффект олган.

Цилиндрома

С и н.: саллали ўсма (опухоль тюрбанная), Шпиглер ўсмаси.

Бу ўсмани биринчи марта Н. Ansell 1842 йили, кейинчалик Е. Spigler (1899) ёзиб ўтган. Кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра [Головин Д.И., 1958; Апатенко А.К., 1973; Вихерт А.М. и др., 1973; Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986; Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1983], касаллик мураккаб тузилишга эга бўлган тери ҳосилаларидан келиб чиқдиган ўсмалар каторига киради. Кўплаб изланувчилар ўсмани гистологик текширувида трихоэпителиома, апокрин ва эккрин тузилишли гистологик элементларни аниқлашган [Машкиллейсон Л.Н., Смелов Н.С., 1931; Апатенко А.К., 1973; Lever W.F., Hachimoto K., 1966; Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1983].



Расм. 53. Цилиндрома.

Цилиндрома –яхши сифатли ўсма ҳисобланади, аммо адабиётларда солитар ва кўп сонли жароҳат ўчоғларини ёмон сифатли ўсмаларга трансформацияси кузатилгани ҳақида маълумотлар бор [Luger A., 1949; Gertler W., 1953; *Komting* G.W. et al., 1970], шунингдек регионар лимфатик тугунларга ҳам метастаз берганлиги кузатилган. Цилиндромани оилавий кузатилган ҳолатлари, авлоддан авлодга аутосом-доминант тури бўйича берилиши мумкинлиги келитирилган [Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986].

Клиник манзараси. Цилиндрома учун аста-секинлик билан кўп сонли ва кам ҳолатларда солитар ўсмаларнинг ривожланиши, ёш аёлларда кузатилиши характерлидир. Цилиндроманинг энг кўп учрайдиган соҳалари бу бошнинг сочли қисми ва юздир.



Расм 54. Цилиндрома, множественная.

Ўсмалар зич, думалоқ бўлиб, тери юзасидан анча кўтарилиб туради. Бир бири билан қўшилиб, баъзан бошни барча сочли қисмини қоплаб турувчи конгломератлар

ҳосил қилади. У саллани эслатиб юборгани учун касалликни “саллали ўсма” деб ҳам аташган.

Ўсма юзаси сочлардан ҳоли бўлиб, очроқ ёки аниқ пушти рангга эга бўлади, телеангиоэктазиялар ичига сингиб борган бўлади. Баъзан ўсмалар баданда ҳам учрайди.



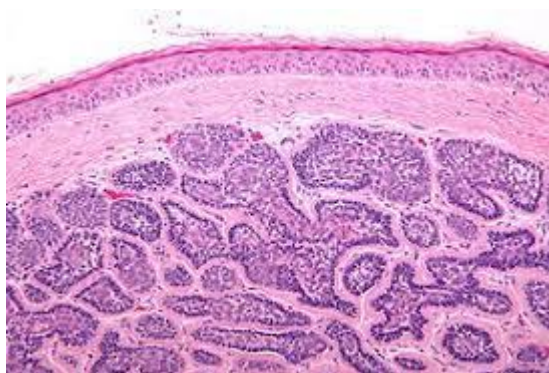
Расм 55. Цилиндрома.

Цилиндромани гистологик текширувида эпидермис билан боғлиқ бўлмаган ҳар хил шакли ва ўлчамли дерма ичида жойлашган ҳужайрали комплекслар билан характерлади. Комплекслар перифериясида жойлашган ҳужайралар майда, овал базофил ядроларга эга бўлади. Комплексларни марказидаги ҳужайралар ўлчами каттароқ, ёрқин цитоплазмага эга бўлишади. Баъзи бир бўлакчаларида икки қаторли эпителий билан қопланган катта бўлмаган бўшлиқлар ёки пушти рангли гомоген моддалар билан тўлган кисталар кузатилади. Ясси эпителиал структурали говаксимон концентрик жойлашган ҳужайралар учраб туради. Бўлакчалар аниқ кўриниб турувчи қалин гомоген мембрана билан ўралган бўлади. Кўпинча бўлакчаларнинг ичида, баъзи жойларда ташқи мембрана билан боғлиқ бўлган гомоген моддаларга ўхшаш тўпланмалар бўлади. Охирги йилларда ўсмани эпителиал комплексларини атрофидаги ва ички моддаси ультраструктураси ва иммуноморфологик моддаси базал мембранага ўхшаб кетади [Вавилов А.М., 1990; Weber L. et al., 1984; Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1990].

А.К.Апатенко (1973) цилиндромани дифференцировкасига кўра 4 та вариантга ажратади: гидраденоматозли (безли дифференцировка), трихоэпителиоматоз (пилоидли дифференцировка), нодифференцировкали ва аралаш тури (безли ва пилоидли дифференцировка).

Дифференциал диагноз. Цилиндромага типик клиник манзараси ва

гистологик текширишлар натижасига асосланиб диагноз қўйилади.



Расм 56. Цилиндромани гистологик манзараси.

Цилиндромани базалиома, эккрин спираденома, Дарье-Ферранни тугунли (ёки шишадиган) дерматофибросаркомаси, атерома билан фарқлаш лозим.

Базалиома юзасида эрозиялар, яралар ҳосил қилишга, тузилишини бузиб кетадиган ўсишга мойил бўлади. Шунингдек цилиндрома сингари катта ўлчамларга эга бўлмайди.

Солитар цилиндрома ва эккрин спираденомани клиник дифференцировка қилиш қийин, аммо баъзи бир беморларда эккрин спираденома жароҳат ўчоғларида оғриқ кузатилади. Ишончли гистологик белги бўлиб эпителиал комплексларни атрофида кўп қаватли базал мембрана борлигидир. Аммо бу белги эккрин спираденомани “цилиндроматоз” вариантыда етарли бўлмайди [Явелов В.А., 1974].

Дарье-Ферранни тугунли (шишадиган) дерматофибросаркомаси асосан эркакларда учраб, жуда кам ҳолатларда бошни сочли қисмида, кўп ҳолларда баданни елка соҳаларида жойлашади. Кўпинча ўсма ҳамирсимон ёки зич эластик консистенция солитар ўчоғлар кўринишида бўлиб, юзаси ярага айланиши мумкин. Цилиндромада фарқли томони шуки, касаллик тошмалари олиб ташлангандан сўнг бир неча ўн йил ўтгач ҳам қайталанишга мойилдир. Гистологик текширувда Дарье-Ферранни тугунли (шишадиган) дерматофибросаркомаси бириктирувчи тўқима ўсма ўзгаришлари кузатилади.

Атерома (соч кистаси) зич, баъзан оғриқли ўсмасимон ҳосила кўринишида бўлади. Ўчоғдаги сочлар сақланиб қолади. Гистологик атерома гомоген кератин ўзида сақловчи киста кўринишида бўлади.

Даволаш. Хирургик йўл билан ўсмалар олиб ташланади.

ТЕРИДАГИ МЕЗЕНХИМАДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ЎСМАЛАРИ

Фиброма

Фиброма – бириктирувчи тўқимани яхши сифатли ўсмасидир. Терини барча соҳаларида учраши мумкин. Уни ривожланиши беморни ёшига ва жинсига боғлиқ эмас.

Юмшоқ ва қаттиқ фибромалар фарқ қилинади.

Қаттиқ фибромада ўсма зич консистенцияга эга бўлиб, терини юзасидан кўтарилиб туради, ҳаракати чегараланган, меёърдаги тери рангида ёки кучсиз пушти рангли бўлади. Ўсманинг юзаси силлиқ, тери рельефи текисланган; биров гиперкератоз бўлиши мумкин. Асосан қаттиқ фиброма кенг асосли бўлади, аммо ингичка оёқли ҳам бўлиши кузатилган.

Юмшоқ фибромалар кўпинча бўйинда, кўкракнинг олдинги юзасида, белда, чов ва қўлтиқ остида бурмаларида жойлшади. Ўсма битта ёки кўп сонли, ҳар хил ўлчамдаги осилиб турган қопни эслатувчи элементлар кўринишида бўлиши мумкин. Ўсмани ўраб турувчи тери ажинли, бужмайган, пушти ёки жигарранг рангли бўлади.

Гистологик текширувда ҳужайраларнинг (фибробластлар, фиброцитлар) ва коллаген толалар тўпланганлиги аниқланади. Коллаген толалар тўри қанча яққол бўлса, фиброма шунча зичроқ бўлади.

Диагноз қўйиш одатда қийинчилик келтириб чиқармайди.

Қаттиқ фиброма пигментли невус, дерматофиброма, оддий сўгаллар билан дифференциал диагностика қилинади.

Пигментли невус кўп ҳолатларда беморда туғилган вақтидан бошлаб кузатилиши билан қаттиқ фибромадан фарқ қилиб туради ҳамда ҳамирсимон консистенцияга эга ва жигарранг бўлади.

Дерматофиброма оёқчада бўлмайди, балки терига ёпишган ҳолда кузатилади.

Оддий сўгал қаттиқ фибромадан папилломатоз юзалар, кўп сонли бўлиши, кўпинча болалар ва ўспиринларда бўлиши билан фарқ қилади.

Юмшоқ фибромани папилломалар ҳамда фибропапилломалардан ажрата билиш керак.

Папиллома юмшоқ фибромадан ўлчами кичиклиги, қопсимон осилиб турувчи элементлар бўлмаслиги билан фарқ қилади. Гистологик текширувда папиллома

эпидермисда сўрғичсимон ўсимталар борлиги билан, юмшоқ фиброма эса эпидермисда атрофия ва бириктирувчи тўқимани ўсиб кетиши билан характерланади.

Фибропапилломани юмшоқ фибромадан ажратиш қийин, чунки янги ҳосила бириктирувчи тўқимали ўсматир. Фибропапиллома чегараланган, оёқчада турувчи ўсма бўлиб, юмшоқ консистенцияга эга бўлади. Юмшоқ фиброма эса осилиб туради ва ингичка асосга эга ҳамда колбасимон шаклда кўринади.

Даволаш жарроҳлик йўли билан олиб борилади (электроэксцизия).

Дерматофиброма

Дерматофиброма — бириктирувчи тўқимани яхши сифатли ўсмаси ҳисобланади. Кўп ҳолларда аёлларни қўл-оёқларини терисида ҳосил бўлади, аммо тана терисини барча жойларида учраши мумкин.

Дерматофиброма битта ёки кўп сонли думалоқ ўсмасимон ҳосила бўлиб, терини чуқур қисмларида жойлашади. Кўп ҳолатларда ўсма терига ёпишган, тортилган, юқори полюси терини юзаси билан тенг жойлашган; бошқаларида эса терини юзасидан ярим шарсимон кўринишда кўтарилиб туради. Ўсмани ўлчами катта бўлмайди (2-3 ммдан 1,0-1,5 ммгача), консистенцияси зич ва тўқ-жигарранг бўлади.

Гистологик текширишда турли йўналишларда жойлашган ёш ва етилган коллаген толалар, фибробластлар ва шишли эндотелий билан майда қон томир капилляри кўп миқдорда тўпланганлиги аниқланади. Ю.К.Скрипкин ва Н.С.Мордовцевнинг маълумотларига кўра (1999) баъзи бир дерматофибромаларда гистиоцитлар тўпланганлиги аниқланади, шунинг учун уни гистиоцитома деб ҳам аташади.

Диагноз қўйиш қийинчилик келтириб чиқармайди.

Дерматофибромани пигментли невисдан дифференциал диагноз қилиш лозим. Пигментли невисда дерматофибромадан ҳамирсимон консистенцияга эга эканлиги ва кўпинча юзасида соч толалари борлиги билан фарқ қилиб туради.

Даволаш жарроҳлик йўли билан олиб борилади (электроэксцизия).

Дарье-Ферранани шишли дерматофибросаркомаси

1924 йили J. Darier, M. Ferrand лар томонидан мустақил касаллик шакли сифатида ажратилган, E. Hoffmann (1925) томонидан эса “шишишли Дерматофибросаркома” термина таклиф қилинган. Дарье—Ферранани шишишли дерматофибросаркомаси маҳаллий инвазив мезенхимал ўсма бўлиб, кўпинча эркакларни елкалари ва кўкраклари соҳасида пайдо бўлади.

Дарье—Ферранани шишишли дерматофибросаркомасида битта ўсмасимон ҳосила кузатилади. Баъзида бу ҳосила теридан анча кўтарилиб туради, юзаси силлиқ ёки юзаси ғадир-будир, нотекис, ўлчами 3-7 см ва ундан катта бўлади. Баъзан бир нечта ўсмалар пайдо бўлиб, улар бир бири билан қўшилиб йирик конгломератларни ҳосил қилади. Ўсмалар меёърдаги тери ранги каби ёки цианотик рангга бўлади, ярага айланиши мумкин. Дарье-Ферранани шишишли дерматофибросаркомаси секинлик билан ўсади, давога резистент бўлади. Кесиб ташлангандан сўнг касалликни рецидиви кузатилади, баъзида бир неча ўн йиллардан сўнг касаллик қайта ривожланиши мумкин.

Гистологик: ўсма дермада чуқур жойлашганлиги, тери ёғ ости клетчаткасига кириб боргани аниқланади. Атипик митозли, йирик ядроли хужайралар, ўсиб кетган коллаген толалар борлиги билан характерланади.

Диагноз қўйиш қийинчилик келтириб чиқармайди.

Дарье-Ферранани шишишли дерматофибросаркомаси цилиндрома, ясси хужайрали раки, кўзиқоринсимон микозни ўсма босқичи каби касалликлар билан дифференциал диагноз қилинади.

Экзофит ўсаётган ясси хужайрали ракни клиник белгилари шишишли дерматофибросаркомасидаги жараёнги ўхшаб кетади ва жуда тез ривожланади, тезда метастаз беради. Бундан ташқари, ясси хужайрали ракни асоси Дарье-Ферранани шишишли дерматофибросаркомасини асосидан янада зичроқ бўлади.

Қийин шароитларда гистологик текширишлар диагноз қўйишга катта ёрдам беради. Ясси хужайрали ракда тиканакли хужайраларда атипик пролиферация бўлса, Дарье-Ферранани шишишли дерматофибросаркомасида фибробластларни ва коллаген толаларни пролиферацияси кузатилади.

Қўзиқоринсимон микозни ўсмасимон босқичи, ҳаммадан бошсиз шакли, зич ўсмасимон ҳосилалар пайдо бўлиши билан характерланади. Беморларни чидаб бўлмас даражадаги қичишиш безовта қилади. Гистологик: қўзиқоринсимон микозда акантоз, лимфoid элементларнинг пролиферацияси кузатилса, Дарье-Ферранани шишишли дерматофибросаркомасида фибробласт ва коллаген толалар пролиферацияси аниқланади.

Даволаш жарроҳлик йўли билан олиб борилади.

ТЕРИНИ МЕЛАНОЦИТАР НЕВУСЛАРИ

Яхши сифатли аниқ чегараланаган терини пигментли ҳосилалари (naevus pigmentosus) туғма бўлиши мумкин, аммо улар кўпинча инсон туғилганидан сўнг пайдо бўлади.

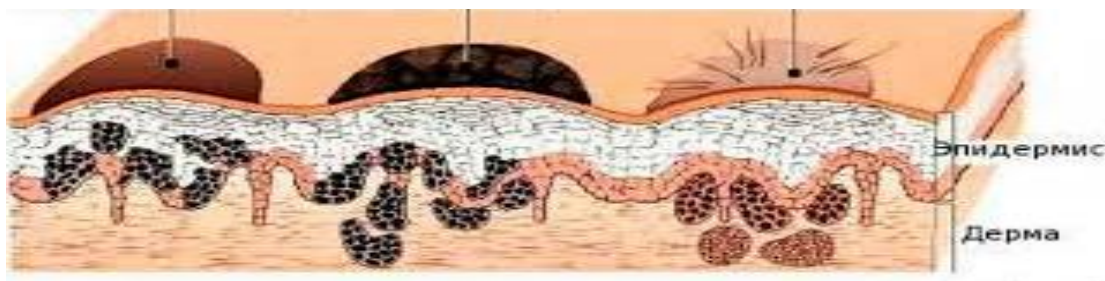
Невус (лотинча naevus; син: невоид щсма, туғма доғ) – ривожланиш нуқсони, невус ҳужайраларидан ташкил топган доғлар ёки ҳосилалар пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча невуслар тери, кам ҳолатларда шиллик қаватларда, конъюнктива ва кўзни томирли трактида жойлашиши мумкин. Инсонда тахминан 20 та невус аниқланади, баъзида уни сони 100 тадан ортиқ бўлиши мумкин.

