

Ақсукент көп салалы колледжі

Терінің жұқпалы аурулары

Оындаған: Имамадиева Д

402 Мс

Қабылдаған: Азимханова У

Ақсукент 2021ж

Жоспар

I. Кіріспе

1.1 Тері жұқпалы аурулары

II. Негізгі бөлім

2.1. Тері жұқпалы ауруларының анатомиясы

2.2. Терінің қызметі

2.3. Терінің – ісік аурулары

2.4. Ісік ауруларының клиникасы, диагностикасы, емі және алдын алу шаралары.

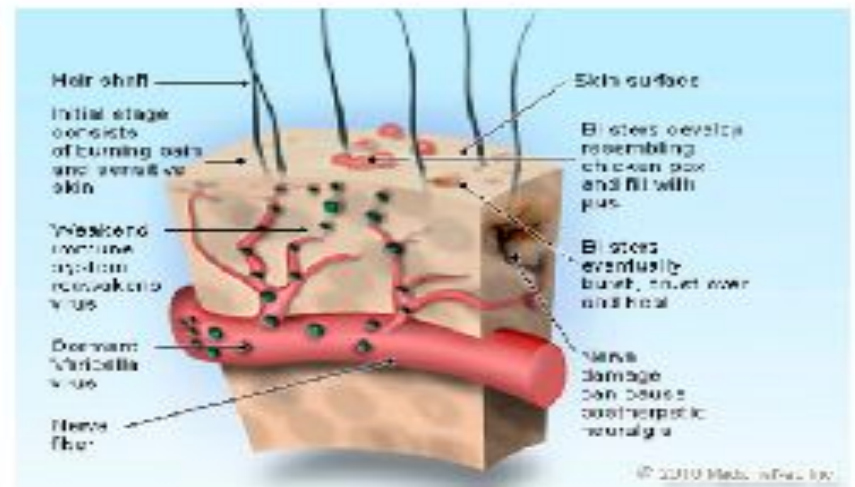
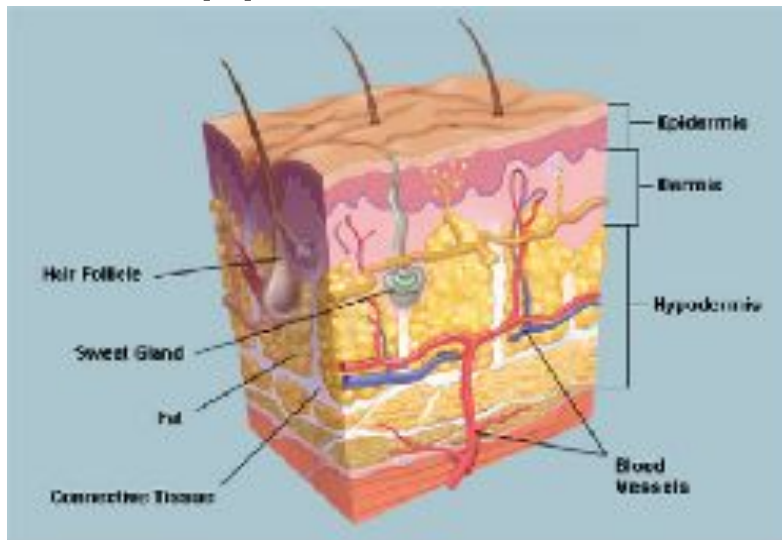
III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Вирусология, иммунология, генетика, молекулалық биология. Орысша-қазақша сөздік. – Алматы, «Ана тілі» баспасы, 1993 жыл. 231-323 бет
2. Вернер, Дэвид. Халыққа медициналық жәрдем көрсету жөніндегі (Анықтамалық). Қазақ тіліне аударғандар: Айымбетов М, Бермаханов А.—Алматы: "Демалыс", "Қазақстан", 1999 жыл. 506 бет.
3. О.Д.Дайырбеков, Б.Е.Алтынбеков, Б.К.Торғауытов, У.И.Кенесариев, Т.С.Хайдарова Аурудың алдын алу және сақтандыру бойынша орысша-қазақша терминологиялық сөздік. Шымкент. “Ғасыр-Ш”, 2005 жыл. 434 бет.
4. А.Қ.Дүйсенова. Жұқпалы аурулар. Алматы – 2009 жыл. 145 б.
5. Ө. Нысанбаев «Қазақстан»: Ұлттық энциклопедия.Алматы 1999 жыл. X том, 467 бет.

Анатомиясы

- Тері ағзаны сырттай қорғап тұрады, онда сезімталдық жүйке талшықтары, тер және май бездері, бұлшық еттер, шаш, тырнақтар бар. Тері үш қабаттан тұрады-эпидермистен, дермадан және тері асты майдан .



- Терінің ең негізгі **қызметінің** бірі - қорғаныс, екіншісі - тер шығару, үшіншісі - дем алуға қатнасуы, бұған қоса онда қан тамырлары өте кең мөлшерде дамыған, олар тері артериясынан және бұлшық еттерден басталып, бір-бірімен қосылады, сөйтіп, тереңнен орналасқан тері артериялық торларын негіздейді. Олардың үстінде беткей жатқан артериялық торлары бар, кейінгілер шаш түбірлерін, тер мен май бездерін қоректендіреді
- Лимфа тамырлары терінің дерма қабатынан басталады да бір-бірімен қосылысып, тор құрайды, ал олардың барлығы тері астындағы май қабатынды жиналады.

