

ZIYADULLAYEV SH.X, RAXIMOV N.M,  
FAZLIYEV M.SH SHAXANOVA SH.SH

# ONKOLOGIYADA HAMSHIRALIK JARAYONI



DARSLIK

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI



ZIYADULLAYEV SHUXRAT XUDAYBERDIYEVICH  
RAXIMOV NODIR MAXAMMATKULOVICH  
FAZLIYEV MEXROJIDDIN SHAMSIDDINOVICH  
SHAXANOVA SHAXNOZA SHAVKATOVNA

# ONKOLOGIYADA HAMSHIRALIK JARAYONI

*(Darslik)*



ISBN 978-9943-8537-1-3  
UDK 614.253.5(075)  
BBK 53.5ya7

SAMARQAND-2023



### **Tuzuvchilar:**

**Ziyadullayev Sh.X.** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, Ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo'yicha prorektor, t.f.d., dotsent

**Raximov N.M.** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, Onkologiya kafedrası t.f.d., dotsent.

**Fazliyev M.Sh.** - Urgut Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat texnikumi direktori.

**Shaxanova Sh.Sh.** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, onkologiya kafedrası dotsenti

### **Taqrizchilar:**

**Mavlyanov F. Sh.** - SamDTU 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası t.f.d., dotsent

**Latipov M.I.** - G'ijduvon tibbiyot kolleji direktori, psixologiya fanlari bo'yicha falsafa doktori.

*Hamshiralar turli xil sharoitlarda. shu jumladan. shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalari, ambulatoriya klinikalari, onkologiya markazlarida, radiatsion terapiyasi muassasalari, uy sharoitida. sog'liqni saqlash muassasalari va jamoat tashkilotlarida ishlaydilar. Ular jarrohlik onkologiyasi, radiatsion onkologiya, ginekologik onkologiya, bolalar onkologiyasi va tibbiy onkologiya kabi bir qator onkologik yo'nalishlarda va unga turdosh bo'lgan sohada o'z ish faoliyatini olib boradilar. Hamshiralarning aksariyati to'g'ridan-to'g'ri bemorlarni parvarish qilishga va umumiy amaliyotga jalb qilingan bo'lib, ularning 43 %i kasalxonada. 24 %i ambulatoriya sharoitida, 11%i vrachlik punktlarida va 3% i xospisda yoki bemorlarni uyda parvarish qilishadi. Onkologiyada hamshiralarning roli reanimatsiya va intensiv terapiyadan tortib statistik ma'lumotlarni yuritish kabi jamoat e'tiboriga qarab o'zgarib turadi.*

*Ushbu darslikda onkologik hamshiraning roli bo'yicha bemorlarni baholash, bemorlarni o'qitish, parvarish qilishni muvofiqlashtirish, bemorlarga bevosita yordam ko'rsatish, simptomlarni boshqarish va qo'llab-quvvatlovchi parvarishlarga qaratilgan. Saraton kasalligini doimiy ravishda davolashda roli qanchalik xilma-xil bo'lishi va uning ahamiyatini ko'rsatish uchun onkologik hamshiraning bemorni bevosita davolashda, simptomlarni boshqarish va qo'llab-quvvatlovchi Parvarishdagi o'rni bilan bog'liq misollar keltirilgan.*

Samarqand  
"Tibbiyot ko'zgusi" 2023 yil.

**MUNDARIJA**

SO'Z BOSHI	6
1 BOB. AHOLIGA ONKOLOGIK XIZMATNI TASHKIL ETISH. O'SMA KASALLIKLAR ETIOPATOGENEZI. GENETIKASI. KANTSEROGENEZNING ZAMONAVIY TUSHUNCHALARI	8
Statistik ma'lumotlar (kasallanish va o'lim statistikasi, o'sma kasalliklarining kelib chiqishida voqea va regionlarning o'ziga xos ta'siri)	9
Oliy toifali hamshiraning poliklinika va uyda onkologik bemorlarni parvarish qilishi	15
Oliy ma'lumotli hamshiraning ish faoliyatida deontologiya va etikaga rioya qilish masalalari	18
2. BOB. ONKOLOGIYANING NAZARIY VA EKSPERIMENTAL ASOSLARI ONKOLOGIYADA ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI, XAVF GURUHLARI	21
Hujayra pog'onasidagi kantserogenez.	26
O'smaning o'sish xarakteri va jarayon lokalizatsiyasi bo'yicha klinik ko'rinishi	29
Qizilo'ngach saratoni	30
Me'da saratoni	32
Yo'g'on ichak saraton kasalligi	39
To'g'ri ichak saraton kasalligi.	49
Teri saraton kasalligi	51
Sut bezi saratoni	57
Sut bezi saraton kasalligining vizual aniqlanadigan simptomlari	62
O'pka saratoni	66
Til saratoni	73
Pastki lab saraton kasalligi	74
3. BOB. DAVOLAB BO'LMAYDIGAN BEMORLARGA PALLIATIV YORDAM KO'RSATISH	80

Palliativ yordam tushunchasi, palliativ yordamni tashkil qilish, onkologiyada Xospisning roli	80
Palliativ yordamni tashkil qilishning umumiy masalalari.	81
Psixologik muammolarda Xospisning roli.	85
<b>4. BOB. ONKOLOGIYADAGI MUHIM SIMPTOM VA SINDROMLAR</b>	<b>87</b>
Kimyoterapiyaning gemopoezga toksik ta'siri	91
Kimyoterapiyaning oshqozon-ichak sistemasiga toksik ta'siri.	92
Nur terapiyadan keyingi asoratlari.	93
<b>5. BOB. ONKOLOGIK BEMORLARNI OPERASİYADAN KEYINGI DAVRDA PARVARISHLASH</b>	<b>97</b>
Bemorlarni klinik tekshiruvga tayyorlash.	99
Jarrohlik bemorlarni operatsiyaga tayyorlash	101
Kichik tibbiy hamshiraning operatsiya va bog'lash xonalaridagi ishi	103
Jarrohlik bemorlarni ba'zi bir operatsiyalardan keyingi davrda parvarish qilish. Ularni olib yurish (transportirovka) qoidalari	104
Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalarda bemorlar parvarishi	115
Urologiya bo'limida bemorlarni parvarish qilish	119
Siydik kateterini o'rnatish.	120
Parenteral ovqatlanish.	122
Operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish.	122
Operatsiyadan keyingi peritonit	123
<b>6. BOB. KASALLIGI O'TKAZIB YUBORILGAN BOSQICHDAGI BEMORLARNI PARVARISHLASH (O'SMANING PARCHALANISHI, SARATON INTOKSIKASIYASI, GASTROSTOMANI PARVARISHLASH, IV BOSQICHLARDA PSIXOLOGIK ASPEKTLAR)</b>	<b>126</b>
Onkologik bemorda og'riq diagnostikasi	128
Onkologik og'riqni davolash	130
Ishlab turgan Gastrostomani parvarishlash	136
<b>7. BOB. NUR DAVOSI QABUL QILAYOTGAN BEMORLARNI PARVARISHLASH</b>	<b>143</b>

Nur terapiyadan keyingi asoratlari	146
Kimyoterapiya asoratlari nazorati	148
Xavfli o'smalarning gormonal terapiyasi	155
Xavfli o'smalar immunitet terapiyasi.	158
Kimyoterapiyaning gemopoezga toksik ta'siri	160
Kimyoterapiyaning oshqozon-ichak sistemasiga toksik ta'siri	160
Xavfli o'smalarni davolashning umumiy qoidalari	162
<b>8. BOB. BOLALAR ONKOLOGIYASIDA HAMSHIRALIK ISHI</b>	<b>164</b>
Bolalarda hamshiralik ishi jarayonining o'ziga xos xususiyatlari	164
Bemor bolalarni tekshirish usullari va onkologik yordam ko'rsatish	167
<b>BOLALARDA PALLIATIV YORDAMNING ASOSLARI</b>	<b>180</b>
Bolalarda palliativ yordami modellari	183
Bolalarga palliativ yordam ko'rsatishdagi qiyinchiliklar	185
<b>BOLALARDAGI OG'RIQ SINDROMI</b>	<b>186</b>
<b>BOLALARDA OG'RIQ SINDROMINI BAXOLASH</b>	<b>192</b>
<b>BOLALARDA OG'RIQ SINDROMINI OLIB BORISH</b>	<b>202</b>
<b>FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR</b>	<b>217</b>

## SO'Z BOSHI

Onkologiyada hamshiralik jarayoni, bu- xavfli o'sma kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni parvarishlash xamda shifokor belgilagan muolajalar to'liq olinishini nazorat qilishning tarkibiy va tashkiliy tuzilishidir. Bu usul - hamshiralik yordami ko'rsatishni tashkillashtirish, odatda, bemor bilan hamshiraning o'zaro muloqotini o'z ichiga oladi. Bu holatda bemorga qandaydir xastalanish holati emas, balki kasal shaxs sifatida qaralishi muhim ahamiyat kasb etadi.

Hamshira puxta bilim egasi, tez fikrlash hamda tahlil qilish qobiliyatiga ega bo'lishi shart. Shuning uchun ham, hamshiralik ishi - hamshiraning fikrlash qobiliyati va faoliyatidan iborat bo'ladi.

Hamshiralik ishining 3 ta asosiy tavsifi - karakteristikasi bor: maqsad, tashkil qilish, bilim darajasi (hamshiraning ijodiy qobiliyati).

Hamshiralik ishida onkologik shifoxona hamshirasining maqsadi quyidagilardan iborat bo'lishi lozim:

1. Bemorni parvarishlash va nazorat qilishda uning muammo va ehtiyojlarini muvofiqlashtirish;
2. Bemorni xamshiralar tomonidan parvarishlashda ko'zda tutilgan maqsad va erishilgan samaraning ahamiyatini aniqlash;
3. Bemorning turli xil ehtiyojlarini qondirish borasida hamshiralik mahoratini qo'llash.
4. Hamshiralik ishining samaradorligini baholash.

Hamshiralar turli xil sharoitlarda, shu jumladan, shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalari, ambulatoriya klinikalari, onkologiya markazlarida, radiasion terapiyasi muassasalari, uy sharoitida, sog'liqni saqlash muassasalari va jamoat tashkilotlarida ishlaydilar. Ular onkoxirurgiya, radiologiya, onkogenekologiya, onkopediatriya va tibbiy onkologiya kabi bir qator onkologik yo'nalishlarda va unga turdosh bo'lgan sohada o'z ish faoliyatini olib boradilar. Hamshiralarning aksariyati to'g'ridan-to'g'ri bemorlarni parvarish qilishga va umumiy amaliyotga jalb qilingan bo'lib, ularning 43 % kasalxonada, 24 % ambulatoriya sharoitida, 11% vrachlik punktlarida va 3% xospisda yoki bemorlarni o'z uyida parvarish qilishadi. Onkologiyada hamshiralarning roli reanimatsiya va intensiv terapiyadan tortib statistik ma'lumotlarni yuritish kabi jamoat e'tiboriga qarab o'zgarib turadi.

Sog'liqni saqlash tizimining tubdan o'zgarishi hamda yangi ilmiy kashfiyot yutuqlarini o'z ichiga olgan bir davrda hamshiraning roli o'zgarishi ham davom etmoqda. Onkologiyada hamshiralik ishi hozirda 10 yil oldin bo'lmagan, ba'zan tasavvur qilinmagan, ammo endi ular odatiy holga aylanib qolgan sharoitda ishlashga to'g'ri keladi.

Ushbu darslikda onkologiyada hamshiraning roli bo'yicha bemorlarni baholash, bemorlarni o'qitish, parvarish qilishni muvofiqlashtirish, bemorlarga bevosita yordam ko'rsatish, simptomlarni boshqarish va qo'llab-quvvatlovchi parvarishlarga qaratilgan. Saraton kasalligini doimiy ravishda davolashda roli qanchalik xilma-xil bo'lishi va uning ahamiyatini ko'rsatish uchun onkologik hamshiraning bemorni bevosita davolashda, simptomlarni boshqarish va qo'llab-quvvatlovchi parvarishdagi o'rnini bilan bog'liq misollar keltirilgan.

Ushbu darslikda qo'shimcha bilim va malakalarga ega bo'lish bilan birga, to'g'ridan to'g'ri g'amxo'rlik qiluvchi, koordinator, maslahatchi, o'qituvchi, tadqiqotchi kabi ko'plab ma'lumotlar keltirilgan.

Umumiy onkologiya hamshiralari saraton kasalligiga chalingan shaxslarga, shuningdek, ularning oilalari va jamoalariga hamshiralik yordamini ko'rsatishda yordam beradigan bilimlar majmuasi keltirilgan.

Ushbu darslik onkologiyada hamshiraning kundalik faoliyatidagi vazifalarini o'rgatadi:

- Saraton kasalligi aniqlangan bemorlarga g'amxo'rlik qilish.
- Bemorlarning oilalariga ta'lim va yordam taklif qilish.
- Kimyoterapiyani boshqarish.
- Kimyoterapiyaning nojo'ya ta'sirini boshqarish.



## ***1 BOB. AHOLIGA ONKOLOGIK XIZMATNI TASHKIL ETISH. O'SMA KASALLIKLAR ETIOPATOGENEZI. GENETIKASI. KANTSEROGENEZNING ZAMONAVIY TUSHUNCHALARI***

Xavfli o'smalarga qarshi kurash deyarli barcha mamlakatlarda sog'liqni saqlashning asosiy masalalaridan biri bo'lib hisoblanadi. O'zbekiston Respublikasida saratonga qarshi kurash davlat tomonidan maxsus onkologik xizmat orqali amalga oshiriladi. Xizmatni Respublika sog'liqni saqlash vazirligi boshqaradi. U hokimiyat sog'liqni saqlash boshqarmalari (bo'limlari) orqali viloyat va shahar onkologiya dispanserlari va poliklinikalardagi onkologiya kabinetlari ishini nazorat qiladi.

O'zbekiston Respublikasida 1 ta Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi va 1 ta avtonom Respublika xamda 12 ta viloyat (Toshkent, Samarqand, Andijon, Namangan, Farg'ona, Sirdaryo, Jizzax, Buxoro, Navoiy, Surxondaryo, Qashqadaryo, Xorazm), 2 ta shaharlarda (Toshkent, Qo'qon) filiallari bor.

**Onkologik kabinetlar.** Respublikamizning Markaziy tuman xamda shahar poliklinikalarida qoshida onkokabinetlar tashkil qilingan. Onkokabinetda ishlovchi mutaxassis va hamshiralarning asosiy vazifasi - umumiy ixtisoslashtirilgan davolash tashkilotlari tomonidan saratonga qarshi skrining tadbirlarini o'tkazishni ta'minlash, onkologik bemorlarni hisobga olish va dispanser kuzatuvini o'tkazish, bemorlarni ambulatoriya sharoitida tekshirish va ularni o'z vaqtida davolanishini amalga oshirish. Onkokabinet shifokori tuman onkologi sifatida tumanda onkologik yordamga javobgar hisoblanib, quyidagilarni amalga oshiradi:

- xavfli va xavfsiz o'sma, shuningdek, o'sma oldi kasalliklar bo'yicha murojaat etgan bemorlarni birlamchi va konsultativ qabul qilish;

- bemorlarni onkologik shifoxonaga maxsus davolanish uchun yuborish;

- tuman territoriyasida yashovchi xavfli o'smasi bor bemorlarni "ambulator bemorlarning tibbiy kartasi" (N025 - u shakl) bo'yicha hisobga olish va har bir yangi kasal to'g'risida onkodispenserga "hayotida birinchi marta saraton yoki boshqa xavfli o'sma tashxisi

qo'yilgan bemor haqida xabarnoma" (N090 - u shakl) yuborilishini kuzatish;

- xavfli o'sma va saraton oldi kasalliklarining obligat turi bo'lgan bemorlarning dispanserizatsiyasini amalga oshirish, "dispanser kuzatuvining nazorat kartasi" (N030 - u shakl)da ko'riklar va stasionarda davolanishda bo'lgan muddatlarini qayd etish;

- uyda patronajga muhtoj bo'lgan onkokasallarga doimiy ravishda tibbiy yordam ko'rsatish;

- ambulatoriya kimyo va gormonal terapiyasini o'tkazish;

- sanitariya - oqartiruv ishlarini amalga oshirish.

So'nggi yillarda poliklinika va ayollar konsultasiyalarida ayollar reproduktiv sistemasi o'smalarini erta aniqlashni yaxshilash maqsadida ko'rik kabinetlari tashkil etilgan. Onkologik xizmat va davolash - profilaktika tarmoqlarini bog'lovchi onkologik va ko'rik kabinetlarining birgalikdagi ishlari onkologik yordamni tubdan yaxshilash maqsadidagi ishlarda katta imkoniyatlar ochmoqda.

### **STATISTIK MA'LUMOTLAR (KASALLANISH VA O'LIM STATISTIKASI, O'SMA KASALLIKLARINING KELIB CHIQUISHIDA VOHA VA REGIONLARNING O'ZIGA XOS TA'SIRI)**

**Xavfli o'smalar epidemiologiyasi** – onkologiyaning bir bo'limi hisoblanib, u ijtimoiy-iqtisodiy (kasb, turmush darajasi, uy-joy sharoitlari), iqlimiy-geografik (iqlim, tuproq tarkibi, suv va havo, insolyatsiya darajasi, radioaktiv modddalar va hokazo) va etnik omillarning (turmush tarzi, milliy-an'anaviy ovqatlanishning o'ziga xosligi, urf-odat ko'nikmalari, jinsiy hayot va hokazo) o'smalar bilan kasallanish va o'lishga bog'liqligini o'rganadi.

O'smalar epidemiologiyasi deskriptiv va analitik yo'l bilan o'rganiladi. Destruktiv epidemiologiya yoki boshqacha aytganda onkologik statistika, intensiv va standartlangan ko'rsatkichlar yordamida turli davlat va territoriyalar aholisining har xil o'smalar bilan kasallanish va o'lish holatlari, shuningdek, dinamikasi to'g'risida axborot beradi. Bular onkologik xizmatlar holatini va rivojlanish tendensiyasini, saratonga qarshi kurash (profko'riklarda faol ravishda aniqlash, dispanserizatsiya sifati, tashxis qo'yishning zamonaviyligi, davolash sifati, bemorlar umrining uzoqligi) samarasini baholashga imkon beradi.

Dunyo bo'yicha statistika ma'lumotlari bo'yicha onkologik kasallanish shuni ko'rsatadiki, 90-yillarda jahonda har yili saraton bilan 9 million odam kasallangan bo'lib, ulardan 6 millionga yaqini vafot etadi. Uning eng ko'p uchraydigan turi me'da, o'pka, sut bezi, yo'g'on ichak va bachadon bo'yni saratoni hisoblanadi. Xavfli o'smalardan o'lim ko'rsatkichi iqtisodiy rivojlangan davlatlarda so'nggi 20 yil ichida erkaklarda 55% ga, ayollarda 40% ga oshgan.

Erkaklar orasida saratonning eng yuqori ko'rsatkichi (har 100 ming aholiga) Italiya 344,3, Frantsiyada 316,1 va AQSh da 303,3 ga; ayollarda esa – Braziliyada 283,4, AQSh da 257,3 va Daniyada 242,3 ga teng ekanligi aniqlangan. Mamlakatimizda 1970-1990 yillar ichida xavfli o'sma bilan kasallanish shaharliklar orasida qishloqdagilarga nisbatan ko'p uchragan. Me'da, qizilo'ngach, pastki lab va bachadon bo'yni saratoni ko'rsatkichlarining kamayishi yaqqol ko'zga tashlangan, ammo to'g'ri ichak, sut bezi, o'pka, hiqildoq, teri, shuningdek, limfa bezlari va qon yaratuvchi to'qimalar saratoni bilan kasallanganlar soni ortib borgan.

Analistik epidemiologiya usullari yordamida "nos" chekish bilan og'iz bo'shlig'i saratoni, tamaki chekish bilan o'pka o'smasi o'rtasida bog'liqlik borligi aniqlansa, kasbga bog'liq saraton kasalliklari, shuningdek, yangi geografik va uy-joy sharoitlarining, onkokasalliklar ko'rsatkichiga ta'siri ham o'rganiladi.

Taxlil qilingan ma'lumotlarga ko'ra O'zbekistonda onkopatologiyalar bilan kasallanish ko'rsatkichi Yaponiya va AQShga nisbatan 2,5 marta, Rossiya va Qozog'istonga nisbatan 1,5-2,0 marta kam. Xavfli o'smalardan o'lish ko'rsatkichi AQShga nisbatan 1,6 marta, Rossiya va Qozog'istonga nisbatan erkaklarda - 2,3 marta, ayollarda esa 1,4 marta kam (35 yil davomida).

Onkokasalliklar bilan etnik omillar orasida ma'lum bog'liqlik borligi aniqlangan. Masalan, mahalliy xalqning shu yerli bo'lmagan aholiga nisbatan kasallanish ko'rsatkichi past, shahardagi erkaklar orasida qishloq mahalliy aholisiga nisbatan qizilo'ngach va teri saratoni kamroq, halqum va o'pka saratoni esa ko'proq uchraydi, shaharlik ayollarda qishloq ayollarga nisbatan sut bezi, o'pka va bachadon bo'yni saratoni ko'proq, halqum va teri saratonlari esa kamroq uchraydi.

Teri raki - eng ko'p tarqalgan xavfli o'smalardan biri bo'lib? yuqori darajada kasallanish ko'rsatkichi (har 100000 aholiga 40 tadan ko'proq)

AQSh, Argentina, Avstraliya, Eraziliya, Kanadada kuzatiladi. Shimoliy Yevropa mamlakatlarida saraton kasalligi eng kam uchraydi.

**O'zbekistonda teri saratonining tarqalishi (har 100 ming aholi orasida aniqlangan bemorlar soni)**

Mintaqa	2019	Mintaqa	2019
Toshkent shahri	12,4	Samargand viloyati	3,6
Andijon viloyati	5,3	Surxondaryo viloyati	5,5
Buxoro viloyati	5,5	Sirdaryo viloyati	2,6
Jizzix viloyati	2,7	Toshkent viloyati	7,1
Qashqadaryo viloyati	4,2	Farg'ona viloyati	5,2
Navoiy viloyati	7,5	Xorazm viloyati	2,1
Namangan viloyati	3,5	Qoraqalpog'iston Respublikasi	1,8
O'zbekiston bo'yicha 2019-yilda - 5,2% ga teng			

Bu ma'lumotlarga ko'ra, hammadan ko'p teri saratoni Toshkent shahrida, Navoiy va Toshkent viloyatlarida, eng kam Qoraqalpog'iston Respublikasi va Xorazm viloyatida uchraydi.

**Melanoma.** Melanoma juda xavfli, terining pigment hosil qiladigan hujayralaridan (melanositlardan) o'sib chiqqan bo'lib, har 100 ming aholiga 1-2 ta to'g'ri keladi (dunyo bo'yicha). O'zbekistonda bu ko'rsatkich 0,6 ga teng; terining xavfli o'smalari orasida 10% ni tashkil qiladi, ko'proq 35-50 yoshdagi erkaklarda kuzatiladi.

**Sut bezi saraton kasalligi.** Sut bezi saratoni ayollarda eng ko'p uchraydigan xavfli o'smadir. Dunyoda bir tekisda tarqalmagan: kasallikning eng yuqori intensiv ko'rsatkichi (har 100000 ayol hisobiga) Angliya, Daniya, AQSh va Boltiq bo'yi mamlakatlarida 30-40%, eng kam ko'rsatkichi Yaponiya, Meksika va Markaziy Osiyoda 2-10% ni tashkil qiladi. 25-30 yoshgacha bo'lgan ayollarda kamdan-kam uchraydi, ammo yoshi bundan oshganlarda kasallik soni ko'payib, 50-60 yoshda u o'z "cho'qqisiga" etadi. Kasallanish hamma iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda yildan-yilga o'sib bormoqda. O'zbekistonda so'nggi yillarda sut bezi saratonining soni asta-sekin o'sib ayollarning xavfli o'smalari ichida birinchi o'rinni egallagan.

**O'pka saraton kasalligi.** Iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda o'pka saratoni keng tarqalgan bo'lib, u bilan kasallanish yildan yilga o'sib bormoqda, ayniqsa, Fransiya (har 100 ming aholiga 66,6), FGR (62,2), Angliya, AQSh, Gollandiya va Avstriyada bu yaqqol ko'zga tashlanmoqda. Bu mamlakatlarda o'pka saratoni bilan kasallanish va

undan o'lish ko'rsatkichi xavfli o'smalar orasida birinchi o'rinni egallaydi.

O'zbekistonda o'pka saratoni bilan kasallanish 2019 yilda 100000 aholi soniga hisoblanganda 5,4 ga to'g'ri keladi. Butun xavfli o'smalar orasida respublikada o'pka saratoni bilan kasallanish 5-o'ringda bo'lib, o'lim ko'rsatkichi har 100000 aholi hisobiga 4,2 ga teng.

Ayollarga nisbatan erkaklar 7-10 marta ko'p kasallanadi va bemorlarning 80% ini sigareta chekuvchilar tashkil qiladi. O'pka saratonidan o'lim ko'rsatkichi chekmaydiganlarga nisbatan chekuvchilarda 10-15 marta ko'proqdir. Kasallanish odamlarning yoshiga proporsional ravishda o'sib boradi va 60-69 yoshda eng cho'qqiga chiqadi. Shu paytda kasallanish 30-39 yoshdagilarga nisbatan 53 baravar ko'proq uchraydi.

**Qizilo'ngach saraton kasalligi.** Qizilo'ngach saratoni eng og'ir kasalliklardan biri bo'lib, xavfli o'smalarining taxminan 2% ini tashkil qiladi. Qizilo'ngach saratoni eng ko'p uchraydigan mintaqalarga (har 100 ming aholiga 25-30 kishi) Shimoliy Eron, Turkiya, O'rta Osiyo. Janubiy Qozog'iston, Yoqutiston, Shimoliy Xitoy va Mo'g'liston kiradi. Bular tashqari, u bilan yuqori darajada kasallanish (har 100 ming aholiga 10-20 kishi) Janubiy Afrika, Frantsiya, Braziliya, Hindistonning ba'zi bir mintaqalari va AQSh ning qora tanli aholisi o'rtasida kuzatiladi. Evropa mamlakatlarida bu o'sma kam uchraydi (har 100 ming aholiga erkaklar orasida 4,0-7,0, ayollar o'rtasida esa 1,0-2,0). Kasallanish ko'p bo'lgan mintaqalarda bu xastalik tub xalq orasida mahalliy bo'lmagan aholiga nisbatan 5-10 baravar yuqoridir. Bunday tafovutning bo'lishiga aholining ovqatlanish xususiyatlari va genetik omillarning ta'siri sabab bo'lishi mumkin. O'zbekistonda o'tgan 5 yil ichida qizilo'ngach saratoni bilan kasallanish sekin-asta kamayib borganligi kuzatildi.

**O'zbekiston aholisi ichida qizilo'ngach saratonining tarqalishi (har 100 ming aholi orasida aniqlangan bemorlar soni)**

Mintaqa	2019	Mintaqa	1993
Toshkent shahri	2,2	Samarqand viloyati	4,1
Andijon viloyati	8,1	Surxondaryo viloyati	7,4
Buxoro viloyati	2,9	Sirdaryo viloyati	6,1
Jizzax viloyati	4,9	Toshkent viloyati	5,8
Qashqadaryo viloyati	2,5	Farg'ona viloyati	7,9
Navoiy viloyati	6,7	Xorazm viloyati	5,8
Namangan viloyati	6,6	Qoraqalpog'iston Respublikasi	20,1
O'zbekiston bo'yicha jami: 2019-5,8			

**Me'da saraton kasalligi.** Me'da saratoni yer yuzida bir xilda tarqalgan. Ushbu xastalik bilan eng ko'p kasallanish Yaponiya, Italiya, Chili, Islandiya va boshqa bir qator mamlakatlarda qayd etilgan. Eng kam kasallanish Kanada, AQSh, Avstraliya va ba'zi bir Afrika mamlakatlarida kuzatiladi. Hamdo'stlik mamlakatlarida me'da saratoni bilan kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichi Rossiya Federatsiyasi, Belorussiya, Latviya va Litvada bo'lib, eng kam ko'rsatkich Turkmaniston, O'zbekiston, Armaniston va Gruziyaga xosdir.

O'zbekistonda me'da saratoni xavfli o'smalar bilan kasallanish tuzilmasida birinchi o'rinda turadi. Uning mintaqalararo respublikada tarqalishini quyidagi jadvalda ko'rish mumkin.

**O'zbekistonda me'da saratonining tarqalishi (har 100 ming aholi orasida aniqlangan bemorlar soni)**

Mintaqa	2019	Mintaqa	2019
Toshkent shahri	8,5	Samarqand viloyati	4,7
Andijon viloyati	8,3	Surxondaryo viloyati	3,9
Buxoro viloyati	8,1	Sirdaryo viloyati	5,4
Jizzax viloyati	8,3	Toshkent viloyati	7,2
Qashqadaryo viloyati	4,8	Farg'ona viloyati	6,7
Navoiy viloyati	9,7	Xorazm viloyati	3,3
Namangan viloyati	7,7	Qoraqalpog'iston Respublikasi	8,6
O'zbekiston bo'yicha jami:		2019-6,7	

Kasallanish ko'rsatkichi Toshkent shahri, Navoiy, Jizzax, Andijon, Buxoro viloyatlarida va Qoraqalpog'iston Respublikasida eng yuqori. Me'da saratoni Xorazm va Surxondaryo viloyatlarida kam uchraydi. Eng ko'p kasallanish 60 yoshdan oshgan kishilarda va erkaklarda ayollarga nisbatan 2 marta ko'proq kuzatiladi. Me'da saratoni ularda 30-39 yoshlarga nisbatan 20 baravardan ko'proq qayd etilgan. So'nggi 25-30 yil ichida bu xastalik bilan kasallanish va undan o'lish butun dunyoda, shu jumladan, O'zbekistonda ham kamaymoqda. Bunday ijobiy o'zgarishlarning sabablari oxirigacha o'rganilmagan.

**Yo'g'on va to'g'ri ichak saraton kasalligi.** Yo'g'on ichakning uzunligi 2 metr gacha etadi. U 4 ta qismga ajratiladi: ko'richak, chambar ichak, sigmasimon ichak va to'g'ri ichak. Bu qismlarning saraton bilan kasallanishi bir xil emas. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra, o'sma o'rta hisobda 12% ko'richakda, 8% chambar ichakda, 15% sigmasimon ichakda va 65% to'g'ri ichakda kuzatiladi. Dunyoda yo'g'on ichak saratoni eng ko'p

AQShda (har 100 ming aholiga 15 ta bemor), Daniyada 96% va Belgiyada 71% uchraydi.

O'zbekistonda yo'g'on ichak saratoni bilan kasallanish ko'rsatkichi nisbatan past 3,7% (2019 yil), lekin 1993 yilga nisbatan bir oz ko'paygan 3,3.

Respublikamiz viloyatlarida bu kasallikning tarqalishi quyidagi jadvalda ko'rsatilgan.

**O'zbekistonda yo'g'on ichak saratonining tarqalishi (har 100 ming aholi soniga hisoblaganda)**

Mintaqa	1993	2019	Mintaqa	1993	2019
Toshkent shahar	8,4	7,3	Samarqand viloyati	2,7	2,9
Namangan viloyati	3,0	3,2	Qoraqalpog'iston Respublikasi	3,0	3,4
Andijon viloyati	3,0	4,4	Surxondaryo viloyati	3,2	3,4
Buxoro viloyati	2,3	3,5	Sirdaryo viloyati	3,3	3,6
Jizzax viloyati	2,4	3,2	Toshkent viloyati	3,0	3,7
Qashqadaryo viloyati	1,9	2,9	Farg'ona viloyati	3,2	3,9
Navoiy viloyati	3,9	3,6	Xorazm viloyati	2,7	3,4
O'zbekiston bo'yicha jami : 1993-3,3. 2019 - 3,7					

Jadvaldagi ma'lumotlarga ko'ra, yo'g'on ichak saratoni eng ko'p Toshkent shahrida, Andijon va Farg'ona viloyatlarida, Samarqand, Namangan va Jizzax viloyatlarida esa kamroq uchraydi. Toshkent shahridan tashqari barcha mintaqalarda kasallanish ko'rsatkichi so'nggi 5 yil ichida biroz oshgan. Umuman olganda, yo'g'on ichak saratoni, asosan, 50-70 yoshdagi kishilarda va erkaklarda ko'proq kuzatiladi.

**Og'iz bo'shlig'i saraton kasalligi.** Og'iz bo'shlig'i saratoniga bir guruh xavfli o'smalar kiradi. Bular til, og'iz bo'shlig'i tubi, lunj, qattiq va yumshoq tanglay, yuqori va pastki jag'ning alveolyar o'simalari saratonidir. Og'iz bo'shlig'i xavfli o'smalari ichida til saratoni 50-60%, og'iz tubi saratoni 20 - 35%, qolgan 10-15% lunj, tanglay, yuqori va pastki jag'alveolyar qismi shilliq qavati saratonlaridir. O'zbekistonda 2019 yilda og'iz bo'shlig'i saratoni har 100000 aholiga 2-3 kishini tashkil qiladi. Hamdo'stlik mamlakatlari orasida og'iz bo'shlig'i saratonining o'sishi Tojikiston va Turkmanistonning ba'zi bir viloyatlarida qayd etilgan. Og'iz bo'shlig'i saratoni erkaklarda ayollarga nisbatan 5-7 marta ko'p uchraydi. Kasallanish ko'rsatkichi yoshga bog'liq holda o'sib boradi.

O'zbekistonda asosan til saratoni va og'iz bo'shlig'i tubi saratoni kuzatiladi.

**Pastki lab saraton kasalligi.** Ko'pgina chet mamlakatlarda pastki lab saratoni kam uchraydi. Erkaklar orasida har 100000 ta aholiga 1 ta bemor to'g'ri keladi: 1,0 tadan (Angliyada) to 8,9 tagacha (Vengriyada). Bu kasallik bilan kasallanish yildan-yilga kamaymoqda. Qishloq aholisi orasida shaharliklarga nisbatan pastki lab saratoni 1,5-2 baravar ko'p uchraydi, erkaklar ayollarga nisbatan 4 marta ko'proq kasallanishadi. Yoshlar orasida pastki lab saratoni juda kam uchraydi. Kasallanish yoshga bog'liq ravishda o'sadi. Ko'pincha kasallik 40-60 yoshda paydo bo'ladi. Eng ko'p kasallanish janubiy mamlakatlar va qishloq aholisiga to'g'ri keladi.

### **Oliy toifali hamshiraning poliklinika va uyda onkologik bemorlarni parvarish qilishi**

Tibbiyot hamshirasi o'z ishini sevishi, uni vijdonan va mohirlik bilan ado etishi lozim. U hamisha xushmuomala, xushtabiat o'zini tuta biladigan odobli bo'lishi kerak. Tibbiyot hamshirasining tashqi ko'rinishi bemorga tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatishi, ularga xizmat qiladigan xodimlarga nisbatan ishonch tuyg'ularini uyg'otishi kerak. Har bir bemorga individual yondoshish lozim. Bemor o'ziga qilinayotgan g'amxo'rlik va mehr-shafqatdan mamnun bo'ladi. O'z navbatida Sidqidildan minnatdorchilik izhor qiladi va hurmat bilan qaraydi. Bemor bilan bahslashib, adi-badi aytishib o'tirmaslik, undan xafa bo'lmaslik, unga qattiq gapirmaslik kerak. Intizomni buzadigan bemorga nisbatan ma'lum darajada qattiqqo'l bo'lish zarur. Bemor oldida obro'-e'tibor qozonish uchun tibbiyot hamshirasining tashqi ko'rinishi katta ahamiyatga ega. Ozodalik va batartiblikda boshqalarga namuna bo'lishi kerak. Tibbiyot hamshirasi nihoyatda toza oq xalat kiyishi, tovush chiqarmay yurishi, yumshoq shippakda bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

So'nggi yillarda poliklinika va ayollar konsultasiyalarida ayollar reproduktiv sistemasi o'smalarini erta aniqlashni yaxshilash maqsadida ko'rik kabinetlari tashkil etilgan. Onkologik xizmat va davolash - profilaktika tarmoqlarini bog'lovchi onkologik va ko'rik kabinetlarining birgalikdagi ishlari onkologik yordamni tubdan yaxshilash maqsadidagi ishlarda katta imkoniyatlar ochmoqda.

O'rta tibbiyot xodimlari kasalxonaning butun ishlarini tashkil qilishda qatnashadilar. Vrach buyo'rgan dorilarni keltiradilar, kasallarga



dorilar berib, ukollar qiladilar. Banka va garchichniklar qo'yadilar. Elektr yordami bilan davolash, parafin qo'yish. Balchiq bilan davolash va shunga o'xshash muolajalarni bajaradilar.

Poliklinikaga kelgan bemorni og'ir yoki engil ahvolda ekanligidan qat'i nazar, darhol vrach ko'rishi, zarur topilgan dori-darmonlarni qo'llashi kerak. O'rta tibbiyot xodimlari esa shu ondayoq vrach ko'rsatmalarini bajarishi kerak.

**Buyrak va siydik yo'llaridagi operatsiyalardan keyin bemorlarni parvarish qilish.** Qovuqda qilinadigan eng ko'p uchraydigan operatsiyalarga: qovuqni yuqoridan kesish (episistotomiya yoki episistostomiya), qovuqni rezektsiya qilish va qovuqni olib tashlash, siydik yo'llarini chiqarish kiradi. operatsiyadan keyingi davrda bog'lamlar va drenajlar ustidan qunt bilan kuzatish lozim, bu qon oqishini, shuningdek, drenaj naychani bekilib qolganligi yoki so'rilganligini o'z vaqtida aniqlashda imkon beradi. Odatda urologik, shu jumladan, qovuqdagi operatsiyadan keyin jarohatga siydik tushmasligi uchun siydikni haydash maqsadida drenajlar va kateterlar qoldiriladi. Krovatga shisha yoki maxsus qopchiqlar bog'lab qo'yilib, ularga drenajdan ajralib qo'yiladigan suyuqlik yig'iladi. Siydik yig'iladigan qopchiqlar tiniq materialdan ishlanadi va ichki yuzasi steril bo'ladi. Bu holda faqat xarakterini (qon, yiring aralashgani) emas, balki ma'lum vaqt ichida ajratilgan siydik miqdorini ham aniqlash mumkin.

Nefroektomiyadan keyin bemorlarni parvarish qilishning eng muhim vazifasi, ajralib chiqayotgan siydikning miqdori ustidan kuzatib borish hisoblanadi, bu qolgan yagona buyrakning ishlab to'rganligidan dalolat beradi. operatsiyadan keyingi dastlabki soatlar va ba'zi kunlarda bemor keskin harakat qilmay va burilmay chalqancha yotishi kerak. Bu buyrak oyoqchasidan ligaturani sirpanib tushishining oldini oladi.

**Qizilo'ngach operatsiyasi** qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi davr asoratlari bo'lmaganda ham juda og'ir kechadi, shunga ko'ra davolash va parvarish vaqtida hamma narsaga ahamiyat berish kerak. Gigienik rejimga qat'iy rioya qilish zarur: og'iz bo'shlig'i va hialqumni nihoyatda toza saqlash, buning uchun furasilin yoki kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan artish yoki chayish kerak. Gemodinamikani barqarorlashtirish anastomozlar va operasion jarohatning yaxshi bitishi uchun birdan-bir muhim shart hisoblanadi. Infuzion - transfuzion terapiya yo'qolgan qon va suyuqlik o'rni to'liq qoplashi kerak. O'mrov osti venasidagi doimiy kateter orqali bu

suyuqliklar uzatiladi. operatsiyadan keyin nafasning buzilishi natijasida dimlanish pnevmoniyasi kelib chiqmasligi uchun nafas gimnastikasini o'tkazish shart. Bronxlardan balg'amni vaqti-vaqti bilan aspirasiya qilish kerak. Qizilo'ngach me'da anastomozi operatsiyasidan so'ng 4-5 sutkadan boshlab suyuqlik ichira boshlash mumkin. 7-kundan ichimlik chegaralanmagan miqdorda beriladi va suyuqroq ovqatlar (xom tuxum, kisel, qaymoq, kefir) tayinlanadi. 3-4 kundan keyin parhez bo'tqalar, pyure hisobiga kengaytiriladi. 15- kundan boshlab bemorlar 1-stolga o'tkaziladi. operatsiyadan keyin 4 kun o'tgach bemorning turib o'tirishiga ruxsat beriladi. Yell va ich kelish to'xtab qolganda gipertonik klizma tayinlanadi.

**Me'dada bajarilgan operatsiyalarda bemorlar parvarishi.** Me'dasi operatsiya qilingan bemorda birinchi sutkalarda puls holati va qon bosimi ustidan kuzatib, uni o'lchab turish lozim. Qon bosimi tushib ketganda shu zahoti shokka qarshi tadbirlarni boshlash kerak. operatsiyadan keyingi davr quyidagicha o'tkaziladi. 1-sutkada bemorga yeyish uchun hech narsa berilmaydi, dekompressiya uchun esa me'daga nazogastral zond kiritiladi. Suyuqlik venaga yuboriladi. operatsiyadan keyin 2-sutkada bemorga 2-3 qultum suv ichishga ruxsat beriladi. Agar shundan keyin kekirish bo'lmasa, sutkaga 400 ml suvni oz-ozdan ichishga ruxsat beriladi. 3-kundan boshlab zarur miqdordagi suyuqlikni og'iz orqali oladi. Bulon, kisel, sharbatlar ichish mumkin. 4-kuni parhezga 50 gr sariyog', 2 dona tuxum qo'shiladi. 5-kundan manniy bo'tqasi eyishga ruxsat beriladi. Me'da rezektsiyasidan keyin meteorizm bo'lishi mumkin. Bunda to'g'ri ichakka gaz haydovchi naycha kiritiladi.

**Yo'g'on ichagi operatsiya qilingan bemorlar parvarishi.** Axlal oqmasi bo'lgan bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos tomonlari bor. Oqma va oqma atrofidagi teri doimiy parvarishni talab etadi. Oqma atrofidagi teri shilinishiga yo'l qo'ymaslik uchun jarohatni tez-tez qayta bog'lab turish kerak. Har gal ich bo'shatilgandan keyin ichak shilliq pardasining ko'rinib to'rgan qismiga vazelinga ho'llangan salfetka bosish, ustidan paxtali salfetka qo'yish, so'ngra bint yoki maxsus bandaj bilan mahkamlash lozim. Yopishqoq plastir ishlatilmaydi. Chunki bog'lamlar tez-tez almashtirilganda teri shilini jarohatlanishi mumkin. Oqma atrofidagi teriga malham surtish kerak. Oqma shakllanib, operasion jarohat bitgandan keyin terining ta'sirlanishini kamaytirish uchun har kuni vanna qilish foydali. Axlal tutilib qolganda klizma qilishga zarurat bo'ladi. Buning uchun qo'lqop kiyish va oqma orqali

Ichakka uchlik kiritish va ehtiyotlik bilan 500-600 ml suv yuborish kerak.

Ichak qorin devori teshigiga tiqib qo'yiladi, axlat massasi shu tariqa hosil qilingan "orqa chiqaruv yo'li" dan ajralib chiqadi. Axlat oqmasi atrofidagi teri bichilib ketmasligi uchun terini to'g'ri parvarish qilish kerak. Qorin terisini kaliy permanganat eritmasi bilan yuvib va paxta tampon bilan quritilgandan keyin unga Jaccap pastasi yoki rux malhamini mo'l qilib surtish lozim. Ichakdan chiqayotgan axlat massasini maxsus tuvakka yoki qorin oldingi devoriga bog'lab qo'yiladigan plastik haltachalarga yig'ish qulaydir. Idish kuniga bir necha marta tozalanadi, yuviladi va joyiga o'rnatib qo'yiladi. Siydik tutolmaslik ko'pincha axlat tutolmaslik bilan birga uchraydi, biroq alohida kuzatilishi ham mumkin. Siydik terini battar ta'sirlantiradi, yoqimsiz hid paydo qilishidan tashqari, yaxlit eroziyalar paydo bo'lishiga olib keladi. Siydik tutolmaslikda uni siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigiga bog'lab qo'yilgan doka salftikalarga yig'iladi. Bundan tashqari, qiz va o'g'il bolalar uchun maxsus siydikdonlar bo'ladi. Siydikdon kuniga 4-5 marta bo'shatiladi, badbo'y hidli qattiq cho'kmani eritish uchun kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi.

### **Oliy ma'lumotli hamshiraning ish faoliyatida deontologiya va etikaga rioya qilish masalalari**

Bu onkologiyadagi tibbiyot etikasi bo'lib, shifokorlar va barcha tibbiyot xodimlarining onkologik bemorga, uning qarindoshlariga hamda o'rtoqlariga bo'lgan munosabati, shuningdek, onkologik bo'lim jamoasi o'zaro aloqasining shakl va tarkibidir. Deontologiya muammosiga ba'g'ishlangan ko'pgina asarlar bo'lib, unga teatr va kino san'ati asarlari, gazeta va jurnallarda chop etilgan bir qancha maqolalarni misol keltirish mumkin. Klinika bo'lim xodimlarining bir-biriga bo'lgan munosabati.

Birinchi aspekt – onkologiyada eng muhimi bo'lib, deyarli bemor kelajagini hal qiladi. Shifokorning bemorga bo'lgan munosabati uning madaniyati, qalbi va maxsus bilim darajasi bilan ifodalangan. Deontologiyada ahloqiy-etik, huquqiy va o'zini tutish qoidalari kam emas, ular Gippokrat qasamida ham keltirilgan, unga shifokorlarning ko'pgina avlodi vafo qilganlar. Shunday qoidalardan biri "Senga qanday munosabatda bo'lishlarini istasang, bemorga shunday munosabatda bo'l".

- degan eng sodda osot qo'llaniladigan qoida onkologiya klinikasida juda qo'l keladi. Xayolan bemor holatiga tushish har bir tibbiyot xodimi uchun (bemor bilan bo'lgan) muloqotni to'g'ri tanlashga yordam beradi. Bemorning shifokor-onkolog bilan birinchi uchrashuvi tuman poliklinikasida sodir bo'ladi. Bu bemor uchun shifokor tomonidan ko'ngilli va diqqat-e'tiborli munosabatda o'tishi kerak. Bunda bemorda shifokorga ishonch va unga yordam berishlariga qat'iy ko'nikma hosil bo'lishi lozim. Bemorning o'z kasali to'g'risidagi so'zlarini oxirigacha eshitib, umumiy ko'rikdan o'tkazib, uni turli laboratoriya tekshiruvlari va asboblari yordamida tekshirishlarga yuborish onkologning doimiy odati bo'lishi lozim. Shu bilan birga klinika bo'limining ko'p o'rinli palatalarida bemorlar intensiv muloqotda bo'lishlarini, bir-birlariga o'z kasalliklari haqida gapirishlari, qo'shnilarning operatsiya natijalari uchun qayg'urishlari va ba'zan kasallarning saratondan o'lishini ko'rishlarini shifokor nazarda tutishi lozim.

Onkologiya klinikasida tibbiyotning asosiy qoidalariga so'zsiz amal qilinishi lozim, bemorga bo'lgan haqiqiy hurmat, unga vaqtincha kulfatga uchragan kishiga qaragandek qarash, uning uchun klinikada kecha-kunduz davomida kerakli sharoitlarni yaratib berish va kasallik simptomlarini yo'qotish yoki kamaytirish uchun to bemor klinikadan chiqib ketgunicha amaliy yordam ko'rsatish lozim bo'ladi. Bemorning davolanishiga tibbiyot va xo'jalik xodimlarining qo'rsiligi va ahamiyatsizligi katta zarar etkazadi. Tibbiyot hamshiralari va kichik tibbiy xodimlarning noxush ko'rinishi, ularning palatada baland ovoz bilan gapirishi va kulishlari, o'zaro kelishmovchiliklari, bemorlarga nisbatan hurmatsizliklari (ayniqsa, qariyalarga), ishga kechikib kelish, o'z burchlariga sovuqqonlik bilan qarash, palata, manipulyasiya hamshirasining, kichik tibbiy xodimlarning ishdan barvaqt ketib qolishlari – bular faqatgina mehnat intizomini buzib qolmay, balki bemorlarga bo'lgan tibbiy yordam sifatining keskin pasayishiga olib keladi. Kasallarning barcha savollariga faqat davolovchi shifokor javob berishi mumkinligini aytishlari lozim. Bemor bilan bo'lgan barcha muloqotlarda xodimlar doimo ularning ruhini ko'tarishlari, yaxshi so'zlar bilan sog'ayib ketishlariga ishontirishlari kerak.

Poliklinikada yoki uyda vrach bo'lmay qolganida va ayniqsa, bemorning ahvoli bir muncha og'irlashib qolganda, o'rta tibbiyot xodimlari o'zlaricha biror chora ko'rishga majbur bo'ladi. Bemorlarni davolashda mohirlik, idrok va sabr, har bir tibbiyot xodimiga zarur.

Bemorlarning oldida shoshmasdan ish ko'rish kerak, shirin so'zligi bilan muomalada bo'lishi kerak. Tibbiyot xodimlari bemorlar bilan yaqin aloqada bo'lib, sistemali ravishda suhbatlar olib borishlari, ma'ruzalar o'qishlari zarur. Bu tadbirlar aholini turli kasalliklardan o'z vaqtida saqlanishiga yordam berishi mumkin. Tamaki chekish, spirtli ichimliklar ichish kishi salomatligiga zarar ekanligi haqida suhbat o'tkazish tibbiyot xodimlarining vazifasidir.

## 2. BOB. ONKOLOGIYANING NAZARIY VA EKSPERIMENTAL ASOSLARI ONKOLOGIYADA ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI, XAVF GURUHLARI

**O'smalar etiologiyasi** – bu normal hujayraning o'sma hujayraga aylanish sabablarini o'rganuvchi ta'limot. RAK hujayrasi organizmga tashqaridan tushmaydi. Balki kantserogen (rak chaqiruvchi) omillar ta'sirida normal hujayralardan paydo bo'lishi aniqlangan. Bu omillarning ko'pchiligi (80-85%) atrof-muhitdan kelib chiqqan Holda odam organizmiga ta'sir etadi va faqat 15-20 % i odamning ichki muhitidan kelib chiqadi. Rak muassasining murakkabligi uni keltirib chiqaruvchi sabablarning ko'pligi (polietiologikligi) dandir. Rak shu jihati bilan infeksiyon kasalliklardan tubdan farq qiladi, chunki ularning sababi aniqlangan, bemor organizmidan ajratib olingan va yaxshi tekshirilgan. Hozirda hamma aniqlangan kantserogen omillarni 4 ta asosiy guruhga ajratish mumkin: kimyoviy, fizikaviy, biologik va endogen omillar.

**Kimyoviy omillar.** Epidemiologik va eksperimental ma'lumotlar asosida rakni o'rganish bo'yicha Xalqaro agentligi (Agentlik) tomonidan 1982 yilda kantserogen omillarning ro'yxati taklif qilindi. Dunyoda 5 mln ga yaqin kimyoviy modda bo'lib, ulardan atigi 8 mingga yaqinining kantserogen faolligi o'rganilgan. Kimyo sanoati va yangi birikmalar sintezi rivojlangani sari kimyoviy kantserogen moddalar ro'yxati kengayishi kutilmoqda. Tibbiyot fanining aniqlashicha, doimiy mexanik ta'sirot inson organizmi uchun befarq emas. XVIII asrning oxirida ingliz shifokori Pott birinchi bo'lib uzoq vaqt davomida teriga ko'mir bilan ta'sir etganda o'sha joyda paydo bo'lgan teri rakini ta'riflab bergan. Keyinchalik quyon terisiga uzoq vaqt davomida toshko'mir qatroni ishqalanishi natijasida o'sma paydo bo'lishi isbotlangan. Alohida xavfni shahar ko'chalarini to'ldirib yuborgan yuk tashuvchi va yengil avtomobillardan ajralib chiquvchi gazlardagi, shuningdek, sigaret tutunidagi benzpiren tug'diradi. Ba'zi dorivor moddalar, gormonlar, o'smaga qarshi preparatlar va ayrim kontratseptivlarning kantserogenlik xususiyati borligi o'ta ehtiyotkorlikka chaqiradi. Bu moddalarni nazoratsiz qabul qilish, ayniqsa, yosh ayollarda og'ir oqibatlariga, aniqrog'i xavfli o'smalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bu esa o'z navbatida tug'ilajak bolalarga transplazentlar yo'l orqali o'tishi isbotlangan.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ekspertlari sigareta chekish va o'pka raki o'rtasida bog'liqlik borligini ko'rsatadi. Bunda rakning rivojlanish darajasi, chekilgan sigaretlar soni yoki uni alkogol bilan birga iste'mol qilinishiga bog'liq ekan. Masalan, bir kunda 2 pachka va undan ortiq sigareta chekkan shaxslarda o'pka raki, chekmaydiganlarga nisbatan 24 marta ko'p uchraydi. Chekish ayollar va yoshlarda kattalarga nisbatan ko'proq zarar etkazadi. Tamaki tutunining odamga ta'siri, asosan, undagi kantserogen modda - benzpiren bilan bog'laydilar, chunki u o'pkadan tashqari pastki lab og'iz bo'shlig'i, hiqildoq, qizilo'ngach, me'da va siydik pufagi rakini ham keltirib chiqaradi.

Markaziy Osiyo aholisi orasida og'iz bo'shlig'i rakiga asosan nos chekish, ya'ni uni til tagiga tashlash sabab bo'ladi. Nos tarkibiga mayda tamaki, daraxt kuli, paxta yoki kunjut moyi, bo'r va ohak kiradi. Ohak miqdori qanchalik yuqori bo'lsa, nosning kantserogenlik xususiyati shuncha ko'p bo'ladi. Uzoq muddat nos chekuvchi shaxslarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida avval yoriqlar, oqish dog'lar (Leykoplakiyalar), so'ngra esa papilema va xavfli o'smalar hosil bo'ladi. Hindiston, Indoneziya, birma, Singapur va boshqa qator davlatlarda betel (alohida o'simlik), so'ngdirilgan ohak, ba'zida tamaki va dorivorlar aralashmasini til tagiga qo'yish odati bor. Bu aralashmalar qo'yiladigan joyda ancha yillardan so'ng xavfli o'sma paydo bo'ladi. Epidemiologik ma'lumotlarning ko'rsatishicha, alkagolli ichimliklarni ko'p miqdorda iste'mol qilish, og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, me'da, jigar va o'pka rakiga olib keladi.

**Fizik omillar.** Ularga turli xildagi ionlovchi nurlar (rentgen va gamma nurlari, atomning elementar zarrachalari, neytronlar, alfa va beta zarrachalar) quyoshning ultrabinafsha nurlari, shuningdek, to'qimalarning mexanik va termik jarohatlari kiradi. Rentgen nurlarining kantserogenlik xususiyati 1902 yilda himoya qo'lqopsiz ishlagan rentgenologning kafida teri raki paydo bo'lishi bilan tasdiqlangan. Keyinchalik matbuotda suyak siliga intensiv rentgen nurlari bilan davo qilingandan so'ng va radiy, mezotoriy va tirotrast moddalar ichishga buyurilgandan keyin hosil bo'lgan suyak sarkomasi haqidagi ma'lumot chop etildi. Radioaktiv moddalarga boy bo'lgan rudalarni qazuvchi ba'zi shaxtyorlarda o'pka raki rivojlangan.

Yaponiyaning Xirosima va Nagasaki shaharlariga atom bombasi yog'dirilishi natijasida nafaqat minglab odamlar halok bo'ldi, balki

nurlanganlar leykoz, qalqonsimon bez, o'pka va sut bezi raki bilan ommaviy kasallandilar.

Insonga ionlovchi radiatsiyaning xavfi kamayishi o'rniiga atom industriyasining rivojlanishi va nurlangan shaxslar sonining ko'payib borishi hisobiga u oshib boryapti.

Hayvonlardagi tajribalarda aniq ko'rsatilishicha, ionlovchi radiatsiya deyarli hamma a'zo va to'qimalarda o'smalar chaqirishi mumkin ekan. Ionlovchi radiatsiyaning ta'sir mexanizmi ko'pgina tadqiqotchilarning fikricha, hujayraning suyuq komponentlarining intensiv ionizatsiyalashishi va unda erkin radikal reaksiyalarning keskin kuchayishi bilan bog'liq ekan. Natijada nurlangan hujayra mikromuhitning korreksiyalovchi signallariga javob bermagan holda, to'xtovsiz bo'lina boshlaydi. Deyarli xuddi shunday mexanizm quyosh, ultrabinafsha nurlarining biologik ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Uzoq vaqt va muntazam insolyasiyaga duch keluvchi shaxslarda teri raki ko'proq uchrashi kuzatiladi.

**Ionlovchi radiatsiya ta'sirida paydo bo'lgan o'smalar.**

Nur manbai	Nurlanish xillari	Hosil bo'lgan o'smalar
Yadro qurollari Diagnostika usullari: angiografiya va bilografiya uchun torotrast (1951 yilgacha). Rentgen nurlari. Davolash maqsadida: rentgen nurlari.	Xitosima va Nagasaki shaharlarining atom bombasidan shikastlanishi. Organizmining alfa zarrachalaridan ichki nurlanishi. Homilador ayollarni rentgenoskopiya qilishda homilaning nurlanishi. O'pka silida bir necha marta flyuroskopiya qilish. Ankilozlovchi spondilitga nur bilan davo qilish.	Leykemiya, sut bezi, o'pka, qalqonsimon bez, qizilo'ngach, me'da, ichak, buyrak, tuxumdondan siydik pufagi raklari. Jigar raki, suyak sarcomasi. Leykemiya Sut bezi raki. Leykemiya, to'g'ri ichak, buyrak raklari.

Shuni aytish kerakki, teri rakining paydo bo'lishi terining pigmentasiya darajasiga bog'liq ekan. Pigmentasiya qanchalik kam bo'lsa, rak shunchalik ko'p uchraydi. Klinik onkologlar mexanik va termik jarohatlar (urilish, sinish, o'qdan yaralanish va qo'yish) natijasida ham ba'zi vaqtlarda xavfli o'smalar paydo bo'lishini aniqlaganlar.

**Biologik omillar.** Qadimgi zamonlarda ko'pgina olimlar xavfli o'smalarga odam organizmiga kirib olgan tirik maxluqlar (Daryo



qisqichbaqasi, zamburug'simon gijja, sodda hayvonlar va h.k) sababchi bo'ladi deb hisoblaganlar. Lekin tajribalar bu fikrlarni birin-ketin rad qildi. 1910 yilda P.Raus o'sma infiltratini (hech qanday hujayrasi yo'q) in'ektsiya qilish yo'li bilan kasallangan tovuqdan sog'lom tovuqqa sarkomani o'tkaza oldi. Keyinchalik hayvonlar (tovuq, quyon, sichqon va it) sarkomani qo'zg'atuvchisi bo'lib, oddiy yorug'lik mikroskopida ko'rinmaydigan viruslar ekanligi fanda aniqlandi. Hozirgi kunda saratonning virus nazariyasi o'smalar etiologiyasining eng rivojlangan aspektidir. Viruslar tabiatda keng tarqalgan bo'lib, ularning hammasi ham kantserogenlik xususiyatiga ega emas. O'sma chaqiruvchi viruslar shartli ravishda 2 guruhga bo'linadi: 1-guruh - RNK (ribonuklein kislota) li viruslar. Bular xavfli o'smalarning tabiiy qo'zg'atuvchilaridir. Ularga hujayra bilan aloqa qilish uchun maxsus sharoit kerak emas. 2-guruh - DNK (dezoksiribonuklein kislota)li viruslar. Ular normal hujayrani o'sma hujayraga faqat laboratoriya sharoitida va ularning tabiiy tashuvchilari ("egallari") bo'lmagan hayvonlarda aylantira oladi. Infektsion viruslarning onkogen viruslardan farqi shundaki, ular zararlangan hujayrani o'linga olib kelmaydi. Quyidagi jadvalda xavfli o'smalarning paydo bo'lishida ahamiyati borligi isbotlangan viruslar keltirilgan.

### **Odamdagi o'sma viruslarining tasnifi.**

<b>Virus guruhlari</b>	<b>Virusning nomi</b>	<b>Chaqirilgan o'smaning nomi</b>
DNK - egali viruslar. RNK - egali viruslar.	Papilovirus (papillomatozli) Gerpes virusli. Epshteyn-Barr virusi. Oddiy gerpes virusining 2 turi. Chechak virusi. Onkomaviruslar. Retroviruslar.	Teri va shilliq qavat papillomasi, vulva va qin saratoni. Berkitt xavfli limfomasi, burun - tomoq raki. Bachadon bo'yni raki. Kontagioz moll'yusk. Sut bezi saratoni. Sarkomalar. T-hujayrali leykemiya.

**Endogen omillar.** Ularni irsiy va irsiy bo'lmagan guruhlarga ajratish mumkin.

I. Irsiy omillar:

a) Saraton hosil qiluvchi genning nasldan-naslga o'tishi (retinoblastoma, nefroblastoma, neyroblastoma).

b) Saratonga moyillikni oshiruvchi genning nasldan-naslga o'tishi (pigmentli kserodermiya, ichakning oilaviy polipozi, immunitet tanqisligi, sut bezi, tuxumdon, o'pka, me'da, o'tkir leykemiya va melanoma saratonlariga moyillik).

## II. Irsiy bo'lmagan omillar:

a) Kimyoviy kantserogenlarning endogen sintezlanishi. Yuqorida aytib o'tilganidek, ba'zi moddalar almashinuvining buzilishi (masalan, triptofan va tirozin aminokislotalarining) kantserogen faollikka ega bo'lgan metabolitlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bular endogen kantserogenlar deyiladi va ichki a'zolarida xavfli o'smalar rivojlanishiga sababchi bo'lishi mumkin.

b) Neyroendokrin sistemaning noto'g'ri ishlashi natijasida kelib chiqqan gormonal gomeostazning buzilishi o'smalar rivojlanishining ikkinchi sababchisi bo'lishi mumkin. Masalan, ayrim holatlarda organizmda estrogenlar miqdorining ko'payib ketishi sut bez va endometriyda, teriotropinning ko'payishi qalqonsimon bezda, gonadotropinning ko'payishi tuxumdonida o'smalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Yuqorida keltirilgan kantserogen omillarning aholi orasida onkologik kasalliklar paydo bo'lishidagi o'rni quyidagicha:

Ko'pgina mutaxassislarining chuqur tekshiruv natijalariga ko'ra 70-80% xavfli o'sma kimyoviy omillar ta'sirida, 15-20% endogen omillar, 1-10% gacha radiasion va atigi 1% gacha biologik omillar ta'sirida yuzaga kelar ekan.

**Xavfli o'smalar patogenezi.** Xavfli o'smalarni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni o'rganish jarayonida qiziq hodisaga duch kelingan: etiologik omillar (kimyoviy moddalar, har xil nurlar yoki viruslar) deyarli bir-biriga o'xshamaydi, lekin organizm hujayralariga ta'sir etganda bir xil natijaga hujayraning boshqaruvsiz, cheklanmagan bo'linishiga va ko'payishiga olib keladi. Bundan bir taxmin tug'iladi: aytilgan omillarning hammasi hujayraning bo'linishini va ko'payishini boshqaruvchi va nazorat qiluvchi qandaydir qisimga, a'zosiga ta'sir qilib uning ishini buzadi.

**Molekulyar pog'onadagi kantserogenez.** Kimyoviy va fizikaviy kantserogen omillar DNKga birinchi navbatda erkin-radikal reaksiyalarni kuchaytirish orqali ta'sir etadi. Ular nukleotidlar orasidagi bog'larni uzadi, bu esa o'z navbatida tasodifiy holatlarga olib kelishi mumkin: bitta nukleotiddagi asos boshqa nukleotiddagi asos bilan o'rin

almashishi yoki ular o'rniga ularga o'xshash moddalar joylashishi mumkin.

Kantserogen omilning molekulyar pog'onada amalga oshishi 2 xil omilga:

1. Kantserogen omilning DNKga salbiy ta'siriga.
2. DNKning reparasiya sistemasi holatiga bog'liq.

Agar kantserogen omil DNKga ta'sir etgandan so'ng DNKning reparasiya sistemasi "ishlab ketmasa", onkogenning faol ekspressiyasi (faoliyati) boshlanadi va onkooqsillarning ishlanib chiqishi keskin ko'payadi.

### Hujayra pog'onasidagi kantserogenez.

Onkooqsillarning ko'payishi hujayrada bir qator jarayonlar sodir bo'lishiga olib keladi. To'qima o'sish omillariga juda o'xshashligi tufayli onkooqsillar bu hujayraning o'sishini kuchaytira boshlaydi, natijada hujayraning ekzogen o'sish omillari bilan bog'liqligi yo'qolib, uning bo'linishi avtonom bo'lib qoladi. Onkooqsillarning hujayra membranasi va ichki komponentlari o'zaro bog'lanib, birgalikda harakat qilib ko'payayotgan hujayralarning differentsiallanishini to'xtatadi. Reseptorlarni modifikasiya qilib (o'zgartirib), hujayralarning to'g'rilovchi (boshqaruvchi) ta'sirlarga sezuvchanligini yo'qotadi, yuza antigenlar spektrini o'zgartiradi va oqibatda normal hujayra mutant hujayraga aylanib qoladi.

Normal organizmda ham mutant hujayralarning paydo bo'lishi kam uchraydigan hol emasligi aniqlangan. Bunda bo'linayotgan har million hujayra ichida bitta mutant hujayra paydo bo'ladi. Ayniqsa, hujayralar mutasiyasi qoplovchi to'qimalarda-teri, me'da-ichak, nafas va siydik-tanosil yo'llari epiteliysida tez-tez sodir bo'ladi. Bu bir tomondan qoplovchi epiteliyning doimo bo'linishi va proliferatsiyasi bilan, ikkinchi tomondan esa har daqiqada uning ko'plab tashqi muhit omillari, jumladan, kantserogen omillar ta'siriga duch kelishi bilan tushuntiriladi. Qoplovchi epiteliyning kambial qavatidagi bo'linayotgan hujayralarga kantserogen omillar ta'sir etishi natijasida bu erda mutant hujayralarning soni bir necha marta oshadi (bo'linayotgan hujayralarning har bir millioni orasida mingdan ko'proq mutantlar paydo bo'ladi).

Rivojlanishning boshlanish bosqichida o'sma hujayra normal hujayraga o'xshash bo'ladi, keyinchalik esa neoplastik transformasiya genlari oilasidagi genlarning doimiy ekspressiyasi natijasida hujayraning

o'sma fenotipi shakllanadi (ko'pincha embrional xususiyatga ega yangi hujayralar hosil qilish uchun kerak bo'lgan strukturaning oqsillar sintezining ko'payishi; maxsus funksiyalarni bajarish uchun kerakli spesifik oqsil, fermentlar sintezining kamayishi; membrananing kontakt tormozlanish xususiyati susayishi, invaziyaga moyillikning oshishi; glyukoza iste'molining kuchayishi, normal hujayralardan farq qiluvchi antigenlarning paydo bo'lishi).

Shunday qilib, mahalliy va umumiy nospesifik va spesifik immun reaksiyalar quyidagilarning biri bilan yakun topadi:

1. O'sma kurtagini butunlay halok bo'lishi.
2. O'sma progressiyasi (avj olishi).

O'sma progressiyasi deb ketma-ket boradigan sifatli o'zgarishlar seriyasi va o'sma hujayralar miqdorining to'xtovsiz o'sib borishiga aytiladi.

**O'smalar hajmining ikkilanish vaqti.**

O'smaning turi	Kasallar soni	O'rtacha ikkilanish vaqti (kunlar)
<b>O'pkaning birlamchi raki:</b>		
- adenokarsinoma	8	118
- yassi hujayrali	13	70
- differentsiallashtirilmagan	13	93
Jami:	34	88
<b>Turli xil o'smalarning o'pka metastazlari:</b>		
- yassi hujayrali rak	21	46
- moyak raki	10	48
- yo'g'on ichak raki	10	109
- suyak va yumshoq to'qima sarkomalari	23	42
- sut bezi raki	29	82
- adenokarsinoma	13	102
- boshqa o'smalar	12	58
Jami:	118	65
<b>O'pka metastazlarining yoshi (oylar)</b>		
0-29	12	37
30-59	53	68
60-89	53	70
<b>Yo'g'on ichakning birlamchi Adenokarsinoma</b>	19	620

Bu ma'lumotlar tahlil qilinganda birlamchi o'smalar va metastazlarning ikkilanish vaqti ularning gistologik tuzilishi va bemorning yoshi bilan bog'liq ekanligi aniqlangan. Masalan, o'pka adenokarsinomasi differentsiyalashmagan va yassi hujayrali Rakka nisbatan 30-50% sekin o'sadi, o'pka metastazlari hajmining ikkilanishi esa birlamchi o'smalarga nisbatan tezroq boradi. O'smaning o'sishi yoshga qarab sekinlashishi, yog'on va to'g'ri ichakning birlamchi raki (adenokarsinoma) ham sust o'sishi kuzatilgan.