Терини барча участкаларида жойлашиши мумкин. Яхши сифатли янги ҳосилалар ҳисобланади, аммо доимий қитиклашларда ва инфекция тушиши натижасида уларни малигнизацияси кузатилиши мумкин. Рангининг ўзгариши, ўлчамларининг аста-секинлик билан катталашаши, ўсмирлик ёшидаги ортириб олинган невусларнинг биров кўтарилиб туриши меъёрдаги ҳолат деб ҳисобланади. Меланоцитар невусларнинг орасида фарқ қилинади:

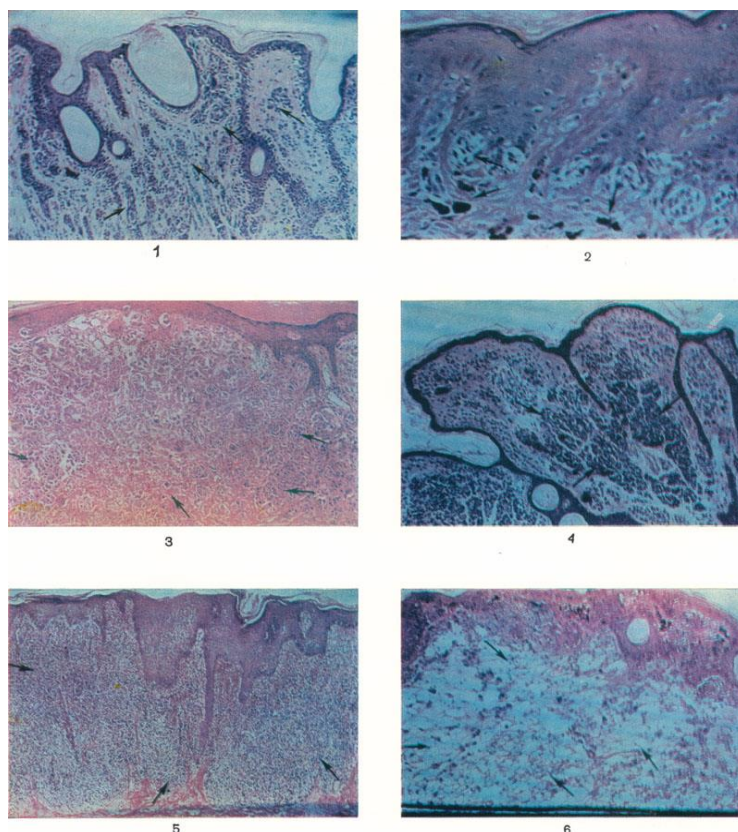
- Чегаравий невус;
- Мураккаб невус;
- Интрадермал (дерма орасидаги) невус;
- Эпителиоид ҳужайрали ёки урчуқсимон ҳужайрали невус (ўспиринлар меланомаси);
- Баллонсимон ҳужайраларли невус;
- Галоневус;
- Гигант пигментли невус;
- Инволюцион невус ёки бурунни фиброзли папуласи;
- Мовий (ҳаворанг) невус;
- Ҳужайрали мовий (ҳаворанг) невус;
- Диспластик невус.

Чегаравий, мураккаб, мовий, гигант туғма ва диспластик невуслар меланоҳавфли ҳисобланадилар.

Чегаравий невос Мураккаб невос Дермал невос



Расм 57. Невусларни кўринишининг чизмаси.



Расм 58. Невуснинг турли шаклларидаги терини микропрепаратлари:

Расм 1. Мураккаб (аралаш) невос; Расм 2. Чегаравий невос; Расм 3. Эпителиоид ёки урчуқсимон невос; Расм 4. Интрадермал невос; Расм 5. Галоневус; Расм 6. Баллонсимон ҳужайрали невос.

Чегаравий невос

Чегаравий невос дермо-эпидермал бирикмалар даражасидаги невусли ҳужайралар жойлашиши билан характерланади.

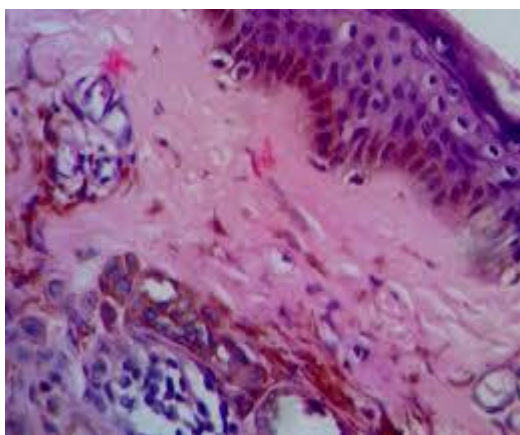
Клиник намоён бўлиши. Клиник солитар доғлар билан характерланади, кам ҳолатларда қорамтир-жигарранг, қорамтир-кулранг ёки қора рангдаги диаметри 2-5 мм кўринишда, юзаси силлиқ, кам ҳолатларда дағал бўлади. Инсон туғилганида мавжуд бўлади ёки ёшлик даврида ҳосил бўлиб, кўпинча кафтлар, товонлар, жинсий

аъзолар, бошни сочли қисмини терисида кузатилади. Меланомали ҳавфли бўлиб, айниқса жинсий балоғат ёшидан кейин ҳавф ортади.



Расм 59. Чегаравий невос.

Патоморфология. Дермо-эпидермал бирикмалар даражасида невос ҳужайраларининг аниқ чегарали уялари топилади. Бу ҳужайраларда меланин миқдори биров бўлади.



а)



б)

Расм 60-61. Чегаравий невосни гистологик (а) ва дермаскопик манзараси (б).

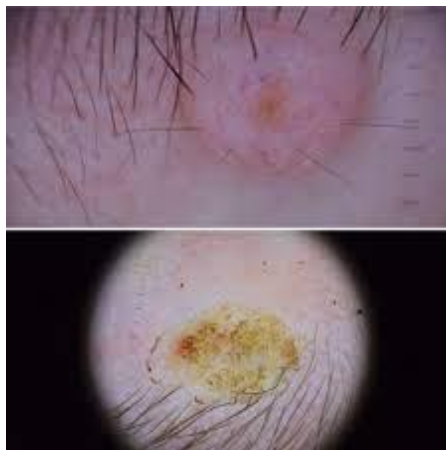
Интрадермал (дермал ичи) невоси

Интрадермал (дермал ичи) невосида невос ҳужайралари дермани ўрта ёки пастки қисмларида жойлашганлиги билан характерланади.

Клиник намоён бўлиши. Кўпинча ёши катта инсонларда кузатилади. Ўчоғда ярим шарсимон, жигарранг рангли диаметри 1 см атрофида бўлган папула аниқланади. Ўта кам ҳолатларда меланомага трансформация қилади.



Расм 62. Дермал ичи невоси, малигнизация бошланган ҳолати



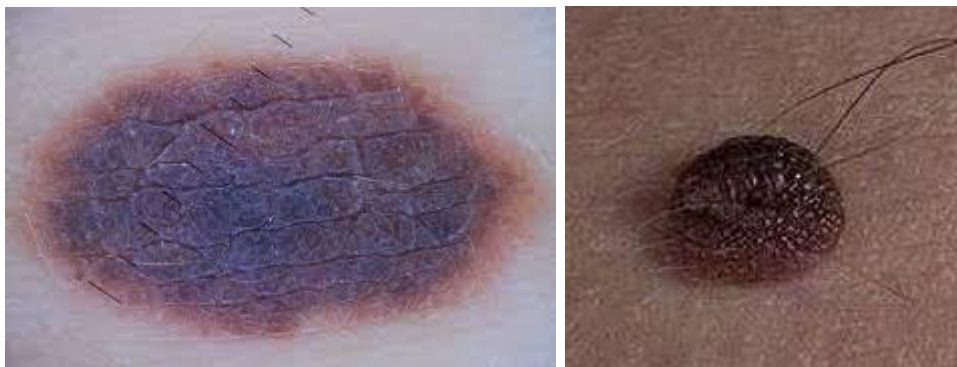
Расм 63. Дермал ичи невуси дермаскопик манзараси.

Патоморфология. Дермани ўрта, кам ҳолатларда пастки қисмларида невуc хужайраларидан ташкил топган папулалардан ташкил топган тасмалар (тяжи) ва уялар кўринишида аниқланади. Хужайралар йирик, турли хил ўлчамда ва шаклларда битта ёки бир неча ядроли бўлади.

Мураккаб невуc

Мураккаб невуc чегаравий ва интрадермал невуслар оралиғидаги ўтувчи шакл ҳисобланади.

Клиник манзараси. Невуc хужайралари уяларда боғичлар ва тўпламлар кўринишида эпидермис ва дермада жойлашади.



Расм 64. Мураккаб невуc.



Расм 65. Мураккаб невуcни дермаскопик манзараси.

Эпителиоид ҳужайрали ёки урчуқсимон ҳужайрали невус

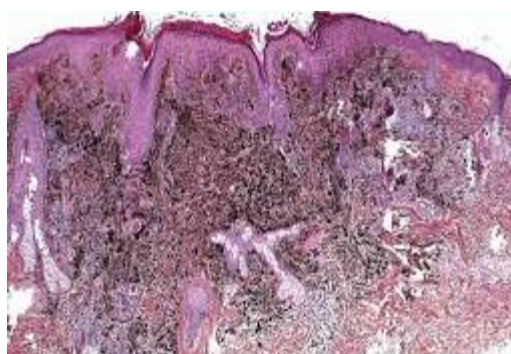
Эпителиоид ҳужайрали ёки урчуқсимон ҳужайрали невус (ўспиринлар меланомаси) – яхши сифатли ўсма бўлиб, кўпинча солитар, кам ҳолатларда кўп сонли бўлади. Одатда болаларда кузатилади.

Клиник манзараси. Ўсма қизил-жигарранг рангда, силлиқ ёки сўгалсимон юзали бўлади. 1-2 см диаметрча бўлган тез ўсиш, узоқ вақт мавжуд бўлиш ва спонтан инволюция унга характерлидир. Кўпинча юзда, лунжда, оёқларда жойлашади.



Расм 66. Урчуқсимон ҳужайрали невус.

Патоморфология. Эпидермисда яққол псевдоэпителиоматоз гиперплазия, чегаравий фаоллик ва атрофия хосдир. Невус ҳужайралари дермани юқори қатламларида уя ва тасма кўринишида жойлашади, улар йирик, цитоплазмаси яхши яққол ёрқин кўпиксимон ва думалок, эксцентриқ жойлашган ядродан иборат бўлади. Пигмент кам ҳолатларда топилади. Дерманинг пастки қаватларида ҳужайралар урчуқсимон ҳолатда аниқланади. Тутун туридаги гомоген базофил цитоплазмали, кўп ядроли гигант ҳужайралар мавжудлиги ва ядроларнинг тотекис жойлашиши хосдир. Лимфоцитар ва плазмоцитар инфильтрация кузатилади.



Расм 67. Урчуқсимон ҳужайрали невус.

Баллонсимон ҳужайрали невус

Баллонсимон ҳужайрали невус ўта кам учрайди, одатда ёш инсонларда кузатилади.

Клиник манзараси. Невус ўзига хос клиник хусусиятларга эга эмас, кўпинча жигарранг доғлар ёки папулалар кўринишида намоён бўлади.

Патоморфологияси. Невус ҳужайралар ёрқин цитоплазмага эга бўлади ва уларнинг ўлчамлари одатдаги ҳужайраларга нисбатан 10 баробар одатда катта бўлади, ёки аралаш бўлиши мумкин; турли миқдордаги кўп ядроли баллонсимон ҳужайралар кузатилади.

Гало-невус (Сеттон невуси)

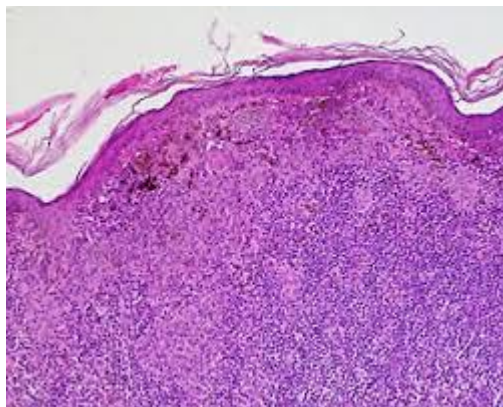
Гало-невус (Сеттон невуси) – периферик депигментация зонаси билан кузатиладиган пигментли невус. Туғма бўлиши мумкин, аммо кўпинча болаларда ва ёш инсонларда ёки хомилдорларда ва вителиго билан оғриганларда кузатилади.



Расм 68. Гало невус (Сеттон невуси).

Клиник манзараси. Ўчоғлар битта ёки кўп сонли бўлади. Спонтан равишда регрессга учраши мумкин.

Патоморфология. Касалликни ривожланишини дастлабки босқичларида дермани юқори қисмларида невус ҳужайраларидан ташкил топган кўп сонли уялар кузатилади. Кейинроқ невус ҳужайралари кўпинча тарқоқ жойлашади. Эпидермисни яқинида ва невус ҳужайралари ўртасида қўйиқ диффуз инфильтрат мавжуд, улар асосан лимфоцитлар ва гистиоцитлардан ташкил топган бўлади.



Расм 69. Гало-невусни гистологик манзараси.

Инволюцион невос (фиброзли папула)

Инволюцион невос (фиброзли папула) фиброз тўқимани яққол ривожланиши билан характерлидир.

Клиник намоён бўлиши. Невус ярим шарсимон, силлик, зич папула билан ифодаланган, яққол намоён бўлган пигментацияга эга эмас, диаметри 2-6 мм га тенг. Катта ёшда ривожланади. энг кўп жойлашиши – бу бурун соҳасидир.

Патоморфология. Патоморфологик текширишда фиброзланувчи меланоцитар невосни манзараси аниқланади.

Диагностика. Одатда клиник манзарасига асосан диагноз қўйилади.

Мовий невос

Мовий невос – меланоцитар невос бўлиб, у дермани чуқур қаватларида меланин ишлаб чиқарувчи кўп сонли хужайраларни тўпланиши билан характерланади. Невусни ранги меланин ва меланин ишлаб чиқарувчи хужайраларни жойлашган чуқурлигига қараб бўлади. Мовий (кўк), кулранг ва қора рангда бўлиши кузатилади.



Расм 70. Голубой невос.

Патогенези. Мовий невос кўпинча аёлларда кузатилади. Пренатал даврда ривожланади, кам ҳолатларда эса кечроқ. Оддий (меланома хавфли) ва ҳужайрали турлари ажратиб кўрсатилади.

Клиник намоён бўлиши. Оддий мовий невосни клиник манзарасида ёрқин-кулрангдан қора ранггача бўлган, ясси, юзасида туклар ёки сочлар бўлмаган папула кузатилади. Унинг диаметри 1 см дан ошмайди. Ҳужайрали мовий невос одатда йирикроқ (диаметри 3 см гача) бўлади. Кўпинча кафтлар, товонларнинг орқа томонида, бел-думғаза соҳасида, думбаларда жойлашади. Секинлик билан ўсади.



Расм 71. Мовий невос.

Патоморфлогияси. Патоморфологик манзараси юмалоқ, ингичка, енгил шохланувчи ҳужайраларни тўплamlари мавжудлиги билан характерланади, у кўп миқдорда меланин гранулаларидан ташкил топган диоксифенилаланин-мусбат меланоцитлар иборатдир. Одатда ҳужайралар дермани ўрта ва чуқур бўлимларида жойлашади.

Гигант туғма невос

Гигант туғма невос – терини туғма яхши сифатли ўсмаси, катта ўлчамдаги пигментли доғдан иборат бўлиб, баъзида қўл-оёқларни ёки танани катта қисмини эгаллаган бўлади.

Клиник манзараси. Туғилишдан намоён бўлади, диаметри 20 см дан катталиги аниқланади. Одатда белни пастки қисмларида, бошни сочли қисмида, сонларда жойлашади. Симметрик жойлашган бўлиши ҳам мумкин. Болани ўсиши билан бирга жароҳатланган участкалар қалинлашиб, қорая бошлайди, пигментациянинг интенсивлиги бир текис бўлмайди, юзаси сўгалсимон, баъзида тугунлар мавжудлиги билан намоён бўлади. Сочларнинг ўсиши 95% ҳолатларда аниқланади ва айниқса бу ҳолат болаликнинг кечки даврларида кузатилади.

Кўпинча бошқа терининг ўсма хосилалари билан ассоциацияда учрайди. 5-25% ҳолатларда йирик меланоцитар невуснинг ичида меланома ҳосил бўлади.



Расм 72. Гигант невус.

Патоморфологияси. Юзаки ва чуқур ўзгаришлар мавжуддир. Юзаки ўзгаришлар мураккаб ёки интрадермал невуслардаги ўзгаришларга мос бўлса, чуқурлари эса тери ости ёғ қаватида қатламлар ва тугунчалар кўринишидаги урчуқсимон элементлардан ташкил топган бўлади.

Диспластик невус

Диспластик невус (атипик, фаол невус) – ядро ва ҳужайраларни атопияси билан бўлган меланоцитар невус бўлиб, меланомага олиб келадиган кўринишдир. Иккала жинсда 35 ёшдан кейин ҳосил бўлади, спорадик ва оилавий ҳолатлари учраши мумкин.

Клиник намоён бўлиши. Диспластик невус доғ ёки папула кўринишда бўлади. Невуслар кўпроқ кўп сонли, диаметри 5 мм дан катта, овал ёки нотўғри шаклда бўлади, ноаниқ чегарали ва нотекис пигментациялидир. Ранги қора-жигаррангдан то пушти-қизил ранггача, сезиларли ўлчамларда катталашади. Одатда белда, оёқларда, бошни сочли қисмида, кўкрак қафаси, думбаларда, жинсий аъзоларда жойлашади.



Расм 73. Диспластик невус.