- **Терінің ісік алды аурулары нақты** (облигатты), нақты емес (факультативты) болып, екіге бөлінеді:
- **нақты ісік алды ауруларға:**
 - Пигментті ксеродерма,
 - Боуэн ауруы,
 - Педжет ауруы,
 - Қайр эритроплазиясы жатады.

- **Пигментті ксеродерма**- жас балаларда, жазда, немесе көктемде басталады, алдымен терінің ашық жерлерінде кішкене қызыл таңбалар пайда болады, олар түлегіш келеді. Кейіннен сол жерлерде жұқа тыртықтар орналасады және бұған қосымша гиперкератоздар, телеангиоэктазиялар,



- **Боуэн ауруына** көптеген қабығы бар қызыл таңбалар тән, олар майда түйіндер тастап, әр түйін жұқа жылтыр қабықпен қапталады, егер қабық алынса, онда қотыр сияқты суланады, қышыма пайда болады. Дерт көбінесе кеуде терісінен көрінеді.
- **Педжет ауруы** емшекте (емізікте), емшекүшы айналасында, шапта және шап аралықта кездеседі. Бұл - жұқа қабығы бар жара, бірақ ол өз бетінше жазылып тыртықтанатын жара емес, созылмалы, қанды-су шығарып тұратын, өмір-бақи бітпейтін жара, әсіресе, қабығы түсіп қалса.
- **Кайра эритроплазиясы** - жалпақ келген, 1-2 см-дей көлемдегі, суланып тұратын тері бөртпесімен сипатталынады. Ол, көбінде, сыртқы жыныс мүшелерінде орналасады.

- **Факульт ативты ісік алды аурулардың өзі екі топ құрайды;**
- **1 топқа** кәрілік кератоздар (терінің жұқарып, құрғақтануы, жарылуы), терінің мүйізденуі – қалыңдануы және кератоакантомалар кіреді;
- **2 топты** терідегі бірнеше өзгерістердің салдарынан болатын аурулар құрастырады, олар көбінесе сыртқы ортаның, соның ішінде рентген, радий сәулелерінің, мышьяқтың, өндіріс қалдықтарының зиянды әсерінен пайда болатын өзгерістер, күйік, туберкулез, мерезден соң пайда болатын келлоидты тыртықтар, туа біткен кемістіктер, ахаулар, қызыл жегі, эпидермальды және дермоидты жылауықтар жатады.

кәрілік кератоздар



келлоидты тыртықтар



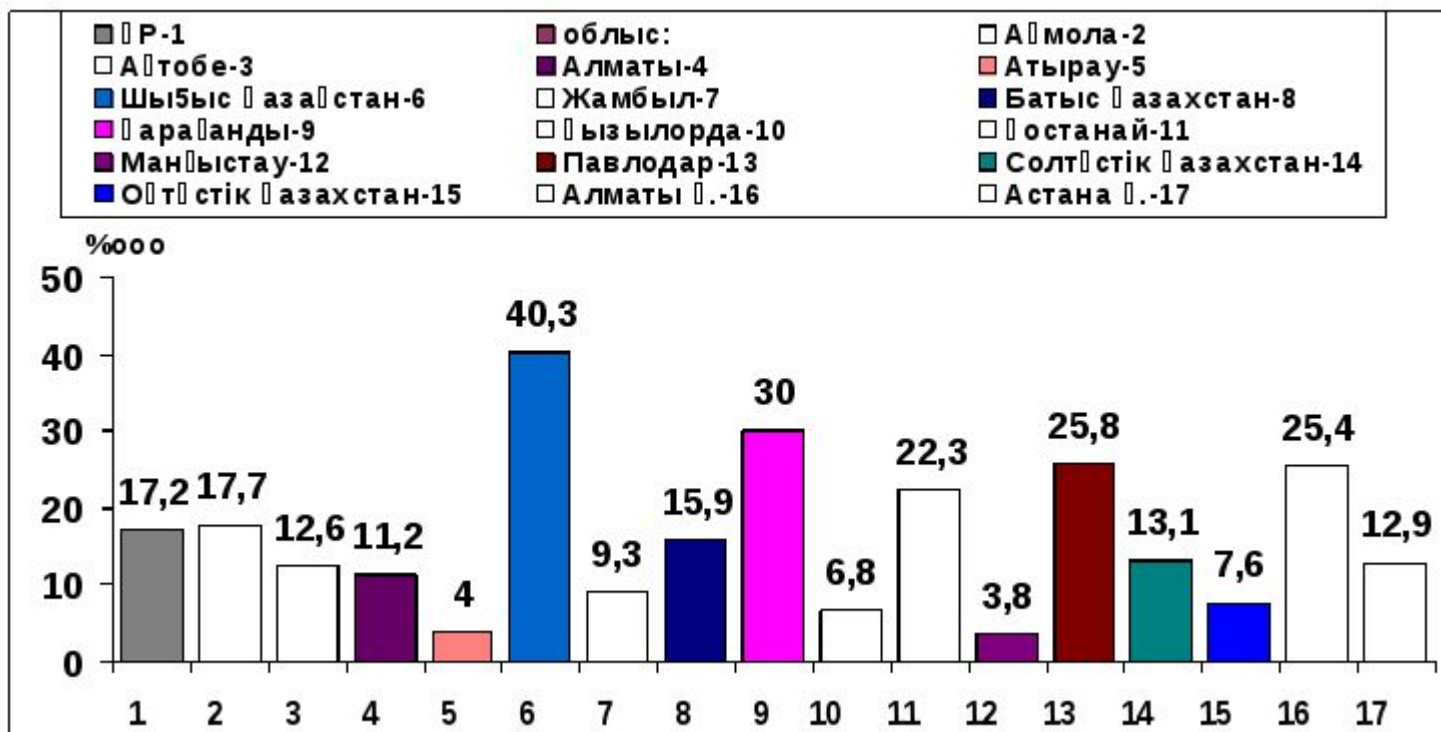
- **ХАЖ-10- бойынша таңбалануы:**
- С44 – Терінің басқа қатерлі ісігі
- 44.0 - ерің терісі
- **С44.1-** қабақ терісі, оның қосылған жерімен
- **С44.2** – құлақ терісі және есту тесігімен
- **С44.3** – басқа бет терісі және анықталмаған бөлігімен
- **С44.4** – бас терісі және мойын
- **С44.5** – дене терісі
- **С44.6** – қолдың терісі, иық буынды қоса
- **С44.7** – аяқтың терісі , жабас буынды қоса
- **С44.8** – жоғарыда көрсетілгендерден басқа терінің зақымдануы
- **С44.9** – терінің анықталмаған бөліктері

