

M.SH. FAZLIYEV, N.M. RAXIMOV
SH.SH. SHAXANOVA, A.F. ASATULAYEV

HAMSHIRALIK, ISHIDA ONKOLOGIK BEMORLARNI PARVARISHLASH



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**



**FAZLIYEV MEXROJIDDIN SHAMSIDDINOVICH
RAXIMOV NODIR MAXAMMATKULOVICH
SHAXANOVA SHAXNOZA SHAVKATOVNA
ASATULAYEV AKMAL FARXATOVICH**

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

(O'quv qo'llanma)

Bilim sohasi: 500 000 – "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"

Ta'lim sohasi: 510 000 – "Sog'liqni saqlash"

Ta'lim yo'nalishi: 5510301 – "Hamshiralik ishi"



SAMARQAND-2023

BBK: 51.1ya73

UDK: 614.253.5(075.8)

Tuzuvchilar:

Fazliyev M. Sh. – Urgut Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat texnikumi direktorlari .

Raximov N.M. - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, Onkologiya kafedrasini mudiri dosent, t.f.d

Shaxanova Sh. Sh. – Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, PhD, onkologiya kafedrasini assistenti.

Asatulayev A.F. – Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, onkologiya kafedrasini assistenti.

Taqrizchilar:

Garifulina L.M. – SamDTU o'quv-uslubiy boshqarmasi boshlig'i t.f.n., dotsent

Sayimov M.T - Olmaliq Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat texnikumi direktorlari

Hamshiralalar 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'uboriga 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 o'quv qo'llanmada onkologik hamshiraning roli bo'yicha quyidagi munozarada 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.

ISBN: 978-9943-8660-9-6

© Tibbiyot ko'zguisi, 2022

© FAZLIYEV MEXROJIDDIN SHAMSIDDINOVICH, RAXIMOV NODIR MAXAMMATKULOVICH, SHAXANOVA SHAXNOZA SHAVKATOVNA, ASATULAYEV AKMAL FARXATOVICH

MUNDARIJA

SO'Z BOSHI.....	5
1. BOB. AHOLIGA ONKOLOGIK XIZMATNI TASHKIL ETISH. O'SMA KASALLIKLAR ETIOPATOGENEZI. GENETIKASI. KANTSEROGENEZNING ZAMONAVIY TUSHUNCHALARI	6
Statistik ma'lumotlar (kasallanish va o'lim statistikasi, o'sma kasalliklarining kelib chiqishida voha va regionlarning o'ziga xos ta'siri).....	7
Umumiy hamshiraning poliklinika va uyda onkologik bemorlarni parvarish qilishi.....	17
Umumiy hamshiraning ish faoliyatida deontologiya va etikaga rioya qilish masalalari	21
2. BOB. ONKOLOGIYANING NAZARIY VA EKSPERIMENTAL ASOSLARI ONKOLOGIYADA ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ, XAVFLI GURUHLAR. O'SMANING O'SISH JARAYONIDA DAVOLASH USULLARINI TANLASH. DAVODAN KEYINGI NATIJALAR	26
Hujayra pog'onasidagi kantserogenez.....	33
O'smaning o'sish xarakteri va jarayon lokalizatsiyasi bo'yicha klinik ko'rinishi .	39
Qizilo'ngach saratoni.....	40
Me'da saratoni	43
Yo'g'on ichak saraton kasalligi	50
Teri saraton kasalligi.....	65
Pigmentli nevuslar aktivlashuvining klinik belgilari.....	69
Sut bezi saratoni.....	72
O'pka saratoni.....	82
O'pka cho'qqisi raki (Penkosta raki)	84
Til saraton kasalligi.....	89
Pastki lab saraton kasalligi.....	91
3. BOB. DAVOLAB BO'LMAYDIGAN BEMORLARGA PALLIATIV YORDAM KO'RSATISH	98
Palliativ yordam tushunchasi, palliativ yordamni tashkil qilish, onkologiyada Xospisning roli.....	98
Palliativ yordamni tashkil qilishning umumiy masalalari.	103
Psixologik muammolarda Xospisning roli.	108
4. BOB. ONKOLOGIYADAGI MUHIM SIMPTOM VA SINDROMLAR.....	110
Kimyoterapiyaning gemopoezga toksik ta'siri	115