Патоморфологияси. Мураккаб невусни тузилишига эга. Меланоцитларнинг бир қисмида ҳужайра атопияси белгилари кузатилади. Эпидермисдаги жараён базал қават билан чегаранган бўлади, ўчоғли ёки тарқалган характерга эгадир: катта ўлчамдаги меланоцитлардан ташкил топган шарсимон уялардан иборат бўлади. Ҳужайралар диффуз ва ўчоғли чегаравий фаолликда тартибсиз, кўпинча горизонтал жойлашган бўлиб, уларни ичида кўпинча урчуксимон, баллонсимонлари учрайди, каллабирли цитоплазмаси ва нотекис меланогенез билан бўлади.



Расм 74. Диспластик невусни дермаскопик манзараси.

Дермани юқори қисмида лимфоцитар инфильтрат ва коллагенни фиброплазияси аниқланади.

Диагностикаси. Клиник манзарасига ва патоморфологик текширишлар натижасига асосланади.

Дифференциал диагностикаси. Оддий невус билан тошмаларни клиник-морфологик баҳолашга асосланган бўлади.

Терини меланоцитар невусларини малигнизация симптомлари:

- Невусни горизонтал ўсиши;
- Шаклини ўзгариши: ассиметрияни ёки қирғоқларини пистончалик кўринишини пайдо бўлиши;
- Невусни рангини тўлиқ ёки қисман ўзгариши;
- Невус соҳасида қичишиш ва ачишиш хиссини пайдо бўлиши;
- Қуруқ қалоклар ҳосил бўлиши билан невусни юзасидаги кепакланиш;
- Атрофдаги тўқималардан баланд бўлган вертикал ўсиш;
- Невусни юзасини яраланиши;
- Юзасидан қон кетиши;
- Консистенциясини ўзгариши (уни юмшаши ёки пўкаклашиши);

- Пигментли невосни юзасини намланиши;
- Невусни юзасида сочларни тўқилиши ёки йўқлиги;
- Невус соҳасида ва уни атрофидаги тўқималарда яллиғланишни пайдо бўлиши;
- Невусни юзасида майда, нуқтасимон тугунчаларни ҳосил бўлиши;
- Невусни атрофида майда (қизалоқ) пигментли ёки пушти ҳосилаларни пайдо бўлиши;
- Невусни юзасида ялтироқ порлашни пайдо бўлиши;
- Невусни юзасида тери чизмаларини, нақшларини йўқолиши.



Расм 75. Меланомага трансформация бўлаётган мовий невос.

Клиницистда теридаги меланоцитар ҳосилани яхши сифатли характерда эканлигига бирон-бир шубҳа пайдо бўлса, бундай ҳосиладан дерматоонколог (онколог) консультациясиз диагностик биопсия буюриш мумкин эмас, чунки ёмон сифатли жараённи тезлашишига олиб келиши мумкин.

ТЕРИНИНГ ЁМОН СИФАТЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Меланома

Меланома (melanoma) – юқори даражадаги ёмон сифатли терини пигментли ўсмаси бўлиб, таркибида турлича миқдорда пигмент бўлган полиморф тузилишли атипик меланоцитлардан ташкил топган бўлади. Терини ёмон сифатли меланомаси барча терини ёмон сифатли ўсмаларини тахминан 7-8% ни ташкил қилади. Охирги йилларда меланомани учраш частотаси ортиб бормоқда. Касалланишни ўсиши 20 ёшдан кейин кузатилади. Касалланиш эркакларга нисбатан аёлларда одатдан кўра 2 марта кўпроқ учрайди. Бундан ташқари (80-85% ҳолатларда) меланома теридан ташқари шиллиқ қаватларни ҳам жароҳатланди.



Расм 76. Меланомани турли кўринишлари.

Патогенез. Меланомани сабаби аниқланмаган, аммо уни ривожланишида УБ-А-нурланиш (узун тўлқинли), қуёшли куйиш муҳим рол ўйнайди. Олдиндан қулай омиллар бўлиши мумкин – мутация ёки ўсмани ривожланишини босиб турадиган генларнинг йўқотилиши.

Ўсмалар кўпинча танани очик соҳаларида жойлашади. Меланомалар асосан эркакларни бадан ва қўлларида ривожланади, аёлларда эса у кўпроқ оёқларда кузатилади. Ўсмалар эркаклар ва аёлларнинг юзида эса бир хил частотада аниқланади. Меланома одатда пигментли невуслардан ривожланади, кам ҳолатларда ташқари томондан ўзгармаган терида пайдо бўлиши мумкин.

Энг кўп ҳолатларда В. Sylven (1967) ва S. Rosenberg (1959) лар томонидан таклиф қилинган классификация қўлланилади:

- I – фақат бирламчи ўсма, метастазларсиз;
- II – бирламчи ўсмани регионар метастазлари;
- III – диссеминациялашган меланома (бирламчи ўсма билан ёки у сиз).



Расм 77-78. Меланомани горизонтал ва вертикал ўсиши дерматоскопик манзараси.

Меланомани тўртта клиник-морфологик шакллари тафовут қилинади:

Юзаки-тарқалаётган (педжетоид) шакли. Барча меланомаларни 70% ни ташкил қилади. Одатда 40-50 ёшларда ривожланади ва оқ танли инсонларда энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади.

Клиник намоён бўлиши. Клиник эртанги ўзгаришлар пушти-кулранг ва қора бириктирилган жигаррангли пигментация участкалари билан намоён бўлади. Пигментация участкалари тери юзасидан бироз кўтарилиб туради, чеккалари аниқ, нотўғри шаклли ва перифериясида гиперемия ҳошия кузатилади. Ўчоғнинг дастлабки ўлчами 0,5 см атрофида бўлади. Доғ бир неча ойлар давомида периферияга қараб катталашади, зичлашади қорамтир юзали пиллакчага айланади. Пиллакча пистонсимон контурли нотўғри конфигурацияли бўлиб, унда регрессия ўчоғлари ва рангсизланган, мозаик кўринишда бўлади. Вертикал ўсиш босқичи пиллакчани ўрнида тугун ҳосил бўлишига олиб келади, кейинчалик юзаки дефект ҳосил қилиб, қон кетиши ва сероз намланиш, турғун қалоқ пайдо бўлгани кузатилади. Доғ ўсиш давридаёқ регионар лимфа тугунларга метастаз бериши мумкин. Меланомани нисбатан кам учрайдиган веррукоз варианты қалоқлар билан қопланган пигментли ўсма кўринишда бўлиши мумкин. Ҳосила асосан баданда, оёқларда, бошда, бўйинда ва товонларда жойлашади.



Расм 79. Меланома

Патоморфология. Бу касалликка атипик меланоцитларни эпидермисда тарқалиши билан ўчоғларни дермани сўрғичли қаватига инвазиясини кузатилиши характерлидир. Веррукоз меланома эпидермисни гиперкератоз ва гиперплазияси билан фарқ қилади.



Расм 80. Меланомани дермаскопик манзараси.

Ёмон сифатли лентиго туридаги меланома. 5-10% ҳолатларда кузатилиб, горизонтал ўсишни давомий фазаси билан характерланади 95-20 йил ва ортиқ).

Типик ҳолатларда ўсма қарияларда (60-70%) юз ва бўйин терисида, кам ҳолатларда қафт ва товонларда қорамтир-жигарранг доғ ёки пиллакча пайдо бўлади. Меланомани бу вариантыда одатда дастлаб радикал ўсишни ўзоқ вақтли фазаси кузатилади, уни авваллари Дюбрей рак олди меланозини алоҳида нозологик шакли деб ажратиб кўрсатишган.

Клиник намоён бўлиши. Нотўғри шаклли нисбатан катта бўлган (1 см атрофида) гиперпигментив доғ пайдо бўлади, у терини қуёш томонидан жароҳатланган юзасида ҳосил бўлади. Доғ жигарранг рангда, силлиқ, хира, бўшашган юзали бўлиб, аста-секин 2-3 см диаметрдаги тошмага айланади. Бир неча йилдан кейин унинг юзасида чандиқли атрофия участкалари ривожланади, пигментация эса нотекис бўлиб қолади. Инвазив ўсишнинг вертикал фазасида доғнинг фонида тугун пайдо бўлади, у пигментдан маҳрум бўлган, сероз ажратма ажралаётган, қон оқаётган ва қалоқлар шаклланган ҳолатга келади.



Расм 81. Меланома пигментли шакли.

Тугунли шакли (нодуляр) ўсмани энг агрессив тури ҳисобланади. Одатда 40-50 ёш оралиғида ривожланади ва барча меланомаларни тахминан 15% ни ташкил қилади, эркакларда кўпроқ учрайди. Энг кўп бел, бўйин, бош, қўл-оёқлар терисида жойлашади.

Клиник кўринишлари. Тез, бир неча ой давомида ўсадиган, катталашадиган тугун, уни яраланадиган ва қон оқиш билан характерланадиган меланомани тури. Тез ўсиш ва ёмон оқибатларга олиб келади, бунда ўсмани ўсишини радикал фазасиз вертикал инвазиясини кузатилиши шарт. Бу шакли мелано хавфлик пигментли невусдан ривожланиши мумкин. Баъзи бир участкаларда невус ўз рангини ўзгартиради: тўқ-жигарранг, қорага айланади, ўсмани периферияга ва экзофит ўсиши кузатилади. У ғадур-будир, зич, юзаси ялтироқ бўлиб қолади. Баъзи бир ҳолатларда бундай ўчоғнинг атрофида қора тугунчалар пайдо бўлади. Олча катталигидаги пигментли тугун шаклланиб, атрофидаги тери юзасидан кўтарилиб туради. Унинг юзаси яраланиши ва қонли қалоқлар билан қопланиши мумкин. Сезиларли даражада яраланган тугунли меланома тузалмаётган тери ярасига ўхшаб кетиши мумкин.

Тугунли меланоманинг турлари:

- Веррукоз меланома – юзаси нотекис, ғадур-будир, қонли некротик массани ўз ичига олади;
- Фунгоз меланома кенг асосдаги катта тугундан ташкил топган бўлади;
- Инфильтратив-яралли шакли ўзидан ярани акс эттириб, туби нотекис ва атрофида девор бўлади, яллиғланишли ўзгаришлар ҳамда тери ости ёғ клетчаткасини чуқур қатламларини инфильтрацияси кузатилади.

Баъзида ўсма атрофида қора рангдаги, тугунчаларни эслатувчи элементлар (метастатик ўчоғлар - сатиллитлар) пайдо бўлади.



Расм 82-83. Меланомани эртанги ҳолати ва тугунсимон шакли.

Патоморфологияси. Дерма ва тери ости ёғ клетчаткасига ёмон сифатли меланоцитларни инвазияси характерлидир, бунда юқорида ётган тўқималар билан уларни бевосита контакти ва эпидермисни ўраб турган ўзгаришларни мавжуд эмаслиги.

Акрал меланома. Акрал меланома кафт ва товонларнинг юзаларида жойлашади (барча меланомаларни тахминан 10%). Меланомани сариқ ва қора танли (терици) инсонларда энг кўп тарқалган шакли ҳисобланади.

Клиник манзараси. Одатда жигарранг ёки қора доғлар кўринишидаги элементлар соч фолликулалари бўлмаган қўл-оёқларнинг терисида (кафт, товон, тирноқ тўшаги) ҳамда кўриниб турувчи шиллиқ қаватларда намоён бўлади. Акрал-лентигиноз меланома (кафт-товон меланомаси) пигментли доғ кўринишида бўлиб, у тезда инфильтрацияга айланади ва пигментли пилакчага трансформация қилади ҳамда тери юзасидан сезиларли кўтарилиб туради.



Расм 84-85-86. Акрал лентигиноз меланома.

Патоморфология. Эпидермис ичидаги (интраэпидермал) ўсиш майда илмоқли кўринишдаги яққол акантоз билан устунлик қилади. Шу сабабли ўсма ҳужайралари дермани пастки бўлимларига кўчиб ўтадилар, ўсма эса ривожланишни бошида инвазияни юқори даражасига мос бўлиши мумкин. Меланоманинг барча шакллари регионар лиматик тугунларга, териға, ички аъзоларга метастаз беради.



Расм 88. Акрал меланомани дермаскопик манзараси.

Прогноз. Бирламчи меланомани I босқичида беш йиллик омон қолиш тахминан 80% ни ташкил қилади. Бирламчи меланомани урчуксимон ҳужайрали тури прогноз нуқтаи назаридан энг қулай ҳисобланади. Аралаш ҳужайрали ва невоҳужайрали турлари кўпроқ клиник ёмон сифатли кечади. Касалликни I босқичида прогнозни аниқлаш мақсадида дермага ўсма ҳужайраларини инвазия даражасини ва бу инвазив ўзгаришни қалинлигини аниқлаш асосида микростандартли усуллар ишлаб чиқилган.

Меланома ҳужайраларига хос асосий функцияси меланин пигментини синтезини йўқотиш факти ўсмани кейинги ривожланиши кўрсаткич сифатида қаралади. Меланомани пигментацияси қанча кам бўлса, касалликни прогнози шунча ёмонроқдир.

Цитологик ва тузилмаларнинг ўзига хослигига қарамай барча ёмон сифатли меланомаларни умумий хусусияти бу ҳужайралар орасидаги яқин контакт мавжуд эмаслиги ҳисобланади. Улар бир-биридан маълум бир масофада жойлашган бўлади. Меланома ҳужайраларини катта қобиляти – лимфатик ва қон томирларга миграцияси ва кириб бориши бу орқали тушунтирилади.

Даволаш. Меланомага шубҳа бўлганда беморни онкологга тўғридан-тўғри юбориш керак. Онкологни хулосасигача биопсия қилиш мумкин эмас, чунки бу меланомани ривожланишини рағбатлантириши мумкин (яхшиси биопсияни онкологик муассасада ўтказган мақул).

Меланомани даволаш ўта мураккаб ва уни онкологик муассасаси стационарида ўтказилади. Ҳозирги вақтда меланомани терапиясида жарроҳлик,

нурлар билан, кимёиммунотерапевтик, лазерли усуллар билан мустақил ва комплекс даволаш қўлланилмоқда.

Умумэътироф этилган тери меланомасини даволашни радикал усули бўлиб жарроҳлик аралашуви ҳисобланади, бунда тери ва тери ости ёғ клетчаткаси ҳамда уни остидаги фасция участкалари билан ўсмани кесиб олиб ташлашдан иборат. Кесиб олиб ташлашда ўсмани чеккасидан 3 см дан кам бўлмаган масофада тўқималар олиб ташланади. Мос кўрсатмалар бўлганида профилактик ёки даволаш лимфаденэктомия кўринишида ёки кечиктирилган лимфаденоэктомия каби (радикал давони иккинчи этапи сингари) бирламчи ўсма билан бирга регионар лимфо тугунлар бир вақтда олиб ташланади. Даволашнинг бошқа турлари паллиатив ҳисобланади.

Терининг ясси хужайрали раки

Терининг ясси хужайрали раки (терини ясси хужайрали саратони, **спиноцеллюляр рак**, cancer planocellulare) – тери ва шиллиқ қаватларнинг энг ёмон сифатли эпителиал ўсмаси ҳисобланиб, бунда ясси хужайрали дифференцировка ва кератинни ишлаб чиқариш қобилияти яққол намоён бўлади. Терини ёмон сифатли янги ҳосилалар тузилмасидаги улуши деярли 20% ни ташкил қилади.

Клиник манзараси. Рак асосан танани очиқ участкаларида жойлашади, энг аввало юзда кузатилади, айниқса тез-тез ўсма пастки лабда, бурун белида, ёноқ ёйи ҳамда кулоқ супрасида кузатилади. Шунингдек, ясси хужайрали рак ясси эпителий шиллиқ қават билан учрашадиган соҳаларда жойлашиш тенденциясига ҳам эга. Одатда рак – солитар ўсмадир. У кўпинча кекса ва қария эркакларда кузатилади. Ўртача 70 ёшни ташкил қилади.

Ўсмани бошланишида дастлаб сўгалсимон ҳосила ёки тугунча пайдо бўлади, у тезда катталаша бошлайди, енгил шикастланганда қон кетиши кузатилади.

Экзофит (папилляр) шакли. Ўсма ўсгани сари теридан, атрофдаги тўқималардан сезиларли даражада кўтарила бошлайди ва бир вақтни ўзида ичкарига қараб ўсади. Натижада уни асоси зичлашади ва кам ҳаракатчан бўлиб қолади. Сўнг некроз ва ўсмани яраланиши юзага келади.



Расм 89. Ясси хужайралик рак, экзофит шакли.

Эндофит (ярали-инфильтрацияли) шакли. Дастлаб тугунча тезда яраланиб, нотўғри шаклли кратерсимон яра ҳосил бўлади. Ярани қирғоқлари нотекис, кўтарилиб туради, туби нотекис зич консистенцияга эга эканлиги аниқланади. Ярани периферияси бўйлаб, бола тугунчалар пайдо бўлади, улар ҳам худди шундай эволюцияни босиб ўтишади.



Расм 90. Ясси хужайралик рак, эндофит шакли

Ўсмани иккала шаклида ҳам регионар лимфатик тугунларда метастазлар кузатилади.

Патоморфология. Мугузланувчи ва мугузланмайдиган ясси хужайралик рак морфологик фарқ қилинади. Мугузланувчи рак ўз навбатида юқори ёки кам дифференциацияланган бўлиши мумкин.

Юқори дифференциацияланган ракда кератинизация яхши намоён бўлади, “саратон марваридлари” аниқ кўринади.