- **Тері рагының эпидемиологиясы**

- Тері рагы жер шарының барлық аумағында кең тараған. Өте жиі кездесетіні - Австралия, Бразилия, Аргентина және АҚШ; ал ең сирегі – Африка мен Азия елдерінде. Тері рагының меншікті үлесі Жер шарының солтүстігінен экваторға қарай өседі. Теңізбен қоршалған құрылықта тері рагы өте жиі кездеседі, оның себебі күн сәулесінің тікелей түсуі мен бірге, оның су бетінен шағылысуынан, ультракүлгін бөлігінің мөлшері өсіп, адамға екі жақты әсер етеді. Жалпы күн сәулесінің тері рагын қоздыратынын ең алғаш Аргентина ғалымы Рофо (1930), ал оның ультракүлгін бөлігінің әсерін Н.Н. Петровтың оқушысы Вадова, Сухуми питомнигінде (1948) дәлдеген.

- Қазақстанда тері рагы өте жиі кездесіп, ол өкпе рагынан кейін екінші орын алып, соңғы жылдары аурушаңдық көрсеткіші төмендеуде.

Тері рагының аурушаңдық көрсеткіші Қазақстанның әрбір облыстарында бір қалыпты тарамаған , ең жоғарғы аурушаңдық көрсеткіші Шығыс-Қазақстан (**40,3%000**), Қарағанды (30,0%000), Қостанай (22,3%000), Павлодар (25,8%000) және Ақмола (17,7%000) облыстарында тіркелген, сонымен қатар ең төменгі көрсеткіш Жамбыл (9,3%000), Оңтүстік Қазақстан (Қызылорда (6,8%000) Атырау (4,0%000) және Маңғыстау (3,8%07,6%000),) облыстарында анықталған

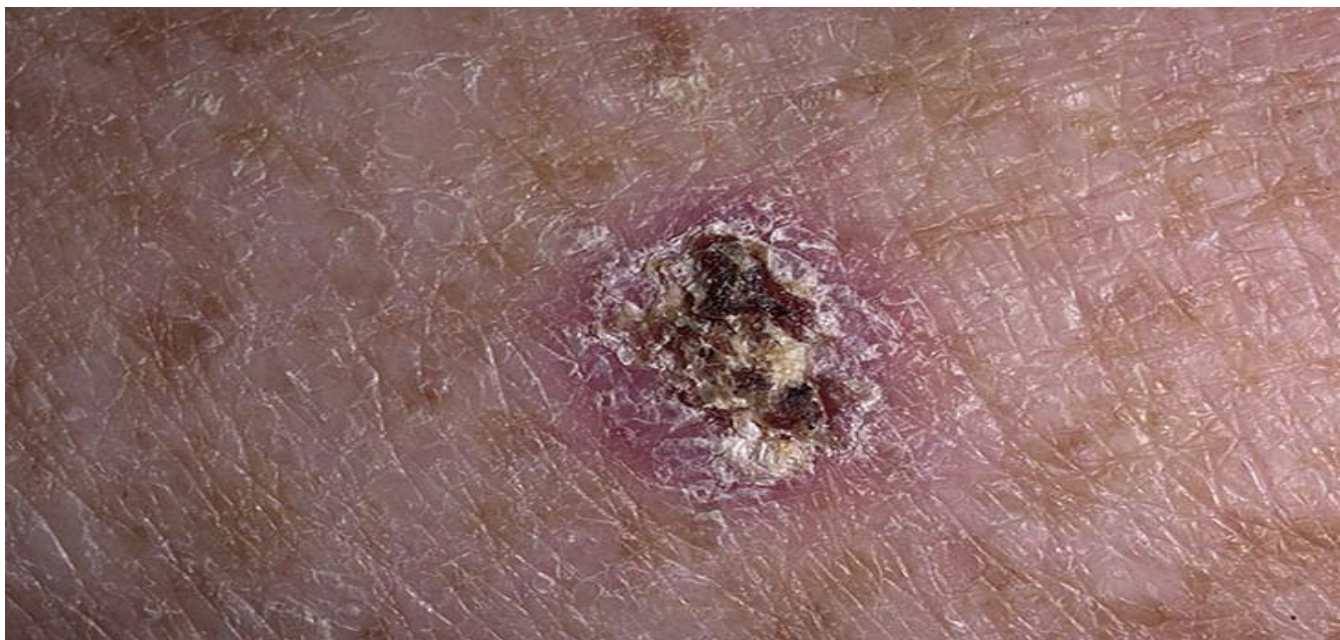


- **Тері рагының эпидемиологиялық ерекшеліктері:**
- Тері рагы оңтүстік аймақтарда, экваторға жақындаған сайын жиі кездеседі.
- Терісінде пигменті клеткалары аз адамдар (еуропалықтар), қара нәсілді, не оған тектес елдерге (афро-азиялық) қарағанда жиі зақымданады.
- **Ашық далада (экрандалмаған топ) жұмыс істейтіндердің арасында тері рагы, экрандалған адамдарға (кеңсе қызметкерлері) қарағанда жиі кездеседі, әсіресе балықшылар мен теңізшілерде, ауыл шаруашылығымен жиі байланыста болатын адамдарда.**