Radikal operatsiyadan keyingi bemorlar o'limi o'smaning o'lchamiga daxildir. Masalan, o'smaning diametri 1 sm bo'lsa, operatsiyadan keyingi 5 yil davomida 9% bemor o'lar ekan, diametri 5-6 sm bo'lsa, bu ko'rsatkich 81% ni tashkil etadi.

**Organizm pog'onasida kantserogenez.** Bu o'smaning organizm bilan o'zaro bog'liqligi va unga ta'siri haqida ma'lumot beradi. O'sma va organizm orasidagi munosabat hali oxirigacha o'rganilmagan bo'lsa-da, ularni 2 turga bo'lish mumkin:

1. Organizmning o'smaga reaksiyasi.
2. O'smaning organizmga ta'siri.

Organizmning o'smaga bo'lgan reaksiyasi o'smaning antigenlari, almashinuv va parchalanish mahsulotlari orqali chaqiriladi. Dastlab o'smaga qarshi mahalliy nospesifik tabiiy chidamlilik (rezistentlik) sistemasi kurash boshlaydi. Bu sistemaning effektor hujayralari - makrofaglar tabiiy killerlar, gistiositlar o'sma hujayralari bilan bevosita aloqaga kirishib, ularni eritadi.

Hisobga olishni qulaylashtirish maqsadida xavfli o'sma va o'sma oldi kasalliklari bo'lgan bemorlar 4 klinik guruhga ajratiladi:

**I "a" kl. guruh** - onkologik kasalliklarga shubha tug'diruvchi bemorlar;

**I "b" kl. guruh** - o'sma oldi kasalliklari bo'lgan bemorlar;

**II kl. guruh** - xavfli o'smasi bor, maxsus davolanish zarur bo'lgan bemorlar;

**II "a" kl. guruh** - xavfli o'smasi bor, radikal davolanishi zarur bo'lgan bemorlar;

**III kl. guruh** - Radikal davolanagan, amaliy sog'lom bemorlar;

**IV kl. guruh** - xavfli o'smaning kechki bosqichidagi, faqat simptomatik davolanishga tegishli bemorlar;

**IV kl. guruh** bemorlarning oxirgi guruhi bo'lib - barcha mamlakatlar, jumladan, O'zbekiston Respublikasi onkologlarining ham

og'ir muammasi bo'lib hisoblanadi. Shunday bemor aniqlangan holda "xavfli o'smaning kechikib ketgan bosqichidagi bemorlarni aniqlash holatlari uchun protokol" (N027-y shakl) to'ldiriladi, bu davolash - diagnostika muassasalari shifokorlarining klinik konferentsiyalarida kasallikning kechikib ketish sabablarini aniqlash va aniq ehoralar qabul qilishda muhokamaga qo'yiladi. Kasallikning kechikib ketish sabablarini 3 turga bo'lish mumkin:

1. Tibbiyot xodimining aybi bilan (to'la va adekvat bo'lmagan tekshiruv o'tkazilishi);

2. Bemorning aybi bilan (kasallikning belgilarini to'la aytma olmaslik, shunday kasalligi borligiga ishonmaslik va yordam uchun tabiblarga, ekstrasenslarga murojaat etishi);

3. Kasallik aybi bilan (kasallik belgilari aniq emasligi, ko'pgina kasalliklarga xos belgilarning belgilarining mavjudligi, kompensatsiyalashgan holatning uzoq davom etishi);

### **O'smaning o'sish xarakteri va jarayon lokalizatsiyasi bo'yicha klinik ko'rinishi**

Odam organizmida turli gistologik tuzilishga, o'sish va tarqalish tezligiga va murakkab klinik belgilarga ega bo'lgan 200 dan ortiq o'smalar paydo bo'lishi mumkin. Barcha o'sma kasalliklarini yagona bir tasnifga kiritish oson emas. Shuning uchun o'smalarni hayot uchun xavfliligi, joylashishi, tashqi ko'rinishi, invaziya va o'sish xususiyati, metastazlanish yo'llari bo'yicha turli guruhlariga bo'lishga harakat qilinadi. Klinik amaliyotda bemorda aniqlangan o'smaning xavfli yoki xavfli emasligi eng muhim masala hisoblanadi va birinchi navbatda echiladi.

**Xavfsiz o'smalar** sekin o'sishi, atrof to'qimalardan chegaralanganligi, metastazlanmasligi, bemorning umumiy ahvolini buzmasligi va o'limga olib kelmasligi kabi belgilari bilan farq qiladi.

**Xavfli o'smalar** esa tez o'sishi, atrof to'qimalarga o'sib kirishi, metastazlanishi, bemorning umumiy ahvolini og'irlashtirishi va o'limga olib kelishi bilan xavflidir. Ba'zan ham xavfli, ham xavfsiz o'sma xususiyatiga ega bo'lgan tuzilmalar uchraydi (bazalioma, desmoid, karsinoid, dermatofibroma va ba'zi lipomalar). Xavfli o'smalarda davolashni rejalashtirish va uning oqibatini aniqlashda, ularning o'sish shakli (ekzofit, endofit va aralash) katta ahamiyatga ega. Tashqi

ko'rinishiga va o'sish xarakteriga qarab o'smaning asosan 3 turi aniqlanadi - ekzofit, endofit va aralash turlari.

**Ekzofit** o'sma tugun ko'rinishida qizilongach bo'shlig'iga o'sib kiradi, chegaralari aniq bo'ladi va u engil emiriladi. Ushlab ko'rilganda yumshoq bo'ladi.

**Endofit** saratoni aksincha qattiq, oqimtir to'qima bo'lib, qizilo'ngach devorini aylana shaklda qamrab oladi va uning bo'shlig'ini keskin toraytiradi.

**Aralash** turida ekzofit va endofit turlarining alomatlari birgalikda uchraydi.

Jahon onkologlarining tajribasi shuni ko'rsatadiki, davolash usulini tanlashda va uning oqibatini baholashda o'sma jarayonining bosqichi muhim ahamiyatga ega. Umumiy qilib olganda, o'smalarning 4 bosqichli tasnifi quyidagi ko'rinishga ega:

**I bosqich** - 2 sm dan kichik, tug'ilgan to'qimadan tashqariga chiqmagan, metastazsiz o'sma.

**II bosqich** - 2 sm dan 5 sm gacha yoki bundan kichikroq, lekin qo'shni to'qimaga o'sib kirgan yoki 1-2 ta siljiydigan regional metastazli o'sma.

**III bosqich** - 5 sm dan katta, zararlangan a'zodan tashqariga o'sib chiqqan, yakka regional metastazli yoki undan kichikroq va zararlangan a'zodan tashqariga o'sib chiqmagan, lekin ko'p sonli, siljiydigan regional metastazli o'sma.

**IV bosqich** - turli o'lchamli, lekin qo'shni a'zolar ichiga o'sib kirgan yoki olis metastazli o'sma.

### **Qizilo'ngach saratoni**

**Klinik ko'rinishi** - qizilo'ngach saratonida barcha ichki a'zo xavfli o'smalaridan disfagiya belgisi bilan farq qiladi. Disfagiya bu ovqatni qizilo'ngachdan qiyinchilik bilan o'tishidir. Disfagiya o'sma tufayli a'zo bo'shlig'ining torayishidir. Qizilo'ngach saratonida disfagiya asta-sekin kuchayib boradi. Dastlab bemor ovqatning tush orqasiga tushishi yoki goho tiqilib o'tishidan shikoyat qiladi. Keyinchalik bemor qattiq ovqatlarni qizilo'ngachidan o'tkazish uchun suv ichishga majbur bo'ladi yoki bunday ovqatlarni eyishdan bosh tortadi. Oradan bir necha hafta yoki oylar o'tgandan keyin yarim suyuq ovqat, keyin esa suv ham o'tmay qoladi. Ayrim hollarda bemor tush orqasidagi doimiy og'riqdan shikoyat qiladi. Kasallikka xos dispeptik belgilar: kekirish, zarda

qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ko'p so'lak ajralishi (gipersalivusiy) namoyon bo'ladi. Bundan tashqari og'izdan yoqimsiz hid kelishi mumkin. Agar o'sma yaralansa va emirilsa qon ketishi, mediastinit belgilari kuzatiladi. Qaytuvchi nerv faoliyatining, buzilishi hiqildoq falaji va ovoznining xirillashiga olib keladi. O'smaning traxeya va bronxlarga o'sib kirishi yo'talish, harsillash, zotiljam va absessning rivojlanishiga olib keladi. Qizilo'ngach-traxeal yoki qizilo'ngach-bronxial oqmalar paydo bo'lsa, bemor suyuqlik qabul qilganda azob beradigan yo'tal paydo bo'ladi. Hamma ichki a'zoning xavfli o'smalariga xos bo'lgan umumiy belgilar, tana vaznining kamayishi (hatto kaxeksiyagacha), umumiy holsizlik, tez charchab qolish va boshqalar qizilo'ngach saratonida ham kuzatiladi.

**Davolash.** Qizilo'ngach saratonini davolash juda ham murakkab vazifa. Jarrohlik, nur terapiyasi va kombinasiyalashgan usullar ishlatiladi. Bemorni faqat jarrohlik usuli bilan uzil-kesil davolash mumkin, biroq radikal operatsiyalar juda murakkab va xavlidir. 90-95% bemorni o'z vaqtida kasalligiga tashxis qo'yilmaganligi va boshqa xastaliklari borligi sababli operatsiya qilib bo'lmaydi. Shu sababli jarrohlik usuli mustaqil ravishda faqat 3-5% bemorda qo'llaniladi. Davolash usulini tanlash o'smaning joylashishiga bog'liq bo'ladi.

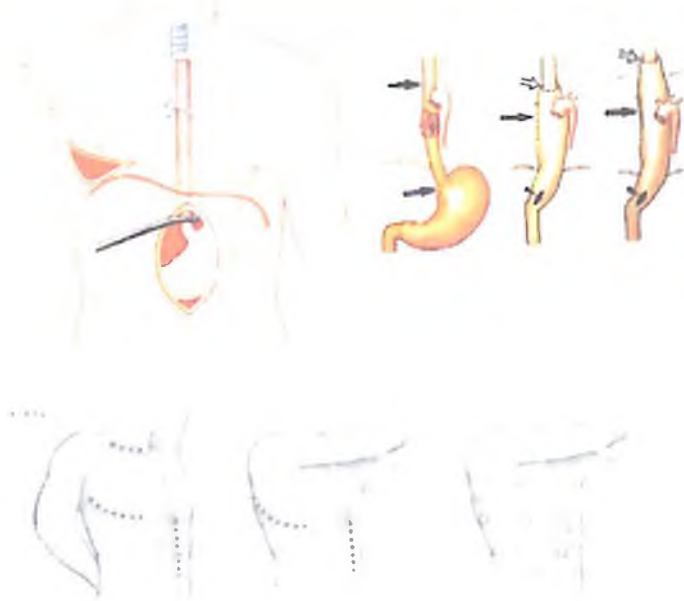
Hozirgi vaqtda onkologiya amaliyotida Lyuis va Garlok operatsiyalarini qo'llash maqsadga muvofiq bo'lib, bunda orqa ko'ks oralig'i va qorin orti yog' kletchatkasini metastazlardan shikastlangan limfa tugunchalari bilan qo'shib olib tashlashning imkoni bor. Bu esa operatsiyaning radikallik darajasini oshirib, uzoqlashgan natijalarning yaxshilanishiga olib keladi.

Qizilo'ngachning o'rta qismi saratonida Lyuis operatsiyasi vaqtida qizilo'ngach subtotal rezektsiya qilinib, o'ng plevra bo'shlig'iga ezofagogastroanastomoz qo'yiladi.

Saraton qizilo'ngachning pastki qismida joylashgan bo'lsa, Garlok operatsiyasi, ya'ni qizilo'ngachning pastki va me'da qismlari rezektsiyasi bajarilib, chap plevra bo'shlig'idan ezofagogastroanastomoz qo'yiladi.

Qizilo'ngach pastki qismi saratonida bir momentda rezektsiya qilib, plastika qilish amaliyoti o'tkaziladi. Quyidagi rasmda o'smaning joylashishiga qarab to'qimalarni olib tashlash hajmi ko'rsatilgan.





*1 rasm. Qizilo'ngach pastki uchdan bir qisml kararimida abdominal etapda bajariladigan operatsiyuda bemorning holati. Ko'ndalang laparatomiya.*

Texnik jihatdan operatsiyalarning juda murakkabligi va operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi sababli qizilo'ngach ekstirpasiyasi jismoniy baquvvat odamlarda qilinadi va u 35,9% bemorlarga 3 yildan ko'proq yashashga imkon beradi. Agar bunda nur terapiyasi ham qo'shilsa - 48,8% bemorlar 3 yildan ko'p yashaydilar.

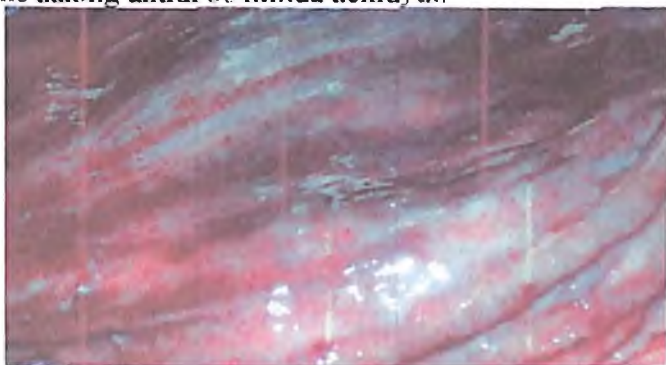
**Kasallikning oldini olish.** Hamma mintaqalarda qizilo'ngach saratonining oldini olish choralariga chekish, spirtli ichimliklar ichish, juda issiq va achchiq ovqatlar yeyishdan saqlanish, xilma-xil ovqatlanish, tarkibi vitamin A, S va V ga boy bo'lgan sabzavot va mevalarni ko'proq iste'mol qilish kiradi. Bulardan tashqari, surunkali ezofagit va boshqa o'sma oldi kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni adekvat davolash muhim ahamiyatga ega.

### **Me'da saratoni**

**Me'daning saraton oldi kasalliklariga** surunkali atrofik gastrit, poliplar va me'da yarasi kiradi.

*Surunkali atrofik gastrit.* Bu kasallikda me'da shilliq qavati atrofiyasi bilan bir qatorda uning ba'zi joylari proliferatsiyasi va epiteliy hujayralarining metaplaziyasi (ya'ni me'da epiteliysining ichak epiteliysiga aylanishi) kuzatiladi. Surunkali atrofik gastritda pepsinogen va xlorid kislota ishlab chiqarilishi kamayadi, bakterial flora ko'payib ketadi, bu esa o'z navbatida me'dada nitroza birikmalarining paydo bo'lishiga olib keladi.

*Me'da poliplari.* Poliplar bu me'da bo'shlig'iga shilliq qavat epiteliysidan o'sgan dumaloq tuzilmalar bo'lib, nozik oyoqchali yoki keng negizli bo'ladi. Ulardan bezli (adenomiatoz) va keng negizli poliplarning saratonga aylanish xavfi ko'proq. Poliplar asosan 78-84% hollarda me'daning antral bo'limida uchraydi.



2 rasm. Surunkali atrofik gastrit.



3 rasm. Me'da poliplari.

Poliplar borligi va uning tashxisi endoskopik va rentgenologik yo'l bilan aniqlanadi. Rentgenologik tekshirilganda polip 0,3% holda sog'lom odamlarda aniqlanadi, uning soyasi diametri ko'pincha 0,5 dan to 2 sm gacha, atrofidagi shilliq qavat o'zgarmagan, burmachalari uzilmagan bo'ladi. Agar polip ingichka va uzun oyoqchali bo'lsa, ko'rinmasligi ham mumkin. Endoskopik tekshirish o'tkazilganda poliplar 0,2-0,6% sog'lom odamlarda aniqlanib, dumaloq yoki zamburug'simon shaklda, atrofdagi to'qimalardan aniq chegaralangan bo'ladi. Ularning rangi qizilroq bo'lib, yuzasida oqimtir karash yoki uncha chuqur bo'lmagan yaralanish kuzatilishi mumkin. Poliplarning saratonga aylanish ehtimoli ko'pgina olimlar fikricha 1,5-5% ga teng.

Poliplarni davolash jarrohdlik usuli bilan amalga oshiriladi. Katta o'lchamli va keng asosli poliplarda me'da rezektsiyasi o'tkaziladi. Polip olib tashlangandan keyin yoki bemor operatsiyadan bosh tortsa, ular dispanser kuzatuvda bo'ladi. Bu onkologlar tomonidan amalga oshiriladi. Nazorat-ko'rik vaqtida, albatta, endoskopik tekshirish o'tkaziladi. Davolashdan keyingi birinchi ikki yil davomida har 6 oyda, keyinchalik esa bir yilda bir marta nazorat-ko'rik o'tkaziladi.

*Surunkali me'da yarasiga* ham o'sma oldi kasalligi sifatida qaraladi. Uni aniqlash uchun rentgenologik va endoskopik usullar qo'llaniladi. Me'da yarasidan saraton kelib chiqishi patogenezini uzil-kesil hal qilinmagan. Surunkali yaraning 4,6-15% bemorda xavfli o'smaga aylanishi kuzatilgan. Me'da yarasi xavfli o'smaga aylanishi paytida odatda yaraga xos bo'lgan ovqatdan keyingi og'riqlar to'xtaydi, bemor sababsiz oza boshlaydi, ishtahasi pasayadi, holsizlik ro'y beradi.

*Me'da rezektsiyasidan keyingi atrofik gastrit.* Me'da rezektsiyasidan keyin tabiiy ravishda me'da shirasining kislotaliligi kamayib, o'tning me'da cho'ltog'iga o'tishi kuzatiladi. Bu esa o'z navbatida me'daning qolgan qismida surunkali gastrit rivojlanishiga, epiteliyning ichak metaplaziyasiga aylanishiga olib keladi. Vaqt o'tishi bilan patologik o'zgarishlar rivojlanib boradi va saraton yuzaga kelishi uchun sharoit tug'iladi. Erkaklar 4-5 marta ko'proq kasallanadi. O'sma ko'pincha 10-20 yildan keyin paydo bo'ladi.

**Me'da saratonining klinik manzarasi.** Me'da saratonining boshlang'ich paytida kichik belgilar sindromini uchratish mumkin. Unga quyidagilar kiradi:

- bemorning oxirgi vaqtlarda o'zini yomon sezishi, tez charchab qolishi;

- kayfiyati, hayotga, ishga qiziqishi yo'qligi, yotsirash;
- sababsiz ishtahaning pasayishi, ba'zida esa bir xil ovqatlar masalan, go'sht, baliq va boshqalarni ko'ngil tortmasligi;
- «me'da diskamforti» holati (ya'ni ovqatlanishdan mamnun bo'lmasligi, qorinning to'lib ketish hissi, epigastral sohada og'irlik yoki og'riq paydo bo'lishi, ba'zan ko'r-gil aynishi);
- bemorning tez oriqlab ketishi, kamqonlik paydo bo'lishi.

Rivojlangan me'da saratonining klinik manzarasi birinchi navbatida uning joylashishiga ko'ra namoyon bo'ladi.

Kardial bo'lim saratonida ovqat o'tish yo'li qisilishi tufayli kelib chiqqan disfagiya boshqa simptomlarga nisbatan birinchi o'rinda turadi. Bemor ovqatning qiynalib yoki to'xtalib o'tishidan shikoyat qiladi. Dastlab qattiq ovqat suvsiz o'tmaydi, keyinchalik yumshoq va yarim suyuq ovqatlar ham o'tmay qoladi. Ovqat yegandan keyin darhol ko'ngil aynishi va qayt qilish kuzatilishi mumkin. Bemor tez ozib ketadi.

*Me'da tanasi saratoni.* Ko'p vaqt o'zini namoyon qilmasligi mumkin. Odatda bemorlar ishtaha pasayishi, o'zini yomon his qilish va sababsiz ozishdan shikoyat qiladilar. Faqat o'sma yemirilgandan keyin ichidan qon ketish alomati paydo bo'ladi. O'sma me'da osti beziga o'sib kirsa, belda kuchli og'riq ro'y beradi.

*Me'daning pilorik bo'limi saratoni.* Qisqa muddat ichida me'dadan ichakka ovqat chiqish yo'lini qisadi. Bunda epigastral sohada og'irlik hissi, yoqimsiz hidli kekirish, bir necha soat oldin yoki kechagi egan ovqatni qayt qilish kuzatiladi. Ba'zida umurtqa pog'onasining o'ng tomonida qattiq tuzilmani payqash mumkin. Bemorlarda tez ozish va suvsizlanish kuzatiladi. Me'da saratoni qanday shaklda bo'lmasin va qaysi qismda joylashmasin, albatta, yaqin va uzoqlashgan metastazlar beradi. Chap o'mrovning medial qismi ustidagi limfa tugunlaridagi metastaz - *Virxov metastazi*, kindik yonidagi - *Djozef metastazi*, Duglas oralig'idagi - *Shnitsper metastazi* va tuxumdondagilar - *Krukenberg metastazi* deb nomlanadi.

**Diagnostikasi.** Me'da saratoniga shubha qilinganda, odatda quyidagi klinik tekshirishlar qo'llaniladi: so'rab-surishtirish, obektiv va laboratoriya tekshirishlari, rentgenoskopiya, rentgenografiya, endoskopiya va ultratovush tekshirishlar.

*So'rab-surishtirish* paytida bemorni nima bezovta qilayotgani, qorindagi ovqat bilan bog'liq yoki bog'liq bo'lmagan og'riqlar, kekirish, zarda qaynashi, ishtahaning pasayishi, sababsiz ozish, ko'ngil aynishi,

axlatning (najas) qora rangda kelishini aniqlash mumkin. Agar bemorda surunkali anemiya, me'da yarasi, atrofik gastrit va poliplar bo'lsa, ular tufayli qachon rentgenologik yoki endoskopik tekshiruvlardan o'tganligini bilish juda zarur.

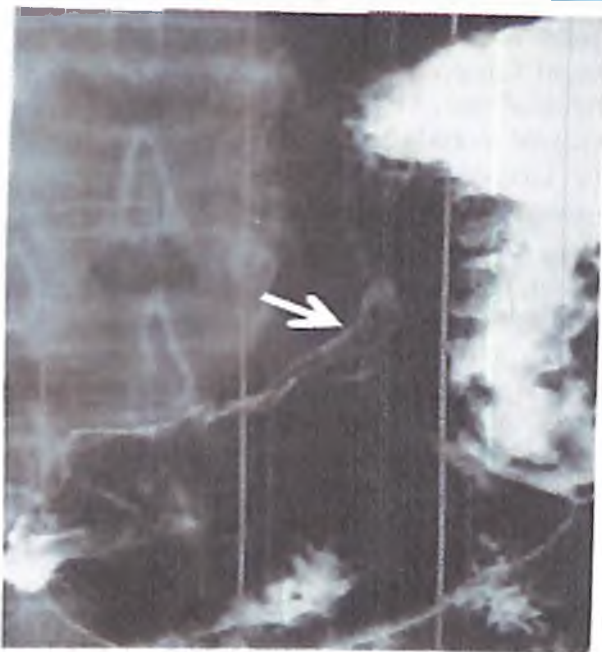
*Qonni umumiy tahlil qilganda* o'smasi katta o'lchamlarga etgan bemorlarning 80% ida eritrositlarning cho'kish tezligi oshib ketganligi kuzatiladi. Eritrositlar cho'kish tezligining oshganligi qo'shimcha tashxislash belgisi bo'lib xizmat qiladi, chunki kasallik qaytalanmagan paytda u o'zgarmagan bo'ladi. Anemiya borligiga ham katta ahamiyat beriladi. Odatda anemiya gipoxrom turda bo'lib, qon ketishi natijasida yuzaga keladi. Axlatni qonga tekshirish ham muhim qo'shimcha tekshirish usullaridan hisoblanadi. Axlatda qon, odatda emirilgan ekzofit va yaralangan me'da saratonlarida paydo bo'ladi. Agar qon kam bo'lsa, yashirin holda bo'lib, ko'p bo'lsa axlat rangini qoraytiradi.

Ekzofit saratonda kontrast modda = bariy bilan me'da butunlay (o'sma bor joydan tashqari) to'ladi. Bu "to'lish nuqsoni" simptomi deb ataladi va uning tashxis uchun ahamiyati katta. O'sha o'lmagan joy rentgen suratida dumaloq shaklga yaqin, chetlari notekis bo'lib ko'rinadi.

Endofit saratonda ham "to'lish nuqsoni" simptomi uchraydi, ammo u odatda kattaroq va yapaloq bo'ladi. Bu joyda me'da devorining fiziologik qisqarishi kuzatilmaydi.



*4 rasm. Me'daning tana qismida rak. 1. Katta egrilikda nuqson borligi. 2. Qirralari to'liqinsimon. 3. Me'daning torayishi va deformatsiyasi*



*5 rasm. Me'daning old holatdagi rentgenogrammasi. Asosiy sindrom konturning o'zgarishi. Ekzofit me'da raki. 1. Kichik egrilikda nuqson borligi. 2. Nuqson Damida me'da toraygan va deformatsiyalangan.*

Asosiy sindrom konturning o'zgarishi bilan nuqson va burtib chiqish borligi ko'rinadi.

**Endoskopik tekshirish.** Ko'p bemorlar uchun, ayniqsa, me'da saratonining erta bosqichlarida hal qiluvchi tekshirish usuli hisoblanadi. Bunda me'da shilliq qavati bevosita fibrogastroskop bilan ko'rib, gistologik tekshirishga material olinadi. Endoskopik tekshirish natijalari juda yuqori bo'lib, hatto erta saraton bilan og'rigan bemorlarning 90 %ga to'g'ri tashxis qo'yishga erishiladi. Shu bilan birgalikda bunda diametri 5 mm bo'lgan tuzilmalarni ham aniqlash imkoniyati tug'iladi.

Oshqozon kardial soha saraton kasalligi qizilo'ngach past qismiga tarqalgan turi qizilo'ngachni diaternik rekanalizasiya qilish jarayoni: nimadir kerak bu yerga???

**Ultratovush bilan** me'dani tekshirish uchun uning ichiga zond orqali suyuqlik (suv) yuboriladi. Shunda saraton bor joyda me'da devori qalinlashadi yoki o'zi ko'rinadi.

**Kompyuter tomografiya** qo'llanilganda me'daning har 5-10 mm yupqa qatlamini (qirqimlarni) nur bilan bo'lib, o'smaning joylashishi, shakli, atrofidagi a'zolarga munosabati aniqlanadi.

**Radionuklid usulning** faqat me'da saratonini emas, balki uning jigarga bergan metastazlarini aniqlashda ahamiyati katta.

**Immunologik tashxis** bemorlarning qonida maxsus oqsillar (alfafetoprotein-AFP; saraton-embrional antigeni-REA; sulfoglikoprotein antigeni va boshqalar) topilishiga asoslangan. Bu usul hozirgi vaqtda profilaktik ko'riklarda va poliklinika tekshiruvlarida ishlatilmoqda va ayrim mamlakatlarda 70% gacha me'da saratoni bor bemorlarni topishga yordam bermoqda.

**Davolash.** Me'da saratonini davolashda keyingi yillarda ko'p o'zgarishlar ro'y berdi va hozirgi vaqtda jarrohlik usuli, nur terapiyasi, kimyoterapiya, krioterapiya, immunoterapiya, kombinatsiyalangan usullar qo'llanilmoqda.

**Me'da saratonini davolash usullari.**

Me'da qismi		TNM	Davolash usullari
Proksimal (yuqori qismi)	I	TIHoMo	Proksimal subtotal rezektsiya
	II	T2-3HoMo	Avval nur terapiyasi, keyin proksimal subtotal rezektsiya
	III	T1-3H1-3Mo	Avval nur terapiyasi, krioterapiya keyin proksimal subtotal rezektsiya (yoki gastroektomiya) hamda kimyo va immunoterapiya
	IVa	T1-4Ho-3Mo	Avval nur terapiyasi, krioterapiya keyin proksimal subtotal rezektsiya (yoki gastroektomiya) hamda kimyo va immunoterapiya
	IVb	T1-4NO-ZM1	Intraarterial kimyoterapiya bilan birga UVCH - gipertermiya va nur terapiyasi
Distal (pastki qismi)	I	TIHoMo	Distal subtotal rezektsiya
	II	T2-3HoMo	Distal subtotal rezektsiya
	III	T1-ZN1-Zmo	Avval nur terapiyasi, krioterapiya keyin distal subtotal rezektsiya hamda kimyo va immunoterapiya
	IVa	T1-4Ho-3Mo	Avval nur terapiyasi, krioterapiya keyin distal subtotal rezektsiya hamda kimyo va immunoterapiya
	I Vo	T1-4Ho-3M1	Intraarterial kimyoterapiya bilan birga UVCH - gipertermiya va nur terapiyasi

Jadvaldan ko'rinib to'rganidek, jarrohlik usullaridan biri bo'lgan proksimal subtotal rezektsiya saraton me'daning proksimal qismida joylashganida va uning hamma bosqichlarida (faqat IVB dan tashqari) qo'llaniladi. Ba'zi hollarda (III va IV a) gastroektomiya ham qo'llanilishi mumkin. Saraton me'daning distal qismida joylashganida esa jarrohlik usullaridan distal subtotal rezektsiya o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi va hamma bosqichlarda (faqat IV b bosqichdan tashqari) qo'llaniladi. Boshqa hollarda jarrohlik usuli albatta nur terapiyasi, kimyoterapiya, krioterapiya va immunoterapiya bilan birga olib borilishi kerak. Faqat shundagina ijobiy natijalarga erishish mumkin.

**Kasallikning oldini olish.** Me'da saratonining oldini olish choralaridan biri – bu me'da o'sma oldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash, dispanserizasiya qilish va barvaqt davolashdan iboratdir. Kuniga 3-4 marta ovqatlanish, tuzlangan, duklangan, o'ta achchiq ovqatlarni kamroq eyish, sho'rva, sut, qatiq kabi mahsulotlarni ko'proq ishlatish, vitamin A, Slarga boy bo'lgan meva va sabzavotlarni iste'mol qilish, chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni ortiqcha iste'mol qilishdan saqlanish katta ahamiyatga ega. Yaqin qarindoshlarida me'da saratoni bo'lgan, ayniqsa, me'da shirasining kislotaliligi kamaygan va 50 yoshdan oshgan kishilarga ko'proq e'tibor berish lozim.

### Yo'g'on ichak saraton kasalligi

**Kasallik sabablari.** O'smalarning kelib chiqishiga ovqat va suv bilan ichakka tushgan (mineral o'g'itlardan (selitradan) ichak bakterial florasi ta'sirida) kuchli kantserogen moddalar (nitroza birikmalari), o't kislotalari, ichak chiqindilarining kantserogenlik xususiyati, oqsillar va yog'larga boy bo'lgan ovqatlarni ko'proq iste'mol qilish sabab bo'ladi.

Iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda hayvon go'shti va sun'iy qo'shimchalarga boy ovqatlarni ko'p miqdorda iste'mol qilish ham yo'g'on ichak saratoni bilan kasallanishga sababchi bo'lishi tasdiqlangan.

Vitamin A va C ga boy bo'lgan o'simlik kletchatkasi ko'proq iste'mol qilinganda esa bu aksincha, kantserogeneznining susayishi kuzatiladi. Saraton kasalligining kelib chiqishida ma'lum darajada irsiy omillar ham rolni o'ynaydi. Yaqin qarindoshlar o'rtasida bu kasallikning ko'proq kuzatilishi buni tasdiqlaydi.

O'sma oldi kasalliklari. Yo'g'on ichak saratoni ko'p hollarda polioplardan rivojlanadi. Polioplarning shilliq pardaning bezli epiteliysi va uning ostidagi qo'shimcha tolali to'qimadan paydo bo'ladi. Adenomatoz polioplarning yo'g'on ichakning o'sma oldi kasalliklariga kiradi. Ular dumaloq shaklda, och-qizil rangda, yumshoq konsistentsiyali, nozik yoki yo'g'on



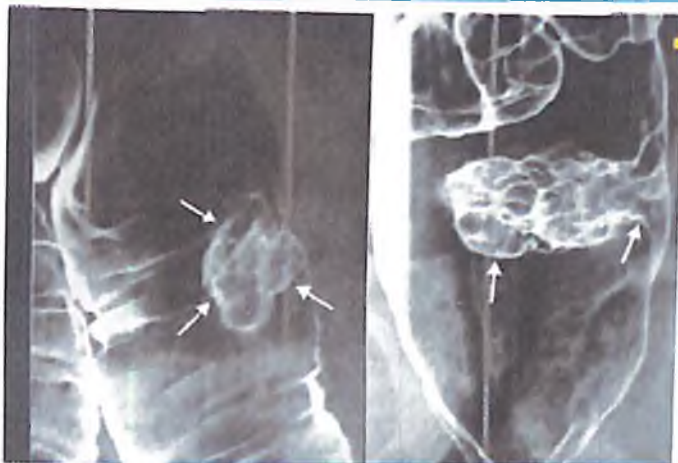
asosli, tekis yoki BaxmalSimon yuzali bo'ladi. Bu poliplar aksariyat hollarda to'g'ri ichakda, undan keyin esa sigmasimon, ko'r va pastga tushuvchi chamber ichakda uchraydi. Poliplar bir yoki bir necha bo'lishi mumkin. Yo'g'on ichakning ebligat o'sma oldi kasalliklariga diffuz (oilaviy) polipoz kasalligi kiradi.

Patomorfologik tuzilishi. O'sish shakliga qarab ekzofit va endofit o'smalar farqlanadi. Ekzofit o'smalar polip, tugun yoki so'rg'ichli shakldagi tuzilma bo'lib, gulkaramni eslatadi va ichak bo'shligiga o'sib kiradi. Endofit (infiltrativ) saraton, asosan, ichak devori ichiga o'sadi.

**Klinikasi:** ko'pchilik holatlarda bu o'smalar rentgenologik, endoskopik tekshirishlar paytida tasodifiy topilmalar bo'lib, klinik belgilari bo'lmaydi. Poliplarning hajmlari katta bo'lganda, yaralanishi, qonash hollarida najasda qon va shilimshiq ajraladi. Ayrim hollarda ichaklarning tutilishini keltirib chiqarishi mumkin. Adenomatoz poliplar obligat saraton oldi kasalliklariga kiradi va 20% holatlarda malignizasiyalanadi. Fakultativ o'sma oldi kasalliklariga lipoma, gemangioma, divertikul, leomoma va h.k kiradi. Tashxis qo'yishda poliplarning diagnostikasida rentgenologik tekshirishlarning ahamiyati beqiyos bo'lib aylanasion, qirralari va chegaralari tekis, musbat to'qima-hosilalar ko'rinadi. Poliplarning oyoqchalari uzun bo'lganda surunkali invaginasiyaga sabab bo'ladi va bu holatni rentgenologik tekshirib, aniqlash mumkin.



*6 rasm. Konturda bo'rtib chiqish. Divertikul*



7 rasn. Polipni rentgen ko'rinishi

**Davolash.** Poliplar, asosan, jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Sigmasimon ichak poliplari, asosan, rektomanoskop orqali olinib, gistologik tekshirish o'tkaziladi. Yo'g'on ichakning boshqa bo'limlarida polip va polipiz bo'lganda laparotomiya qilinib, poliektomiya, rezektsiya ayrim hollarda (oilaviy polipozlarda va so'rg'ichli - vorsiachatiy poliplarga) gemikolonektomiya operatsiyasi bajariladi.

O'smalarning hajmi kattalashganda, kechiktirilgan davrlarda ichakdan qon ketish hollari yoki o'tkir ichak tutilishi belgilari paydo bo'ladi. Bu o'smalar kam malignizasiyaga uchraydi. Davolash, asosan, o'smalarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, ayrim paytlarda ichak rezektsiyasi operatsiyasi bajariladi.

**Yo'g'on ichak saraton kasalligi** oshqozon-ichak o'smalari orasida 4-o'rinni egallaydi. Oxirgi 10 yilliklarda bu kasallikning o'sishi kuzatilyapti va ko'pincha keksa yoshdagi kishilarda, nisbatan ayollarda ko'proq uchraydi. Yo'g'on ichakning saraton kasalligi bilan kasallanish chap tomonda o'ng tomonga nisbatan ko'proq uchraydi. Sigmasimon ichakda 40%, ko'r ichak sohasida 25% saraton kasalligi uchraydi.

**Etiologiyasi va patogenez:** yo'g'on ichakning qaysi qismida najas ko'p ushlanib tursa, shu qismda saraton kasalligi ko'p uchraydi. Najas tarkibida indol, skatol va guanidil singari endogen kantserogen moddalar uchraydi. Qabziyatga uchragan bemorlarda najasning ichak shilliq qavatidagi kontrast vaqti ko'payadi, najasida kantserogen moddalarning

shilliq qavatga so'rilishi ko'payib o'sma transformatsiyasini chiqaradi. Surunkali kolitlar, polipozlar o'sma oldi kasalliklariga kiradi.

**Patologik anatomiya:** o'sma boshlang'ich bosqichida pelipsimon yoki zamburug'simon holatda bo'lib emirilish (Raspad) boshlanadi va o'sma chegaralari notekis, yuzasi o'lik (nekroz) kulrang parda bilan qoplangan yaraga aylanadi. Hamma devorlariga o'sganda ichak bo'shlig'i torayib ichakning tutilishi paydo bo'ladi. O'ng tomon ko'ndalang - chambar qismlarida, asosan, ekzofit turlari, chap yarmida esa yarali - sizuvchi turi ko'proq uchraydi. Yo'g'on ichak saraton kasalligining morfologik tuzilishi adenokarsinoma - (60-70 %), solidli - (10-12%) va shilliq (12-15%) ko'rinishlari uchraydi.

Yo'g'on ichak saraton kasalligining bosqichlar bo'yicha klassifikatsiyasi.

I bosqich – kichik hajmda, o'sma ichak doirasining yarmigacha egallaydi, shilliq va shilliq osti qavatiga o'sgan regionar metastazlari yo'q.

II bosqich – o'sma katta razmerda, ichak aylanasi yarmidan ko'p qismini egallagan, yon atrofidagi to'qima va a'zolariga o'smagan, regionar metastazlari yo'q yoki 1-2 ta metastaz uchrashi mumkin.

III bosqich – o'sma ichak aylanasi yarmidan ko'p qismini egallagan, seroz qavatiga o'sib kirgan. Regionar limfa tugunlarida ko'plab metastaz aniqlanadi.

IV bosqich – o'sma o'lehani turlicha, qo'shni a'zolariga o'sib kirgan, ko'pgina regionar metastazlari va uzoqlashgan metastazlari bor.

**Klinikasi:** yo'g'on ichak o'smasining klinikasi qaysi kasalliklardan so'ng paydo bo'lganligiga va ichakning qaysi qismida joylashganligiga bog'liq. Ko'p vaqt davom etgan yo'g'on ichak kolitlari va polipozning belgilari saraton kasalligiga o'tayotgan paytda ancha kuchayadi. O'sma yo'g'on ichakning o'ng tomoniga va xususan, ko'r ichak qismida bo'lsa, ko'pincha intoksikasiya va kanqonlikka xos umumiy belgilar yuzaga chiqadi. Sigmasimon ichak o'smalarida ko'pincha mahalliy belgilar va ichak tutilish belgilari ko'proq uchraydi.

Klinik amaliyotning ko'rsatishicha, yo'g'on ichakning o'ng yarmida joylashgan o'smalarning namoyon bo'lish darajasi chap yarmidagilardan farq qiladi. Saraton yo'g'on ichakning chap yarmida bo'lsa, qorin dam bo'lishi va quldirashi, qabziyat, ich ketishi, ichak tutilishi, qonli yoki shilliq ajralmalar va ozish kuzatiladi. Isitma chiqish alomati, odatda saratonning joylashishidan qat'i nazar bir xilda uchraydi. Yo'g'on

ichakning o'ng yarmi saratoni uchun kasallikning asta-sekin zo'rayishi hosil bo'lib, klinik belgilarining soni va ifodalanishi o'sib boradi. Chap bo'lim o'smalarida bunday qonuniyat ham kam kuzatilib, ko'pincha kasallik to'satdan ichak tutilishi bilan namoyon bo'ladi.

**Yo'g'on ichak saratonining erta belgilari (%)**

Belgilari	Ichakning o'ng yarmi	Ichakning chap yarmi
Og'riq	90,0	35,8
Ishtahaning yo'qolishi	59,7	10,4
Ko'ngil aynishi	40,7	9,4
Kekirish	21,8	6,6
Qusish	6,3	1,9
Qorinning dam bo'lishi va quldirashi	6,9	38,7
Qabziyatlar	9,2	46,2
Ich ketishi	4,1	8,5
Ich tutilishi	1,7	19,8
Ajralmalar (qon. shilliq)	-	30,2
Anemiya	68,4	4,7
Isitma chiqishi	18,9	16,0
Holsizlik	56,9	8,5
Ozish	2,9	7,5
Paypaslanadigan o'sma	10,2	0,9

Klinik manzarasining xususiyatiga qarab yo'g'on ichak saratoni 6 xil klinik shaklga ega bo'ladi: toksiko-anemik, enterokolit, dispeptik, obturasion, soxta yallig'lanish va o'sma.

**Toksiko-anemik shakli.** Noxushlik, holsizlik, tez charchash, isitma ko'tarilishi, teri qoplamlarining oqimtiriligi va kuchayib borayotgan anemiya rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

**Enterokolit shakli.** Doimiy og'riq, ich buzilishi, uzoq vaqt goh qabziyat, goh ich ketishi, qorinning dam bo'lishi va quldirashi, ichakdan shilliq, qonli yoki yiringli ajratma kelishi bilan ajralib turadi.

**Dispeptik shakli.** Me'da-ichak yo'lining dispeptik buzilishlari; qorinda og'riq, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, kekirish, vaqti-vaqti bilan qayt qilish epigastral sohada og'riq va dam bo'lishi bilan farqlanadi.

**Obturasion shakli.** Erta ichak tutilishi bilan ifodalanadi. Birinchi navbatda qorinda dastlab uncha kuchli bo'lmagan, simillagan, joylashuvi

aniq bo'lmagan og'riq paydo bo'ladi. Xurujlarning qaytalanishi va ularning doimiyligi asta-sekin o'sib boradi, keyinchalik surunkali ichak tutilishi kuzatiladi. Xurujlarning birida butunlay obturatsion ichak tutilishi yuz beradi.

**Soxta yallig'lanish shakli.** Qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonini eslatadigan belgilar: o'ng tomonda og'riq, qorin devori muskullarining taranglashishi, harorat ko'tarilishi, leykositozning o'sishi va eritrositlar cho'kish tezligining kuchayishi ro'y beradi.

O'sma (atipik) shakli. Boshqa klinik belgilar kam ifodalangan holda paypuslanadigan o'sma borligi bilan farq qiladi. Bemorning o'zi yoki vrach ko'rik o'tkazayotgan chog'ida o'smani tasodifan aniqlaydi. Anamnez yig'ish paytida, o'sma aniqlanishidan bir necha oy burun bemor ahamiyat bermagan ichakka taalluqli shikoyatlar borligini aniqlash mumkin.

**Tashxislash:** klinik tekshirishlarga so'rab-surishtirish, ob'ektiv tekshirishlar, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, laboratoriya va rentgenologik tekshirishlar hamda retoromanoskopiya yoki kolonoskopiya orqali biopsiyaga materiallar olish kiradi.

**So'rab surishtirish.** Bemorning shikoyatlari va anamnezi batafsil o'rganib chiqilishi kerak. Bunda simptomlarning tavsifi, paydo bo'lish vaqti, ketma - ketligi va dinamik rivojlanishiga e'tibor beriladi. Kasallik klinik manzarasining xususiyatlari tahlil qilinganda, surunkali ichak kasalliklari bor bemorlarda saraton paydo bo'lish ehtimolini hisobga olish kerak. Yo'g'on ichak saratoni borligiga shubha qilinadigan "xavfli belgilarga":

- qorinda yoqimsiz hid paydo bo'lishi, uning to'lib ketishi, dam bo'lishi, og'riq bezovta qilishi;
- qabziyat yoki ich ketishi, defekatsiyadan keyin ichakning to'liq bo'shamaganlik hissi, yolg'on chaqiruvlar;
- najasda qon, shilliq yoki yiring bo'lishi;
- ishtahaning yomonlashishi, holsizlik, ko'ngil aynishi, anemiya kuzatilishi;
- sababsiz isitma chiqishi;
- paypaslaganda o'sma borligi;

Ob'ektiv tekshirishlar paytida bemorning terisi va ko'rinadigan shilliq pardalarining rangiga e'tibor beriladi. Ko'ndalang, chambar va sigmasimon o'smalari ushbu ichak bo'limlarining qo'zg'aluvochanligi tufayli paypaslash paytida barmoqlar ostiga chiqib ketishi mumkin.

Ko'proq ekzofit o'smalarni paypaslash mumkin. Endofit o'smalarda esa buning iloji kamroq. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish usuli ichaklar faoliyati har qanday buzilganda ham zaruriy hisoblanadi.

**Laboratoriya tekshiruvlari.** Qon tahlili va najasni yashirish qonga tekshirish diagnostik ahamiyatga ega. Qonning umumiy tahlili eritrositlar cho'kish tezligi kuchayganligini, gipoxrom anemiya, ba'zi bemorlarda esa yondosh yallig'lanish jarayonlari borligidan darak beradigan leykositozni aniqlab beradi. Qonni saraton - embrional antigenga (Sea) tekshirib ko'rish lozim. Bu glyukoproteid oz miqdorda sog'lom odamlar va ba'zi xavfli o'smalar bilan og'rigan bemorlar qonida ham uchraydi. Yo'g'on ichak saratoni bilan og'rigan bemorlarda Sea miqdori keskin oshib ketadi.

**Rektoromanoskopiya.** Bu yo'l bilan to'g'ri va sigmoidosimon ichakning boshlang'ich o'smalari aniqlanib, gistologik tekshirishga material olinadi. Rektoromanoskop bilan tegilganda yengil qonaydigan, g'adir-budir ekzofit, to'q qizil rangdagi o'sma aniqlanishi mumkin. Boshqa hollarda esa o'sma yassi yara shaklida, ichak devori aylanasi bo'yicha tortilgan, chekkalari yaltiroqsimon, qattiq bo'lib, shilliq qavat ustidan ko'tarilib turadi. Ba'zida esa rektoromanoskopiyaning uchi toraygan joyga tiraladi va yuqoriga o'tishning iloji bo'lmaydi. Qoidaga binoan, o'sma aniqlanganda uni biopsiya qilish shart.

**Rentgenologik tekshirish.** Hozirgi vaqtgacha yo'g'on ichak saratoniga tashxis qo'yishda bu asosiy usul bo'lib qolmoqda. Tekshirishning maqsadlariga qarab har xil usullar qo'llaniladi. Bular ichida etakchi usul irrigoskopiya usuli hisoblanadi. Irrigoskopiya-yo'g'on ichakni huqna orqali bariy bilan to'ldirib tekshirish usulidir. Buning uchun ovqatlanish rasioni va tozalovchi huqnalar bilan ichak oldindan yaxshilab tayyorlanadi. Bariy bilan ichak bo'shlig'i tig'iz to'ldirib va bo'shatilgandan keyin esa havo bilan kengaytirilib ichakning holati tekshiriladi. Yo'g'on ichak saratonining uchta asosiy rentgenologik belgisi bor: ichak bariy bilan to'ldirilganda nuqson borligi, chekkalari ko'tarilganligi, o'rtasida chuqurcha borligi, yassi nuqson hosil bo'lishi, ichak bo'shlig'i havo bilan kengaytirilishga harakat qilinganda rigid devorli ichakning tsirkulyar torayib qolishi.

**Kolonoskopiya** - yo'g'on ichakni endoskop bilan ko'rish usulidir. Endoskopning uchi avaylab to'g'ri ichakka kiritilgandan keyin bo'shlig'i havo bilan kengaytirilib, retrograd yo'nalishda to' ko'richakkacha ko'riladi va shubhali joylari orqaga qaytarishda ham ko'rib chiqiladi.

O'sish shakliga qarab o'sma tugun yoki gulkaram shaklida bo'ladi. Odatda tugun keng asosli bo'lib, ba'zan cho'qqisi yaralangan bo'lishi ham mumkin. Likopchasimon o'smaning chekkalari qalinlashib, yemirilib ketgan, tubi yaralangan bo'lib, asosan tsirkulyar o'sadi va ichak bo'shlig'ini toraytirib qo'yadi. Infiltrativ o'sadigan o'smalar tashxis qo'yishda ancha qiyinchilik tug'diradi. Sonografiya o'tkazilishi o'smani aniq joylashishi, ichakning o'ziga yoki uning tashqarisiga tarqalishi, jigaridagi metastazlar, ichida residiv (qaytalanish) paydo bo'lishini aniqlash va davolash samaradorligini bilishda ahamiyatga ega.



*8 rasm. Rektoromanoskopiya.*



*9 rasm. Kolonoskopiya.*

**Kompyuter tomografiya.** Yo'g'on ichakni diagnostik tekshirishda juda muhim ma'lumot beradi. Jumladan, o'sma atrofidagi tomirlar, to'qimalar va a'zolar bilan kasallikni bevosita munosabati, ularga o'sib kirishi, metastazlar borligi va boshqalarni bu usul aniq ko'rsatib beradi.

**Radlonuklid-stsintigrafiya.** Yo'g'on ichak saratonining radikal operatsiya qilishdan oldin jigarda uning metastazlari bor yoki yo'qligini aniqlashda yaxshi yordam beradi.

**Barmoq bilan tekshirish.** Bu - ichak devorining ko'rsatkich barmoq bilan paypaslab ko'rish usulidir. Bu tekshirish usuli odatda bemorni tizza - tirsak holatida yotqizib o'tkaziladi, lekin shu bilan bir qatorda u cho'kkalab o'tirganda ham tekshirish qulayligini unutmaslik kerak. Tekshirish texnikasi juda oddiy. Qo'lga qo'lqop kiyilib, o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'iga vazelin surtiladi va orqa chiqaruv teshigiga kirgiziladi. Aylanma harakatlar bilan ichak devori paypaslab ko'riladi. Sog'lom ichak devori odatda bor bo'yi yumshoq bo'ladi. Saraton paydo bo'lganda esa dumaloq, qattiq, og'riqsiz, g'adir - budir tuzilma yoki qattiq konsistentsiyali, notekis, likopchasimon yara va ko'pincha tekshiruvdan keyin qo'lqopda qon ko'rinadi. Yo'g'on ichak saratonining yakuniy tashxisi patomorfologik tekshirishsiz qo'yilmaydi. Faqat tsitologik yoki gistologik tahlillar asosida saraton borligi to'g'risida xulosa qilinadi, uning rivojlanish bosqichlari va tasnifi tuziladi.

**Qiyosiy tashxis.** Yo'g'on ichak saratonining klinik ko'rinishlariga qarab har xil kasalliklardan farqlovchi tashxis o'tkazishga to'g'ri keladi. Ichak faoliyati buzilib, qabziyat, ich ketishi, najasda qon va yiring aralashmalari bo'lganda saratonni surunkali dizenteriya, yarali kolit, bavirusil, ichak polipozidan ajrata bilish kerak. Taqqoslovchi tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar me'da - ichak yo'lidagi buzilishlar, ya'ni ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, noma'lum og'riqlar, qayt qilish paydo bo'lgan bemorlarda tug'iladi. Eunday belgilar paydo bo'lgan hollarda surunkali appendisit yoki xolesistit, me'da yoki me'da osti bezi kasalligi to'g'risida taxmin qilinadi. Paypaslanadigan o'sma bo'lganda taqqoslovchi tashxis ko'richak o'simtasining yullig'lanishi (appendisit), spesifik infiltrativlar (sil, aktinomikoz, suzak), qorin va qorin orti bo'shlig'i o'smalariga nisbatan o'tkaziladi. Buning uchun maxsus reaksiyalar (Vasserman, Pirke va boshqalar), rentgenologik, endoskopik tekshirishlar va biopsiya qo'llaniladi.

**Davolash:** Yo'g'on ichak o'smalarini davolash, asosan, jarrohlik yo'li bilan aniqlanadi. operatsiya hajmi, xarakteri o'smaning joylashganligiga (joyiga), tarqalish darajasiga, morfologik paytida ablastika maqsadida, tutqich va qorin pardasi ortidagi yog' kletchatkasi va limfa tugunlari bilan birgalikda olib tashlash lozim.



O'sma ko'richak sohasida, ko'tariluvchi qismida va jigar oqrigilida bo'lganda o'ng tomon gemikolonektomiya operatsiyasi bajariladi. O'sma ko'ndalang – chambar ichak sohasida bo'lganda, ichak rezektsiyasi operatsiyasi bajariladi. O'sma taloq burchagida, pastga tushuvchi qismida joylashganida chap tomon gemikolonektomiya operatsiyasi bajariladi.

**Yo'g'on ichak saratonini davolash usullari va ularning uzoqlashgan natijalari**

O'smaning bosqichi, joylashishi		Davolash usullari	Tuzalib ketganlar soni
Yo'g'on ichak (ko'richak, chambar ichak va sigmasimon ichak)	II	Radikal operatsiya	64,5
		Nur terapiyasi, keyin radikal operatsiya	84,4
	III	Radikal operatsiya	35,0
		Radikal operatsiya va kimyoterapiya	47,5
To'g'ri ichak	II	Radikal operatsiya	45,0-52,8
		Nur terapiyasi so'ng radikal operatsiya	63,0-72,0
	III	Radikal operatsiya	25,0-40,0
		Nur terapiyasi so'ng radikal operatsiya	49,0-55,0
		Kimyoterapiya va radikal operatsiya	53,4
		Nur terapiyasi, lokal gipertermiya, giperqlikemiya va radikal operatsiya	78,6
		Nur terapiyasi, lokal gepertermiya, geperqlikemiya va radikal operatsiya	77,2
		Nur terapiyasi (faqat anus saratonida)	80,0-90,0

Kimyoviy dorilar bilan davolash maqsadida, asosan, 5 fluorurasil preparati ishlatiladi. Asosan 1,0 dan v/i tomchi usuli bilan kunora yuboriladi va davolash kursiga 5,0 beriladi.

**Prognoz:** Kasallik vaqti aniqlanganda va radikal operatsiya qilinganda yakuniy natijasi yaxshi. Radikal operatsiya qilingan bemorlarning 60-70% i 5 yildan ko'p yashaydi.

**Xavfsiz o'smalar:** Bu o'smalar o'z navbatida epiteliyal va noepiteliyal o'smalarga bo'linadi. Xavfsiz noepiteliyal o'smalar, asosan,

biriktiruvchi, mushak, yog' to'qimasi, qon va limfatik to'qimalardan o'sadi. Epitelial xavfsiz o'smalar ichakning shilliq qavatidan o'sadi. Xavfsiz o'smalarni davolashda, asosan, jarrohlik usullari qo'llaniladi. (El.koagulyasiya, el. issechenie, ayrim hollarda rezektsiya operatsiyalari bajariladi).

### To'g'ri ichak saraton kasalligi.

To'g'ri ichak saraton kasalligi ichak o'smalarining 80% ini, butun o'smalarning 4-6% ini tashkil qiladi. Yomon sifatli o'smalarning 99% ini saraton kasalligi va 1% ini sarkoma kasalligi tashkil etadi. Yuz ming aholi orasida 7 nafari to'g'ri ichak saratoni kasalligi bilan kasallanadi. Bu kasallik ayollar va erkaklarda bir xil uchraydi va keksa yoshdagi kishilar ko'proq kasallanadi, lekin bu kasallik yoshlarda (20-30 yosh) ham uchraydi.

**Patologik anatomiyasi:** To'g'ri ichak 3 qismga bo'linadi; 1. Anal (sfinkter) qismi 2,5-4 sm. 2. O'rta ampulyar qismi 8-10 sm. 3. Yuqori ampulyar qismi 4-5 sm. Gistologik jihatdan 2 turi farqlanadi: pastki qismida yassi va bez epiteliysidan o'sgan yassi hujayrali o'rta va yuqori qismi bez hujayralaridan o'sgan bez hujayrali (adenokarsinoma) saraton kasalligi uchraydi. Anatomik jihatdan aniq chegarali, tugun shaklidagi, ichak bo'shlig'iga qarab o'sadigan ekzofit – sezilmaydigan o'smaga va chegaralari aniq emas, devori bo'ylab o'sadigan endofit – sezuvchi turlari farqlanadi.

**Klinikasi:** To'g'ri ichak saratoni kasalligini klinik ko'rinishi o'smaning joylashgan o'rni va anotomik tuzilishiga (tipiga) bog'liq. Boshlang'ich belgilaridan najasda qon va shilliq modda paydo bo'lishi, shu bilan birga defektsiya vaqtidan so'ng to'liq qoniqish hosil qilmaslik, ichakning to'liq bo'shamasligini sezish belgilari ham ilk belgilariga kiradi. Vaqt o'tishi bilan asta-sekin qorinning pastki qismida, dumg'aza va orqa chiqaruv teshigi sohasiga og'riq paydo bo'ladi. Shu bilan birga ichak bo'shlig'ining torayishi natijasida najasning tamatsimon shaklda bo'lishi, tez-tez tashqariga chiqish sezgilari uchraydi. To'g'ri ichakning barmoq bilan tekshirish, o'sma chegarasini, joylashganligini, ichak devorlarini egallash darajasini, anatomik o'sish shakllarini, siljishi, qonashi, yaralangan yuzasi hajmini aniqlashda qimmatbaho ma'lumot

beradi. To'g'ri ichak o'smalari oshqozon-ichak o'smalariga nisbatan sekin rivojlanadi.

**Tashxis qo'yish:** Shikoyatlarni aniq yig'ib to'g'ri baholash, najas bilan chiqqan aralashmalarni ko'rib, to'g'ri ichak o'smasiga gumon qilib, barmoq bilan ko'rish, rektoromanoskopiya va rentgenologik tekshirishlar o'tkazilishi lozim. Ko'rsatkich barmoq bilan to'g'ri ichakni obdon tekshirish 80% gacha aniq tashxis qo'yishga yordam beradi. Ichak va qorin bo'shlig'i a'zolari tomonidan diskomfort sezadigan bemorlarning to'g'ri ichagini barmoq bilan ko'rmaslik shifokorning katta xatoga yo'l qo'yganidir.

Rektoromanoskopiya - bu usul o'smani ko'z bilan ko'rishga barmoq orqali olingan ma'lumotlarni tasdiqlashga, yuqori qismida joylashgan o'smalarni ko'rishga, ichak shilliq qavatida bo'lgan boshqa o'smalarni topishga va o'smadan biopsiya olishga imkoniyat yaratadi.

Rektoskop apparati bilan sfinkterda 25 - 30 sm masofadagi ichak bo'shlig'ini ko'rish mumkin. Rektoskopiyaga bemorlar maxsus tayyorlanadi. Ma'ruza paytida ko'rish xonalari rektomanoskopiya usullarini ko'z bilan ko'rish, barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va uning ahamiyati to'g'risida to'xtalib o'tiladi.

**Irrigoskopiya va irrigografiya:** usullarini to'g'ri ichak o'smalarining tashxisida ahamiyati katta. Irrigogrammada o'smaning chegaralarini, konturlarini, ichak bo'shlig'ining torayishini, poliylarning bor-yo'qligini, boshqa joyda joylashgan o'sma hosillarini ko'rishga imkon beradi. O'smaning sizuvechi turlarida, bu usulda to'lish deffektlari ko'rinmaydi, ammo ichak devorining rigidligi, shilliq qavat rel'eflarining tekislanishi kuzatiladi.

**Davolash:** To'g'ri ichak o'smalarini davolashning asosiy yo'li xirurgik hisoblanadi. To'g'ri ichak saratonini davolashning jarrohlik usullari bir nechta bo'lib, ular o'sma bilan orqa teshik orasidagi masofaga qarab qo'llaniladi. Agar saraton orqa teshikdan 12 sm yuqorida bo'lsa, oldingi rezektsiya qilinadi; shikastlangan joy olib tashlanadi va ichak oxirlari bir-biri bilan ulanadi (anostomoz qo'yiladi). O'sma orqa teshikdan 6-12 sm yuqorida joylashgan bo'lsa, bunday hollarda sigmasimon ichakni pastga tushirib to'g'ri ichakda qorin-anal rezektsiyasi qilinadi. Bunda to'g'ri ichakning shikastlangan joyi olib tashlanadi va sigmasimon ichak to'g'ri ichak qoldig'iga ulanadi. Agar o'sma orqa teshikdan 6-7 sm dan kam masofada joylashgan bo'lsa,

sfinkterni saqlab qolish xatarli hisoblanadi. Shuning uchun to'g'ri ichakda qorin-oraliq ekstirpasiyasi qilinadi: sigmasimon ichak kesiladi, uning proksimal uchidan chap yonbosh sohasida sun'iy orqa teshik hosil qilinadi. Distal uchi to'g'ri ichak va o'sma bilan birgalikda olib tashlanadi.

Nur bilan davolash, asosan, kechiktirilgan bosqichlarda palliativ va yassi hujayrali anal soha saraton kasalliklarida radikal davolash usuli sifatida qo'llaniladi. To'g'ri ichak o'smalarida radikal va palliativ operatsiya usullari qo'llaniladi. Qaysi usulni qo'llash, asosan, o'smaning qaysi qismida joylashganligiga, bosqichiga va anatomik o'sish turiga bog'liq. Nur bilan davolash usuli kechiktirilgan bosqichida kimyoterapiya qo'llanishdan tashqari operatsiyadan oldin katta fraktsiya bilan 5 gr. dan 5 kun (25 gr) va 5- yoki 6-kunlari operatsiya qilinadi. Bundan tashqari operatsiyadan so'ng profilaktika maqsadida, metastaz paydo bo'lishi kutiladigan va operatsiyadan keyingi maydon sohalarini nur bilan davolash usullari keng qo'llaniladi. Kimyoviy dorilar bilan davolashda fluorasil va fluorafur keng qo'llanilmoqda. Bu preparat asosan 0,5 yoki 1,0% li eritma sifatida vena orqali tomchi usuli bilan (5% li glyukoza eritmasi 400 ml.) kunora yubiriladi. Davolash kursida 25-30 gr ishlatiladi.

### **Teri saraton kasalligi**

Teri saratoni ko'pincha terining ochiq joylarida, 70% dan ko'proq holda esa yuz terisida paydo bo'ladi. Saratonning yuz terisida eng ko'p paydo bo'ladigan joylari bu peshona, burun, ko'z burchaklari, chakka va quloq suprasidir. Tana, qo'l yoki oyoq terisida 5-10% uchraydi.



*10 rasmi. Bazal hujayrali teri saratoni*



*II rasm. Yassi hujayrali teri saratoni*

Teri saratoni gugurt cho'pi boshidek og'rimaydigan tuguncha paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tuguncha teri yuzasidan ozgina ko'tarilgan, sariqroq yoki xira oq rangda va o'rtacha konsistentsiyali bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan o'sma o'lchamlari kattalashib boradi, yuzasi tekis yoki g'adir-budir bo'lib, chetlari notekis bolishsimon bo'ladi. Keyinroq markazida botiqlik paydo bo'lib, u tangachadek po'st bilan qoplanadi. Po'st olib tashlansa, qon tomchisi paydo bo'ladi.

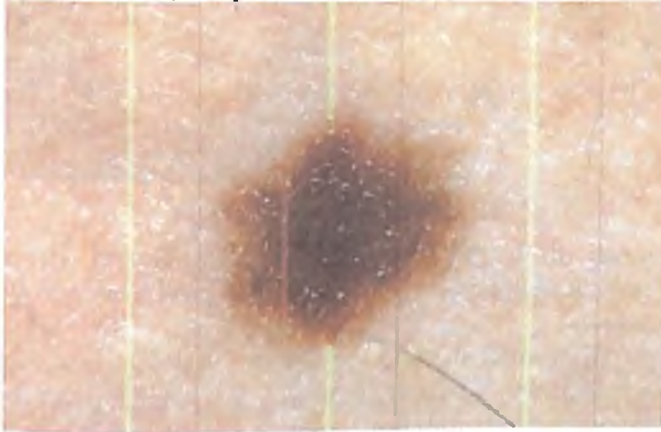
Teri saratonining tashxisi so'rash va palpasiya qilish asosida qo'yiladi. Lekin u tsitologik yoki gistologik tekshirishlar yo'li bilan, albatta, tasdiqlanishi kerak.

So'rash. Bemorlar sababsiz terisida paydo bo'lgan bir necha oydan beri tuzilmaydigan, og'rimaydigan tuguncha yoki yara borligidan shikoyat qiladilar. Ular konservativ davolanishlar natijasiz ekanligini, o'sma yoki yara sekin-asta kattalashib ketayotganligini aytadilar.

Ob'ektiv tekshirishlar. Teri saratonining ko'proq uchraydigan yara shaklining tashqi ko'rinishi o'ziga xos xususiyatga ega: o'rtasi chuqur, cheti bolishsimon, po'st bilan qoplangan, og'rimaydi. Teri saratonida metastazlarni aniqlash uchun regionar limfa tugunchalar paypaslanadi. Metastazlar bilan zararlangan limfa tugunchalari kattalashmagan, tig'iz konsistentsiyali, qimirlaydi, og'riqsiz bo'ladi. Teri saratonini o'ziga o'xshash xastaliklar (teri sili, zaxm, zamburug'kasalliklari, xavfsiz o'smalar)dan farqlash kerak. Buning uchun tegishli tekshiruvlar o'tkaziladi. Ammo yakunlovchi tashxis tsitologik yoki gistologik tekshiruvdan keyin qo'yiladi.

**Melanoma kasalligiga olib keladigan sabablar.** Kasallik, asosan, tug'ma yoki tug'ilgandan keyin paydo bo'lgan qoramtir yoki qora xoldan o'sib chiqadi. Tajriba shuni ko'rsatadiki, xolni o'zicha yo'q qilish harakatlari yod, odekolon, kislota, isitish va kuydirish juda xavfli hisoblanadi. Xollarning juda turi ko'p. Quyida xollarning bir necha turlarini ifodalaymiz:

**Chegaradagi nevus:** Bazal qavatda joylashadi. Yassi tugun shaklida, quruc, yuzasi silliq, yaltiroq, rangi och jigarrangdan to qoragacha. Aтроfi tekis, aniq razmerlari 0,2-0,4 sm.



12 rasm. Murakkab nevus: Terida va epidermisda joylashadi.

**Introdermal nevus:** Nevuslarning eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, teri qavatida joylashadi. Tegilganda yoki infeksiya ta'sirida yallig'lanish reaksiyasi bo'lishi mumkin.



13 rasm. Introdermal nevus.

**Ko'k (goluboy) nevus:** Introdermal hisoblanib, teri sathiga o'sgan bo'ladi. Qattiq konsistentsiyali, yuzasi silliq ko'k-havorang rangda bo'ladi. Chegarasi aniq. Kattaligi 0,5-2,0 sm, sochsiz. Ko'pincha yuz, oyoq - qo'l terisida uchraydi.



14 rasm. Ko'k (goluboy) nevus.

**Hujayrali ko'k (kletechniy goluboy) nevus:** Biologik aktiv bo'lib, oddiy ko'k nevusdan melanositlarning proliferatsiyasi bilan ajralib turadi.

**Gigant pigmentli nevus:** Bu nevus yassi kopilyar yuzali bo'lib, terining katta hajmini egallashi mumkin. Ko'pincha jigarrang, kulrang yoki qora rangda bo'lishi mumkin.