Кам дифференциацияланган рак одатда терини рак олди касалликларини хавфли ёмонлашганида ҳосил бўлади. Ўсма тўқимаси турли хил ўлчам ва шаклдаги атипик тикансимон хужайралардан ташкил қилган эпителиал комплекслардан

иборат бўлади. Комплексларнинг орасида кўпинча марказида мугузланган, яққол дискератозли, яссилашган, ёрқин ҳужайрали концентрик ҳосилалар кузатилади.

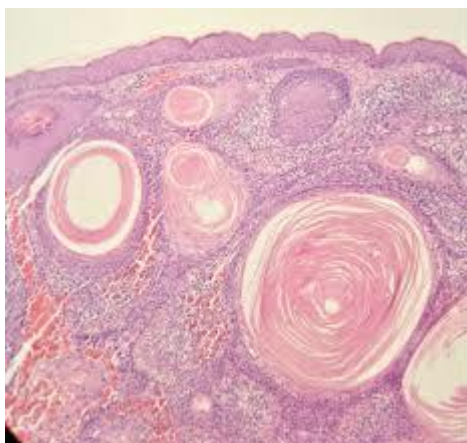
Мугузланмаган рак кескин яққол митотик фаолликка эга полиморф ҳужайралардан ташкил топган бўлиб, унда митозларда одатда атипиклик аниқланади.

Классификацияси. Ҳозирги вақтда “Ёмон сифатли янги ҳосилаларнинг (ўсмаларнинг) босқичларини Халқаро классификацияси”га асосан ясси ҳужайрали тери ракини классификацияси қабул қилинган (tumor, nodus, metastasis, TNM\$ 1987). TNM тизими учта компонентдан иборат бўлиб, жароҳатларни анатомик тарқалишини тавсифи учун қабул қилинган:

- **T** – бирламчи ўсмани тарқалиши;
- **N** – регионар лимфатик тугунларда метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги ва уларнинг жароҳатоаниш даражаси;
- **M** – алоҳида метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги.

Бу компонентларга ёмон сифатли жараённи тарқалишини кўрсатувчи сонлар қўшилади.

Диагностика. Диагноз (ташхис) характерли клиник манзарасига ва патоморфологик тадқиқотларнинг натижаларига асосланиб қўйилади.



а



б

Расм 91-92. Ясси ҳужайрали ракни гистологик (а) ва дерматоскопик манзараси (б)

Дифференциал диагностика. Ясси ҳужайрали тери ракини бир қатор терини ўсма касалликлари (базалиома, Боуэн касаллиги, кератоакантома), псевдокарциноматоз гиперплазия ҳамда люпоз тери сили, учламчи захмдаги гуммоз

яралар, чуқур микозлар, пиоген гранулёмалар билан дифференциал диагностикаси ўтказилади.

Даволаш. Тери ракини терапиясида ёмон сифатли ўсмаларни даволашда қўлланиладиган барча усуллардан фойдаланилади. Даволаш усули қатъий индивидуал равишда танлаб олинади, бунда ўсмани турларига, уларни локализациясига, патоморфологик шакллариغا, рак ривожлана бошлаган фониغا, беморни умумий ҳолатига эътибор берилади. Даволашнинг асосий мақсади бўлиб ўсмани радикал олиб ташлашдир. Атрофидаги соғлом тўқима билан бирга ўсмани кесиб олиб ташлаш жарроҳлик усули рентгенорадиотерапия билан бирга қўлланилади; криожарроҳлик, лазеродеструкция, умумий ва ташқи кимётерапия тавсия этилади.

Профилактика. Касалликни олдини олиш учун рак олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш муҳимдир. Терини ультра бинафша нурлардан, канцероген омиллардан, айниқса ионловчи нурлардан ҳимоя қилиш катта аҳамиятга эгадир.

Оғиз шиллиқ қаватини ясси хужайрали раки фақат эритроплазия ва эритролейкоплазия билан клиник ўхшаш бўлади. Энг кенг тарқалган инвазив ясси хужайрали рак (карцинома) – бу ёмон сифатли хавфи юқори бўлган жойларда (оғиз бўшлиғини туби, тил ва юмшоқ танглайни вентрал-латерал юзаси) жойлашган эритроплазия ҳисобланади.

Патогенези. Оғиз шиллиқ қаватини ясси хужайрали карциномаси (раки) патогенези чекиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Хавфли омиллар бўлиб ИПВ 16-ва 18-турлари ва ирсий мойиллик ҳисобланади. Бу раkning тури 90% ҳолатларда 45 ёшдан кейин, эркакларда 3 баробар кўпроқ учрайди.

Клиник намоён бўлиши. Оғиз шиллиқ қаватини ясси хужайрали раки кўпинча оддий қизил доғ кўринишида бўлади. Эритроплазияни малигнизациясини давом этиши барқутсимон элемент фонида ҳамда силлиқ қизил доғ фонида донадорлик ва пунктир гиперкератозни мавжудлиги билан намоён бўлади. Касалликни 28% ҳолатлари лаб, ҳиқилдоқ, қизилўнгач, тилдаги кўп сонли жароҳат ўчоғлари билан характерланади.

Диагностика. Диагноз клиник ва гистологик текширишлар натижалари маълумотларига асосан қўйилади.

Дифференциал диагностикаси. Оғиз шиллиқ қаватини ясси ҳужайрали раки лейкоплакия, қизил ясси темиртки, гумма ҳамда тилни яхши сифатли ва ёмон сифатли ўсмалари билан дифференциал диагностика қилинади.

Даволаш. Нур терапия, жарроҳлик даволаш ва химиотерапия усулларидадан фойдаланилади.

Терини базал ҳужайрали раки

Терининг базал ҳужайрали раки (cancer basocellulare) – эпидермисни базал қавати ҳужайраларидан келиб чиқадиган ёмон сифатли ўсмаси. БЖССТ ни “Ўсмаларни халқаро классификацияси”да (1980) ракини бу шакли “Базал ҳужайрали рак” термини билан белгиланган. Бир вақтни ўзида уни маҳаллий деструкцияли ўсмаларга таълуқли деб ҳисоблашади, яъни улар инфильтрацияли ўсишга эга, аммо метастаз бериш тенденциясиз. Дерматологлар орасида бу ўсма кўпинча “базалиома” деб аталади. Терини ёмон сифатли эпителиал ўсмалар орасидаги улуши 45-97% ни ташкил қилади.

Патогенези. Ўсмани ривожланишига ёрдам берувчи омилларга узоқ вақтли инсоляция, кечки рентгентли дерматит, пигментли ксеродерма ва Левандовский-Лютцнинг верруциформ эпидермодисплазиясини диспластик шакли ҳисобланади. Касалликни патогенезида иммун бузилишлар катта рол ўйнайди. Касаллик эркаклар ва аёлларда бир хил учрайди, асосан 50 ёшдан катта инсонларда кузатилсада, ундан ёшроқ бўлган инсонларда ҳам кузатилиши мумкин.



Расм 93. Ўнг юз соҳасидаги базалиома

Терининг базал ҳужайрали раки асосан терини очик соҳаларида – юз, бўйин, бошни сочли қисми терисида жойлашади. Базалиома одатда битта (солитар) бўлади, кам ҳолатларда жароҳат ўчоғлари кўп сонли бўлиши мумкин.

Клиник манзараси. Базалиомани юзаки, ўсмали, ярали, пигментли ва склеродермосимон шакллари тафовут қилинади.

Юзаки шаклида майда, ясси, аниқ чегараланган, деярли кўтарилиб турмайдиган овал, думалоқ ёки ногўғри чегарали, контурли қизилсимон пилакчалар билан характерланади, улар жуда секинлик билан ўсадилар. Жароҳат ўчоғини чеккаларида майда, зич, ён томондан ёритилганида ялтирайдиган, жилосиз, садаф рангли тус бериб, бир бири билан қўшилувчан ва қирғоғида валик ҳосил қилувчи тугунчалар кузатилади. Ўчоғни марказида енгил ботиклик бўлади. Ўсма қуюқ-пушти, жигарранг, кулранг, пигментли шаклларида – кўкимтир, бинафша ёки қуюқ-жигарранг рангда кўриниш олади. Жароҳат ўчоғлари солитар ёки кўп сонли бўлиши мумкин.

Чандикланувчи ёки педжетоид базалиома – юзаки варианты, жароҳат ўчоғи периферик ўсиш, марказида атрофия зонаси, перифериясида майда, зич, садаф рангли товланувчи тугунчалар билан характерланади. Бундай ўчоғлар 5-7 см диаметрдаги ва катта ўлчамга етиши мумкин.

Базалиомани ўсма шакли битталиқ элемент пайдо бўлиши билан характерланади, у аста-секинлик билан, бир неча йил давомида катталашиб, 1,5-2 см ўлчамга етиши мумкин. Контурлари юмалоқланган, ранги оч пушти ёки турғун пушти. Ўсманинг юзи силлиқ телеангиэктазиялар билан бўлиши мумкин, баъзи ҳолатларда марказий қисми кулрангсимон зич тангачалар билан қопланган бўлади. Баъзан ўсмасимон ҳосила тери юзасидан анчагина кўтарилиб туриб, оёқчасида ётади.

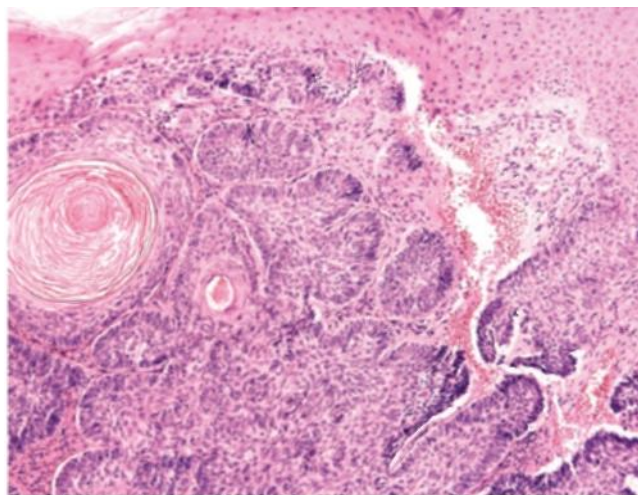
Базалиомани яра шакли ўсмани бирламчи варианты ёки юзакини кейинги ривожланиши натижасида ёки янги ҳосилани ўсма шакли сифатида пайдо бўлади. Базалиомани ярали шаклини характерли клиник белгилари – катта ўлчамли бўлмаган кратерсимон яраланишли ва массивли, ярани ўзидан сезиларли даражада катта, остидаги тўқималар билан ёпишган асосли ҳосила. Ярали базалиомани бундай шаклини *ulcus rodens* деб ҳам аташади. Баъзида ўсма юзаси бўйлаб ва тубига қараб

ҳаддан ташқари интенсив яраланиши , тўқима остига қараб кенгайиб, тарқалиши мумкин. Алоҳида ҳолатларда базалиомани ярали шакли папилломатоз, сўгалсимон ўсимталар билан бирга кечади, интенсив эндо- ва экзофит ўсиш билан характерлидир. Ўсма кўз, чакка соҳасида жойлашганда, у даволанмаса летал ҳолатга олиб келиши мумкин.

Базалиомани пигмент шакли жароҳат ўчоғини диффуз пигментацияси билан характерланади.

Базалиомани склеродермосимон шакли базалиомани кам учрайдиган шакли бўлиб, қирғоқлари бироз кўтарилган зич, оқишсимон пилакчалар кўринишига эга бўлади. Пилакчани ранги сарғиш мумсимон бўлиб, юзасида силлиқлик ёки бироз кепакланиш кузатилади. одатда базалиомани бундай шакли периферияга қараб жуд секинлик билан ўсади, марказида эса телеангиэктазиялар ривожланиши мумкин. Ўсма кўпинча пешонада, кам ҳолларда чакка ёки бўйинда пайдо бўлади.

Патоморфологияси. Базалиомани барча шакллари учун эпидермисни базал ҳужайраларини эслатувчи қоронғи ҳужайралар комплекси характерлидир. Комплексларни ичида ҳужайралар тартибсиз жойлашадилар, периферияда эса қозикдеворни ҳосил қилишади.



Расм 94. Базалиомани гистологик манзараси.

Тузилишини хусусиятларига қараб ўсмани солид, кистозли, аденоидли турлари, пилоидли базалиома, ёғли дифференциацияли, мураккаб тузилишли ўсмалар ажратиб кўрсатилади.

Солитар базалиома. Ҳужайраларни комплекси катта ҳажмларга етади ва терининг барча қалинлигида топилади.

Юзаки базалиома. Ҳужайралар комплекси майда ва эпидермис билан боғланган.

Морфасимон базалиома. Ўсма ҳужайраларини кичик ва ингичка ипчалари кучли ривожланган, тез-тез склерозланган ва гиалинланган бириктирувчи тўқимага ўралган бўлади.



Расм 95. Юздаги Базал ҳужайрали рак (карцинома)



Расм 96. Ўнг лунж соҳасидаги базал ҳужайрали карцинома



Расм 97. Тугунча-ярали базал ҳужайрали карционма



Расм 98-99. Тугунча-ярали базал ҳужайрали карционма



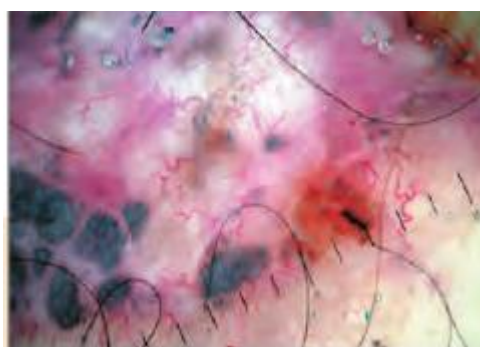
Расм 100. Трихоэпителиома фонидаги базал ҳужайрали рак (карциномани),
ярали шакли.



Расм 101. Қорин соҳасидаги базал ҳужайрали карцинома, юзаки шакли



Расм 102. Склеродермасимон (ўзи чандиқланувчи) шаклли
базал ҳужайрали карцинома



Расм 103. Базал ҳужайрали тери ракини дерматоскопик манзараси.

Диагностикаси. Ўзига хос характерли клиник манзарасига ва патоморфологик текширишлар натижаларига асосланган.

Дифференциал диагностикаси. Базалиомани юзаки солитар шакли себореяли кератоз, қизил волчанка, Боуэн касаллиги билан дифференциация қилинади.

Базалиомани юзаки кўп сонли шакли липоидли некробиозни диссеминацияланган шакли, Горлин-Гольтц синдроми билан дифференциация қилинади.

Базалиомани склеродермосимон шакли чегаралган склреодермия билан дифференциация қилинади.

Базалиомани пигментли шакли меланомани тарқалган шакли билан дифференциал диагностика қилинади.

Базалиомани ўсмали солитар шакли кератоакантома, мугузланувчи ясси ҳужайрали рак билан дифференциал диагностика қилиш керак.

Касалликни ўсмали кўп сонли шаклини трихоэпителиома, цилиндрома билан дифференциация қилиш лозим.

Базалиомани ярали шакли ясси ҳужайрали рак билан дифференциал диагностика қилинади. Онкологнинг консултацияси кўрсатилган.

Даволаш. Базалиомани солитар ўсмали шаклида соғлом кўринаётган теридан 0,5-1 см қўшиб жароҳат ўчоғи кесиб олиб ташланади, бунда лазер нурларидан фойдаланиш мумкин. Буруннинг асоси, периорбитал, кулоқ атрофи соҳаларидаги касалликнинг ярали, чуқур кириб борувчи шаклларида маҳаллий давога проспидинни мускул орасига қўллаш била бирга олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Базалиомани кўп сонли ўчоғларида ҳам даволашга бундай ёндашув асосли ҳисобланади. Таркибида цитостатик (5-фторурацилнинг 5% ли, глицифоннинг 30% ли) препаратлар мавжуд малҳамларни қўллаш мумкин. Нурли терапия ҳозирда кенг қўлланилмоқда.

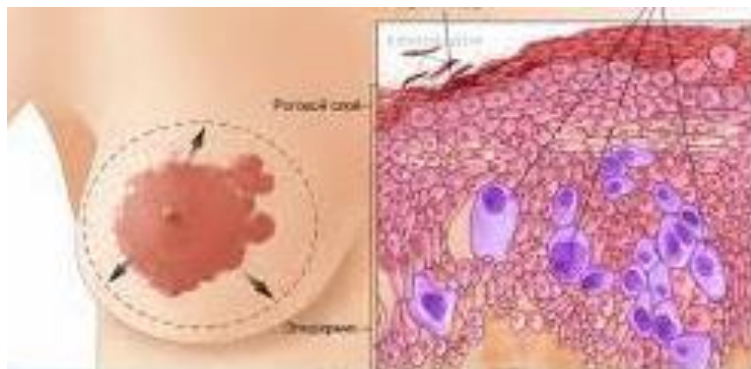
Профилактика. Профилактика учун терини ультра бинафша нурларидан ҳимоя қилиш керак, шикастланишларни олдини олиш лозим, айниқса терини битта соҳасини узок вақт шикастланишларидан.

Педжет касаллиги

Педжет касаллиги (morbus Paget) сут беи ракини ўзига хос шакли бўлиб, унда сўргичи ва ареоласини турғун бир томонлама экземасимон жароҳатланиши билан намоён бўлади ҳамда сут безини проток ичи (канал ичи) раки билан деярли доимо биргаликда келади. Педжет касаллиги кўпинча 40-60 ёшларда ривожланади.