- **Қоздырғыш факторлары:**
- ультракүлгін және рентген, радиий сәулелері,
- күйіктен пайда болатын келлоидты тыртықтар,
- кәсіптік зиянды заттар (жанармай қалдықтары),
- Осылардың ішіндегі ең маңыздысы - ол ұзақ уақытқа созылған ультракүлгін сәуленің зиянды әсері.

- **Клиника Базальды клеткалы рак-** көбінесе бетте кездеседі және ол кішкене ғана, тері деңгейінен шығып тұрған, ортасы шұңқырланған жылтырланған ісік болып көрінеді. Кейіннен ортасы ойық жара болып, беті қабықтанады, қабығын алсаң жара бетінен қан шығады. Жараның жағалары тегіс емес және білеуленіп, тері деңгейінен көтеріліп тұрады. Кейде жара қабықсыз келіп, үнемі қан кетеді, айналасындағы, не астындағы тіндерге өтеді, ол кезде жараның қозғалысы нашарлайды. Базальды клеткалы рак емнен кейін жиі-жиі қайталанып, басқа жерінде пайда болады.

- **Жайылма клеткалы рак.** Ол көбінесе бастың, кеуденің, аяқтардың, құлақ қалқаншасының, сыртқы жыныс мүшелерінің терілерінде орналасады. Беткей және жайылмалы түрде кездеседі. Ісік еш уақытта ауыртпайды, тері деңгейінен көтеріліп, тез арада ойық жара пайда болып, одан қанды-су ағады, кейде мұның алдында теріде қышыма пайда болады. Кейіннен барып, ісік айналысындағы, немесе астындағы тіндерге көшеді, лимфа бездерге тарайды. Фунгозды ракта ісік қырыққабат сияқты сыртқа қарай өсіп, үлкен көлемге жетеді, беті жараланып, үнемі қан кетуі байқалады. Мұндай рак аймақтық лимфа бездеріне тез арада бөгелме ісік береді.



Жайылма клеткалы рак



Базальды клеткалы рак

- Меланоманың пайда болуы
- Тері меланомасы қалдардан (пигментті невус) пайда болады, қалдар неше түрлі болып келеді:
 - жалпақ тәріздес,
 - бөртпеге ұқсас,
 - түйінді,
 - сүйелді,
 - шашақты.

- Морфологиялық тұрғыдан қалдардың бірнеше түрлері бар:
- Шекаралы невус . Өте жиі ұмада, алақанда, табанда кездеседі. Оның түсі қою-қоңыр, көлемі 1 см-ден аспайтын жалпақ, тері деңгейінен көтерілмейтін және шашсыз келетін таңба. Меланомаға ауысу мүмкіншілігі тым жоғары келеді.
- Тері ішіндегі невус. Басқаларға қарағанда жиірек анықталынады. Эпидермис жұқа келіп, нәзіктеу болады және кейде онда гиперкератоз және папилломатоз байқалады. Ол тері деңгейінен көтерілмейді, әрі қатерлі ісікке сирек жағдайда ауысады.
- Көкшіл невус . Теріде терең жерде орналасқан, сондықтан көкшіл түстес боп келеді, эпидермис оның үстінде жұқарып көрінеді. Сирек жағдайда меланомаға көшеді.