**Displastik nevuslar:** Bu turdagi nevuslarga dermal va aralash nevuslar kiradi. Razmerlari 0.5 sm dan katta bo'ladi, terining turli sohalarida joylashadi. Yuzasi va chegaralari notekis bo'ladi.

**Sochli nevus:** Bu nevuslar, odatda tug'ma bo'lib, tana terisining turli sohalarida joylashadi va yuzasida soch borligi bilan ajralib turadi.

**Pigmentlik kseroderma: XERO** – grekcha so'zdan olingan bo'lib, "quruq" degan ma'noni bildiradi. U kam uchraydigan turi hisoblanadi. Ota-onasidan bolaga o'tishi mumkin.

**Melanotik dog'lar (sepkillar-vesnushki):** Bu kasallikni adabiyotda Dyubrel melanozi deyiladi. Ko'pincha yuz, ko'krak, barmoqlar terisida va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatda uchraydi. Bu dog'larning kattaligi 2-6 sm bo'ladi. Chegarasi aniq, yuzasi notekis, rangining intensivligi turlicha, kulrangdan, ko'kimtir va qora ranggacha bo'yalgan bo'ladi. Teri elastikligi pasaygan.

**O'ng elka terisi melanomasi.** Gistologik ma'lumotlar: epitelioid hujayrali varianti, Klark bo'yicha III darajasi. Ko'z bilan ko'rganda

pigmentli dog' rangining o'zgarishi (bog'langan depigmentasiya fenomeni), morfologiya nuqta nazardan o'smaning qisman spontan regressiyasini ko'rsatadi.

***Pigmentli nevuslar aktivlashuvining klinik belgilar:***

Umumiy amaliyot shifokorining asosiy vazifasi o'sma oldi kasalliklarining va o'sma kasalligining ilk davrida aniqlash bo'lganligi sababli pigmentli nevuslarning aktivlashuvi jarayonida yuz beradigan belgilarni bilishi katta ahamiyatga ega. Quyida shu belgilar sanab chiqiladi:

1. Nevuslarning tez o'sishi (yillar davomida o'zgarmay to'rgan nevuslar).
2. Nevuslarning qattiqlashuvi, chegaralarning notekisligi.
3. Og'riq paydo bo'lishi, qichishish, ko'yishish hissi.
4. Rangining o'zgarishi (rangsizlanishi).
5. Nevus atrofida yallig'lanish hoshiyasi paydo bo'lishi.
6. Nevus ostidagi sochlarning tushishi.
7. Nevuslarning qonashi, papillomatoz o'simtalarning paydo bo'lishi.

Yuqorida sanab o'tilgan belgilarning qaysi biri paydo bo'lishidan qat'i nazar, umumiy amaliyot shifokorlarini befarq qoldirmasligi va zudlik bilan ixtisoslashgan onkologik davolash muassasalariga tekshirish va davolash uchun yuborishlari lozim.



**15 rasm. Nevusni melanomaga o'tishi (2014y -2018y)**

**Xavfli guruhlarga (teri melanomasi paydo bo'lishida) quyidagilar kiradi:**

1. O'z ishi yuzasi bo'yicha ultrafiolit nurlar ta'sirida bo'ladigan kishilar.
2. O'z ish faoliyati bo'yicha turli ximiyaviy kontserogen moddalar, ionli radiatsiya va elektromagnit nurlanish ta'sirida bo'ladigan kishilar.



3. Tana terisining pigmentasiyasi buzilgan kishilar.
4. Qarindoshlari Melonama bilan og'rigan kishilar.
5. Uzoq muddatda gormonal preparatlar qabul qilgan kishilar.
6. Terisida Dyubrel melanozi bo'lgan kishilar.
7. Doimiy pigmentli nevusi mexanik jarohatlanadigan kishilar.
8. Terisida displastik nevusi bor kishilar va ularning qarindoshlari.
9. Terisida 1,5 sm va undan katta qora yoki jigarang nevusi bo'lgan kishilar.
10. Terisida har xil kattalikdagi 50 va undan ortiq nevusi bo'lgan kishilar.
11. Homila yoki laktasiya davridagi ayollar.

Bemorlarning teri saraton kasalligi va melanoma kasalligi bilan og'rigan bemorlarning vrachlarga (tibbiy xodimlariga) kech murojaat qilishlarining asosiy sabablari:

1. Bu kasallikning tugun yoki yara shaklida og'riqsiz boshlanishi.
2. O'smaning sekin-asta rivojlanishi.
3. Bemorlarning o'zlari har xil dori-darmonlar, mahamlar bilan davolanishlari.
4. Bu kasallikning kech metastaz berganligi.
5. Aholi orasida tibbiy madaniyatning etarlicha bo'lmashligi.
6. Tibbiyotdan xabardor bo'lmagan kishilarning noto'g'ri maslahat berishi.
7. O'sma kasalligi to'g'risida aholida to'g'ri tushuncha bo'lmashligi va shu sababli aholi orasida qo'rqishning bo'lishi.

Umumiy davolash muassasalari xodimlari tomonidan profilaktik ko'rikning o'tkazilmasligi.

**Davolash.** Teri saratoni bor bemorlarni davolashda nur terapiya, jarrohlik usuli, muzlatish, lazer nuri va kimyoviy preparatlar qo'llaniladi. Davolash usulini tanlash o'smaning joylashishi, o'sish shakli, bosqichi, o'smaning gistologik tuzilishi, shuningdek, atrofdagi terining holatiga bog'liq. O'sma boshda, ayniqsa, yuzda joylashgan bo'lsa, davolashdan keyingi kosmetik tomonlarni ham hisobga olish zarur, lekin bular radikal davolashga bo'lgan talabni pasaytirmasligi kerak. O'smaning I-II bosqichlarida, asosan, qisqa fokusli rentgenterapiya ishlatiladi (har kuni 3-5 gr, jami 60-70 gr). Bundan tashqari, o'smaning shu bosqichida lazer nuri bilan kuydirish yoki suyuq azot bilan muzlatish usullarini qo'llash ham mumkin. O'smaning III bosqichida kombinatsiyalashgan davolash usuli qo'llaniladi: dastlab telegammaterapiya tayinlanadi, 30-40 gr nur

dozasi beriladi. Keyin o'sma jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. O'smaning IV bosqichida tana va qo'l-oyoqlarda joylashgan o'smaga ham jarrohlik yo'li bilan davo qilinadi. Agar o'sma qo'l yoki oyoq suyaklari, qon tomir, nerv bog'lamlariga o'sib kirgan bo'lsa, amputasiya qilinadi.

Krioterapiya (ya'ni muzlatish) bilan davolash usuli so'nggi yillarda keng tarqalgan. Muzlatish suyuq azot (-196 S) bilan 3-5 minut davomida, ko'pincha kontakt yo'li bilan amalga oshiriladi. Bu usul, ayniqsa, o'sma kovaklari, quloq suprasi va burun qariotlarida joylashganda juda qo'l keladi. Muzlatish tufayli nekrozga uchragan to'qimalarda o'sma emiriladi, keyinchalik uncha qo'pol bo'lmagan Chandiq hosil qilib bitadi.

Lazer nuri bilan davolash ham samarali usul hisoblanadi. Teri saratonida impulsiv uglekislotali lazerlar qo'llaniladi. Metastazlarning joylashishiga qarab regional metastazlar beradigan sohalarda operatsiya qilinadi (bo'yin kletchatkasini olib tashlash, Dyuken operatsiyasi, qo'ltiq osti limfaadenektomiyasi).

Teri saratonini davolash ko'pincha yaxshi natija beradi. Kasallikning I-II bosqichida davo olgan bemorlarni 90-100%, III bosqichda davo olgan bemorlarning 40-50%, IV bosqichdagilarning atigi 25-30% i 5 va undan ko'p yil yashaydi.

Kasallikning oldini olish. Teri saratonining oldini olish chorolari quyidagilar hisoblanadi:

- 1) Yuz va bo'yin terisini intensiv va uzoq davom etadigan quyosh nuridan saqlash, ayniqsa, terisining rangi oqish va quyoshda qoraymaydigan keksa yoshdagi kishilar;
- 2) Teridagi uzoq bitmaydigan keratoz, yara va boshqa saraton oldi kasalliklarini vaqtida davolash.
- 3) Tarkibida kantserogen modda bo'lgan yog'laydigan material va moddalar bilan ishlaganda shaxsiy gigiena qoidalariga qat'iy amal qilish.

### Sut bezi saratoni

Sut bezi saratonining faoliyati endokrin sistema bilan bevosita bog'langan, buni hayz, homiladorlik va laktasiya davrlarida ko'rish mumkin. Hayvonlarga ko'p va uzoq vaqt mobaynida estrogen yuborilsa, sut bezi epiteliysi proliferativ jarayonlarining kuchayishiga, Mastopatiyaning, hatto sut bezi saratonining rivojlanishiga olib keladi.

Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, ko'pincha ayollarda tuxumdonlar faoliyati buzilishi tufayli qonda estrogenlar miqdori oshadi, sut bezi epiteliysi va biriktiruvchi to'qimasining o'choqli proliferasiyasi va atipik hujayralar paydo bo'lishi mumkin. Ma'lumki, kasallik, asosan, tug'magan yoki kam tuqqan, ko'p marta abort qildirgan, tuxumdonlarning surunkali shamollash kasalliklari bilan og'riydigan, hayz ko'rish 13 yoshdan oldin boshlanib 50 yoshdan keyin to'xtagan, bolasini emizmagan ayollarda ko'proq kuzatiladi.

**Sut bezi saraton oldi kasalliklari.** Ayollar organizmida sodir bo'ladigan gormonal buzilishlar avvaliga mastopatiya va fibroadenoma deb nomlanadigan kasalliklar paydo bo'lishiga olib keladi. Mastopatiya sut bezlarining eng ko'p uchraydigan kasalliklari qatoriga kiradi. Uni boshqalardan sut bezlari epiteliysi va biriktiruvchi to'qimasining uzoq davom etadigan ortiqcha proliferasiyasi, hujayra elementlari displaziyasi va giperplaziyasi ajratib turadi. Mastopatiya diffuz va tugunli shakllarda uchraydi.

**Diffuz mastopatiya** odatda 35 yoshgacha bo'lgan ayollarda hayz ko'rishdan oldin sut bezlarida og'riq paydo bo'lishi bilan yuzaga chiqadi. Og'riq ayrim bemorlarda kuchsiz, boshqalarida esa o'tkir bo'lib, qo'l, bo'yin yoki kuraklarga tarqalishi mumkin. Paypaslanganda bezning ichida og'riydigan qattiqlik aniqlanadi va sha bilan bir qatorda sut bezlari uchidan tiniq, oqimtir yoki och sariq rangdagi ajralma chiqishi kuzatiladi.

**Tugunli mastopatiya.** Ko'pincha 30-40 yoshdagi ayollarda uchraydi. Sut bezida bitta yoki undan ko'proq tugunchalar diffuz o'zgargan parenxima ichida paydo bo'lib, bemor tik to'rgan holatda chegaralari yaxshi paypaslanib, gorizontal holatida noaniq bo'ladi. Agar tugunlar dumaloq, elastik konsistentsiyali, tekis yuzali, teri va fassiya bilan bog'lanmagan bo'lsa, kistoz mastopatiya deb ataladi. Yana bir turi sut bezlari yo'li papillomasi (boshqacha aytganda "qon oqib to'rgan sut bezi") deyiladi. Bu kasallikda emchak uchiga yaqin teri ostidagi sut yo'llari ichida o'sma paydo bo'lib, engil shikastlanadi va sut bezidan qon aralash suyuqlik chiqib turadi yoki ba'zi bir bemorlarda faqat sut bezi uchi yoki Areola bosilganda paydo bo'ladi.

Erkalarda ham sut bezi kasalligi uchraydi, bu genekomastiya deyiladi. Uning shakllariga xos bo'lgan proliferativ o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'krak bezining kattalashishi va qattiqlashishi bilan kechadi, unga faqat jarrohlik yo'li bilan davo qilinadi.

Fibroadenoma – sut bezining xavfsiz o'smalariga kiradi. Sut bezida dumaloq, qimirlaydigan, elastik konsistentsiyali, yassi yuzali tuzilma paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Tugunli mastopatiyalar va fibroadenoma jarrohlik usuli bilan davolanadi. Sut bezi sektoral rezektsiya qilinib, dinamik kuzatuv o'tkaziladi.

**Kasallikning klinik ko'rinishi.** Sut bezi saratonining, asosan, 4 ta klinik turi uchraydi:

1. Tugunli shakli.
2. Diffuz shakli.
3. Pedjet kasalligi.
4. Kam uchraydigan (kolloid turi)

I. Sut bezi saratonining tugunli shaklida etakchi va yakkayu yagona belgi sut bezida og'riqsiz qattqlikning paydo bo'lishidir. Boshlang'ich hollarda boshqa simptomlar bo'lmasligi mumkin. Shu sababli ko'p bemorlar o'smani tasodifan topadilar. Tugun og'rimasligi sababli bemorlar o'z vaqtida murojaat qilmaydi. Ma'lum vaqt o'tgandan keyin paypaslanganda tugun chegaralari yaxshi aniqlanmaydi. So'rg'ich ichkarisiga tortilganda yoki tugun teri ostida joylashgan bo'lsa, "kindik" simptomi ko'zga ko'rinib qoladi. Bunda tugun ustidagi teri cho'kib, kindikka o'xshab qoladi. Ba'zan tugun ustidagi terida ko'pgina mayda chuqurchalar paydo bo'ladi, bu "limon po'sti" simptomi deyiladi. Tugun, teri va teri osti kletchatkasi o'sganligi sababli shu soha terisini ikki barmoq bilan yig'ilganda burma bo'lmaydi, oqibatda "maydoncha" simptomi ko'rinadi. Bundan tashqari ko'z bilan ko'rganda "konturlari kesilgan" simptomlarini aniqlash mumkin. Ya'ni sog'lom sut bezining ko'z bilan ko'rganda pastki chegarasi ellipsga o'xshagan yoki yarim oyga o'xshagan bo'ladi. O'sma bo'lganda bir tomon konturi kesilganga o'xshaydi. Klinik nuqtai nazardan paypaslaganda o'smaning xavfli yoki xavfsiz ekanligini differentsiatsiya qilish mumkin. Bundan tashqari o'sma paypaslanganda vrach bemorning orqa tomoniga o'tib, vertikal holatda o'ng qo'l kafi bilan o'smaning old tomonidan o'ziga qarab tortganda o'sma tugun kaftga sezilmasa, bu o'smaning xavfsiz ekanligidan darak beradi va Keniga simptomi musbat hisoblanadi. Keyinchalik terining shikastlangan joyi qizarib yaraga aylanadi.

## II. Sut bezi saratonining diffuz shakllari.

**Shishli-infiltrativ shakli.** Sut bezining ancha qismiga saraton hujayralari tarqalib, mayda limfa va qon (vena) tomirlarini ezib katta, chegaralari aniqlik, bir oz og'riqli yoki og'riqsiz qattqlik hosil qiladi. Teri

shishgan bo'lib, limon po'stini eslatadi va qiyinchilik bilan buklamga olinadi. Shish, ayniqsa, Areola sohasida va uning atrofiga bo'ladi. Saratonning bu shakli tez orada yaqin va uzoq metastazlar beradi.



*16 rasm. Sut bezi saratoni. Shishli-infiltrativ shakli.*

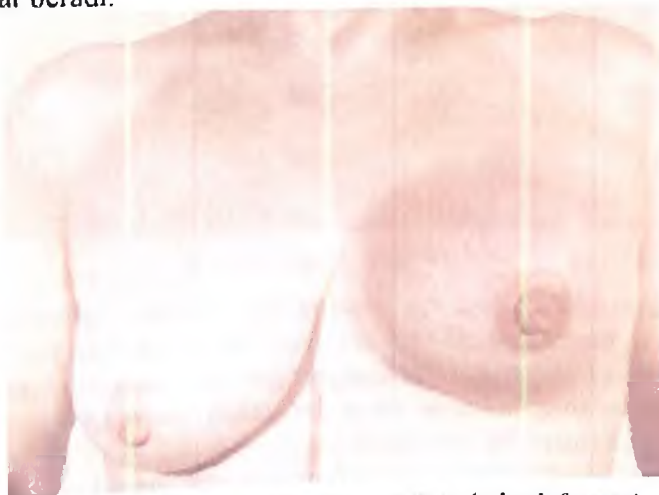
**Mastitsimon shakli.** Bu formada sut bezi yallig'lanishiga xos hamma 5 belgisi mavjud bo'ladi. Bu, odatda bemorlar shu holatda urgentli jarrohlarga murojaat qiladilar va mastit deb o'smani kesish holatlari kuzatiladi. 10-15 kundan so'ng kesilgan sohadan zamburug'simon Hosila o'sib chiqadi va o'sma ekanligi aniqlanadi. Bu diagnostik xato hisoblanadi. O'smaning mastitsimon formasi, asosan, keksa, qari ayollarda, turmushga chiqmagan, tug'magan, ko'krak bezi bilan emizmagan ayollarda uchraydi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmagan. Tana harorati ko'tarilmagan. Qo'ltiq osti limfa tugunlarini paypaslaganda, ular kattalashgan, qattiq konsistentsiyali, og'riqsiz, konglomerat shaklda bo'ladi.



*17 rasm. Sut bezi saratonining mastitsimon formasi*

Haqiqiy mastit esa yosh ayollarda birinchi tug'ruqdan so'ng laktasion davrda uchraydi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir, septik holatlar yuz beradi. Qo'ltiq osti limfa tugunlari kattalashmagan bo'ladi. Sut bezi kattalashgan, ko'krak devoriga yopishgan, terisi ushlab ko'rilganda uning harorati ko'tarilgan bo'ladi. Bu xildagi saraton teri, uning tagidagi to'qimalarga tez o'sib kiradi, yengil yaralanadi va metastazlar beradi.

**Sovutga o'xshash shaklida** saraton sut bezi, uning terisi va ostidagi to'qimalarga o'sib kirib, ko'krak devoriga va ikkinchi sut beziga tarqaydi. Sut bezi kichrayib, burishib, qattiqlashib ko'krak qafasiga mixlab qo'yilganday bo'ladi. Sut bezining ko'rinishi sovutni eslatadi. Shuning uchun bunga sovutsimon shakl berilgan. Saraton shikastlagan teri, ko'krak bezi va uning ostidagi to'qimalar bir-biri bilan qo'shilib yaxlit konglomeratga aylanadi va kam qimirlaydigan yoki butunlay qimirlamaydigan bo'lib qoladi. Regionar limfa tugunchalariga ko'pgina metastazlar beradi.



*18 rasmi. Sut bezi saratonining sovutga o'xshash formasi*

**Saramassimon shakli.** Bunda sut bezi terisi bir tomonlama qizargan bo'ladi, yaltiroq holatda, taranglashgan bo'ladi. Terining tashqi ko'rinishi saramasga o'xshaydi. Qo'ltiq osti limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi. Haqiqiy saramas oyoq-jo'l terilarida ko'pincha ikki tomonlama simmetrik holatda bo'ladi. Limfa tugunlari kattalashmagan bo'ladi.

**III. Pedjet saratoni.** Bu o'sma emchak uchidagi katta sut yo'llari epiteliysining teri epiteliyasiga o'tish chegarasida paydo bo'ladi. Avvalo emchakning uchi qalinlashadi qizaradi, tekkanda og'riydi, qichiydi. Keyinchalik yuzaki erroziya paydo bo'lib, pō'stloq bilan qoplanadi. Yaraning ekzemaga o'xshaganligi, uzoq muddat 3-4 yil davomida yuzaki yara shaklida bo'lganligi sababli, bu bemorlar, odatda teri tanosil kasalxonalarida davolanadilar. O'sma bezning ichiga qarab o'sadi, emchak uchi tagida qattiq tugun hosil bo'ladi, o'smaning o'zi esa yaraga aylanadi. Emchak uchi bez ichkarisiga cho'kib ketadi, qo'ltiqdagi limfa tugunchalarida metastazlar paydo bo'ladi. Metastazlar bergandan so'ng o'sma ekanligi aniqlanadi.



*19 rasm. Pedjet saratoni*

**Diagnostikasi.** Sut bezi saratoniga shubha qilinganda so'rab-surishtirish, paypaslash, ikkala sut bezini ultratovush va mamnografiya usullari bilan tekshirish, o'smadan olingan punktatni tsitologik tekshirib ko'rish va noaniq hollarda zarur bo'lganda sektorap rezektsiya qilib gistologik tekshirishlar o'tkaziladi.

So'rab-surishtirishning tashxis uchun ahamiyati katta. Yoshligidan jinsiy a'zolarida kasalliklar bo'lganligi, hayz boshlanishi va to'xtagan vaqti, homiladorlik va abortlar soni, bolalarni ko'krak bilan emizish, gormonal dorilarning ishlatilishi kabi savollar bilan saratonga sababchi bo'lgan omillar aniqlanadi.

#### **Sut bezi saraton kasalligining vizual aniqlanadigan simptomlari**

##### **Ko'z bilan ko'rib aniqlanadigan simptomlar:**

1. So'rg'ichning ichkariga tortilishi - "kinlik" simptomi.

2. Apelsin (limon) po'stlog'i simptomi.
3. Konturlari kesilgan simptom.
4. Sut bezining kattalashuvi.



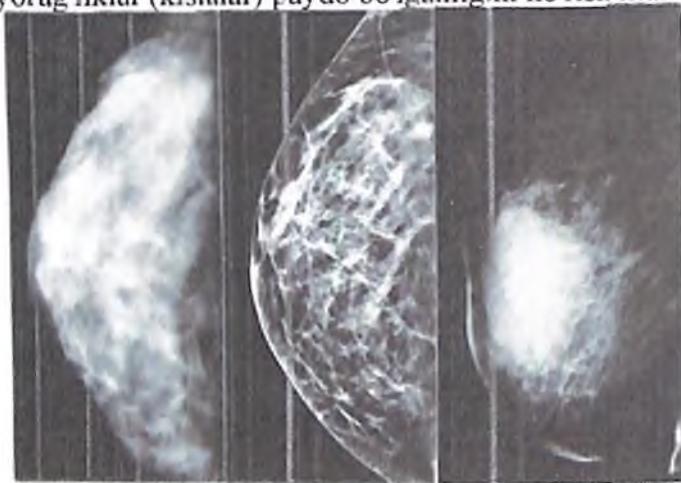
20 rasm. "Limon" po'stlog'i simptomi

Paypaslab aniqlanadigan simptomlar.

1. "Maydoncha" simptomi.
2. Keniga simptomi.
3. Rotter simptomi – o'mrov osti sohasi katta va kichik limfa tugunlarining kattalashuvi.
4. Gerotta simptomi – limfaning qorin devori limfa yo'llari bilan tarqalishi.
5. Truaze limfa tugunlariga metastazi – o'mrov usti sohasida M. Sterno cleudo mastoideus mushagi oyoqchalari orasida o'mrov suyagining medial qismida. O'mrov osti va bo'yinturuq venalarining qo'yilish sohasida.
6. Pribrama simptomi – so'rg'ichni barmoq bilan ushlab tortgan paytda o'smaning so'rg'ich bilan birga tortilishi.
7. Payra simptomi – sut bezini ikkala barmoq bilan o'ng va chap tomondan ushlab, ikkinchi qo'l barmoqlari bilan shu soha terisini yig'ish. Xavfli o'smalarda terisi yig'ilmaydi.



**Mammografiya.** Bu sut bezining ichki tuzilmasini rentgenologik usul orqali o'rganishdir. Mammografiya maxsus rentgendagnostik apparatlar yordamida hech qanday kontrast moddalarsiz bajariladi. Yosh ayollarni tekshirish hayz ko'rish oralig'ida bajariladi. Mastopatiyalarda sut bezi tuzilmasida diffuz va tolali o'zgarishlar, ularning orasida esa kichkina yorug'liklar (kistalar) paydo bo'lganligini ko'rish mumkin.



21 rasmi. Mammografiya. 1) tug'magan ayollarda 2) J.K.M diffuz formasi 3) xavfli o'sma tugunli formasi

**Ultratovush bilan tekshirish usuli.** Keyingi yillarda bu usul sut bezlarini tekshirishda keng qo'llanilmoqda. Kistali va tugunli o'zgarishlarni u yaxshi aniqlab beradi. Bu usul sut bezi uchun zararsiz bo'lganligi tufayli, uni yosh bemorlarda qo'llash ham mumkin.

**Sitologik tekshirish** uchun sut bezi o'smasini chap qo'l barmoqlari bilan ushlab turib, o'ng qo'l bilan bir marta ishlatiladigan shpris ignasi yuboriladi. Igna uchi tugun markazida bo'lishi kerak. O'sma bo'shatilib, chap qo'l bilan shpris ushlab turilib, o'ng qo'l bilan uning porsheni bir necha marotaba tortiladi. Bu holat bir necha marotaba qaytariladi. Chap qo'l ko'rsatkich va o'rta barmoqlari bilan ignani ushlab, bosh barmoq bilan ignaning bo'shlig'i yopiladi (vaakum hosil qilinadi). Shu ahvolda igna tashqariga chiqariladi, shprisga ignani kiritib, predmet oynasiga igna bo'shlig'idan sachratiladi, surtma tayyorlab tsitologik tekshiruvga yuboriladi. Tsitologik tekshirish usuli bilan 80-90% bemorlarda saraton tashxisi to'liq aniqlanadi.

**Sut bezi saratonini, asosan, ikki yo'l bilan erta aniqlash mumkin:**

1. Xotin-qizlarning "o'z-o'zini" muntazam ravishda tekshirib turishlari.

2. Doimiy ravishda profilaktik ko'riklardan o'tib turishlari.

Butun dunyo olimlarining ma'lumotiga ko'ra yer yuzida aniqlanadigan sut bezi saraton kasalligining 85-90% ini ayollarning o'zlari "o'z-o'zini" tekshirish usuli bilan aniqlanar ekan. Qolgan vrachlar "armiyasi" faqatgina 10-15% o'smani aniqlar ekanlar.

**Davolash.** Sut bezi saratoniga davo qilish juda qiyin muammo hisoblanadi. Qo'llaniladigan davolash choralariga jarrohlik usuli, nur, kimyoviy va gormonlar bilan davolash usullari kiradi. Jarrohlik usuli sut bezi saratonini davolashning asosiy tarkibiy qismi bo'lib xizmat qiladi. Eng ko'p qo'llaniladigan jarrohlik usuli Holsted-Mayer radikal mastektomiya operatsiyasidir. operatsiya paytida bu usul yordamida sut bezi, katta va kichik ko'krak muskullari, qo'ltiq, o'mrov, kurak ostidagi to'qima va ulardagi limfa tugunlari yaxlit olib tashlanadi.

So'nggi yillarda ko'pgina onkologlar saratonning I va II bosqichlarida katta ko'krak muskulini olib tashlamayaptilar (peyti operatsiyasi). Amaliy tajribalar shuni ko'rsatadiki, peyti mastektomiyasidan so'ng yaxshi funksional natijalarga erishilmoqda va samaradorligi jihatidan u Holsted operatsiyasidan qolishmaydi.

Sut bezi saratonining I bosqichida a'zo saqlab qolinadigan operatsiya — sektoral rezektsiya qo'llanadi. Bu tejamli operatsiyadan keyin nur terapiyasi qo'llanilishi shart. Nur terapiyasi ko'pincha gammaterapiya apparatlarida o'tkaziladi - nurlantirish sohasiga, albatta, sut bezi, qo'ltiq, o'mrov osti, o'mrov usti va to'sh sohalari kiradi. Odatda bunda har kuni 2 gr dan jami doza 40-60 gr ni tashkil qiladi. So'nggi yillarda operatsiyadan oldin bemorga har kuni 4-5 gr dan 5 kun davomida jami 22-25 gr doza berilib o'tkaziladigan operatsiya usuli ham ishlatilmoqda.

**Sut bezi saraton kasalligining profilaktikasi.**

Tuxumdon surunkali kasalliklari, sut bezining diskrominal kasalliklari, gipoterioz, qandli diabet va jigar kasalliklarini kiritish mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqning ona suti bilan boqilishi ham muhim ahamiyatga ega. Semirishdan saqlanish. Sabzavotlar, meva, vitaminlarga boy ovqatlarni iste'mol qilib turish tavsiya qilinadi. Butun dunyo olimlarining va jahon sog'liqni saqlash tashkilotining

tavsiyalariga ko'ra bola tug'ilgandan so'ng kamida 2 yil ko'krak suti bilan boqish tavsiya qilinadi. Abortlarning sonini kamaytirish, ota-onasining qarindoshlari sut bezi raki bilan og'rigan bo'lsa keyingi bo'ladigan xotin-qizlar xavfli guruhga kiradi va skrining usuli bilan ko'riklardan o'tib turishi tavsiya qilinadi. Oxirgi paytlarda sut bezi saraton kasalligining paydo bo'lishida stress holatlariga katta ahamiyat berilyapti. Vaholanki, xotin-qizlar hayotda, uyda, korxonada va h.k joylarda stress olishga juda ham moyil.

**Sut bezi xavfsiz o'smalari va saraton kasalligi bilan og'rigan bemorlarning tibbiy xodimlarga (vrachlarga) kech murojaat qilishlarining asosiy sabablari:**

1. Sut bezida paydo bo'lgan tugunning og'riqsiz boshlanishi.
2. Ayollar va aholi orasida sut bezi o'smalari xususida ma'lumotning yetarli bo'lmasligi.
3. Bemorlarning o'z yaqinlari yoki umumiy davolash muassasalari xodimlariga murojaat qilishlari va noto'g'ri tavsiyalar olishlari.
4. Onkologlarga murojaat qilganda sut bezini butunlay olib tashlash xavfidan qo'rqishlari, vaholanki kasallik ilk davrida aniqlansa, sut bezini saqlab qolib, kasallikdan butunlay qutilish yo'llari mavjud (a'zolarni saqlab qoladigan operatsiyalar).
5. Noto'g'ri maslahatlar bilan bemorlarning o'zlari yoki qarindoshlari tomonidan har xil "davolashni" o'tkazishlari (kompres, issiq tuz, kepak, yog' va h.k. lar qo'yish).
6. "Sut qotib qolgan", "menga ham shu narsa bor edi, o'zi o'tib ketadi" degan noto'g'ri maslahatning ayollar tomonidan berilishi.
7. Aholi va ayrim tibbiy xodimlar orasida xavfli o'smalarga umuman tegmaslik kerak, degan noto'g'ri fikrning mavjudligi. Vaholanki onkologik davolash muassasalarida ablastika va antiblastika qoidalariga rioya qilib, o'sma olib tashlanadi.

### **O'pka saratoni**

**O'pka saraton kasalligiga olib keladigan omillar.** O'pka saratoni bilan kasallanishning asosiy omillari shahar havosining kantserogen moddalar bilan ifloslanishi va tamaki chekishdir. Tamaki tutuni tarkibida juda ko'p miqdorda kantserogen moddalar, polisiklik Aromatik uglevodlar, nitroza birikmalari, aromatik aminlar, og'ir metall tuzlari, radioaktiv poloniy va boshqalar mavjud. Chekish paytida hosil

bo'ladigan kantserogen moddalar**ga** boy bo'lgan smola bronx epiteliylariga o'tirib qoladi. Uzoq vaqt davom etgan chekish jarayonida kantserogenlar ta'siri ostida bronx epiteliylarining faoliyati, tuzilishi buziladi va tsilindrik epiteliyning ko'p qavatlilikka o'tishi-metaplaziyasi yuz beradi, bu esa o'z navbatida xavfli o'sma paydo bo'lishiga olib keladi. Kasallanish ehtimoli chekish davomiyligi va chekiladigan sigaretalar miqdoriga bog'liq. Tamaki mahsulotlari sifatining ham bu o'rinda ahamiyati bor.

Shahar havosining kantserogen moddalar (masalan, benzpiren) bilan ifloslanishi, avtotransport vositalari, zavod va fabrikalarning tutunlari ham kasallik kelib chiqishida katta ahamiyatga ega.

Kasbi bo'yicha uzoq vaqt zararli moddalar (asbest, ko'mir, radioaktiv changlar, xrom va nikel) bilan ishlagan kishilarda boshqalarga nisbatan o'pka saratoni ko'proq uchraydi.

**O'sma oldi kasalliklari.** O'sma paydo bo'lishida bronx va o'pkalarning boshlang'ich holati muhim ahamiyatga ega. Bronx adenomasi, papillamatozli bronxit, o'pka parenximasidagi surunkali kasalliklar (masalan, sil), chandiqli o'zgarishlar va o'choqli pnevmoskleroz asta-sekin o'pka saratoniga aylanishi mumkin.

**O'pka saraton kasalligining klinikasi.** Kasallikning klinik manzarasi o'smaning kliniko-anatomik turlariga qarab, mahalliy va umumiy belgilarga ajratiladi.

**Markaziy saraton.** Odatda 80-90% bemorlar dastlab quruq va siyrak, keyinchalik esa qiynaydigan, tinimsiz, ayniqsa, kechalari zo'rayadigan yo'tal, uncha ko'p bo'lmagan ko'piksimon yoki ko'pik-yiringli balg'am tashlashdan shikoyat qiladilar. 40-50% bemorning yiringli balg'am tashlashdan shikoyat qiladilar. 40-50% bemorning balg'amida qon kuzatiladi, bu o'smaning yemirilishidan darak beradi. 60-70% bemorda ko'krak qafasidagi o'sma plevra va nervga o'sib kirganligi tufayli to'xtovsiz og'riq paydo bo'ladi. Ba'zida tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi. Bu zararlangan bronxning o'sma yoki balg'am bilan yopilib qolishi natijasida o'pkaning havo o'tmaydigan qismida yallig'lanish-oblurasion zotiljam paydo bo'lganligidan darak beradi. Holsizlik, tez charchab qolish, harsillash, bemor ishtahasining pasayib ketishi kabi belgilar o'sma katta o'lchamlarga etgan paytda paydo bo'ladi.

**O'pkaning periferik saratoni.** Bu kasallik kekxa va qari kishilarda uchraydi. Asosan, kichik bronx va bronxiolalardan o'sib chiqadi. Uzoq vaqtgacha uning belgilari namoyon bo'lmaydi. Bemorlarni boshqa bir kasalliklar xususida rentgenologik tekshirilganda o'pkada aylanasimon gomogen soyali, atroflari xipchinli o'sma tugunlari aniqlanadi. Og'riq 20-50% bemorda kasallangan o'pka tomonda bo'lib, bu o'smaning plevra yoki ko'krak devoriga o'sib kirganligiga bog'liq. Harsillash o'rtacha 50% bemorda uchraydi va uning asosiy sababchisi katta venalar, bronx va traxeyani o'sma tomonidan ezilishidir.

***O'pka cho'qqisi raki (Penkosta raki)***

O'pka saratonining Penkost shaklida o'sma o'pka cho'qqisidagi plevradan o'tib, elkadagi nerv bog'lami, bo'yin umurtqalari, qovurg'alar va simpatik nervga o'sib kiradi. Shu sababli bemorning asosiy shikoyatlari shikastlangan tomonida qo'lida sezuvchanlik o'zgaradi, muskullar atrofiyasi va Gorner sindromi yuzaga keladi. Bu bemorlar, asosan, nevropatologlarga murojaat qiladilar va mumkin bo'lmagan fizioterapevtik muolajalarni qabul qiladi. O'sma va o'nrov usti limfa tugunlari kattalashgandan so'ng tashxis to'g'ri qo'yiladi.

**Diagnoz qo'yish uchun sabab** – surishtirish, ob'ektiv ko'rish, laboratoriya, rentgenologik, tsitologik, bronxologik, gistologik, radionuklid va transtorakal punktsiya yordamida tekshirish usullaridan foydalaniladi.

**So'rab-surishtirish.** Bemorga o'pka shikoyatlari bo'lganda, ularning alohida xususiyatlari, kasallikning davomlilik va dinamikasi, ilgari boshdan o'tkazilgan o'pka kasalliklari va davolash usullari natijalarini o'rganish lozim. Bemorning zararli odatlari, asosan, chekish va uning davomlilik, bir kunda qancha sigareta chekishi, kasb va turmush sharoitlarini bilish zarur.

**Tashxis uchun quyidagi "xavfli alomatlar" muhim ahamiyatga ega:**

1. Uzoq vaqt davom etadigan, azob beradigan quruq, qichib keladigan kam balg'amli qon laxtachalari aralash yo'tal bo'ladi. Balg'am rangi "malina rangiga" o'xshaydi.
2. O'pka shamollashining tez-tez qaytalab turishi.
3. Bir marta yoki bir necha marta qon tufdash.

4. Ko'krak qafasida doimiy kuchsiz og'riq paydo bo'lishi.

Ob'ektiv tekshirish. Ob'ektiv tekshirish bemorni sinchiklab ko'rish, ko'krak qafasi, qorin va limfa tugunchalarini paypaslash, o'pkani perkussiya va auskultasiya qilishdan iborat. Bemorni ko'rish paytida yuzning oqargan va shishganligi, ko'krak qafasi bir tomonining nafas olganda orqada qolishi, tirnoqlarning "soat shishasi"ga, barmoqlarning esa nog'ora cho'piga o'xshashligi kuzatiladi. Odatda ko'krak qafasining shikastlangan tomonida ovoz tebranishining susayganligi kuzatiladi.

Jigar va o'mrov usti limfa tugunchalari paypaslab ko'rilganda ularda saraton metastazlarini aniqlash mumkin. Ko'krak qafasi perkussiya qilinganda, agar o'pkada atelektaz bo'lsa, uning proektsiyasiga muvofiq perkutor tovushning pasayishi kuzatiladi. Auskultasiyada atelektaz tufayli bronxdan havo o'ta olmaganligi natijasida nafas ovozinig yo'qligi, zotiljamda ho'l xirillashlar yoki G'ichirlash eshitilishi mumkin.

**Davolash.** So'nggi 20 yil ichida o'pka saratonini davolashda ancha o'zgarishlar yuz beradi. Hgari jarrohlik operatsiyasi o'pka saratonining hamma bosqichlari va pagomorfologik turlarida yagona davolash yo'li deb hisoblangan bo'lsa, hozir optimal davolash tartibini tanlashda o'smaning bosqichi, o'sish shakli va gistologik tuzilishi, albatta, hisobga olinadi. Va ko'p hollarda birga qo'shilgan (2-usul) yoki kompleks davolash usullari (3-4 usul) qo'llaniladi.

#### **O'pka saratonini davolash tartibi**

Jadvaldagi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, faqat o'smaning I bosqichida jarrohlik operatsiyasi yagona davolash bo'lib xizmat qiladi (o'shanda ham mayda hujayraga operatsiyadan keyin kimyoterapiya qo'llaniladi). Boshqa bosqichlarda 2 va undan ko'p usullar qo'llaniladi. Lobetomiya, asosan, o'smaning hamma gistologik turining I va II bosqichlarida, pnevmoetomiya esa yassi, bezli va katta hujayrali o'pka saratonining III bosqichida qo'llaniladi.

**O'pka saratonining oldini olish.** Buning asosiy yo'nalishi – shahar va kishloklar havosidagi o'pka saratonining etakchi sababchisi bo'lgan benzpirenni yo'qotish yoki uni xavfsiz darajagacha kamaytirishdir. Shu maqsadda barcha tutun chiqaradigan sanoat korxonalari, issiqlik ishlab chiqarish stantsiyalari va avtotransport

vositalarini yangi, kam tugunli texnologiyalarga, eng yaxshisi, elektr quvvati bilan ishlatishga o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Eng muhim profilaktik choralardan biri bu chekishdan voz kechish hisoblanadi. Chekishni hech tashlay olmaydigan "ashaddiy chekuvchilarga" hech bo'lmasa sigaretaning oxirigacha chekmaslik tavsiya qilinadi, chunki uning oxirgi uchdan bir qismida kantserogen moddalar eng ko'p yig'iladi.

O'smaning bosqichlari		O'smaning gistologik turi va davolash usullari		
Bosqich	TNM	Yassi hujayrali	Mayda hujayrali	Bezli va katta hujayrali
I	T <sub>1-2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	Lobektomiya. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur terapiyasi	Lobektomiya va kimyoterapiya. Qarshiliklar bo'lsa nur va kimyo terapiya.	Lobektomiya. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur terapiya.
II	T <sub>1-2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	Lobektomiya, bronxo plastika nur va kimyoterapiya. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur va kimyo terapiya.	Lobektomiya va kimyoterapiya. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur va kimyoterapiya.	Lobektomiya, nur yoki kimyoterapiya. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur va kimyoterapiya.
III	T <sub>1-4</sub> N <sub>1-3</sub> M <sub>0</sub>	Nur terapiyasi va pnevmoektomiya, keyin kimyo va immunoterapiyalar. Qarshiliklar bo'lsa radikal nur va kimyo terapiya.	Radikal nur va kimyoterapiya. Ba'zan bulardan keyin operatsiya va qo'shimcha nur, kimyo va immun terapiyalar qilinadi.	Nur terapiyasi va pnevmoektomiya, keyin kimyo va immunoterapiya. Yuqori differentsiyalashgan o'smalarda oldin operatsiya (pnevmoektomiya) keyin kimyoterapiya
IV	T <sub>1-2</sub> N <sub>1-3</sub> M <sub>1</sub>	Nur va kimyoterapiya. Palliativ va simptomatik choralar.	Nur va kimyoterapiya. Palliativ va simptomatik choralar.	Nur va kimyoterapiya. Palliativ va simptomatik choralar.

Tamaki tutunida kantserogen moddalar va katron kontsentrasiyasini kamaytirish muhim choralardan biridir. Bu tamaki mahsulotlari tayyorlash texnologiyasini yaxshilash va maxsus filtrlar

ishlatish yo'li bilan amulga oshiriladi. O'pka saratonining oldini olishning muhim yo'llaridan yana biri o'pkada uchraydigan bronxoadenoma, papillomatoz bronxit va surunkali kasalliklarni o'z vaqtida va samarali davolashdir. Kasallanish xavfi A vitamini va karotinoidlarga boy bo'lgan sabzavotlarni ko'proq iste'mol qilib, to'g'ri ovqatlanganda ham ancha kamayadi. A vitamini nafas yo'llaridagi epiteliyning butunligini tiklashga yordam beradi

O'pka saraton kasalligining va umuman saraton kasalligining profilaktikasi 2 katta guruhga bo'linadi:

- Birlamchi profilaktika.
- Ikkilamchi profilaktika

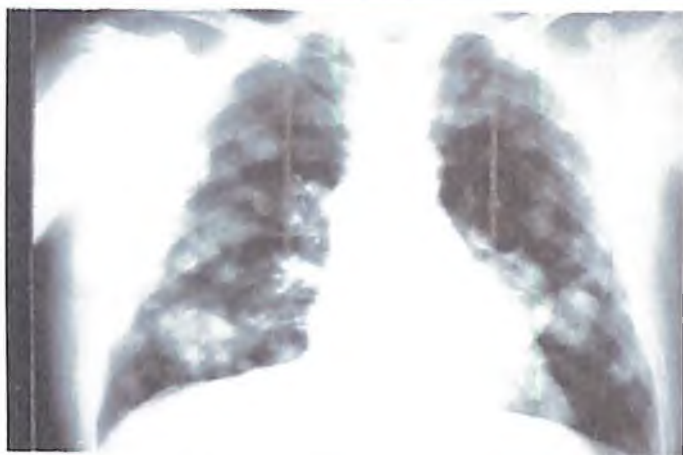
**Birlamchi profilaktika.** Bu tibbiyot xodimlariga bog'liq bo'lmagan davlat miqyosida hal qilinishi lozim bo'lgan tadbirlar – zararli va zaharli chiqindilar ishlab chiqariladigan zavod, fabrikalar qurilishini rejalashtirish. Shu zavod, fabrikalarda ishlaydigan ishchilar maoshini ko'paytirish, har yili bir-ikki marotaba sanatoriya oromgohlarida davolanishlariga yo'llanmalar berish, ta'tilni ko'paytirish, ish soatini kamaytirish, sul mahsulotlari bilan ta'minlash, ish sharoiti chang bilan bog'liq bo'lganda, "chang yutkich" apparatlari bilan ta'minlash va h.k.

**Ikkilamchi profilaktika:** Bu tibbiyot xodimlariga bog'liq. Aholi orasida sanitariya-oqartu tadbirlarini o'tkazish, zararli odatlar orasida ovqatlanish. Tartibli chekish, spirtli ichimliklar ichish, issiq va qaynoq ovqatlar qabul qilishning zararlari. Sho'r, achchiq, qovurilgan go'sht mahsulotlarining zararlarini tushuntirish. Profilaktik ko'riklar o'tkazish, o'sma oldi kasalliklarini va xavfli o'smalarni ilk davrida aniqlash, ularni radikal davolash tadbirlari kiradi. O'pka xavfsiz o'smalari va saraton kasalligi bilan og'rigan bemorlarning tibbiy xodimlarga (vrachlarga) kech murojaat qilishlarining asosiy sabablari:

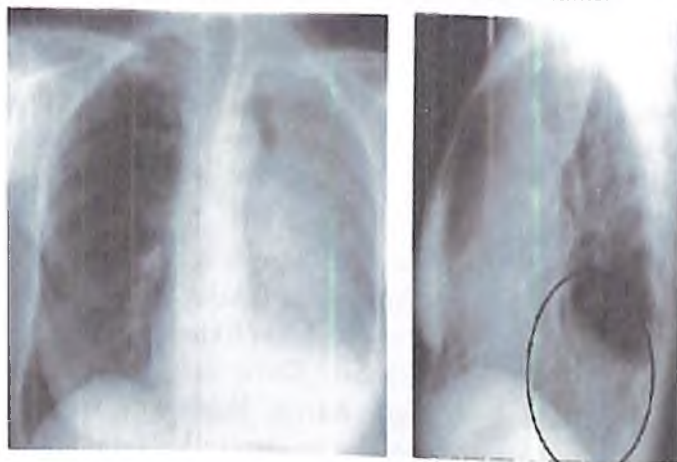
### **I. O'pka saraton kasalligining Markaziy formasi:**

1. Eng ko'p uchraydigan belgisi yo'tal bo'lganligi sababli bronxit deb tashxis qo'yib, tavsiyalar berilishi.
2. O'smaning boshlang'ich bosqichlarida ob'ektiv, fizikal, rentgenologik belgilarning bo'lmasligi.
3. Bemorlarning o'zlari uylarida davolanishlari.
4. Tana haroratining boshlang'ich davrlarida me'yorda bo'lishi.





22 rasmi. O'pka saratoni – metastatik zararlanish



23 rasmi. Markaziy o'pka saratoni – atelektaz

### **O'pka saraton kasalligining periferik formasini:**

1. Periferik formaning boshlang'ich davrida og'riqsiz boshlanishi va bemorlarni bezovta qilmasligi.
2. O'smaning sekin-asta rivojlanishi.
3. Boshlang'ich bosqichda yo'tal, og'riq, hansirash holatlarining bo'lmasligi. Penkosta formasida o'pka tomondan umuman shikoyatlarning bo'lmaganligi.



24 rasm O'pka cho'qqisi periferik saratoni (Penkosta saratoni)

### Til saratoni

**Til saratoni.** Til saratoni paydo bo'lishiga aholi o'rtasida keng tarqalgan zararli odatlar, tish va protezlarning yomon holati tufayli tez-tez takrorlanib turadigan mexanik jarohatlar sabab bo'ladi. Til saratonining kelib chiqishida chekish mulim omil hisoblanadi. Chekishning zararli ta'siri, ayniqsa, alkogolli ichimliklarga ruju qo'ygan shaxslarda namoyon bo'ladi. Respublikamizda og'iz bo'shlig'i tubining saratoni ko'pincha "nos" chekuvchilarda kuzatiladi. Ma'lumki, nos tamaki, kul, ohak va o'simlik yog'i aralashmasidan tayyorlanadi. Nos chekuvchilarda tilining tagida uzoq vaqt bitmaydigan eroziya va yaralar paydo bo'lib, saraton paydo bo'lishiga olib keladi. Shunday zararli ta'sir Hindistonda keng tarqalgan "betel" chaynash natijasida ham kelib chiqadi. (takror 16–betda bor)

**Saraton oldi kasalliklari.** Og'iz bo'shlig'ining saraton oldi kasalliklariga Leykoplakiya, leykokeratoz, papillomatoz va surunkali yara, yoriqlar kiradi. Ularni o'z vaqtida stomatolog yordamida davolash kerak. So'nggi yillarda ularni davolashda konservativ va jarrohlik usullari bilan bir qatorda kriogen ta'sir ham keng qo'llanilmoqda.

**Klinikasi.** Og'iz bo'shlig'i saratoni bilan kasallangan bemorlarda kasallikning boshlang'ich davrida patologik o'choqda noxush hid paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan og'riq bezovta qilib, buni bemor angina yoki tish kasalliklari bilan bog'laydi. O'sma o'sgan sari og'riq ham kuchayib, azob beradigan darajagacha etib boradi, yuqori chakka sohəsi yoki quloqqa ham tarqalishi mumkin. Keyinchalik o'sma emiriladi va

yallig'lanishi tufayli og'izdan qo'lansa hid keladi. Og'iz bo'shlig'i tubi saratonida ko'pincha notekis, g'adir-budir, kulrang yara paydo bo'ladi. U qattiq konsistentsiyali bo'lib, paypaslanganda og'riq beradi. Ba'zan yaraning asosida qattiq infiltrat bo'lib, to'qimalar ichiga chuqur kirib boradi, shu sababli uning chegaralarini aniqlashning iloji bo'lmaydi. Til saratoni shilliq qavatni emirgan, cheti qattiq konsistentsiyali, kuchli og'riqli, engil qonaydigan yara. tekis yuzali tuguncha yoki sugalsimon o'sma shaklida bo'ladi.



25 rasm. Til saratoni.

**Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatni raki-yarali Leykoplakiya ko'rinishida**

**Kasallikning oldini olish.** Kasallikning oldini olishga nos va tamaki chekishni tashlash, spirtli ichimliklar, achchiq, sho'r va issiq ovqatlarni ko'p emaslik, og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish, karies tishlar, leykokeratoz, papillomatoz va surunkali kasalliklarni o'z vaqtida davolash kiradi.

### **Pastki lab saraton kasalligi**

**Kasallik sabablari.** Pastki lab saratoni bilan kasallanish ma'lum darajada genetik xususiyatlarga, teri rangi va salbiy odatlarga bog'liq. Bu kasallik chekuvchilarda, xususan, filtsiz sigaretani oxirigacha chekuvchilarda pastki labning ko'yish holatlari va ximiyaviy kantserogen moddalarning shu sohaga ta'sir qilishi natijasida, ko'p miqdorda alkogolli ichimlik ichuvchilarda, neft mahsulotlari, ko'mir, teri va to'qimachilik sanoatida ishlovchilar orasida ko'proq uchraydi.

Qishloqlarda yashovchilar va dengizchilarning ko'plab pastki lab saratoni bilan kasallanishiga quyoshning ultrabinafsha nuri sababchidir.

O'sma oldi kasalliklari. Pastki labning obligat o'sma oldi kasalliklariga o'choqli diskeratoz va papilloma kiradi. Ba'zan labda leykoplakiya, o'choqli giperkeratoz, eroziya va yara paydo bo'ladi.

**Klinikasi.** Lab saratonining boshlang'ich alomatlari saraton oldi kasalliklari bilan belgilanadi.

*Papillary shakli.* Labdagi papilloma o'zgarib, lab hoshiyasining old tomonida dumaloq, chegaralari noaniq, og'riqsiz, yuzasi muguzlashgan epitelial po'st bilan qoplangan qattiqlashgan Hosilaga aylanadi. Keyinchalik uning yuzasida yara paydo bo'lib, lab osti va atrof tomonlariga o'sadi.

*Sugalsimon shakli.* Labdagi uzoq vaqt kuzatilgan diskeratoz yuzasida ko'p sonli mayda o'simtalar paydo bo'lib, ular kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi va pastki labni butunlay shikastlab, karam rangiga o'xshash saratonni hosil qiladi.

*Yara shakli.* Labdagi uzoq vaqt bitmaydigan yoriq kattalashib yaraga aylanadi, atrofi va osti qattiqlashadi.

**Diagnostikasi.** Pastki lab saratoni joylashishi va ko'rishga qulayligi tufayli 95-98% bemorlarda erta bosqichlarda aniqlanadi. Kam hollarda kasallikning kech aniqlanishi bemorlarning shifokorga o'z vaqtida murojaat qilmaganligi yoki u bu xastalikning klinik ko'rinishini yaxshi bilmasligi oqibatida ro'y beradi. Pastki lab saratoniga tashxis qo'yish uchun so'rab-surishtirish, ob'ektiv tekshirish, yaradan surtma olib sitologik tekshirish, shubhali joyni biopsiya qilish zarur bo'ladi.



26 rasim. Pastki lab saratoni.

So'rab-surishtirish. Pastki labida saratoni bor bemorlar labida o'sma yoki yara borligidan shikoyat qiladilar. So'rab-surishtirish paytida bemorlardan yara dastlab qachon, qanday sharoitda, nimadan keyin paydo bo'lgani aniqlanadi.

Ob'ektiv tekshirishlar. Ko'rik paytida labdagi o'sma yoki yaraning shakli, tashqi ko'rinishi, yuzasining holati va shikastlangan joyning chetlariga e'tibor beriladi. O'sma paypaslanganda uning konsistentsiyasi, o'lchami, yara va infiltratning uzunligi va chuqurligi, og'rish-og'rimasligi va atrofdagi to'qimalar bilan bog'liqligi aniqlanadi.

Juda foydali, ammo katta ishlatiladigan usul bu xeyloskopiya qilishdir. Bu pastki labdagi kasallanish o'chog'ini 10-15 baravar kattalashtirib ko'rsatadigan optik asbob bilan tekshirish usulidir. Xeyloskop orqali ko'z bilan uncha yaxshi aniqlab bo'lmaydigan o'smaning tuzilish xususiyatlarini farqlash mumkin, bu esa klinik tekshirishlar xulosasi aniqligini oshiradi.

**Davolash.** O'smaning davolash usuli, asosan, o'smaning joylashishi va shakliga qarab belgilanadi. Adabiyotlardan ma'lumki, yassi hujayrali yomon sifatli o'smalar nurga tasirchan bo'lib, bezli hujayradan o'sib chiqqan o'smalar – adenokarsinomalar kimyoviy dorilarga sezuvchan hisoblanadi. Onkologik kasallarni davolash, asosan, kombinirlashgan va kompleks usulida olib boriladi, ya'ni yomon sifatli o'smalarni davolashda jarrohlik usuli, nur terapiya va kimyo terapiya, garmonoterapiya usullari qo'llaniladi. Yuqorida ko'rsatilgan usullar o'smalarni davolashda asosiy usul hisoblanadi. Undan tashqari yordamchi - modifisirlangan davolash usullari ham mavjud. Kimyoterapiya usullari monoterapiya va poliximioterapiya shakllarida o'tkaziladi.

**Kasallikning oldini olish.** Lab saratonining oldini olish – bu birinchi navbatda o'choqli diskertoza va papillomalarni jarrohlik yoki kriogen usullar bilan davolash demakdir. Chekishni tashlash, alkogolli ichimliklarni iste'mol qilmaslik, og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish muhim ahamiyatga ega. Ochiq havoda ishlash bilan bog'liq bo'lgan kasbdagi odamlarga quyosh nuri ta'sirida ko'p vaqt bo'lmaslik, yuzni soyabonli shlyapa bilan himoya qilish, himoyalovchi moylar bilan parдозlash zarur.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va *pustki lab xavfsiz o'simlari va saraton kasalligi bilan og'riqan bemorlarning tibbiy xodimlarga* (vrachlarga) kech murojaat qilishlarining asosiy sabablari:

1. Og'iz bo'shlig'ida paydo bo'lgan oq dog'larga bemorlarning e'tibor qilmasligi.
2. O'smaning og'riqsiz boshlanishi.
3. O'sma kasalliklari to'g'risida ma'lumotlarning etarli emasligi.
4. Tabiblar va ba'zi hakimlarning noto'g'ri maslahat berishlari, "davolash" muolajalarini o'tkazishlari.
5. Nos chekish odatidan voz kechmasliklari.
6. operatsiya muolajalaridan qo'rqish hissining borligi.
7. Har xil firmalarning shu kasallikni davolash uchun dori - darmonlarni reklama qilishlari.

**Saratonga davo qilish** tarixini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, avvalo, hamma erda o'smaga qarshi kurash mahalliy ta'sir etadigan usullardan boshlangan, keyinchalik unga umumiy ta'sir etish yo'llari topilgan.

Mahalliy ta'sir:

1. Xirurgik davolash.
2. Kriodestruktsiya.
3. Nur terapiyasi.
4. Mahalliy gipertermiya.

Umumiy ta'sir:

1. Kimyoterapiya.
2. Gormonal terapiya.
3. Immun terapiya.
4. Umumiy gipertermiya.

Keltirilgan har bir umumiy va mahalliy davolash usullari o'zining ko'lami, me'yori, afzalligi va kamchiligiga, ko'rsatma va qarshi ko'rsatmasiga, shuningdek, ehtimoliy asoratiga ega.

Ekzofit o'smalarga jarrohlik usulida davo qilish endofit o'sma (infiltrativ) shakliga qaraganda ancha samarali natija beradi. Yirik ekzofit o'smaning gumonli rezektabellik davrida qo'shma jarrohlik aralashuvi maqsadga muvofiqdir. Infiltrativ o'sish davrida esa operatsiyadan bosh tortib, davolashning boshqa turlariga o'tish lozim.

**Davodan keyingi natijalar.**

Qizilo'ngach saratonida davolashning uzoq natijalari qoniqarsiz. Radikal jarrohlik usuli bilan davolangan bemorlar 5-15% holda 5-10

yildan ko'p yashaydi. Radikal operatsiyadan oldin nur terapiyasi o'tkazilsa, 16,3%, agar nur hamda kinyo terapiya o'tkazilsa, 32,2% bemorlar 5 yil va undan ortiq yashaydilar. Nur terapiyasi mustaqil ravishda ishlatilsa, 3-5% bemorlar 5 yil va undan ko'p yashashi mumkin. Palliativ davolash bemorlar hayotini biroz uzaytiradi, kasallikning salbiy asoratlarni kamaytiradi va qolgan umrning sifatini yaxshilaydi.

Me'da saratonini davolashda ishlatilgan usullar samaradorligi davolangan bemorning qancha vaqt yashashiga qarab baholanadi. Bu esa ko'pgina omillarga bog'liq bo'lib, ularning eng muhimlari saratonning bosqichlari, makroskopik shakllari, mikroskopik tuzilishi, qaysi qismda joylashishi, bemorning yoshi va jarrohlik operatsiyasining hajmi hisoblanadi. Masalan, me'daning ekzofit saratonining 1-2- bosqichlarida jarrohlik usullaridan (subtotal rezektsiya, gastroektomiya) keyin bemorlarning 90,5-97,0% i 5 yildan ortiqroq yashaydi, endofit shaklida esa ko'rsatkichlar bundan 5-10 marta past bo'ladi. 3-bosqichda jarrohlik usuli bilan davolash faqat 20,2 dan 31,5 % gacha bo'lgan hollarda ekzofit saratonli bemorlar hayotini 5 yildan ko'proqqa uzaytiradi. 4-bosqichda esa davolashdan keyin bemorlarning umri o'rtacha 1-1,5 yildan oshmaydi. 4-bosqichda faqat jarrohlik usulining o'zi ishlatilsa, endofit saratonda 1,4%, ekzofit turida 6,5% bemor 5 yil yashaydi. 4-bosqichda bemorlarning ahvoli og'ir bo'lgani uchun ko'pincha jarrohlik usulini ishlatish mumkin bo'lmaydi. Bunday bemorlarning umri, odatda 4-6 oydan oshmaydi.

Moyak saratonida eng yaxshi natija seminomada kuzatiladi. Davolangandan keyin 1-bosqichda 93,7%, 2-bosqichda 90% va 3-bosqichda 57-59% bemor 5 yildan ko'proq yashaydi. Moyak saratonining boshqa turlarida uzoqlashgan natijalar, ya'ni 5 yillik yashash muddati 40-50% dan oshmaydi.

Yirik onkologik markazlarning ma'lumotlarini umumlashtirib chiqqanda limfagranulematozdan davolangan bemorlarning 67,9-72,1% i 5 va undan ko'p yil yashaydi. Limfosarkomada kasallikning bosqichi va gistologik turiga qarab, 28,8% dan 79,9% gacha bemorlar 5 yil va undan ko'proq yil yashaydilar.

Retikulosarkomada bemorlarning umri davolash sifatiga qaramasdan o'rtacha 2-3 yildan oshmaydi.

O'pka saratonini davolash natijalari faqat kasallik bosqichlariga bog'liq. O'smaning gistologik tuzilishiga qarab, tahlil qilinganda yassi hujayrali saratonda operatsiyadan keyin 5 yil yashaganlar soni 34,8%,

bezli saratonda 27,5%, differentsiyalashmagan hujayrali saratonda 17,5%, mayda hujayrali saratonda 11%, operatsiya hamda kimyoterapiyadan keyin 30% ni tashkil qiladi.

Sut bezi saratonining 1-bosqichida 90-95%, 2a-bosqichida 85,8-88,9%, 2b - bosqichida 67,2-71,5%, 3a bosqichida 66,7-75%, 3b-bosqichida 39,8-46,8% bemorlar 5 yil va undan ko'p vaqt yashaydi. Turli sabablar tufayli zamonaviy davo olmagan bemorlarning hech biri 5 yilgacha yashamaydi.

Og'iz bo'shlig'i saratonining 1-bosqichida 70-80%, 2-bosqichida 50-70%, 3 - bosqichida 20-30%, 4-bosqichida 10-15% bemorlar 5 va undan ko'p yil yashaydilar.

### **O'smaning a'zoda joylashishiga qarab davolanishning hajmi**

<b>A'zo</b>	<b>A'zoda joylashishi</b>	<b>operatsiyaning hajmi</b>
Qizilo'ngach	Yuqori bo'lim	Operativ davolash juda xavfli. Nur terapiyasi afzalroq.
	O'rta bo'lim	Qizilo'ngach ekstirpasiyasi, ingichka ichak yoki me'da bilan plastika qilish
	Pastki bo'lim	Qizilo'ngachning pastki bo'limi, kardiyning plevra orqali rezektsiyasi va qizilo'ngach - me'da anastomozini qo'yish
Me'da	Yuqoridagi uchdan bir qismi	Me'daning uchdan ikki qismining proksimal rezektsiyasi
	O'rta uchdan bir qismi	Me'daning subtotal rezektsiyasi
	Pastki uchdan bir qismi	Me'daning uchdan ikki qismi distal rezektsiyasi
To'g'ri ichak	Yuqori ampulyar bo'lim	To'g'ri ichakning qorin ichi rezektsiyasi
	O'rta ampulyar bo'lim	To'g'ri ichakning qorin-anal rezektsiyasi
	Pastki ampulyar bo'lim	To'g'ri ichak

Me'da saratoni bor bemorlarning deyarli ko'pchiligi onkologik va jarrohlik stasionarlariga jarayonning III bosqichidagina tushadilar (saron me'daning barcha devorlariga o'sib kirib, qo'shni a'zolar va regionar limfa tugunchalarini zararlaganda). Hatto ana shu bosqichda ham radikal operatsiya ko'pchilik bemorlarni o'smadan xalos qilishi mumkin.



### 3. BOB. DAVOLAB BO'LMAYDIGAN BEMORLARGA PALLIATIV YORDAM KO'RSATISH

#### Palliativ yordam tushunchasi, palliativ yordamni tashkil qilish, onkologiyada Xospisning roli

Radikal tibbiyot bemorni tuzatishga qaratilgan bo'lib, sog'ayishga bo'lgan eng kichik imkoniyatdan foydalanishdir. U yordam bermagandagina palliativ tibbiyot yordamiga o'tiladi.

Hayot va o'lim to'g'risidagi bizning tasavvurimizdan qat'iy nazar, hayotdan ko'z yumayotgan inson o'z hayoti intihosining qayg'uli damlarini his qilishi lozim. Xospis unga bu imkoniyatni beradi.

Xospis – tibbiy-ijtimoiy muassasadir. U o'lim emas, hayot uyi, unda kasallik belgilarining doimiy nazorati, bemor hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi. O'lim bu vahimaga, qo'rquvga soluvchi voqea hisoblanganligi uchun xospislarda kishiga o'limni xotirjam qabul qilishga, uning yaqinlarini, qarindosh-urug'larini ko'nglini ko'tarishga imkon yaratiladi. Bemorning oxirgi istaklari qanday bo'lishidan qat'iy nazar, ularni bajarish shart, degan qoidaga amal qilib uning istaklariga e'tibor bilan qarash kerak. Tibbiy- ijtimoiy xizmat ko'rsatish muassasasi bo'lgan xospislarda bunday istaklarni bajarish majburiy hisoblanadi. Hayot bilan vidolashayotgan kishining so'nggi talab va istaklari baholi qudrat qondiriladi.

Bugungi kunda dunyoning ko'plab mamlakatlarida xospislar tashkil etilmoqda.

Jarrohlik operatsiyalari radikal (o'sma va uning metastazlarini to'liq olib tashlash), palliativ (birlamchi o'smani kesib tashlash, ammo olish mumkin bo'lmagan metastazlarni qoldirish, stenoz hosil bo'lganda aylana anastomozlar qo'yish, simptomatik (og'riq simptomlarni bartaraf etish), a'zoni saqlab qoluvchi, tipik, qo'shma va kengaytirilgan bo'lishi mumkin. Onkologik bemorlarni parvarish qilishning o'z xususiyatlari bor va u muvaffaqiyatli davolashning zarur tarkibiy Qismlaridan hisoblanadi. Bu amal ambulatoriyada bemor bilan birinchi uchrashgan vaqtdan boshlanadi. Stasionarda, so'ngra esa uyda davom qilinadi. Rak bilan kasallangan bemor umr bo'yi faqat vrachlarning emas, balki tibbiy hamshiralarning ham doimiy va sinchkov kuzatuvi ostida bo'ladi.

Palliativ operatsiyalariga quyidagilar kiradi:

1. Oustrostoma operatsiyasi - qizilo'ngach saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarda ovqat o'tmasligi oqibatida ovqatlanirish maqsadida.
2. Gastroentroanostomoz - oshqozon saraton kasalligi piloroantral qismi dekompensasiyalangan stenozida.
3. Xolesisto-eyunoanastomoz, xolesistoduodenanastomoz – oshqozon osti bezi boshcha qismi saraton kasalligida.
4. Kolostoma – to'g'ri va yo'g'on ichak saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarida.
5. Traxeostoma – nafas yo'llari, qalqonsimon bez saraton kasalliklarida.
6. Epistostoma – prostata bezi, siydik pufagi saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarida siydik tutilishini bartaraf etish maqsadida.

### **Palliativ yordamni tashkil qilishning umumiy masalalari.**

**Simptomatik davo va palliativ yordam.** Onkologik kasalliklarda infeksiya rivojlanishining xavfi o'sma intoksikatsiyasi bilan, holsizlik, kamqonlik, katta hajmdagi operatsiyalarning bajarilganligi, operatsiya davomida ko'p qon yo'qotish va kimyo yoki nur terapiya muolajalarini olish, glyukokortikoid preparatlarini qo'llashga bog'liq. Onkologik bemorlarda infeksiyani davolashni qiyinligining o'ziga xosligi shundaki, ularda bakterio-bakterial va zamburug'li - bakterial (miks) infeksiya rivojlanadi. Infektsion asoratlar bemorning o'limigagina sabab bo'lib qolmasdan jarrehlik amaliyotining og'ir kechishiga, qayta operatsiyalar o'tkazishga sabab bo'ladi. Qayta davolanish kurslari oralig'ini uzaytiradi. Agressiv kimyo – nur davo 100 % hollarda ichaklar disbakteriozini rivojlanishiga olib keladi. Ichak disbakteriozi bemorning umumiy ahvolini yomonlashtiradi va dori vositalarining ma'lum bir doza va ma'lum bir vaqtda o'tkazilishini qiyinlashtiradi. Qator holatlarda septik asoratlar tarqalgan zamburug'li infeksiyalarni chaqiradi, qo'zg'atuvchisi Candida chaqiradi. Siydik yo'llari infeksiyasi qo'zg'atuvchilari enterokoklar, ko'k yiring tayoqcha, ichak tayoqchasi. Onkologik bemorlarda balg'am bilan streptokoklar, tilla rang stafillokoklar, interokoklar ajraladi. Pnevmaniyaning davolashda sefalosporinlarning III-IV avlodi (tseftazidim, tseftriakson, tsefepim) va florxinolonlar (tsiprofloksasin, pefloksasin)dan foydalaniladi.