Kimyoterapiyaning oshqozon-ichak sistemasiga toksik ta'siri.....	116
Nur terapiyadan keyingi asoratlari.....	117
5. BOB. ONKOLOGIK BEMORLARNI OPERASIYADAN KEYINGI DAVRDA PARVARISHLASH.....	121
Bemorlarni klinik tekshiruvga tayyorlash.....	123
Jarrohlik bemorlarni operatsiyaga tayyorlash.....	125
Kichik tibbiy hamshiranning operatsiya va bog'lash xonalaridagi ishi	128
Jarrohlik bemorlarni ba'zi bir operatsiyalardan keyingi davrda parvarish qilish. Ularni olib yurish (transportirovka) qoidalari.....	128
Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalarda bemorlar parvarishi	140
Urologiya bo'limida bemorlarni parvarish qilish.....	144
Siydik kateterini o'rnatish.	145
Parenteral ovqatlanish.	147
operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish.	148
operatsiyadan keyingi peritonit.....	148
6. BOB. KASALLIGI O'TKAZIB YUBORILGAN BOSQICHDAGI BEMORLARNI PARVARISHLASH (O'SMANING YEMIRILISHI, SARATON INTOKSIKASIYASI, GASTROSTOMANI PARVARISHLASH, IV BOSQICHLARDA PSIXOLOGIK ASPEKTLAR).....	152
Ishlab turgan Gastrostomani parvarishlash.....	153
6. BOB. NUR VA KIMYOTERAPIYA DAVOSI QABUL QILAYOTGAN BEMORLARNI PARVARISHLASH	161
Nur terapiyadan keyingi asoratlari.....	167
Kimyoterapiya asoratlari nazorati.....	170
Xavfli o'smalarning gormonal terapiyasi.....	177
Xavfli o'smalar immun terapiyasi.	179
Xavfli o'smalarni davolashning umumiy qoidalari.....	184
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	186

SO'Z BOSHI

Hamshiralar turli xil sharoitlarda, shu jumladan, shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalari, ambulatoriya klinikalari, onkologiya markazlarida, radiasion terapiyasi muassasalari, uy sharoitida, sog'liqni saqlash muassasalar va jamoat tashkilotlarida ishlaydilar. Ular jarrohlik onkologiyasi, radiasion 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 % kasalxonada, 24 % ambulatoriya sharoitida, 11% vrachlik punktlarida va 3% 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.

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 o'quv qo'llanmada 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'rni bilan bog'liq misollar keltirilgan.

Ushbu o'quv qo'llanmada 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 qo'llanma 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.

Onkologik dispanser - onkologik xizmatni asosiy tarkibiy qismi bo'lib, mustaqil muassasa hisoblanadi. U orqali viloyat (shahar) aholisiga onkologiya sohasida stasionar va poliklinika yordami, onkologiya masalasi bo'yicha viloyat (shahar) davolash - profilaktika muassasalariga tashkiliy - metodik boshqaruv, onkologiya bo'yicha o'rta tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish ishlari amalga oshiriladi. Onkodispanser har yili viloyat (shahar)larda saratoning oldini olish tadbirlarini kompleks rejasini ishlab chiqadi, xavfli o'smalarning kechikib qilingan tashxislarni tahlil qiladi, xavfli o'sma bor bemorlarni aniqlash uchun mo'ljallangan profilaktik ko'riklar o'tkazilishini nazorat qiladi. ularning samaradorligini aniqlaydi, viloyat (shahar) dagi onkologik bemorlar sonini aniq va to'la hisobga olib, ularni dispanser orqali kuzatadi, aholi orasida saratonga qarshi sanitariya - oqartuvi targ'ibotini olib boradi.

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

Onkologiya kabinetlari Respublikaning barcha Markaziy tuman poliklinikalarida tashkil qilingan. Onkokabinetning asosiy vazifasi - umumiy davolash tarmoqlari tomonidan saratonga qarshi tadbirlarni o'tkazishni ta'minlash. onkologik bemorlarni hisobga olish va dispanser kuzatuvini o'tkazish, bemorlarni ambulatoriyada tekshirish va ularni o'z vaqtida davolanishini amalga oshirish. Onkokabinet shifokori tuman

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

onkologi sifatida tumanda onkologik yordamga javobgar hisoblanib, quyidagilarni amalga oshiradi:

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

- bemorlarni kerakli onkodispenserga 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 muddatlarni 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 chiqishida 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, insolyasiya darajasi, tabiiy radioaktivlik 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 tendentsiyasini, saratonga qarshi kurash (profko'riklarda faol ravishda aniqlash, dispanserizasiya sifati, tashxis qo'yishning zamonaviyligi, davolash sifati, bemorlar umrining uzoqligi) samarasini baholashga imkon beradi.