Патогенез. Касаллик сут протоklarини (каналларини) карциномасининг эпидермис ичи метастази натижаси ҳисобланади.

Клиник намоён бўлиши. Доимо бир томонда жойлашади. Касаллик сўргичларнинг кепакланиши, қизариши, ёриқлар, эрозиялар ва намланиш билан бошланади. Терини экземасимон ёки псориазсимон ўзгаришлари йиллар ва ҳаттоки ўн йиллаб давом этиши мумкин. Субъектив ҳиссиётлар сезиларли бўлмайди. Жараён аста-секинлик билан ареола соҳасига тарқалади, сўргич яссилашади. Сут безини тўқималаридаги зичлашиш узоқ вақт давомида аниқланмайди, регионар лимфатик тугунлар интакт бўлиб қолади. Яллиғланишга қарши терапия самарасиз бўлади, аммо тўхтамай ўсиш фонида жараённи стабилизация даврлари бўлиб туриши мумкин. Кейинчалик сут беzi тўқималарида терини жароҳатланиши билан боғлиқ бўлмаган тугун пайдо бўлади. Одатда шундан сўнг регионар лимфатик тугунларда метастазлар пайдо бўлади, кам ҳолатларда тугун ҳолидаги шаклланишгача бориши мумкин.



Расм 104. Педжет касаллигини жойлашиш схемаси.

Педжет касаллигини яралли шакли оддий бошланади, аммо сўргич соҳасида оғриқ ва ачишиш бўлиши характерлидир, уни ўрнида яраланиш ва сўргичларни бузилиши пайдо бўлади.



Расм 105-106. Педжет касаллиги.

Клиник классификациясида касалликни учта шаклли ажратиб кўрсатилади:

- фақат сўргичларни жароҳатланиши билан;

- сут беги тўқималарида тугунларнинг мавжудлиши ва сўғричларни жароҳатланиши билан;
- ўсма шакли, бунда сўғричларда кўзга кўринадиган жароҳатлар бўлмайди, аммо сут бегида ўсма тугуни аниқланади.

Бу классификациядан ташқари, Педжет ракида TNM тизими бўйича ёмон сифатли ўсмаларни классификацияси ва касалликни босқичлари бўйича умум қабул қилинган клиник классификациясида фойдаланиш керак бўлади.

Педжетни экстратаммар раки (Педжетни экстратаммар касаллиги) – бу ёмон сифатли ўсма бўлиб, у перианал соҳани, ташқи жинсий аъзоларни ва қўлтиқ остини чуқурини жароҳатлайди. Касаллик клиник ва гистологик томонидан сут беги сўғричини Педжет раки билан ўхшашдир. Бу тер безларини аденокарциномасини ёки тўғри ичакни аденокарциномаси, простат безини, сийдик чиқиш каналини, тухумдонлар ва бачадон бўйи ракини эпидермисга ўсиб кириш натижасида тез-тез кузатилади.

1874 йилда инглиз олими J. Paget томонидан сўғрични экземасимон касаллигини сут безларини раки ўтиб кетиши сифатида биринчи марта ёзиб ўтган. Шунингдек, у шунга ўхшаш жароҳатланиш манзарасини сут безларидан ташқарида жойлашганини ҳам кузатган.

Сут безларини Педжет касаллиги протоklar ичидаги рак ҳамдир. Педжет касаллигини экстратаммар шакли кўп муаллифларнинг фикрича *in situ* раки ҳисобланади. Чунки кам бўлмаган ҳолатларда апокрин тер безларининг протоklари билан генетик боғлиқлик кузатилади [Шанин А.П., 1964; Вихерт А.М. и др., 1973; Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н., 1986; Pinkus H., 1979; Lever W.F., Schaumburg-Lever G., 1983]. Сут безларини проток ичидаги зарарланишлари касаллик нисбатан кам учрайди, ўрта ёшдаги ва қарияларда ҳам эркакларда, ҳам аёлларда кузатилади.

Жароҳат ўчоғлари кўп ҳолатларда апокрин тер безлари бор соҳаларда: ораликда, аёллар ва эркакларни ташқи жинсий аъзоларида, чов ва қўлтиқ бурмаларида кузатилади [Duperrat B., Mascaro J.M., 1964; Kawatsu T., Miki V., 1971]. Баъзи бир ҳолатларда Педжет касаллигини экстратаммар шакли иккиламчи бўлиб, бошқа аъзоларнинг ракини тарқалиши натижасида келиб чиқади. Масалан, тўғри

ичакни аденокарциномасида ёки эндоцервикал карциномада бу ҳолат кузатилади [McKee P.H., Hertoga K.T., 1980].

W.R. Chart, J.B. Millman [1977] лар Педжет касаллигини экстамаммар шакли мультицентрик (кўп ўчоғли) ривожланишга эга, ҳам эпидермисда, ҳам тери хосилаларида ҳосил бўлади.

Касалликдаги жароҳат ўчоғлари секин-аста ривожланади, нотекис кўринишда, мацерацияга учраган юзасида қатлам бўлиб жойлашган қалоклар билан қопланган бўлади. Субъектив ҳиссиётлардан беморни қичишиш безовта қилади.

Педжет касаллигини экстрамаммар шакли Боуэн касаллиги ва Кейр эритроплазиясидан кўра кўпроқ инвазив ўсиш ва ясси хужайрали ракка трансформация қилиш тенденцияси кузатилади.

Педжет касаллигини экстрамаммар шакли билан оғриган беморларда бошқа аъзоларнинг раки ҳам аниқланади, кўпинча аралаш жароҳат ўчоғлари бўлади [Сельдам Р.Е. и др., 1980].

Жароҳат ўчоғидан олинган материал гистологик текширилганда эпидермисда, кўпинча базал қаватда Педжет хужайралари аниқланади. Бу хужайралар катта ўлчами билан оч бўялган цитоплазмаси, катта ядролари, цитоплазматик мостиклари (кўприкчалари) ажралиб туради. Педжет хужайралари эпидермоцитларни босиб туради, буни натижасида улар дегенерацияга учрайди.

Педжет касаллигини экстрамаммар шаклига клиник манзарасига ва гистологик текшириш натижаларига (эпидермисда Педжет хужайраларини борлиги) кўра диагноз қўйилади.

Педжет касаллигини экстрамаммар шакли Боуэн касаллиги, экзема, педжетоидли эпителиома (базалиома) каби касалликлари билан дифференциация қилинади.

Боуэн касаллиги Педжет касаллигидан гистологик текширишлар натижасида фарқ қилиб олинади. Боуэн касаллигида тиканаксимон хужайраларда дискератоз ва in situ раки белгилари аниқланади, Педжет касаллигида у учун характерлик бўлган цитоплазмаси оч ёрқин бўлган хужайралар кузатилади.

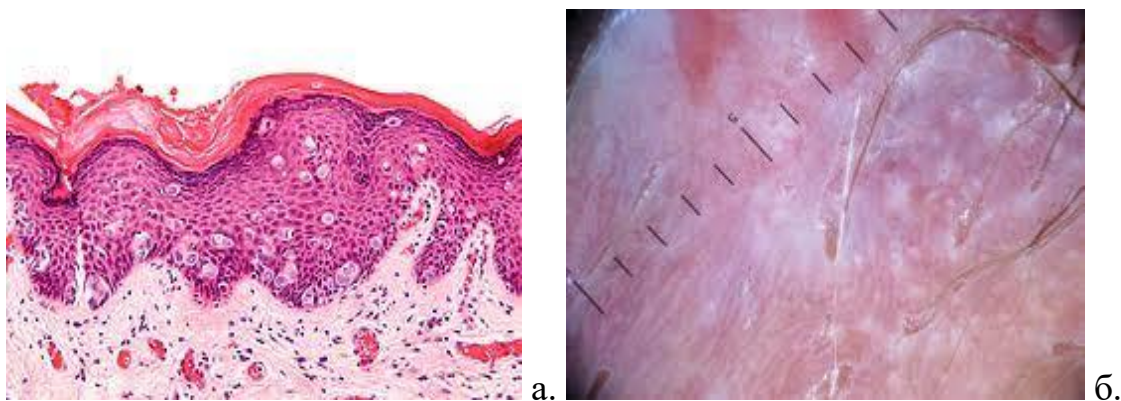
Экземада эса везикуляция ва жароҳат ўчоғларининг терини бошқа соҳаларига тарқалиши кузатилиб, бу клиник белгилар Педжет касаллиги учун хос эмас.

Педжетоидли эпителиома Педжетни экстрамаммар касаллигидан базал-хужайрали раклиги билан ажралиб туради.

Беморларни барчаси ўз вақтида бошқа аъзоларда жойлашган раklarга текширилиши лозим.

Эркакларда кўкрак безини Педжет раки ва Педжетни экстрамаммар раки фавқулотда камадан-кам учрайдиган ҳолат ҳисобланади.

Патоморфология. Педжетни нурли хужайраларини мавжудлиги сут безлари Педжет касаллигини патоморфологик характерли хусусиятларидан ҳисобланади. Улар йирик ўлчамда, юмалоқ ёки овал шаклда бўлади. Протоплазмаси кўпиксимон, нурли, вакуолли, ядроси эксцентрик жойлашади, 2-3 та нуклеолалар таркибида бўлиб, митозлар бўлиши мумкин.



Расм 107-108. Педжет касаллигини гистология (а) ва дерматоскопик (б) манзараси.

Диагностика. Комплекс диагностикани тугалланаётган этапида радиоизотоп усули, маммография ва патоморфологик текширишларни изчил қўллашга асосланган.

Дифференциал диагностикаси. Педжет касаллиги экзема, сурункали носпецифик касалликлар, Боуэн касаллиги, силни ярали шакли, захмни бирламчи аффекти белгиси билан, сўрғичга сут безини ракини иккиламчи ўсиб кириши билан дифференциация қилинади.

Даволаш. Сут беzi раки бошқа шакллари каби Педжет касаллигини онкологик муассасаларида даволанади.

Педжетни экстрамаммар касаллигини терапиясида блеомициндан фойдаланилади ва уни даволаш усули Кейр эритроплазияси каби ўтказилади. Проспидин суткасига 200 мг дан буюрилади ва курсига 3-5 г ни ташкил қилади.

Касалликнинг бошланғич босқичида 5% ли 5-фторурацил, 30-50% ли проспидин, 0,5% колхамин малҳамларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. Уларни кунда компрессион боғлам ёрдамида 18-22 кун давомида қўйилади. Ўсмага нурли терапияга доимо ҳам ижобий самара бермайди, шунинг учун ўсма ўзгармаган тери билан қўшиб олиб ташланади [Шанин А.П., 1969]. Лазер терапия ва криодеструкция ҳам кўрсатма бўла олади.

Тери қўшимчаларини раки

Тери қўшимчаларини раки ўта кам учрайди. Тери қўшимчаларини ракига ёғ безлари раки, соч фолликулалари раки ва тер безлари раки киради.

Клиник намоён бўлиши. Ўзига хос характерга эга эмас. Кўпинча ўсма базалиомани тугунли шаклини ривожланишига ўхшаб кетади. Ўсмалар одатда зич, катталашувчи, марказида яраланиш кузатилиб, қайталанишга ва метастазга беришга мойил бўлади. Гистогенетик боғлиқлик фақат морфологик текширишдан кейингина аниқланади.

Диагностика. Патоморфологик текшириш ва характерли клиник манзарасига асосланади.

Даволаш. Нурли терапиядан, жарроҳлик даволаш усулларида ва кимётерапиядан фойдаланилади.

Капоши саркомаси

Капоши саркомаси (sarcoma Kaposi, идиопатик геморрагик саркома, мультицентрик ангиосаркома, ангиоретикулоэндотелиома) – мультицентрик ёмон сифатли ўсма жараёни бўлиб, тери ва ички аъзоларни қон томирларини эндотелийсидан ривожланади.

Патогенези. Икки маълум бўлган онкоген герпесвируслар, самари герпесвируси ва Эпштейн-Барр вирусига гомологик бўлган кетма-кетликни ўз ичига олган одамнинг саккизинчи тури герпесвируси билан, ҳамда хужайра пролиферациясини бошқарадиган инсон генлари кетма-кетлигини алоқа борлигини тахмин қилишади.

Клиник намоён бўлиши. Доғли, папулёз ва тугунли жароҳатланишлар тафовут қилинади, улар кўпгина ҳолатларда жараёни ривожланиш босқичларини аниқлайдилар. Капоши саркомасини тўртта клиник тури кўрсатиб ўтилади.

Классик тури асосан Марказий Европа, Италия ва Россия аҳолисида кузатилади. Одатда 60-70 ёшлар орасидаги инсонларда ривожланади. Эркаклар аёлларга нисбатан 9-15 марта кўпроқ оғрийдилар. Дастлаб жараён болдир ва товонлар соҳаларида жойлашган (95 %), қизил-бинафша ёки қизил-жигарранг рангдаги, нотўғри шаклли қирғоғи аниқ доғлар пайдо бўлади, улар папулаларга, массив пилакчаларга ёки тугунларга айланади. Баъзида шуни фонида гиперкератоз, веррукоз ўсиб кетишлар, геморрагиялар, телеангиэктазиялар, баъзан пуфаклар пайдо бўлади, элементлар регресси кузатилган жойларда пигментация ёки чандиқли атрофиялар ҳосил бўлади. Жароҳат ўчоғлари соҳасидаги тери зичлашади, шишади, кўкимтир рангга киради, бу эса баъзан касалликни биринчи белгиси бўлиб келиши мумкин. Касаллик узок вақт кечганда жароҳат ўчоғлари симметрик участкаларда ривожланади. қичишиш ёки ачишиш кам безовта қилади. Фақатгина ўсма элементлари яраланганидагина оғриқ пайо бўлади. Кўпинча регионар лимфатик тугунлар (уларнинг жароҳати одатда неопластик эмас, балки реактив характерга эга бўлади), оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари патологик жараёнга жалб қилинади. Терминал босқичда ички аъзоларни (ошқозон-ичак тракти, ўпка, жигар, қора талоқ, юрак ва б.) жароҳатланиши кузатилади.



Расм 109. Капоши саркомаси.

Эндемик тури Марказий Африка аҳолисини орасида учрайди. Кўпинча эрта болалар ёшида кузатилади. Минимал теридаги намоён бўлган белгилар бўлганда ички аъзоларни ва чуқур лимфатик тугунларни жароҳатини юқори частотаси аниқланади.



Расм 110. Капоши саркомаси, бурун соҳасида.

Капоши саркомасини эпидемик тури ОИВ-инфекцияси билан ассоциацияда кузатилади.



Расм 111. Оғиз шиллиқ қаватидаги Капоши саркомаси.

Капоши саркомасини иммуносупрессив тури лимфопролифератив касалликлар ёки ички аъзоларни трансплантацияси билан ассоциацияда кузатилади, у шунингдек узоқ вақт глюкокортикоид гормонлар қабул қилган беморларда пайдо бўлади. Иммуносупрессив терапия олаётган Капоши саркомаси билан оғриган беморларда бошқа ёмон сифатли ўсмалар, аутоиммун касалликлар частотаси кузатилиши юқоридир.

Кечиши. Касаллик ўткир, ўткир ости, сурункали кечиши мумкин.



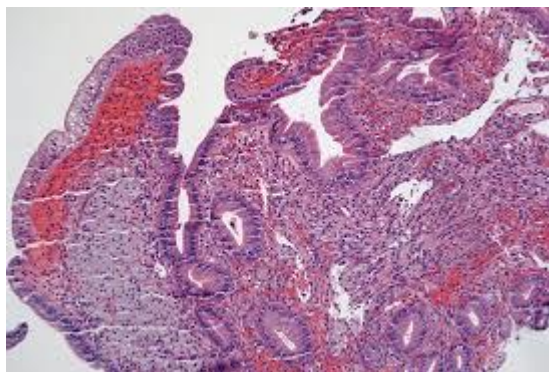
Расм 112. Капоши саркомаси, сон, тизза, болдир соҳаларида.

Ўткир шакли кўпинча ёш ёки жуда қариликда кузатилиб, шиддат билан бошланади ва жадал кечади. Яққол умумий интоксикация, танада юқори ҳарорат ва теридаги тошмаларни генерализацияси, лимфатик тугунларни катталашishi, ички аъзоларни жароҳатланиши билан характерланади. Беморларни ҳаёти муддати 2 ойдан 2 йилгача бўлган муддатни ташкил қилади. Летал ҳолат жараёни тезда генерализацияланиши, умумий интоксикация ва кахексия фонида келиб чиқади.

Ўткир ости шакли. Клиник белгиларини кўринишлари камроқ аниқланади; жараён ривожланиши секинлик билан кечади ва касаллик бошланганидан ўртача 2-5 йил давом этиб летал натижага билан якунланади.

Сурункали шакли. Касаллик нисбатан яхши сифатли кечиши билан характерланади. Унга секинлик билан ривожланиш, жароҳатларни чегараланган характердалиги ва касалликни 15-20 йилгача муддатда кечиши хосдир. Фақат кечки муддатларда у терида тугунларни пайдо бўлиши билан, лимфатик тугунларни ва ички аъзоларни жароҳати бирга кечади. Сурункали шакли кўп ҳолларда кузатилади.