**Ko'ngil aynishi va qusishda ko'rsatiladigan yordam.** Sizga ma'lumki, onkologik kasalliklarda ko'ngil aynishi va qusish ko'p uchraydigan belgilardan biri. Asosiy sabablari:

- o'smaning oshqozon ichak traktiga, jigar va Markaziy nerv sistemasiga o'sishi va tarqalishi;

- emetogen-tsitostatik dori terapiyasi;

- oshqozon ichak trakti sohasida, jigarda yoki bosh miyada nur terapiyasining o'tkazilishi;

- opiy preparatlari bilan davolash;

- o'sma intoksikatsiyasi;

- ich qotishi;

- infeksiya yoki septisemiya;

- jigar, buyrak etishmovchiligi;

- giperkalsiemiya psixik faktor;

Ko'ngil aynishi va qusishni baholash uchun shkala ishlab chiqarilgan (SSHA, NCI).

**Ko'ngil aynishi va qusishning baholash mezonlari.**

0 daraja - ko'ngil aynish yo'q.

I daraja - ovqat qabul qilish imkoniyati biroz pasaygan.

II daraja - ovqat qabul qilish imkoniyati sezilarli darajada pasaygan, lekin bemor ovqat eydi.

III daraja - ovqat eya olmaydi.

Qusish quyidagi mezonlarga qarab baholanadi:

0 daraja - qusish yo'q.

I daraja - 24 soat davomida 1 marta qusadi.

II daraja - 1 sutka davomida 2-5 marta gacha qusadi.

III daraja - 1 sutka davomida 6 va undan ko'p marotaba qusadi yoki vena ichi gidratatsiyasiga muhtoj.

IV parenteral ovqatlantirishga muhtoj yoki intensiv terapiya o'tkazishni talab qiladi; kollaps.

**Davolash.** Qusishning III- IV darajasida bemorlarga sutkasiga 1,5-2 l gacha gidrotasiya o'tkaziladi. Bosh miyaning birlamchi va metastatik o'smalarida kalla ichi bosimi oshishidan paydo bo'ladigan qusishda degidrotasion terapiya o'tkaziladi. Bunda suyuqlik qabul qilish chegaralanadi. Glyukokortikoidlar (deksametazon 16-20 mg/sut) va siydik haydovchi dori vositalari (10-20 % li mannit eritmasi 2 gr/kg) tavsiya qilinadi. Mannit eritmasini qabul qilgandan so'ng kuchli suvsizlanish belgilari kuzatilsa, suv - tuz balansini me'yorda saqlash

uchun natriy xlorning izotonik eritmasidan vena ichiga tomchilab qo'yiladi.

**Patologik hiqichoq.** Hiqichoq diafragmaning ixtiyorsiz qisqarishidan paydo bo'ladi. Hiqichoqning sababi:

- o'smani diafragma sohasiga o'sishi;
- oshqozonning chiquvchi qismida stenoz bo'lishi (oshqozon cho'zilishi);
- jigar metastazlarida;
- bosh miyaning birlamchi o'smalari;
- bosh miyaning metastatik o'smalari;
- uremiya;
- diafragma va diafragmal nervning o'sma bilan ta'sirlanishi natijasida;

Birinchi yordamda qattiq non bo'lakchasini yutish kerak. Nafas chiqarmasdan turib og'iz bo'shlig'i havoga to'ldirib turiladi.

Markaziy genezga ega bo'lgan hiqichoqga tutqanoqqa qarshi dori vositasi finlepsin yoki difenin 0,1 gr dan 3 marta kuniga ichishga buyuriladi. Jigarning metastatik jarohatlanishi bilan bog'liq bo'lgan hiqichoqda kortikosteroidlar (deksametazon 8-10 mg mko 2 marta kuniga) tavsiya qilinadi.

**Ich qotishi.** Ichakda axlatning qolib ketishi intoksikasiya belgilarini kuchaytiradi, qorin dam bo'ladi, qorinda og'riq paydo bo'ladi, ko'ngil ayniydi, qusadi, ozish va kaxeksiya kuzatiladi. Ich qotishning asosiy belgilari:

1) Mexanik.

- kichik chanoq a'zolaridan chiqqan o'smaning ichak devoriga o'sishi natijasida ichak devorining torayishidan;
- nur terapiyadan yoki jarahlik amaliyotidan keyin ichak devori torayishidan (yarali infiltrativ, narli rektitlarda);

2) Medikamentoz.

- tsitostatiklarning neyrotoksik ta'siridan;
- ich yurituvchi dori vositalarni sistemali uzoq vaqt qabul qilish natijasida;

- narkotik analgetiklar qabul qilganda.

3) Boshqalar.

- bemorning umumiy holsizligi;
- yotoq rejimi;
- parhezning buzilishi;

**Diareya.** Saraton kasalligi bilan kasallangan bemorlarda ich ketishi kamdan-kam holatlarda o'sma jarayoni bilan bog'liq bo'ladi. Ba'zi holatlarda o'sma kasalliklari bilan ham bog'liq bo'ladi. Masalan, ingichka ichak granulematozida, chamber ichak saratonida (ko'pincha ko'tariluvchi qismida bo'lsa). O'smaga qarshi davo chorolari qo'llangandan keyin bemorlarda ko'p holatlarda ich ketish kuzatiladi: jarrohlik amaliyotidan keyin (gastroektomiya, kolektomiya), tsitostatiklar va nur bilan davolanishdan keyin. Ich ketishining simptomatik davosi: onkologik bemorlarda birinchi navbatda sababi, patogenezini aniqlanadi, parhez, ichak peristaltikasini pasaytiradigan dori vositalari, yallig'lanishga qarshi dori vositalar, antibiotiklar, ichak florasini normallashtiruvchi biologik aktiv moddalar tavsiya qilinadi. Parhez vaqtida sharbat va mevalar berilmaydi (uzumli, o'rikli, shaftolili, nokli, olchali). Parhez davomida quyidagilarni iste'mol qilish mumkin: kefir, qora smorodina, brusnika sharbati, kraxmalga boy ovqatlar, banan, gurnuch.

Medikamentoz davo uchun ichak motorikasiga ta'sir qiladigan dori vositalari ishlatiladi: imodium, enteroben - 4 mg ichishga, keyin 2 mg dan har doim ich ketishidan keyin (sutka davomida 32 mg dan oshmasligi kerak). Og'riq vaqtida spazmatiklar, analgetiklar beriladi (noshpa, baralgin, platifillin). Biopreparatlar (bakterii, bifidol, lineks) tavsiya qilinadi. Og'ir hollarda infuzion terapiya tavsiya qilinadi.

**Onkologik bemorlardagi psixik o'zgarishlar.** Onkologik bemorlarning psixikasidagi o'zgarishlarga quyidagilar sabab bo'ladi:

- operatsiya va davolanishdan bosh tortish;
- qo'rquv, vahima, depressiya va shunga o'xshash reaktiv holatlar;
- uyda va ishdagi munosabatlarning buzilishi;
- aholi o'rtasida kantserofobiya tushunchasining borligi avvalo, bemorning qarindoshlari va tanishlari o'rtasida;
- organik, metastatik, intoksikasion o'zgarishlarning bosh miyaga ta'siri.

Bemorning o'ziga va qarindoshlariga ta'sir qiladigan sabablar:

- onkologiyada erishilayotgan yutuqlarga qaramasdan, tashxisning fatal xarakterga egaligi;
- a'zoni olib tashlash operatsiyasi;
- residiv va metastazlarga qarshi garantiyaning yo'qligi;
- aholi orasida saraton kasalligini "yuqadi" degan tushunchaning borligi;

Bemorlar va unga yaqin bo'lgan kishilar psixikasidagi o'zgarishlar bir necha etapda o'tadi.

I. Shok davri - kasallik va uning oqibati haqida ma'lumot eshitganda.

- Rad qilish davri - ma'lumotni siqib chiqarish.
- Agressiya davri.
- Depressiya davri.
- Qabul qilish davri.
- Ko'nikish davri-taqdirga tan berish.

Bosh miyaning organik jarohatlaridan keyin es-hushning yo'qolishi kuzatiladi. Ular quyidagicha klassifikatsiyalanadi:

I. Es-hushning yo'qolishi (kira tortishi, sopor, koma).

II. Es-hushning o'zgarishi:

- Deliriy, vasvasa holatlarining kelib chiqishi (ikkilamchi vahima);
- es-hushning amentiv buzilishi, o'ziga va atrofdagi narsalarga orientatsiyasi yo'qoladi, kontakt yo'q, tushunarsiz gaplar gapiradi;
- lunatizm.

Es-hushning buzilishida qilinadigan palliativ davo chorolari, bunga:

1. Atrof terapiyasi (ko'nglini ko'tarish, uy sharoitini yaxshilash, tabiatga chiqish).
2. Og'riq paydo bo'lgan vaqtda o'tkaziladigan davo chorolari haqida tushuntirish.
3. Individual terapiya.

### Psixologik muammolarda Xospisning roli.

XOSPIS asosida palliativ yordam yotadi. Qaysiki, bu holatda bemorda hamma davo chorolari qo'llanilib bo'lingan, lekin effekt yo'q. Bemor oldida faqat o'lim chorası qolgan.

Palliativ tibbiyotning asosida quyidagilar yotadi:

- bemorning sub'ektiv holati haqida qayg'urish;
- bemorning parvarishi;
- kasallikning hamma belgilarini kuzatib borish, birinchi navbatda og'riqni.

XOSPIS xizmatining falsafasiga quyidagi holatlar kiradi:

I. O'lim - tabiiy jarayon. Xuddi tug'ilish jarayonidek uni qisqartirib ham yoki to'xtatib ham bo'lmaydi.

2. Palliativ yordam engil o'lim sharoitlarini yaratib berolmaydi, lekin hayotning oxirigacha sifat i yashashga yordam beradi.

3. Kasallik belgilari doimiy nazoratda bo'ladi.

Palliativ yordamni tashkil qilishda tibbiyot xodimlari bilan birga sosial xodimlarning ham ahamiyati katta. Palliativ yordam, asosan, tuman onkologlari, onkokabinet hamshiralari, QVP hakimlari va terapevtlar yordamida ko'rsatiladi. Onkologik va terapevtik hamshiralar jarohatlarni parvarish qilishda, operatsiyadan keyingi yaralar holatini yaxshilashda, bemorlarda yotoq yaralar paydo bo'lishining oldini olishda katta ahamiyatga ega.

*Onkologiyada Xospisning roli.*

Butun dunyo bo'yicha tuzalmaydigan onkologik kasallarga palliativ va simptomatik yordam ko'rsatadigan davolash muassasasi XOSPIS deyiladi. Xospisda millatidan, etiqodidan, sosial qatlamidan qat'i nazar bu bemorlar xospisda stasionar sharcitda umrining oxirigacha polliativ davolash muolajalarini oladi. Shu bilan birga bu davolash muassasasiga din vakillari - bemorning o'lim oldi va o'lim jarayonida faol qatnashib, u dunyoga uzatish tadbirlarini o'tkazadilar, yuristlar - vasiyat va boshqa yuridik muammolarni hal qilishga yordam beradilar.

Respublikamizda ham xospislar tashkil qilish bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 4-apreldagi PQ №2866 qarori qabul qilindi. Unga ko'ra Respublikamizning 4ta shahrida: Toshkent, Urganch, Farg'ona va Samarqand shaharlarida har biri 50 o'rinli bo'lgan mintaqaviy (viloyatlararo) xospislar tashkil qilinadi.

Tuzalmaydigan onkologik bemorlar va ularning qarindoshlari bilan tibbiyot xodimlari, umumiy amaliyot vrachlari, oliy toifali hamshiralar deontologiya qoidalariga rioya qilgan holda suhbat olib boradilar.

Deon – burch, logiya fan, deontologiya vrachlik burchi haqidagi fan. Onkologik bemorlarni o'z kasalliklari to'g'risida, xususan, davolab bo'lmaydigan kechiktirilgan bosqichlarda saraton kasalligi to'g'risida ochiq aytish lozim emas. Hayotga qiziqishini turli suhbatlar bilan kuchaytirish lozim. Bemorning qarindoshlariga esa kasallikning kechiktirilgan sabablarini, bu kasallikning jiddiy ekanligini butun dunyoda to'liq o'rganilmaganligi, davolash qiyinligi, xususan, kechiktirilgan davrlarida metastazlar bo'lganda davolab bo'lmashligini obdon tushuntirilishi lozim.

#### 4. BOB. ONKOLOGIYADAGI MUHIM SIMPTOM VA SINDROMLAR

JSSF dasturida onkologik bemorlarga sosial va gumanitar yordam berishga katta ahamiyat berilgan. Har yili dunyoda 6 mln ga yaqin, asosan, katta yoshli odamlar saraton bilan kasallanadi. 25% bemorlar adekvat yordam olmasdan shu kasallikdan o'ladi. Bizning mamlakatimizda 500 ming bemorga birlamchi saraton tashxisi qo'yiladi, ulardan 20% kasallikning 4-bosqichida aniqlanadi, 30% birinchi yildayoq o'ladi. 3,5 mln bemorlar har kuni turli intensivlikdagi og'riqdan azob chekadi. Chet davlat kliniklarining aniqlashicha, 40% ga yaqin bemorlar jarayonning oraliq bosqichida va 60-87% kasallikning tarqalgan bosqichida o'rtacha og'riqdan to' kuchli og'riqqacha bo'lgan davrni boshidan kechiradi. IV kasallik bosqichidagi bemorlar hayotining oxirgi haftalarida va oylarida og'riqdan azob chekadi. Bunday bemorlarga qoniqarli hayot tarzini yaratib berish kerak. Oxirgi yillarda bunday bemorlarda og'riq qoldirishning yangi usullari bilan yordam berilayapti. Ko'pgina onkologiyaga moslashtirilgan klinikalarda simptomatik terapiyani o'tkazish uchun maxsus mutaxassislar tayyorlangan. Ular saraton kasalliklarining diagnostikasida va og'riqni davolashda yordam beradi. Simptomatik terapiya o'tkazishning qiyinligi sabablari ko'pgina bemorlar uy sharoitida yordamga muhtoj bo'ladilar. Bunday paytda bemorga uchungu terapevti, tuman onkologi, oila a'zolari yordam beradi.

Og'riq – saraton kasalligi bilan kasallangan bemorlarda eng og'ir va vahimali asoratdir. Klinisistlar uchun og'riq – onkologiyada diagnostika va davolashdagi eng qiyin muammolardan biridir.

Og'riq kelib chiqishiga qarab klassifikatsiyalanadi: o'tkir va surunkali. O'tkir og'riqning davomiyligi 3 oygacha, surunkali og'riqning davomiyligi esa 3 oydan ko'p. Bu bemorga yordam berishda va terapevtik taktikani tanlashda katta ahamiyatga ega. Onkologik og'riqlarning intensivligi kasallikning turiga, tarqalganligiga va to'qimaning jarohatlanishiga bog'liq emas. Ba'zan kichkina o'sma ham kuchli og'riqni keltirib chiqaradi. Og'riq saraton kasalligining erta bosqichida kandan-kam holatda kuzatiladi va bu kasallikning erta diagnostikasida ahamiyatli emas. Faqat 10-20% o'smalarda erta og'riq kuzatiladi. Doimiy lokalizatsiyalangan og'riq, davo muolajasini effektivligining pastligi – bemorlarni vahimaga soladi. Onkologik



bemorlarda og'riq sababini aniqlash klinitsistlarning katta muammolaridan biridir.

**Onkologiyada og'riqni baholash usullari.** Og'ir bemorlarda og'riq – bu kasallik degan tushuncha paydo bo'ladi. Og'riq doimiy bo'lishi yoki kuchayishi, yo'qolishi yoki ba'zi bir vaqtlarda paydo bo'lishi – joyini o'zgartirishi mumkin. Og'riqning kelib chiqishida quyidagilarga e'tibor berish kerak:

- kasallik va og'riq tarixiga e'tibor berish kerak (paydo bo'lish sharoitiga, sabablariga, kuchayishi yoki sekinlashishiga, davoniyligiga, xarakteriga);

-Og'riqning topografiyasini aniqlash kerak (visseral va somatik og'riqlarning irradiatsiya berish sohaslariga e'tibor beriladi, masalan, suyak buzilishlarida, bo'yin, yelka, ko'rak sohaslarida og'riq bo'ladi, visseral buzilishlarda diafragma ustida, ya'ni plevrada, diafragma ostidajigar, o't pufagi, yo'g'on ichak burchagida og'riq bo'ladi);

-og'riq mexanizmini aniqlash kerak – nositseptiv (nevrogen), siptomatik, visseral, suyak buzilishlaridan keyin kelib chiqadi;

-og'riqning xarakteri va intensivligini baholash kerak;

-bemorlarga analgetiklarni berish yo'llarini va effektivligini o'rganish kerak;

Og'riqni baholashda 0 dan 4 gacha ball sistemasidan foydalaniladi.

0-og'riq yo'q.

1-kuchsiz og'riq.

2-o'rtacha og'riq.

3-kuchli og'riq.

4-o'ta kuchli og'riq.

**Onkologiyada neyropatik og'riq sindromi.** Onkologiya klinikasida og'riq sindromi xilma-xil va davosi ham oson masala emas. Og'riq sindromi etiopatogentik belgilariga qarab 3 ta tipga bo'linadi:

1.Nositseptiv.

2.Neyropatik.

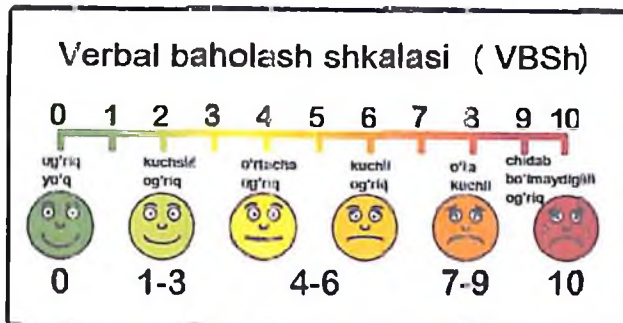
3.Psixogen.

**Nositseptiv og'riq** – og'riq reseptorlarining ta'sirlanishidan (yallig'lanish, jarohat) kelib chiqadigan og'riq.

**Neyropatik og'riq** nerv impulslarining nerv yo'llaridan o'tkazilishining buzilishi natijasida kelib chiqadi.

**Psixogen og'riq** individual emosional ta'sir natijasida yuzaga keladi. Depressiya, og'ir stress, qo'rquv, isteriya, og'riq vasvasasi,

gallyusinasiyalar. Nositseptiv og'riqni davolashda opioid va noopioid analgetiklardan foydalaniladi. Neyropatik og'riqda bu dorilar kam foyda beradi. Neyropatik og'riqda hatto kuchli ta'sir qiladigan opioid dori vositalarini ishlatganda ham effektivligi bo'lmaydi. Mutaxassislarning fikriga ko'ra og'riqning bu turi har 3 ta onkologik bemorning 1 tasida uchraydi.



27 rasmi. Verbal baholash shkalasi.

**Surunkali og'riqda dori-darmon bilan davolash.** Neyropatik og'riqning davolash Prinsiplari: og'riqqa qarshi davolash turini tanlashda o'sma jarayonining bosqichlariga e'tibor beriladi. Og'riqqa qarshi davo palliativ yordam qilinadi. Turli xil ta'sir kuchiga ega bo'lgan analgetiklar ishlatiladi. Neyropatik og'riq sindromini davolashda farmakoterapiya, dorisiz davolash usullari (teri orqali elektr neyro stimulyasiya, iglo refleksoterapiya), mahalliy anestetiklar bilan blokadalar orqa miya ildizchalari chiqadigan sohalarga destruktiv ta'sirlar qilinadi. Onkologik bemorlarda neyropatik og'riq qo'shma xususiyatga ega va xuddi nositseptiv og'riq sindromining komponenti sifatida yuzaga chiqadi. Shuning uchun onkologik bemorlarda narkotik va nonarkotik analgetiklar qo'llanilganda ham qisman og'riq qoladi. Neyropatik og'riqlarni davolashning maxsus vositalaridan biri trisiklik antidepressantlardir. Ularning ta'sir mexanizmi oxirigacha to'liq o'rganilmagan. Onkologik bemorlarda og'riq sindromini davolash muammolarini ikki yo'nalishga – o'tkir va surunkali og'riq sindromini davolashga qaratish kerak.

O'tkir og'riq sindromi ko'p holatlarda xirurgik davodan keyin kelib chiqadi. O'sma kasalliklarini davolashdagi asoratlar va shu kasallikni radikal davolashning iloji bo'lmaganda, maxsus davoning

noeffektivligida ham, bemorlardagi psixik travmalardan keyin ham surunkali og'riq sindromi kelib chiqadi.

**Davolash.** Og'riq va surunkali og'riq sindromining o'rtasida Farq bo'lsa ham, lekin davolash vaqtida ba'zi bir davo yo'nalishlarini ikkalasiga ham qo'llasa bo'ladi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda bo'ladigan o'tkir og'riq sindromi kelib chiqishining oldini olish uchun, bemorlarni psixik tomonlama kutilayotgan og'riqqa nisbatan tayyorlash kerak. Shunday qilinganda bemorlar og'riq sindromiga tez ko'nikadilar.

Effektiv og'riqsizlantirishning medikamentoz va nomedikamentoz usullarini qo'llash mumkin. Onkologik bemorlarda og'riq sindromini davolash uchun "3-bosqichli" usul qo'llaniladi. Bu usulda dori vositalari soat bilan maksimal ravishda tez yuboriladi. Sababi oxirgi berilayotgan dozalar og'riqni paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaydi, bemorlar bezovta bo'lmaydi. Bu usulda og'riqni davolashda nonarkotik analgetiklar (atsetilsalisil kislota, paratsetamol, butadion), kuchsiz narkotik ta'sirga ega dori vositalari (kodein) va bu dori vositalari samarasiz bo'lganda kuchli narkotik dorilar (morfin), to og'riq butunlay yo'qolguncha ishlatiladi. Nonarkotik analgetiklar, odatda, 1-ctap davo kursida tavsiya qilinadi.

Narkotik analgetiklar va ularga yaqin preparatlarning kuchsizidan kuchlisiga qarab borishi kerak. Kodein, promedol, pentanil, morfin, morfilong va boshqalar - nonarkotik dori vositalarning effektivligi bo'lmaganligida qo'llaniladi.

**Asosiy qo'llash usullari:** Og'iz orqali ichishga, to'g'ri ichak orqali, teri ostiga, mushak orasiga, tomir ichiga. Dozalash maxsus dozatorlarda olib boriladi. Nojo'ya ta'sirlari:

- nafas to'xtab qolishi mumkin;
- bemor bu dorilarga o'rganib qolishi mumkin;
- keyinchalik bemor bu dorilarga o'rganib qoladi.

Shuning uchun yangi avlod dori vositalari ishlab chiqarildi (pentozisin, volfin, norfin, tramol, nubain, nalbufin). Bular ta'sir doirasi jihatidan narkotik analgetiklarga yaqin, nafas depressiyasini chaqirmaydi.

**Regionar blokadalar:** Epidural, interkostal, presakral, gangliylar va nerv tolalarining blokadasi. Bu usullar diagnostika va davo maqsadida qo'llaniladi. Buning uchun uzoq vaqt ta'sir qiladigan mahalliy analgetiklar ishlatiladi. Mahalliy anestetiklarning uzoq vaqt ta'sir qilishi

uchun, blokada qilingan sohada dozatorlar yordamida uzoq vaqt infuziya yoki ximik denervasiya qilinadi.

**Neyroxirurgik: aralashuv** – og'riq simptomini davolashda boshqa usullarning effektivligi bo'lmaganda ishlatiladi. Bularga (nevroliz, gangliarni olib tashlash, nerv tugunlarini termokoagulyasiya qilish, dorsal rizotomiya, teri orqali xordotomiya, ximik va lazer gipofizektomiya va h.k).

**Suggestoterapiya (gipnoz)** – surunkali og'riq sindromini davolashda psixotrop preparatlar bilan birga va bemorning psixoemosional statusini hisobga olib qo'llaniladi.

Maxsus davodan so'ng kelib chiqadigan asoratlarning nazorati. O'smaga qarshi davo vositalarini qo'llashda bir qancha nojo'ya ta'sirlar kuzatiladi. Bular 5 ta darajaga bo'lib o'rganiladi.

0 daraja - bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida o'zgarishlar yo'q.

1-daraja - bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida o'zgarishlar kam kuzatiladi va bu o'zgarishlarni korrektsiya qilish shart emas.

2-daraja - bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi, bu o'zgarishlarni korrektsiya qilish shart.

3-daraja - bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida kuchli buzilishlar kuzatiladi, bunday holatda bemorlarga aktiv simptomatik davo talab qilinadi yoki kimyoterapiya to'xtatiladi.

4-daraja - hayot uchun xavfli.

### **Kimyoterapiyaning gemopoezga toksik ta'siri**

Kimyoterapiyaning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kimyoterapiya boshlashdan oldin umumiy qon tahlilida 1 mkl da leykositlar 4000 ta, trombositlar  $120 \times 10^3$  /mkl bo'lishi kerak. Davolashning 7-12-kunlarida granulositopeniya kuzatiladi. Bunday bemorlarga immunoglobulin, asiklovir (500-800 mg dan vli 7-14 kun davomida kuniga 3 - marta), valtreks (1 g dan 3 marta ichishga); gerpetik infeksiyalarni davolashda Zoviraks (1 g dan kuniga 5 mahal) yoki valtreks (1 g dan kuniga 2 mahal); zamburug'li asoratlarning oldini olish uchun ketakonazol (0,2 g dan ichishga 1-2 marta kuniga), Flyukonazol (200 mg kuniga) tavsiya qilinadi.

Trombositopeniya gemorragik diatezni rivojlantiradi. Trombositlarning kritik darajasi  $20 \times 10^9$  / mkl. Trombositopeniyada burundan, oshqozon-ichakdan qon ketadi, miyaga qon quyiladi. Trombositopeniyani davolashda maxsus yo'llar bilan kontsentrilanib olingan trombositlar massa qo'yiladi.

Anemiyani davolash uchun eritrositar massa qo'yiladi. Neytropeniyaning profilaktikasi uchun g-KSF (granosit, neypogen) yoki GM-KSF (leykomaks) 5 mkg/kg/sut doza bilan 7-10 kun, sitostatiklar yuborishdan 24 soatdan boshlab. Anemiyaga qarshi effektiv kurashish uchun Rekormun, Epreks, Eritrostim, epoetin kabi dorilar qo'llaniladi. Organizmda gemoglobinni normal holda saqlab turish hayotiy muhim a'zolarining funksiyasini normal bajarishni ta'minlash bilan birga dorilar bilan davolash natijasini yaxshilaydi.

### **Kimyoterapiyaning oshqozon-ichak sistemasiga toksik ta'siri.**

Ko'pgina kimyoviy dorilar oshqozon-ichak trakti faoliyatini buzadi va quyidagi asoratlarga olib keladi: stomatitlar, ezofagitlar, enteritlar, diareya, ko'ngil aynishi, qusish va qabziyat.

Stomatitlarni davolash uchun quyidagilar ishlatiladi:

- parhez - yumshoq, ilimsiq ovqatlar;
- og'izni chayish (perekis vodorod 1-2%, furasilin, 1/5000, og'iz shilliq qavatini metilin sinka bilan artish, og'izni romashka qaynatmasi bilan, tovuq tuxumining oqsili bilan chayish) shipovnik va oblepixa yog'lari surtish;

- og'riqsizlantirish maqsadida - 0,25-1% li novokain eritmasi bilan, 1-2% lidokain eritmasi bilan og'izni chayqash;

- shilliq qavatning kandidoz bilan jarohatlanganida – Nizoral 1 tabletkadan kuniga 2 mahal, nistatin 8 mln / ED/sutkada 4-5 marta, amfoterisin ingalyasiya shaklida, 1% li metilin sinkaning suvli eritmasi.

Mukozitlarning profilaktikasi uchun kimyoterapiya boshlashdan oldin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini sanasiya qilish tavsiya qilinadi, muz bo'lakchasini kimyoterapiyadan 10-15 minut oldin yutish, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini sistematik ravishda nazorat qilib turish.

**Toksik enterokolitlarning davosi.** Oshqozon ichak traktining surunkali va o'tkir yallig'lanishida parhez va farmkoterapiya qo'llaniladi. O'tkir leykozlarni davolashda nekrotik enteropatiya belgilari paydo bo'lganida bemorlar parenteral ovqatlantiriladi. Effektiv davo vositalari Sandostatin 0,1 mg 2 marta kuniga 3-5 kun davomida teri

orasiga qilinadi. Disbakteriozda: quruq kolibakterin (8-12 tabletkadan), laktobakterin (4-8 marta kuniga), bifikol (5-10 marta kuniga), bifidumbakterin (5 dozadan kuniga) tavsiya qilinadi. Diareya - stururosil bilan davolangan keyin kuzatiladi. Diareya boshlangani zahoti immodium sxema bilan 4 mg (2 kap) beriladi, 2 mg dan (1 kap) har 2 soatda beriladi. Bu dori vositasi bilan davolashni diareya to'xtatguncha va oxirgi suyuq ich o'tishidan keyin 12 soatgacha davom ettirish kerak, lekin 48 soatdan oshmasligi kerak. Bundan tashqari xilak forte, lineks, entero beriladi. Diareya 48 soatdan oshiq davom etganida infuzion terapiya qilinadi. Og'riq bo'lganida spazmoletiklar, analgetiklar beriladi. Qabziyatda prozerin 0,015 g dan 2 marta kuniga ichishga yoki 1 ml 0,05% li eritmasidan teri ostiga qilinadi.

**Ko'ngil aynishi va qusish.** Ko'ngil aynishi va qusishni davolashda navoban 5 mg 100 ml fiziologik eritmaga yoki 5% li glyukozaga qo'shib tomchilab uzatiladi.

**Zofran** vena ichiga yuboriladi, ichiladi va svecha shaklida ishlatiladi. Sutkalik dozasi 8-32 mg.

**Kitril** 3 mg 20-50 ml 0,9% li natriy xlorga qo'shib 5 minut davomida vena ichiga yuboriladi.

**Metoklopramid** (reglan, tserukal) 10 mg vena ichiga.

**Deksometazon** 12 mg dan mushak orasiga 2 marta kuniga 1-3 kun. **Metilprednizalon** (medrol) - 50 mg kuniga 1-3 kun. **Trankvilizatorlar** (diazepam, tazepam, Lorazepam) ishlatiladi.

### Nur terapiyadan keyingi asoratlar.

Saraton kasalligini davolashda nur terapiya keng qo'llaniladi. Lekin ba'zida bu nurlanish organizmdagi sog'lom to'qima va a'zolarDa o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Terining nurdan keyingi jarohatlanishi nur muolajasini boshlagan vaqtda yoki tugatgandan keyin kelib chiqadi. Bunga sabab nur muolajasini rejalashtirishda xatoliklarga yo'l qo'yishdir. Terining nurdan keyingi o'zgarishi 4 ga bo'linadi.

1. Eritema.
2. Quruq epidermit.
3. Ho'l epidermit.
4. Nurdan keyingi yara.

Terining nurdan keyingi erta va kechki jarohatlanishi uchraydi. Nurlanish o'tkazilgandan keyin 3 oygacha bo'lgan vaqtda terida

o'zgarishlar uchrasa, bu terining nurdan keyingi erta jarohatlanishi deyiladi. Nurlanish o'tkazilgan 3 oydan keyin terida o'zgarishlar kelib chiqsa, bu kechki nurdan keyingi jarohatlanish deyiladi. Terining kechki nurdan keyingi jarohatlanishi yaqin fokusli DTGT nur nuolajalaridan keyin kelib chiqadi va bu o'zgarishlar 4 guruhga bo'lib o'rganiladi:

1. Giperpigmentasiya, atrofik yoki gipertrofik dermatit angitelektaziya bilan.

2. Terining nurli fibrozi (indurativ shish).

3. Terining nurdan keyingi yarasi.

4. Terining nurdan keyingi saratoni (sarkomasi).

Terining nurdan keyingi jarohatlanishlarini davolashda vitaminlar va nospesifik stimulyatorlar (vitamin A, vitamin V, vitamin E, F, foliy, pantoten, nikotin kislotalar) beriladi. DMSO bilan dorili elektroforez qilinadi. Bunda 3-4 qavatli marli dorili eritmaga botirilib, kuniga 1-2 marta 1-2 soatdan qo'yiladi. Davo kursining davomiyligi 1,5-2 oy. Protialitik fermentlar tripsin, ximopsin ham elektroforez yo'li bilan yuboriladi. Nurdan keyingi yaralarga malhamlar (metilurasil, tsintozan, geparin) qo'yiladi. Nospesifik stimulyatorlar (aloe, Fibs) 20-40 kun davomida parenteral yuboriladi. Giperkorgulyasiya holatlarida aspirin (0,5 g dan 2-3 marta kuniga), nikatin kislotasi (0,1 g dan 3 marta kuniga, dozasi oshirilib boriladi 0,4-0,5 g gacha) tavsiya qilinadi. Ko'pgina bemorlar terining nurdan keyingi jarohatlangan sohadagi og'riq va qichishdan shikoyat qiladilar. Bunday bemorlarga antigistomin dori vositalari va trankvilizatorlar beriladi.

Sut bezi, qizilo'ngach, o'pka saratoni, limfogranulematoz kasalliklarini nur bilan davolashdan keyin o'pkada va yurakda o'zgarishlar kuzatiladi:

1. O'tkir nurli pnevmoniya.

2. Birlamchi - surunkali pnevmoniya.

3. Ikkilamchi - surunkali pnevmoniya.

Nurdan keyin o'pkada fibrozli va sklerotik o'zgarishlar bronxoektoziya, bronxlarning deformatsiyasi kuzatiladi.

Nurdan keyingi erta jarohatlanishlar:

1. O'tkir nurli pnevmoniya (nurli pulmonit).

2. Birlamchi - surunkali pnevmoniya.

3. Ikkilamchi - surunkali pnevmoniya.

Kechki nurli jarohatlanishlar:

1. Kechki nurli pnevmoniya.
2. Kechki nurli fibroz 1-2 daraja.

O'tkir nurli pnevmoniyada bemorlarning tana harorati  $38^{\circ}$  gradusgacha ko'tariladi. Hansirash, ko'krak qafasida og'riq, qiyin ajraladigan balg'am, yo'tal kuzatiladi. O'pkani eshitib ko'rganda qattiq vezikulyar nafas va tarqoq quruq xriplar eshitiladi.

Nurdan keyingi o'pkaning jarohatlanishida aktiv yallig'lanishga qarshi dori choralari olib boriladi. Bronxolitik aerozollar, balg'am ko'chiruvchi dori vositalari tavsiya qilinadi. Yurak-qon tomir etishmovchiligi bo'lgan holatda eufillin, glikozitlar, siydik haydovchi dori vositalari beriladi. Gemokoagulyasiyani yaxshilash maqsadida bevosita va bilvosita ta'sir qiladigan antikoagulyantlar tavsiya qilinadi.

Yurak-qon tomir sistemasining nurdan keyingi jarohatlanishi neyrosirkulyator distoniyaning gipotonik tipida yuzaga chiqadi.

Og'iz bo'shlig'ini nur bilan davolashdan keyin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida quruq, ho'l va yarali epitelitlar, atrofik epitelit, nurli fibroz kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining nurdan keyingi jarohatlanishida konservativ davo sifatida 5% li DMSO eritmasi yoki 3% li borat kislotasi eritmasidan foydalaniladi. Bu eritmalar bilan og'iz bo'shlig'i kuniga 15-20 marta chayiladi, keyin 10-30% oblipixa moyi surtiladi va nistotin tabletkasi ichishga buyuriladi.

Siydik pufagi, bachadon bo'yni, bachadon tanasi, to'g'ri ichak saraton kasalliklarini nur bilan davolashdan keyin siydik pufagida o'zgarishlar kelib chiqadi:

1. Erta nurli jarohatlanishlar (3 oygacha).
  - kataral nurli sistit;
  - eroziv - deskvamativ nurli sistit;
  - fibroz nekrotik nurli sistit.
2. Kechki nurli jarohatlanishda (3 oydan ortiqroq vaqt).
  - asoratlanmagan kechki nurli sistit;
  - asoratlangan kechki nurli sistit: ikkilamchi bujmaygan nurli sistit, vezikovaginal, vezikorektal oqmalar, malignizatsiya holatlari.



Nurli sistit 3 ta og'irlik darajasiga bo'lib o'rganiladi:

1. Engil nurli sistit: siydik chiqishi vaqtida kuchsiz va doimiy bo'lmagan og'riq kuzatiladi, bemor kunduzi 5-6 marta siyadi, kechqurun - 0-2 marta.

2. O'rtacha nurli sistit: siydik chiqishi vaqtida doimiy kuchsiz og'riqlar kuzatiladi, bemor kunduzi 7-12 marta siyadi, kechqurun 3-5 marta siyadi.

3. Og'ir sistit: siydik pufagi sohasida doimiy kuchli og'riq va yolg'on chaqiruvlar kuzatiladi, bemor kunduzi 13-18 marta siyadi, kechqurun 6-10 marta siyadi. Siydik tuta olmaslik holati kuzatiladi. Siydik bilan birga qon ajraladi.

Nurdan keyingi sistitlarda yallig'lanishga qarshi va reparasiya jarayonini stimulyasiya qiladigan dori vositalari tavsiya qilinadi. Bu maqsadda nitrofuranlar, keng spektrdagi antibiotiklar beriladi.

## 5. BOB. ONKOLOGIK BEMORLARNI OPERASIYADAN KEYINGI DAVRDA PARVARISHLASH

Jarrohlik bemorlarni operatsiyagacha bo'lgan davrda parvarish qilish.

Bo'limda bemorni navbatchi hamshira qabul qilib oladi. Qayd etadi, ya'ni ismi sharifini, oilaviy ahvolini, kasbini, turar joyi va ish joyini yozib qo'yadi. Keyin bemor palataga joylashtiriladi, tibbiy hamshira bemor tushganligi to'g'risida palata vrachiga, tunda navbatchilik qilayotgan navbatchi vrachga xabar beradi. Kasallik tarixi yangi tushgan kasallar papkasiga solib qo'yiladi. Kichik tibbiy hamshira bemorni unga ajratilgan joyga joylashtiradi.

Bemorning aksariyat vaqti to'shakda o'tishini hisobga olib uni qulay va toza to'shak bilan ta'minlashi kerak. Temir karavot oson yuviladi, uni dezinfektsiyalash oson. Karavotni bemorga har tomonlama yaqinlashish kerakligini hisobga olib va yonidagi kravotdan kamida 1,5 m masofada qo'yishi kerak. Karavotni u yoki bu tomonga surish uchun u g'ildirakchali bo'lishi kerak. Bemorga to'shakda har xil funktsional holatlar berish uchun funktsional karavotlardan foydalaniladi. Karavot yonida stolcha bo'lishi shart.

Bemorlarning o'rin-bosh anjomlari va kiyim-kechaklari haftada bir marta, gigienik vannadan keyin alishtiriladi. Ayrim hollarda zarurat bo'lganda, bir necha marta alishtiriladi. Bo'limda oqliklar bir kecha-kunduzga etarli darajada g'amlangan bo'lishi kerak.

O'rin-bosh anjomlarini, ayniqsa, og'ir bemorlarDa tibbiy hamshira almashtiradi. O'rin-boshlarni almashtirishning har xil usullari bor. Bemorga yurish ruxsat etilgan bo'lsa, kichik tibbiy hamshira yordamida uning o'zi almashtirishi mumkin. To'shakda yotadigan bemorlarga uni almashtirish qiyinroq. Buning uchun choyshabni bosh tomonidan o'rab, yumalatib oyoq tomonidan olinadi. Toza choyshabni bint kabi ikki tomonidan o'rab bemorning dumg'azasi tagidan o'tkaziladi, keyin bosh va oyoq tomoniga qarab yoziladi. O'rin-bosh anjomlarini ikki kishi almashtiradi.

Bemorning ko'ylagini almashtirish uchun belidan boshlab ko'ylak ko'tarilib turiladi, bo'yniga keltirib, qo'llari balandga ko'tariladi va ko'ylak ehtiyotlik bilan boshidan chiqarib olinadi. Keyin qo'llaridan chiqariladi. Kiyintirish teskari tartibda amalga oshiriladi: oldin yenglar kiygiziladi, keyin boshdan o'tkaziladi va bemor tagiga yoyiladi. Agar

bemorning qo'li jarohatlangan bo'lsa, avval bemorning sog' qo'lidan, keyin jarohatlangan qo'lidan echiladi.

Og'ir kasallarda terini parvarish qilishga alohida ahamiyat beriladi. O'zi yura oladigan bemorlar har kuni ertalab yuvinadilar, tishlarini tozalaydilar va haftada bir marta gigienik vanna qabul qiladilar.

To'shakda yotgan bemorlar badan terisi har kuni dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi. Eritma bo'lmasa, terini iliq suvda ho'llangan latta bilan artish mumkin.

Tibbiy hamshira bemorning burun, quloqlari va ko'zlarini ham parvarishlab borishi kerak. Bemor tumov bo'lsa uning ro'molchasini tez-tez almashtirib turish kerak. Burun qanotlariga vazelin surtiladi. Quloq burmalarini, uning orqasini iliq suvda sovunlab yuviladi va quruq qilib artiladi. Ko'zni har kuni yuz yuvayotganda yuviladi. Bunda borat kislotaning eritmasidan foydalanish mumkin. Hamshira yana sochlar tozaligini nazorat qilib borishi kerak. Og'ir kasallar boshini 7-8 kunda kamida bir marta yuvishi kerak.

Hamshira bemorning chetini yuva bilishi kerak. Yuvishda kaliy permanganat yoki boshqa dezinfeksiyalovchi eritmalar ishlatiladi. Buning uchun korntsang va paxta kerak bo'ladi. Bemor tagiga (tog'oracha) sudno qo'yiladi. Chap qo'lga eritma to'ldirilgan ko'zachani, o'ng qo'lga yuqumsizlantirilgan paxta qistirilgan qisqich (korntsang) olib jinsiy organlarni orqa chiqaruv teshigi tomon yuviladi, keyin quruq paxta bilan artiladi.

Bemorlarni vannada cho'miltirish uchun uni bemor o'tirguncha suv bilan to'ldirish kerak. Suv haroratining bir xil bo'lishi uchun aralashtirib turiladi. Zaiflashgan bemorlar uchun yarim vanna tayyorlanadi, ya'ni turishi kerak. Agar bemorga vanna taqiqlangan pastki qismini ko'MiB tushiriladi. Buning uchun vannaga taxta qo'yilib bemor unga o'tkaziladi. Ular vannadagi kabi bosh qismidan boshlab yuvintiriladi. Yuvinib beriladi. Holsizlangan bemorlarni ovqatlantirish uchun avval ularga "qulay holat" yaratish kerak. Bemorlarni hamshira ovqatlantiradi. suyuq ovqat beriladi. Suv maxsus idishlarda ichiriladi. Ayrim hollarda bemorlarni burundan me'daga o'tkazilgan rezina naylar (zondlar) orqali ovqatlantiriladi.

Parhez bilan davolashning ahamiyati katta. U birinchi navbatda bemor organizmni kimyoviy va mexanik jihatdan ehtiyotlashni ko'zda tutib, ayrim organlar funksiyasini tiklash yoki organizm uchun etishmaydigan oziq mahsulotlarini berish demakdir. Parhezlarning turlari ko'p.

### **Bemorlarni klinik tekshiruvga tayyorlash.**

Bemorlarni kasalxonada bo'lish vaqtini qisqartirish va jarrohlik faolligini oshirish uchun odatda rejali bemorlar ambulatoriya yo'li bilan tekshirilishi kerak. Eng ko'p uchraydigan kasalliklarda tekshirishning umumiy sxemasini ishlab chiqish maqsadga muvofiq va ular minimal yoki maksimal hajmda belgilanadi.

Rejali operativ davolashga muhtoj bo'lgan kasallarga majburiy va maxsus tekshirish turlari belgilanadi. Tekshirishning majburiy minimumi umumqabul qilingan tekshirish (ko'zdan kechirish, palpasiya, perkussiya, auskultasiya) bilan bir qatorda quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1) qonning umumiy analizi;
- 2) siydikning umumiy analizi;
- 3) qon bosimini o'lchash;
- 4) ko'krak qafasi organlarining rentgenoskopiyasi (ayrim hollarda);
- 5) qon gruppasi va rezus faktorni aniqlash.

Keyinchalik birinchi uchta tekshirish kerak bo'lganda yoki har 7-10 kunda takrorlanadi. Rentgenologik tekshirish ko'krak qafasi organlari kasalliklari bilan og'rikan yoki shunga shubha qilingan odamlar va profilaktik maqsadlarda 1 yil mobaynida undan o'tmagan bemorlarga belgilanadi. O'n ikki yoshga to'lmagan bemorlar profilaktik rentgen ko'rigidan o'tkazilmaydi.

Yoshi 50-60 yoshdan oshgan bemorlarni tekshirishning majburiy minimumiga elektrokardiografiya va terapevt konsultasiyasi kiritiladi. Qonni tekshirish diagnostikaning eng muhim bo'limlaridan biridir. Qonni tekshirishning uchta asosiy yo'nalishi bor:

1. Bakteriologik va serologik;
2. Biokimyoviy;
3. Morfologik tekshirish.

Tibbiy hamshira bemorni ogohlantirib, analizga qon olinguncha ovqatlanmaslik kerakligini tayinlab qo'yishi kerak. Umumiy analiz uchun odatda barmoq uchidan, goho quloq solinchagidan qon olish

kifoya. Igna yoki chechak lantseti 2-2,5 mm chuqurlikka sanchiladi, birinchi qon tomchisi paxta bilan artiladi.

Siydikni tekshirish buyraklarning ahvoli bilan funktsiyasini aniqlab berishdan tashqari boshqa organlar va sistemalarda kasallik (jigar, modda almashinuvi kasalliklari va boshqalar) bor-yo'qligi to'g'risida fikr yuritishga ham imkon beradi. Shu munosabat bilan siydik analizi davolanishga kelgan har bir bemorni umuman tekshirishdan o'tkazishning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi. Siydik analizi uchun ertalabki kontsentrlangan siydik portsiyasi olinadi.

Katta yoshdagi odam bir kecha-kunduzda 1 l dan 1,8 l gacha siydik ajratadi, bu o'rta hisobda 1,5 l ni tashkil etadi. Mo'l suyuqlik ichilganda siydik miqdori ko'payadi va odam quruq ovqatlar bilan ovqatlanganda, shuningdek, ichi ketganda hamda ko'p terlaganda siydik miqdori kamayadi.

Buyrak funktsiyasi Zimniskiy usuli bo'yicha tekshirilganda bemor odatdagicha ovqatlar bilan ovqatlanib to'rgani holda bir kecha-kunduz siydigini har 3 soatda alohida-alohida portsiyalar holda yig'ib borishi kerak. Siydik yig'ish uchun kichik tibbiy hamshira oldindan bemorning ismi sharifi, palata nomerini, idishning tartib nomerini yozib idishlarga yopishtirib qo'yadi. Sakkiz portsiyaning har birida siydik miqdori va nisbiy zichligi o'lehab ko'riladi.

**Bemorning me'da-ichak sistemasini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash.** Bunga rentgenokontrast moddalarni qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak, ingichka va yo'g'on ichaklar orqali yuborib, rentgenologik tekshiruvdan o'tkazish kiradi. Bu tekshirishlar bemorning me'da va ichagini axlat va eldan xolos qilishga qaratilgan maxsus tayyorgarlikdan keyin amalga oshiriladi. Bemor tekshiruv arafasida dag'al ovqat (qora non, kartoshka, bodom, o'rik va boshqalar) emasligi kerak. Kechqurun va tekshirish kuni ertalab ichakni tozalash maqsadida tozalovchi huqna (klizma) qilinishi kerak. Ichilgan kontrast (dori) moddalar odatda yo'g'on ichakka bir kecha-kunduzdan keyin o'tadi va shuning uchun uni Xuqna qilmasdan tekshirish kerak. Agar bemor tekshirishga yaxshi tayyorlangan bo'lsa, rentgenologik metod diagnostika uchun qimmatli ma'lumotlar beradi.

**O't pufagi va o't yo'llarini rentgenologik tekshirishga tayyorlash.** Xolesistografiya - jigarning yodning ayrim birikmalarini qonda singib, ularni o't bilan ajratib chiqarish qobiliyatiga va o't pufagida yig'ilishiga asoslangan. Xolesistografiyani ikki xil usul bilan

tayyorlashi mumkin: kechqurun bir marta va bo'lib qabul qilish yo'llari. Odatda shu maqsadda yodagnost, osbil, xolevit va boshqa dorilar ishlatiladi. Xolegrafiya o't yo'llarini rentgenologik tekshirish usulidir. Yuqoridagi tekshirishlarning yaxshi natija berishi uchun bemorlarni to'g'ri tayyorlashning ahamiyati katta. Tekshirishdan 15-20 soat va 1-1,5 soat oldin bemorga tozalovchi huqna qilinadi, chunki ichak axlat va eldan xoli bo'lishi kerak.

### Jarrohlik bemorlarni operatsiyuga tayyorlash

#### *Operatsiya va bog'lash xonalaridagi ishlar.*

Operatsiya qilinishi kerak bo'lgan bemorning juda hayajonlanishi tabiiy. Operatsiya paytidagi og'riqni kutish, operatsiyadan keyingi davrda yordamga muhtojlik tuyg'usi bemorni ruhan ezadi.

Bunday hollarda har bir bemorga alohida yondashish kerak, ayrim hollarda tibbiyot xodimlari kasallikning haqiqiy xavfini bemordan yashirishga majbur bo'ladilar. Bunda vrach bemordan kasalligini yashirib unga belgilari o'xshash bo'lgan boshqa xavfsizroq kasallikni aytishi kerak.

Odam og'iz bo'shlig'ida ko'p sonli mikroblar bo'lib, bular orasida kasallik qo'zg'atadiganlari ham bo'ladi. Bunday mikroblar soni tish kariesida, milk shamollashida va surunkali tonzillitda ko'payadi. Bu surunkali infeksiya, revmatizm, nefrit kabi ko'pgina asoratlarga olib kelishi mumkin.

Har qanday operatsiya inson organizmi uchun ham ruhiy, ham jismoniy jarohat bo'lib, uning himoya qobiliyatini ancha susaytiradi. Shuning uchun ham operatsiyadan keyingi davrda ilgari bo'lgan "mudroq" infeksiya rivojlanib ketadi va ko'plab asoratlarga olib kelishi mumkin. Milk va tishlarida kasalliklari bo'lgan bemorlar operatsiyadan oldin stomatologda davolanishlari kerak, operatsiya qilinishi lozim bo'lgan hamma bemorlarga ertalab, kechqurun va ovqatdan keyin og'izni chayish zarurligini uqtirish kerak.

Operatsiyadan oldin bemorning me'da-ichak sistemasini tozalash kerak. Agar bemor ichagi, me'dasi operatsiya paytida to'la bo'lsa, operatsiyadan keyin qorin dami bo'lib, ularda qon aylanishi buziladi, infeksiya rivojlanib ichak devoridan tashqariga chiqishi mumkin. Me'da va ichakning dam bo'lishi yurak va o'pka sistemasining ham funksiyasini buzadi. Bu esa, o'z navbatida, qorin bo'shlig'i a'zolarining qon bilan ta'minlanishini yomonlashtiradi. operatsiya me'da-ichak

sistemasida bajarilayotgan bo'lsa, ulardagi moddalar qorin bo'shlig'iga tushib, qorin pardasini yallig'lantirishi mumkin. operatsiya paytida me'daning to'la bo'lishi narkozda ko'ngil aynib, qusish paytida og'iz orqali nafas yo'llariga o'tib, uni berkitib qoyishi (asliksiya)ga olib kelishi mumkin. Me'dadan ovqatning ichaklarga o'tishi (evakuasiya) buzilmagan hollarda operatsiyaga tayyorlash uchun ularga operatsiya kuni ovqat eyishni man qilishning o'zi kifoya qiladi. Agar me'dada ovqat evakuasiyasi buzilgan bo'lsa, operatsiyadan oldin so'rib olinadi. Buning uchun yo'g'on me'da zondidan va katta shprisdan (Jane shprisi) foydalaniladi. Me'dada quyuq ovqat qoldiqlari va shilliq bo'lsa, uni yuvish kerak bo'ladi. Bunday hollarda shpris o'rniga zond uchiga katta shisha voronka kiygiziladi.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda ularning badan terisini tozalash katta ahamiyatga ega, chunki teri burmalarida, teshikchalarida ko'plab mikroblar to'plangan bo'ladi va ularning operatsiya yarasiga tushishning oldi olinadi. Shuning uchun ham bemorlarni operatsiya arafasida cho'miltirib, kiyimlari almashtiriladi.

operatsiya kuni bemor sochlari, tirmoqlari olinib, soqol-mo'ylovlari qiriladi. operatsiyadan bir kun oldin bemor umumiy vanna qabul qiladi. Har bir bemorni cho'miltirish uchun vanna issiq suvda mochalka va cho'tka bilan yuviladi. Mochalka va cho'tkalarni qaynatib sterillash tavsiya qilinadi.

Vanna yuvilgandan keyin 3% li lizol eritmasi bilan dezinfektsiyalanadi va eritma iliq suv bilan chayib tashlanadi. Bemorni cho'miltirishdan oldin vannani 37-38° S li iliq suv bilan 2/3 qismigacha to'ldiriladi. Yuvinishda bemorga yordam berib uning terisining rangidan va ayniqsa, umumiy ahvolidan xabardor bo'lib turish kerak. Yuvinish chog'ida ter va kir to'planadigan joylar (qo'lتيق, barmoq oralari, chov, bo'yin, oyoqlar va h. k.) alohida e'tibor bilan tozalanadi.

Umuman bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning mahalliy, umumiy va maxsus turlari farq qilinadi. Mahalliy tayyorgarlik operatsiya maydonining sterilligini ko'zda tutadi. operatsiya maydoni atrofida keng qilib sochlar qiriladi. Masalan, ko'richak yallig'langanda (appendisit) qorin oldingi devorining (chov sohasini qo'shib) 2/3 qismi qiriladi. Terini jarohatlamaydigan o'tkir ustardan foydalanib, operatsiya kuni etalab qirish kerak, chunki operatsiya arafasida qirilgan bo'lsa terining kesilgan joylariga infektsiya tushib, yiringlab ketishi va operatsiyani kechiktirishga sabab bo'lishi mumkin. Soch qirilgandan

keyin terini spirt, dioksid yoki boshqa antiseptik eritma bilan artish kerak.

Sanitariya va gigienik jihatdan Ozoda qilish to'la va qisman bo'ladi. To'la sanitariya ishlovida rejali operatsiya arafasida bemor tirmoqlarini olishi, dush yoki vanna qabul qilib operatsiya qilinishi kerak bo'lgan sohani ayniqsa tozalab yuvishi kerak. Bemor operatsiyaga tayyorlanayotgan palata poli, hamma narsa kechqurun xloraminning 0,5% li eritmasi bilan artilishi, shamollatilishi va ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirilishi kerak.

Qisman sanitariya ishlovi shoshilinch operatsiyalardan oldin amalga oshiriladi. U Tirmoqlarni olish, qo'lni, oyoqlarni va tananing boshqa ifloslanadigan qismlarini geksaxloran suspenziyasida ho'llangan sochiq bilan artishni va operatsiya maydonidagi sochni qirishni o'z ichiga oladi. operatsiya arafasida bemor saqlash uchun soati, uzuklari va boshqa qimmatbaho narsalarini topshiradi. Premedikasiyadan oldin bemor qovug'ini bo'shatishi, ko'zoynak, olinadigan protez tishlarini olib ularni palatada qoldirishi kerak.

### **Kichik tibbiy hamshiraning operatsiya va bog'lash**

#### **xonalaridagi ishi**

Aseptika – operatsiya yoki muolaja chog'ida mikroblarning yaraga tushishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar yig'indisidir.

Yaraga tegadigan har qanday narsa steril bo'lishi kerak. Hatto bajarish jarayonida teri butunligi buzilmaydigan (me'da shirasini olish, me'dani zond bilan yuvish, klizmalar va h.k.) muolajalar ham aseptik sharoitlarda bajarilishi kerak.

Aseptika shaxsiy gigienaga rioya qilishdan boshlanadi. Ishga kelib kiyimlarni almashtirish kerak. Xalat, qalpoqcha yoki ro'molcha yuvilgan, dazmollangan bo'lishi, bemorning kiyim-boshlari va uning to'shagi muntazam ravishda almashtirib turilishi kerak. Jarrohlik bo'limida palata va bog'lash xonalarini ho'llangan latta bilan tez-tez artib, yig'ishtirib turish kerak. Xodimlarning qo'lini parvarishlashga alohida e'tibor berish kerak. Iflos ishlarni qo'lqoplarda bajarish shart. Sochni qalpoqcha yoki ro'molcha bilan yopish kerak.

Og'iz-burunnini bekitib turadigan 4-5 qavat dokadan tikilgan niqob tutish, operatsiya, bog'lov xonasi, muolaja xonalarida gapirishni, yurishni cheklash, mikroblarning ajralib chiqishi va ularning yaraga tushish imkoniyatini keskin kamaytiradi. Vaqti-vaqti bilan (har 10-15



kunda) havodan, xodimlar qo'ldan, tomog'idan surtna olish kerak bo'ladi.

### **Jarrohlik bemorlarni ba'zi bir operatsiyalardan keyingi davrda parvarish qilish. Ularni olib yurish (transportirovka) qoidalari**

Bemorlarni bo'limda olib yurish usullarini davolovchi vrach belgilaydi. Bu esa bemorning, umumiy ahvoriga bog'liq bo'lib, zambilda, yumshoq kursi, kursi-zambillarda, qo'llarda olib yuriladi. Bemorni, ayniqsa, og'ir yotgan bemorlarni olib yurishning eng oson va qulay usuli – zambilda olib yurish usulidir. Bemorlarning zambildagi holati o'zi uchun qulay bo'lishi (kasalning mijoziga, shikastlanish turlariga, og'ir-engilligiga bog'liq) kerak. Bemorlarni karavotdan zambilga ikkita xodim ko'tarib yotqizadi, ya'ni boshi, bo'yin, ko'krak sohalaridan ko'tarsa, ikkinchisi bel va son sohalaridan ko'taradi. Bemorlarni olib yurishda bir xil gorizontal holatda saqlashga harakat qilinadi. Zinapoyadan pastga olib tushishda zambilning oldingi qismi ancha ko'tariladi. Zinapoyadan yuqoriga olib chiqishda esa bemorning bosh qismi oldinga bo'lib, zambilning pastki qismi ko'tarilib tekis holatga erishiladi.

Qorin bo'shlig'i organlaridagi operatsiyalardan keyin parvarish "o'tkazilgan" operatsiyaning og'ir-engilligi va hajmiga bog'liq bo'ladi. Qiyosan oddiy operatsiyalar (o'tkir appendisit, churralar, o't pufagini olib tashlash — xolesistektomiyalar va b.)dan keyingi; parvarish printsiplari quyidagilardir: bemor operatsiya xonasidan palataga olib kelingandan so'ng uni yangi tayyorlab qo'yilgan toza o'ringa yostiqsiz chalqanchasiga yotqizib qo'yiladi. Narkozdan keyingi davrda bemorlarda qusish paydo bo'lib, qusuqning nafas yo'llariga tiqilib qolmasligi chorasini ko'rish juda muhimdir. Qusish belgilari paydo bo'lsa, tibbiy hamshira bemorning boshini bir yonga buradi, hamshira oldindan tayyorlab qo'yilgan toza surp bilan bemorning og'iz bo'shlig'ini artib oladi va darhol vrachga ma'lum qiladi. operatsiyadan keyingi davrda og'riqqa qarshi kurash katta ahamiyatga ega. Bunday hollarda og'riq qoldiradigan, tinchitadigan dori-darmonlar buyuriladi. Murakkab operatsiyalardan so'ng, ayniqsa, ichak va me'daning bir qismini olib tashlash, jigar operatsiyalaridan so'ng bemorlar reanimatsiya bo'limiga o'tkazilib intensiv davolash choralari amalga oshiriladi. Bu xildagi bemorlarda ko'pincha burun-me'da zondi qoldiriladi. Hamshira zondan chiqadigan ajralmalarning tabiatini kuzatib, chiqarilgan suyuqlik miqdorini qayd qilib boradi. Zond tiqilib qolmasligi uchun har 3-4

soatda natriy xloridning ozroq miqdordagi izotonik eritmasi bilan yuvib turiladi. Zond 48-72 soatgacha, ya'ni undan yashil rangli shilimshiq chiqishi to'xtamaguncha saqlab turiladi. Zond yaxshi ishlab to'rgan bo'lsa, ichish uchun oz miqdorda suv berish mumkin. Meteorizmning oldini olish va unga qarshi kurash maqsadida kislorodli nafas oldirib turish va vaqt-vaqti bilan har 2-3 soatda to'g'ri ichak bo'shlig'iga 15-20 minutgacha gaz o'tkazuvchi nay qo'yish kerak.

Qorin bo'shlig'idagi yiringli jarayonlar munosabati bilan qilingan operatsiyalar aksari drenaj qo'yish, rezina naylar yoki doka tamponlar qoldirib, ustini salfetka va bog'lamlar bilan yopib qo'yish bilan tugallanadi. Tibbiy hamshira bog'larning toza bo'lishiga qarab boradi. Vrach ko'rsatmasiga binoan uni almashtirib turadi. Bog'larni qattiq tortilmasligi kerak, aks holda u ko'p noqulayliklar tug'dirishi mumkin, ayniqsa, ichaklar dam bo'lib ketganida Diafragma ekskursiyasini cheklab qo'yadi va shu bilan nafas olishga yomon ta'sir qiladi.

Ko'krak qafasi organlarida qilingan operatsiyalardan keyin nafas olishmovchiligining oldini olish asosiy vazifa hisoblanadi. Ayni vaqtda bemorning o'zidagi vaziyati katta ahamiyatga ega. Bemor narvozdan keyingi davrda qaddini ko'tarib yarim o'tirgan holatga keltirib qo'yiladi, lekin ba'zan bemor yonboshi bilan yotqizib qo'yilishi ham mumkin. Har bir holatda vrach hamshiraga tegishli yo'l-yo'riqlarni beradi. Nafas yo'llarida to'planib qolgan shilimshiqni bemorlar yo'talib yaxshi chiqarib tashlay olmaydilar, shuning uchun so'rib oladigan moslamalar yordamida shilimshiqni aktiv ravishda so'rib olib tashlash zarur bo'ladi. Mana shu muolajani hamshira vrach buyo'rganiga qarab har 20-30 minutda muntazam bajarib boradi. Bundan tashqari, ingalyasiyalar, ko'krak qafasini tebratadigan (vibrasion) massaj buyuriladi. Gorchichniklar, bankalar, balg'am ko'chiradigan miksturalardan foydalanish o'rindi.

Plevra bo'shlig'ida odatda drenaj qoldirilgan bemorlarga aktiv yoki passiv drenajlar ulanib qo'yiladi, bu esa operatsiyadan keyingi davrda pnevmotoraks va gemotoraksning oldini oladi. Hamshira drenajlarning qanday ishlab to'rganligini kuzatib boradi, chiqqan suyuqlik miqdorini qayd qilib boradi. Og'izdan ovqat berishdan oldin vrach hamshirani ogohlantirib qo'yadi va o'tkazilgan operatsiyaning tabiatiga qarab tegishli sxemani buyuradi. Qorin bo'shlig'i organlaridagi operatsiyalardan keyin ko'pincha ichak qovuzloqlari gazlar to'planishidan dam bo'lib ketadi. Meteorizm og'riq turishi, nafas

qiyinlashib qolishi bilan davom etadi. Meteorizmning oldini olish va unga qarshi kurash maqsadlarida kislorodni nafasga oldirib turish va vaqt-vaqti bilan har 2-3 soatda to'g'ri ichak bo'shlig'iga 15-20 minutgacha gaz o'tkazuvchi nay qo'yish kerak.

Qorin bo'shlig'idagi yiringli jarayonlar munosabati bilan qilingan operatsiyalar aksari drenaj qo'yib qo'yish, rezina naylar yoki doka tamponlar qoldirib, ustini salfetka va bog'lanular bilan yopib qo'yish bilan tugallanadi. Tibbiy hamshira bog'lamning toza bo'lishiga qarab boradi. Vrach ko'rsatmasiga binoan uni almashtirib turadi. Bog'lam qattiq tortilmasligi kerak, aks holda u ko'p noqulayliklar tug'dirishi mumkin, ayniqsa, ichaklar dam bo'lib ketganida diafragma ekskursionini cheklab qo'yadi va shu bilan nafas olishga yomon ta'sir qiladi.

Ko'krak qafasi organlarida qilingan operatsiyalardan keyin nafas olishmovchiligining oldini olish asosiy vazifa hisoblanadi. Ayni vaqtda bemorning o'ringdagi vaziyati katta ahamiyatga ega. Bemor narkozdan keyingi davrda kaddini ko'tarib yarim o'tiradigan holatga keltirib qo'yiladi, lekin ba'zan bemor yonboshi bilan yotqizib qo'yilishi ham mumkin. Har bir konkret holda vrach hamshiraga tegishli yo'l-yo'riqlarni beradi. Nafas yo'llarida to'planib qolgan shilimshiqni bemorlar yo'talib yaxshi chiqarib tashlay olmaydilar, shu munosabat bilan so'rib oladigan moslamalar yordamida shilimshiqni aktiv ravishda so'rib olib tashlash zarur bo'ladi. Mana shu muolajani hamshira vrach buyo'rganiga qarab har 20-30 minutda muntazam bajarib boradi. Bundan tashqari, ingalyasiyalar, ko'krak qafasini tebratadigan (vibrasion) massaj buyuriladi. Gorchichniqlar, bankalar, balg'am kuchiradigan miksturalardan foydalanish o'rinli.

Plevra bo'shlig'ida odatda drenaj qoldirilgan bemorlarga aktiv yoki passiv drenajlar ulanib qo'yiladi, bu esa operatsiyadan keyingi davrda pnevmotoraks va gemotoraksning oldini oladi. Hamshira drenajlarning qanday ishlab to'rganligini kuzatib boradi, chikkan suyuqlik miqdorini kayd qilib boradi, (takror 141 - bet) og'riqdan nolimay qo'yadi, chunki sezuvchanligi pasayib ketadi, hushini yo'qotadi.

Shokning asosiy klinik belgilari: teri rangi oqaradi yoki ko'karib ketadi, tomir urishi tezlashib 100-140 martagacha yetadi, to'liqligi susayib ketadi. Arterial qon bosimi pasayib ketadi, nafas olish tezlashadi, teri va pay refleksleri yo'qolib, buyrak, jigar funksiyalarining

izdan chiqishi natijasida siydikning kam ajralib chiqish (oliguriya) holatlari kutiladi.

Koma – organizmning nospesifik reaksiyasi bo'lib, har xil sabablar — shikastlanish, zaharlanish, epilepsiya, diabet hamda miyada qon aylanishi buzilishiga va miya shishuviga olib keladigan boshqa kasalliklar sababli boshlanadi. Komada odamning es-hushi aynib, u harakatlar qila olmay qoladi, nafasi va yurak-tomirlar faoliyati izdan chiqadi, reflekslari, sezuvchanligi yo'qoladi.

Agoniya (o'lim talvasasi, jon talashish) – organizmning terminal holatlaridan bo'lib, o'limning qaytar davri hisoblanadi. Agoniyadan avval agoniyadan oldingi holat bo'lib o'tadi, bu vaqtda arterial bosim keskin pasayadi, es-hush tobora xiralashib boradi, miyaning elektr aktivligi pasayadi, organ va to'qimalarning kislorodga yoqlumasligi kuchayadi. Agoniyadan oldingi holatning agoniya holatiga o'tish davri terminal pauza (to'xtab olish) bo'lib, bu davr nafasning birdan to'xtab qolishi, ko'z mugo'z pardasi reflekslarining so'nishi bilan xarakterlanadi va u bir necha sekunddan 3 minutgacha davom etadi. Shundan keyin o'limning ikkinchi davri – agoniya boshlanadi. Avval og'riq sezgisi yo'qoladi, barcha reflekslar susayadi, es-hush yo'qoladi. Nafas sust, siyrak bo'lishi yoki aksincha, odam zo'r berib kalta nafas oladigan va tezgina to'liq nafas chiqaradigan (nafas amplitudasi katta) bo'lishi mumkin.