№1- сурет. Шекаралы невос



- №2- сурет. Тері ішіндегі невос

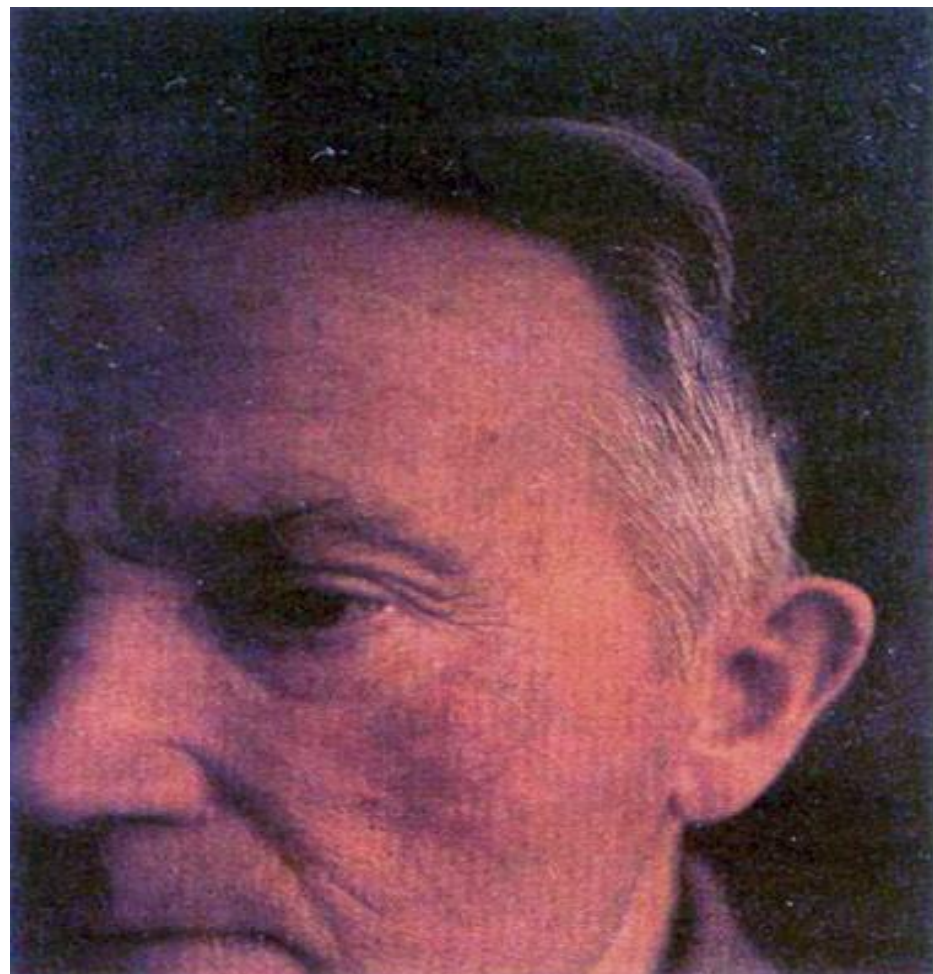


Көкшіл невос

- Аралас невус. Екі қабатты, эпидермис және дерманы алып жатады. Сондықтан бұл невуста эпидермальды, не шекаралы түрі басым болып кездеседі. Тері деңгейінен қөтеріліп тұрады және қатерлі ісікке тез айналады.
- Ювенильді (жасөспірімдік) невус . Жалпақ тәріздес түйін, сұрғылт қызыл, немесе, сирек жағдайда, қоңыр түстес келеді. Эпидермис жұқалау болып, 6,0% жағдайда меланомаға ауысады

- Дюбрейл меланозы . Жалпақ тәріздес түйін, сұрғылт қызыл, немесе, сирек жағдайда, қоңыр түстес келеді. Эпидермис жұқалау болып, 6,0% жағдайда меланомаға ауысады. Көбінде - әйелдердің кеудесінде, бетте, қолда және т.б. жерлерде кездеседі көбінесе егде жастағы адамдарда. Бірнешеу болып қою-қоңыр түсті таңбалармен белгіленеді, олардың шекарасы көмескіл келіп, сандары көп болады және боялу қасиеттері саналуан жүреді.
- Әртүрлі әдеби мәліметтеріне сүйенсек, Дюбрейл меланозынан пайда болатын меланома, жалпы меланомамен салыстырғанда 10 - 33,0% құрайды, ал кейбіреулері – 75,0%-ға жететіндігін көрсетеді.

Дюбрейл меланозы



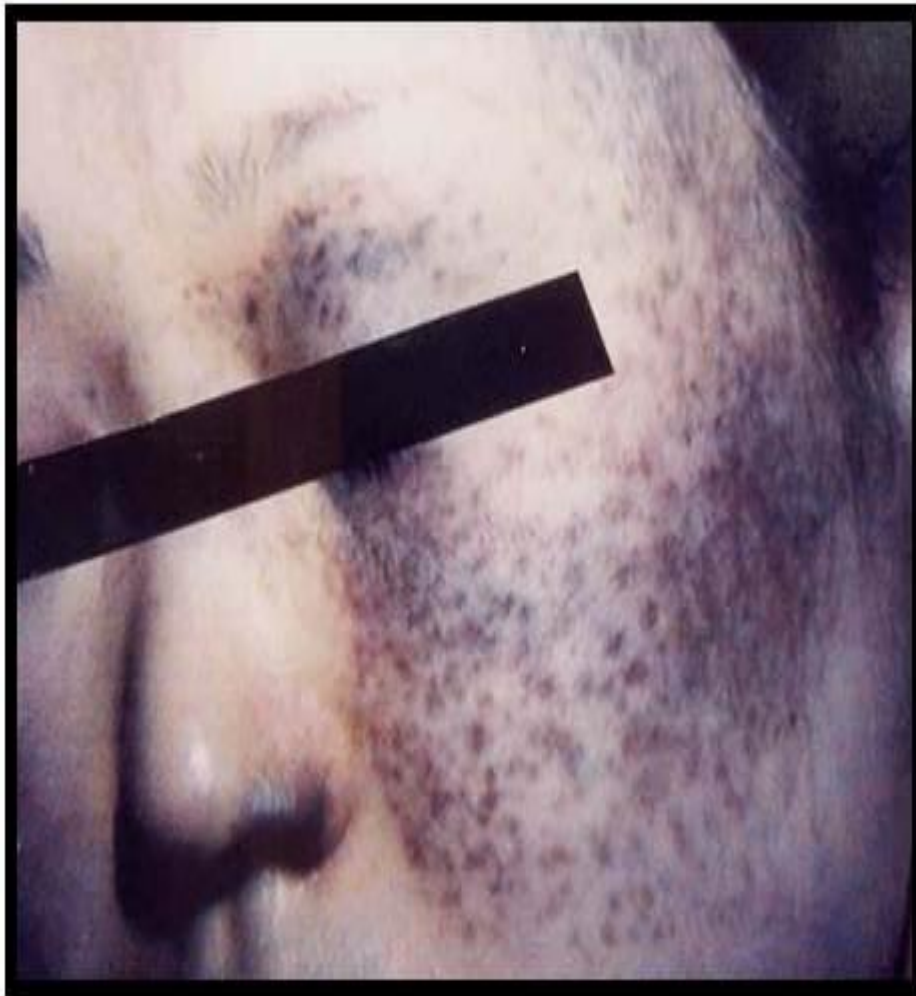
- Ота невусы – туа біткен қал, көбінесе үштік жүйкенің I- және II- бағаналары жүйкеленетін аймақтың бір жағында ғана кездеседі. Сирек жағдайда туа пайда болады, әсіресе жас балалар мен жас өспірімдер арасында жынысты ересейу кезеңінде пайда болады. Бұл невус пигментті дақ көкшіл не қара-көкшіл түсті болып, бет аймақтың бір жағын жиі зақымдайды. Клиникалық көрістері қара-қошқыл пигментті көздің шырышты қабатында, ақ қабығында, нұрлы қабықта орналасады Сонымен бірге, бір-біріне сіңісіп өскен, не алып көлемді ұрт аймағында, жоғарғы жақ пен самай сүйектерінің үстінде көкшіл-қара түсті зақымдалған жағында орналасып, көрген кезде түсіне қарай беті «ыластанған тері» тәрізді болып көрінеді.