Патоморфология. Доғни шаклланишини эрта босқичида дермани каттароқ томирлари атрофида капиллярларнинг ўчоғли пролиферацияси пайдо бўлади. Янада етукроқ элементларда томирли инфильтрация дермани деярли барча тўрсимон қаватига тарқалади, тирқишсимон томирли бўшлиқларни ўраб турган урчиқсимон ҳужайралар инфильтратлари билан бирлашади. Ўсмали тугунлар аниқ чегарага эга ва хаотик аралашиб ўзаро боғланган урчиқсимон ҳужайраларни тутамларидан ташкил топган бўлади. Тугунлар дермани барча қисмларига, ҳаттоки сўргичли қаватига ва тери ости клетчаткасига ҳам тарқалган бўлиши мумкин.



Расм 113. Капоши саркомаси гистологик манзараси.

Диагностика. Диагностикаси клиник манзараси ва патоморфологик текшириш натижаларига асосланган бўлади.

Дифференциал диагностикаси. Капоши саркомаси Капошини псевдосаркомаси, пиоген гранулёма, дермо-гиподермал васкулит, гемангиома, гломусли ўсма, меланома, тери лимфомаси, Шамберг касаллиги, қизил ясси темирлатки, мохов каби касалликлар билан дифференциал диагностика қилинади.

Даволаш. Капоши саркомасини даволашда танлов препарати сифатида кам токсик таъсирга эга бўлган проспидин дори воситаси қўлланилади. Бу препарат Россия давлатида кенг қўлланилади. Даволаш курсига – 4-5 г дан (100 мг дан кунда ёки 200 мг дан кун ора мускул орасига) юборилади.



Расм 114. Капоши саркомаси, болдир ва товонда.

Сама ра бўлмаса, тарқалган тугунлар ёки ўсмали ҳосилалар мавжуд бўлса полихимиотерапия курслари ўтказилади (циклофосфан, винкристин, преднизолон ва б.). Ўсмали жароҳатланишларда рентгенотерапия химиотерапия билан биргаликда қўллашга кўрсатма бўлади.

Тери лимфомаси

Тери лимфомаси (lymphoma cutis, ТЛ, лимфома кожи, ЛК) – клиник ва морфологик бир хил бўлмаган бир гуруҳ касалликлар бўлиб, лимфоцитларнинг ёмон сифатли пролиферацияси туфайли келиб чиқади. Терининг барча касалликлари орасида ТЛ 1-2% ни ташкил қилади; 60-65 % ҳолатларда уни келиб чиқиши Т-хужайрали бўлиб, кўпинча ёмон сифатлилик даражаси паст ҳисобланади. ТЛ 1,5-2 мартадан кўпроқ эркекларда аёлларга нисбатан қайд этилади. Одатда касаллик 40 ёшдан кейин пайдо бўлади, аммо охириги йилларда ёшларда ва ҳаттоки болаларда ТЛ билан касалланишни ортиши кузатилмоқда.

Патогензи. Терида бирламчи Т-лимфоцитларни, В-лимфоцитларни ёки плазматик ҳужайраларни ёмон сифатли пролиферацияси пайдо бўлади.

Классификацияси. 2005 йили БЖССТ ва “Ракни текшириш ва даволаш бўйича Европа ташкилоти”ни йиғилишида ТЛ ни янги классификацияси чоп этилди. ТЛ ни бирламчи классификациясида Т- ва В-ҳужайрали лимфомалри ва уларни ёмон сифатлиги даражаси тақдим этилган. ТЛ ни клинико-морфологик классификацияси ҳам ўзини аҳамиятини йўқотмаган (Разнатовский И.М., 1984), ундан замонавий классификация билан бир қаторда клиникада фойдаланиб келинмоқда.

Қўзиқоринсимон микоз (ҚМ) ТЛ энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади. Касаллик одатда ижобий кечади, секинлик билан бир неча йил ёки ўн йиллар давомида ривожланади.

ҚМ ни классик кечишида уч босқич кузатилади:

- Эритематоз (биринчи) босқичи. Бадан ва оёқ-қўлларда турли хил ўлчамдаги эритематоз доғлар ҳосил бўлади ва кучли қичишиш билан бирга кечади. Тери ости лимфатик тугунлари одатда интактли.



Расм 115. Тери лимфомаси, эритематоз босқичи.

- Пилакчали (иккинчи) босқичи. Инфильтрацияли яллиғланишли пилакчалар шаклланади. Уларнинг юзалари нам бўлиши мумкин ва лихенификацияли характерга эга бўлади. Тери ости лимфатик тугунлари доимо ҳам жалб қилинмайди.
- Ўсма (учинчи) босқичи. Касаллик ўсмалар билан намоён бўлади, улар мавжуд бўлган пилакчалар юзасида ва жароҳатланмаган терида ҳам шаклланиши мумкин. Ўсмаларнинг жойлашиши ва сони бўйича фарқ қилиниши мумкин. Улар замбуруғларни шапкасини эслатиб юборади.

Қоидага кўра тери остидаги лимфатик тугунлар катталашган бўлади. Ички аъзолар жалб қилиниши мумкин, периферик қон ҳам реакция қилади (лейкоцитоз, моноцитоз, эозинофилия, ЭЧТ ортиши).



Расм 116. Тери лимфомаси, ўсма босқичи.

ТЛ ни пойкилодермик варианты. Жароҳат ўчоғлари ўртача кепакланишли эритема, гипо- ва гиперпигментациялитери участкалари, телеангиэктазиялар, эпидермисни юпқалаши билан намоён бўлади. Терини бундай ҳолати пойкилодермия деб аталади. Локализацияси: елкани ички юзасини, тирсак бўғимлари ва билаклари, қўлтиқ ости, тос камари, сон ва болдирлар териси; аёлларда, қоидага кўра, сут безини териси ҳам жароҳатланади. Кечки босқичларида папулалар, пиллакчалар, ўсмалар ҳосил бўлади, баъзида эса терини универсал жароҳатланиши ривожланади.

Сезари синдроми. 2 % ҳолатларда кузатилади, Т-ҳужайрали ТЛ ни лейкомик шаклини жуда ёмон сифатли кечадиган шакли ҳисобланади ва эритродермия, лимфаденопатия ва периферик қонда ва терида ўсмали Т-лимфоцитлар (Сезари ҳужайралари) мавжуд бўлиши билан характерланади.

Т-ҳужайрали CD30+ли лимфопролифератив касалликлари барча Т-ҳужайрали ТЛ лари орасида пайдо бўлиш частотаси бўйича иккинчи ўринни эгаллаган.



Расм 117. Т-хужайрали Тери лимфомаси.

Бу касалликларга лимфоматоидли папулёз ва анапластик йирик ҳужайрали ТЛ киради. Анапластик йирик ҳужайрали ТЛ кам учрайди. Лимфоматоидли папулёз 11 % ҳолатларда учрайди ва лентикуляр яллиғланишли тугунчали тошмалар билан характерланади. Улар тарқалган ёки гуруҳли оёқ-қўлларда ҳосил бўлади. Уларнинг бир қисми марказий некрозга учрайди, бу ҳолатларда ТЛ тери туберкулёзини (силини) папуло-некротик шаклига ўхшаб кетади. Касалликни кечки босқичларида тугунчалар ўлчамларда катталаниши мумкин, инфильтрацияси кучайиб ўсма шаклланади. Теридаги жароҳат тарқалган бўлишига қарамай беморни умумий ҳолати узоқ йиллар давомида қониқарли бўлиб қолиши мумкин, ишлаш қобилияти бузилмайди. Касаллик одатда 2-3 ўн йиллик ва ундан ортиқ вақт давом этиши мумкин, аммо охир-оқибат жараёни генерализацияланиши келиб чиқади.



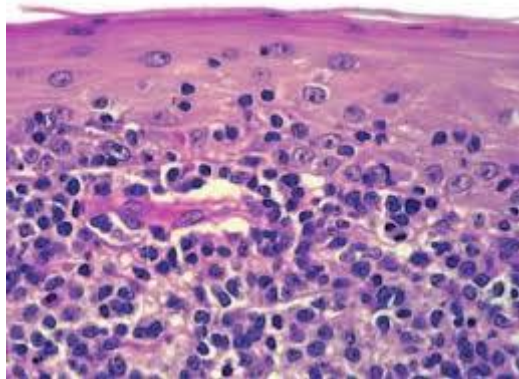
Расм 118. Тери лимфомаси.

Йирик ҳужайрали оёқларнинг В-ҳужайрали ТЛ си кўпинча қарияларда пайдо бўлади. Касаллик оёқларни тери ости тугунлари кўринишида жароҳатлайди, улар баъзида яраланади. Бошқа лимфомаларга солиштирилганда камроқ ижобий кечиши кузатилади.

Патоморфологияси. Эритематоз босқичи. Оддий микроскоп билан текширилганда диагноз қўйишни имкони бўлмайди, шунинг учун кўпроқ маълумот берувчи (информатив) усуллардан фойдаланиш лозим. Дермада баъзи бир яхши сифатли яллиғланишли дерматозларда топиладиган лимфоцитлардан таркиб топган инфильтрация аниқланади.

Пилакчали шакли. Кичик ва ўртача ўлчамдаги лимфоцитлардан иборат бўлган ҳужайрали инфильтратлар аниқланиб, церебриформ ядроли (атипик ҳужайралар), эпидермисда лимфоцитларнинг яққол эпидермотропизми ва лимфоцитлардан ташкил топган Потрие микроабсцесслари кузатилади.

Ўсма шакли. Лимфоидли ҳужайралардан иборат инфильтрат дермани тўлиқ эгаллайди ва гиподермага кириб боради. Инфильтрат полиморф бўлиб, церебриформ ядроли майда ва ўртача лимфоцитлардан ташқари, кўп сонли йирик ядроли, майда дисперс хроматинли, кам цитоплазмали ҳужайралардан (бласт ҳужайралар) иборат бўлади. Лимфатик тугунлар ва илик текширилганида атипик ҳужайралар топилади.



Расм 119. Тери лимфомасини гистологик манзараси.

Диагностикаси. Ҳали ҳам морфологик усул энг ҳаммабоп текшириш усули ҳисобланади. Унинг натижалари текширишни иммуногистохимик ва молекуляр-генетик усулларини ўтказиш учун кўрсатмаларни аниқлашга имкон беради. Диагностикани иммуногистохимик усули лимфоцитларнинг фенотипини (Т- ёки В-) ва уларнинг етуклик даражасини, функционал хусусиятларини аниқлашга ёрдам беради. Молекуляр-генетик усул ҳужайрларни клоналлигини аниқлаш учун қўлланилади (ЦЗР (ПЦР) ва б.). диагностиканинг якуний этапи бўлиб тери лимфомасини шакллари ва босқичларини аниқлаш ҳисобланади.

ТЛ диагнози ҳар бир алоҳида ҳолатда текширишни клиник, морфологик, иммуногистохимик ва молекуляр-генетик усулларига асосланган ҳолда аниқланади.

Дифференциал диагностикаси. Эритематоз босқичи. ТЛ дифференциал диагностикасини бир клиник манзараси ўхшаш бўлган баъзи дерматозлар билан ўтказилади: экзема, нейродермит, токсикодермия, васкулит, псориаз ва терини лимфоидли инфильтрацияси.

Пилакчали ва ўсмали босқичи. ТЛ лимфоцитомаси, тери саркоидозини, псориаз билан пилакчаларни ва б. билан дифференциация ўтказилади. Шунингдек, ТЛ ни сурункали лимфолейкоз ва ноходжкин лимфомасидаги (лимфатик тугунлардан келиб чиқадиган) иккиламчи специфик жароҳатлар билан дифференциация қилиш лозим. Кўпинча бу ҳолатлар тери жароҳатини ушбу касалликларни бошқа симптомлар билан олдин келиши ёки ҳукмронлик қилиши билан боғлиқ бўлади.

Даволаш. ТЛ билан оғриган беморлар яшаш жойида онколог томонидан динамик кузатуви остида бўлиши лозим. Касалликни бошланғич босқичларида теританосил касалликлари диспансерида дерматолог томонидан даволаниши мумкин. Касалликни прогрессив ҳолатларида онколог (дерматолог) томонидан онкологик стационарга беморни стационар шароитларда текшириш ва даволаш учун йўллаши мумкин.

Эритематоз босқичи. ТЛ ни Т-хужайрали беморлар даволаш учун умумий тикловчи ва носпецифик иммунитетни стимулловчи воситалар (интерферон- α -2а ва б.) тавсия этилади.

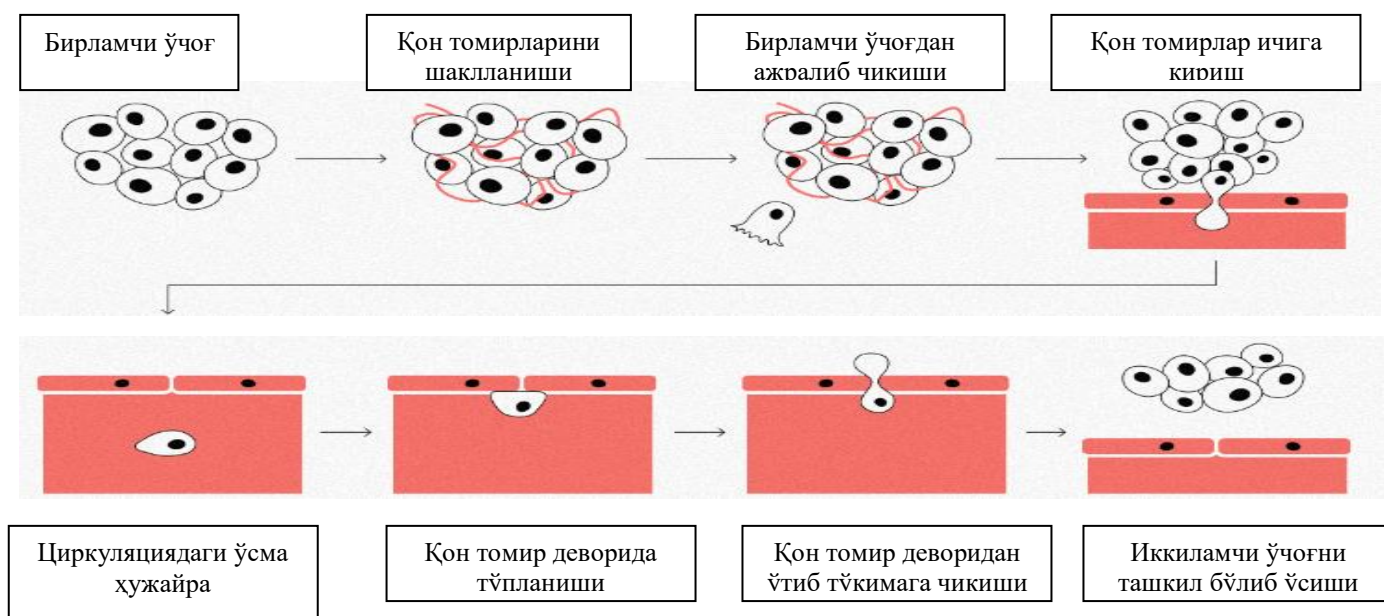
Пилакчали босқичи. Даволашни проспидинни буюриш юилан бошланади, чунки у паст даражали ёмон сифатли ТЛ касаллигини бошланишда даволашда самарали ҳисобланади. ТЛ ни тарқалган пилакчали ёки эритродермия билан кечувчи ҳолатларида проспидин ва преднизолон билан бирга комплексда даволаш яхши самара беради (проспидинни ўрнига циклофосфан ёки хлорбутин, метотрексат, блеомицин тавсия қилиниши мумкин). 3-6 ойдан сўнг комбинацияли давони қайтарилади.

Ўсма босқичида. Терини тарқалган пилакча-тугунли жароҳатланишларида полихимиятерапия, нурли ёки электрон-нурли терапия ўсмаларни даволаш учун буюрилади.

Терини метастатик ўсмалари. Тери кам (3-5 %) ҳолларда метастазлар билан жароҳатланади. Одатда улар бирламчи ўсма диагностика қилинган беморларда ҳосил бўлади. Аммо баъзан фақат аутопсияда аниқланадиган ички аъзоларида яширин кечаётган ракни биринчи ва ягона симптоми бўлиши мумкин.

Тери метастаз бериш частотаси бўйича биринчи ўринни сут безлари раки, иккинчи ўринни – Ошқозон-ичак тракти ўсмалари, учинчи ўринни – сийдик-жинсий тизимини ўсмалари, тўртинчи ўринни – ўпка раки эгаллаган. Эркакларда терига метастазларни энг кўп марта ўпка ва ичак саратони, меланома, оғиз ва буйрак шиллиқ қаватлар раки берса, аёлларда – сут безлари, йўғон ичак, тухумдонлар ва ўпка саратони чақиради. Тери метастазларини биринчи ўсмани локализациясига кўра жойлашиши билан маълум бир боғлиқлик мавжуд. Кўпинча метастазлар лимфатик томирлар орқали тарқалади, кам ҳолларда – гематоген йўл билан.

Ўсма ҳужайрасини организмда сайр қилиш схемаси



Расм 120. Ўсма жараёнини схемаси.