Yurak qisqarishlari soni asta-sekin minutiga 40-20 martagacha kamayadi, puls ipsimon bo'lib qoladi, arang bilinadi. Arterial qon bosimi simob ustuni hisobida 20-10 mm gacha pasayadi. Agonal davrning qancha davom etishi va klinik manzarasi uni yuzaga keltirgan sabablarga bog'liqdir. Agonal holat bir necha minutdan to bir necha soatgacha davom etib klinik o'lim holatiga o'tishi mumkin. Bu hayot bilan o'lim o'rtasidagi qisqa (3-5 minut davom etadigan) davr bo'lib, nafas olish va yurak ishi to'xtab, teri rangining oqarishi, ko'z qorachig'ining kengayib ketishi va reflekslarning butunlay yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bu qisqa davr qaytar holat bo'lib hisoblanadi.

Bu terminal holatlarda hamma tibbiy chora-tadbirlar hayot uchun zarur bo'lgan organ va sistemalar faoliyatini tiklashga qaratilishi kerak. Bunday bemorlar alohida ajratilgan xonalarga joylashtirilishi yoki reanimatsiya bo'limiga o'tkazilishi va darhol hamshira nazorati ostida bo'lishi lozim. Bemorning nafas olishi (uning soni, ritmi, chuqurligi), tomir urishi, qon bosimining holati, es-hushi, boshqa organ va

sistemalarining ishi doimiy kuzatib borilishi lozim. Bundan tashqari, tibbiy hamshira vrach buyo'rgan hamma davo choralarini o'z vaqtida bekamu ko'st bajarishi shart. Buning uchun esa og'ir yotgan bemorlarning parvarishi uchun zarur bo'lgan hamma narsalar (ignalar, shprislar, dori-darmonlar, asboblari va boshqalar) bemor yotgan xonaga taxt qilib qo'yilishi kerak.

Agoniya holatida darhol kompleks reanimatsiya tadbirlarini boshlash, birinchi galda og'izdan-og'izga, og'izdan-burunga qilib o'pkaga sun'iy nafas berish, shuningdek, yurakni bevosita massaj qilishga kirishish kerak.

Agoniya holatidan chiqarilgan bemor ancha vaqtgacha sinchiklab, kuzatib boriladi, uni parvarish qilish kuchaytiriladi. Bemor badaniga grekalar qo'yib, o'rab-chirmash, yotoq yaralarning oldini olish choralarini ko'rish, badanini dezinfeksiya qiluvchi eritmalarning biri bilan artib turish, bemorni bir yonboshidan ikkinchisiga ug'darib turish, choyshablar, adyol va yostiqlik hamda ichki kiyimni tez-tez almashtirish, uni yedirib-ichirib turish kerak.

**Me'dani yuvish.** Bu muolajani ovqatdan zaharlanish, toksikoinfeksiya va o'tkir gastritlarda uy haroratidagi suv yoki dori moddalar eritmasi (2% li natriy gidrokarbonat eritmasi yoki 1:5000 kaliy permanganat eritmasi) bilan o'tkaziladi. Shu maqsadda sig'imi 500-1000 ml li shisha voronka va uzunligi 1,5 m va diametri 10-12 ml gacha bo'lgan, santimetr belgilari tushirilgan yumshoq rezina naychadan iborat yo'g'on me'da zondidan foydalaniladi. Me'da zondining bir uchi yumaloq va yon tomonida oval teshiklari bor. Uni shu uchidan og'iz orqali me'daga tushiriladi. Voronka, zond qaynatiladi, ishlatishdan oldin esa steril fiziologik eritma bilan chayiladi. Me'da bemor o'tirgan holatida yuviladi. Unga uzun kleyonka xalat kiygiziladi, stulga o'tkaziladi, boshini oldinga bir oz engashtiriladi, oyoqlari ostiga tog'oracha qo'yiladi. Zondning yumaloq uchidan 10 sm masofada o'ng qo'lga olinib, bemorga o'ng tomondan yaqinlashiladi, chap qo'l bilan bo'ynidan ushlab turiladi. Bemorga burun orqali nafas olish, zondni ushlamaslik, og'izni ochish taklif qilinadi, bunda zond uchini til ildiziga qo'yiladi, bemordan zondni tishlamaslik va yutish harakatlari qilish so'raladi. So'ngra zondni tezlik bilan halkum orqali qizilo'ngachga 40 sm belgisigacha kiritiladi. Bu uning me'daga tushganidan dalolat beradi. Zondning bo'sh to'rgan uchi voronka bilan tutashtiriladi. Shu tariqa me'da va voronkadan iborat tutashadigan ikkita idishlar sistemasi hosil qilinadi.

Me'dani yuvish uchun uy haroratidagi 5-10 l hajmdagi qaynagan suvni tayyorlab qo'yish lozim. Voronka og'iz sathidan pastga tushiriladi, u suv bilan to'ldiriladi va asta-sekin boshdan birmuncha yuqoriga ko'tariladi. Bu vaqtda suv me'daga tushadi. Voronkada suv kamayib ko'ringanda, u yana pastga tushiriladi va suv me'dadan yana voronkaga tushib, tog'orachaga qo'yiladi. Yuvindi suvlar mutlaqo toza bo'lmaguncha yuvish bir necha marta davom ettiriladi.

Zond ehtiyotlik bilan chiqariladi, so'ngra zond va voronkani issiq va sovuq suvda qunt bilan yuvib, ichidagi shilimshiq, ovqat qoldiqlaridan tozalanadi. Me'dani yuvishda unga suv bilan birga havo kirishiga yo'l qo'ymaslik kerak, chunki bu holda me'dani qayta yuvish qiyin bo'ladi.

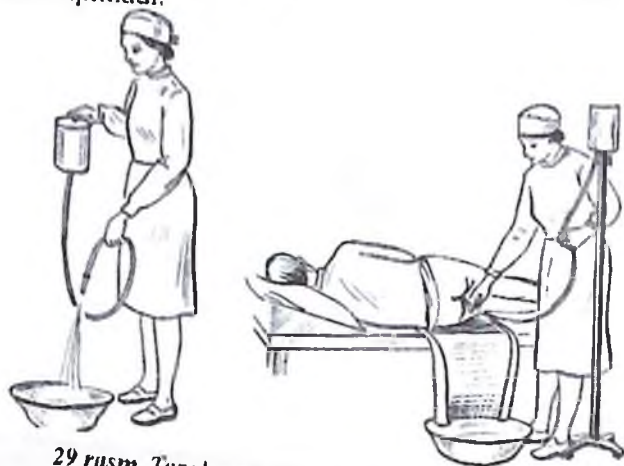


28 rasm. Me'dani yuvish texnikasi.

**Tozalash va davo klizmasi qo'yish.** Tozalash klizmasi qabziyat, ovqatdan zaharlanishda, operatsiyalardan va qorin bo'shlig'i organlarini rentgenologik tekshiruvlaridan oldin qllinadi. Tozalash klizmasi sistemasi shishadan yasalgan darajalangan Esmarx krujkasi, sig'imi 1 l gacha rezina qopchiq uzunligi 1,5 m gacha va diametri 1 sm gacha rezina naycha, suv tushishini idora qilib turadigan kran yoki qisqich, shisha yoki plastmassa uchlikdan iborat. Sistemadan tashqari, krujkani osib qo'yish uchun tirtak, suv termometri, vazelin, kleyonka, tog'ora (chelak), sudno kerak bo'ladi. Sistema yaxshilab yuvilgan bo'lishi kerak. Krujkaga uy haroratidagi (20-22°S) toza suv qo'yiladi: katta yoshdagi odam uchun 1-2 l, 6-10 yoshdagi bolalar uchun 300-500 ml. Krujkani balandligi 0,5 dan 1,5 m gacha bo'lgan tirtakka osib qo'yiladi, kran yoki

qisqich ochiladi, sistemaning havosi haydalib to'ldiriladi, suv harorati o'lab ko'riladi. Karavotga kiyonka yoziladi. Bemor chap yonboshi bilan karavot chetiga yotqiziladi, qorin pressini bo'shashtirish maqsadida oyoqlar tizzalaridan bukiladi va qoringa tortib yotiladi. Kiritishdan oldin uchlikka vazelin surtiladi, chap qo'lning I va II barmoqlari bilan dumbalar keriladi. Uchlik o'ng qo'l bilan to'g'ri ichakka 12 sm ichkariga kiritiladi. Uchlikning dastlabki 3-4 sm ini orqa chiqaruv yo'lini kindik bilan tutashtiradigan chiziq bo'ylab, so'ngra dum suyagiga parallel kiritiladi. Uchlik kiritilgandan keyin kran yoki qisqich ochiladi va suv to'g'ri ichakka tushadi. Krujka tubida suv kamayib qolganda ichaklarga havo kirmasligi uchun kranni berkitish yoki krujkadan chiqqan rezina naychaga qisqich qo'yish, shundan keyingina uchlikni to'g'ri ichakdan chiqarish lozim. Tozalash klizmasi qo'yilgandan so'ng bemor suvni 10 minutgacha tutib turishi kerak.

Ichakka klizina yordamida suyuq holdagi dorini yuborish mumkin. Davo klizmalari tozalash klizmalaridan keyin rezina ballon bilan qilinadi. 5 yoshgacha bolalarga tozalash klizmasi uchligi yumshoq rezina ballondan qilinadi.



29 rasm. Tozalovchi klizmani qo'yish texnikasi.

**Bronxografiya** – bronxlar va traxeya yo'llarini oldin kontrast moddaga to'ldirib, keyin rentgenologik tekshirish usuli. Bronxografiya uchun quyidagi ko'rsatmalar bor:

1. Bronxlar va o'pkaning turli kasalliklarida bronx va o'pkada prosesning joylashishini aniqlash;

2. Bronxoskopiyada bronxial daraxtning ko'rinmaydigan yoki kam ko'rinadigan bo'limlarini tekshirish;

3. O'pkada qilinishi kerak bo'lgan xirurgik muolajaning hajmini to'g'ri belgilash.

#### Bemorni bronxografiyaga ravojlash:

1. Yod preparatlariga individual sezuvchanlikka oldindan sinama o'tkazish (bemor 2-3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodning 3% li eritmasini ichib turadi);

2. O'tkaziladigan tekshiruvning maqsadi va mohiyatini bemorga tushuntirish;

3. Yiringli balg'am ajralganda tekshiruvdan 3-4 kun avval bronxial daraxtni tozalash;

4. Bronxografiyadan 20-60 minut oldin teri ostiga atropin sulfat (0,1%-1ml), pipolfen (0,025 g), seduksen (0,005 g) yuborish.

Diagnostika vazifalari va muayyan hodisaning xususiyatlariga ko'ra umumiy narkoz yoki mahalliy anesteziya uchun dikainning 2% li eritmasi qo'llaniladi. Anesteziyani surtish, purkash va aspirasiya qilish yo'li bilan amalga oshirish mumkin. Surtish usuli deyarli qo'llanilmaydi. Purkab anesteziya qilish uchun maxsus pribor - pulverizatorga o'xshab ishlaydigan purkagich ishlatiladi. Bemorga aspirasion usulni ham qo'llash mumkin. Bunda anesteziyalovchi modda pipetka yordamida chuqur nafas olish paytida burun orqali kiritiladi yoki preparat til ildiziga ohistagina tomiziladi, keyin traxeya va bronxlarni anesteziya qilish uchun ishlatiladigan zond orqali amalga oshiriladi. Bronxoskopiya - maxsus pribor - bronxoskop yordamida traxeya (kekirdak) va bronxlarning ichki yuzasini vizual tekshirish metodidir. Kekirdak va bronxlarda o'smalar o'sganda, bronxlar va o'pkaning yiringli kasalliklarida, o'pka silida, kekirdak va bronxlarda yot narsalar turib qolganda, xususan, nafas yo'llarining noinfektsion kasalliklari va boshqa xastaliklarida diagnozni aniqlash yoki belgilash maqsadida diagnostik bronxoskopiya qilinadi.

Bronxoskopiyaning tajribali mutaxassislar qilishlari lozim. Muolajani mahalliy anesteziya yoki narkoz ostida o'tkazish kerak. Atropinning 0,1% li eritmasi bilan premedikasiya qilinadi. Bronxoskopiyada anesteziya qiluvchi eritma (dikain, novokain)ni surtib, purkab yoki aspirasiya qilib mahalliy anesteziyaga erishiladi. Anesteziya 2-3 minut oralatib, 2-3 bosqichda o'tkaziladi. Dastlab halqum, keyin hiqildoq va



tovush boylanlarining shilliq pardasi anesteziya qilinadi va anesteziya qiluvchi eritma shpris yordamida kekirdakka qo'yilishi kerak.



*30 rasmi. Bronxoskopiya.*

Bujlar – qizilo'ngach, siydik chiqarish kanali, eshituv nayi va shunga o'xshash naysimon shakildagi organlarga diagnostika yoki davo maqsadlarida ishlatiladi.

**Bujlarni tayyorlash va sterillash.** Ishlatilgandan keyin bujlar iliq suvda sovunlab yaxshilab yuvilishi, doka yoki Yupqa sochiq bilan quritilishi kerak. Moy, qon yoki yiring izlari bor-yo'qligini tekshirish zarur. Metall va elastik bujlar yuzasida darz ketgan joylar paydo bo'lsa, ular yaroqsiz bo'lib qoladi, chunki notekis yuzi organning shilliq pardasini zararlashi mumkin. Asosan elastik bujlarni dezinfektsiya qilish uchun simob preparatlaridan foydalaniladi. Elastik bujlar va rezina kateterlar uchun metall sterilizatorlar tubiga formalin tabletkalari, yuqoridagi javonlarga bujlar qo'yiladi.

Ishlatilishdan oldin bujlar ustidan distillangan suv qo'yib yuboriladi, chunki ularning yuzasidagi formalin yoki diosid kontsentrlanadi. Bu usulning kamchiligi, muolajaning uzoq cho'zilishi hisoblanadi, sterilizatorni qizdirish bilan buni bartaraf qilsa bo'ladi. Kiritishdan oldin bujlarga steril vazelin moyi yoki gliserin surtish mumkin. Hamma vaqt kasalxonada bujlar steril holda zaxira bo'lishi lozim. Muolaja vaqtida vrach bemor yonida bo'lishi kerak. Siydik chiqarish kanali torayganda, termik yoki ximik moddalar ta'sirida qizilo'ngachning kuyib, chandiqlanib torayib bitishi, yuqorida bayon etilgan joylarning qay darajada torayganligini bilish uchun va ularni davolash maqsadlarida urologiya va xirurgiyada ko'pincha har xil nomerdagi bujlar qo'llaniladi.

**Me'dada bajarilgan operatsiyalarda bemorlar parvarishi.** operatsiyaga umumiy tayyorgarlik bemorning ahvoriga (oriqlab ketgan, kamqon), kasallik formasiga va asoratlariga bog'liq. Asoratlanmagan formalarida tayyorgarlik umumiy qoidalarga binoan **o'tkaziladi**, operatsiyadan bir kun oldin kechqurun qo'shimcha ravishda bemor me'dasi yuviladi. Kamqon bo'lib qolgan (yarasidan qon ketayotgan, me'da raki) bemorlarni operatsiyaga tayyorlash qon, eritrositar massa qo'yish yo'li bilan kamqonlikka qarshi kurashish choralarini ko'rishdan iborat. Me'daning chiqish bo'lini torayganda u cho'zilgan bo'ladi, bemor ko'p-ko'p qusadi, ko'p suv, fermentlar, tuzlar yo'qotadi.

Me'da tonusini ko'tarish va intoksikatsiyani kamaytirish uchun operatsiyadan bir necha kun oldin bemorning me'dasi har kuni 0,25% li xlorid kislota eritmasi bilan yuviladi. Suv – tuz muvozanatini tiklash maqsadida oqsil, tuz, suv, vitamin preparatlari parenteral yuboriladi.

operatsiyadan keyin 3-kuni bemor me'da osti bezi sohasida og'irlik, kekirish va qusishdan shikoyatlar qilishi mumkin. Bunga anastomoz shishi, me'da cho'ltog'i parezi sabab bo'lishi mumkin. Bunday holatda me'da devoriga qo'yilgan choklar sitilib ketish ehtimoli bor. Bu holda me'dadagi narsalar vaqti-vaqti bilan chiqarib turiladi.

Me'dada operatsiya o'tkazilgandan keyin bemorning ovqati ustidan sinchiklab kuzatuv olib borish kerak. operatsiyadan keyin 1-kuni bemor og'ziga hech narsa solmaydi. Suv-tuz, oqsil va vitamin muvozanatini quvvatlab turish uchun suv, tuz, oqsillar va vitaminlar parental yo'l bilan yuboriladi. 2-kuni (asoratlanmay kechishida) kun mobaynida taxminan 2 stakan suv yoki qandsiz choyni ichish (qultumlab) ruxsat etiladi, 3-kundan boshlab mexanik ehtiyotlaydigan 1-nomerli stol (qand, sariyog'.

xom tuxum, kisel va b.) tayinlanadi. Keyinchalik parhez kengaytirilib odatdagi stolga (1 b, 1) o'tiladi. Me'da rezektsiya qilinganda me'da shirasining kislotaliligi pasayib ketishi sababli ovqat hazmini normaga solish uchun bemorga suyultirilgan xlorid kislota, pepsin yoki me'da shirasi beriladi. Me'da hajmining kichrayib qolishi bilan bog'liq bo'lgan "kichik me'da" hodisalarini nazarda tutish zarur. Shu tufayli bemor ozodan, har 2-3 soatda ovqat eydigan bo'lib qoladi.

Bemorni sinchiklab tekshirganda ayrim organlar va sistemalar tomonidan maxsus davo metodlarini talab qiladigan buzilishlar topilmagan taqdirda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik quyidagicha olib boriladi.

Bemor kasalxonaga kelgan kundan boshlab chalqancha yotganda, uni ko'ksi orqali yaxshi nafas olishga o'rgatish uchun muntazam nafas gimnastikasi bilan shug'ullantirish kerak. operatsiyadan 2-3 kun avval tonusni oshiruvchi vositalar tayinlanadi.

**Operatsiyadan keyingi davr.** G'oyat qiyin va davomli rezektsiyadan keyin va me'da ekstirpasiyasi o'tkazilgan hollarda suyuqliklarni operatsiyadan keyin ham qo'yishni (tomchilab) davom ettirish lozim. Bu muolajalarni bemorda qon bosimining tushib ketishi va operatsiyadan keyin shok yuz berish xavfi yo'qolguncha amalga oshirib turish lozim. Me'da ekstirpasiyasidan keyin qo'yishni bir sutka mobaynida davom ettirish, bunda loaqal 250 ml miqdorda qon qo'yish shart. Birinchi sutkada yurak-tomirlar tonusini oshiradigan turli xil vositalarni qo'llash maqsadga muvofiq. Me'dasi operatsiya qilingan bemorda birinchi sutkalarda puls holati va qon bosimi ustidan kuzatib, uni o'lchab turish lozim. Qon bosimi tushib ketgan zahotiyoyq shokka qarshi tadbirlarni boshlash kerak. Jarayon engil kechganda operatsiyadan keyingi davr quyidagicha o'tkaziladi.

Birinchi sutkada bemor yeyish uchun og'ziga hech narsa solmaydi, dekompressiya uchun esa me'daga nazogastral zond kiritiladi. Suyuqlik teri ostiga yoki venaga yuboriladi. operatsiyadan keyin 2-sutkada bemorga ikki-uch qultum suv ichishga ruxsat beriladi. Agar shundan keyin kekirish bo'lmasa, sutkada 400 ml suvni oz-ozdan ichishga ruxsat etiladi. Ayni vaqtda bemor 1000 ml gacha suyuqlik ichadi. 3-kundan boshlab zarur miqdordagi suyuqlikni og'iz orqali oladi. Bulon, kisel, sharbatlar ichish mumkin. 4 - kuni parhezga 50 g sariyog', 2 dona tuxum qo'shiladi. 5 - kundan manniy bo'tqasini eyishga ruxsat beriladi. 7-8-kuni odatdagi parhez tayinlanadi. 3-4-kundan boshlab bemorga o'tirish va

yurishga ruxsat etiladi. Ahyon-ahyonda me'da rezektsiyasidan so'ng operatsiyadan keyingi parez (meteorizm) manzarasini kuzatishga to'g'ri keladi.

Meteorizmda davo ehoralarini kuniga 3 marta 1 ml dan atropin (1:1000) tayinlashdan boshlash kerak. Bundan tashqari, to'g'ri ichakka gaz haydovchi naychani tezda kiritish zarur. So'ngra venuga 10 ml 10% li osh tuzi eritmasini qo'yish mumkin. Bemorning me'dasi yuviladi. Bunday hollarda aksariyat Vishnevskiy bo'yicha buyrak oldi novokain blokadasi yaxshi ta'sir qiladi.

### **Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalarda bemorlar parvarishi**

Jigar funksiyasi buzilganda operatsiyaga tayyorgarlik o'rinda yotish va parhezga rioya qilish rejimiga amal qilishdan, glyukoza bilan insulin yuborishdan iborat (yog'larni chegaralash, ko'p miqdorda vitaminlar yuborish, 5-sonli stol).

Jigar funksiyasining chuqur buzilishlari bilan o'tadigan obturasion sariqligi bo'lgan bemorlar alohida tayyorgarlikni talab etadi. Obturasion sariqlikda o'tning ichaklarga normal tushishi to'xtaydi va shu tariqa yog'lar va vitamin K o'zlashtirilishi buziladi. Ichaklarga vitamin Kning etarlicha tushmasligi protrombin ishlanishi izdan chiqishiga va qon ivish jarayonlari buzilishiga olib keladi, bunda qon oquvchanligining oshishi kuzatiladi. Bunday hollarda operativ aralashuv talaygina qon ketish fonida kechadi. Bu asoratning oldini olish maqsadida bemorlarga vitamin K yoki uning o'rinbosari – vikasol, kaltsiy xlorid yuboriladi, qon va plazma bo'lib qo'yiladi.

Umumiy o't yo'lini drenaj qilish operatsiyalarida jarrohlikdan keyingi davrda tibbiy hamshira yoki talaba drenaj naychasi jarohatdan tushib ketmasligi, drenaj sistemasi buzilib qolmasligi ustidan kuzatib borishi shart. O'tkir davri tugagandan so'ng o't suyuqligi xarakteri o'zgaradi. U ipir-ipirlarsiz va yiringsiz, bitmuncha tiniq bo'lib qoladi. Shu vaqtdan boshlab drenaj uchi yuqoriga, avval 1-2 soatga, keyinroq esa bundan uzoq vaqtga ko'tariladi. Agar bemorning ahvoli yaxshilanmasa, sariqlik orta bormasa, drenaj olib qo'yiladi (odatda operatsiyadan keyin 10-12-kuni).

O't pufagining uzoq vaqtdan buyon mavjud oqmalarida normal ovqat hazmi buziladi, ya'ni o't suyuqligining ko'p qismi tashqariga chiqariladi.

**Yo'g'on ichagi operatsiya qilingan bemorlar parvarishi.** Bemorni operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyin parvarish qilishning o'ziga xos xususiyatlari bor. Yo'g'on ichakdagi operatsiyaning muvaffaqiyati ko'p Jihatdan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrda ularni to'g'ri parvarish qilishga bog'liq. operatsiyadan 3-5 kun avval bemorlarga kam shlaklar tutgan parhez ovqatlar tayinlanadi.

Ichak florasiga ta'sir qiladigan antibiotiklar kuniga 3 marta 0,5 g dan kanamisin, kuniga 3 marta 1 tabletkadan tetrasiklin tabletkalari ichiriladi. operatsiyadan ikki kun avval kuchsiz kaliy permanganat eritmasidan tozalash klizmasi qilinadi. operatsiyadan oldin ham shunday klizma qilinadi, bunda ertalabki klizma operatsiyadan 2-3 soat ilgari bajariladi. Klizmadan va ich kelgandan so'ng ortiqcha suvning surilib ketishi uchun bemor kamida bir soat o'rinda yotishi kerak. Operatsiyadan keyin 2-3-kuni engil hazm bo'ladigan ovqatlar – tuxum, sariyog', tvorog, kefir beriladi.

To'g'ri ichakdagi operatsiyada ichaklar bir kun avval obdon yuviladi (suv toza bo'lguncha tozalash klizmasi). Ertalab ichakni yuvindi suvlardan xoli qilish uchun rezina naycha yuborib tozalash klizmasi qilinadi va chov orasi kuchsiz kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi.

Yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan keyin to'g'ri ovqatlanish rejimining ahamiyati katta. Ichakning to'lib ketishi va peristaltikasini erta qo'zg'atish xavfli (choklar sitilib ketishi mumkin). operatsiyadan keyin 1-kundan suyuqlik ichishga ruxsat beriladi. 2-kundan boshlab bemorga kletchatkasi kam, suyuq yoki suyuqroq ovqatlar berilishi mumkin. Sut mahsulotlari, non, mevalar man qilinadi, so'ngra ichishga vazelin moyi beriladi va 7-8- kunga kelib tozalash klizmasi qilinadi.

To'g'ri ichakdagi operatsiyadan keyin bemorlar parvarishi yo'g'on ichak operatsiyasidan keyingi bemorlar parvarishi kabi bo'ladi, biroq qo'shimcha ravishda to'g'ri ichakka Vishnevskiy mahlumi qo'yilgan tampon bilan o'ralgan rezina naycha kiritiladi. O'rin-boshning qon va malhamdan ifloslanmasligi uchun kleyonka yoziladi. Tamponlar 3-4 kunda almashtiriladi (10 minut oldin narkotiklar kiritiladi). Ich kelgandan keyin kuchsiz kaliy permanganat eritmasi solingan bel vannasi, so'ngra jarohatni bog'lash tayinlanadi. Axlal oqmasi bo'lgan bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos tomonlari bor. Oqma va oqma atrofidagi teri doimiy parvarishni talab etadi. Oqma atrofidagi teri shilinishiga yo'l qo'ymaslik uchun bunday bemorlarda jarohatni tez-tez

qayta bog'lab turish kerak. Bemor harakatlari vaqtida sirpanib tushmasligi uchun bog'larni yaxshi bog'lash kerak. Har gal ich bo'shatilgandan keyin ichak shilliq pardasining ko'rinib to'rgan qismiga vazelina ho'llangan salftetka bosish, ustidan paxtali salftetka qo'yish, so'ngra bintlar yoki maxsus bandaj bilan mahkamlash lozim. Yopishqoq plastir ishlatish tavsiya qilinmaydi, chunki bog'larni tez-tez almashtirib turilganda teri shilinib jarohatlanish ehtimoli yuqori bo'ladi. Oqma atrofidagi teriga indifferent malham surtish kerak. Oqma shakllanib operatsiya jarohati bitgandan keyin terining ta'sirlanishini kamaytirish uchun har kuni vannalar qilish juda foydali. Axlat tutilib qolganda klizma qilishga zarurat paydo bo'ladi. Buning uchun qo'lqop kiyish va oqma orqali ichakka uchlik kiritish va ehtiyotlik bilan 500-600 ml suv yuborish kerak.

Me'da davolash va diagnostika maqsadida yuviladi. Stenozlovchi me'da yarasi, ichak tutilib qolishi, sifatsiz mahsulotlar va kuchli ta'sir qiladigan moddalardan zaharlanish me'dani yuvish ko'rsatmalaridan hisoblanadi. Bunga monelik qiladigan hollar bo'lib, qizilo'ngach va me'dadan qon ketishi (yara, rak, venalarning varikoz kengayishi), ayrim yurak-tomir etishmovchiligi, miokard infarkti) hisoblanadi.

Yuvish uchun yo'g'on me'da zondi, hajmi 0,5-1 l li voronka va me'da zondi bilan voronkani tutashtiradigan rezina naychadan foydalaniladi.

Bemor stulga o'tqiziladi va unga kleyonka fartuk kiygiziladi. Bemordan og'zini katta ochish va burun orqali chuqur nafas olish suraladi. Suvga ho'llangan me'da zondi og'iz orqali qizilo'ngachga kiritiladi. Bu vaqtda bemor yutish harakatlarini qilishi kerak. Voronkani bemor tizzalari sathida tutib turib, uni suvga to'ldiriladi va bemor og'zidan 25 sm yuqoriga asta-sekin ko'tariladi. Voronkadagi suv sathi naychaga etgandan keyin voronkani pastga tushirib, u avvalgi vaziyatda tutib turiladi. Suv bilan suyultirilgan me'da suyuqligi voronkaga tusha boshlaydi. Me'da suyuqligi voronkadan to'kib tashlanadi. Bu muolaja bir necha marta me'da suyuqligi batamom olinguncha takrorlanadi.

**Qorin bo'shlig'i punktsiyasi** (vrach bajaradi). Bemorning ahvoli qoniqarli bo'lganda punktsiya kasalni stulga o'tqazgan holda qilinadi. U stul suyanchig'iga suyanib o'tirishi kerak. Og'ir yotgan bemorlarda punktsiya yonboshi bilan yotqizib qilinadi. Punktsiyadan oldin bemor qovug'ini bo'shatishi yoki siydigini kateter orqali chiqarish kerak. Vrach, tibbiy hamshira yoki talaba qo'lini operatsiyadan oldin qanday bo'lsa,

shunday pokiza qiladi. Qorin terisiga yod surtiladi. Punktsiyani qorinning o'rta chizig'i bo'ylab kindik bilan chov birikmasi orasidagi masofa o'rtasiga qilinadi. Teshiladigan joy oldindan 0,25% li novokain eritmasi bilan anesteziya qilinadi. Punktsiya troakar bilan bajariladi. Qorin bo'shlig'idan suyuqlik asta-sekin (kollaps xavfi borligidan) chiqariladi. Troakar chiqarilgandan keyin bita teri choki va aseptik bog'lam qo'yiladi. Chiqarilgan suyuqlik tekshirishga jo'natiladi.

**Diurezni aniq hisob-kitob qilish.** Tabiiy yo'l bilan ajratiladigan, naycha yaqinidan chiqadigan, drenaj orqali chiqadigan siydik miqdorini alohida-alohida o'lchash lozim. Odatda poliklinika sharoitlarida chov usti qovuq oqmalari va drenajlari bo'lgan bemorlarni uzoq vaqtgacha parvarish qilishga to'g'ri keladi. Bunday sharoitlarda tibbiy hamshiralar zimmasiga qovuqni vaqti-vaqti bilan dezinfektsiya qiladigan eritmalar orqali yuvib turish, to'qima atrofidagi terini parvarish qilish yuklatiladi. Qovuqni yuvish uchun biror antiseptik, ko'pincha furasillinning kuchsiz eritmalaridan foydalaniladi, 50-100 ml antiseptik Jane shprisi yordamida qovuqqa yuboriladi, so'ngra u o'zicha qayta oqib tushadi. Drenaj naychalar ifloslanib qolganda ularni almashtirish zarurati paydo bo'ladi va buni vrach amalga oshiradi.

**Prostata bezidagi operatsiya.** Bu organda adenoma tufayli qovuq orqali qilinadigan adenomektomiya operatsiyasi rak sababli prostatektomiya bajariladi. Adenomektomiyada gemostazni yaxshi o'tkazish va operatsiyadan keyingi davrda qon oqishining oldini olish muhim vazifa hisoblanadi. operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda siydikda go'sht chayindisi rangini beradigan oz-moz qon aralashib kelishi mumkin. Biroq siydikning juda qizil bo'lib qolishi, ayniqsa, unda qon ivindilari bo'lishi va arterial bosimining tushib ketishi hammani xavotirlantirishi hamda tibbiy hamshira bu haqda vrachga zuclik bilan xabar berishi kerak. Adenomektomiyadan keyin drenaj naychalar qovuq usti oqmasi va uretra orqali o'rnatiladi. operatsiyadan keyingi davrning yaxshi o'tishi uretral kateterning uzluksiz ishlab turishi bilan ta'minlanadi. Shu maqsadda uretra orqali ikki kanalli naycha yoki ensiz va enliroq yonma-yon qo'yiladigan ikkita naycha o'rnatiladi. Qovuq ensiz naycha orqali dezinfektsiya qiladigan eritma bilan doimiy yuvib turiladi, enli naycha orqali esa qovuqdan chayindi suyuqlik chiqarib turiladi. Tibbiy hamshira operatsiyadan keyingi dastlabki sutkalarda adenoma o'rnidan qon oqishi batamom to'xtaguncha naychalarni qunt bilan kuzatib borishi kerak.

**Urologiya bo'limida bemorlarni parvarish qilish.**

Urologik bemorlarni parvarish qilishning qiyinligi shundaki, buyraklar, siydik yo'llari, qovuqda operatsiya o'tkazilgandan keyin siydik drenajlar orqali oqib chiqishi mumkin. Ular soni bitta, bir necha, ba'zan 4-5 tagacha bo'lishi mumkin. operatsiya qilingan organda siydik bevosita chiqadigan funktsional drenajlar va ehtiyotdan qo'yiladigan drenajlar bo'ladi. Ular funktsional drenaj tushib ketganda yoki chok orqali sizib chiqayotgan to'qima suyuqligi yoxud siydikni haydash uchun qorin bo'shlig'i orqasida o'rnatiladi. Drenajning vazifasi va siydikning qaysi organdan chiqayotganligini bilish uchun ularga tamg'a bosilgan bo'ladi (markirovka). Bemorlar ajratadigan siydik Yig'iladigan o'lchov bankalar yoki shishalarda ham tegishli yozuvlar bo'ladi. Har bir drenaj alohida bankaga tushiriladi. Tibbiy hamshira drenajlar, ularning o'rnatilishi, o'tkazuvchanligi ustidan doimiy nazorat qilib boradi. Drenaj tushib ketganda siydik atrofidagi to'qimalarga tusha boshlaydi, ularda Yig'iladi, natijada oqma cho'ntaklar hosil bo'lib, ular yallig'lanish jarayonini hosil qiladi. Drenajning o'tkazuvchanligi yaxshi bo'lishi kerak. Unda yiring, qon ivindisi, shilimshiq tiqilib qolmasligi uchun sutkasiga 3-4 marta furasillin eritmasi bilan (1:5000) yuviladi. Urologik bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda diurez o'lchab boriladi. Bunda ichilgan va parenteral yuborilgan suyuqlik miqdori aniq o'lchaniladi. Shuningdek, umuman ajralib chiqqan siydik miqdori va har bir drenajdan tushgan siydik miqdori hisob qilinadi. Siydikning bog'lama sizib o'tish tezligi ham qayd qilinadi. Gipospadiya, uretraning postravmatik torayishi kabilarida operatsiyalar oldidan bemorlarda tsistostomiya o'tkaziladi, ya'ni sun'iy uretra hosil qilinadi. Tsistostomik naychani tashqi uchini siydikdonga (shishaga) tushiriladi, uuni bemor tanasiga bog'lanishi bilan mahkumlanadi. Tsistostomali bemorlar parvarishi siydikdonni sutkasiga 4-5 marta bo'shatib turish, tsistostoma atrofidagi terini toza tutish va tsistostomik naychani yuvishdan iborat. Ajralib chiqadigan siydik xarakterini doimo kuzatib borish zarur. operatsiyadan keyin dastlabki sutkalarda siydikka oz-moz qon aralashib kelish ehtimoli bor. Agar qon laxtalar holida yoki talay miqdorda ajralib chiqadigan bo'lsa, darhol vrachga xabar berish zarur.

Siydik ajralishining buzilishi va sfinkterning ochilib qolishi juda xavfli bo'lib, siydik yo'llarida yuqori ko'tariluvchi infeksiyaga yo'l ochiladi. Tez kunda bemorda sistit, tsistopielit va urosepsis yuz berishi



mumkin. Siydikdagi infeksiyaga ko'pincha undagi ishqorli muhit sababchi bo'lib, bemorlarga oshqozon shirasi, xlorid kislotasi eritmasi, furadonin va limon shirasi ichish tavsiya etiladi. Qovuqni bo'shatish uchun (siydik turib qolmasligi kerak) oldin elastik kateter yordamida kuniga 2 marta siydik olinadi. Hamshira bu ishni bajarishda aseptika qoidalariga to'la rioya qilishi va faqat steril qo'lqopdan foydalanishi kerak. Qovuqni kateterlashdan oldin tashqi jinsiy a'zolar antiseptik eritma bilan artiladi, qovuq bo'shatilgach, toza qilib yuviladi. Erkaklarda kateter jinsiy a'zoga kiritilsa, ayollarda leykoplaster bilan soniga yopishtirib qo'yiladi. Kateter qo'yish – qovuqqa kateter yuborish qovuqdan davo va diagnostika maqsadida siydik chiqarib olish hamda qovuqni yuvish uchun unga kateter solinadi. Kateter solishda qovuqqa infeksiya tushib qolmasligi uchun juda ehtiyot bo'lish kerak, chunki qovuqning shilliq pardasi infeksiyaga sust qarshilik ko'rsatadigan xususiyatga ega. Kateter solish uchun yumshoq va qattiq kateterlardan foydalaniladi. Yumshoq kateter uzunligi 25-30 sm va diametri 0,33 mm-10 mm gacha boradigan elastik rezina naydir. Kateterning qovuqqa solinadigan uchi dumaloqlangan va berk, yon tomonida aylana teshigi, tashqi uchi qiyshiq qilib kesilgan yoki qovuqqa dori moddalar yuborishda shpris uchligini o'rnatish osonroq bo'lsin deb, voronkaga o'xshatib kengaytirilgan bo'ladi. Kateterni ishlatishdan oldin suv qaynab chiqqan vaqtdan boshlab, 10-15 minut davomida qaynatiladi. Ishlatib bo'lgandan keyin issiq suvda sovunlab, yaxshilab yuviladi va yumshoq latta bilan artiladi. Rezinka kateterlar 2% li Boriy yoki karbon kislotasi bilan to'ldirib qo'yilgan uzun, qopqoqli, sirlangan va shisha idishlarda saqlanadi, aks holda ular qurib elastikligini yo'qotib qo'yadi va murt bo'lib qoladi. Rezina kateterlari saqlanadigan maxsus sterilizatorlar bor, bunday sterilizatorlarning tubiga formalin tabletkalari solib qo'yiladi, shularning bug'lari kateterlarning steril turishini ta'minlaydi.

Qattiq (metall) kateter dasta, sterjen va tumshuqdan iborat. Uretraga solinadigan kateterning uchi berk, dumaloq, yon tomonida ikkita oval teshigi bor. Erkaklar kateterining uzunligi 30 sm, ayollar kateterining uzunligi 12-15 sm cho'zilgan kichikroq tumshug'i bo'ladi.

### **Siydik kateterini o'rnatish.**

**Kateterizatsiya qilish texnikasi.** Bu ishni aseptikaning qonun va qoidalariga amal qilgan holda bajarish kerak. Bunda vrach yoki feldsher qo'llarini tirsakka qadab, sovunlab cho'tka bilan yaxshilab yuvishi,

so'ngra spirt bilan artishi va barmoq uchlari 5 % li yod eritmasini surtishi kerak. Sterillangan kateterlardan foydalanish oldidan siydik yo'li kanalidan yengil sirg'anishi uchun u sterillangan vazelin moyi bilan moylanadi, bemorning jinsiy a'zolari iliq suv bilan yuviladi va kaliy permanganatning 1:3000 eritmasi bilan dezinfeksiya qilinadi.



31 ras. Siydik kateterini o'rnatish.

Yumshoq kateterlarni yuborish oldidan bemorning dumbasi ostiga qattiq yostiq qo'yib orqasiga yotqiziladi. Bemor oyog'ini tizzasidan bukishi va uni iloji boricha kerishi lozim. Bemorning oyoqlari orasiga siydik tushishi uchun tog'ora qo'yiladi. Kateterizatsiya ishi erkaklarda o'tkaziladigan bo'lsa, bemorning chap tomonida turiladi. Kateter o'ng qo'lida pintset bilan ushlanadi, chap qo'l bilan esa jinsiy olat ushlanadi. Kateterning yopiq uchi siydik chiqarish kanalining tashqi teshigiga kiritiladi va kateter ehtiyotlik bilan qovuqqa tomon yuboriladi, bunda jinsiy olat katta va ko'rsatkich barmoq bilan sal qisiladi. Siydik paydo bo'lishi kateterning qovuqqa tushganligini ko'rsatadi. Kateterni yuborishda qovuq sfinkteri oldida unga to'sqinlik bo'lishi mumkin. Bunday vaqtlarda bemorni bir zum gapga chalg'itish bilanoq kateter qovuqqa tushiriladi. Kateterni sug'urib olayotganda uning tashqi uchini shunday qisish kerakki, siydik bemorning kiyimlariga va badaniga tegmasin.

Ayollarni kateterizatsiya qilish ishi erkaklarnikiga nisbatan bir muncha osondir. Bunda ayollarning tashqi jinsiy organlari sovunlab iliq suv bilan, so'ngra furasilinning 1:10000 nisbatdagi iliq eritmasi bilan yuviladi. Buning uchun katta lablarni kerib, furasilin bilan siydik chiqarish kanalining teshigi va uning atrofi yuviladi. So'ngra lablar o'rtasiga shu eritmada ho'llangan paxta yoki dokadan qilingan tampon

qo'yiladi. Tibbiyot xodimi bemorning o'ng tomonida turib, katta lablarini kerib siydik chiqarish kanalining teshigini topadi va o'ng qo'li bilan *pinsetni ushlab, ehtiyotlik bilan vazelin surtilgan kateterni yuboradi.* Kateterizasiya qilish qovug'i va siydik chiqarish kanali yallig'langan bemorlarda, siydik chiqarish kanalida soxta yo'llar bo'lganida man etiladi.

### Parenteral ovqatlanish.

Parenteral ovqatlanishga ko'rsatma = tabiiy yo'llar orqali ovqatni oshqozonga tushishi qiyin bo'lganda (qizilo'ngach saraton, oshqozon saratonida, ichak tutilishida, anoreksiyada); bemorning og'iz orqali ovqatlanishi mumkin bo'lmagan holatlarda (oqma yara, Pankreatit, yutinish funksiyasi buzilganda, oshqozon ichak traktida o'tkazilgan operatsiyalardan so'ng); ovqatlanish yetarli miqdorda bo'lmaganida, ba'zan bemorlarning ovqat yeyishni xohlamasligi yoki yeya olmasligi (kolit), o'sma intoksikatsiyasi, nur va kimyo terapiyadan so'ng yoshi katta bemorlarda o'tkazilgan jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda ko'rsatma beriladi.

Parenteral ovqatlanish uchun: glyukozaning 5%, 10%, 20%, 30% li eritmalaridan, oqsillar (aminokislota eritmolari, polliamin, alvezin, albumin)dan foydalaniladi. Eritmalar katta venaga (o'mrov osti, yugulyar) maxsus kateterlar orqali yuboriladi.

Parenteral ovqatlantirishning umumiy sxemasiga boshqa preparatlar ham kiradi (vitaminlar, anabolik gormonlar, qon, plazma, elektrolit eritmalar). Parenteral ovqatlantirish paytida yuborilayotgan dori vositasining tezligiga, dozasiga, yuborish vaqtiga e'tibor beriladi. Bemorning umumiy holati nazoratga olinadi. Yuborilayotgan parenteral ovqatlantirishning effektivligi baholanadi, bioximik ko'rsatgichlar kuzatib boriladi.

### Operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish.

Qorin bo'shlig'i va kichik chanoqda o'tkaziladigan operatsiyalarning turlari hajmining oshishi natijasida operatsiyadan keyingi asoratlar ham oshishi mumkin. Ilmiy ma'lumotlarga qaraganda, erta asoratlar 6-10% bemorlarda uchraydi, hajmi katta bo'lgan operatsiyalarda 12-27,5% uchraydi. Asoratlarning bo'lishi davolash sifatini pasaytiradi va bemorlarning hayoti uchun xavf tug'diradi. Asoratlarning oldini olish zamonaviy usullar bilan ularni diagnostika

qilish va davolash jarrohlik amaliyotidagi asosiy muammolardan biri bo'lib hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi asoratlar 4 ta asosiy guruhga bo'linadi.

I guruh. Organizmda asosiy kasallik natijasida umumiy va mahalliy buzilishlarning bo'lishi masalan, yiringli peritonitdan keyin eventerapiyaning bo'lishi.

II guruh. Operatsiyadan keyingi asoratlarga: hayotiy muhim a'zolar (nafas, yurak-qon tomir, buyrak) va sistemalardagi chuqur buzilishlar, ya'ni bemorning yo'ldosh kasalliklari natijasida kelib chiqadigan asoratlar.

Bu asoratlarga yurak-qon tomir, nafas yoki buyrak, jigar etishmovchiligini kiritish mumkin. Bemorlarda gomeostazning buzilishlari, jigar tsirrozi, oshqozon yo'llarida stenoz bo'lishi, yomon sifatli o'smalar, qandli diabetning dekompensasiyalangan bosqichlari, mexanik sariqlik, alkogolizmning bo'lishi asoratlarni keltirib chiqaruvchi sabablardir. Bu kasalliklar fonida jarohatning birlamchi bitishi sekinlashadi, yiringli jarayonlar qo'shiladi.

III guruh. Operatsiya vaqtidagi texnik xatolar: qorin bo'shlig'idan qon ketishi, qorin bo'shlig'ida yot jismlar qolishi, umumiy o't yo'li va jigardagi suboperasion jarohatlar.

IV. guruh. Operatsiyadan keyingi xirurgik manipulyasiyalarni va boshqa usullarni bajarishdagi asoratlar: operatsiyadan keyingi ichak tutilishi, garmonal terapiyadan keyin oshqozon-ichak traktidan qon ketish, operatsiyadan keyin asoratlar bo'ladi, hatto jarohatning yiringlashi va ligaturali oqmalar ham bemorni asabiylashishiga olib keladi.

### **Operatsiyadan keyingi peritonit.**

Operatsiyadan keyingi peritonit – qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyalardan keyin kelib chiqadigan qorin pardaning yallig'lanishi. operatsiyadan keyingi peritonit qorin bo'shlig'i a'zolarida o'tkazilgan operatsiyalardan keyin yuzaga keladigan bemorlar o'limining yuqori foizlarini tashkil qiladi.

**Klinika.** Operatsiyadan keyingi peritonitga erta diaqnoz qo'yish qiyin, chunki bemor operatsiyadan keyingi vaqtda ahvoli og'ir bo'ladi va intensiv medikamentoz, infuzion terapiya fonida rivojlanadi. Bemorlarda qorin bo'shlig'ida og'riq, intoksikasiya va qorin old devori mushaklarining taranglashganligi kuzatiladi.

Yashin tezligida kechadigan shakli. Qorin bo'shlig'ida aniq ifodalanadigan belgilar kam. lekin bemorning ahvoli to'satdan og'irlashadi. Septik shok belgilari yuzaga chiqadi. Bemorning rangi oqargan, eyforiya holatida bo'ladi, keyin chuqur apatiya kuzatiladi. Nigohlari bir joyda qotib qolgan, ma'nosiz. Qon bosimini kritik ko'rsatkichlargacha tushib ketgan, puls tezlashgan, ipsimon. Oshqozondan ko'p miqdorda yashil dimlangan saqlanma asperasiya qilinadi. Og'riq sindromi kuchsiz ifodalangan, qorni yumshoq, peristaltika yo'q. Meteorizm kuchayib boradi. Leykositoz yuqori (leykosit 25-30 mingtagacha) neytrofilli siljish bilan kechadi. Ba'zi bemorlarda notinchlik, tez-tez nafas olish, yurakning tez urishi, qo'l va oyoq barmoq uchlarining sovqotishi va oqarishi kuzatiladi. Bu vaqtda darhol septik shok tashxisi qo'yilib, davolashni boshlash kerak.

Kasallikning o'tkir kechishi. Shovlarning noto'g'ri qo'yilganligi va erkin qorin bo'shlig'ida chegaralangan yiringning to'planganligi kasallikning o'tkir kechishiga sabab bo'ladi. Bu holatda bemorlarda o'tkir qorinning tipik ko'rinishi yuzaga chiqadi: intensiv og'riqlar, qorin old devori mushaklarining tarangligi, til qurishi, qusish, taxikardiya va boshqa belgilar. Bu belgilar operatsiyadan 3-5 kun o'tgandan keyin, ba'zan kechroq, operatsiyadan 10-15 kun o'tgandan keyin ham kuzatilishi mumkin. Taxikardiya, dinamik ichak tutilishi, tilning quruqligi, qorindagi og'riqlar operatsiyadan keyingi peritonitning doimiy darakhilari bo'lib hisoblanadi.

**Kichik chanoq absessi.** Kichik chanoq absessi chegaralangan yiringning to'g'ri ichak - pufak bo'shlig'ida (erkaklarda) hamda oldingi va orqa to'g'ri ichak - bachadon bo'shlig'ida (ayollarda) to'planishi hisoblanadi. Operatsiyadan keyingi bu asorat kam uchraydi.

**Klinikasi.** Bemorlar tana haroratining 38-39<sup>o</sup>S ga ko'tarilishiga, operatsiyadan keyingi 1-kunlarda yoki 5-6- kunlarda shikoyat qiladilar. Chuqur palpasiya qilganda qorinning pastki qismida og'riq kuchayadi. Qorinning boshqa sohalari yumshoq, og'riqsiz, qorin pardaning ta'sirlanish belgilari yo'q. Yiringli jarayonga qorin pardaning to'g'ri ichak va siydik pufagini o'rab to'rgan qismi ham qo'shilganda bemorlar siyganida og'riq va ichning suyuq o'tishi, shilliq aralash kelishi, tenizmlar kuzatiladi. Yiringli jarayon o'lchami katta bo'lganida va infiltrasiya belgilari bo'lganda, atrofdagi to'g'ri ichakning bosilishi natijasida mexanik ichak tutilishining belgilari paydo bo'ladi. Absess to'g'ri ichakka yoki siydik pufagiga yorilganida bemorlar defikasiya

aktida yoki siyish vaqtida yiring ajraladi. Natijada bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, tana harorati tushadi.

**Davolash.** Infiltrasiya davrida mikroklizmalar kuniga 3-4 marta tavsiya qilinadi. Oraliq sohasiga UVCH qo'yiladi. 5-10 kundan (abscess shakllangandan) keyin operatsiya qilinadi.

**Ichaklar oralig'idagi abscess.** Ichaklar orasidagi abscess -- yiringli jarayonning qorinning pastki qismida chegaralangan holatda yo'g'on va ingichka ichak qovuzloqlari orasida to'planishidir. Bu abscessning devorini charvi, ichak tutqichlar, parietal qorin parda tashkil qiladi. Bitta va ko'p sonli, asoratlangan va asoratlanmagan turlari aniqlanadi. Bu esa qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyadan so'ng sanasiyaning yetarli darajada qilinmaganligi yoki noadekvat drenajlash, ichak shovlarining texnik noto'g'ri qo'yilishi sababli kelib chiqadi.

**Klinikasi.** Kasallikning klinik belgilari sekin-asta boshlanadi. Subfebril harorat va ichak parezi kuzatiladi. Intoksikasiya kuchayadi. Tana haroratining ko'tarilishi doimiy yoki gegtik xarakterda bo'ladi. Klinik laborator ko'rsatkichlar o'zgaradi. Qorinda doimiy og'riq yoki o'tkir xurujsimon og'riqlar kuzatiladi. Ichaklar orasidagi abscessning ko'p uchraydigan belgilaridan biri ichak tutilishidir. Ichak tutilishi dinamik yoki mexanik xarakterga ega bo'ladi. Ko'p sonli yiringli o'choqlar bo'lganida kasallikning klinik belgilari og'ir kechadi, xuddi operatsiyadan keyingi peritonitning belgilariga o'xshaydi.

**Palpasiyada abscess sohasida infiltrat paypaslanadi.** Shotkin - Blyumberg simptomi musbat bo'ladi. Ichaklar orasidagi abscessning ko'p uchraydigan asoratlari:

- abscessning qorin bo'shlig'iga yoki kovak a'zolarga yorilishi;
- ichak oqinalari;
- ichak tutilishi;
- eventrasiya;
- operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashi;
- pileflebit;
- jigir absessi.

**Davolash.** Ichaklar orasida yallig'langan infiltratga shubha qilinganda konservativ davo o'tkaziladi. Infiltrasiya sohasiga muz qo'yiladi. Dezintoksikasion va umumiy quvvatlantiruvchi dorilar, massiv antibakterial terapiya va fizioterapevtik muolajalar qilinadi. Ko'pincha shu muolajalardan keyin infiltrat surilib ketadi. Rentgenoterapiya qilinadi, 0,3-0,5 gr dan har 2-3 kunda 3-6 ta muolaja o'tkaziladi. Lokal abscessning belgilari kuzatilganda operatsiya qilinadi.

## 6. BOB. KASALLIGI O'TKAZIB YUBORILGAN BOSQICHDAGI BEMORLARNI PARVARISHLASH (O'SMANING PARCHALANISHI, SARATON INTOKSIKASIYASI, GASTROSTOMANI PARVARISHLASH, IV BOSQICHLARDA PSIXOLOGIK ASPEKTLAR)

O'smaning organizmiga ta'siri quyidagi ko'rinishda namoyon bo'ladi: o'sma hujayraning organizm kuchlariga qarshi turli xil himoya choralari va o'sma avlodining organizmga qarshi agressiv harakati. O'sma hujayralarining nospesifik va spetsifik immunitetdan himoyalaniş usullaridan biri tromboplastinning ko'proq ishlab chiqarilishidir. Bu fibrinogenning fibringa aylanishini keltirib chiqaradi, fibrin iplari esa o'sma hujayralarini parda kabi o'rab oladi va makrofaglar, limfasitlar, antitanalardan saqlaydi.

Aniqlanishicha, ko'plab o'sma hujayralarining asosiy migrasiyasi limfa tomirlari orqali sodir bo'lar ekan. Bunda ular, albatia, limfa tugunchalariga tushadi. Limfa tugunchalarda o'sma hujayralari – antigenlariga javoban giperplaziya boshlanadi, bunda makrofaglar, plazmasitlar, yirik limfa hujayralari, T va B limfasitlarning miqdori keskin oshib boradi. Bu esa limfa tugunchalariga tushgan o'sma hujayralarning nobud bo'lishiga olib keladi va uzoq vaqt (oylar, ba'zida yillar) davomida ularning organizmga tarqalishiga (disseminasiyaga) to'sqinlik qiladi.

O'sma jarayonining keyinchalik progressiyasi ko'pincha ichki a'zolarda metastazlar hosil bo'lishiga, immunodepressiya kuchayishiga, o'sma hujayralarining doimo nobud bo'lishi tufayli (50% dan ko'proq) intoksikasiyalanishiga, kuchli kaxeksiya rivojlanishiga va natijada o'limga olib keladi.

**Og'riq sindromiga qarshi kurash. Xavfli o'smalarni tarqalgan bosqichidagi bemorlarni parvarishlashning o'ziga xos xususiyatlari. Simptomatik yordam ko'rsatish. Nonarkotik va narkotik og'riq qoldiruvchi dori vositalarini qo'llash prinsiplari.**

JASP xalqaro og'riqni o'rganish tashkiloti og'riqni "to'qimaning shikastlanishi yoki shu bilan bog'liq harakatdan yoqimsiz sezgi yoki emotsional hissiyot yoki atamalarda shunday ta'riflanadigan" deb tavsiflagan. 3-6 oy moboynda sababi yuqotilmasdan saqlanib turadigan

o'tkir og'riq mustaqil patologik jarayonga aylanadi, buni surunkali og'riq sindromi sifatida klassifikatsiya qilish mumkin.

Onkologik bemorlarda og'riqni chaqiruvchi sabablar ko'p bo'lishi mumkin.

*Onkologik kasallarda og'riq sindromining asosiy sabablari :*

- O'smaning o'zi chaqirgan og'riq (suyaklar, yumshoq to'qimalar, teri, ichki a'zolar shikastlanishi, tomirlar, oshqozon ichak tizimi va boshqalar oklyuziyasi)

- O'sma jarayoni asoratlarida ( patologik sinish, nekroz, yaralanish, yallig'lanish, a'zo va to'qimalarning infitsirlanishi, trombozlar)

- Paraneoplastik sindromdagi og'riq (artro-, neyro- va miopatiyalar)

- Astenizatsiya oqibatidagi og'riq ( yotoq yaralar, trofik yaralar, ich qotishlar)

- O'smaga qarshi davolash bilan og'riq : Saraton jarrohlik yo'li bilan davolangandagi asoratlarida ( fantom og'riq, bitishma, chandiq, anastomozitlar, shishlardagi og'riqlar)

- Kimyo terapiya asoratlarida (stomatit, polineyropatiya, tarqalgan mialgiya, aseptik nekroz, artralgiyalar)

- Nur terapiya asoratlarida ( teri, suyaklar shikastlanishi, fibroz, pleksit, nevrit, mielopatiya va b.)

Prinsipiga bog'liq holda zamonaviy chet el monografiyalarida, klassifikatsiya asosida quyidagi onkologik og'riq turlari ta'riflangan:

*Etiologik klassifikatsiya :*

- O'sma bevosita chaqiradigan og'riq
- O'smaga qarshi terapiya natijasidagi og'riq
- Umumiy holsizlik oqibatidagi og'riq
- Raqobatlashuvchi kasalliklardagi og'riq

*Patofiziologik klassifikatsiya :*

- Notsitseptiv (somatik va visseral)
- Neyropatik
- Aralash etiologiyadagi
- Psixogen

*Og'riq joylashgan joyiga qarab*

- Bosh va bo'yindagi og'riq
- Ko'krak qafasidagi og'riq
- Vertebral va ildizchali og'riq
- Abdominal yoki chanoq og'rig'i



- Oyoq-qo'l va suyaklardagi og'riq
- Og'riq ifodalinishiga ko'ra*
- Kuchsiz
- O'rtacha
- Kuchli

Bu klassifikatsiyalarning hammasi og'riqni ta'riflashda kundalik klinik amaliyotda qo'llaniladi. Onkologik bemorlarda og'riq sindromlari vaqtinchalik yoki o'tib ketadigan emas, ularda biologik muvofiqlik yo'q, himoya harakteriga ega emas.

Onkologik bemorda og'riq aksincha moslashuvning buzilishiga, og'riq va og'riqli bo'lmagan impulslarni noto'g'ri qabul qilishiga olib keladi, bemor organizmining MNS ida turli buzilishlar bilan kuzatiladi.

Klinik ko'rinish bemorning og'riq his qilish busag'asi va ruxiyatiga, konstitutsiyasiga bog'liqdir. Shunga qaramasdan og'riq diagnostikasi va terapiyasida alohidalashgan yondashuv qo'llanilishi kerak. O'sma jarayonining tarqalgan shaklidagi 70% bemorlarda ikki xildan ortiq og'riq hissining patofiziologik ko'rinishi aniqlanadi (Oscar A. De Leon-Casasola, 2006).

Neyropatik buzilishlarda paydo bo'luvchi, g'alati bo'lgan og'riq hissiyotiga alohida e'tibor qaratish kerak, chunki ular maxsus terapiyani talab qiladi.

### Onkologik bemorda og'riq diagnostikasi

Surunkali og'riq sindromi intensivligini baholash verbal(og'zaki) baholash shkalasi(OBSH), ko'rish analog shkalasi (KASH), og'riq surovnomalari (McGrill Pain Questionare va boshqa) yordamida amalga oshiriladi. Klinik qo'llash uchun eng qulay va oddiy bo'lib 5-ballik(OBSH) hisoblanadi, shifokor tomonidan bemor so'zlaridan to'ldiriladi:

- 0 ball ---- og'riq yo'q
- 1 ball ---- kuchsiz og'riq
- 2 ball ---- o'rtacha og'riq
- 3 ball ---- kuchli og'riq
- 4 ball ---- chidab bo'lmaydigan judayam kuchli og'riq.

Ko'pincha ko'rish analog shkalasi (KASH) qo'llaniladi, og'riq intensivligi 0 dan 100% gacha bo'ladi, bemorga beriladi va uning o'zi og'riq hissiyoti darajasini belgilaydi.

Surunkali og'riq sindromini davolash jarayonida ushbu shkalalar dinamikani miqdoriy baholash imkonini beradi.

Onkologik bemor hayot sifatini baholash uchun 5- ballik jismoniy faollik shkalasi orqali ob'ektiv o'tkazsa bo'ladi :

1 ball ---- normal jismoniy faollik

2 ball ---- kamroq pasaygan bemor shifokor huzuriga mustaqil qatnay oladi

3 ball ---- o'rtacha pasaygan (kunduzgi vaqtda yotok tartibi 50%)

4 ball ---- sezilarli pasaygan (kunduzgi vaqtda yotok tartibi 50%dan ko'proq)

5 ball ---- minimal ( to'liq yotok tartibi)

Onkologik bemor umumiy holatini baholash uchun Karnofskiy bo'yicha hayot sifatini baholash shkalasi qo'llaniladi, bemor faollik darajasi dinamikasini foizlarda o'lchanadi:

- 100% norma. Hech qanaqa shikoyatlar yo'q. Kasallik belgilari yo'q.

- 90% Normal faollik, kasallikning ayrim belgilari va simptomlari.

- 80% Normal faollik, kasallikning ayrim belgilari va simptomlari.

- 70% Bemor o'ziga xizmat qiladi lekin normal faollikni amalga oshira olmaydi

- 60% Bemor ko'p hollarda o'ziga xizmat qiladi, ayrim hollarda yerdam kerak bo'ladi.

- 50% Tez-tez va sezilarli tibbiy yerdam kerak bo'ladi.

- 40% Nogironlik. Maxsus yordam va qo'llab turish talab qilinadi.

- 30% Og'ir nogironlik. Gospitalizatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi, hayot uchun xavf yo'q.

- 20% Gospitalizatsiya va faol qo'llab turuvchi terapiya zarur.

- 10% O'limga olib keluvchi jarayonlar tezlik bilan avj oladi.

- 0% O'lim.

Yanada to'liqroq baholash uchun bir qator mezonlar kompleksi qo'llaniladi. Xalqaro og'riqni o'rganish Assotsiatsiyasi(IASP, 1994) tomonidan taklif etilgan, quydagi parametrlarni o'z ichiga oladi:

- umumiy jismoniy holat

- funksional faollik

- ijtimoiy faollik

- o'ziga xizmat qilish imkoniyati

- muloqotchanlik, oiladagi xulqi

- ma'naviylik

- davolanishdan qoniqish
- kelajak rejalar
- jinsiy funksiyalar
- kasbiy faoliyat

Analgetik terapiyani ko'tara olishni baholash uchun u yoki bu preparat tomonidan chaqirilgan nojuya ta'sir ( uyquchanlik, og'iz qurishi, bosh og'rig'i va b.) paydo bo'lishi va uning ifodalanishi 3-ballik tizimda hisobga olinadi:

- 0 ---- nojuya ta'sirlar yo'q
- 1 ---- kam ifodalangan
- 2 ---- o'rtacha ifodalangan
- 3 ---- kuchli ifodalangan.

Bunda shuni esda tutish kerakki tarqalgan o'sma shakllari bo'lgan bemorlarda ko'pchilik analgetiklarning o'xshash nojuya ta'sirlari simptomlari bo'lishi mumkin( qusish, og'iz qurishi, bosh aylanishi, holsizlik), shuning uchun analgetik terapiya boshlangunigacha yoki uni tug'irlashgacha boshlang'ich holatni baholash kerak.

### Onkologik og'riqni davolash

Onkologik og'riqni zamonaviy terapiyasi saraton "klassik" og'riqsizlantirish metodikasiga asoslangan - JSST tomonidan uch pog'onali "og'riksizlantirish zinasini" taklif etilgan. Yigirma yil ilgari 1986 yil JSST hozirgi kunda dolzarb bo'lgan asosiy prinsiplarni ichiga oluvchi nashrni e'lon qildi :

- "og'iz orqali"
- "soatga qarab"
- "ko'tarib boriluvchi"
- "individual"
- "har bir narsaga alohida e'tibor berib"

JSST konsepsiyasini ifodalovchi bu 5 ta bir-birini to'ldiruvchi teng huquqli prinsiplariga ko'ra, og'riq bilan kurashda aynan farmakoterapiya asosiy hisoblanadi.

Birinchi prinsip "og'iz orqali" -- analgetiklarning faqatgina noinvaziv shakllarini qo'llash muhimligini bildiradi, bular tabletkalar, kapsulalar, analgetiklar eritmaları bo'lish mumkin yoki transdermal terapevtik sistemalarni qo'llashdir.

Ikkinchi prinsip "soatga qarab" -- og'riq rivojlanishidan oldin soatga qarab analgetiklarni qabul qilishni bildiradi.

uchinchi - - "ko'tarib boriluvchi" -- analgetiklarni, og'riq kuchsiz bo'lganda noopioidlardan ( paratsetamol va YaKNV) tortib, o'rtacha og'riqda yumshoq opioidlar va og'ir og'riq sindromida kuchli ta'sir etuvchi opioidlarni bosqichli qo'llashga muljallangan.

To'rtinchi prinsip analgetik tanlashda eng samarador analgetikni, kerakli dozada, ma'lum bemerga eng kam nojuyva ta'siriga asosan "individual" tanlashga mo'ljallangan. "Har bir narsaga alohida e'tibor berib" prinsipi analgetiklar va ad'yuvant vositalarni, ularga muhtojlik to'g'rilganda, og'riqsizlantiruvchi terapiya ustidan nazorat o'tkazilganda ko'llashga mo'ljallangan.

Onkologik bemorlarda og'riq sindromini maqsudga muvofiq davolashda, JSST tavsiyalariga ko'ra, uch pog'onali farmakoterapiya qo'llash qabul qilingan ( uch pog'onali JSST zinasini).

Kuchsiz og'riqda (birinchi pog'onada) noopioid analgetiklar qo'llaniladi, og'riq kuchayganda "yumshoq" opioid analgetiklar bilan to'ldiriladi (ikkinchi pog'ona), Bu kombinatsiya samarasizligida kuchli ta'sir etuvchi opioid analgetiklarni ad'yuvant terapiya bilan kompleksda qo'llaniladi (uchinchi pog'ona). Ayrim nashrlarda va xalqaro forumlardagi chiqishlarda ko'p hollarda to'rtinchi pog'onani ta'kidlashmoqda, uchinchi pog'ona preparatlari yomon ta'sir qilganda yoki samarasizligida analgeziyaning invaziv metodlarini qo'llash kerak.

JSST tomonidan tavsiya etilgan keng qo'llanuvchi farmakoterapiya 15-20% xollarda xoxlangandek natijalarni bermaydi, chunki onkologik bemorlarda og'riq sindromi paydo bo'lish sabablari turli xil bo'lishi mumkin. Bir bemorning o'zida o'sma tarqalishidan yoki o'smaga qarshi davolash o'tkazilishidan keyin noutsitseptiv somatik og'riqdan tashqari visseral komponent va neyropatik og'riq sindromi qo'shilishi mumkin.

Og'riq – saraton kasalligi bilan kasallangan bemorlarda eng og'ir va vahimali asoratdir. Klinitsistlar uchun – onkologiyadagi eng qiyin diagnostikadagi va davolashdagi eng qiyin muammolardan biridir.

Narkotik analgetiklar va ularga yaqin preparatlar kuchsizidan kuchlisiga qarab borishi kerak. Kodein, promedol, pentanil, morfin, morfilong va boshqalar – nonarkotik dori vositalarning effektivligi bo'lmaganligiga qo'llaniladi.

Asosiy qo'llash usullari: Og'iz orqali ichishga, to'g'ri ichak orqali, teri ostiga, mushak orasiga, tomir ichiga. Dozalash maxsus dozatorlarda olib boriladi. Nojo'ya ta'sirlari:

- nafas to'xtab qolishi mumkin;
- bemor bu dorilarga o'rganib qolishi mumkin;
- keyinchalik bemor bu dorilarga o'rganib qoladi.

Shuning uchun yangi avlod dori vositalari ishlab chiqarildi (pentozitsin, volfin, norfin, tramol, nubain, nalbufin) bular ta'sir doirasi jihatidan narkotik analgetiklarga yaqin, nafas depressiyasini chaqirmaydi.