Ота невусы



Моңғол дағы - көкшіл түсті сегізкөз, бөксе мен сан аймақтарындағы терісінде, ал меланиен пигменттері терінің дәнекер қабатында орналасады. Бұл дақ алғаш рет моңғолдардың баласында кездесетіндігі туралы белгілі болған. Алайда бұл дақ моңғолдарда, қазақтарда, қырғыздарда, якуттарда, айндарда, кәрістерде, буряттарда, тувалықтарда, Солтүстік Америка индейцтерінде және басқа ұлттарда да кездеседі. Моңғол дағы жаңа туған балаларда екінші не үшінші күндері белгілі болып, 12-24 айдан соң өз бетінше кетіп қалады, ал кейбір кезде ересектерде қалдық түрінде сақталып қадады.

Моңғол дағы



Осы аталған қалдардың меланомаға айналуының 15 белгісі бар, олар болжамдық үлесінің «салмағына» қарай көрсетілген:

- Қал бетіндегі тері түсінің (суретінің) өзгеруі
- Қал бетінің жылтырап, тегіс болуы
- Қал шеттерінің ассиметриясы, көрінісінің бірқалыпты болмай (фестон тәріздес болып) өзгеруі, Қалдың өзгеруі
- Қалдың жайыла көлденең өсуі ,
- Қал айналасында қышу мен күйдіргі тәрізді сезінуі,
- Қалдың беті түлеп, құрғақ қабықтануы,
- Қал бетіндегі түгінің біртіндеп түсуі, не оның болмауы

- Қал-меланома түсінің жартылай (бірқалыпты емес), не толық өзгеруі, яғни пигменттің жоғалуы (депигментациялануы) ,
- Қал-меланома бетінде майда түйідердің пайда болуы,
- Қал-меланоманың айналасындағы тіндерден оқшауланып, тік өсуі,
- Қал-меланоманы сипап қарағанда тығыздығының өзгеруі (жұмсаруы),
- Қал-меланома бетіндегі эпидермистің ойық жараға айналуы,
- Қал-меланома мен айналасының қабынуы,
- Қал-меланома бетінің ылғалданып, одан кан кетуі,
- Қал-меланома айналасындағы теріде пигменттелген, не қызылдау тәжі тәріздес өспелердің (саттелиттер) пайда болуы,

- Меланоманың **гистологиялық құрылысы** саналуан, бірақта, оларды клинико-гистологиялық түріне қарай төртке бөледі (11- сурет).
- Соның ішінде ең көп кездесетін түрі беткей орналасқан жайылмалы (lentigo) түрі (70,0%), оның ерекше бір нұсқасы – веррукозды меланомасы – ол эпидермистің кератозы мен гиперплазиясы ретінде сипатталады. Екінші бір түріне – түйін тәрізді (nodular) меланома (15,0%) жатады. Үшіншісі – акрально-лентигозды (алақан- табанды және тырнақ асты), ал төртіншісі – қатерлі лентиго текті меланома (5,0%), соңғы түрі тағды екіге бөлінеді – десмопластикалы және нейротрофикалы болып.

- **Меланоманың tnm жүйесі бойынша жіктелуі.**
- **T- бірінші ісік көлемі.** Ол тек ісік тұтас сылынғаннан кейін анықталынады.
- **N-- аймақтық лимфа бездері.**
- **Nx** - аймақтық лимфа бездері анықталмаған, белгісіз.
- **No** - аймақтық лимфа бездері білінбейді.
- **N1** - зақымданған жағында қозғалмалы лимфа бездері бар,
- **N2** - зақымданбаған, немесе екі жағында, қозғалмалы лимфа бездері бар,
- **N2a** - лимфа бездеріндегі бөгелме ісік көлемі 3см- ден асса,
- **N2б** - сателлиттер көп болса,
- **N2с** - соңғы екі жағдайдың екеуі де қабаттасып келсе,
- **M- - алыстағы бөгелме ісік.**
- **Mo-- алыстағы бөгелме ісік жоқ.**
- **M1 - алыстағы бөгелме ісік бар.**
- **M1a-** бөгелме ісік теріде, немесе тері асты май қабатында бар болса және ол аймақтық емес лимфа бездерінде орналасса,
- **M1б-** ішкі мүшелер бөгелме ісікпен зақымданса.