Onkologik kasallanishning dunyo bo'yicha statistikasi shuni ko'rsatadiki, 90-yillarda har yili jahonda saraton bilan 9 mln. odam kasallangan bo'lib, ulardan 6 mln ga yaqini hayotdan ko'z yumadi. 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.

Deskriptiv epidemiologiya natijalari, statistik jadvallar, kasallanish va o'lim dinamikasi ko'rsatkichlari, atlaslar va regionar bo'ylab tarqalish kartalaridan saratonga qarshi kurash tadbirlarini rejalashtirishda foydalanish mumkin.

Analitik epidemiologiya destruktiv epidemiologiyaning turli mamlakatlar aholisining onkologik kasalliklar bilan kasallanish va undan o'lish ko'rsatkichlari, uning jins va yoshga qarab o'zgarish sabablarini o'rganadi hamda bunda turli xil tashqi va ichki omillarning ahamiyatini baholaydi, boshqacha aytganda analitik epidemiologiyaning asosiy vazifasi xavfli o'smalarning kelib chiqish sabablarini o'rganishdan iborat.

Hamshiralik Ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

Analitik 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, onkolasalliklar ko'rsatkichiga ta'siri ham o'rganiladi.

Analitik epidemiologiya usullari: matematik modellashtirish, "hodisa-tekshiruv" ko'rinishdagi nazoratli retrospektiv tadqiqotlar, kogort ko'rinishdagi prospektiv tadqiqotlar xavfli o'smalarning kelib chiqishida u yoki bu omillarning ahamiyati haqidagi istalgan gipotezani tekshirishga imkoniyat yaratadi.

Dunyodagi bir qancha mamlakatlar aholisining xavfli o'smalar bilan kasallanishi va undan o'lish hollari jadvalda ko'rsatilgan.

Dunyo bo'yicha xavfli o'smalar bilan kasallanish va undan o'lish ko'rsatkichlari (2019-2015 yillar)

Mamlakatlar	Kasallanishning standart ko'rsatkichi (dunyo standarti)		O'lishning standart ko'rsatkichi (dunyo standarti)	
	Erkaklar	Ayollar	Erkaklar	Ayollar
AQSh	330,4	277,0	166,8	111,4
Shvesiya	256,0	235,1	129,0	98,1
Rossiya	274,3	166,6	224,0	100,1
Yaponiya	366,5	156,1	150,2	76,7
Xitoy	228,8	147,5	154,1	87,3
QozoG'iston	283,5	168,8	242,2	113,0
O'zbekiston	140,2	109,9	105,1	69,0

Keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekiston xavfli o'smalar 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).

O'zbekistonda saraton epidemiologiyasini o'rganish shuni ko'rsatadiki, 1970 yillargacha kasallanish va o'lim ko'rsatkichining deyarli birdek turishi kuzatilgan. Lekin shu yillar mobaynida sobiq ittifoq (1990 yildan Rossiya) bo'yicha kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari to'xtovsiz o'sib borgan. Shu narsa aniqlandiki, Respublika bo'yicha o'smalar bilan ko'proq shahar aholisi, ayollardan ko'ra erkaklar, yoshlardan ko'ra qariyalar ko'proq kasallanar ekan.

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.

Shu kungacha bo'lgan davr mobaynida onkologik kasalliklar strukturasi birmuncha o'zgarishlar sodir bo'ldi. Agar ko'p yillar davomida erkaklar orasida qizilo'ngach saratoni, ayollar orasida esa bachadon bo'yni saratoni birinchi o'rinda turib kelgan bo'lsa, 1990-yildan boshlab erkaklar orasida me'da saratoni, ayollar orasida esa sut bezi saratoni birinchi o'ringa chiqdi. O'smalarning territorial tarqalishi bir xil emasligi aniqlanadi: qizilo'ngach saratoni ko'proq Qoraqalpog'istonda va Andijon viloyatida, til osti, limfa va qon to'qimalari saratoni Buxoro viloyatida, o'pka va sut bezi saratoni Toshkent shahri va Toshkent viloyatida, bachadon saratoni Farg'ona viloyatida uchraydi.