Regionar blokadalar: Epidural, interkostal, presakral, gangliyal va nerv tolalarini blokadasi. Bu usullar diagnostika va davo maqsadida qo'llaniladi. Buning uchun uzoq vaqt ta'sir qiladigan mahalliy analgetiklar ishlatiladi. Mahalliy anestetiklarning uzoq vaqt ta'sir qilish uchun, blokada qilingan sohada dozatorlar yordamida uzoq vaqt infuziya yoki ximik denervatsiya qilinadi.

Elektrostimulyasion analgeziya, ako'punktura. Bu usul 40% effektivlik beradi. «Delta 101», «Kulon», «Eliman» apparatlari yordamida elektrostimulyasion analgeziya qilinadi. Teri orqali elektrostimulyasion analgeziya elektroigloanalgeziya, aurikuloanalgeziya, elektrostimulyasion analgeziya, nerv stvollari va tolalarida epidural elektroanalgeziya (Delta 301) lazer refleksoterapiyalari ishlatiladi.

Neyroxirurgik: aralashuv - og'riq simptomini davolashda boshqa usullarning effektivligi bo'lmaganda ishlatiladi. Bu-larga (nevroliz, gangliylarning olib tashlash, nerv tugunlarini termokoagulyasiya qilish, dorsal rizotomiya, teri orqali xordo-tomiya, ximik va lazer gipofizektomiya va x.k).

**Ko'ngil aynish va qusishda ko'rsatiladigan yordam.** Sizga ma'lumki, onkologik kasalliklarda ko'ngil aynish va qusish ko'p uchraydigan belgilardan biri. Asosiy sabablari:

- o'smaning oshqozon ichak traktiga, jigarga va markaziy nerv sistemasiga o'sishi va tarqalishi;
- emetogen-sitostatik dori terapiyasi;
- oshqozon ichak trakti sohasida, jigarda yoki bosh miyada nur terapiyasining o'tkazilishi;
- opiy preparatlari bilan davolash; o'sma intoksikatsiyasi; ich qotishi;
- infeksiya yoki septitsemiya;
- jigar buyrak etishmovchiligi;

- giperkalsiemiya psixik faktor;

Ko'ngil aynishni va qusishni baholash uchun shkala ishlab chiqarilgan (SSHA, NCI).

*Ko'ngil aynishi va qusishning baholash mezonlari.*

0 daraja – ko'ngil aynish yo'q.

I daraja – ovqat qabul qilish imkoniyati biroz pasaygan.

II daraja – ovqat qabul qilish imkoniyati sezilarli darajada pasaygan, lekin bemor ovqat yeydi.

III daraja -- ovqat yeya olmaydi.

*Qusish quyidagi mezonlarga qarab baholanadi:*

0 daraja – qusish yo'q.

I daraja – 24 soat davomida 1 marta qusadi.

II daraja – 1 sutka davomida 2-5 martagacha qusadi.

III daraja – 1 sutka davomida 6 va undan ko'p marotaba qusadi yoki vena ichi gidratatsiyasiga muhtoj.

IV parenteral ovqatlantirishga muhtoj yoki intensiv tera-piya o'tkazishni talab qiladi; kollaps.

Davolash. Qusishning III - IV darajasida bemorlarga gidrotatsiya o'tkaziladi. Sutkasiga 1,5-2 l gacha. Bosh miyaning birlamchi va metastatik o'smalarida kalla ichi bosimi oshishidan paydo bo'ladigan qusishda degidrotatsion terapiya o'tkaziladi. Bunda suyuqlik qabul qilish chegaralanadi. Glyukokortikoidlar (deksametazon 16-20 mg/sut) va siydik haydovchi dori vositalari (10-20 % li mannit eritmasi 2 gr/kg) tavsiya qilinadi.

Mannit eritmasini qabul qilgandan so'ng kuchli suvsizlanish belgilari kuzatilsa, suv-tuz balansini me'yorda saqlash uchun natriy xlorning izotonik eritmasidan vena ichiga tomchilab qo'yiladi.

*Patologik hiqichoq.* Hiqichoq diafragmaning ixtiyorsiz qisqarishidan paydo bo'ladi. Hiqichoqning sababi:

- o'smani diafragma sohasiga o'sishi;
- oshqozonni chiquvchi qismida stenoz bo'lishi (oshqozon cho'zili);
- jigar metastazlarida;
- bosh miyaning birlamchi o'smalari; bosh miyaning metastatik o'smalari; uremiya;
- diafragma va diafragmal nervning o'sma bilan ta'sirlanishi natijasida;

Birinchi yordam qattiq non bo'lakchasini yutish kerak.

Nafas chiqarmasdan turib og'iz bo'shlig'ini havoga to'ldirib turiladi. Oshqozon chiquvchi qismi stenozida oshqozonda turib qolgan ovqat aspiratsiya qilinadi. Medikamentoz davo:

- serukal, reglan 10-20 mg dan har 6 soatga.
- seduksen 10 mg 3-4 marta kuniga.
- aminazin 50 mg m'lo 3-4 marta kuniga.

Markaziy genezga ega bo'lgan hiqichoqqa tutqanoqqa qarshi dori vositasi finlepsin yoki difenin 0,1 Gr dan 3 marta kuni-ga ichishga buyuriladi. Jigarning metastatik jarohatlanishi bilan bog'liq bo'lgan hiqichoqda kortikosteroidlar (deksametazon 3-10 mg m'lo 2 marta kuniga) tavsiya qilinadi.

*Ich qotishi.* Ichakda axlatning qolib ketishi intoksikatsiya belgilarini kuchaytiradi, qorin dam bo'ladi, qorinda og'riq paydo bo'ladi, ko'ngil ayniydi, qusadi, ozish va kaxeksiya kuzatiladi. Ich qotishning asosiy belgilari:

*Mexanik.*

- kichik chanoq a'zolaridan chiqqan o'smaning ichak devoriga o'sishi natijasida ichak devorining torayishidan;
- nur terapiyadan yoki jarrahlik amaliyotidan keyin ichak devori torayishidan (yarali infiltrativ, nurli rektillarda);

*Medikamentoz.*

- sitostatiklarning neyrotoksik ta'siridan;
- ich yurituvchi dori vositalarni sistemali uzoq vaqt qabul qilish natijasida; narkotik analgetiklar qabul qilganda.

*Boshqalar.*

- bemorning umumiy holsizligi;
- yotoq rejimi;
- parhezning buzilishi;

Ich qotishini davolashda, agarda u xirurgik davodan keyin kelib chiqmagan bo'lsa, parhez tavsiya qilishdan boshlash kerak: o'simlik kletchatkasi saqlangan oziq-ovqatlar, nordon sutli mahsulotlar, o'simlik yog'i. Bundan tashqari bemorlar toza havoda ko'prok yurishlari yoki uncha og'ir bo'lmagan jismoniy mashqlarni bajarishlari kerak. Defekatsiya akti vaqtida mexanik ta'sirlar bo'lganida natriy xlorning gipertonik eritmasi bilan yoki o'simlik yog'i bilan huqna qilish kerak. Uzoq davom etgan ich qotishlarda tozalovchi huqna qilinadi. Ichakda

qonab to'rgan o'sma bo'lsa yoki ichak perfaratsiyasiga xavf bo'lganda tozalovchi luqna qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Ichak peristaltikasini stimulyasiya qilish uchun prozerin (1 ml 0,05 % li eritma (10), glyutamin kislota (0,5 gr dan 4-6 marta kuniga), vitamin V12 qilinadi.

**Diareya.** Saraton kasalligi bilan kasallangan bemorlarda ich ketishi kamdan-kam holatlarda o'sma jarayoni bilan bog'liq bo'ladi. Ba'zi holatlarda o'sma kasalliklari bilan ham bog'liq bo'ladi. Masalan, ingichka ichak granulematozida, cham-bar ichak saratonida (ko'pincha ko'tariluvchi qismida bo'lsa). O'smaga qarshi davo choralarini qo'llangandan keyin bemorlarda ko'p holatlarda ich ketish kuzatiladi: jarrohlik amaliyo-tidan keyin (gastroektomiya, kolektomiya), sitostatiklar va nur bilan davolanishdan keyin. Ich ketishining simptomatik davosi: onkologik bemorlarda birinchi navbatda sababi, patogenezini aniqlanadi, parhez, ichak peristaltikasini pasaytiradigan dori vositalari, yallig'lanishga qarshi dori vositalar, antibiotiklar, ichak florasining normallashtiruvchi biologik aktiv moddalar tavsiya qilinadi. Parhez vaqtida sharbat va mevalar berilmaydi (uzum-li, o'rikli, shaftolili, nokli, olchali). Parhez davomida quyidagi-larni iste'mol qilish mumkin: kefir, qora smorodina, brusnika sharbati, kraxmalga boy ovqatlar, banan, guruch.

Suv-tuz balansini normallashtirish uchun regidron 1,5 l gacha sutkasiga ichish tavsiya qilinadi.

Medikamentoz davo uchun ichak motorikasiga ta'sir qiladigan dori vositalar ishlatiladi: imodium, enteroben 4 mg ichishga, keyin 2 mg dan har doim ich ketishidan keyin (sutka davomida 32 mg dan oshmasligi kerak). Og'riq vaqtida spazmatiklar, analgetiklar beriladi (noshpa, baralgin, platifilin). Biopreparatlar (bakteril, bifikol, lineks) tavsiya qilinadi. Og'ir hollarda infuzion terapiya tavsiya qilinadi.

**Onkologik bemorlardagi psixik o'zgarishlar.** Onkologik bemorlarning psixikasidagi o'zgarishlarga quyidagilar sabab bo'ladi:

- operatsiya va davolanishdan bosh tortish;
- qo'rquv, vahima, depressiya va shunga o'xshash reaktiv holatlar;
- uyda va ishdagi munosabatlarning buzilishi;
- aholi o'rtasida kanserofobiya tushunchasining borligi, avvalo bemorning qarindoshlari va tanishlari o'rtasida;



• organik, metastatik, intoksikatsion o'zgarishlarning bosh miyaga ta'siri.

*Bemorning o'ziga va qarindoshlariga ta'sir qiladigan sabablar:*

• onkologiyada erishilayotgan yutuqlarga qaramasdan, tashxisning fatal xarakterga egaligi;

• a'zoni olib tashlash operatsiyasi;

• retsidiv va metastazlarga qarshi kafolatning yo'qligi;

• aholi orasida sara'on kasalligining «yuqadi» degan tushunchaning borligi;

Bemorlar psixikasidagi va unga yaqin bo'lgan kishilar psixikasidagi o'zgarishlar bir necha bosqichda o'tadi.

Shok davri – kasallik va uning oqibati haqida ma'lumot eshitganda.

1. Rad qilish davri – ma'lumotni siqib chiqarish.

2. Agressiya davri.

3. Depressiya davri.

4. Qabul qilish davri.

5. Ko'nikish davri-taqdirga tan berish.

Bosh miyaning organik jarohatlaridan keyin es hushining yo'qolishi kuzatiladi. Ular quyidagicha klassifikatsiyalanadi:

I. Es-hushning yo'qolishi (xira tortishi, sopor, koma).

II. Es-hushning o'zgarishi:

III. Deliriy, vasvasa holatlarining kelib chiqishi (ikkilamchi vahima);

I. Es-hushining tamentiv buzilishi, o'ziga va atrofdagi narsalarga orientatsiyasi yo'qoladi, kontakt yo'q, tushunarsiz gaplar gapiradi;

II. Lunatizim.

Es-hushining buzilishida qilinadigan palliativ davo choralari, bunga:

1. Atrof terapiyasi (ko'nglini ko'tarish, uy sharoitini yaxshilash, tabiatga chiqish). Og'riq paydo bo'lgan vaqtda o'tkaziladigan davo choralari haqida tushuntirish.

2. Individual terapiya.

### **Ishlab turgan Gastrostomani parvarishlash**

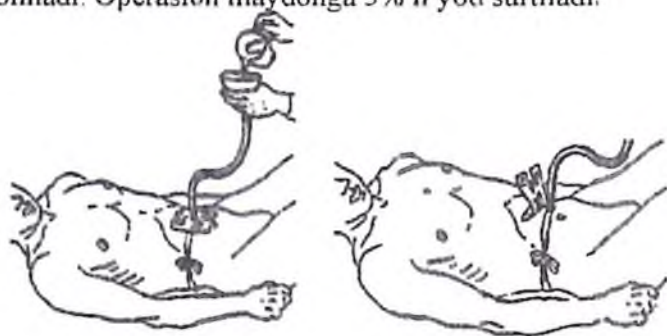
**Gastrostoma operatsiyasiga bemorlarni tayyorlash.**  
Gastrostoma qizilo'ngachdan ovqat o'tishi qiyinlashgan, holsizlangan, kuchsiz, oriq suvsizlangan bemorlarga qo'yiladi. Gastrostoma

operatsiyasiga bemorlar rejali ravishda tayyorlanadi. Bemorlarni operatsiya oldi tayyorlash jarayoni yaxshi olib borilganda operatsiyadan keyingi asoratlar kuzatilmaydi. Agar bemor suyuqliklarni yuta olsa, ko'p miqdorda suv va meva sharbatlari beriladi. Vitaminlar qilinadi. hayotiy ko'rsatmalarga asosan qon qo'yiladi. operatsiyadan keyin bemorlar intensiv palataga o'tkaziladi va funksional krovatning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi. To'shakning bunday holatda qo'yilishi pnevmoniyaning oldini oladi.

**Gastrostoma operatsiyasidan keyin bemorlarni parvarishlash va ovqatlantirish.** Odatda operatsiya boshlashdan oldin bemorlarga 250 ml gacha qon va 1500 ml suyuqlik vena ichiga tomchilab qo'yiladi. operatsiyadan keyingi davrda bemorning umumiy holatiga qarab suyuqliklar qo'yiladi. Pnevmoniyaning profilaktikasi uchun gorchichniklar yoki bankalar, nafas gimnastikasi, to'shakda aktiv harakatlar kilish va erta joydan turish tavsiya qilinadi. Yotoq yaralarning oldini olish uchun kuniga 2 mara bemorning badani kamfora spirti bilan artiladi. Chanog sohasiga elastik rezinali havo bilan to'ldirilgan ballon qo'yiladi. Gastrostoma qo'yilgan bemorlarning umumiy ahvoli og'ir bo'ladi. Bemorlar saratonning oxirgi bosqichlarida keladi. Shu sababli hamma davolash choralari bemorning umumiy holatini yaxshilashga karatilgan bo'lishi kerak. Gastrostoma operatsiyasidan keyin bemorlarni ovqatlantirishga turlicha fikrlar bildiriladi. G.S Toproverovning fikricha, bemorlar suyuq ovqatlarni yuta olsa, gastrostomadan iplarni olgandan keyin ovqatlantirish kerak. Agar bemor suyuq ovqatlarni yutishga qiynalsa yoki umuman yuta olmasa, operatsiyaning oxirida operasion stolda gastrostoma orqali bemorni ovqatlantirish kerak. Gastrostomadan qancha kech foydalanilsa, shuncha jarohatning aseptik bitishi yaxshi bo'ladi. Qizilo'ngach saratoni bilan kasallangan bemorlar suyuq ovqatlar umuman o'tmay qolganida operatsiyaga rozi bo'ladilar, shu sababli bunday bemorlarni, tabiiyki, barvaqt ovqatlantirishga to'g'ri keladi. Bunday bemorlarga S.I Spasokukoskiy usuli bilan 200 ml aralashma operatsiya tugagandan keyin operatsiya stolida gastrostoma orqali yuboriladi. Bundan tashqari har kuni vena ichiga fiziologik eritmalar, 5% glyukoza eritmasi 1,5 l gacha, oqsilli eritmalar vena ichiga yuboriladi.

Oshqozonga rezina trubka orqali ovqat yuborilgandan so'ng, Koxer qisqichi bilan rezina trubkaning oxiri qisib qo'yiladi. Rezina trubkani

olgandan so'ng steril doka – sharik bilan gastrostomaning atrofi artiladi, klyonka olinadi. Operasion maydonga 5% li yod surtiladi.



31 rasm. Gastrostoma orqali oziqlantirish.

Jarohat 3-4 qavatli doka salfetka bilan yopib qo'yiladi. Teriga qo'yilgan iplar 10-12 kundan keyin olinadi. Rezina trubkuning diametri 1,5 sm gacha bo'lishi kerak. 6-8 kundan keyin ovqatlantirish kuniga 5-6 martaga etkaziladi. Ovqat har 2.5-3 soatda yuboriladi. Axeliya bo'lganda bemorlarga ovqatga qo'shib pankreatin tavsiya qilinadi.

operatsiyaning 5-6 kunda operatsiyadan keyingi jarayon silliq kechayotgan bo'lsa, bemorlar quyidagi tartibda ovqatlantiriladi:

- ertalab soat 8 da, qaymoqli kofe 200 g (qaymoq 100-150 g) yoki limonli shirin choy, 1-2 osh qoshiqda qotgan non talqoni va 1 ta xom tuxum;

- soat 11<sup>00</sup> da, manniy bo'tqasi (3-5 choy qoshiq'ida manniy krupasi + 200 g qaymoq + 30 g sariyog'), mevali sharbat 200 g (uzumli, apelsinli va boshqalar);

- soat 14<sup>00</sup> da, sho'rva (tovuqli, sabzavotli, baliqli yoki mol go'shtli) - 200 g, 1-2 osh qoshiq'ida qotgan non va qiyma, tuz ta'bga ko'ra, sabzavotli suyuq pyure sariyog' bilan, kisel 150 g yoki sharbat (olmali);

- soat 17<sup>00</sup> da sut - 200 g, 2-3 qoshiq tvorog bilan, 1 ta xom tuxum, mevali sharbatlar.

- soat 20<sup>00</sup> da qaymoq yoki qatiq 150-200 g, shirin choy limon bilan.

Kunlik ovqatning energetik qiymati 3000 kkl bo'lishi kerak. Osh tuzini kuniga 1-2 g ishlatish lozim. Ovqat 15-20 minut davomida sekin-asta uzatilishi kerak. Tez yuborilganda oshqozonda spazm bo'lib, bemorlar oshqozon sohasida og'irlik va noxush sezgilarni sezadi.

## ONKOLOGIYADA HAMSHIRALIK JARAYONI

G.S. Toprover gastrostoma operatsiyasidan keyin quyidagi ovqatlanish usulini tavsiya qiladi:

**1-kun.** operatsiyagacha erialab glyukoza 5% li 300 ml vena ichiga tomchilab yuboriladi va 5 ED insulin in'ektsiya qilinadi, operatsiya stolida operatsiya tugagandan keyin 10% li shirin choy 100 g + 10 g konyak. Operatsiyadan 3 soat o'tib gastrostoma orqali 150 g sho'rva uzatiladi. Kechqurun shirin choy 100 g + sut 100 g.

<b>2 -kun.</b> Soat 8 da	- shirin choy	200 g.
10 da	- sut	200 g.
12 da	- sut	200 g.
14 da	- sho'rva	150 g.
17 da	- tuxum	1 dona
	- konyak	10g.
20 da	- sut	200 g.
<b>3-kun.</b> Soat 8 da	- shirin choy	200 g.
10 da	- kakao li toza sut	200 g.
12 da	- sut	150 g.
14 da	- sho'rva	120 g.
	-tuxum	2 dona.
17 da	- sut	200 g.
	-sariyog'	15 g.
20 da	- shirin sut	200 g.
<b>4- kun.</b> Soat 8 da	- kofe sutli va shakarli	200 g.
10 da	- sut	150 g.
	-tuxum	1 dona.
	- qaymoq	25 g.
12 da	- shakarli sut	200 g.
	- sariyog'	15 g.
14 da	- sho'rva	150 g.
	- konyak	10 g.
17 da	- kakao	150 g.
	-tuxum	2 dona.
	-sariyog'	15 g.
20 da	- shirin sut	200 g.

Kelling sxemasi bilan ovqatlantirish.

1. Sut 250 g, suv 250 g, sariyog' 30 g, arpa uni 40 g = 570 kaloriya.
2. Tuxum 2 dona, meva sharbati 200 g, sariyog' 10 g, suv 500 g, arpa uni 40 g = 510 kaloriya.

3. Somatozlar 10 g, guruch 40 g, sariyog' 20 g, sabzi pyuresi 20 g, go'sht qiymasi 50 g, suv 500g = 400 kaloriya.

4. Guruch uni 30 g, sut 250 g. sariyog' 30 g, shakar 30 g = 645 kaloriya.

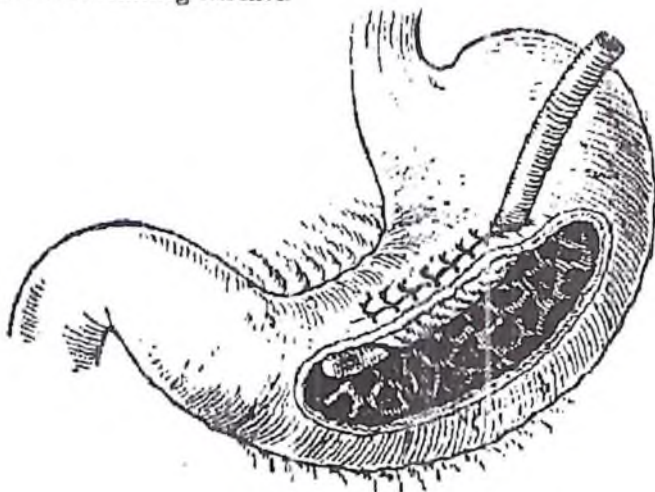
5. Qaymoq 10% li 250 g, smetana 10 g = 335 kaloriya.

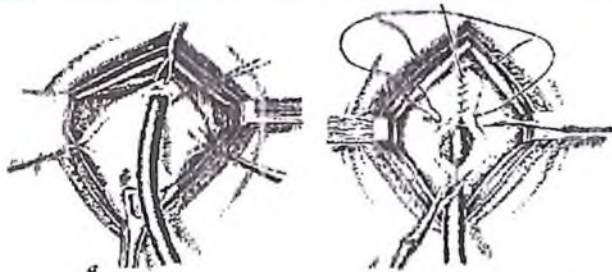
Kun davomida 2465 kaloriyali va 75 g oqsil mahsulotlari beriladi. Bundan tashqari Kelling tavsiyasiga ko'ra gastrostoma orqali ovqatlantirishdan tashqari og'iz orqali ham biror narsa berish kerak. Masalan, shirin vino, kofe, sho'rva, meva sharbatlari, limonat. Bu suyuqliklar qizilo'ngach orqali qisman bo'lsa ham ovqat o'tishi saqlangan bemorlarga beriladi.



*32 rasm.*

### Gastrostomaning turlari.

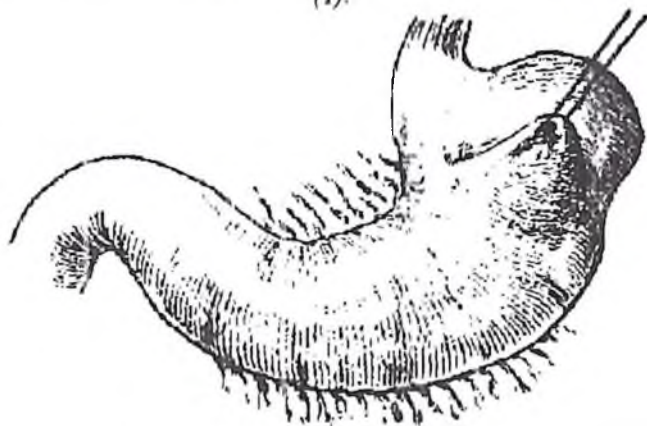




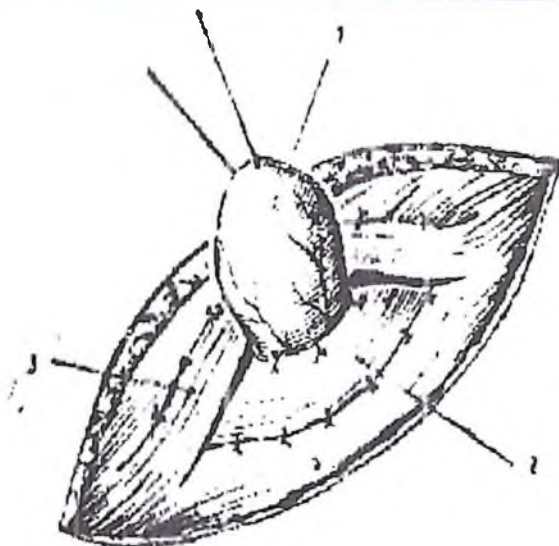
33 rasm. Gastrostomada naychaming joylashishi. Chap transrektal soha kesilishi.



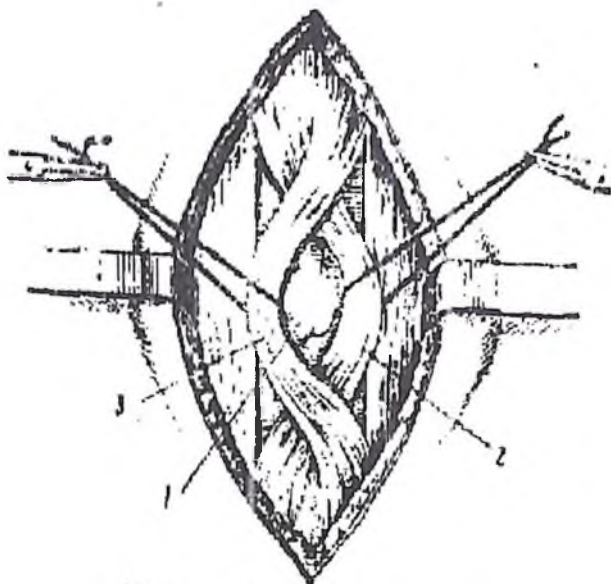
34 rasm. Ikkala mushak aponevrotik loskut ikki tomonga ajratilgan (2, 3). Markazida to'g'ri mushakning orqo aponevrozi va qorin pardasining ko'rinishi. (1).



35. rasm. Oshqozon kardial qismi o'ldingi devori tutib turuvchi ip bilan ushlangan va konus shakllantirilgan.



36 rasm. Mushak-alonevrotik bo'lakchalar muskul oyoqchalari kesilmasdan qArama - qarshi tomonga o'lkazilgan. Jarohat markaziga oshqozon konusi chiqadigan



37. rasm. Shakllangan gastrostoma

## 7. BOB. NUR DAVOSI QABUL QILAYOTGAN BEMORLARNI PARVARISHLASH

Nur terapiya jarrohlik operatsiyasi kabi o'smaga mahalliy ta'sir etish usuli hisoblanadi. Nur terapiyasi ionlovchi radiatsiya yordamidagi asosiy davolash usullaridan biri bo'lib, o'rtacha 70% onkologik bemorlarda qo'llaniladi. Ionlovchi nurning o'smaga terapevtik ta'siri quyidagicha:

1. Radiasiya o'sma hujayralarining biologik o'limiga sabab bo'ladi.
2. Normal o'sma va to'qimalarning turli radio (nur) sezgirligini oshiradi.

Nur terapiyasi jarayonida o'smalarni mikroskopik tekshirish shuni ko'rsatadiki, birinchi navbatda hujayralarning bo'linishi sekinlashadi, doza oshirilganda hujayraning bo'linishi to'liq to'xtaydi. Patologik mitozlar miqdori ortib boradi, xromosomalar abberasiyasi va gen mutasiyalari hosil bo'ladi, yadrolar kattalashib, deformatsiyalanadi, kapillyarlarga boy bo'lgan granulyasion to'qimaning o'sib borishi kuzatiladi, bu o'smani alohida orolchalarga bo'lib tashlaydi. Mayda tomirlarning obliteratsiyasi (berkilishi) rivojlanadi, bu esa o'smada qon aylanishining buzilishiga va uning distrofiyasiga olib keladi. Saraton hujayralarining omon qolish (ya'ni, radiorezistentligi) sabablari quyidagilar hisoblanadi:

1. Nurdan keyingi reparasion jarayonning yuqori darajasi.
2. O'sma hujayrasini mitotik tsiklning radiorezistentlik bosqichida nurlantirish.
3. Hujayraning gipoksik holati.
4. O'sma hujayrasi boshqa normal hujayralar kabi atrof-muhitning turli omillari tomonidan yuzaga kelgan shikastlanishlarni tuzatadigan reparasiyalovchi murakkab va baquvvat sistema bilan ta'minlangan.

Shu narsa e'tiborliki, limfa to'qimasidan kelib chiqqan sarkomalar biriktiruvchi to'qimalardan chiqqan o'smalarga nisbatan ionlovchi radiatsiyaga ta'sirchanroq ekan. Kam differentsiallashgan saraton yuqori radiosezgirlikka ega bo'lsa, hazm yo'li adenokarsinomalarining sezgirligi esa past bo'ladi.



Xavfli o'smalarning nur sezgirliги tasnifi

Yuqori nur sezgir o'smalar	O'rtacha nur sezgir o'smalar	Past nur sezgir o'smalar
Limfasarkoma; Limfagranulematoz; Yuing sarkomasi; Moyak seminomasi; Miyacha medulloblastomasi	Sut bezi saratoni; Bachadon tanasi adenokarsinomasi; Tuxumdon o'smalari; Yassi hujayrali Saratonlar.	Biriktiruvchi to'qima sarkomalari: -osteosarkoma; -xondrosarkoma; -fibrosarkoma; -liposarkoma; -aralash turdagi sarkomalar. Hazm sisteması Adenokarsinomasi: -me'da; -yo'g'on ichak; -to'g'ri ichak. Buyrak, jigar va me'da osti bezi o'smalari.

Keltirilgan o'smalarning nur sezgirliги darajasi deyarli nisbiydir va nur terapiyasida qo'llaniladigan dozalarigagina mos keladi. Agar yuqori dozalar ishlatilsa, o'smani yo'q qilish mumkin bo'ladi, ammo bu o'sma atrofidagi normal to'qimalar va organizmga katta ziyon etkazishi mumkin. Shu sababli amaliyotda bunday dozalar ishlatilmaydi. Bir qator normal to'qimalar va a'zolar uchun nurlarning o'rtacha tolerant dozalari jadvalda keltirilgan (tolerant doza – bu o'sma atrofidagi normal to'qimalarga zarar etkazmaydigan radiatsiya dozası).

To'qima yoki a'zo	Doza (Gr)	To'qima yoki a'zo	Doza (Gr)
Teri	50	Bosh miya	50
Teri osti to'qimasi	45	Orqa miya	35
Me'da	35	Uzunchoq miya	30
Ingichka ichak	40	Yurak	50
Yo'g'on ichak	50	O'pka	30
To'g'ri ichak	60	Jigar	35
Buyrak	40	Ko'z gavhari	5

Shu sababli nur terapiyasining asosiy maqsadi o'smaga maksimal ziyon keltirish va bunda atrofidagi normal hujayralarga minimal ta'sir etish hisoblanadi. Bunga o'sma va normal hujayralar orasidagi radiosezgirlik yuqori bo'lsagina erishiladi (bu radioterapevtik interval

deb ataladi). Bunday intervalning mavjudligi nur terapiyaning asosi hisoblanadi va u qanchalik katta bo'lsa, o'smaning maksimal buzilishi shuncha yuqori bo'ladi va atrofdagi normal to'qimalarning hayot faoliyati saqlanishi ta'minlanadi.

Mayda (kuniga nurlantirish dozasi 2,0 gr), o'rta (bir martalik dozasi 3-5 gr) va yirik fraktsiyalash (bir martalik dozasi 8-12 gr) normal hujayralarni o'sma hujayralarga nisbatan tezroq tiklanishini ta'minlaydi. Shu maqsadda nurlantirish kurslari qo'llaniladi.

**Nur terapiyasida qo'llaniladigan asosiy nurlar va apparatlar turi**

Rentgen nurlari	Gamma nurlar, beta - zarrachalar	Zaryadlangan zarrachalar va yuqori energiyali nurlar
1. Yaqin fokusli rentgenoterapiya: - Rum - 7 - TFX - 60 - Tur - 60 2. Distantion rentgenoterapiya -RUM - 11 -RUM - 13 -RUM - 17	1. Distantion gammaterapiya: a) statik nurlantirish - "Luch" (So-60) - "Agat-S" (So-60) b) harakatli nurlantirish: - "Agat-R" (So-60) - "Rokus" (So-60) 2. Bo'shliq ichi nur terapiyasi: - "Agat-V" (So-60) - Seletron (Cs-137, Ir-192) 3. Applikasion terapiya: -gammaapplikatorlar (so-60) Cs-137, Ir-192 -beta Applikatorlar (Sr-90, R - 32) 4. To'qima ichi terapiyasi (ignalar, zuldurchalar): -gamma - terapiya (so-60, Cs-137, Ir-192) -beta terapiya (Au-198, Sr-90)	1. Elektron tuzuvchilar: betatron (elektronlar va tormoz nurlari) - chiziqli tezlatuvchilar (elektronlar va tormoz nurlari) 2. P. Roton tezlatuvchilar 3. ALFA zarrachalar, og'ir ionlarni tezlatuvchi sinxrofazotron.

Kursning birinchi yarmida ta'sirchan bo'lgan o'sma hujayralarining ko'pi atigi 30 gr dozadan "devitalizatsiya" (og'ir shikastlanadi). So'ngra 3 haftalik tanaffus paytida atrofdagi normal to'qimalar tiklanadi, o'sma kichiklashadi. uning reoksigenatsiyasi kuchayadi, o'smaning qon bilan ta'minlanishi yaxshilanadi (tomirlarning ezilishi kamaygani sababli) va bu bilan qolgan o'sma hujayralarning nur sezgirligi oshadi.

### Nur terapiyadan keyingi asoratlar

Saraton kasalligini davolashda nur terapiya keng qo'llaniladi. Ba'zan bu nurlanish organizmdagi sog'lom to'qima va a'zolarida o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Terining nurdan keyingi jarohatlanishi nur muolajasini boshlagan vaqtda yoki tugatgandan keyin kelib chiqadi. Bunga sabab nur muolajasini rejalashtirishda xatoliklarga yo'l qo'yishdir. Terining nurdan keyingi o'zgarishi 4 ga bo'linadi.

1. Eritema;
2. Quruq epidermit;
3. Ho'l epidermit;
4. Nurdan keyingi yara.

Erta va kechki nurdan keyingi terining jarohatlanishi uchraydi. Nurlanish o'tkazilgandan keyin 3 oygacha bo'lgan vaqtda terida o'zgarishlar uchrasa, bu terining nurdan keyingi erta jarohatlanishi deyiladi.

Nurlanish o'tkazilgan 3 oydan keyin terida o'zgarishlar kelib chiqsa, bu kechki nurdan keyingi jarohatlanish deyiladi. Terining kechki nurdan keyingi jarohatlanishi yaqin fokusli DTGT nur muolajalaridan keyin kelib chiqadi va bu o'zgarishlar 4 guruhga bo'lib o'rganiladi.

1. Giperpigmentasiya, atrofik yoki gipertrofik dermatit angitelektaziya bilan.
2. Terining nurli fibrozi (indurativ shish).
3. Terining nurdan keyingi yarasi.
4. Terining nurdan keyingi saratoni (sarkomasi).

Terining nurdan keyingi jarohatlanishlarini davolashda vitaminlar va nospesifik stimulyatorlar (vitamin A, vitamin V, vitamin E, F, foliy, pantoten, nikotin kislotalar) beriladi. DMSO bilan dorili eritroforez qilinadi. Bunda 3-4 kavatli marli dorili eritmaga botirilib, kuniga 1-2 marta 1-2 soatdan qo'yiladi. Davo kursining davomiyligi 1,5-2 oy. Proteolitik fermentlar tripsin, ximopsin ham elektroforez yo'li bilan yuboriladi. Nurdan keyingi yaralarga malhamlar (metilurasil, tsintozan, geparin) qo'yiladi. Nospesifik stimulyatorlar (aloe, Fibs) 20-40 kun davomida parenteral yuboriladi. Giperkorgulyasiya holatlarida aspirin (0,5 g dan 2-3 marta kuniga), nikotin kislodasi (0,1 g dan 3 marta kuniga, dozasi oshirib boriladi 0,4-0,5 g gacha). Ko'pgina bemorlar terining nurdan keyingi jarohatlangan sohasidagi og'riqqa va kichishga shikoyat

qiladilar. Bunday bemrlarda antigistomin dori vositalari va trankvilizatorlar beriladi.

Sut bezi qizilo'ngach, o'pka saratoni, limfagranulematoz kasalliklarini nur bilan davolashdan keyin o'pkada va yurakda o'zgarishlar kuzatiladi.

O'tkir nurli pnevmoniya;

Birlamchi - surunkali pnevmoniya;

Ikkilamchi - surunkali pnevmoniya.

Nurdan keyin o'pkada fibrozli va sklerotik o'zgarishlar bronxoektoziya, bronxlarning deformatsiyasi kuzatiladi.

Nurdan keyingi erta jarohatlanishlar:

O'tkir nurli pnevmoniya (nurli pulmonit);

Birlamchi - surunkali pnevmoniya;

Ikkilamchi - surunkali pnevmoniya.

Kechki nurli jarohatlanishlar:

Kechki nurli pnevmoniya;

Kechki nurli fibroz 1-2 daraja.

O'tkir nurli pnevmoniyada bemrlarning tana harorati 38 gradusgacha ko'tariladi. Xansirash, ko'krak qafasida og'riq, qiyin ajraladigan balg'am, yo'tal kuzatiladi. O'pkani eshitib ko'rganda qattiq vizikulyar nafas va tarkok quruq xripl ar eshitaladi.

Nurdan keyingi o'pkaning jarohatlanishida aktiv yallig'lanishga qarshi dori choralari olib boriladi. Bronxolitik aerezollar, balg'am kuchiruvchi dori vositalari tavsiya qilinadi. Yurak qon tomir etishmovchiligi bo'lgan holatda eufillin, kardiamin, glikozitlar, siydik haydovchi dori vositalari beriladi. Gemotsirkulyasiyani yaxshilash maqsadida bevosita va bilvosita ta'sir qiladigan antikoagulyantlar tavsiya qilinadi.

Yurak qon tomir sistemasining nurdan keyingi jarohatlanishi neyrosirkulyator distoniyaning gipotonik tipida yuzaga chiqadi.

Og'iz bo'shlig'ini nur bilan davolashdan keyin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida quruq, ho'l va yarali epitelitlar, atrofik epitelit, nurli fibroz kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining nurdan keyingi jarohatlanishida konservativ davolash sifatida 5% li DMSO eritmasi yoki 3% li borat kislota eritmasidan foydalaniladi. Bu eritmalar bilan og'iz bo'shlig'i kuniga 15-

20 marta chayiladi, keyin 10-30% oblipixa moyi surtilindi va nistotin tabletkasi ichishga buyuriladi.

Siydik pufagining, bachadon bo'yni, bachadon tanasi, to'g'ri ichak saraton kasalligi nur bilan davolashdan keyin siydik pufagida o'zgarishlar kelib chiqadi:

1. Erta nurli jarohatlanishlar (3 oygacha).

-kataral nurli sistit;

-eroziv - deskvamativ nurli sistit;

-fibroz nekrotik nurli sistit.

2. Kechki nurli jarohatlanishda (3 oydan ortiqroq vaqt).

-asoratlanmagan kechki nurli sistit;

-asoratlangan kechki nurli sistit: ikkilanmchi bujmaygan nurli sistit, vezikovaginal, vezikorektal oqmalar, malignizasiya.

Nurli sistit 3 ta og'irlik darajasiga bo'lib o'rganiladi.

1. Engil nurli sistit: siydik chiqishi vaqtida kuchsiz va doimiy bo'lmagan og'riq kuzatiladi, bemor kunduzi 5-6 marta siyadi, kechqurun - 0-2 marta.

2. O'rtacha nurli sistit: siydik chiqishi vaqtida doimiy kuchsiz og'riqlar kuzatiladi, bemor kunduzi 7-12 marta siyadi, kechqurun 3-5 marta siyadi.

3. Og'ir sistit: siydik pufagi sohasida doimiy kuchli og'riq va yolg'on chaqiruvlar kuzatiladi, bemor kunduzi 13-18 marta siyadi, kechqurun 6-10 marta siyadi. Siydik tuta olmaslik holati kuzatiladi. Siydik bilan birga qon ajraladi.

Nurdan keyingi sistitlarda yallig'lanishga qarshi va reparasiya jarayonini stimulyasiya qiladigan dori vositalari tavsiya qilinadi. Bu maqsadda nitrofuranlar, keng spektrdagi antibiotiklar beriladi. Glyukokortikoidlar kichik dozada ichishga buyuriladi.

### **Kimyoterapiya asoratlari nazorati**

Bu onkologiyada eng muhim davolash usullaridan biri bo'lib, xavfli o'smalarga qarshi turli kimyoviy moddalarni ishlatishga asoslangan. Zamonaviy kimyoterapiyaning tarixi 1946 yildan boshlanadi. Bunda birinchi bor kuchli zaharlovchi modda – azot ipriti limfagranulematozni davolash uchun qo'llaniladi.

Onkologiyada eng ko'p ishlatiladigan kimyoviy preparatlar

Preparatning nomi	Asosiy ta'sir mexanizmi	Ko'rsatma
<i>Alkillovchi preparatlar</i>		
Sarkolizin (merfulan)	O'sma hujayralari bo'linishining barcha bosqichlarida ta'sir etadi. Bemorga turli yo'llar orqali yuboriladi.	Retikulosarkoma, limfasarkoma, melanoma, Yuing Sarkomasi, moyak seminomasi, tuxumdon saratonida.
Tifosfamid (TSPA)	Bemor organizmida faol shaklga o'tadi. Barcha yo'llar bilan yuboriladi.	Sut bezi va tuxumdon saratonida, mezotelioma, retinoblastoma, limfagranulematozda
Xlorbutin (xlorambutil, leykeran)	Hujayra bo'linishining barcha bosqichida ta'sir etadi; ichishga buyuriladi.	Xavfli limfomalar, limfagranulematoz, tuxumdon saratonida.
Imidazol-karboksamid (DTIK)	Organizmida faollashadi. Alkillovchi agent hamda antimetabolit hisoblanadi. Faqat vena orqali yuboriladi.	Limfagranulematoz, Melanoma, yumshoq to'qima sarkomasi, neyroblastomada.
Ifosfamid (xoloksan)	Organizmida faollashadi. Vena orqali yuboriladi.	Tuxumdon, moyak, sut bezi va o'pkaning mayda hujayrali saratonida.
Tsiklofosfan (tsitoksan, endoksan)	Organizmida faollashadi. Ichish, mushak va vena orqali yuborish mumkin.	Limfagranulematoz, xavfli limfomalar, o'pka, bachadon bo'yni saratonida, moyak. Seminomasi, suyak va yumshoq to'qima sarkomalari, vilms va mieloma o'smalarida.
<i>Antimetabolitlar</i>		
Metotreksat (aminoptirin)	Xususiyati hujayra bo'linishining faqat S bosqichida faol. Barcha yo'llar orqali yuboriladi.	O'pka, bosh-bo'yin, sut bezi, bachadon bo'yni saratonlari, xorionepitelioma, suyak va yumshoq to'qimalar sarkomasi, medulloblastomada.
Merkaptopo'rin (purinetol)	Xususiyati hujayra bo'linishining faqat S bosqichida faol. Ichishga buyuriladi.	Limfosarkomalar, xorionepiteliomada.
Ftorurosil	Xususiyati: organizmida fa-	Sut bezi, tuxumdon, me'da,

(flyuorourasil)	ollashadi, gematoentsefalitik to'siqdan o'tadi, barcha yo'llar orqali yuboriladi.	yo'g'on va to'g'ri ichak, jigar, me'da osti bezi saratonida.
Ftorafur (futrafur)	Xususiyati: ftorurasilning tashuvchisi bo'lib hisoblanadi, gematoentsefalik to'siqdan o'tadi. Barcha yo'llar orqali yuboriladi.	Sut bezi, me'da, yo'g'on va to'g'ri ichak saratoni. miya o'smalarida.
<b>Antibiotiklar</b>		
Adriamisin (doksorubitsin)	Xususiyati: faqat vena orqali yuboriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tmaydi.	Sut bezi, o'pka, tuxumdon saratoni, yumshoq to'qima va osteogen sarkomalar, qovuq, Vilms o'smasi, limfogramulematoz, limfo-sarkomalar va qalqonsimon bez saratonida.
Bleomisin (bleosin)	Xususiyati: barcha yo'llar orqali yuboriladi, ichishdan tashqari.	Bosh va bo'yin, teri, qizil-o'ngach, bachadon bo'yini, tuxum va jinsiy olat saratoni, xavfli limfomalar, limfagranulematozda.
Daktinomisin (aktinomisin, kosmegen)	Xususiyati: vena orqali yuboriladi.	Bachadon xorionepiteliomasi, Yuing va limfosarkomalar, Vilms o'smasi, embrional rabdomiosarkoma, yumshoq to'qima sarkomasi, moyak saratoni, melanomada.
Karminomisin (karubitsin)	Xususiyati: vena orqali yuboriladi.	Yumshoq to'qima sarkomalari, sut bezi saratoni, bachadon sarkomasi, Vilms o'smasi, belalar neyroblastomasida.
Mitomisin-S (mutamisin)	Xususiyati: vena va qovuq ichiga yuboriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tmaydi.	Me'da, ichak, me'da osti bezi, qovuq saratonida.
Farmanubitsin (epirubitsin)	Xususiyati: faqat vena orqali yuboriladi.	Sut bezi, tuxumdon, o'pka, me'da osti bezi saratoni, xavfli limfomalarda.
<b>Fitopreparatlar</b>		
Vepezid (VP-16, Etopozid)	Mandrogora ekstraktidan tayyorlangan yarim sun'iy preparat. Venaga yoki ichishga yuboriladi. G2	O'pkaning mayda hujayrali saratoni, limfasarkomalar, moyak o'smalarida.

	bosqichida hujayralar bo'linishini to'xtatadi.	
Vinblastin (rozevin, velba)	Pushti bo'rigul o'simligi alkaloidi. Hujayra bo'linishini metafazada to'xtatadi. Venaga yuboriladi.	Linfagranulematoz, limf-sarkomalar, neyroblastomalar, melanoma, burun-tomok, o'pka, sut bezi, buyrak, qovuq, uretra saratonlarida.
Vinkristin (onkovin)	Pushti bo'rigul o'simligi alkaloidi. Vinblastindan metil guruhi o'miga SNO guruhi borligi bilan Farq qiladi. Venaga va bo'shliqlarga yuboriladi.	Linfagranulematoz, limf-sarkomalar, sut bezi saratonida, Vilms o'smasi, Yuing sarkomasi, melanomada.
Tenipozid (VM-26, vumon)	Epidofillotoksindan olingan yarim sun'iy modda. Hujayra bo'linishini G2 bosqichida to'xtatadi. Barcha yo'llar orqali yuboriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tadi.	Bosh miya o'smalari, Limf-sarkoma, qovuq va tuxumdon saratonida.
Kolxamin (omain)	O'simlikdan ajratib olingan alkaloid. Hujayra bo'linishini mitoz bosqichida to'xtatadi.	Teri saratonida malham shaklida.
Taksol (paklitaksel)	O'simlik tabiatli yangi preparat. Hujayra bo'linishining mitoz bosqichida to'xtatadi.	Tuxumdon, sut bezi, o'pka saratonida.
<b>Mochevina asosli unumlari</b>		
Gidroksimochevina	Preparat DNK sintezini pasaytiradi va hujayralar bo'linishini sinxronlaydi. Ichishga buyuriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tadi.	O'pkaning mayda hujayrali saratoni, melanoma, bachadon, xorionepitelioma, bosh, bo'yin va miya o'smalarida.
Karmustin (BCNU)	DNK molekulasini o'zib, uning reparasiyasini pasaytiradi. Venaga yuboriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tadi.	Bosh miya glioblastomasi, yo'g'on ichak, me'da osti bezi saratoni, melanoma, limfagranulematoz, melanoma kasalligi.
Lomustin (CCNU, belustin)	Karmustinga yaqin, lekin undan xloretel guruhi o'mida tsiklogeksil guruhi bo'lishi bilan farq qiladi. Ichishga	BCNU ishlatiladigan xavfli o'smalar.



	buyuriladi. Gematoentsefalik to'liqdan o'tadi.	
<b>Platina asosli unumlari</b>		
Tsisplatin (platinol)	DNK, RNK va oqsillarning asosan nukleofil guruhiga ta'sir etadi. Barcha yo'llar orqali yuboriladi (ichishdan tashqari).	Moyak xavfli o'smalari, tuxumdon saratonlari, bosh va bo'yin o'smalari, qovuq saratonida.
Karboplatin (paraplatin)	Alkillovchi xususiyatga ega bo'lib, DNK, RNK va oqsillarning nukleofil guruhiga ta'sir etadi. Vena va arteriya orqali yuboriladi.	Moyak va tuxumdonning Germinogen o'smalari, melanoma, bosh-bo'yin saratonlari, osteogen sarkomasi, o'pka, bachadon bo'yni saratonlari, medulloblastomada.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlarga qaraganda, saratonga qarshi preparatlarning alkillovchi ta'siri bor, antimetabolitlar, antibiotiklar, o'simlik tabiatli, mochevina va platina asosli unumlari bor.

Alkillovchi preparatlar – bularning hammasi alkil guruhi (SN2) yordamida nuklein kislota bilan oson reaksiyaga kirishadi, natijada DNK va oqsil molekulasida uzilishlar, shuningdek, molekulalararo va molekulalar ichra ulanishlar yuzaga kelib, o'sma hujayrasi nobud bo'ladi. Ular hujayra bo'linishining barcha bosqichlarida faollashadi.

Antimetabolitlar – bu preparatlar o'sma hujayralari uchun hayotiy zarur bo'lgan moddalarning antagonistlari yoki analoglari, shuning uchun ularning organizmga yuborilishi hujayradagi normal biokimyoviy jarayonlarni bloklaydi va uning o'limiga olib keladi.

O'smaga qarshi antibiotiklar – bular zamburug'larning hayotiy mahsulotlari bo'lib, ribonuklein kislota sintezi bo'lishi yoki DNK ning yakka holda uzilishiga sabab bo'ladi. Hujayra tsiklining barcha bosqichlarida deyarli faol.

O'simlikdan tayyorlangan preparatlar – ta'sir etish mexanizmiga ko'ra bir xil emas: biri postsintetik bosqichda faol bo'lsa, ikkinchisi mitoz bosqichida faoldir.

Mochevinadan tayyorlangan preparatlar -- deyarli barchasi DNK, RNK va oqsillarning nukleofil guruhiga ta'sir etadi.

O'smalar kimyoterapiyasidan to'plangan klinik onkologiyadagi katta tajriba uning samaradorligi quyidagi asosiy omillarga bog'liq ekanligini ko'rsatadi:

1. O'smaning kimyosezgiriligiga.
2. Doza preparat yuborilish maromiga.
3. Bemorning umumiy holatiga.

1. O'sma "kimyosezgiriligi" tushunchasi bu o'rinda rasmiy qabul qilingan "radiosezgirlik" termini analog sifatida qo'llaniladi. Bunda o'sma hujayralarining kimyoviy preparatlardan zararlanish darajasi tushuniladi. O'smaning kimyosezgiriligi uning gistiostrukturasini, hujayralar etukligi, o'sish darajasi, hujayraning bosqichlariga bog'liq.

Ma'lumki, bitta o'smaning har xil morfologiyasiga kimyoterapiya turlicha ta'sir etadi, yoshroq va tez o'suvchi o'smalar nisbatan ko'proq zararlanadi. O'smaning o'lchami qanchalik kichik bo'lsa (o'sma hujayralari soni qanchalik kam bo'lsa), kimyoterapiya samarasi shunchalik yuqori bo'ladi.

Shu narsa aniqki, o'sma hujayrasi bo'linishining turli bosqichlarida bir xil preparatga har xil ta'sirchanlikka ega, shuningdek, ma'lum kimyoterapevtik moddalarning har biri hujayra tsiklining asosan u yoki bu bosqichida ta'sir etadi. Masalan, antimetabolitlar o'sma hujayraga "S" bosqichida faol ta'sir ko'rsatadi (DNK va gistonlar sintezi davrida), o'simlikdan tayyorlangan preparatlar asosan "M" bosqichida (hujayra bo'linishining mitoz davrida) ta'sir etadi, alkillovchi preparatlar esa tsiklning deyarli barcha bosqichlarida ta'sir etadi.

2. Kimyoviy preparatlarning dozasi va yuborilish maromi xavfli o'smalarni davolashning muhim omilidir. har bir o'smaga qarshi modda onkolog-shifokor ko'rigidan oldin tajriba hayvonlarida har tomonlama sinab ko'riladi. Ana shu izlanishlar jarayonida preparatning bir marotaba va umumiy dozalari, yuborilishining optimal yo'llari va tartibi aniqlanadi. Preparat dozasi bemor og'irligining har bir kilogrammiga yoki tana yuzasining har bir kvadrat metriga milligrammda bo'linishi umumiy qabul qilingan. Optimal dozaga amal qilish kimyoterapiyaning muhim aspektlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kichik doza kerakli terapevtik samara bermaydi, katta doza esa odatda og'ir oqibatlarini keltirib chiqaradi.

Kimyoterapiyaning boshqa muhim aspekti – davolash davrida o'sma tugunida preparatning kerakli miqdorini (kontsentratsiyasini) ta'minlashdir. Bu - dorining yuborilishi optimal ritmi tanlab olish yo'li orqali amalga oshadi, ya'ni yuborilish soni, ular orasidagi interval, birinchi kursning davomiyligi va kimyoterapiyaning qayta kurslarini o'tkazish muddatlarini aniqlashdir.

3. Bemorning umumiy holati kimyoterapiya rejasini aniqlovchi muhim omildir. Hayotiy muhim a'zo va sistemalar faoliyatining chuqur buzilishlari paytida kimyoterapiya unchalik katta bo'lmagan o'smalarda ham ko'zlangan maqsadni bermaydi, chunki u umumiy ahvolning yomonlashuviga va o'limning tezlashuviga olib kelishi mumkin. Ammo yuqori ta'sirchan o'smalarda ularning o'lehanlari katta va umumiy ahvolining og'irligiga qarimasdan, ayniqsa, nafas va siydik ajratish yo'llari siqilishida kimyoterapiya usulidan foydalanish kerak. Kimyoterapiya jarayonida qon yaratish sistemasi, hujayraviy va gumoral immunitet darajasi, o'sma kinetikasi doimo nazorat etib turiladi. Bu davolash samarasini ob'ektiv baholaydi.

Davolash samarasini aniqlovchi aytib o'tilgan 3 asosiy omildan tashqari, o'smaga qarshi preparatni bemorga yuborish yo'llari va kimyoterapiyani boshqa davolash usullari bilan (jarrohlik operatsiyalari, nur terapiya) birgalikda o'tkazilishi muhim ahamiyatga ega. Preparat yuborilishining sistemali, regionar va lokal (mahalliy) turlari farqlanadi.

Sistemali kimyoterapiya – bu o'smalarning disseminasiya (keng tarqalishi) paytida umumiy ta'sir ko'rsatish maqsadida dorilarni qon aylanish doirasiga barcha yo'llar bilan yuborilishidir.

Lokal kimyoterapiya – bu kimyoviy preparatni malham yoki suyuqlik ko'rinishida to'g'ridan-to'g'ri o'smaga surtish, uni bo'shliqlarga yuborish (plevruga, qorin bo'shlig'iga, pufak ichiga va hokazo) yoki to'g'ri o'sma ichiga (intramural) yuborish demakdir.

Kimyoviy preparatlarning 3-4 tasini birgalikda qabul qilinishi (polikimyoterapiya) ko'pincha dorini yakka qabul qilish (monokimyoterapiya) dan ko'ra yaxshi davolovchi samara beradi. Polikimyoterapiyada ishlatiladigan preparatlar bir-biridan hujayraning bo'linish bosqichlari, strukturasi, almashinuv jarayoniga ta'sir qilishi bilan farqlanishi kerak.

Bu o'smalarni kompleks davolash usuli jarrohlik operatsiyasigacha (bunda u neadyuvant deb ataladi), intraoperasion va undan keyin, shuningdek, nur terapiyasigacha, davo o'tkazish paytida undan so'ng qo'llanilishi mumkin.

Polikimyoterapiyaning yana bir turi adyuvant (qo'shimcha) kimyoterapiya usulidir. Bu o'smani davolashning lokal usullari (operativ aralashuv, nur bilan davolash, kriodestruksiya, lazer terapiyasi) dan so'ng ko'zga ko'rinmas, subklinik mikrometastazlarni engish uchun qo'llaniladi. Ko'pincha bu profilaktik kimyoterapiya deb ham ataladi.

Hozirgi paytda kimyoviy preparatlarni klinikada qo'llashning uzoq yillik tajriba asosida o'smalarning sezgiriligiga qarab tasnifi (klassifikatsiya) tuzilgan.

Keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, yagona kimyoviy modda bilan davolanadigan o'smalar ro'yxati juda qisqa. Ko'pgina mutaxassislarning baholashlariga ko'ra, zamonaviy kimyoviy preparatlarning o'zi xavfli o'smalar bilan kasallangan bemorlarning 10% ining tuzalishini va 30% ining davomiy remissiyasini (o'sma belgilari yo'qolishini) ta'minlaydi. Shunga qaramay, kimyoterapiya o'smalarni perspektiv davolash usuli hisoblanadi. Dunyoda o'smaga qarshi yangi preparatlarni yaratish ishlari olib borilyapti, yil sayin ko'plab tabiiy va sun'iy birikmalar tajribadan o'tkazilib, onkologiya amaliyotida keng qo'llanilyapti.

### Kimyoterapiyaga sezgir o'smalar tasnifi

Kimyoterapiya yordamida butunlay tuzalib ketishi mumkin	Kimyoterapiya uzoq remissiya beradi, hayotni uzaytiradi	O'sma regressiyasi 20-40% bemorda kuzatiladi, ba'zida hayotni uzaytiradi.	Kimyoterapiyaga sezgirliги kam (davo samarasi vaqtincha)
Bachadon xorionepiteliomasi. Moyakning xavfli o'smalari. Limfagranulematoz.	Yuing sarkomasi. Sut bezi saratoni. Tuxumdon saratoni. O'pkaning mayda hujayrali saratoni. Bachadon tanasi saratoni. Limfosarkoma.	Me'da, yo'g'on va to'g'ri ichak saratoni. Melanoma. Bosh va bo'yin saratoni. Hiqliqdoq saratoni. Qalqonsimon bez saratoni. Qovuq saratoni. Yumshoq to'qima sarkomasi. Osteogen sarkomasi.	O'pka saratoni. Qizilo'ngach saratoni. Jigar saratoni. Buyrak saratoni. Bachadon saratoni. Kin saratoni.

### Xavfli o'smalarning gormonal terapiyasi

O'smalar gormonal terapiyasi (yoki endokrin terapiya) ning nazariy asosi gormonlarning hujayra bo'linishini, gipofiz gormoni – somatotropin (o'sish gormoni) esa mushak hamda Tog'ay hujayralarining metabolizmi va o'sishini tezlashtiradi.

Ko'pgina mamlakatlarda ayrim klinik kuzatishlarning ko'rsatishicha, gormon terapiya metastazlar o'sishini to'xtatishi yoki sut bezi saratonining o'tib ketgan turida bemorlarning 2/3 qismida regressiya chaqirishi mumkin. Yaxshi natijalar endometriy, tuxumdon, qalqonsimon bez va prostata bezi saratonlarida aniqlangan.

Hozirgi paytda gormonal (yoki endokrin) terapiya ko'pincha gormonlarga bog'liq bo'lgan o'smalarda, ya'ni normal sharoitda endogen gormonlar orqali nazorat qilinadigan to'qimalardan chiqqan o'smalarda (sut bezi, Prostata bezi, endometriy saratoni) qo'llanilyapti. Gormonlar ta'siriga qalqonsimon bez, tuxumdonning xavfli o'smalari va juda kam darajada hiquildoq saratoni va melanoma sezgir hisoblanadi.

Gormonlarining o'smaga qarshi ta'sir mexanizmi hali oxirigacha o'rganilmagan, lekin so'nggi paytlarda tsitoplazmatik reseptorlarning o'sma hujayralariga gormonal ta'siri aniqlangan. Estrogenreseptorlar va progesteroreseptorlar yanada katta ahamiyatga ega. Masalan, shu reseptorlardan biriga ega bo'lgan 50-60% ga yaqin o'smalar gormonal terapiya paytida regressiyaga uchraydi, ega bo'lmaganlari esa faqat 10% ni tashkil qiladi. O'smada ham estrogenlar, ham progesteronlarga sezgirlik bo'lsa, remissiya miqdori 75% ga etadi.

Gormonal terapiyaning 2 asosiy usuli mavjud:

1. Gormon preparatlarni yuqori dozalarda ishlatish (shular qatorida qarana-qarshi jinsda).

2. Gormon ishlab chiqaruvchi a'zolarini (tuxum, tuxumdon, buyrak usti bezi, gipofiz, qalqonsimon bez) jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, ularga nur ta'sir ettirish yoki sun'iy medikamentlar qo'llash orqali gormonlar hosil bo'lishini kamaytirish.

Saraton gormonal terapiyasi uchun qo'llaniladigan preparatlar ro'yxati jadvalda keltirilgan.

### Xavfli o'smalar gormonal terapiyasida qo'llaniladigan preparatlar

Preparatlar nomi	Ta'sir mexanizmi	Ko'rsatma
<b>1. Estrogenlar - ayollar jinsiy gormonlari</b>		
Dietilbestrol, estradiol, sinestrol, estrado'rin, fosfestrol (xanvan)	Androgenga qarshi ta'sir ko'rsatadi va estrogenizasiya samarasi kuchli.	Prostataning disseminatsiyalangan saratoni, chuqur menopauzada ayollar sut bezi saratoni metastazlari, erkak sut bezining Disseminatsiyalangan saratoni
<b>2. Antiestrogenlar</b>		
Tamoksifen (nolvadeks, zitazonium, tamofen)	Estrogen reseptorlarini hamda boshqa o'sma hujayralarining gormonal reseptorlarini bog'laydi.	Tabiiy va sun'iy menopa-uzada ayollar va erkaklar sut bezi, tuxumdon, buyrak, bachadon tanasi

		saratonlari, melanoma.
Toraminfen	Ta'sir mexanizmi xuddi tamoksifen kabi.	Menopauzadagi ayollar sut bezi saratoni.
Aminoglyutetimid (orimeten)	Xolesterlining estrogenlarga aylanishida qatnashuvchi fermentlarni ishdan chiqaradi va glyukokortikoidlar hosil bo'lishini kamaytiradi.	Tabiiy va sun'iy menopauzada ayollar sut bezi, buyrak usri bezi, buyrak po'stlog'i saratoni.
<b>3. Androgenlar - erkaklar jinsiy gormonlari.</b>		
Testosteron - propionat, medosterontestenat, floroksimestron, testolakton, tetrasteron, nandrolen.	Estrogenlar sintezini pasaytiruvchi gipofizar gonadotropinlar ishlab chiqishini oshiradi. To'g'ri antiestrogen xususiyatga ega.	Hayzli ayollar sut bezi, tuxumdon, buyrak saratonlari, melanoma kasalligi.
<b>4. Antiandrogenlar</b>		
Flyutamid (flusinom, androkur)	Prostata bezi hujayralarida DNK sintezini pasaytiradi.	Prostata bezi saratoni.
<b>5. Progestinlar - ayollarning sun'iy jinsiy gormonlari</b>		
Oksiprogesteron - kapronat (17-OPK), medroksiprogesteron atsetat (MRA, Provera, depoprovera, farmutal) deostat, Megestrol (meqase)	Gipofizar gonadot - ropinlar ishlab chiqishini pasaytiradi, bu bilan estrogenlar sintezini susaytiradi.	Bachadon tunasi saratoni, bachadon sarkomasi, sut bezi, buyrak saratoni.
<b>6. Kortikosteroidlar</b>		
Kortizon (prednizolon, prednizon, deksametazon, gidrokortizon va boshqalar).	O'sma hujayralarining oqsilli reseptorlari bilan bog'lanib, limfa hujayralarining mitotik faolligini, buyrak usri bezi faoliyatini pasaytiradi.	Limfomalar, limfagranulematoz, xavfli timoma, sut bezi, buyrak saratoni, melanoma. Deksametazon bosh miyaning birlamchi va metastatik o'smalarida va miya ichki bosimining pasaytirish uchun qo'llaniladi.
<b>7. Gipofiz gonadotrop - rilizing gormonining sun'iy analoglari</b>		
Buserelin (suprefakt), leuprolid, lupron, Depot, zoladeks.	Moyak va tuxumdon faoliyatining to'liq buzilishiga olib keladi.	Prostata, hayzli ayollar sut bezi, erkaklar sut bezi saratonlarini dissemi - nasiya bosqichidagina qo'llaniladi.

Bular ichida klinik qiziqish uyg'otadigan tamoksifen, aminoglyutetimid, Megestrol (megase) va gipofizning gonadotrop - rilizing - gormonining sun'iy analog guruhlari hisoblanadi.

**Tamoksifen** – asosiy antiestrogen, dunyoning barcha mamlakatlarida keng qo'llaniladi. Yillab qo'llanilishi mumkin, bunda deyarli hech qanday asorat qolmaydi.

**Aminoglyutetimid** – estrogen hosil bo'ladigan barcha manbalarni bog'laydi va shu bilan o'sma o'sishini sekinlashtiradi.

**Megestrol (megase)** – onkologik kasalliklarning og'ir alomatlari (ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, oziqlanishning buzilishi) ga qarshi ta'sir etuvchi va uni bartaraf qiluvchi xususiyati bo'lgan preparat bir paytning o'zida bachadon tanasi va sut bezining xavfli o'smalariga qarshi ta'sir etadi.

**Gipofizning gonadotrop-rilizing gormonining sun'iy analoglari** - moyak va tuxumdon faoliyatining to'liq buzilishiga olib keladi. Natijada ularni xirurgik yo'l bilan olib tashlash yoki nur bilan davolashga o'rin qolmaydi.

### Xavfli o'smalar immun terapiyasi.

Oxirgi yillarda xavfli o'smalarni davolashda immun terapiyaga katta ahamiyat berilmoqda. Bu usul o'sma jarayoniga qarshi kurashda fiziologik immun sistemalarni qo'llashga asoslangan. Bunday yangi davolash usulining yutuqlari hali a'lo darajada emas. Chunki o'smaning organizm immun himoyasi bilan bog'liqligi hozircha etarli o'rganilmagan. Shunga qaramay, klinik immun terapiyaning asosiy yo'nalishlari jadvalda keltirilganidek belgilangan. Immunoterapiya usulining tasnifi bemor organizmiga ta'sir etishning o'ziga xosligiga qarab tashkil etilgan.

Klinik onkologiya bakterial tabiatli turli vaktsina va preparatlarni qo'llash bo'yicha ko'pgina tajribalar to'plagan, lekin yakuniy terapevtik natijalar kutilgandagidan ancha past bo'lib chiqmoqda.

Keltirilgan ma'lumotlarga qaraganda xavfli o'smalarni davolash usullari va ularni davolash imkoniyatlari bir xil emasligi haqida guvohlik beradi. Shu sababli onkologiya amaliyotida quyidagi usullar anhadan buyon qo'llanilib kelinmoqda.

**Kombinatsiyali davolash** – ta'siri har xil bo'lgan ikki usulni qo'llash (masalan, jarrohlik operatsiyasi va nur terapiyasi).

**Qo'shma davolash** – ta'siri bir xil bo'lgan ikki usulni qo'llash (masalan, distantsion va bo'shliq ichi gammaterapiyasi).

**Kompleks davolash** – u yoki bu ketma-ketlikda 3 yoki 4 ta turli ta'sir usullarini o'smaga qarshi qo'llash (masalan, operatsiya oldidan nur terapiyasi, operatsiya, kimyoterapiya).

Xavfli o'smalarni davolash usullarining ko'pligi va ularning bir-biridan ta'siri jihatdan farqlanishi klinika sharoitida har bir bemorga mos keladigan davolash rejasini tuzishni qiyinlashtiradi.