- 1965 жылы Кларк деген ғалым меланоманың тері астына өсуін 5-деңгейге бөлген:
- **1- деңгейі** - ісік, терінің негізгі қабатындағы мембранасына дейін өсуі. Яғни ісіктің терідегі эпидермистің: 1-түлегіш, 2- мөлдір, 3- дәнді, 4- тегіс емес қабаттан өтуін айтады. Ендігі бесінші қабат базальды клеткасындағы мембраналық сызық болып саналады. Осымен эпидермис бітіп, одан соң негізгі тері қабаты (дерма) басталады.
- **2- деңгейі** – ісік, эпидермистен өтіп, базальды мембранадан (сызықтан) асып, негізгі тері басталған жеріне жетуі,
- **3- деңгейі** – ісік, негізгі терінің бірінші емізікті және екінші торлы қабаттары зақымданғанда,
- **4- деңгейі** - ісік негізгі терінің ең соңғы қабатына шейін жетуі,
- **5- деңгейі** - ісік, тері астындағы май қабатын зақымдауы.

- **Инвазия** деген ұғым, ол ісіктің терідегі өсу деңгейін, меланоманың көлемімен (қалыңдығымен) анықталатын болды, себебі бұл ұғым дәл болжам айтуға мүмкіндік береді.
- Терідегі инвазия деңгейінің өзгеруі:
- T1 - инвазия -1мм-ден кем,
- T2 - инвазия 1мм-ден үлкен, бірақ 2 мм-ден кем,
- T3 - инвазия 2 мм-ден үлкен, бірақ 4 мм-ден кем,
- T4 - инвазия 4 мм-ден асса.

- **Тері меланомасының эпидемиологиясы**
- Тері меланомасының аурушандық көрсеткіші Қазақстан бойынша орташа есеппен 1,7%000 тең, ал оның әрбір облыстарында бірыңғай емес (№12- сурет), ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Шығыс-Қазақстан (3,0%000), Қарағанды (2,8%000), Қостанай (2,7%000), Павлодар (3,0%000) облыстарында және Алматы қаласында (2,8%000) тіркелген, сонымен қатар ең төменгі көрсеткіш - Қызылорда (0,3%000) Оңтүстік Қазақстан (0,6%000), Ақтөбе (0,7%000), Атырау (0,7%000) және Жамбыл (1,0%000) облыстарында анықталған.
- **Жас пен жыныстық ерекшеліктері.** Әйелдер ер азаматтарына қарағанда жиірек ауырады және неғұрлым жас ұлғайған сайын ауруға шалдығу мүмкіншілігі ұлғая түседі (70-тен асқандарда). Тері рагындағы жасқа байланыстылық, меланомада сезілмейді

- **Эпидемиологиялық заңдылықтары:**
- Ультракүлгін сәулесіне көбірек қақталған сайын соғұрлым қауіпті, әсіресе, 12 мен 16 сағат аралығында, себебі бұл мезгілде ультракүлгін сәулесінің мөлшері (дозасы) өсіп, оның тікелей зиянды әсері басым келеді.
- Меланомамен еуропалық ақ нәсілді этностар жиі шалдығады. Әсіресе, олардың шаштары және көздерінің қаралығы аз болса.
- Қазақстан және Қырғызстанға қоныс аударғандарда (еуропалықтар), жергілікті тұрғындарға қарағанда науқастардың саны мен аурушаңдық көрсеткіштері жоғары екендігі анықталған.
- Орта теңіз аймағында тұратындарда, еуропалықтарға қарағанда, тері меланомасы аз кездеседі, себебі олардың терісі пигментке бай, ол күнге қақталған кезде қорғаныс рөлін атқарады.
- Меланомада, өлім саны тері рагына қарағанда 5-6 есе жоғары, бұл меланоманың адам өміріне өте қауіпті ісік екенін білдіреді.

- **Кликалық түрлерімен белгілері**
- Меланома теріде өте жиі орналасады, ал көздің қарашығында, әйелдердің сыртқы жыныс мүшелерінде, қынапта және тік ішекте сирек кездеседі. Көбінесе меланома аяқта, кеудеде және қолда пайда болып, тек 10-20,0% жағдайда бас пен мойынды зақымдайды.
- Меланома негізінде үш бағытта өседі: 1-тері үстімен, 2- терінің жан-жағына, 3- аралас тері ішімен және тері астымен. Тері үстімен өскен кезде көлемі жайылып ұлғаяды, мұны көлденең бағыттағы өсу дейді. Бұл кезде терінің зақымдануы негізгі теріге дейін жетеді. Ал енді өсудің екінші деңгейінде ісік тік бағытта өсіп, негізгі теріні зақымдап, одан соң бөгелме ісікті береді, және аралас түрде де кездеседі.

- Меланоманың неше түрлі бағытта өсуі оның клиникалық белгілерін дер кезінде анықтауды қиындатады, сондықтан жоғарыда көрсетілген пигментті, пигментсіз қалдардың меланомаға айналуының 15 белгісін дер кезінде байқау маңызды іс.
- Ісіктің асқынуы мынадай белгімен айқындалады - қалдың айналасында қара-қошқыл белгілер пайда болады, олар тері ішінде орналасады, мұны сателлит деп атайды, бұл меланоманың лимфа тамырлары арқылы таралғанын білдіретін белгі.