Teri saratoni - eng ko'p tarqalgan xavfli o'smalaridan biri hisoblanadi. Yuqori darajada kasallanish (har 100000 aholiga 40 tadan ko'proq) Avstraliya, Braziliya, Argentina, AQSh, Kanadada kuzatiladi. Shimoliy Yevropa mamlakatlarida saraton kasalligi eng kam uchraydi.

Rossiya Federatsiyasida 2002 yilda erkaklar orasida teri saraton kasalligi umumiy onkologik kasallanish orasida o'pka va oshqozon saraton kasalligidan so'ng 3-o'rinni egallaydi. O'zbekistonda teri saratoni ko'rsatkichi yildan-yilga kuchaymoqda: 2019 yilda - 5,2% ga teng. Me'da, qizilo'ngach va sut bezining xavfli o'smalaridan keyingi (2019 yil ma'lumotiga ko'ra) o'rinni egallaydi. Erkaklar ayollarga nisbatan 2 barobar ko'p kasallanadilar. Kasallanish yoshga bog'liq holda o'sib boradi. Eng ko'p teri saratoni 70 yoshdan oshganlarda uchraydi. Bu kasallikdan o'lish ko'rsatkichi 0,5 ga teng (har 100 ming aholi hisobiga). Respublikaning ayrim mintaqalarida teri saratonining tarqalishi har xil.

Hamishiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

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

Mintaqa	2019	Mintaqa	2019
Toshkent shahri	12,4	Samarqand viloyati	3,6
Andijon viloyati	5,3	Surxondaryo viloyati	5,5
Buxoro viloyati	5,5	Sirdaryo viloyati	2,6
Jizzax 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'rinda bo'lib, o'lim ko'rsatkichi har 100000 aholi hisobiga 4,2 ga teng.

Erkaklar ayollarga nisbatan 7-10 marta ko'p kasallanadi va bemorlarning 80% ini sigareta chekuvchilar tashkil qiladi. O'pka saratonidan o'lim ko'rsatkichi chekuvchilarda chekmaydiganlarga nisbatan 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'smalarning 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'iliston kiradi. Bulardan 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			

Qizilo'ngach saratoni bilan kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichi Qoraqalpog'iston Respublikasi (19,3), Andijon (8,1) va Navoiy (6,7), eng kam ko'rsatkich Toshkent shahri (2,2), Qashqadaryo (2,5) va Buxoro (2,9) viloyatlarida qayd qilingan. Qizilo'ngach saratoni bilan kasallanish 2019 yildan beri onkologik kasalliklar orasida O'zbekistonda 3-o'rinda turadi. Kasallanish yosh ulg'ayishi bilan o'sib boradi va 60 yoshdan o'tgan kishilar o'rtasida eng ko'p uchraydi. 30-40 yoshdagilarga nisbatan shu yoshlarda qizilo'ngach saratoni 8-10 baravar ko'proq kuzatiladi. Barcha xavfli o'smalar ichida bu kasallikdan o'lish ikkinchi o'rinda turadi.

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 respublikada mintaqalararo 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 metrgacha etadi. U 4 ta qismga ajratiladi: ko'richak, chamber 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% chamber 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
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
Namangan viloyati	3,0	3,2	Qoraqalpog'iston Respublikasi	3,0	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.

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

Patogenezi. Kasallikning kelib chiqishida poliplarning xususan oilaviy polipozlarning ahamiyati katta. Bundan tashqari qabziyatning ham (haftada 1-2 marta najasning chiqishi) kasallikning rivojlanishida ahamiyati katta. Najasning ichaklarda turib qolishi, shilliq qavat bilan uzoq vaqt kontaktda bo'lishi (indol, skatol, guanidin) va bu moddalarning shilliq qavatga va epitelial hujayralarga ta'siri o'sma patogenezida ahamiyati katta. Bu moddalar endogen kantserogen moddalar hisoblanadi va surunkali yallig'lanish jarayonida, gemoroyda epitelial hujayralarning o'sma hujayralariga o'tishini ta'minlaydi (Zlokachestvennaya transformasiya kletok). O'sma oldi kasalligiga adenomatoz poliplardan tashqari, surunkali dizenteriya va proktitlardan keyingi yaralar kiradi. Ma'lumotlarga qaraganda yaralarning 12% saraton kasalligiga olib kelar ekan. Orqa chiqaruv teshigi surunkali yoriqlari anal sohasi saraton kasalligiga olib keladi.

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'simtalari 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.