### Klinik immun terapiya usullari

Immun tera- Piyaning turi	Yuboriladigan material	Kutiladigan natija
1. Faol nospesifik.	Vaktsinalar (BT'sJ, ko'kyo'tul, edid, parofit, bakterial PrePa-ratlar), levamizol, fitogemag-glyutinin, interferon, interleykinlar.	Immun sistemasining o'smalarga qarshi kurashini kuchaytirish.
2. Faol spesifik.	Bemorning nur bilan o'ldirilgan o'sma hujayralari, o'sma hujayralaridan olingan ekstraktlar.	O'smaga qarshi maxsus immun hujayralarning proli-ferasiyasi.
3. Passiv spesifik.	Xavfli o'smalardan tuzalgan yoki uzoq remissiyadagi bemorlar zardobi.	O'smaga qarshi antitana-chalarning tsitolitik samarasi.
4. Moslashgan nospesifik	SoG'lom donorlarning limfo-tsitlari yoki suyak ko'Migi.	Donor hujayralari hisobiga bemorda immunokomponent hujayralarning ko'payishi.
5. Moslashgan spesifik	Remissiyadagi yoki o'xshash o'smadan tuzalgan bemorlardan olingan hujayralar.	Donor immunokomponent hujayralari bilan bemordagi o'smani bartaraf qilish.

**Maxsus davodan so'ng kelib chiqadigan asoratlarning nazorati.** O'smaga qarshi davo vositalarini qo'llashda bir qancha nojo'ya ta'sirlar kuzatiladi. Bular 5 darajaga bo'lib o'rganiladi.

0 - daraja – bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida o'zgarishlar yo'q.

I - daraja – bemorning umumiy ahvolidagi va laborator ko'rsatkichlarida o'zgarishlar kam kuzatiladi va bu o'zgarishlarni korrektsiya qilish shart emas.



2- daraja – bemorning umumiy ahvolidan va laborator ko'rsatkichlarida sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi, bu o'zgarishlarni korrektsiya qilish shart.

3- daraja – bemorning umumiy ahvolidan va laborator ko'rsatkichlarida kuchli buzilishlar kuzatiladi, bunday holatda bemorlarga aktiv simptomatik davolash talab qilinadi yoki kimyoterapiya to'xtatiladi.

4-daraja – hayot uchun xavfli.

### Kimyoterapiyaning gemopoezga toksik ta'siri

Kimyoterapiyaning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan hisoblanadi. Kimyoterapiya boshlashdan oldin umumiy qon tahlilida 1 ml'da leykositlar 4000 ta, trombositlar  $120 \times 10^9$  /mkl bo'lishi kerak. Davolashni 7-12-kunlarida granulositopeniya kuzatiladi. Bunday bemorlarga immunoglobulin, asiklovir (500-800 mg dan 6 marta, kuniga 3-4 marta 7-14 kun davomida), valtreks (1 g dan 3 marta ichishga); gerpetik infeksiyalarni davolashda Zoviraks (1 g dan kuniga 5 mahal) yoki valtreks (1 g dan kuniga 2 mahal); zamburug'li asoratlarning oldini olish uchun ketakonazol (0,2 g dan ichishga 1-2 marta kuniga), flyukonazol (200 mg kuniga) tavsiya etiladi.

Trombositopeniya gemorragik diatezni rivojlantiradi. Trombositlarning kritik darajasi  $20 \times 10^9$  / mkl. Trombositopeniyada burundan, oshqozon-ichakdan qon ketadi, miyaga qon quyiladi. Trombositopeniyani davolashda maxsus yo'llar bilan kontsentratsiya olingan trombositlar massasi quyiladi.

Anemiyani davolash uchun eritrositar massa quyiladi. Neytropeniyaning profilaktikasi uchun g-KSF (granosit, neypogen) yoki GM-KSF (leykomaks) 5 mg/kg/sut. doza bilan 7-10 kun, tsitostatiklar yuborishdan 24 soatdan boshlab qo'llaniladi. Anemiyaga qarshi effektiv kurashish uchun rekormun, epreks, eritrostim, epoetin kabi dorilar qo'llaniladi. Organizmda gemoglobinni normal holda saqlab turish hayotiy muhim a'zolarining funksiyasini normal holatini ta'minlash bilan birga dorilar bilan davolash natijasini yaxshilaydi.

### Kimyoterapiyaning oshqozon-ichak sistemasiga toksik ta'siri

Ko'pgina kimyoviy dorilar oshqozon-ichak trakti faoliyatini buzadi va quyidagi asoratlarga olib keladi: stomatitlar, ezofagitlar, enteritlar, diareya, ko'ngil aynishi, qusish va qabziyat.

Stomatitlarni davolash uchun quyidagilar ishlatiladi:

- parhez - yumshoq, ilimsiq ovqatlar;
- og'izni chayish (perekis vodorod 1-2%, furasilin, 1/5000, og'iz shilliq qavatini metilin sinka bilan artish, og'izni romashka qaynatmasi bilan, tovuq tuxumining oqsili bilan chayish) shipovnik va oblepixa yog'lari surtish;

- og'riqsizlantirish maqsadida - 0,25-1% li novokain eritmasi bilan, 1-2% lidokain eritmasi bilan og'izni chayqash;

- shilliq qavatning kandidoz bilan jarohatlanganida – Nizoral 1 tabletkadan kuniga 2 marta, nistatin 8 mln / Ed/sut. 4-5 marta, amfoterisin ingalyasiya shaklida, 1% li metilin sinkaning suvli eritmasi buyuriladi.

Mukozitlarning profilaktikasi uchun kimyoterapiya boshlashdan oldin og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini sanasiya qilish tavsiya qilinadi, muz bo'lakchasini kimyoterapiyadan 10-15 minut oldin yutish, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatini sistematik ravishda nazorat qilib turish lozim bo'ladi (takror 125-127-b).

**Toksik enterokolitlarning davosi.** Oshqozon ichak traktining surunkali va o'tkir yallig'lanishida parhez va farmakoterapiya qo'llaniladi. O'tkir leykozlarni davolashda nekrotik enteropatiya belgilari paydo bo'lganida bemorlar parenteral ovqatlantiriladi. Effektiv davo vositalari Sandostatin 0,1 mg 2 marta kuniga 3-5 kun davomida teri orasiga qilinadi. Disbakteriozda quruq kolibakterin (8-12 tabletkadan), laktobakterin (4-8 marta kuniga), bifikol (5-10 marta kuniga), bifidumbakterin (5 dozadan kuniga) buyuriladi. Diareya – ftorurosil bilan davolangandan keyin kuzatiladi. Diareya boshlangani zahoti immodium sxema bilan 4 mg (2 kap), 2 mg dan (1 kap) har 2 soatda beriladi. Bu dori vositasi bilan davolashni diareya to'xtaganicha va oxirgi suyuq ich o'tishidan keyin 12 soatgacha davom ettirish kerak, lekin 48 soatdan oshmasligi kerak. Bundan tashqari xilak forte, lineks, entero beriladi. Diareya 48 soatda oshiq davom etganida infuzion terapiya qilinadi. Og'riq bo'lganida spazmaletiklar, analgetiklar beriladi. Qabziyatda prozerin 0,015 g dan 2 marta kuniga ichishga yoki 1 ml 0,05% li eritmasidan teri ostiga qilinadi.

**Ko'ngil aynishi va qusish.** Ko'ngil aynish va qusishni davolashda navoban 5 mg 100 ml fiziologik eritmaga yoki 5% li glyukozaga qo'shib tomchilab uzatiladi.

Zofran vena ichiga yuboriladi, ichiladi va svecha shaklida ishlatiladi. Sutkalik dozasi 8-32 mg.

Kitril 3 mg 20-50 ml 0,9% li natriy xloga qo'shib 5 minut davomida vena ichiga yuboriladi.

Metoklopramid (reglan, tserukal) 10 mg vena ichiga.

Deksametazon 12 mg dan mushak orasiga 2 marta kuniga 1-3 kun.

Metilprednizalon (medrol) - 50 mg kuniga 1-3 kun.

Trankvilizatorlar (diazepam, tazepam, Lorazepam) ishlatiladi. (125-128-b. takror)

### **Xavfli o'smalarni davolashning umumiy qoidalari**

Qadimgi vaqtlardan beri insonlar saratondan davolanish usullarini izlab kelganlar. Turli xildagi o'simliklar va hayvon tabiatli moddalar, oddiy minerallar va qimmatbaho toshlar, qizigan temir va o'tkir pichoq kabilar qo'llanib ko'rilgan, biroq hanuzgacha xavfli o'smalarning barcha turidan to'la xalos bo'lish muammosi echilmay qolyapti. Oxirgi o'n yilliklar mobaynida onkologiya sohasida ko'pgina yutuqlarga erishilganligiga qaramay, onkologik bemorlarning faqatgina 50% ini saqlab qolish mumkin bo'lyapti. Buning asosiy sabablari birinchidan, o'sma jarayonining biologik xususiyatlari (birlamchi o'choqda o'sma hujayralarining to'xtovsiz o'sishi, millionlab limfa va qon aylanish sistemasi bo'ylab barcha a'zolarga tezda tarqalishi va har bir o'sma hujayrasining avtonom hayot kechirishi, shuningdek, yangi o'sma tugunini hosil qilishi) bo'lsa, ikkinchidan, o'smaning yashirin davrida, ya'ni undagi hujayralar miqdori hali 1 mlrd (1 g) dan kam bo'lganida aniqlovchi ishonchli vositalarning etarli emasligidir. Shu sababli onkolog - shifokorning klinika amaliyotida, mahalliy tarqalgan yoki umumiy tarqalgan kasallik bilan ish olib borishiga to'g'ri keladi. Saratonga davo qilish tarixini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, avvalo, hamma erda o'smaga qarshi kurash mahalliy ta'sir etadigan usullardan boshlangan, keyinchalik unga umumiy ta'sir etish yo'llari topilgan. Aniq davolash usullari ro'yxatiga quyidagilar kiradi:

#### **Mahalliy ta'sir:**

- xirurgik davolash
- kriodestruksiya
- nur terapiyasi
- mahalliy gipertermiya

#### **Umumiy ta'sir:**

- kimyoterapiya
- gormonal terapiya
- immun terapiya
- umumiy gipertemiya

Keltirilgan har bir umumiy va mahalliy davolash usullari o'zining ko'lami, me'yori, afzalligi va kamchiligiga, ko'rsatma va qarshi ko'rsatmasiga, shuningdek, o'zining potentsial ehtimoliy asoratlariga ega. Bundan terapevtik ehtiyojlar, ko'ngilsiz asoratlar bemor hayotiga xavf tug'diruvchi davolash usullari, shuningdek, o'sma gistiostrukturasi va differentsiyalanish darajasi haqidagi aniq axborotni hisobga olgan holda yuqorida ko'rsatilgan usullar asosida har bir bemorni davolash rejasini tuzish kerakligi kelib chiqadi.

## 8. BOB. BOLALAR ONKOLOGIYASIDA HAMSHIRALIK ISHI

Pediatriya qiyin soha bo'lib, bo'lg'usi tibbiyot xodimlaridan o'ta qat'iy mas'uliyat, sabr-toqat va matonat talab qiladi. Chunki bola tug'ilib rivojlanishi jarayonida, ayniqsa, 5—6 yoshlik davrigacha o'zida bo'layotgan o'zgarishlarni tartibli va tushunarli qilib bayon eta olmaydi. Ikkinchidan, boladagi aksariyat o'zgarishlarni o'ta sinchkovlik va kuzatuvchanlik hamda chuqur bilim asosidagina payqash va tegishli xulosalar chiqarish, shu asnoda bolaga zarur bo'lgan yordamni tanlash mumkin. Vaqtida tegishli xulosa chiqarilmasa va tayinli yordam ko'rsatilmasa, bolalarning hayoti xavf ostida qolishi mumkin.

### **Bolalarda hamshiralik ishi jarayonining o'ziga xos xususiyatlari**

Pediatriyada hamshiralik ishi jarayoni sog'lom va bemor bolaga hamshiralik yordamini tashkil etish va ko'rsatish usuli bo'lib, bemor bola va uning ota-onasi bilan hamshiraning o'zaro munosabatlarini o'z ichiga oladi. Hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishda bemor bolaga faqat bemor deb emas, balki shaxs sifatida qaraladi va uning atrofidagi qarindoshlari, yaqinlarining munosabati ham inobatga olinadi. Shuning uchun ham hamshiralik ishi jarayonining klinik fanlarni o'qitish jarayonida o'rganilishi o'rta tibbiy xodimlar tayyorlashda birinchi o'rinda turadi, chunki u biror vaziyatni yoritish muammolarini har taraflama hal qilish, bemor bolaga sifatli yordam ko'rsatishni ta'minlaydi.

Bolalar bilan ishlash birmuncha murakkabroq. Chunki ham-shira nafaqat bemor bola, balki uning atrofidagilar (ota-onasi, buvasi-buvisi) bilan ham muomala qilishiga to'g'ri keladi, bu esa o'z navbatida hamshiralarga katta mas'uliyat yuklaydi. Ham-shiralalar ish faoliyatida bola organizmining anatomik, fiziologik xususiyatlarini va ayrim kasalliklarning kechishini yaxshi bilish-lari lozim.

Hamshiralik ishi jarayonini tatbiq etishda, avvalo, hamshira hamshiralik ishi jarayonining maqsadini aniqlab olishi kerak. Shu holdagina bola nimaga muhtojligini aniqlash imkoniyati tug'iladi.

Boladagi asosiy muhtojlik yoki muammolar quyidagilardan iborat: Universal muammolar aniqlab olinadi, ya'ni har bir yoshdagi bolalarga yoshiga qarab ovqatlantirish, ozodalikka rioya qilish, tana haroratini bir maromda ushlab, kiyinish, yechinish, uxlash va hokazolar.

Odatda, universal talablarni ajratish qiyin emas, chunki ular bolaning yoshiga qarab rivojlanish xususiyatlaridan kelib chiqadi (ratsional ovqatlantirish to'g'risida tushuncha, rejali ovqatlan-tirish, uyquning buzilishi, bolaning shaxsiy gigiyenasi, kiyinishi va hokazo).

Bundan tashqari, hamshira bemor bolaning o'sishi va rivojlantirishiga tegishli potentsial muammolarini aniqlashi kerak (aqliy va jismonan o'z tengdoshlaridan orqada qolishi, tarbiyasizlik, fikrlash qobiliyatining yo'qligi).

Aynan shu muammolarni aniqlash bolalar hamshirasi uchun qiyinchiliklar tug'diradi, chunki ko'pincha ular bemor bola bilan muloqotda bo'lmaganlari sababli bolaning xulq-atvorini kuzata olmaydilar.

Shifokorlar yosh bolalarni tekshirishda ancha qiyinchiliklarga duch keladilar, chunki 3—4 yoshgacha bo'lgan bolalar o'z shiko-yatlarini tushuntirib bera olmaydilar, og'riyotgan joyini ko'rsata olmaydilar, ular tana harorati ko'tarilganda ham o'ynab yuraveradilar.

Muammolarning barcha uch turini aniqlash, ya'ni bemor parvarishi natijalari, vaziyatga qarab birinchi o'rinda yosh bolalarning shaxsiy gigiyenasiga rioya qilish yoki bolaning tarbiyasi bilan bog'liq muammolarni hal qilish hamshiralik ishi jarayoni-ning ikkinchi maqsadini amalga oshirish uchun muhim.

Hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishda hamshira kasallik faqat bemorning muammosigina emas, balki uning qarindosh-urug'larining ham muammosi ekanligini esdan chiqarmasligi lozim.

Bemorni stasionarga yetqizishda uning oilaviy sharoitini inobatga olish zarur.

Hamshiralik ishi jarayoni 5 asosiy qismdan iborat: tekshiruv (muammolarni aniqlash); hamshira tashxisi (xulosalar chiqarish); parvarish rejasini tuzish (bajariladigan ishlarni tartiblash); amalga oshirish (rejadagi ishlarni bajarish); natija (bajarilgan ishlarni baholash).

Hamshiralik ishi, asosan, sog'lom yoki bemor bolani tekshirishdan boshlanadi. Odatda 4—5 yoshgacha bo'lgan bolalar og'riyotgan joyini ko'rsata olmaydilar. Shu sababli tibbiyot hamshiralari aksariyat ma'lumotlarni bolaning onasi yoki uning yaqinlaridan olishlari mumkin.

Agar tekshirish vaqtida kerakli axborot yig'ilgan bo'lsa, hamshira tashxisini qo'yish qiyin emas. Pediatriyada hamshiralik tashxisi 3 qismdan iborat:

1) bio-genealogik rivojlanish xususiyatlari, avvalgi kasallik-lari, jarohatlar, akusherlik anamnezi;

2) sotsial (ijtimoiy tarbiyalash tiđi, oilaviy sharoit);

3) klinik (sog'lig'i bilan bog'liq bo'lgan asosiy muammolar).

Hamshiralik ishi parvarish rejasini tuzishda qo'shimcha tekshiruv, shoshilinch yordam, parhez va medikamentoz korreksiya-dan tashqari, bemorning himoya modelini ham inobatga olish zarur.

Hamshira nafaqat biror-bir tadbirni rejalashtirishi, balki uni amalga oshirishi lozim.

Amalga oshirishning 3 asosiy turi mavjud:

1) biror-bir narsaga bog'liq faoliyat turi, masalan, bemorga shifokor ko'rsatmasiga binoan antibiotiklar buyuriladi, hamshiradan uni amalga oshirish uchun faqat bilim va ko'nikma talab qilinadi;

2) biror narsaga bog'liq emas — hamshiraning mustaqil ish-lashi (masalan, bolaning onasini massajga yoki ovqat pishirish texnologiyasiga o'rgatish);

3) bir-biriga bog'liq holda hamshiraning boshqa mutaxassislar bilan hamkorlikda ishlashi (masalan, stomatolog maslahatidan so'ng og'iz bo'shlig'ini parvarishlash).

Amalga oshirish bosqichida hamshira ish jarayoni xaritasini olib boradi, tegishli ustunda kim, qachon va qayerda bajarishini aniq ko'rsatadi, bajarilgan ishlar haqida o'z vaqtida qaydlar o'tkazadi.

Shundan so'ng, hamshira keyingi bosqichga o'tadi. Bu bosqichda quyidagi ko'rsatkichlar e'tiborga olinadi:

-bemorning muolajalarga bo'lgan reaksiyasini baholash (masalan, qat'iy an yotish rejimiga rioya qilinganda bemorning tuvak qo'yilishiga reaksiyasi);

-muolajalar to'g'risida bemorning fikri;

-qo'yilgan maqsadga erishishni baholash hamshira amalga oshirgan tadbirlarning to'g'riligini aniqlash uchun kerak. Agar ma'lum muddatda maqsadga erishilmasa, xato taktika qo'llangan yoki patsiyentni tekshirish to'la hajmda amalga oshirilmagan bo'lsa, demak hamshiralik jarayonini birinchi bosqichdan boshlash kerak;

-ko'rsatilgan yordamni baholash.

Hamshiralik ishi jarayoni pediatriyada tashkil etilgan eng zamonaviy modellardan bo'lib, hamshirada mavjud bo'lgan barcha imkoniyatlarni amalga oshirishga imkon beradi, hamshirani shifokor

buyo'rgan vazifani ado etuvchi shaxsdan yuqori malakaga ega bo'lgan mutaxassis darajasiga ko'taradi.

### Bemor bolalarni tekshirish usullari va onkologik yordam ko'rsatish

Bolalar kasalliklarga chalinganida ularni hamshira shifokor bilan birgalikda qabul qilib oladi va bemor bolani tekshirishda hamkorlik qiladi. Bemor bolalarni tekshirishning subyektiv va obyektiv usul-lari farqlanadi.

Subyektiv tekshirish usuli bolaning o'zidan yoki bola yosh bo'lsa, onasidan so'rab-surishtirishdan iborat bo'lib, quyidagi tarkibiy qismlarni o'z ichiga oladi:

Bolaning pasport ma'lumotlarini aniqlash.

Bemor bolaning yoki onasining boladagi o'zgarishlar haqi-dagi shikoyatlarini eshitish.

Mazkur kasallikning rivojlanish tarixini aniqlash.

Bolaning hayotidagi asosiy momentlar bilan tanishish. Subyektiv tekshiruv davomida boladan yoki uning onasidan allergologik anamnez ham yig'iladi. Bu boladagi allergik holatlar va dori vositalarini qo'llashni boshlashdan oldin ortiqcha sezgir-likni aniqlash imkonini beradi.

Obyektiv tekshirish usullari ikki qismga: asosiy va qo'shimcha tekshiruv usullariga bo'linadi.

Asosiy obyektiv tekshirish usullariga quyidagilar kiradi:

- a) bolani ko'zdan kechirish;
- b) paypaslab ko'rish (palpatsiya);
- c) to'qillatib eshitib ko'rish (perkussiya);
- e) a'zolar ishlash ja-rayonida hosil bo'ladigan ovozlarni eshitib ko'rish (auskultatsiya).

Qo'shimcha obyektiv tekshirish usullari quyidagilardan iborat:

- a) rentgenologik tekshiruv o'tkazish; b) endoskopik tekshiruvlar; d) UTD — ultratovush diagnostikasi; e) skanirlash.

EKG — yurak biotoklarini yozib olish; j) FKG — yurak tovushlarini yozib olish; i) kompyuterli tomografiya tekshiruvi; k) laboratoriya tekshiruvlari o'tkazish.

Tibbiyot hamshiralari ham barcha subyektiv va asosiy obyektiv tekshiruvlarda bolalarni ko'zdan kechirish, paypaslab ko'rish ka-bilarni bajara olishlari, qo'shimcha obyektiv tekshiruvlarda esa bolalarni



tayyorlash amallarini bilishlari, tekshiruvlar vaqtida shi-fokorga yordam bera olishlari talab etiladi.

### **Plevral punksiyada qatnashish**

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilib qolganda plevrani tashxis va davo maqsadida punksiya qilish zarur bo'ladi.

Plevra punksiyasini shifokor bajaradi. Bunda hamshiraning vazifasi asboblarni, bemorni tayyorlash va muolajani bajarish vaqtida shifokorga yordam berishdan iborat. Bajarish tartibi:

❖ Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

❖ Qo'llar yuvib, quritiladi.

❖ Quyidagilar tayyorlanadi: anesteziya uchun to'plam (shpris 5 ml, 10 ml, teriosti, mushaklar orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5 % li novokain ampulada, 70 % li spirt, steril paxta), plevral punksiya uchun rezina nayli igna, qisqich, drenaj naychalar tizimi, Poten yoki Bobrov apparatlari, yoki elektrosg'ich, ko'krak qafasining to'g'ri va yon proyeksiyalardagi rentgenogram-malari, plevral suyuqliklarni yig'ish uchun idishlar, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo'llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

❖ Shifokorga qo'lini yuvishda yordam beriladi.

❖ Stul suyanchig'iga yostiq qo'yiladi, bolani stol suyanchig'i tomonga qaratib o'tkaziladi, uning qo'llari yostiqda turishi kerak.

❖ Bolaga stol suyanchig'i ustiga engashish buyuriladi (qovurg'alararo masofaning kengayishi uchun).

❖ Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

❖ Punksiya paytida shifokorga yordam berib turiladi, bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi.

❖ Muolajadan keyin Bolani aravachada xonasiga olib boriladi.

❖ Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.

❖ Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

❖ 3 soat davomida bolani tinimsiz kuzatiladi (qat'iy yotoq tartibi).



A



B

*Plevral punksiya vaqtida bemorning qulay vaziyatlari: a — katta yoshda; b — bolalarda.*

### Stomatitlarda og'iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi

- ❖ Qo'llar yuvib, quritiladi.
- ❖ Tayyorlab qo'yiladi: antiseptik eritmalar (natriy gidrokarbonatning 0,2 % li eritmasi, furatsillinning 1:5000 eritmasi, kaliy permanganatning 1:100000 eritmasi), lotok, pinset, Koxer qis-qichi, doka salfetkalar, shpatel, xloraminning 3 % li eritmasi, og'iz kengaytirgich, til tutgich.
- ❖ Bola yoki uning onasi ogohlantiriladi va og'iz bo'shlig'ini parvarishlash zarurligi tushuntiriladi.
- ❖ Bola boshi yon tomonga buriladi. Lunji ostiga suvqog'oz va buyraksimon lotok qo'yiladi.
- ❖ Qo'lqoplar kiyiladi.
- ❖ Bolaga og'izni kattaroq ochish va tilni chiqarish taklif qilinadi, agar bola o'zi og'zini ocha olmasa, og'iz kengaytirgich va til tutgich yordamida tili tashqariga ohista tortiladi.
- ❖ Qisqich yordamida tampon olinadi va yuqoridagi eritmalar-ning birida ho'llanadi.
- ❖ Bola lunji shpatel yordamida tortiladi.
- ❖ Tampon bilan bolaning barcha tishlari, milki, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, tili ishqalanadi.
- ❖ Lablari qurigan va yorilgan bo'lsa, ularga vazelin yoki sariyog' surtib qo'yiladi.
- ❖ Qo'lqoplar yechilib, ishlov beriladi.

### Qusnyotganda yordam ko'rsatish

Ko'krak yoshidagi bola qusganda bolaning boshini yonga buriladi, shunday qilinganda qusuq massalari bilan aspiratsiya bo'lmaydi. Yoshi kattaroq bola qusganda esa o'tqizib qo'yib oyoqlari orasiga tog'ora qo'yiladi, boshini sal oldinga engashtiriladi va boshi ushlab turiladi. Bola qusib bo'lganidan keyin og'zini chayib tashlash uchun suv beriladi, emadigan yoshdagi bolaga bir necha qoshiq qaynagan suv ichirib yuboriladi.

### Me'dani yuvish texnikasi

Tayyorlab qo'yiladi: steril yo'g'on oshqozon zondlari, voronka, oshqozonni yuvish uchun eritma (kaliy permanganatning 0,1 % li eritmasi, natriy gidrokarbonatning 4,2 % li eritmasi) solingan chelak, suv (1 litrli obdastada), suvqog'ozli fartuk, suvqog'oz, yuvindi suvlari uchun tog'ora, sochiq, Jane shprisi, qo'lqoplar.

○ Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

○ Qo'llar yuvib, quritiladi.

○ Qo'lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

○ Bolaga ko'ylak yoqasi, galstuk, kumariini yechish taklif qilinadi.

○ Bola to'g'rilab o'tkaziladi. U stul suyanchig'iga suyanib, boshini oldiga egib, oyoqlarini yon tomoniga yozib o'tirishi kerak.

○ Bola bo'yni va ko'kragiga suvqog'ozni shunday yopish kerakki, uning oyoqlari orasiga qo'yilgan tog'oraga suvqog'ozning chetlari tushib tursin.

○ Pinset bilan idish ichidagi sterillangan nam zond olinadi. Uni to'mtoq uchidan 10—15 sm uzoqlikda o'ng qo'l bilan ushlanadi, chap qo'l bilan esa erkin uchi ushlanadi.

○ Zonddagi belgilarga qarab (yoki oldingi qoziq tishlardan kindikkacha bo'lgan masofagacha) uning kiritilish uzunligi aniqlanadi.

○ Bolaga og'izni ochish va burun orqali chuqur-chuqur nafas olish taklif qilinadi va zondning to'mtoq uchi til ildiziga qo'yiladi.

○ Har bir yutinish harakati bilan zond qizilo'ngach orqali oshqozonga kerakli belgigacha yuboriladi.

○ Voronka zondning erkin uchiga ulanadi.

○ Voronka bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va unga yuvuvchi suyuqlik to'ldiriladi.

○ Suyuqlik to'ldirilgan voronka asta-sekin yuqoriga ko'tariladi, bunda suyuqlik sathi voronka bo'g'zigacha tushishi kerak.

○ Voronka oshqozondagi moddalar bilan to'lishi uchun bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va voronka tog'oraga bo'shatiladi.

○ 13—15 punktlardagi muolajalar toza suv paydo bo'lgunga qadar takrorlanadi.

○ Zondning erkin uchi salfetka bilan o'raladi.

○ Zond salfetka orqali asta-sekinlik bilan tortib olinadi.

○ Boladan suvqog'ozni yechib olinadi, muolaja uchun ishlatilgan buyumlar yig'ishtiriladi, so'ng ularga ishlov beriladi.

○ Muolajadan keyin bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi.

I z o h . Shifokor ko'rsatmasi bilan yuvindi suvlar laboratoriyaga yuboriladi, qolganlari tegishli talablarga binoan ishlov beriladi.

### **Qorin dam bo'lgan (meteorizm)da yordam ko'rsatish**

Ko'pchilik kasalliklarda (ayniqsa, zotiljamda — chaqaloq bolalarda, hazm a'zolari kasalliklarida, o'tkir intoksikatsiyalarda katta yoshdagi bolalarda) bolalarning qorni dam bo'lishi uning ahvolini keskin og'irlashtirib qo'yadi. Shuning uchun, tibbiyot hamshirasi kasal bolaning ichaklari funksiyasini diqqat bilan kuzatib borishi, meteorizm rivojlanishining oldini o'z vaqtida olishi, qorni dam bo'lib qolganda esa tezroq gazlarni yurishtirib chiqarib yuborishga harakat qilishi kerak bo'ladi. Buning uchun tozalovchi huqqa qilish va eng avvalo, gaz chiqaruv nayi qo'yish, qornini uqalash yoki issiq grelka qo'yish lozim. Bajarish tartibi:

❖ Tayyorlab qo'yiladi: steril gaz chiqaruv nayi, suvqog'oz, tuvak, to'siq, vazelin, salfetka.

❖ Zaruriyat bo'lsa to'siq o'rnatiladi.

❖ Bola choyshab va suvqog'oz solingan kushetkaga chap yonboshiga yotqiziladi, bunda uning oyoqlari tizzada bukilib, qoringa keltirilgan bo'lishi kerak.

❖ Bola oyoqlari oldiga suv qo'yilgan tuvak qo'yiladi.

❖ Qo'llar yuvib, quritiladi.

❖ Qo'lqoplar kiyiladi.

❖ Steril gaz chiqaruv naychasiga vazelin surtiladi.

❖ Dumbalarni chap qo'l barmoqlari bilan ochib, o'ng qo'l bilan aylana harakatlar yordamida gaz chiqaruv nayi to'g'ri ichakka kiritiladi, avval kindik yo'nalishida 3—4 sm, keyin umurtqa po-g'onasiga parallel 20—30 sm,

❖ Nay ichakda gazlar to'liq chiqib

❖ ketguncha qoldiriladi, lekin 1 soat-dan ko'p emas.

❖ Asta-sekinlik bilan nay tortib olinadi, orqa peshob atrofi artiladi va vazelin surtiladi (61-rasm).

❖ Qo'loqpar yechiladi va ularga ishlov beriladi. Anjomlarga ishlov beriladi.



### Tozalovchi huqna qilish texnikasi

1 yoshgacha bo'lgan bolalarga uchligi yumshoq rezina balloncha bilan, yoshidan oshgan bolalarda Esmarx krujkasi yoki uchligi qattiq rezina ballon (nok) yordamida huqna qilinadi.

Tozalovchi huqna uchun uy haroratidagi suv ishlatiladi, kichik yoshdagi bolalar uchun esa suv harorati 24—26 °C bo'lishi lozim. Huqna qilinadigan ballon oldin 15 daqiqa qaynatib sterillanadi, uchligiga esa vazelin surtiladi. Yuboriladigan suvni ballonga to'ldirib olinadi, buning uchun uni oldin yaxshilab siqib, havosi chiqarib yuboriladi.

Bolani chap yonboshi bilan kleyonka va choyshab ustiga yotqiziladi. O'ng oyog'ini bukib qorniga tortiladi. O'ng qo'l bilan hech qanday kuch ishlatilmasdan ballon uchligini to'g'ri ichakka 4—5 sm kiritiladi. Keyin ballonni siqib, suyuqlikni ichakka kiritiladi va bo'shashtirib yubormasdan, uni to'g'ri ichakdan chiqarib olinadi. Suyuqlik chiqib ketmasligi uchun bola dumbalarini bir necha daqiqa yumib ushlab turiladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarga huqnani chalqancha yotqizib qo'ygan holda, oyoqlarini sal balandga ko'tarib turib qilinadi.

Tozalovchi huqna uchun suyuqlik miqdori bolaning yoshiga bog'liq: 1—3 oylik bolaga 60 ml, 3 oylikdan 1 yoshgacha — 90 ml dan 150 ml gacha, 1—2 yoshli bolaga 200 ml; 2—9 yoshli bolaga 400 ml gacha, 9 yoshdan oshganlarga 500 ml. Katta yoshdagi bolalarga tozalovchi huqna bajarish tartibi:

❖ Qo'llar yuvib, quritiladi.

❖ Tayyorlab qo'yiladi: Esmarx krujkasi, uchlik, shtativ, vazelin, tuvak, suvqog'oz, qo'lqop, bemor mustahabi uchun to'plam, to'siq, choyshabcha, niqob, fartuk.

❖ Bola ruhiy jihatdan tayyorlanadi.

❖ Bola mo'ljallanayotgan muolaja haqida, uning o'tkazilish joyi va vaqti haqida ogohlantiriladi.

❖ Qo'lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

❖ Xona haroratidagi (20 °C) 1—1,5 litr suv Esmarx krujkasiga quyiladi.

❖ Krujka shtativga ilib qo'yiladi.

❖ Rezina krujkadagi ventil ochiladi va suv bilan to'ldiriladi, ventil yopiladi.

❖ Uchlik vazelin bilan yog'lanadi, kushetka ustiga suvqog'oz to'shaladi. Bunda uning chetlari pastga qo'yilgan tog'oraga tushib turishi kerak.

❖ Bolani chap yonboshiga yotqiziladi. Bolaning oyoqlari tizzadan bukilgan va biroz qoringa keltirilgan bo'lishi kerak.

❖ Dumbalari orasi chap qo'lning 4 ta barmog'i bilan ochiladi, o'ng qo'l bilan esa uchlik anal teshikka ehtiyotlik bilan kiritiladi. Bunda avval kindik yo'nalishida 3—4 sm, keyin esa unurtqa pog'onasiga parallel yo'nalishda 8—10 sm kiritiladi.

❖ Suvning tez oqishi og'riq chaqirishi mumkin, shuning uchun ventilni qisman ochish kerak.

❖ Agar suv ichaklarga bormasa, krujka balandroq ko'tariladi yoki uchlik holati o'zgartiriladi; u biroz chuqurroq kiritiladi yoki sirdan tortib ko'riladi. Agar bu yordam bermasa, uchlikni chiqarib, boshqasiga almashtiriladi (u najas bilan tiqilib qolgan bo'lishi mumkin).

❖ Ichakka suv borishi to'xtagandan keyin ventil berkitiladi va uchlik ehtiyotlik bilan chiqariladi.

❖ Bolaga suvni ichakda bir necha daqiqa ushlab turish kerakligi tushuntiriladi.

❖ Unga tuvak beriladi.

❖ Defekatsiya aktidan keyin najas ko'zdan kechiriladi. Agar tuvakda faqat najas toshlari aralash suv bo'lsa, huqni shifokor ko'rigidan keyin takrorlash zarur.

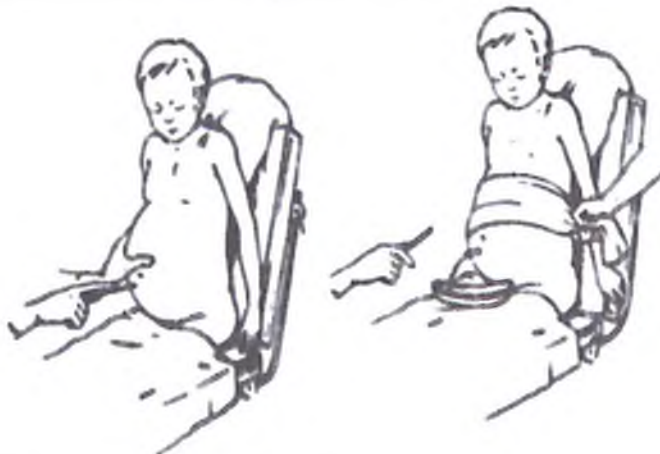
❖ Defekatsiyadan keyin bolaga mustahab qildiriladi.

❖ Asboblari, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

❖ Qo'lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

### Abdominal punksiyada qatnashish

Abdominal punksiya — qorin bo'shlig'ini (abdominis) davo va tashxis maqsadida teshishdir. Bajarish tartibi:



### Abdominal punksiya o'tkazish.

❖ Qo'llar yuvib, quritiladi.

❖ Tayyorlab qo'yiladi: anesteziya uchun to'plam (5 ml, 10 ml li shpris, teriosti, mushaklar orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5 % li ampulali novokain, 70 % li spirt, steril paxta), troakar,

❖ qisqich, assitik suyuqliklarni yig'ish uchun idishlar, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo'llanma, pro-birkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

❖ 3. Bolani stulga o'tkazi-ladi, oyoqlari crasiga, yerga tog'ora (assitik suyuqlik uchun

❖ 64-rasm. Abdominal punksiya o'tkazish. idish) joylashtiriladi.

❖ Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

❖ Punksiya paytida shifokorga yordam berib, bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi (64-rasm).

❖ Muolajadan keyin bolani aravachada xonasiga eltib qo'yiladi.

❖ Bolaning qat'iy yotish tartibiga rioya qilishi nazorat qilinadi.

❖ Bolaning ahvoli (harorati, puls, qon bosimi, nafas olish soni) kuzatib boriladi.

❖ Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.

❖ Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

❖ Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

I z o h . Muolajadan oldin bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

### Siydikni umumiy tahlil uchun yig'ish

Siydik yigib olishdan oldin tashqi jinsiy a'zolar yuviladi va yaxshilab artiladi. Qaynoq suvda tozalangan, quruq idish tayyorlab, boladan (agar u katta yoshli bo'lsa) shu idishga (og'zi keng shisha bankaga) o'rta siydik porsiyasini yig'ish so'raladi. Ko'krak yoshidagi boladan siydigining «o'rta oqimi»ni olish uchun siyishi tezlash-tiriladi, ya'ni oldin qaynagan suv beriladi va bolani biroz sovuqroq ushlanadi (qalin kiyimlarini yechib). Shuni yodda saqlash lozimki, siydik olish bilan uni tekshirishning oralig'i qancha qisqa bo'lsa, tahlil shuncha aniq bo'ladi. O'g'il bolalarda siydikni tahlil uchun yig'ish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi (65-rasm), qiz bolalardan esa bu jarayonda birmuncha qiyinchiliklarga duch kelish mumkin. Bajarish tartibi:

Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

Qo'llar yuvib, quritiladi.

Tayyorlab qo'yiladi: keng bo'g'izli toza flakon, tuvak, qo'lqoplar, paxta-dokali tampon, yo'llanma.

➤ Qo'lqoplar kiyiladi.

➤ Bolaga toza tuvak beriladi.

➤ Boladan siydigini tuvakka chiqarishi so'raladi.

➤ Tayyorlangan flakonga 100—150 ml siydik quyib olinadi.

➤ Flakonga yo'llanma biriktiriladi.

➤ Qo'lqoplar yechiladi, ularga ishlov beriladi.

➤ Siydik klinik laboratoriyaga olib boriladi.

➤ Natija o'sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.

➤ Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.





### O'g'il bolalarda tahlil uchun siydik yig'ish.

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3 % li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya — 60 daqiqa.

### Qovuqni kateterlash

Qovuq siydik chiqarish, uni yuvish, unga dori moddasini kiritish yoki tekshirish uchun siydik olish maqsadida kateterlanadi. Qo-vuqqa mikroblar tushmasligi uchun kateterlashni g'oyat ehtiyotlik bilan qilish kerak, chunki uning shilliq pardasi infeksiyaga bar-dosh berolmaydi. Shu sababli kateterlash zarur bo'lgandagina va iloji boricha jarrohlik qo'lqoplarida o'tkazilishi lozim. Bolalarda ka-teterlash, ko'pincha, yumshoq kateterlar yordamida o'tkaziladi.

Bolalarning yumshoq kateteri — uzunligi 20—25 sm va diametri 0,5—0,7 mm gacha bo'lgan (1—30) elastik rezina naychadan iborat. Kateterning yuqori uchi yumaloqlangan, berk. Uning yaqi-nida yon tomondan oval teshigi bor. Kateterning tashqi uchi dori eritmasini yuborish uchun shpris uchligini kiritish va qovuqni yuvish uchun qiyshiq kesilgan yoki voronkasimon kengnytirilgan.

Ishlatishdan oldin kateterlar 10—15 daqiqa mobaynida qaynatiladi. Ishlatilgandan so'ng, ularni iliq suv va sovun bilan yaxshilab yuviladi va yumshoq lattada artiladi. Rezina kateterlar qopqoqli va emallangan hamda uzun shisha qutichalarda 2 % li borat yoki karbol kislota eritmasida saqlanadi, aks holda quriydi, elastikligini yo'qotadi va mo'rt bo'lib qoladi.

Qiz bolalarga kateter kiritish. Muolaja tibbiy qo'lqoplar kiyilgan holda o'tkaziladi yoki muolajadan oldin tibbiyot hamshirasi qo'lini iliq suvda sovunlab yuvadi, tirnoq, falangalarini spirt va yod eritmasi bilan artadi. Tibbiyot hamshirasi yoki shifokor o'ng tomonda turadi. Chap qo'l bilan jinsiy lablar keriladi, o'ng qo'l esa tashqi jinsiy a'zolari va

siydik chiqarish kanali teshigini yuqoridan pastga tomon (orqa chiqaruv teshigi yo'liga tomon) biror zararsizlaydigan eritma bilan yaxshilab artiladi. So'ngra steril vazelin moyi surtilgan qizlar kateteri pinset bilan olinadi va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigini topib, ehtiyotlik bilan kiritiladi (66-rasm, a). Kateterning tashqi uchida siydik ko'rinishi, uning qovuqqa tushganligini bildiradi.

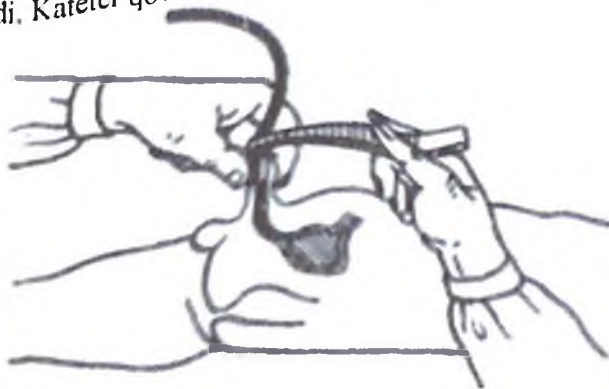
Siydik o'zicha ajralmaganda qolgan siydikni chiqarish uchun qorin devori orqali qovuq sohasini biroz bosish mumkin, so'ngra kateterni asta-sekin chiqarsa bo'ladi, shundagina qoldiq siydikning ozroq miqdori kateter chiqarilgandan keyin, siydik chiqarish kanalini yuvib chiqadi. Qiz bolalarda u deyarli uzun bo'lmaydi (4—6 sm), shunga ko'ra kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

O'g'il bolalarga kateter kiritish bir-muncha qiyin, chunki ularda siydik kanali uzunroq bo'ladi va ikkita fiziologik torayish hosil qilib, ular kateterning o'tishiga to'sqinlik qiladi.

Muolaja tibbiyot qo'lqoplarida bajariladi. Bemor kateterlash vaqtida oyoqlarini tizzasidan ozroq bukib, chalqancha yotadi, oyoqlari orasiga «utka», lotok yoki krujka qo'yilib, siydik kateterdan shu idishga oqib tushadi.

Hamshira yoki shifokor chap qo'lga jinsiy olatni oladi va uning boshchasini zararsizlantiruvchi eritmaga ho'llangan paxta bo'lakchasi bilan yaxshilab artadi. O'ng qo'li bilan steril vazelin moyi surtilgan kateterni asta-sekin, ko'p kuch sarflamay siydik chiqarish kanaliga kiritadi. Kateter pinset yoki steril doka salfetka bilan olinadi.

Kateterlashni imkon qadar yumshoq rezina kateterda amalga oshirish kerak. U yumshoq va ayni vaqtda qayishqoq bo'lganligidan osongina turli shaklni egallaydi, bu mavjud to'siqlarni chetlab o'tishga imkon beradi. Kateter qovuqqa tushishi bilan siydik paydo bo'ladi.





*Siydik pufag'ini kateterlash. O'g'il bolalarda  
Siydik pufag'ini kateterlash. Qiz bolalarda  
Bolalarda pulsni aniqlash*

Bolaning tomir urishi (puls) ni u tinch to'rgan paytda aniqlanadi.  
Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Sekund milli soat tayyorlab qo'yiladi.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat egallash taklif qilinadi.
5. Bolaning kaftini bilak-kaft bo'gimi sohasida barmoqlar bilan ushlanadi.
6. Bilak arteriyasi pulsatsiyasini 2, 3, 4-barmoqlar bilan paypaslab aniqlanadi.
7. Pulsning to'liqligi aniqlanadi.
8. Pulsning tarangligi bilak suyagiga bosib aniqlanadi.
9. Pulsning ritmi aniqlanadi.
10. Puls zarbining sonlari aniqlanadi:
  - a) agar ritm noto'g'ri bo'lsa - 1 daqiqa ichida;
  - b) agar ritm to'g'ri bo'lsa - 15 soniya ichida sanab, natijani 4 karra ko'paytiriladi, 20 soniya ichida sanab, 3 karra ko'paytiriladi.
11. Natijaga baho beriladi, kerak bo'lsa shifokorgacha bo'lgan yordam ko'rsatiladi.
12. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi; raqamli natijalarni bolaning kasallik tarixiga kiritiladi, puls sonlari grafik ko'rinishida harorat varaqasiga qizil qalam bilan qayd qilinadi.

*Arterial bosimni o'lchash*

Arterial bosimni rus shifokori Korotkov tomonidan taklif etilgan usulda sfigmomonometr yoki tonometr asbobi bilan aniqlanadi. Arterial bosimni aniqlash uchun fonendoskop bilan birga bolalar uchun chiqarilgan eni qisqa manjetkasi bor sfigmomonometr yoki tonometr kerak bo'ladi. Manjetkalarining o'lcham (razmer) i: 1 yoshgacha 3,5x7 sm, 2 yoshgacha 4,5x9 sm, 4 yoshgacha 5,5x11 sm, 7 yoshgacha 6,5x13 sm, 10 yoshgacha 8,5x15 sm. 10 yoshdan keyin standart razmerda bo'ladi.

Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: fonendoskop, tonometr.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Bola shunday joylashtiriladiki, uning qo'li tekis yuzada joylashsin.
5. Bolaning qo'l kaftini yuqoriga qaratib, tirsak bo'g'imida yozgan holda joylashtiriladi.
6. Yelkasi shunday ochiladiki, bunda kiyim yelkani manjetkadan yuqoriga siqmasligi kerak.
7. Tonometr manjetkasini bolaning ochiq yelkasiga tirsak bo'g'imidan 2-3 sm yuqorida, manjetka va yelka oralig'iga 1 barmoq sig'adigan darajada bo'shliq qoladigan qilib joylashtiriladi. Bunda rezina naychalar yon tarafda qolishi kerak.
8. Tonometrni manjetka bilan ulanadi.
9. Tonometr milini shkalaning 0 belgisiga nisbatan to'g'ri joylashtiriladi.
10. Shu qo'l bilan bilak arteriyasining pulsatsiyasi aniqlanadi.
11. Bo'sh qo'l bilan rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga havoni arteriyadagi pulsatsiya yo'qolgunga qadar damlanadi.
12. Tonometr ko'rsatkichi eslab qolinadi.
13. Ventil ochiladi va havo chiqara boshlanadi.
14. Fonendoskop boshchasi tirsak chuqurchasiga qo'yiladi.
15. Rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga avvalgi ko'rsatkichgacha va 20-30 mm simob ustuniga ko'proq havo yuboriladi.
16. Ventil ochiladi va havoni asta-sekinlik bilan chiqariladi, tonometrning mili yoki simob ustuni bir tekisda pasayib borishi kerak.

17. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, birinchi puls zarbi paydo bo'lgan payt qayd qilinadi – bu sistolik bosimdir, birinchi bor eshitgan zarbga to'g'ri kelgan raqam eslab qolinadi. 335

18. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, puls zarbalarining tugash payti qayd qilinadi – bu diastolik bosimdir, pulsatsiya to'xtagan paytdagi ko'rsatkich eslab qolinadi.

19. Havo chiqarib yubiriladi, munjetka yechib olinadi. Bola avvalgi holatiga keltiriladi.

20. O'lchash natijasi baholanadi. Kerak bo'lsa, shifokor kelgunga qadar yordam ko'rsatiladi.

21. A/B o'lchash ko'rsatkichlari bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: kasr ko'rinishida (suratida sistolik bosim, mahrajida diastolik bosim) va harorat varaqasiga grafik ko'rinishida chizib qo'yiladi.

22. Qo'llar yuvib, quritiladi.

Arterial bosim doimiy kattalik emas. U bolaning ahvoriga yoki asab tizimining holatiga, yoshiga bog'liq. Bola qancha yosh bo'lsa arterial bosim shuncha past bo'ladi.

Bolaning yoshiga qarab arterial bosimini taxminan quyidagi formula bilan aniqlasa bo'ladi:

Bir yoshgacha arterial bosim =  $70 + n$  (bu yerda,  $n$  – oylarda ifodalangan bolaning yoshi);

Bir yoshdan keyin =  $80 + 2n$ , (bu yerda,  $n$  – yillarda ifodalangan bolaning yoshi).

## **BOLALARDA PALLIATIV YORDAMNING ASOSLARI**

Bolalarda surunkali og'riq sindromi dunyo bo'ylab jamoat sog'liqni saqlash sohasining asosiy muammosi bo'lib, bolalarda kasallanishning asosiy sabablaridan biri xisoblanadi va bir vaqtning o'zida ularning emotsional, jismoniy va ijtimoiy rivojlanishi xamda faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bu muammo bemorlarning oila a'zolari va ularga parvarish qiluvchilarning xayotiga xam katta ta'sir ko'rsatadi. Surunkali og'riq - bu uch oydan ortiq davom etuvchi og'riq yoki shu vaqt ichida qaytalanadigan og'riq xisoblanadi, va u birlamchi (xar qanday aniqlangan biologik yoki psixologik omildan qat'iy nazar) yoki biron bir etiologik omil aniqlangan bo'lsa ikkilamchi bo'lishi mumkin. Bir qator sabablarga, ya'ni bolalarning fiziologik, ijtimoiy va rivojlanish xususiyatlariga ko'ra, bolalardagi og'riqlar kattalardagi og'riqlardan farq qiladi, shuning uchun kattalarga nisbatan to'plangan

ma'lumotlar, tadqiqotlar va klinik tajriba xar doim xam bolalar uchun to'g'ri kelmaydi.

Bolalarda surunkali og'riq sindromini davolash murakkab vazifa xisoblanib, bunda xar bir bemorga va xar bir vaziyatga individual yondashuv talab qilinadi va unda malakali tibbiyot xodimlarining xarakatlari muvofiqlashtirilgan chora-tadbirlar majmuasi doirasida amalga oshirilishi kerak.

Klinik bayonoma eng yangi va yuqori sifatli ilmiy dalillar, xalqaro standartlarga javob beradigan usullardan foydalangan xolda ishlab chiqilgan. Ushbu ko'rsatmalarning asosiy yunalishi tug'ilgan paytdan boshlab 18 yoshgacha bo'lgan bolalarda birlanchi va ikkilanchi og'riqni boshkarish uchun jismoniy, psixologik va farmakologik muolajalarga qaratilgan.

## 1. BOLALARDA PALLIATIV YORDAMNING ASOSLARI

Барча болалар гамхўрлик, эътибор, хавфсизлик, севги хисларига, тарбияга, ўйинларга ва уларни тушунишга мухтож.

Каттилар томонидан болалар уларга гамхўрлик кўтишлари ва севинишлари хақида ишончга мухтож.

Болалар ўзлари севган кишини йўқотганда еки ўзлари касал булганда, уларга оддий, ёшга мос келадиган маълумот керак.

### Pedlatriyada palliativ yordam nima?

*Jaxon sog'liqni saqlash tashkilotining ta'rifi bo'yicha:*

- Bolaning tanasi, ongi va ruxi uchun faol kompleks g'amxo'rlik, shuningdek, uning oilasini qo'llab-quvvatlash (JSST, 2002).

- Palliativ yordam bolaning kasalligi aniqlangandan so'ng boshlanadi va kasallik davolanadimi yoki yukmi, yordam ko'rsatilishi davom ettiriladi

- sog'liqni saqlash xodimlari bola stressining jismoniy, fiziologik va ijtimoiy tarkibiy qismlarini baxolashlari va yengillashtirishlari kerak.

- Samarali palliativ yordam oilani o'z ichiga olgan va mavjud maxalliy resurslardan foydalanadigan keng kulamli, multidisiplinar yondashuvni talab qiladi. Samarali palliativ yordam xatto cheklangan resurslar bilan xam ta'minlanishi mumkin.

• Palliativ yordam sog'liqni saqlash muassasalarida, xospislarda va xatto mexribonlik uylarida xam ko'rsatilishi mumkin.

### **Nima uchun bolalar palliativ yordami muhim?**

Bolalarga palliativ yordam ko'rsatish juda muxim, chunki dunyoda 7-9 milliongacha bolalar bunday yordamga muxtoj. Bundan tashkari, bolalarning extiyojlari kattalarnikidan farq qiladi. Maksadli gurux neonatal davrdan 18-21 yoshgacha bo'lgan bolalar xisoblanadi, shuning uchun ularning extiyojlari yoshga qarab uzgarishini, shuningdek, barcha xamroxlik qiluvchi va atrof-muxit omillarini taxlil qilish kerak. **Qaysi bolalar palliativ yordamga muhtoj?**

Xayotta xavf soladigan va xayotni cheklovchi kasalliklarga chalingan bolalarning katta qismini palliativ yordamga muxtoj. Xozirgi vaqtda turli mamlakatlarda bolalarning palliativ yordamga muxtoj bo'lgan asosiy kasalliklarini aniqlash bo'yicha ishlar olib borilmokda.

### **Kattalar va bolalar uchun palliativ yordam o'rtasidagi farqlar**

#### *Bolalar o'ziga xosmi?*

Bolalar "kichik kattalar" emas. Kattalar va bolalar palliativ yordami o'rtasida ba'zi o'xshashliklar mavjud bo'lsada, ular orasida sezilarli farqlar xam mavjud, masalan:

- bolalar bilan muloqot qilish ba'zan kattalarga Karagunda kiyinrok;
- bolalarda dori-vositalarning farmakokinetikasi va farmakodinamikasi kattalarnikidan farq qiladi;
- bolalarning o'lim va ulish jarayoni haqidagi tushunchalar yoshga qarab uzgaradi;
- bolalar qonuniy ravishda ruxsat berishga xakli emas, garchi ular rozilik berishi mumkin;
- bolalar odatda oiladan ajralib qolishdan qo'rqishadi.

*Kattalar va bolalar uchun palliativ yordam o'rtasidagi farqlarni 4 guruxga bo'lish mumkin:*

- bolalar bilan bog'liq;
- oila bilan bog'liq;
- palliativ yordam dasturlari bilan bog'liq;
- boshka farqlar.

#### *Bolalar bilan bog'liq farqlar:*

- qonuniy xuquqqa ega emas;
- ko'pincha o'zlarining extiyojlarini so'z bilan tasvirley olinaydi;
- ba'zan ota-onasiga/vasiylariga zarar yetkazishdan ximoya qiladi;

- ko'pincha kasalxonada muxitida bo'ladi, bu uning uchun begona joy xisoblanadi. *Oila bilan bog'liq farazlar:*

- bolani ximoya qilishni xoxlaydi;

- bolani qutqarish uchun xamma narsaga tayyor bo'ladi;

- oila a'zolari va yaqinlari sodir bulayotgan voqealarga qanday munosabatda bo'lishlari bilan bog'liq muammolar bo'lishi mumkin;

- uyda parvarishlash kasalxonadagi parvarishdan xam yomonroq bo'lishidan qo'rqish;

- tuzalmaydigan kasallikka chalingan bola kundalik parvarishi yukini yengillashtirish uchun yordamga muxtoj. *Palliativ yordam dasturlari bilan bog'liq farazlar:*

- bolalarning xususiyatlari xisobga olinmaydi, chunki bolalarga palliativ yordam ko'rsatishga ixtisoslashgan dasturlar soni cheklangan;

- bolalarga palliativ yordam ko'rsatish tamoyillari haqida ma'lumotlar kam;

- palliativ yordam yetarli malakaga ega bo'lmagan mutaxassislar tomonidan ko'rsatiladi;

- narkotik og'riq qoldiruvchilarni qo'llashdan qo'rqish va bolalarning og'riqni boshdan kechirishmaydi deb xisoblash;

- ushbu soxa mutaxassislarini jalb qilmasdan mustaqil ravishda ishlab chiqilgan.

### Bolalarda palliativ yordami modellari

**Palliativ yordam parvarish falsafasidir, chunki bu sohada yagona yondashuv mavjud emas.** Butun dunyoda bolalar palliativ yordamining turli modellari mavjud.

Bolalarga palliativ yordam ko'rsatish modellarini o'rganayotganda quyidagilarga e'tibor bering:

- Sizing xolatingizga palliativ yordamning kaysi modeli eng mos keladi?
- Xar bir modelning kuchli va zaif tomonlari qanday?
- Sizing tanishlaringizdan kaysi biri o'rganilgan modellarning xar birini amalda kullaydi?
- Agar ma'lum bir model bilan tanish bulmasangiz, kayerdan ko'prok ma'lumot olishingiz mumkin?

*Umumiy palliativ yordam xospis dasturi doirasidagi pediatrik palliativ yordam.*



ko'pincha bolalarga palliativ yordam umumiy palliativ yordam dasturi yoki xospis dasturining bir qismi sifatida (masalan, bir vaqtning o'zida kattalar va bolalar bilan ishlaydigan mutaxassislar tomonidan) ko'rsatiladi. Afzalligi

- Bu bemorning uyiga imkon kaclar palliativ yordamni yaqinlashtirishning eng yaxshi usuli bo'lib, bu bolaning yashash joyidan uzoq masofada joylashgan bolalar dasturlari kam bo'lganligi sababli, juda dolzarbdir.

#### Kamchiligi

- Bolalarga palliativ yordam ko'rsatish bo'yicha tayyorlangan xodimlar soni yetarli bo'lmasligi yoki bu yordamga muktoj bo'lgan bolalar soni kam bo'lishi mumkin.

*Stasionar palliativ yordam bo'limlari* yoki ixtisoslashgan palliativ yordam bo'limlari mustaqil tashkilotlar, xospislar, shifoxona yoki boshka tibbiy muassasaning bir qismi sifatida faoliyat yuritishligi mumkin. Ular ijtimoiy dam olish, shuningdek, simptomlarni yengillashtirish va "umrining oxirida" (terminal bosqichda) parvarishlash dasturi bo'yicha olib boriladi.

#### Afzalligi

- Og'ir axvolda bo'lgan bolalar simptomatik terapiyani tanlash uchun kasalxonaga yotkizilishi mumkin.

#### Kamchiligi

- Stasionar yordam ancha kimmat va bolaning uyidan uzoqda bo'lishi mumkin.

#### *Kunduzgi parvarish dasturlari (kunduzgi markazlar)*

Kunduzgi parvarish dasturlari fakat yakin yashovchi bolalarga yordam berishi mumkin. Bolalar kun davomida bu yerda bo'lishlari mumkin (masalan, bu vaqtda kon qo'yish mumkin va k. k.).

#### Afzalligi

- Kunduzgi markazlar bolalarga uy sharoitida davolanayotgandan tashkari kushimcha yordam berish imkonini beradi. Bu vaqtda kasal bolaning ota-onalari/parvarish qiluvchi shaxslar dam olish imkoniyatiga ega bo'lishadi.

#### Kamchiligi

- Bu markazlar bolalar yashaydigan joydan uzoqda joylashgan bo'lishi mumkin, shuning uchun olib borish va olib kelish moliyaviy jixatdan kimmat va og'ir kasal bola uchun muammo bo'lishi mumkin.

*Kasalxonalar*da bolalar uchun palliativ yordam guruulari Ba'zi shifoxonalarda maxsus «bolalar» guruxlari mavjud bo'lib, ular bolaga fakat ma'lum bir shifokor, masalan, onkolog nazorati ostidagi klinikada kasalxonaga yotkizilganida palliativ yordam ko'rsatiladi. Keyin bola yashash joyidagi mutaxassislar nazorati ostida uyga chiqariladi.

#### Afzalligi

- Ushbu guruxlar shifoxonadagi ko'p sonli bolalarni kamrab olishi mumkin.

#### Kamchiligi

- Kasalxonadan chiqqandan keyin bolalarga yordam berish dasturlari bo'lmasligi mumkin.

### **Bolalarga palliativ yordam ko'rsatishdagi qiyinchiliklar**

Bolalarga palliativ yordam ko'rsatishda asosiy muammolar quyidagicha:

- bolalarga palliativ yordam ko'rsatish bo'yicha ixtisoslashgan dasturlar kam, shuning uchun bu soxa mutaxassislari xam kam; bolalar palliativ yordamining maqsadlari va extiyojlarini noto'g'ri tushinishlari mumkin;

- kasallikning kechishi va bolada nima bulayotganini tushunishida farqlar bo'lishi mumkin;

- bolalarga palliativ yordam xali xam dalillarga asoslangan tibbiyotdan juda uzoqda;

- ko'pincha dasturlar maslaxat yoki tajriba almashinilmasdan aloxida ishlab chiqiladi;

- madaniy an'analar va ma'naviy qadriyatlarda farqlar mavjud.

### **XULOSA**

1. Xar bir bolaning/o'smirning jismoniy va akliy imkoniyatlaridan qat'iy nazar, uning qadr-qimmatini xurmat qilish zarur.

2. Bolaning ota-onasi uning asosiy parvarish qiluvchilar sifatida ko'rilishi va bolaga parvarish qilish va o'z farzandi uchun qaror qabul qilishda sherik sifatida ishtirok etishlari kerak.

3. Xar bir bola/o'smir uz yoshi va tushunchasiga ko'ra parvarish qilishga, ta'sir qiluvchi qarorlarni qabul qilishda ishtirok etish xuquqiga ega bo'lishi kerak.

4. Axborot ota-onalarga, bolalarga/yoshlarga, aka-uka (opa-singil) va boshka karindoshlarga ularning yoshi va tushunchasiga muvofiq takdim etilishi kerak.

5. Bolaga palliativ yordam, iloji boricha, kat doim uyda ko'rsatilishi kerak. Uydan tashkarida yordam bolalar uchun kulay muktda ukitilgan xodimlar tomonidan amalga oshirilishi kerak.

6. Xar bir oila xattada 7 kun tunu-kun multidissiplinar jamoa xizmatlaridan foydalanishi va maxalliy pediatri nazoratida bo'lishi kerak.

7. Xar bir bola va uning oila a'zolari o'zlarining maxsus ektiyojlariga mos keladigan kissiy, psixologik va ma'naviy yordam olishlari kerak. Bunday yordam tashxis aniqlangan paytdan boshlanishi va bolani davolash, uning o'limi va undan keyingi davrida davom etishi kerak.

8. Xar bir oilaga ma'lum bir «asosiy» mutaxassis tayinlanishi kerak, uning vazifasi ushbu oila uchun eng mos bo'lgan qo'llab-quvvatlash tizimini yaratish va saqlashga yordam berishdir.

9. Bola va oila bolaning axvoli haqida to'liq ma'lumotga ega bo'lgan pediatri bilan muntazam ravishda maslakatlashish imkoniyatiga ega bo'lishi kerak.

10. Xar bir oilada og'ir kasal bolani uyda kam, tashkarida kam parvarish qilishdan qisqa muddatli dam olish (ijtimoiy dam olish) imkoniyati bo'lishi kerak. Shu bilan birga, bolaga tegishli parvarish va tibbiy yordam ko'rsatilishi kerak.

11. Xar bir bola bilim olishi va maktab kayotiga jalb etilishi, shuningdek, uning yoshiga mos keladigan bolalar faoliyati turlaridan foydalanish imkoniyatiga ega bo'lishi kerak.

12. Usmirlar va yoshlarni qo'llab-quvvatlash ularning individual ektiyojlari va xususiyatlarini xisobga olgan maqsadli va oldindan rejalashtirilishi kerak.

13. Xar bir oila uz vaqtida moddiy yordam, jumladan, tibbiy asbob-uskunalar, moliyaviy yordam, munosib uy-joy va maishiy yordam olishi kerak.

### **BOLALARDAGI OG'RIQ SINDROMI**

Bolalardagi og'riq; ko'pincha yetarlicha baxolanmaydi yoki noto'g'ri tushuniladi. Bola xakikatan xam og'riqni boshdan kechirishi mumkin va fakat u kanchalik kuchli ekanligini xis qiladi. Bolalardagi og'riq haqida noto'g'ri tushunchalar mavjud bo'lib, ular uni yetarlicha baxolamaslik va og'riqni yetarlicha davolamaslikka olib kelishi mumkin:

- Bolalar og'riqni xis qilishadi - ular xatto kattalarga karaganda og'riqqa sezgirrok bo'lishi mumkin.

- Yakin vaqtgacha tibbiyot mutaxassisleri bolalarda qattiq og'riq sezilmaydi degan fikrda edi.

- Ilgari bolalarning asab tizimi yetilmagan va og'riqni boshdan kechirishga kodir emas deb xisoblashgan.

- Ba'zilar xam chaqaloqlar og'riqdan ko'ra qo'rquvdan ko'prok yiglaydi deb uylashgan.

### **Bolalarda og'riq**

**Og'riq** - bu to'qimalarning xakikiy yoki potensial shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan yoki shunday tasvirlanishi mumkin bo'lgan yoqimsiz sensor yoki xissiy xolat. **YOLG'ON TUSHUNCHA**

*Yangi tug'ilgan chaqaloqlar asab tizmining yetilmaganligi sababli og'riq sezmaydilar. Aslida:*

- Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yangi tug'ilgan chaqaloqlar neyro- kimyoviy qobiliyatga ega bo'lib, ular nosiseptiv og'riqni sezishadi.

- Yungi tug'ilgan chaqaloqlarning xulk-atvori va fiziologiyasi bo'yicha tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, xatto yangi tug'ilgan chaqaloq xam og'riqli ta'sirlarga javob beradi.

- Minimal anesteziya bilan operasiya kilingan muddatdan avval tug'ilgan chaqaloqlar chukur narkoz olganlarga karaganda ancha yuqori stress, asoratlilar va o'lim darajasiga ega.

*Bolalar kattalarga qaraganda og'risa osomros chidashadi. Aslida:*

- Bola kanchalik kichik bo'lsa, og'riqning idroki shunchalik yomon bo'ladi, og'riqlarga chidamlilik yosh katta bo'lgan sari ortadi.

*Bolalar o'grisa mostlashadilar. Aslida:*

- Xur bir yangi og'riqli muolaja bezovtalik va og'riqni idrok etishning kuchayishiga olib keladi.

- Juda erta yoshda boshdan kechirgan og'riq uzoq muddatli asoratlarga olib kelishi mumkin, shu jumladan, og'riqqa chidamlilikning pasayishiga.

*Bolalar og'riqning joylashishini ko'rsata olmaydi. Aslida:*

- Bolalar og'riyotgan joyini ko'rsata olishadi.

*Bolalar har doim biror narsa ularga zarar yetkazsa aytishadi.*

Aslida:

- Bolalar og'riqni muolajalardan qo'rqib, og'riqdari xaqida gapirmasligi mumkin.

• Surunkali og'riq'ni bo'lgan bolalar og'riqdan shikoyat qilmasligi mumkin, chunki ular doimio buni xis qilishadi va xech narsa qilish mumkin emas deb uylashadi.

• Ba'zi bolalar agar biror joyi og'riyotgan bo'lsa kasalxonaga borish kerak deb uylashadi - ular esa kasalxonaga borishni xoxlashmaydi. Shuning uchun ular og'riq haqida gapirmasligi mumkin.

• Ba'zi bolalar og'riqdan shikoyat qilmaydilar, chunki ular otanasini xafa qilishni xoxlamaydilar.

• Ba'zi bolalar, ayniqsa juda yosh bolalar og'riqni tasvirlashda kiynalishi mumkin.

### **YOLG'ON TUSHUNCHA**

*Bolaning uatti-uarakati ogrisning intensivligini aks ettiradi.*

Aslida:

• Xulq-atvor og'riq jaddalligining o'ziga xos ko'rsatkichi emas.  
• xulq-atvor reaksiyasining yo'qligi (masalan, yiglash, vosita reaksiyalari) og'riqning yo'qligini ko'rsatmaydi.