Лимфатик йўллар (сут бези раки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ясси ҳужайрали раки) билан ўсма метастазлари тарқалганда улар биринчи касаллик бўйлаб жойлашган тери участкаларида пайдо бўлади ва бирламчи ўсма билан бирикканлиги кузатилади.

Метастазларни энг кўп жойлашадиган соҳалар бўлиб, қорин бўшлиғини олдинги девори, кўкрак қафаси ва бошни сочли қисми териси ҳисобланади.

Сут беи ракини метастазлари. Одатда метастазлар бирламчи ўсмага яқин бўлган кўкрак деворида жойлашади ва кўпинча оператив даволашдан кейин ҳосил бўлади, кам ҳолатларда унгача пайдо бўлиши мумкин. Сут беи ўсмаларини метастазлари кўп ҳолатларда тугунча ёки тугун кўринишида бўлади, кам ҳолатларда сарамассимон ёки склеродермосимон кўринишда келади.

Тугунчасимон метастазлар тариқ донасидан ловия катталигигача ўлчамда бўлиб, бир биридан алоҳида чегараланган ҳолда жойлашадилар. Ранги тана рангидек ёки қизилроқ-кўкимтир бўлади; пальпацияда зич, кам ҳаракатчан, оғриқсиз; яра ҳосил қилиши мумкин. Сони ягонадан бир неча ўнтагача ёки ҳатто 100 тагача бориши мумкин.

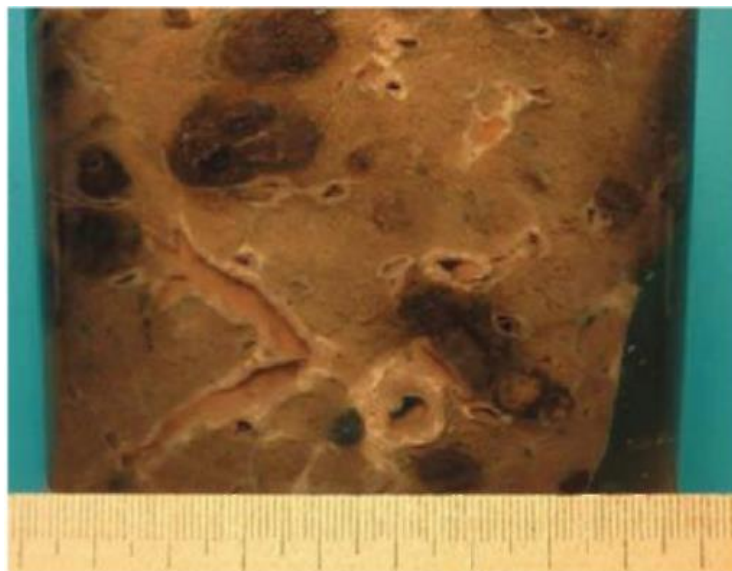
Тугунли метастазлар 2-3 см диаметрда бўлиб, қизғиш-кўкимтир рангли, зич, ҳаракатчан, оғриқсиз бўлади.

Сарамассимон метастазлар тез катталашувчи, кескин чегарали, нотўғри шаклли, сарамастли яллиғланишни белгиларига ўхшайдиган қизил рангли, ушлаб кўрилганда зичроқ бўлади.

Склеродермосимон метастазлар зич, қўшилувчан сарғишсимон рангли пилакчалар, ташқи кўриниши ва зичлиги билан склеродермияга ўхшаш белгилар билан характерланади.

Қорин бўшлиғи ва кичик тос ўсмаларининг метастазлари. Ҳаракатчан, оғриқсиз тугун ва инфилтратлар кўринишида бўлиб, улар соҳасидаги тери ранги ўзгармаган ёки бироз гиперемияга учраган бўлади. Кўпинча қоринниолдинги деворида, айниқса кўпинча киндик атрофи соҳасида жойлашади. Ошқозон саратонида кузатилади, аммо ошқозон ости беи, ўт пуфаги, аёллар жинсий аъзолари ракида ҳам кузатилиши мумкин.

Ўпка саратонини метастазлари. Ягода ёки кўп сонли, зич, оғриқсиз, тана рангидай ёки қизил-кўкимтир рангли тугунчалар ва тугунлар кўринишида намоён бўлиши мумкин. Асосан бош ва баданни диафрагмасини юқори соҳаларида жойлашади.



Расм 121. Ўпкадаги меланомани метастази.

Лейкозлар. Лейкозлар – қон яратувчи тизимини кўп сонли ўсмалари гуруҳи ҳисобланиб, қон яратувчи хужайраларидан пайдо бўлади ва иликни жароҳатлайди. Лейкозларни ўткир ва сурункали лимфолейкози ва миелолейкозга бўлиниши ўсма хужайрасини тузилиши билан аниқланади: лимфобластома билан ифодаланган хужайра субстрати ўткир лейкозларга тегишли, таркиби асосан етилгани элементлардан ташкил топган ва асосан дифференциацияли ўсма хужайралари массасидан иборат бўлган сурункали лейкозлар ҳисобланади.

Тери жароҳатланиши ўткир лейкозларни кўпинча намоён бўлган клиник манзараси ҳисобланади (50-60 % беморларда). Улар сурункали лейкозлар орасида кўпинча сурункали лимфолейкозларда кузатилади. Касаллик асосан 40-70 ёшлар орасида ривожланади, кўпинча эркаклар аёлларга нисбатан оғрийди. Терини жароҳатлари одатда лейкозларни ёйилган клиник манзарасини фонида пайдо бўлади. Улар жараёни терминал босқичига ўтганидан далолат беради ва прогностик салбий, ноқулай баҳоланади. Аммо терини жароҳатлари, айниқса бошқа белгилар ҳали мавжуд бўлмаганда сурункали лейкозларда, гематологик касалликни биринчи ва баъзан ягона симптоми бўлиши мумкин.

Терини специфик жароҳатлари (специфик гемодермия). Қон яратувчи ўсмали экстрамедуляр ўчоғлари.

Патогенези. Специфик гемодермиялар лимфобласт хужайраларни қон томир ўзанига чиқиши ва уларни турли аъзо ва тўқималарига, шунингдек терига ҳам диссеминацияси билан боғлиқ.

Клиник манзараси. Специфик жароҳатлар одатда папулёз, пиллакчали, тугунли, ўсмасимон ҳосилалар ва эритродермиялар кўринишида кечади. Кам учрайдиган белгиларига диффуз инфильтрация киради, шу жумладан милкларга ҳам.

Ўткир лейкозлар. Теридаги специфик жароҳатлар зичроқ, яхши чегараланган, бироз оғрикли, 5 -20 мм ва ундан катта диаметрغا эга, барча тери юзасига тарқалган тугунлар кўринишида бўлади. Улар тери юзасидан кўтарилиб турувчи кўкимтир-барқутсимон ярим шарсимон ҳосилалар кўринишида кузатилади.

Сурункали лимфолейкоз. Специфик жароҳатлар юзда жойлашган чегараланган ўсмалар кўринишига эга бўлиб, моховдаги “арслон юзи”га (facies leonine) ўхшаш клиникани яратади. Баъзи бир ҳолатларда оғиз, бурун, конъюнктива шиллиқ қаватлари жароҳатланади, шу жойларда теридаги сингари тугунлар ҳосил бўлади. Чегараланган инфильтратлар ва тугунлар сурункали миелолейкоз билан кўпгина умумий чизгиларга, хусусиятларга эга бўлади. Аммо сурункали лимфолейкоз билан оғриган беморларда тугунлар ва инфильтратлар ниҳоятда секинлик билан ўсиш, юзда симметрик жойлашиш билан фарқ қилади. Сурункали миелолейкозда тугунлар кам вақт (ойлар, йиллар эмас) мавжуд бўлади, чунки улар касалликни терминал босқичида пайдо бўлади. Бундай тугунлар кўпинча танада ва оёқ-қўлларда жойлашади, зич консистенцияга эга бўлади.

Патоморфология. Лейкозни бу турига специфик бўлган, терида хужайрали элементлардан ҳосил бўлган мономорф инфильтратлар аниқланади. Специфик гемодермияни диагностикасида қийинчиликлар бўлганда иммуногистохимик текшириш ўтказилади.

Диагностикаси клиник манзарасига, патоморфологик ва иммуногистохимик текширишлар маълумотларига асосланиб қилинади.

Дифференциал диагностикаси. Лейкозлардаги тери жароҳатлари папулёз сифилидлар, учламчи захмни сифилидлари, тери лимфомалари, саркоидоз, яхши сифатли лимфоплазияси, чегараланган ва диффуз нейродермит, моховни лепроматоз тури билан дифференциация қилинади.

Терини носпецифик жароҳатлари (носпецифик гемодермиялар) — специфик гемодермияларга нисбатан анча тез кузатилади.

Клиник намоён бўлиши. Улар полиморф қичишишли папулалар билан ифодаланган. Пруригиноз папулалар севимли локализацияга эга бўлмайдилар, барча тери соҳалари бўйлаб тарқалган бўлади. Авваллари бундай намоён бўлишлар лимфатик пруриго (*prurigo limphatica*) деб аталарди.

Даволаш. Лейкозлар терапиясида қўлланиладиган схемадан фойдаланиб ўтказилади. Терини специфик жароҳатини ягона даволаш усули йўқ. Терини носпецифик жароҳатларида қичишишга қарши воситалар, антигистамин препаратлар, энтеросорбентлар, транквилизаторлар ва турли ташқи даво воситалари тавсия этилади. Чидаб бўлмас қичишишда глюкокортикостероидлар (преднизолон 15-30 мг/суткасига) буюрилади.

Мавзулар бўйича саволлар

1. Қачон ривожланиш нуқсонлари пайдо бўлади?
2. Ривожланиш нуқсони ҳисобланган тери кисталарини айтинг.
3. Атеромани қайси касалликлар билан дифференциал диагностикаси ўтказилади?
4. Гемангиома қайси касалликлар билан дифференциал диагностика қилинади?
5. Тери ўсмаларининг қайсилари яхши сифатли ҳисобланади?
6. Қайси тери ўсмаси эпителиал ўсмаларга киради?
7. Қон томирлардан келиб чиқадиган тери ўсмаларини айтинг.
8. Қайси тери ўсмалари рак олди касалликлари ҳисобланади?
9. Ўсма табиатли бўлмаган терини рак олди касалликларини сананг.
10. Себореяли кератоз қайси касалликлар билан дифференциал диагностика қилинади?
11. In situ ракига кирадиган касалликларни айтинг.
12. Оғиз шиллиқ қаватини рак олди касалликларига кирувчи касалликларни сананг.
13. Лейкоплакияни шакллари айтинг.
14. In situ ракига оғиз шиллиқ қаватини касаллигини киради?
15. Терини қайси жароҳатлари меланоцитар невусларга киради?
16. Гало-невусга таъриф беринг.
17. Мелано хавфли невучларни айтинг.
18. Терини меланоцитар невусларини малигнизация симптомларини сананг.
19. Қайси ўсмалар ёмон сифатли ўсмаларга киради?
20. Меланомага таъриф беринг.
21. Меланоманинг клиник шакллари айтинг.
22. Лейкозли беморлардаги терини специфик жароҳатларини кўрсатиб беринг.
23. Тери лимфомасини босқичларини айтиб беринг.
24. Капоши саркомасини клиник турларини айтиб беринг.
25. Базал ҳужайрали тери ракини клиник турларини айтиб беринг.
26. TNM тизими нима?
27. Ясси ҳужайрали ракни шакллари айтиб беринг.

28.Педжет касаллигига таъриф беринг.

Терининг ўсма касалликлари бўйича вазиятга оид масалалар

Вазиятга оид масала (ВОМ) 1.

Шифокорга 24 ёшли қурувчи бемор мурожаат қилиб келди.

Шикоятлари: юз, кўкрак ва лаб соҳаси терисига тошмалар тошишига. Шу соҳада санчиш, совқатиши, терини таранглашишини сезган.

Саволлар:

Сизни тахминий диагнозингиз.

Бу бемордаги дерматозни қайси касаллик билан дифференциал диагностика қилиш керак?

Бу беморда қандай қўшимча текширишларни ўтказиш керак?

Жавоблар:

Чизикли склеродермия.

Витилиго, Қизил ясси темирлатки атрофик шакли, чизикли невус, мохов, шикастланишдан кейинчи чандик, терини чизикли атрофияси.

Умумий қон таҳлили (ЭЧТ ортган 20 мм/с), умумий сийдик таҳлили (оксипролин миқдорини ортиши), гипергаммаглобулинемия 23%, гиперпротеинемия 85 г/л, ДНКга антитаналар, ревматоид фактор (омил), қонда оксипролин миқдорини ортиши, жигарни функционал синамалар.

ЭКГ. Терапевт, отоларинголог, невропатолог, эндокринолог консултацияси (кўрсатмалар бўйича).

ВОМ 2.

Шифокорга 18 ёшли бемор аёл товон соҳасига тошмалар тошишига шикоят қилиб келди.

Товонида 1 см ўлчамдаги пигментли невус бўлиб, қора-кулранг рангли тугунчалар бўлиб, эластик консистенцияга эга, юзаси қуруқ ва силлиқ, сочларсиз, катталашмайди, безовта қилмайди.

Саволлар:

Диагнозни асослаш. Беморни олиб бориш тактикаси. Мойиллик омиллари.

Жавоблар.

Чегаравий невус (кўк невус, гигант пигментли невус, Отта невуси).

Невусни жароҳат ўчоғи қирғоғидан 0,5 см чекиниб тўлиқ кесиб олинади ва шошилинич гистологик текширив ўтказиш.

ВОМ 3.

47 ёшли бемор онкологик диспансерга терини янги ҳосиласи диагнози билан келди.

Тахминан 4 йил олдин ўнг болдирни терисида пигментли доғга эътибор берган. У катталаша бошлаган. Онкологга мурожаат қилган, у оддий кўрувдан сўнг кузатишни тавсия қилди. Бемор шифокорга бошқа мурожаат қилмай, ўз-ўзини даволаш билан шуғулланган: ўсмага “мўмиё” қўйиб юрган. Бир неча шикастланишдан сўнг пигментли ўсма тезда катталаша бошлади, қон чиқиш кузатилди. Стационарга ётқизилган беморни ўнг болдирини ташқи юзасини марказий қисмида замбуруғ шаклидаги 3 см ли экзофит ўсма бўлиб, у қуруқ қалоқлар билан қопланган. Ўсма атрофидаги терида гиперемия, инфильтрация мавжуд. Човни ўнг соҳасида 0,8 см диаметрдаги лимфатик тугун пальпацияда эластик консистенцияга эга.

Саволлар:

Диагнозни асослаш. Беморни олиб бориш тактикаси.

Жавоблар:

Кучсиз пигментли эпителиал-урчуқ ҳужайрали меланомани тугунли шакли яраланиш билан, инвазияни III-босқичи, Брес лоу бўйича ўсмани қалинлиги 5 мм. Лимфатик тугунларда метастазлар аниқланмаган. Комплекс (комбинацияли) даволаш: ўсмага операциядан олдинги нурли терапия, озод тери лоскутили пластика билан ўсмани кесиб олиб ташлаш, ўнг томонлама чов-сондаги лимфаденэктомия.

ВОМ 4.

Шифокор қабулига 65 ёшли, аввал касби рентгенолог бемор, юзида бироз кўтарилиб турувчи пиллакча кўринишидаги ҳосилага шикоят қилиб келди. Ҳосиланинг ўлчамлари 0,5-0,8 см, маркази яссиланган, ранги сарғиш, мумсимон, зич кўринишда.

Саволлар:

Беморни олиб бориш тактикаси.

Жавоби:

Терини базал ҳужайрали раки. Цитологик, гистологик, патогистокимёвий текшириш. Яқин фокусли рентгенотерапия. Криоген терапия. Лазерли терапия. Фотодинамик терапия.

ВОМ 5.

Кимё корхонаси ишчиси поликлиника шифокорига қулоғининг орқа соҳасига ўсмасиомн ҳосила пайдо бўлганига шикоят қилиб келди. Ҳосила биринчи марта 1 йил аввал пайдо бўлган, оғримаган, шунинг учун бемор тиббий ёрдам учун шифокорга мурожаат қилмаган. Кўрилганда ўсманинг диаметри 2,0 см, консистенцияси зич, қирғоқлари валиксимон, марказида яраланиш, қон кетиши, ангиоэктазия аниқланади.

Саволлар:

Диагнозни асослаш. Беморни олиб бориш тактикаси.

Жавоблар:

Терини ясси ҳужайрали раки. Даво ўсмани жойлашишига, ўсишнинг шаклига ва босқичига, атрофдаги тўқимани ҳолатига қараб танланди. Ўлчами катта бўлмаган ўсмаларда яқин фокуслик рентгенотерапия тавсия этилади. Жарроҳлик усули билан даволанганда ўсмани кўриниб турган қирғоқларидан 2 см масофа узокликда терини кесиб олиш амалга оширилади.

ВОМ 6.

С. исмли аёл дерматологга бурунни ён соҳасида узок вақтдан бери мавжуд бўлган ярачага шикоят қилиб келди.

Анамнезидан маълум бўлдики, 3 йилдан бери бурунни чап ён соҳасида ясси ўчоғлик ҳосила мавжуд. Охирги йилда у ўлчамларда катталаша бошлаган, марказида қалоқ пайдо бўлган, у даврий равишда тўкилиб яна ҳосил бўлиб туради.