Меланоманың аралас бағытта өсу түрі



Меланоманың жайылмалы түрі



Меланоманың тік (экзофитті) бағыта өсу түрі

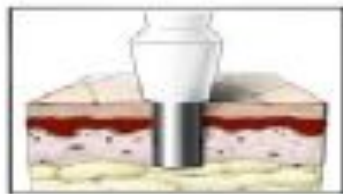
Меланоманы анықтау жолдары

- Күнделікті дәрігерлік тәжірибеде тері рагын және меланоманы дәлелдеу қиын емес. Ол көзге көрінетін, қолмен сипауға келетін ісік, сондықтан олардың клиникалық белгілерін және оларды терінің басқа аурулардан ажырата білу керек. Диагнозды нақты дәлелдеу үшін цитологиялық, гистологиялық зерттеулер керек. Өкінше орай меланомада, тері рагындағыдай - пунция, не биопсия жасауға болмайды. Меланомаға күдік туған жағдайда тек ойық жара бетінен жақпа алуға болады. Қосымша диагностикалық әдіске зәрден меланоманың қалдықтарын (меланурия) іздеу жатады. Тері рагында да, меланомада да радиоактивты фосфорды қолдануға болады. Кейінгі кездерде лазерлы флуоресцентті тәсіл тәжірибеде енді-енді еніп жатыр. Соңғы кездерде тері рагынан қапай биопсия алу техникасы

Басқа аурулардан ажырату жолдары

- Тері рагын көптеген созылмалы тері ауруларынан ажырату оңайға соқпайды, солардың ішінде ең негізгілері: туберкулез, мерез, микоз, жалған сірнелі емес гиперпалазиялар, эпителийден пайда болмаған қатерлі, қатерсіз ісіктер. Өте жиі және қосарланып келетін қызыл жегі (волчанка) ауруын тері рагынан ажырату, өте қиын, себебі олар көптеген жағдайда бірігіп, көбінде бетте жиі кездеседі.

- Меланоманы пигментті қалдардан, әсіресе, меланоздардан ажырату керек. Пигментті базалиоманы меланомадан ажырату қиынға соғады. Дегенмен базалиоманың баяу өсуі, пигменттің біркелкі орналасуы, қабыну үрдісінің болмауы, әруақытта, меланома емес екенін көрсетеді. Қантамырларынан, жүйке талшықтарынан шыққан ісіктерді және Боуэн ауруларын тері рагынан ажырату өте қиын бұл жерде тек морфс



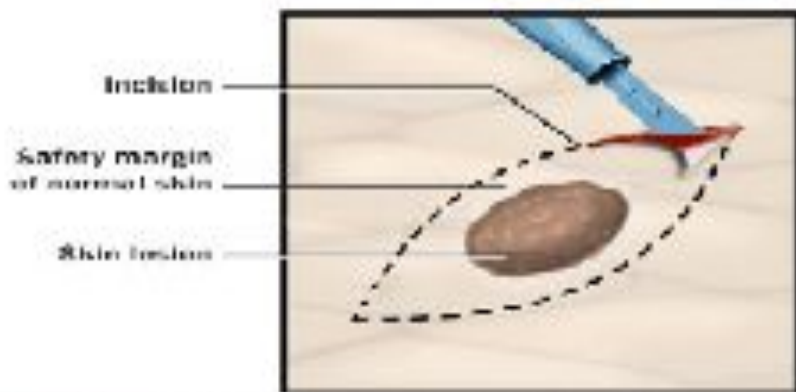
Сақтандыру

- Тері рагы мен меланомадан сақтану үшін дер кезінде ісік алды және қатерсіз ісіктерді анықтап, толық емдеген жөн. Бұл жерде жалпы мына шараларды орындау керек:
- зиянды және қоздырғыш себептерді жойу,
- зақымданған жерді консервативты емдеу,
- егер ем нәтиже бермесе, онда криогенді, лазерлы, оперативты емдер қолданып, алынған затты мұқият гистологиялық зерттеу.

Емдеу шаралары

- Тері рагының тиімді емі ісіктің өсу сатысына, морфологиялық құрылысына, орналасқан жеріне, ісік көзінің санына ауру адамның жасына тығыз байланысты келеді. Егер ісік алғашқы өсу сатысында болса, ем екі деңгейде қарастырылады – біріншісінде, ісік көзі радикальды хирургиялық жолмен сылып алынады, екіншісінде – аймақтық лимфа бездеріне операция жасау, бір мезгілде орындалады.

- Сәуле әдісі меланомада тиімсіз, сондықтан хирургиялық әдіс жиі қолданылады, ол кезде оны кең көлемде ісікті сылып алу, ал кейбір жағдайда тері шеттері тігіс салғанда бір-біріне жетпей жатады, онда пластикалық операциялар қолданылады. Егер меланомада бөгелме ісік байқалса, онда химиотерапия әдісі (дакарбазин, нитрозомочевина, платина), иммунды дәрілермен (интерферон, левамизол) қосарланып і



- **Тері рагымен меланоманың болжамы**
- Егер тері рагы уақтысында анықталып, емделінсе, онда аурудың өмірі сақталып қалады. Барлық өсу сатыларын қоса есептегенде, орташа есеппен тиімді ем 85,0% құрайды, ал ісіктің бірінші өсу сатысында бұл көрсеткіш 97,0%-ға шейін жетеді.
- Меланомада емдік нәтиже нашарлау, тіпті, бөгелме ісік болмаса да емдік көрсеткіш 82-85,0% - дан аспайды. Дегенмен, ісіктің көлемі өте маңызды рөл атқарады, егер ісік - 1 мм-ден кем болса, емдік нәтиже 90,0%-дан асып түседі, ал егер ісіктің көлемі 1,5 мм-ден асып түссе, онда ем 50-80,0%-дай болады. Бөгелме ісіктің болуы болжамды қиындатып жібереді – орташа ем көрсеткішін 10-13,0%-ға төмендетеді, ал ол алыста орналасса - нәтиже 5-20,0% -дай ғана болады.