*Kichkina bolalar og'riqni boshdan kechirishlari mumkin bo'lsa uam, bu uzos muddatli asoratlarga olib kelmaydi, chunki ular eslab solish sobilyatiga ega emaslar.* Aslida:

• og'riq va stress xotirada muxrlanib qolishi, ovqatlanish, uxlash bilan bog'liq muammolarga olib kelishi mumkin.

• Dastlabki dalillar shuni ko'rsatdiki, erta boshlangan og'riqlar asab tizimining rivojlanayotgan nosiseptiv yullarida tizimli va funksional buzilishlarning rivojlanishiga xissa qo'shishi mumkin, bu esa kelajakda og'riqni xis qilishiga ta'sir qilishi mumkin.

### **Umumiy og'riq**

Bu tushuncha og'riqning tibbiy ta'rifidan kengroqdir, chunki u psixologik, ijtimoiy, ma'naviy, shuningdek, jismoniy komponentlarni o'z ichiga oladi.

Jismoniy omillar ta'siri ostida og'riq:

- Kasallik keltirib chiqqan og'riq.

- Kasallik bilan bog'liq og'riq.

- Davolash bilan bog'liq og'riq.

-Tusatdan paydo bo'lgan og'riq.

"Umumiy og'riq"qa ta'sir qiluvchi ijtimoiy omillar:

- Atrof-muxdt.

- Madaniyat.

- Ijtimoiy-iktisodiy sharoit.

- Yosh.
- Jinsi.
- Oila.
- "Umumiy og'riq" ga ta'sir qiluvchi psixologik omillar:
  - Kayfiyat va ruxiy xolat.
  - Shaxsiyat.
  - Ta'sirchanlik/sezuvchanlik.
  - Bezovtalik.
  - Depressiya.
  - Kurkuv.
  - Oldingi tajriba.
  - Mulokot.

*Umumiy og'riqlarga ta'sir qiluvchi ruxiy omillar:*

- Diniy e'tiqodlar.
- Xayotning axamiyati.

### **Jismoniy og'riqning turlari**

"Umumiy og'riq"ning jismoniy tarkibiy qismining turli xil turlari va turli sabablari mavjudligi.

Davomiyligi bo'yicha:

- o'tkir og'riq;
- surunkali og'riq.

Vaziyatga ko'ra:

- tusatdan paydo bo'lgan og'riq;
- "keskin paydo bo'lgan og'riq" (keyingi urinlarda - keskin og'riq);
- muolajalar natijasida paydo bo'ladigan og'riq.

### ***o'tkir og'riq***

- Odatda to'qimalarning o'tkir shikastlanishi yoki o'tkir kasallikning ayrim turlaridan kelib chikadi.
- Boshlanish vaqti aniq esda koluvchi, cheklangan muddat davom etuvchi va qanday kechishini bilsa bo'ladi.
- Bezovtalik va simpatik giperreaktivlikning klinik belgilari bilan birga keladi. Davolash og'riq sababini bartaraf etishni (o'tkir kasallik yoki to'qimalarning shikastlanishi), shuningdek, og'riq qoldiruvchilarni qisqa muddatli qo'llashni uz ichiga oladi.

### ***Surunkali og'riq***

- Surunkali patologik jarayonning natijasidir.
- Sekin-asta boshlanadi, vaqt utishi bilan zaiflashmaydi va tobora kuchayib borishi mumkin.

• ko'pincha bolani kam-suqum bo'lib qolishiga sabab bo'ladi, lekin og'riq sezmayotgandek kurinishi mumkin.

- Ximoya yoki boshka funksiyani bajarmaydi.
- Davolanishdan qat'iyy nazar davom etadi.

Davolash, imkon qadar, asosiy kasallikni davolashni, og'riqni bartaraf etish va og'riqning yangi xurujlarini oldini olish uchun og'riq qoldiruvchilarni muntazam ravishda qo'llash va psixologik yordamni o'z ichiga oladi.

#### *Tusatdan paydo bo'lgan og'riq*

• faqat muayyan sharoitlarda, masalan, xarakat yoki tik to'rganda paydo bo'ladi.

• Surunkali og'riq sifatida karalishi kerak, lekin u doimiy bo'lmagani uchun, ayrim xollarda uni davolash uchun maxalliy og'riqni yukotish usullaridan foydalanish mumkin.

#### *Keskin og'riq*

• Vaktinchalik nazorat ostida yoki barqaror og'riq sindromi fonida yuzaga keladigan o'tkir og'riq xurujlari.

• Davom etayotgan davolanish to'liq og'riqsizlantirish uchun yetarli bulmasa paydo bo'lishi mumkin.

#### *Muolaja bilan bog'liq og'riq*

• Qon namunalari olish kabi tibbiy muolajalar yoki aralashuvlar paytida yuzaga keladi.

• Surunkali kasalliklarga chalingan bolalarda ayniqsa dolzarbdir.

• Bolalarda bezovtalanishning aloxida sababini ifodalaydi; uning paydo bo'lishining oldini olish mumkin.

#### **Og'riq asosida yotuvchi mexanizmlar**

og'riq paydo bo'lishining mexanizmlarini tushunish, bolalarda og'riqni qoldirish usulini muvaffaqiyatli tanlash uchun muximdir. og'riq mexanizmlari:

- nosiseptiv og'riq;
- nevropatik og'riq;
- miya;
- orka miya;
- orka miya shoxlari;
- yuqoriga kutariluvchi nerv yullari;
- pastga tushuvchi nerv yullari;
- dorsal gangliylar;
- periferik nervlar;

- periferik nosiseptorlar;
- shikastlanishlar.

#### Nosiseptiv mexanizmlar

Ichki organlar va somatik strukturalarni sezgir reseptorlarini ta'sirlanishi natijasida yuzaga keladi (nerv butunligi buzilmagan xolda).

#### Somatik og'riqlar bo'lishi mumkin:

- yuzaki, teri, teri osti to'qimalari yoki shillik pardalarida paydo bo'ladigan yuzaki, u o'tkir va aniq joylashgan bo'ladi;
- chukur, mushaklar, paylar, bugimlarda paydo bo'lib, u ko'prok tarkok va tumtok xususiyatga ega.

#### Visseral og'riq:

- ichki a'zolar shikastlanganda paydo bo'ladi; u tumtok xususiyatga ega va aniq joylashmagan bo'ladi;
- og'riq xdssi terining ma'lum joylari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

#### Nosiseptiv og'riq:

- visseral;
- kapsulali (jigar);
- ichaklar;
- yurak;
- somatik;
- suyak;
- yumshoq to'qimalar.

#### Neyropatik mexanizmlar:

Markaziy yoki periferik asab tizimining shikastlanishi bilan. Neyropatik og'riq ko'pincha quyidagicha tavsiflanadi:

- sanchiqli og'riq;
- zararlangan xududga bosim bo'lgandan so'ng kamayadigan og'riq xissi.

#### Neyropatik og'riqlar:

- nervlarning siqilishi;
- nervlarning shikastlanishi;
- periferik;
- markaziy;
- simpatik reaksiya bilan og'irlashadi. *Neyropatik og'riqni ko'rsatadigan xususiyatlar.* Neyropatik og'riq ko'p turdagi sezgi disfunktsiyalar bilan bog'liq.



**Allodiniya** - odatda og'riqni kuzgatmaydigan omil ta'sirida og'riq paydo bo'ladi (masalan, kuchli og'riq yengil teginishdan kelib chikadi). **Giperalgeziya** - umumiy og'riq kuzgatuvchilariga og'riq sezuvchanligini oshishi (taktil yoki termal, kamdan-kam kolatlarda ikkalasi). Sovukka giperalgeziya issiklikdan ko'ra ko'prok uchraydi.

**Gipoalgeziya** - umumiy og'riq kuzgatuvchilariga og'riq sezuvchanligining pasayishi (taktil yoki termal, ko'pincha ikkalasi).

**Paresteziya** - odatda yokimsiz bo'lmagan kuzgatuvchilarga nisbatan kuchli sezuvchanlik (sanchilish, kichishish yoki uvishish); spontan yoki ta'sir natijasida bo'lishi mumkin.

**Dizesteziya** - uz-o'zidan yoki ta'sir natijasida bo'lishi mumkin bo'lgan yokimsiz xislar.

**Giperesteziya** - ta'sirotlarga yuqori sezuvchanlik (taktil yoki termal, kamdan-kam xolatlarda ikkalasi).

**Gipesteziya** - ta'sirlanishga nisbatan sezgorlikning pasayishi (taktil yoki termal, ko'pincha ikkalasi kam).

**Boshqa turdagi og'riqlar.** Neyropatik va nosiseptiv og'riqlarni simpatik yoki psixogen sifatida xam tasvirlash mumkin.

#### Simpatik og'riq:

- simpatik nervlarning shikastlanishi natijasida yuzaga kelgan;
- yuqori sezuvchanlik xususiyatga ega;
- maxalliy vazomotor beqarorlik (masalan, rangparlik yoki eritema) bilan bog'liq.

#### Psixogen og'riq:

- odatda ruxiy patologiya belgilari bo'lgan bolalarda kuzatiladi;
- markaziy kelib chiqishi neyropatik og'riq deb atash mumkin;
- organiq sabablarni istisno qilishni talab qiladi;
- bosh og'rig'i, mushaklarning spazmi, bel og'rig'i va boshkalarni uz ichiga oladi.

### **BOLALARDA OG'RIQ SINDROMINI BAXOLASH**

• Bolalarda og'riq sindromini diqqat bilan baxolash kerak, og'riqni to'g'ri baxolash - samarali og'risizlantirishning kalitidir.

• og'riq sindromini muntazam ravishda monitoring qilib borish zarur axamiyatga ega, sababi og'riq sindromi tez rivojlanishi va uzgarib turishi mumkin.

• og'riqni dastlabki baxolash va uni keyinchalik dinamik kuzatish, tusatdan paydo bo'luvchi yorib chikuvchi og'riqlarni oldini

olishga va adekvat og'riqsizlantirishni ta'minlashda juda xam muxim urinni egallaydi.

- og'riqni baxolab olmasdan bartaraf etish mumkin emas.
- Bemorda og'riq jadalligini va og'riqsizlantirish samaradorligini taxmin qilishga yordam beradi.

- Bolada mavjud og'riqqa oid barcha ma'lumotlarni xujjatlashtirish zarur.

- Bolada og'riqsizlantirish bo'yicha shubxa tugilsa, soglom mantik qoidasini eslang: agar kasallik yoki muolaja kattalarda og'riq chakirsa, demak bu xolat bola uchun xam og'riqdir.

Og'riqni olib borishning asosiy tamoyillari

Uchta (3) asosiy tamoyili mavjud:

1. og'riqni baxolash.

2. og'riqni o'lchash.

3. og'riqni bartaraf etish. Bemor-Bola. Stasionarga yotkizish = og'riq, bezovtalik.

1. og'riqni baxolash:

- Avvalgi og'riqlardan olingan tajriba;

- Anamnezi;

- Davolash;

- Ayni vaqtdagi og'riq xissi;

- og'riqqa nisbatan munosabat va karashlar;

- Kasallik aniqlangungacha shaxsiyatning kurinishi;

- Noverbal muloqot;

- Rivojlanishi;

2. og'riqni o'lchash:

- Yondashuv;

- Soni;

- Ta'sirlanish javobi;

- Takroriy o'lchash;

3. Simptomlar/tashxis qo'yish.

4. og'riq ta'rifi.

5. og'riq tasnifi.

6. og'riq turlari.

7. Medikamentoz/nomedikamentoz davolash.

8. og'riqni bartaraf etishdagi to'qinlik qiluvchi omillar.

9. Xavf omillari.

10. Individual og'riqsizlantirish rejasini ishlab chiqishi, ushbu rejani bemor va uning qarovchisiga tushuntirish.

11. og'riqsizlantirish samaradorligi baxolash va lozim bo'lsa uzgartirishlarni kiritish. og'riqni baxolashning maqsadi quyidagi komponentlarni o'z ichiga oladi:

- bola nimani boshdan kechirayotganini va ushbu xolatda og'riq sindromining paydo bo'lishiga ta'sir qiluvchi omillarni tushunish;
- davolanmagan og'riq natijasida salbiy ta'sirlar kelib chiqishining oldini olish. og'riqni o'lchash maqsadlarini yunatiriladi:
- og'riqni jadalligi va davomiyligini aniqlash, og'riqni farqlash.
- og'riqning joylashishini aniqlash;
- davolash samaradorligini aniqlash. og'riqni baxolash va o'lchashdagi tusiklar:

og'riqni baxrlash va o'lchashdagi ba'zi tusiklar va qiyinchiliklarga quyidagilar kiradi:

- yosh xususiyatlarini xisobga oladigan og'riqni o'lchash vositalarining yetishmasligi;
- yoshga qarab og'riqni baxolash va o'lchash uchun ma'lum vositalardan foydalanishning o'ziga xos xususiyatlari haqida ma'lumot yetishmasligi;
- og'riqni o'lchash vositalaridan foydalanishga o'rgatishning yetishmasligi;
- og'riq shkalasining talkini haqida bilim yetishmasligi;
- og'riq va psixologik og'riq haqida xavotirni kiyosiy tashxisi bo'yicha bilimlarning yetishmasligi;
- bolalarda og'riq xissini tushunmaslik.

### **Bolalarda og'riqni baxolash**

og'riq subyektiv omildir. shuning uchun bola uzining og'rig'i haqida uzi gapirish kerak.

og'riqni baxolashning standart vositalaridan yoki amaliy tavsiyalardan foydalanish og'riq sindromining dinamikasini ko'rish uchun juda foydali. Birok, bolalar xar doim xam og'riq haqida gapirishmaydi:

- shifokor yoki xamshira bilan gaplashishdan qo'rqishi mumkin;
- kasal ekanliklarini tan olishdan qo'rqishi mumkin;
- parvarish qiluvchilarni bezovta qilishini istamaslik;
- inyeksiya kilinishidan qo'rqish;

- kasalxonaga kaytib borishni xoxlamaslik yoki kasalxonadan chiqishni xoxlash;

- dori-vositalarning noqo'ya va salbiy ta'sirini o'ylab asabiylashish.

**QUESTT** - bu bolalarda og'riqni baxolash uchun foydali vosita:

**Q (Question)** - Savollarga bola yoki uning ota-onasi/parvarish qiluvchi shaxslar javob berishadi, agar u buni uzi bajara olmasa.

**U (Use)** - Tegishli baxrlash shkalalaridan foydalaning.

**E (Evaluate)** - xulq-atvor va psixologik uzgarishlarni baxolang.

**S (Secure)** - Oila ishtirokini ta'minlang.

**T (Take)** - og'riq sababini xisobga oling.

**T (Take)** - Chora-tadbirlarni kullang va natijalarni baxolang.

Bolaga quyidagi savollarni bering:

1. Sening kayering og'riyapti?
2. Og'riyotgan joyni ko'rsata olasanmi (keyin tananing sxematik xaritasida og'riqni lokalizatsiyasini belgilang)?
3. Yana kayering og'riyapti?
4. og'riq qachon boshlangan?
5. og'riq paydo bo'lishiga nima ta'sir qilishi mumkinligini bilasanmi?
6. ^anchalik kuchli og'riyapti (bu xolatda og'riqni o'lchash shkalalaridan foydalanish mumkin)?
7. og'riqni ifodalash uchun suzlardan foydalana olasanmi?
8. og'riqni kamaytirish yoki undan qutulishga nima yordam beradi?

**Kasallik anamnezi.** Boladagi og'riqning eng to'liq anamnezini tuplash lozim, bu quyidagi muxim fursatlarni uz ichiga olishi kerak:

1. og'riq sindromini boshkarishga e'tibor karatgan xolda, oldingi tibbiy kasallik tarixi (qanday davolash yordam berdi va xk.).

2. Bola qabul qilgan dorilari (bolaning og'rig'iga ta'sir qiluvchi ko'plab dorilar buyurilgan bo'lishi mumkin). Bola xozir qabul qiladigan dorilar.

3. Bola qanday dorilarni qabul qiladi / qabul qilgan (an'anaviy yoki odatda davolovchi shifokor tomonidan tayinlanmaydigan), ular og'riqni yengillashtiradimi yoki uni kuchaytiradimi?

4. og'riq sindromining mavjudligi natijasida qanday salbiy oqibatlar yuzaga keladi, masalan, ishtaxaning yetishmasligi, yomon uyku va boshk.

5. og'riq maktabga borishga va dustlar bilan muloqotga xalakit beradimi)?

6. Bola va uning oilasi og'riqni ifodalash uchun qanday suzlardan foydalanadi?

7. Bola og'riqni ifodalash uchun qanday ogzaki va xulk-atvor belgilardan foydalanadi?

8. Bolada og'riq sindromi bo'lganida ota-onalar va/yoki tarbiyachilar nima qilishadi?

9. Bolada og'riq sindromi bo'lganida ota-onalar va/yoki tarbiyachilar nima qilishmaydi?

10. Nima og'riqni eng samarali yengillashiradi?

11. Bolani kayeri ogriydi va og'riqning xususiyatlari qanday (og'irlik darajasi, lokalizatsiyasi bola /ota-onaning so'zidan, masalan, o'tkir, kuydiruvchi, ezuvchi, tortishish, sanchiluvchi, pulsasiyalanuvchi)?

12. X.ozirda mavjud bo'lgan og'riq sindromi qanday boshlandi (tusatdan yoki asta-sekin)?

13. X.ozirda mavjud bo'lgan og'riq sindromi qancha vaqt oldin boshlangan?

14. Qayerda og'riq bor (bir joyda yoki ko'p joyda)?

15. og'riq bolaning uykusiga va xissiy xolatiga xalakit beradimi?

16. og'riq bolaning odatiy jismoniy faoliyatini cheklaydimi (utirish, turish, yurish, yugurish)?

17. og'riq bolaning boshkalar bilan muloqot qilish va uynash qobiliyatini/istagini cheklaydimi?

#### og'riq, sababini aniqlash

Bolada og'riq sababini aniqlash va agar iloji bo'lsa uni davolash lozim. og'riq sababini aniqlashda quyidagilarga e'tibor berish kerak:

1. og'riq xarakat, ovqatlanish, xohjatni bajarish, muolajalar va boshkalar bilan bog'liqmi?

2. og'riqning kaysi turi, masalan, somatik, sanchikli, tortishish shaklida bo'ladi?

3. og'riq kayerde joylashgan (yuzaki, chukur, tarkok va boshk.)?

#### **Og'riqni o'lchash**

**Og'riqni o'lchash** - og'riqni olib borishning asosiy tamoyillaridan biri bo'lib, amalda kiyin vazifa xisoblanadi. og'riqni o'lchashda ko'plab ulchov shkalalari mavjud va tibbiyot mutaxassisi xar bir xolatda bolaga eng mosini tanlashi kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va bolalarda og'riqni o'lchash kattalarga karaganda kiyinrok, biroq, bu tavsiya samarali og'riqsizlantirishini tanlashga yordam beradi. *Tamoyillari*

Bolalarda og'riqni o'lchashda quyidagi tamoyillarga rioya qilish kerak:

- Dastlabki og'riqni o'lchash ma'lumotlarining mavjudligi davolash samaradorligini aniqlash uchun davolanishdan keyingi ballar bilan takkoshlash uchun muximdir.

- og'riqni o'lchash muntazam ravishda, masalan, xar 4-6 soatda va og'ir xolatlarda - yana xam tez-tez amalga oshirilishi kerak.

- og'riqni o'lchash vositalarining aksariyati bolaning bezovtaligini xisobga olmaydi. *Og'riqni o'lchash vositasini Sunday tanlash kerak?*

quyidagi tavsiyalar og'riqni o'lchash uchun eng mos vositani tanlashga yordam beradi.

Bolalarda og'riqni o'lchash uchun vositaga talablar:

- bolaning yoshiga mos bo'lishi;
- tasdiklangan psixometrik xususiyatlarga ega bo'lishi, masalan, tasdiklangan samaradorlik va ishonchlilik;
- og'riq intensivligining turli darajalarini baxolashi;
- bola uchun tegishli muddat va formatga ega bo'lishi;
- oson va tushunarli shkuladan foydalanish;
- olingan natijalarni qanday ishlatish va talkin qilish bo'yicha aniq ko'rsatmalarga ega bo'lishi.

*Og'riqni baxolash shkalalari*

og'riqni baxolash shkalalari quyidagi vaziyatlarda yordam beradi:

- bolada og'riq sindromi dinamikasini kuzatish;
- davolashga javobni baxolash;
- bolada uning dardiga befarq emasliklari va yordam berishga xarakat kilayotganliklari haqida tushuncha xosil qilish;
- bolalarda og'riq sindromini professional muxokama qilishni standartlashtirish.

boshqa tomondan, shkalalar subyektiv xodisani o'lchash uchun obyektiv vosita ekanligini unutmaslik kerak, shuning uchun ular xar doim xam bolaning og'rig'i yoki azobini yetarli darajada aks yettirmaydi.

**Og'riqni baxolash shkalalari**

Bolalarda og'riqni baxolash uchun bir qator shkalalar mavjud. U yoki bu shkaladan foydalanish bolaning yoshiga va uning kognitiv

xolatiga bog'liq bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun:

- yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun muljallangan og'riqni baxolash shkalasi (Neonatal Infant Pain Scale, NIPS). Uch yoshgacha bo'lgan bolalar uchun:

- yuzni baxolash shkalasi, oyoq xarakatlari, fiollik, yiglash (FLACC scale);

- og'riqni taktil va vizual baxolash shkalasi (TVP scale).

Uch yoshdan yetti yoshgacha bolalar uchun:

- fiziognomik shkala (Face scale);

- kul barmoqlari bilan baxolash shkalasi (Hand scale);

- Eland og'riqni baxolash vositasi (Eland bode tool).

Yetti yoshdan yusori bolalar uchun:

- vizual analogli shkala;

- rakamli shkala;

- verbal shkala;

- kul barmoqlari bilan baxolash shkalasi (Hand scale);

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun og'riqni baxolash shkalasi (Neonatal Infant Pain Scale, NIPS).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun og'riqni baxolash shkalasi, to'liq yetilib tug'ilgan va chala tug'ilgan bolalar uchun xam og'riqni baxolovchi xulk-atvor shkalasidir. U quyidagi parametrlarni baxolashni uz ichiga oladi:

1. Yuz ifodasi.

2. Yiglash.

3. Nafas olish.

4. qo'llarning xolati.

5. oyoqlarning xolati.

6. qo'zg'alish xolati.

og'riq darajasi oltita parametrlarning har biri uchun ballar yigindisi bilan ifodalanadi; mumkin bo'lgan minimal ballar yigindisi 0, mumkin bo'lgan maksimal 7. Uchdan yuqori ball yigindisi og'riq borligini anglatadi.

*og'riqni baxolash ballari:*

Yuz ifodasi:

0- bo'shashgan mushaklar, tinch yuz, neytral ifoda;

1- yuzning mushaklari siqilgan, peshonasi chukur, koshlar, iyak va jag yegilgan (salbiy yuz ifodasi - burun, og'iz, koshlar).

Yiglash:

0- yiglashi yuk, tinch;

1- injiklik, o'rtacha ingrash; 2 - kuchli yiglash, baland ovozda, doimiy. Bolaning nafas olishi:

0- tinch va ravon. Ushbu bola uchun odatiy:

1- nafas olishning vizual uzgarishi. Xdovning tartibsiz puflash, odatdagidan tezrok nafas chiqarish, o'g'jish/qusish oldi xarakatlari, nafasni ushlab turish.

qo'llarning xolati:

0- erkin, mushaklarning kuchlanishi va tasodifiy kul xarakatlar yuk;

1- buqilgan/chuzilgan, taranglashgan, to'g'rilangan kullar, tarang ushlab va/yoki tez xarakatlanish, kullarning yigilganligi.

oyoqlar xolati:

0- erkin, mushaklarning tortishganligi va oyoqlarning tasodifiy xarakatlari yuk;

1- buqilgan/chuzilgan, taranglashgan, to'g'ri oyoqlar, tarang va/yoki tez xarakatlanish, oyoqlarning yegilishi.

qo'zg'ulish xolati:

0- uykuda/nygok, tasodifiy oyoq xarakatlari bilan tinch, osoyishta uyku;

1- notinch xolatda, bezovtalik va xarakatlar.

*Yuzni, oyoq xarakatlari, faollik, yiglash, xotirjamlik baxolash shkalasi (FLACC scale);*

Yuzni, oyoq xarakatlari, faollik, yiglash, xotirjamlik baxolash shkalasi (FLACC scale) - bu yosh bolalar uchun xulk-atvorga asoslanib og'riqdi baxolash shkalasi bo'lib, beshta parametрни uz ichiga oladi:

1. Yuz xolati

2. oyoqlar xolati.

3. Faoliyat.

4. Yiglash

5. og'riqsizlantirish.

Xar bir parametr 0 dan 2 gacha ball beradi. Shuning uchun ballarning minimal miqdori 0, maksimumi esa 10 ball. Yuz ifodasi:

0- odatiy yuz ifodasi yoki tabassum yuk;

1- koshtarini burish, kdzikdshning yo'qligi;

2- iyakning tez-tez titrashi, jaglarini qattiq yopib olganlik. oyoqlari:

0- erkin va bo'shashgan xolat;



1- notinch, tashvishli, taranglashgan;

2- oyoqlarning tusatdan xarakatlari yoki chuzilgan oyoqlar*Faoliyat:*

0- tinch yotgan, normal xolat, xarakatlanishi oson;

1- buqilgan, oldinga va orkaga xarakat qilish, taranlashgan;

2- yigib olingan, tarang, kaltirok.*Yiglash:*

0- yiglashi yuk (uygonganda yoki tushida);

1- ingrash, injikdik, ba'zan shikoyat qilish,

2- doimiy yiglash, kichkirik yoki uksib, tez-tez shikoyat qilish.

*Og'riqni baxolashning taktil va vizual shkalasi (Touch Visual Pain, TVPcale)* og'riqni baxolashning taktil va vizual shkalasi: bolada kuzatilgan bezovtalik va nokulaylikni baxolash bilan birga og'riqni baxolash uchun teginish va kuzatishdan foydalanadi. Ulchov quyidagi parametrlarni kuzatishga asoslangan:

- Boshning xolati.

- og'riqni verbal tasvirlash (verbalizasiya).

- Yuzning tarangligi.

- Kul va oyoqlarning xolati.

- Nafas olish.

- Yurak urish soni.

Bu un balli shkala bo'lib, simptomlari mavjudlarda 1 ball beriladi. Ballarning minimal miqdori-0, ballarning maksimal miqdori-10. U poliorgan patologiyasi mavjud OIV-bilan kasallangan bolalar uchun yaratilgan. *Taktil va vizual baxolash* Bemorning xolatini baxolash:

1. oyoq barmoqlari yuqoriga qarab egilgan, tovon va tupik tortilgan va birlashgan.

2. Tizzalari maxkam bir-biriga yopishgan yoki maxkam chalishgan.

3. Bitta oyoq taglik soxasini yopgan.

4. Nafas tartibsiz va ko'krak kafasi yordamida, kovurgalararo mushaklar ishtirokida, og'iz orqali yoki burun qanoqlari xarakati bilan nafas oladi.

5. Yurak urish tezligining oshishi va/yoki pasayishi.

6. qo'llar tanaga markam yigilgan yoki yuz, ko'krak yoki korin qismida kesishgan.

7. Kul barmoqlari mushtlangan (barmoq bilan ochish mumkin emas yoki kiyin).

8. Buyin assimetrik ravishda yelkalarda joylashgan, yelkalar kutarilgan.

9. Bosh assimetrik xolatda

10. Yuzdagi tortishgan tarang (qo'rquv yoki og'riq), qattiq yopilgan og'iz, kuzlardagi kisilgan yoki tashvishli, xafa kurinishda.

***Fiziognomik shkala***

Fiziognomik shkalaga 6 ta chizilgan yuzlar kiradi. Odatda bu standart yuzlar, ammo dunyoning turli burchaklarida bolalar chizgan yuz rasmlari va fotograflar olgan yuz fotosuratlari bilan almashtirish mumkin. 0 dan 5 ballgacha bo'lgan shkala: 0 - bolada og'riq yuk, 5-eng qattiq og'riq. Bolalarda doimiy og'riqni boshkarish bo'yicha JSST tavsiyalarida pdf-formatida takdim etilgan fiziognomik shkala chop etilishi va siz analiyotingizda ishlatilishingiz mumkin.

Fiziognomik shkaladan foydalanishning muammoli xususiyatlaridan biri shundaki, ba'zida bola og'riqqa nisbatan xis-tuygularini ko'rsatadi.

***Eland og'riqni basolash vositasi***

Eland og'riqni baxolash vositasi turli joylarda va turli xil intensivlikdagi og'riqni baxolashga yordam beradi. Boladan og'riqni ranglar yordamida aniqlashni suraladi - "og'riq yuk" (masalan, yashil), "yengil og'riq" (masalan, sarik), "o'rtacha og'riq" (masalan, tuk sarik), "qattiq og'riq" (masalan, kizil). Keyin uni tegishli joylarda tutilgan ranglardan foydalangan xolda inson tanasining rasmlarini buyashga taklif kiling. Eland shkalasi:

- og'riq yuk;

- yengil og'riq;

- o'rtacha og'riq;

-qattiq og'riq. *Qo'l hurmoqlari xolatiga qarab og'riqni baqolash*

qo'llarni baxolash shkalasidan kattalar xam, bolalar xam foydalanishlari mumkin. Bu ulchovning og'riq yo'qligidan (biroz siqilgan kul), juda qattiq og'riqgacha (to'liq ochilgan, yozilgan kul) uzgarishini ko'rsatadi:

- og'riq yuk;

- biroz og'riq bor;

- yengil kuchli og'riq;

- o'rtacha kuchli og'riq;

- kuchli og'riq;

-juda xam kuchli og'riq. *Miqdoriy baxolash shkalasi*

Mikdoriy reyting shkalasi 0 dan 10 gacha bulinadigan gorizontaal chizik bilan ifodalanadi, 0 - og'riqsiz, 10 - juda qattiq og'riq. Shkala kushimcha ogzaki tavsifini xam uz ichiga olishi mumkin:

- og'riq yuk;
- o'rtacha og'riq;
- juda qattiq og'riq.

#### *Vizual-analoglik shkala*

Bu og'riqni miqdorini aniqlash uchun vertikal ravishda joylashtirilgan shkaladir. Bolalardan barmoqlarini og'riq sezgilarini darajasini shkaladagi mavjud vertikal chiziklar bilan boglagan xolatda barmoqlarini lozim topgan balandligiga qo'yishlari suraladi. Shkalaning yuqori qismi "juda, juda qattiq og'riq", asosi esa "umuman og'riq yo'q" degan ma'noni anglatadi.

### **BOLALARDA OG'RIQ SINDROMINI OLIB BORISH**

Bolalarda og'riq qoldirishda umumiy tamoyillar mavjud. Ular quyidagi vazifalardan iborat:

- Qaytarib bo'ladigan jarayonni o'zgartirish.
- og'riq patofiziologiyasini aniqlash (masalan, nosiseptiv yoki neyropatik), maksimal samarali og'riqsizlantirishni tanlash uchun.
- Farmakologik va nofarmakologik usullardan foydalanish.
- Bolaning xar bir ruxiy-ijtimoiy stressini e'tiborga olish, masalan, ayrilish bilan bog'liq bezovtalik.
- Olib borilayotgan davolashda og'riqni muntazam baxolash.

#### **Nofarmakologik usullar**

Bolaga xam, uning ota-onasiga xam ta'siri ko'rsatishi bilan yordam beradi, qo'rquv xissini kamaytiradi. Aslida bu usullar "koping-strategiya"sini namoyon etadi, ya'ni ular og'riq jadalligini shartli ravishda pasaytirmasliklari xam mumkin, ammo ular bemorga kiyin sharoitga moslashishni va stress va og'riqni yengish uchun ma'lum vositalarni qo'llash qobiliyatini shakllantirishga qaratilgan. Mumkin kadar og'riqsizlantiruvchi farmakologik usullar nofarmakologik usullar bilan kullanilishi lozim.

Statistik aniq samaradorligi bor usullarga quyidagilarni kiritish mumkin:

- iliklik, yurgaklash, ovqatlantirish va yupatish;
- xolati o'zgartirilayotganda extiyotkorlik va qo'llab-quvvatlash;
- xayolini chalgitish, uynatish;

- relaksasiya va gipnotik mashklar;
- ukalash yoki musika-terapiyasi.

Ularni chalgituvchi va psixologik usullarga ajratish mumkin, masalan:

- Chalgituvchi usullar - issik/ilik, sovuk, silash/ukalash, teri orqali nervlarni elektr kuzgatish (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS), igna bilan sanchish, vibrasiya, aromaterapiya.

- Psixologik usullar - xayolni chalgitish, psixotexnika, obraz yaratish psixologik texnikasi, relaksasiya, kognitiv xulk-atvor terapiyasi, musika terapiyasi, gipnoz.

#### **Farmakologik usullar**

Kerakli og'riqsizlantiruvchilardan to'g'ri foydalanish ko'p xollarda bolalarda og'riq xissini yengillashtiradi. Bolalar palliativ yordamida og'riqsizlantiruvchi vositalar kullanishining asosiy tanoyillari quyidagilardan iborat:

- "Og'iz orqali" - imkon kadar og'riqsizlantiruvchi vositalar og'iz orqali qabul kilinishi kerak. Ma'lum xolatlarda boshka yuborish yullari qo'llaniladi.

- "Soatga qarab" - og'riqsizlantiruvchi vositalarni grafik bo'yicha berish kerak (dori-vositani ta'sir qilish muddatini xisobga olgan xolda), talabga ko'ra enias (og'riqqa qarab emas).

- "Bolaga individual yondashuv" - og'riqsizlantirish xar bir bolaning xususiyatlarini xisobga olgan xolda tanlanishi kerak, chunki og'riqni idrok etish xar bir bemorda individualdir.

- "Yuqoriga qarab" - JSST og'riqsizlantirish darajasiga muvofiq.

Bolaga og'riq qoldiruvchilarni tavsiya etganda quyidagilarni e'tiborga olish kerak:

- Dori-vositani tanlash: ba'zi dorilar mavjud bo'lmasligi, boshkalari bolalarga foydalanish uchun ruyxatdan utmagan yoki ko'rsatmalar ruyxatida ushbu dori-vositani kullamokchi bo'lgan klinik xolat mavjud emasligi.

- Bolalar organizmi dorilar adsorbsiya qilish, tanaga yetkizish, metabolizm va eliminasiya qobiliyati kattalarnikidan farq qiladi.

- Turli dori-vositallarga bolalar turlicha reaksiya qilishadi.

- Dori qabul qilish tartibi xar bitta bola va uning oilasiga mos kelishi kerak.

- Ba'zi bolalar uchun dori-darmonlarni qabul qilish kiyin, ayniqsa ularga bir vaqtning o'zida murakkab tartib yoki ko'plab dorilar buyurilgan bo'lsa.

### *Og'riqsizlantiruvchi vositalarga javob*

Og'riqsizlantiruvchi vositalarni to'g'ri tayinlash uchun og'riq sindromining sababini aniqlash kerak:

1. nosiseptiv og'riq nonarkotik va narkotik analgetiklarga javob berishi mumkin.

2. neyropatik og'riq odatdagi analgetiklarga javob berishi mumkin, ammo ad'yuvant vositalarni tayinlashni xam talab qilishi mumkin.

3. miyaning talamik kuzgalishidan kelib chiqqan talamik og'riq qoldiruvchi va yordamchi moddalarga yaxshi ta'sir qilmaydi.

### *JSSSTning Og'riksizlantirish pog'onasi*

Bolalarda og'riqni olib borish "JSSST og'riqsizlantirish pogonasimdan foydalanishga asoslangan. Pogonalar 2 bosqichdan iborat. "Yukoriga qarab" tamoyili davolash 1-bosqich og'riqsizlantirish boshlanadi va agar ular samarali bulmasa, ular 2-bosqichning kuchli dorilariga utadilar.

og'riq qoldiruvchi vositalarning 3 turi mavjud:

1. nonarkotik.

2. narkotik.

3. ad'yuvantlar, ya'ni xakikiy og'riq qoldiruvchi vositalar bo'lmagan, ammo ma'lum sharoitlarda analgetik ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan dorilar.

Dunyoda ma'lum dori-darmonlarni tayinlash va dozalash qoidalari ishlab chiqilganiga karamay, o'ziga xos xususiyatlar bo'lishi mumkin. Bolalarda og'riqni yukotish uchun JSSST tomonidan tavsiya etilgan dozalardan foydalaniladi.

• 1-qadam nonarkotik analgetiklar +/- ad'yuvant.

• 2-qadam kuchli narkotik analgetiklar + nonarkotik analgetiklar +/- ad'yuvant.

### *Og'riqning kuchayishi yoki doimiy (tuxtamaydigan) og'riq*

• 1-qadam nonarkotik analgetiklar +/- ad'yuvantlar.

Bolalarda 1-bosqichda keng qo'llaniladigan analgetiklar:

### **Parasetamol (asetaminofen)**

- Og'iz orqali: tuyintirish dozasi bir marta 20 mg/kg ni tashkil qiladi, keyin ushlab turish dozasi xar 4-6 soatda 10-15 mg/kg.

- Rektal: bir marta 30 mg/kg tuyintirish dozasi, keyin ushlab turish dozasi xar 4-6 soatda 20 mg/kg.

- Jigar va buyrak yetishmovchiligida dozani kamaytirish va intervalni 8 soatgacha oshirish kerak. **Ibuprofen**

- Og'iz orqali: po 5-10 mg/kg xar 6-8 soatda.

- Maksimal sutkali doza 40 mg/kg.

- Yuvenil revmatoidli artritda - sutkali doza 60 mg/kg, 4-6 marta qabul kilinadi.

- ovqat maxalda qabul kilinadi.

- Astma, trombositlar miqdori pastligi, oshkozon yarasi va buyrak faoliyati buzilganda tavsiya etilmaydi.

**1 dan 29 kungacha bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda og'riqni qoldirish uchun nonarkotik analgetiklarning dozalari:**

**Parasetamol**

5-10 mg/kg xar 6-8 soatda. maksimum 4 doza/sutkasiga.

**30 kun - 3 oygacha bo'lgan chaqaloqlar:**

**Parasetamol**

10 mg/kg xar 4-6 soatda; maksimum 4 doza sutkasiga.

**3-12 oylik va 1-12 yoshgacha bo'lgan bolalar:**

**Parasetamol**

10-15 mg/kg xar 4-6 soatda; bir qabulida 1 grammdan oshmagan xolda maksimum 4 doza sutkasiga.

**Ibuprofen**

Og'iz orqali: 5-10 mg/kg xar 6-8 soatda. Maksimal sutkali dozasi 40 mg/kg

• 2-qadam narkotik analgetiklar + nonarkotik analgetiklar +/- ad'yuvantlar 2-qadamda eng ko'p qo'llaniladigan analgetiklar:

**Morfin sulfati**

• Turli dozirovkalari mavjud, masalan: 5 mg/5 ml, 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml i 100 mg/5 ml.

• 1-12 oylik bolaga: 0,08-0,2 mg/kg og'iz orqali xar 4 soatda.

• 12 oydan katta bolaga: 0,2-0,4 mg/kg og'iz orqali xar 4 soatda.

**MST (tabletkada sekin ajralib chikadigan morfin)**

• Uzak ta'sir etuvchi Morfin dozasi kunlik extiyoj asosida aniqlanadi (keyingi bo'limga karang).

**Diamorfin**

• yangi tug'ilgan chaqaloqdar va 1 yoshgacha bo'lgan bolalar-sutkalik dozasi 0,15 mg/kg, xar 4 soatda teng bulingan dozada.

• 1 yoshdan katta bolalarga - sutkali dozasi 0,3 mg /k.g, xar 4 soatda teng bulingan dozada.

*Boshqa kuchli ta'sir etuvchi narkotik analgetiklar:*

**Gidromorfon** - morfindan 7 barobar kuchli.

**Fentanil**

• Plastir kurinishida mavjud - maksimal terapevtik dozaga yetguncha 24-48 soat kerak bo'ladi.

• Plastirning "xajmi" (yoki dozasi) morfinning analgetik sutkalik dozasi ekvi asosida xisoblanadi.

• Bolalar uchun eng "kichik" fentanil plastiri 12 mikrogrammdan iborat bo'lib, og'iz orqali qabul kilinadigan morfinning sutkali 45 mgga ekivalent (teng). Plastirni yopishtirgandan so'ng, konda samarali dozaga erishish uchun taxminan 12 soat kerak bo'ladi, shuning uchun morfin kabi boshqa analgetiklar (xar 4 soatda og'iz orqali) plastirni birinchi marta yopishtirgandan keyin 12 soat ichida qabul kilinib turishi kerak. Kuchsiz narkotik analgetik kodein fosfat bolalarda foydalanish uchun tavsiya etilmaydi va morfin kabi kuchli dorilar bilan birga kullanilmasligi kerak.

**Ad'yuvant analgetiklar**

Ad'yuvant analgetiklar - bu xakikiy og'riq qoldiruvchi vositalar bo'lmagan dorilar, ammo og'riq bilan bog'liq ba'zi xolatlarda analgetik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ular narkotik va nonarkotik analgetiklar bilan birgalikda buyurilishi mumkin. Ulardan samarali foydalanish nonarkotik analgetiklarning past dozalarini qo'llashga yordam beradi.

*Keng qo'llaniladigan ad'yuvant analgetiklar:*

• Kortikosteroidlar (masalan, deksametazon, prednizolon) orqa miya nerv ildizlari bosilish/kisilishida.

• Antidepressantlar (masalan, amitriptilin) nervlar zararlanishi bilan bog'liq og'riqlar.

• Epilepsiyaga qarshi preparatlar (masalan, gabapentin, karbamazepin). Antidepressantlar bilan birgalikda.

• Spazmolitiklar (masalan, giossin)

• Visseral og'riq, chuzilish, sanchiklar bilan bog'liq

• Mushak relaksantlari (masalan, diazepam, klonidin).

Distoniyalar/mushak spazmlarida.

**Dozalar**

**Amitriptilin**

- 2 - 12 yosh: 0,2-0,5 mg/kg (maksimum 25 mg) kechasiga. Zarurat bo'lganda 1 mg/kg kuniga 2 maxalga oshirish mumkin

- 12-18 yosh: 10-25 mg kechasiga, zarurat bo'lganda 75 mg maksimum oshirish mumkin

- Nojuya ta'siri yuqori bo'lishi mumkinligini xisobga olib, kattarok yoshdagi bolalarda kullanilishi afzalrok.

**Karbamazepin**

- 5-20 mg/kg sutkasiga 2-3 maxal. Dozasini sekin asta oshirish darkor (nojo'ya ta'sirini oldini olish maqsadida).

- Antiretrovirus preparatlari bilan uzaro ta'sirga kiradi.

- Pansitopeniya chakirishi mumkin. **Gabapentin**

- 2-12 yosh: 1-kuni - 10mg/kg bir marta, 2-kuni -10mg/kg kuniga 2 maxal, 3- kuni -10mg/kg kuniga 3 maxal. Ushlab turuvchi doza - 10-20 mg/kg kuniga 3 maxal.

- 12-18 yosh: 1-kuni - 300 mg bir marta, 2-kuni - po 300 mg kuniga 2 maxal. 3-kuni - po 300 mg kuniga 3 maxal. Maksimal doza - 800 mg kuniga 3 maxal.

- Preparatni keskin tuxtatilishidan extiyot buling.

- Anamnezida ruxiy kasalliklar bo'lgan bolalarda kullanilmaydi.

**Diazepam**

- 1-6 yosh: 1 mg v sutkasiga 2-3 martada.

- 6-14 yosh: 2-10 mg v sutkasiga 2-3 martada.

- Kurkuv bilan assosiyalashgan og'riqda qo'llaniladi.

**Giossin butilbromid (buskopan)**

- 1 oydan 2 yoshgacha: 0,5 mg/kg og'iz orqali xar 8 soatda.

- 2-5 yoshda: 5 mg og'iz orqali xar 8 soatda.

- 6-12 yoshda: 10 mg og'iz orqali xar 8 soatda.

- Kungil aynishi, og'iz kurishi, kabziyat chakirishi mumkin.

**Prednizolon**

- 1 -2 mg/kg kuniga.

- Neyropatik, suyakdagi og'riqlar va IRIS da samarali (Immune reconstitution in inflammatory syndrome).

**Neyropatik og'riq**

Bolalarda neyropatik ogriqni davolash kiyin ish bo'lishi mumkin.

*Kuyida kettirilgan usullardan birini tanlash mumkin:*

- narkotik analgetik + kortikosteroid yoki narkotik analgetik + nosteroidli yalliglanishga qarshi preparat.



*agar yordam bermasa qushish mumkin:*

- uchsiklik antidepressant yoki epilepsiyaga qarshi preparat.*agar yordam bermasa qushish mumkin:*

- uchsiklik antidepressant va epilepsiyaga qarshi preparat.*agar yordam bermasa qushish mumkin:*

- ketamin; maualliy anestetik. *Davolashning boshqa usullari*

Analgetiklarga javob bo'lmaganda, bolalarda og'riqni davolash uchun ko'rsatmalarga muvofiq ishlatilishi mumkin bo'lgan boshka davolash usullari:

- radioterapiya;
- ximioterapiya;
- jarrollik usuli;
- psixoterapiya;
- fizioterapiya;
- mexnat bilan davolash;
- nervlar blokadasi;
- malalliy anestetik applikasiyasi.

### **MORFIN QO'LLANILISHI**

*Bolalarda morfinning qo'llanilishi.*

• Tugri kullanilganda, morfin universal dori bo'lib, lech qanday yuqori (maksimal) dozasi va to'planish xavfi (ikkinchisi, fakat buyrak etishmovchiligida kuzatilishi mumkin) yuk.

• Surunkali og'riqni davolash uchun preparatni buyurishda morfinni qo'llashda maksimal dozasi mavjud emas; bosqichma-bosqich berilgan doza kanchalik katta bo'lsa, og'riq qoldiruvchi ta'siri shunchalik kuchayadi.

• Morfin kasallikning istalgan bosqichida og'riqqa qarshi ko'rashish uchun ishlatilishi mumkin va agar bemor bolaga kerak bulmasa, uni tuxtatib turish mumkin. Shuning uchun morfin nafakat layotning oxirida, balki ko'rsatma mavjud bo'lganda lam kullanilishi mumkin.

• Ota-onalar farzandining morfinga karam bo'lib qolishi mumkinligidan xavotirda. Ammo og'riqqa qarshi ko'rashish uchun morfin buyurilganda lakikiy karamlik rivojlanmaydi.

• Shifokorlar nafas olish depressiyasidan xavotirlanishadi, ammo rivojlanadi, chunki og'riqning uzi nafas olish depressiyasining fiziologik antagonisti lisoblanadi.

*Bolalarga og'iz orqali morfinni buyurishda*, avval ko'rsatilgandek, morfin sulfat siropining boshlangich dozasi (og'iz orqali) boshlang. quyidagi xususiyatlarni yodda tuting:

- 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda 5 ml dan 5 mg konsentrasiyadan foydalanish kulay, chunki juda kichik dozalar, masalan, 0,2 mg insulin shpris yordamida bolaga berilishi mumkin.

- *Morfin xar 4 soatda berilishi kerak*, chunki yarim yemirilish davri 2-3 soat.

- *Morfin uzoq vaqt davomida chikarilishi* (masalan, yangi tug'ilgan chaqaloqlar yoki buyrak yoki jigar etishmovchiligi) bo'lgan bolalarga xar 6-8 soatda berilishi mumkin.

- *Morfinni "talab bo'yicha" emas, "soatiga qarab" berish kerak*. Muntazam foydalanish og'riqni yukotish uchun yaxshirokdir va natijada bolalar morfinning talab bo'yicha (kasal bo'lganidan keyin) morfinga nisbatan kamroq dozalarini oladi.

#### *Keskin og'riqda morfinning qo'llanilishi*

- Agar "soat bo'yicha" rejalashtirilgan morfin dozalari orasida og'riq muntazam ravishda paydo bo'lsa, bolaga keskin og'riqni tuxtatish uchun morfin dozasi berishingiz mumkin.

- o'tkir og'riqlar uchun doza xar 4 soatda beriladigan dozaning 50-100% ni tashkil qiladi. Yoki hozirda qabul kilinayotgan sutkalik morfinning umumiy dozasi 1/6 qismi nisbatida xisoblanadi.

- Morfin qabul kilinganidan keyin 30 dakikadan keyin ta'sir kila boshlaydi, shuning uchun keskin og'riqni yukotish uchun dozani preparatning oldingi dozasi 30 minutdan kechiktirmasdan berish kerak.

#### *Uzoq muddatli (prolonglashtirilgan) morfin*

- og'riq qisqa muddatli (turt soatlik) morfin bilan nazorat kilingandan so'ng, bemor xar 12 soatda sekin chiqariladigan morfinga utishga kulay xisoblanadi.

- Uzoq muddatli morfinning bir martalik dozasi xisoblash uchun hozirda qabul kilingan qisqa ta'sirli morfinning kunlik dozasi 2 ga bulinadi.

- Uzoq muddatli morfin 5 mg, 10mg, 30mg, 60mg va 100mg tabletkalarda mavjud bo'lib, ularni maydalash mumkin emas.

- o'tkir og'riqni tuxtatish uchun tez ta'sir qiluvchi morfinni, yaxshisi siropda ishlatishingiz kerak.

**Morfin dozasi ning oshirilishida, agar og'riq nazorat kilinmasa, morfin dozasi ni oshirishning ikki yuli mavjud:**

Oddiy morfinning bir martalik dozasi ni avvalgi dozadan 30-50% ga oshiring, masalan:

1. X,ar 4 soatda 5 mg morfin qabul kilayotgan bolaga kar 4 soatda 6,5 mg (+30%) yoki kar 4 soatda 7,5 mg (+50%) morfin dozasi berilishi mumkin.

2. Oxirgi 24 soat ichida qabul kilingan barcha keskin og'riq uchun ishlatilgan morfin dozalarini kushing va 6 ga buling. X,ar 4 soatda qabul kilingan kar bir oddiy dozani bu rakamga oshiring.

**Esingizda bo'lsin:** muntazam dozalar ko'payganligi sababli keskin og'riqlar uchun dozani oshirishingiz kerak bo'ladi, masalan:

- kar 4 soatda 5 mg morfin qabul qiladigan bola so'ngi 24 soat ichida keskin og'riqdar uchun kushimcha 4 doza 2,5 mg qabul kildi;

- 24 soat ichida ajralish dozasi ni tuxtatish uchun morfinning umumiy miqdori  $4 \times 2,5 \text{ mg} = 10 \text{ mg}$ ;

-  $10 \text{ mg} : 6 = 1,67 \text{ mg}$ ;

-  $5 \text{ mg} + 1,67 \text{ mg} = 6,67 \text{ mg}$  7 mg gacha yaxlitlangan;

- muntazam qabul qilish - kar 4 soatda 7 mg. og'riqli og'riqlar uchun 3,5-7 mg ishlatiladi. **Bolalarda morfinni tuxtatish**

Bolalarda morfinni bekor qilish kiyin emas. Preparatni tuxtatish asta-sekin bo'lishi mukimdir, ayniqsa uni 7 kandan ortiq qabul qilgan bolalarda, tuxtatish sindromi (sindrom otmenъt) rivojlanishining oldini olishga imkon beradi. morfin dozasi ni kar 3 kunda 1/3 ga kamaytiring.

#### **Morfinning nojo'ya ta'siri**

Morfinni qabul qilgan bolalar quyidagi nojo'ya ta'sirlarni boshdan kechirishi mumkin:

- sedasion - 2-3 kundan keyin yukoladi;

- kungil aynishi va kayt qilish. G aloperidol opioid analgetiklar bilan bog'liq kungil aynish/qusishni davolash uchun dori vositasi xisoblanadi. Shuningdek, serotonin reseptorlari bloqatorlari (ondonsetron, palonosetron) kullaniishi mumkin;

- ich kotishi. Uning rivojlanishini profilaktik ich yumshatuvchi dori vositalarini qo'llash orqali oldini olish mumkin;

- kichishish;

- siydikni ushlab turish (juda kamdan-kam kollarda siydik pufagini kateterizasiya qilish talab kilinishi mumkin);

- nafas olish depressiyasi. *Morfindan foydalanish xaqidagi yolg'on tushuncha*

Bolalarda morfindan foydalanish bilan bog'liq ko'plab yolg'on tushuncha va qo'rquvlar mavjud. Ushbu yolg'on tushunchalar bolalarning tegishli og'riq qoldiruvchilarni olmasligi va ogriuni davom etishiga olib kelishi mumkin. *Bolalar morfinga jismonan qaram bo'lib qolishadimi?*

Jismoniy karamlik - bu normal fiziologik reaksiya

Narkotik og'riq qoldiruvchilarni uzoq muddatli qo'llash, bu preparatni tusatdan tuxtatilganda olib tashlash sindromining rivojlanishiga olib keladi.

Jismoniy karamlik nafakat giyovvand moddalarni, balki boshka dorilarni qabul qilishda nam rivojlanishi mumkin.

Ushbu muammoni ual qilish - dozani asta-sekin kamaytirish orqali preparatni bosqichma-bosqich olib tashlash xisoblanadi.

*Morfin bolalarda nafas olish depressiyasiga olib keladimi?*

og'riqni yukotish uchun morfinni qo'llashda nafas olish depressiyasi kamdan- kam rivojlanadi, chunki, og'riqning uzi nafas olish depressiyasining fiziologik antagonistidir.

Tugri doza, uz vaqtida va to'g'ri kullanilsa, nafas olish depressiyasi rivojlanmaydi, morfinning past dozalari uatto og'ir nafas olish etishmovchiligi bo'lgan bolalarda nam xavfsiz ishlatilishi mumkin.

*Bolalarda morfinga nisbatan tolerantlik rivojlanadimi?*

Krida tarikasida, morfin dozasi oshirish zarurati kasallikning rivojlanishi va natijada og'riq sindromi bilan bog'liq, morfinga nisbatan bardoshlik rivojlanishi bilan emas.

Bola va yaqinlarini og'riq sindromi kuchayishi bilan morfin dozasi oshishiga ishontirish kerak. Morfinning maksimal dozasi yuk. *Bolalar psixologik jixatdan morfinga qaram bo'lib qolishi mumkinmi?*

Giyovvand moddalarga karamlik (psixologik karamlik) opioid og'riq qoldiruvchilarni uzoq muddat qo'llashga normal fiziologik javob bo'lgan jismoniy karamlikdan farq qiladi.

Giyoxvand moddalarga psixologik karamlik - bu patologik psixologik reaksiya bo'lib, u xulk-atvorning buzilishi, shu jumladan giyovvand moddalarga bo'lgan ishtiyok va uni doimiy izlash bilan tavsiflanadi. Bu palliativ yordamda kamdan-kam uollarda kuzatiladi, chunki morfinni terapevtik qo'llash psixologik karamlikka olib kelmaydi. *Morfin bolalarda o'limni tezlashtiradimi?*

Morfinni ko'p oylar va yillar davomida ishlatish mumkin, bu oddiy turmush tarziga mos keladi.

Tugri ishlatilsa, morfin o'limni yaqinlashtirmaydi. **Xar xil turdagi og'riqlarni bartaraf etish**

*Og'riqning ko'p turlari va sabablari mavjud:*

- o'tkir og'riq;
- Disfagiya bilan bog'liq bo'lgan og'riq;
- Travmadan so'ng bo'lgan og'riq;
- Bolalarda qo'yish bilan bog'liq bo'lgan og'riq;
- Muolajadan so'ng paydo bo'lgan og'riq;
- Operasiyadan so'ng paydo bo'lgan og'riq;
- Surunkali og'riq;
- Yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi og'riq;
- OIV bilan kasallangan bolalardagi og'riq;
- Bolalar onkologiyasi bilan bog'liq bo'lgan og'riq;
- Xayot oxirida yuzuga keladigan og'riq.

*Tibbiyot muolajalari bilan bog'liq bo'lgan og'riq*

og'riq qoldirishning maqsadi - psixologik diskomfort va xis-tuygularni kamaytirish.

Uzingizga savol bering - bolaga xakikatan xam ushbu muolaja kerakmi? Bolaning oldingi bo'lgan tajribalari, qo'rquvlari va umidlari haqida bilib oling.

Bola muolajani qachon, kayerda va qanday qilish xoxish va istaklarini ko'rib chiking.

Bolaga muolaja haqida aytib berishning eng yaxshi vaqti qachon ekanligini ko'rib chiking.

Ota-onadan bolaga yordam berishga va qo'llab-quvvatlashga xarakat kiling. Jarayonni bolalar uchun kulay muxitda va iloji bo'lsa, yotokdan uzoqda bajaring.

og'riq va xavotirni farmakologik va farmakologik bo'lmagan davolash usullaridan foydalaning.

Jarayon/muolaja davomida bemorni qo'llab quvvatlang. *Jarayonlar/tibbiy muolajalar bilan bog'liq og'riqni oldini olish uchun dorilar quyidagilarni uz ichiga oladi:*

- maxalliy og'riqsizlantiruvchi vositalarni qo'llash: masalan, EMLA kremi (5% lidokain va 5% prilokain aralashmasi)

- og'riqni samarali bartaraf etish uchun muolajadan kamida 1 soat oldin qo'llaniladi (masalan, periferik kateterni qo'yishda va xokazo);

- maxalliy og'riqsizlantirish: masalan, ko'krak drenajini urnatishdan oldin terini lidokain bilan infiltrasiya qilish, tikuv va boshkalar;

- tabletkali og'riq qoldiruvchi vositalar:

- morfín - muolajadan 1 soat oldin olinadi;

- ketamin - muolajadan 30-60 dakika oldin 10 mg / kg;

- Benzodiazepinlar bola juda xavotirda bo'lganda buyuriladi, lekin ular og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega emas, shuning uchun xan og'riq qoldiruvchi vositalar bilan birgalikda qabul kilinishi kerak:

- midazolam: 0,5 mg/kg (maksimal 20 mg) og'iz orqali proseduradan 1 soat oldin va morfinni og'iz orqali qabul qilgandan keyin 30 minut utgach; - yoki trimeprazin: 2-4 mg/kg. *Bolalar onkologiyasida og'riq*

Bolalar onkologiyasida og'riqlar tez-tez uchraydigan xolatxisoblanadi va uni quyidagilarga ajratilish mumkin:

- kasallik tufayli og'riq;

- kasallikni davolashning asorati bilan bog'liq og'riq;

- tibbiy muolajalar bilan bog'liq og'riqlar;

- bolalar boshdan kechiradigan boshka sabablarga ko'ra og'riq.

*Saratondan kelib chiqqan og'riqlar quyidagilar bo'lishi mumkin:*

- o'tkir, surunkali yoki takroriy;

- nosiseptiv, neyropatik yoki kombinatsiyalangan (neyropatik komponent bilan nosiseptiv);

- simpatik asab tizimining o'simta infiltrasiyasi tufayli simpatik og'riq paydo bo'lishi mumkin.

og'riqni umumiy baxolash va boshkarish yuqorida muxokama kilingan umumiy

tamoyillarga asoslanadi.

Esda tutingki:

- og'riq bola va ularning ota-onalari/tarbiyachilari uchun aloxida axamiyatga ega bo'lishi mumkin. Ular buni, masalan, o'smaning qaytalanishining mumkin bo'lgan rivojlanishi bilan boglashlari mumkin;

- Saraton kasalligiga chalingan bolalar keyingi davolanishdan qo'rqib, og'riq haqida xabar bermasligi mumkin. *Bolalar onkologiyasida og'riq turlari* Suvaklardagi og'riqlar

• nosteroid yalliglanishga qarshi dorilar, kortikosteroidlar, narkotik analgeziklar, radiasiya, yordamchi moddalar (masalan, karbamazepin), bifosfonatlar bilan davolanadi.

### *Neyropatik og'riq*

• o'simta invaziyasi yoki nurlanish bilan bog'liq maxalliy neyropatik og'riqdar uchun narkotik og'riq qoldiruvchilar, adjuvantlar (masalan, karbamazepin), mintakaviy nerv bloklari bilan davolash xisoblanadi.

### *Visseral og'riq*

• narkotik va nonarkotik og'riq qoldiruvchilar, adjuvantlar bilan davolash ko'rsatilishi mumkin.

• bemor xayotining oxiridagi og'riq

• og'riq sindromi kasallikning terminal bosqichida / bemor xayotining oxirida tuxtatilgan bo'lishi kerak. Kasallikning rivojlanishi bilan bolalarda og'riq va boshqa alomatlar kuchayishi mumkin, bu esa davolanish sxemasiga uzgartirish kiritishni talab qiladi.

• tibbiyotning oxirida keng tarqalgan muammo, - bu ongning progressiv buzilishi va og'iz orqali narkotik moddalarni iste'mol qilish qobiliyatining pasayishi, bu esa og'iz orqali analgetiklardan voz kechishga olib keladi. og'riqni qoldirishning muqobil usullari - rektal, tomir ichiga, nazogastral naycha, transdermal yumoklar va teri osti.

• teri osti analgetiklarini qo'llash uchun portativ shprisli nasoslardan foydalanish xavfsiz va nisbatan og'riqsiz usul bo'lib, ko'pincha xospislarda va iloji bo'lsa uyda qo'llaniladi.

• boshqa dorilarni xam shpris nasos orqali kiritish mumkin, shu jumladan antiemetiklar va antikonvulsantlar.

• Fentanil plastirlari bemor umrining oxirigacha parvarish qilishda xam qo'llaniladi. Birok, ular fakat morfin olgan bolalar uchun ishlatilishi kerak. Plastirning mumkin bo'lgan eng kichik "ulchami" 12 mikrogramni tashkil qiladi, bu og'iz orqali morfinning sutkalik 45 mg dozasi ga teng.

### *Bolalarda og'riqni qoldirish muammolari*

Bolalarda og'riq qoldirish bilan bog'liq ko'plab muammolar mavjud. Ba'zida bolalar turli sabablarga ko'ra kerakli yordam ololmaydi:

- tibbiy yordam ko'rsatuvchi muassasaga davolanish yoki yul xakini tulash uchun mablag yo'qligi;

- bolaning yashash joyidan tibbiy yordam ko'rsatuvchi muassasagacha bo'lgan uzoq masofa;

- bolani yetkazib berish uchun xamroxning yo'qligi;
- bolalar uchun kulay tibbiy yordamning yetishmasligi;
- bolalarni tibbiyot xodimlariga emas, balki noan'anaviy tibbiyot mutaxassislariga (masalan, shifokorlar) olib borilishi.

### **Dori vositalarini boshqarish**

*quyidagilar tavsiya etiladi:*

- Dori-darmonlarni bolalarga eng oddiy, eng samarali va og'riqsiz tarzda berish kerak. Og'iz orqali yuborishning afzal usuli - bu juda kulayligi va arzonligi tufayli tabletkalar yoki suyukliklar shaklida. boshqa usullardan foydalanish klinik ko'rsatkichlarga, mavjudligiga va bemorning xouishiga asoslanishi kerak.

- Agar og'riq doimo mavjud bo'lsa, analgetiklar kerak bo'lganda emas, balki muntazam ravishda (ma'lum bir vaqtda) berilishi kerak.

- Doimiy og'rig'i bo'lgan bolalar nafakat og'riq qoldiruvchi vositalarning muntazam dozalarini qabul qiladilar, balki epizodik yoki keskin og'riqni boshkarish bo'yicha shifokorlaridan maslaovat oladilar.

### **Og'riqni qoldirishni individuallashtirish**

*quyidagilar tavsiya etiladi:*

- og'riqni boshkarish muayyan bolaga individual yondashuvga asoslangan bulitti kerak.

- Narkotik analgetiklar bolaning individual eutiyojlariga qarab dozalanishi kerak. Xar bir uolat uchun prognoz qilish mumkin bo'lgan opiatlarning standart yoki maksimal dozasi yuk. Tugri dozani bemor bilan maslaovatlashgan uolda aniqlash kerak, shunda kelib chiqishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar inobatga olishi kerak.

### **Kuchli narkotik analgetiklardan foydalanish**

- Turli kasalliklarga ehalangan bolalarda o'rtacha va kuchli doimiy og'riqdar uchun kuchli narkotik analgetiklarini qo'llash tavsiya etiladi.

- Morfin kuchli I -chi qator narkotik analjezik sifatida tavsiya etiladi. Ogriuni qoldirish uchun boshka mukobil dori vositalaridan foydalanish dalillarga asoslangan tadqiqotlar tomonidan qo'llab-quvvatlanmaydi, shuning uchun morfin tanlov dori vositasi bo'lib koladi.

- Morfinga mukobil narkotik analgetikini tanlash uning xavfsizligi, mavjudligi, narxi va bolaning individual xususiyatlarini uisobga olgan uolda reseptlashning maqsadga muvofiqiligini uisobga olgan uolda amalga oshiriladi.



- Iloji bo'lsa, morfinning qisqa ta'sirli (tez chiqariladigan) tabletka/sirop shakllari, shuningdek, bolalar uchun mos bo'lgan uzoq muddatli (sekin ajralib chikadigan) tabletka/sirop morfinlari mavjudligi qat'iy tavsiya etiladi.

- og'riq qoldiruvchi ta'sir yetarli bo'lmagan yoki chidab bulmaydigan nojo'ya ta'sirlar mavjud bo'lgandagina narkotik analgetiklarini qo'llash yullarini yoki boshka narkotik dori vositalariga uzgartirish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, narkotik analgetiklarini rotasiya qilish tavsiya etilmaydi

- Tavsiya etilgan qo'llash usuli - og'iz orqali bo'lib, mushak orasiga bo'lgan yuli kullanmasligi kerak.

***Yordamchi vositalardan foydalanish.***

Bolalarda doimiy og'riqni davolash uchun quyidagi tavsiyalar mavjud:

- kortikosteroidlardan foydalanish tavsiya etilmaydi;

- suyak og'rig'ini davolashda bifosfonatlardan foydalanish tavsiya etilmaydi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Абузарова Г.Р., Осипова Н.А. "Нейропатический болевой синдром в онкологии: патогенез, диагностика, комплексная фармакотерапия" Российский онкологический журнал №6 Москва 2006.
2. Атаханова Н.Е. Тилляшайхов М.Н. "Онкологиядан маърузалар" Тошкент 2001.
3. Ганцев Ш.Х. Новый учебник по онкологии. Креативная хирургия и онкология. 2018;8(4):324.
4. Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 2020
5. Мёрте Д.Ж. "Справочник врача общей практики" учебник. Москва 2000й.
6. Муратходжаев Н.К., Жураев. М.Д., Худойбердиев. Т.К. "Онкология" 2001.
7. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (Accessed 3 December 2020.)
8. U.S. Department of Health and Human Services. Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations. Washington DC: HHS; 2019.
9. U.S. Department of Veterans Affairs, U.S. Department of Defense. Management of Opioid Therapy (OT) for Chronic Pain — VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Washington DC: VA/DoD; 2017.
10. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. Петерсон С.Б., Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЕОТАР-Медиа. 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9

12. Рыков М.Ю., Детская онкология [Электронный ресурс] / Рыков М.Ю. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2018. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-4368-2

13. Турсунов Б.С. "Уход за хирургическими больными" 1994 Тошкент.

14. Черенков В.Г., Онкология [Электронный ресурс] : учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2017. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4091-9

15. Яременко К.В. "Злокачественные опухоли" учебник. Санкт-Петербург 2003й.

**ZIYADULLAYEV SHUXRAT XUDAYBERDIYEVICH  
RAXIMOV NODIR MAXAMMATEKULOVICH  
FAZLIYEV MEXROJIDDIN SHAMSIDDINOVICH  
SHAXANOVA SHAXNOZA SHAVKATOVNA**

***ONKOLOGIYADA HAMSHIRALIK  
JARAYONI***

*(Darslik)*

**“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” NASHRIYOTI**

*Mas‘ul muharrir - - Madina Mirzakarimova*

*Musahhir - - Olim RAXIMOV*

*Texnik muharrir - - Nodir Isayev*

*Dizayner va sahifalovchi - - Qodir Bozorov*

**“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” bosmaxonasida chop etildi.**

**Pochta indeksi 140100, Samarqand shahar,**

**Amir Temur ko‘chasi, 18-uy.**



Bosishga 27.06.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4  
Bichimi 60x84<sup>1/16</sup>, “Times New Roman” garniturasini. 7.44 bosma taboq.  
Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 52 / 15.06.2023  
Tel: (99) 448-80-19.



9 789943 853713