Объектив кўрилганда: бурунни чап ён соҳаси терисида теридан бироз кўтарилиб турувчи 0,5х0,3 см ли ҳосила бўлиб, уни марказида маҳкам ёпишган қонли қалоқ мавжуд. Пешона соҳасида, ўнг лунжида бир нечта сарғиш, ясси, бироз пигментацияли 0,5-1 см диаметрдаги доғлар кузатилади. Тери куруқ. Жағ ости ва бўйин соҳасидаги лимфатик тугунлар каттлашмаган.

Саволлари:

1. Сизнинг тахминий диагнозингиз, клиник гуруҳини кўрсатинг?

2. Бир қатор касалликларни дифференциал-диагностикасини тузинг.
3. Касалликнинг тахминий босқичи?
4. Диагностик тадбирларнинг режасини тузинг.
5. Беморни даволаш режасини тузинг.
6. Беморни меҳнат фаолиятини прогнози.
7. Ракни профилактикаси бўйича тадбирлар режасини тузинг.
8. Беморни диспансер кузатуви 8. Беморни диспансер кузатуви режасини белгиланг.

Жавоблар:

1. Қариялар кератози фонида терини базал ҳужайрали раки, клиник гуруҳ 1а.
2. Дифференциал диагностика – тери раки (саратони), Боуэн касаллиги, себореяли кератома.
3. Тахминий босқичи I T1N0M0.
4. Ўсманинг юзасидан қириб олиш, цитологик текшириш.
5. Яқин фокуси рентгенотерапия.
6. Меҳнат фаолиятини проогнози – касаллик даволанганидан кейин меҳнатга лаёқатли.
7. Ракни бирламчи ва иккиламчи профилактикаси тадбирлари режаси: куёшда узоқ вақт қолишдан сақланиш, фото ҳимояловчи кремлардан фойдаланиш, куёшдан куйишдан кийим ва кенг майдонли шляпалар билан терини ҳимоя қилиш. Поликлиника шифокорлари барча беморларни тери қопламини кўришни амалга ошириш (кўрув хонасида ҳам, терапевт қабулида ҳам) ва аниқланган патологияларни даволаш ўтказиш.
8. Диспансер кузатуви режими: 5 йил мобайнида кузатиш: 1 йил – 1 марта 3 ойда, 2 йил – ҳар 6 ойда, кейин эса – йилига 1 марта. 5 йил давомида яна битта тери ўсмаси аниқланмаса – диспансер назорати ҳисобидан олиш.

ВОМ 7.

Дерматолог қабулига 70 ёшли эркак ўнг бурун-лаб бурмаси соҳаси терисига ярали ҳосила пайдо бўлганига шикоят қилиб келди.

Анамнездан маълум бўлдики, ҳосила бир неча йилдан бери мавжуд бўлиб, секинлик билан ўсмоқда. Охирги 3 йилда ўсма соҳасида ярача пайдо бўлди, у аста-секинлик билан ўлчамларда катталашмоқда.

Объектив текширишнинг маълумотлари: ўнг бурун-лаб бурмаси соҳасида 1х1,5 см лик юзаки ўсма бўлиб, тери юзасидан биров кўтарилиб туради, марказида яраланиш кузатилмоқда. Ярача қалоқ билан қопланган, у олиб ташланса қон кетади. Жағ ости ва бўйин лимфотугунлари катталашмаган.

Саволлар:

1. Сизнинг тахминий диагнозингиз, клиник гуруҳини кўрсатинг?
2. Касалликни тахминий босқичи?
3. Керакли қўшимча текширишни буюринг.
4. Беморни даволаш режасини тузинг.

Жавоблар:

1. Диагноз – терини базал хужайрали раки, клиник гуруҳи Ia.
2. Касалликни тахминий босқичи I T1N0M0.
3. Қўшимча текшириш: ўсма юзасидан суртма-из ёки инцизион биопсия текшириши, периферик лимфотугунларни УТТ, кўкрак қафаси аъзоларини рентгенографияси.
4. Яқин фокуси рентгенотерапия даволаш усулини қўллаш.

ВОМ 8.

Бемор У., 54 ёш, 8 ой аввал чап кўзни ички бурчаги яқинида оғриқсиз, қизил рангдаги тугун пайдо бўлган, у 0,5х0,5 см ўлчамдагача аста-секинлик билан катталашиб борган, уни юзасида телеангиэктазиялар ҳосил бўлган. Ҳозирги вақтда янги ҳосилаларни марказида яраланиш, қалоқлар билан қоплангани кузатилмоқда. Ўсмани перифериясида зич валикли, марваридли ялтирашли характердаги клиник кўриниш аниқланди.

Саволлар:

1. Дастлабки диагнозни қўйинг.
2. Диагнозни аниқлаштириш учун сизнинг ҳаракатларингиз.
3. Беморга қандай даво тавсия этилади?

Жавоблар:

1. Терини базал хужайрали ракига тахмин қилинади.
2. Биопсия ва гистологик текшириш кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

3. Касаллик гистологик тасдиқланганида даволашни хирургик усули қўлланиши мумкин, яқин фокусли рентгенотерапия, криодеструкция ёки 0,5% ли омаин малҳамли химиотерапиядан фойдаланиш мумкин.

Тест вазифаларидан мисоллар:

1.Пигментли эшакемни телеангиэктатик шакли одатда кузатилади:

- a) болалар ёшида
- b) фақат катта ёшдаги беморларда +
- c) туғилган кунидан бошлаб
- d) пубертат даврида
- e) ҳар қандай ёшда бир хил частота билан

2. Кератоакантомлар учун характерли

- a) барча келтирилганлар +
- b) бошланишида шарсимон тугун билан
- c) тезда марказида парчаланиш ва ликопчасимон ўсмани ҳосил бўлиши билан
- d) парчаланаётган массаларни ажралиши ўсмининг бир вақтни ўзида яссиланиши билан
- e) касаллик бошланганидан 3 ойдан кечикмасдан депигментацияли юлдузча чандиқни ҳосил бўлиши

3. Сеттон невуси – бу

- a) периневоид лейкодерма (периневоид витилиго) +
- b) анемик невус
- c) иккиламчи яллиғланишдан кейинги ахромия
- d) мовий невус
- e) силлиқ невус

4. Ирсий геморрагик телеангиэктазия (Рандю – Ослер касаллиги) келтирилган белгилар билан характерланади, фақат ...

- a) бурун ва оғизни шиллиқ қаватида капилляр юлдузчали ангиома
- b) юз, лаб, бармоқлар терисида капилляр юлдузчали, ўргумчаксимон ангиома
- c) кўп бурундан қон кетиши, иккиламчи анемия
- d) болалик давридан бошлаб ҳаёт давомида белгиларни намоён бўлиши

е) инсоляция ва фотодерматитдан кейин пайдо бўлиши +

5. Ёмон сифатли тери ўсмаларини профилактикасига киради

а) барча келтирилганлар +

б) рак олди касалликларини даволаш

с) Рентген нурлари билан қайта даволашни истисно қилиш

д) маргумишни (мышьякни) қўлланишини чегаралаш

е) углеводдорд билан ишловчи ишчиларни диспансер кузатуви (кўмир, сланци, нефтни қайта ишлаш)

6. ОИТСда Капоши саркомаси (эпидемик шакли) ни идиопатик классик шаклини фарқлаш барча келтирилганлар билан характерланади, фақат ... дан ташқари

а) беморларни ёшлигидан бери

б) тарқалган тугунчали ва ўсмали ҳосилаларни кутилмаганда ривожланиш ва шиддат билан ривожланиш

с) субъектив ҳиссиётларни ва иккиламчи инфекция билан асоратланишни йўқлиги +

д) бошда, бўйинда, танада, оғизда атипик локализацияси

е) висцерал жароҳатлар ва лимфатик тугунлар билан бирга кечиши

7. Сульцбергер-Блоха синдроми (Недержание пигмента, пигментни тутолмаслик) келтирилган барча босқичларни ўтади, фақат ... ташқари

а) ўсмали +

б) эритематоз-везикулез

с) гипертрофик

д) пигментли

е) дисхромия босқичини депигментация ва енгил атрофия билан ҳосил бўлиши

8. Этиологик проонкоген факторларга (омилларга) тегишли:

а) вирусли инфекциялар

б) қишлоқ хўжалигида, кимёвий саноатда, қурилишда ва бошқа соҳаларда қўлланиладиган кимёвий моддалар ва канцерогенлар

с) ионли ва ультрабинафша нурланиш

д) баъзи дори воситалари

е) барча санаб ўтилганлар тўғри +

9. Кўп сонли нейрофиброматоз (болезни Реклингхаузена) да типик пигментация санаб ўтилганлар билан характерланади, ... дан ташқари.

- a) беморни ҳаётини биринчи йилидан пигментацияни пайдо бўлиши
- b) овал ва юмалоқ йирик “кофесимон” доғлар
- c) қўлтиқ ости ва чов бурмаларида сепкилсимон пигментациялар
- d) “кофесимон” доғларни сонини аста-секинлик билан кўпайиши (6 тадан кам бўлмаган ҳолда)
- e) қора рангли пигментация ва уларнинг юзасида кўп миқдорда сочларни бўлиши +

10. Цилиндромани дифференцировкасига кўра тури ҳисобланмайди:

- a) гидраденоматозли (безли дифференцировка),
- b) трихоэпителиоматоз (пилоидли дифференцировка),
- c) нодифференцировкали
- d) аралаш тури (безли ва пилоидли дифференцировка).
- e) Солитор

Адабиётлар

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.: илл.
2. Адаскевич В.П., Хассуна С.М. Облигатные паранеопластические дерматозы // Медицинская панорама. – 2002. – № 1, - с. 16-18.
3. Алясова А.В. Паранеопластические синдромы. // Нижегородский мед. журнал. – 2006. - № 7. – с. 138-145.
4. Базалиома. Е.С.Снарская, В.А.Молочков. М.Медицина. – 2018. – 136 с.
5. Беренбейн Б.А., Вавилов А.М. Опухоли кожи. // Кожные и венерические болезни: руководство для врачей: в 4 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1996. – 1999. – Т. 3. – с. 148-219.
6. Бутов Ю.С., Дворников А.С., Мордовцева В.В. Паранеоплазии. // Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – с. 744-754.
7. Бутов Ю.С., Ким Е., Михалева Л.М. Злокачественная форма черного акантоза, развившаяся у больного аденокарциномой желудка. // Рос. Мед. журн. – 2007. - № 4. – 31-33.
8. Де Вит К., Бишер Л.С., Стон С.Р. Кожные симптомы злокачественных опухолей внутренних органов: кожные и паранеопластические синдромы. // дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 Т. / К. Вольф, Л.А. Голдсмит, С.И. Кац [и др.]: пер. с англ.: под общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. – с. 1630-1647.
9. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. Проф. Мед. образования. // Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских [и др.]; под ред. Е.В. Соколовского. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 687 с. цв. ил.
10. Дерматоонкология и онкогематология. Атлас под. ред. О.Ю. Олисовой -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020-144 с: ил.-DOI:10.33029/9704-5413- 8-DOA-2020-1-144
11. Дерматоонкопатология: иллюстрированное руководство для врачей. // И.И. Чупров, А.А. Сыдилов, Д.В. Заславский, Р.А. Насыров; под ред. И.И. Чупров,

- А.А. Сыдигов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 528 с.: ил. – DOI: 10.33029/9704-5899-0-DOP-2021-1-528.
- 12.Дерматоонкология. Атлас. А.В. Молочков, Ю.В. Молочкова. Издательство "БИНОМ", 2015 г.
- 13.Дерматоонкология. Лечение. В.А. Молочков, Ю.В. Молочкова. Издательство Практическая медицина, 2018 г.
- 14.Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Лысова А.Ю. Практическая дерматоонкология: иллюстрированное справочное руководство по опухолям кожи, опухолеподобным заболеваниям и связанным с ними синдромам. – М.: Практическая медицина, 2014. – 480 с.
- 15.Кряжева С.С. Паранеоплазии в дерматологической практике. // Рос. журн. кож.-вен. болезней. – 1999. - № 2. – с. 4-8.
- 16.Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: атлас. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 166 с.
- 17.Малишевская Н.П., Райцева С.С., Кохан М.М. [и др.]. Паранеопластическая эритродермия. // Рос. журн. кож.-вен. болезней. – 2002. - № 5, - с. 9-12.
- 18.Молочков В.А., Молочков А.В., Хлебникова А.Н. [и др.]. Эпителиальные опухоли кожи. – М.: БИНОМ. 2012. – 224 с.
- 19.Молочков В.А., Хлебникова А.Н., Багапш Л.С. [и др.]. Кожные метастазы рака внутренних органов и меланомы. // Рос. журн. кож.-вен. болезней. – 2009. - № 5. – с. 11-15.
- 20.Наследственные болезни и пороки развития кожи: Атлас / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева, В.В. Мордовцева. – М.: Наука, 2004, - 174 с.
- 21.Пигментные опухоли кожи. Лариса Червонная. / ГЭОТАР. -Медиа, 2016 г.
- 22.Разкатовский И.М. Диагностика лимфопролиферативных заболеваний кожи в госпитале. – Л.: ВМедА, 1984. – 32 с.
- 23.Рак кожи. Меланома. Ганцев, Кзыргалин, Тимин: Руководство для врачей. ГЭОТАР. - Медиа, 2020 г.
- 24.Рюмин Д.В., Шеварова В.Н., Бабаев О.Р. Паранеопластический дерматоз у больной с онкозаболеванием. // Вестн. постдипл. мед. образ. – 2008. – № 1. – с. 77-78.

25. Фицпатрик Т. Паранеопластические синдромы и метастазы кожи. // Дерматология: атлас-справочник. // Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К Вульф [и др.]: пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – с. 512-539.
26. Aggarwal G., Obideen K., Wehbi M. Carcinoid tumors: what should increase our suspicion. // Cleveland Clinic J. Med. – 2008. – Vol. 75, № 12/ - P. 849-855.
27. Cunningham J.L., Janson E.T., Agarwal S. [et al.]. Tachykinins in endocrine tumors and the carcinoid syndrome. // Eur. J. Endocrinol. – 2008. – Vol. 159. – P. 275-282.
28. Curth H.O. Skin lesions and internal carcinoma. // Cancer of the Skin / eds. R. Andrade, S.L. Gumport, G.L. Popkin [et al.]. Philadelphia: W.B. Sanders, 1976. – P. 1308-1309.

Интернет манбалар:

<https://www.google.com/search>

<https://www.vladlive.com/melanoma-2/melanoma-foto/>

<https://www.tiensmed.ru/news/keratoma-ab1.html#pod2>

<https://ru.wikipedia.org/wiki/>

<https://www.skinmaster.ru>

<https://dermatology-online.ru/>

https://meduniver.com/Medical/Dermat/nevus_iz_ballonoobraznix_kletok.html

Мундарижа

Тери ўсмалари	3
Дерматоонкология асослари	6
Эпителиал ўсмалар, ўсмасимон жароҳатлар ва тери ўсиш нуқсонлари	7
Тери ўсиш нуқсонлари	9
Папилломатозли ўсиш нуқсони	9
Комедонли невос	12
Эпидермал киста	14
Сочли киста	16
Дермоид киста	18
Эпидермиснинг яхши сифатли ўсмалари	20
Папилома	20
Себореяли кератоз	21
Қариялар кератомаси	24
Тери шохи	26
Кератоакантома	27
Готтроннинг карциноидли тери папилломатози	33
Тери ортиқларининг нуқсонлари ва яхши сифатли ўсмалари	37
Сирингома	37
Сўргичли сирингоцистаденома	38
Эккрин спираденома	40
Эккрин порома	41
Сўргичли гидраденома	43
Фолликуляр кератома	44
Гемангиома	47
Лимфангиома	50
Лейомиома	51
Трихоэпителиома	52
Цилиндрома	57
Теридаги мезенхимадан келиб чиқадиган ўсмалар	61
Фиброма	61
Дерматофиброма	62
Дарье-Ферранани шишли дерматофибросаркомаси	63
Терини меланоцитар невослари	65
Чегаравий невос	66
Интрадермал (дермал ичи) невоси	67
Мураккаб невос	68
Эпителиоид хужайрали ёки урчуқсимон хужайрали невос (ўспиринлар меланомаси)	69
Баллонсимон хужайрали невос	70
Гало-невос (Сеттон невоси)	70
Инволюцион невос (фиброзли папула)	71
Мовий невос	71
Гигант туғма невос	72

Диспластик невос	73
Терининг ёмон сифатли ўсма касалликлари	76
Меланома	76
Терининг ясси хужайрали раки	82
Терининг базал хужайрали раки	86
Педжет касаллиги	92
Тери қўшимчаларини раки	97
Капоши саркомаси	97
Тери лимфомаси	101
Терини метастатик ўсмалари	107
Сут беи ракини метастазлари	108
Қорин бўшлиғи ва кичик тос ўсмаларининг метастазлари	108
Ўпка саратонини метастазлари	108
Лейкозлар	109
Терини специфик жароҳатлари (специфик гемодермия)	109
Терини носпецифик жароҳатлари (носпецифик гемодермиялар)	110
Мавзулар бўйича саволлар	112
Терининг ўсма касалликлари бўйича вазиятга оид масалалар	114
Тест вазифаларидан мисоллар	119
Адабиётлар	122
Мундарижа	125