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 muhim omil hisoblanadi. Chekishning zararli ta'siri, ayniqsa, alkogolli ichimliklarga ruju ko'ygan shaxslarda namoyon bo'ladi. Maxsus tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, chekmaydiganlar va

ichmaydiganlar solishtirilib ko'rilganda, chekadigan, lekin ichmaydiganlarda kasallanish xavfi 2,5 baravarga ortadi. ham chekuvchi, ham ichuvchilarda o'sma paydo bo'lish ehtimoli 15 martaga oshadi. Bundan tashqari, juda achchiq va issiq ovqat eyish, qaynoq choy ichish ham zararli. 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 96 -betda bor)

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.

Onkokasalliklar bilan etnik omillar orasida ma'lum bog'liqlik borligi aniqlangan. Masalan, mahalliy halqning erli bo'lmagan aholiga nisbatan kasallanish ko'rsatkichi past, shahardagi erli 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 uchrar ekan. Agar ko'p yillar davomida ayollar orasida bachadon bo'yni saratoni birinchi o'rinda turib kelgan bo'lsa, 1990-yildan boshlab erkaklar orasida me'da saratoni, ayollar orasida esa sut bezi saratoni birinchi o'ringa chiqdi. O'smalarning territorial tarqalishi bir xil emasligi aniqlandi: qizilo'ngach saratoni ko'proq Qoraqalpog'istonda va Andijon viloyatida, til osti, limfa va qon to'qimalari saratoni Buxoro viloyatida, o'pka va sut bezi saratoni Toshkent shahri va Toshkent viloyatida, bachadon saratoni Farg'ona viloyatida ko'p uchraydi.

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.

Shifokorlik qiyin va mashaqqatli kasbdir. U bilimlarnigina emas, balki ma'naviy fazilatlarni, jonbozlikni, fidokorlikni talab etadi. Bemor atrofida gilarni deontologik nuqtai nazardan 2 guruhga ajratish mumkin: birinchisi - bemorning ota-onasi, rafiqasi (eri), ulg'aygan bolalari, aka-singillari, ikkinchisi - qolgan qarindosh-urug', do'st- birodarlari va boshqalar.

Birinchi guruh kishilariga tashxisni aytish paytida ularga hamdardlik bildirish, ko'z-yoshlarini bemorga ko'rsatmasliklari haqida ogohlantirilgandan so'ng shifokor bor haqiqatni ularga aytishi kerak. Bunda u zamonaviy onkologiyaning davolash imkoniyatlari haqida so'zlab berishi, klinikada bemorni xavfli o'smadan halos etishga (I va II bosqichlarida) yoki uning umrini uzaytirishga va dardini engillashtirishga ishonch borligi to'g'risida aytishi lozim.

Ikkinchi guruh (bemorning hamkasblari, do'stlari va boshqa) kishilar bemorning tashxisidan ogoh bo'lmasliklari kerak. Ular kasallik haqida faqat bemor bilganlarini bilishlari lozim. Agar ular bemorning davolanishi uchun chin dildan yordam berish xohishini bildirsalar, bunda davolovchi shifokor bu taklifdan bosh tortmasligi kerak va yordam turini aniqlash uchun uni bo'lim boshlig'iga tanishtirishi lozim.

SaMDTU

axborot-resurs markazi

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 qabul qilish;
- bemorlarni kerakli onkodispenserga maxsus davolanish uchun yuborish;
- tuman territoriyasida yashovchi xavfli o'smasi bor bemorlarni "ambulator bemorlarning tibbiy kartasi" (N025-Y 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-Y shakl) yuborilishini kuzatish;
- xavfli o'sma va saraton oldi kasalliklarining obligat turi bo'lgan bemorlarning dispanserizatsiyasini amalga oshirish, "dispanser kuzatuvining nazorat kartasi" (N030-Y shakl) da ko'riklar va stasionarda davolanishda bo'lgan muddatlarni qayd etish;
- uyda patronajga muhtoj bo'lgan onkokasallarga doimiy ravishda tibbiy yordam ko'rsatish;
- ambulatoriya kimyo va gormonal terapiyasini o'tkazish;
- sanitariya-oqartiruv ishlarni 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.

O'rta tibbiyot xodimlari kasalxonaning butun ishlarini tashkil qilishda qatnashadilar. Vrach buyurgan dorilarni keltiradilar, kasallarga dorilar berib, ukollar qiladilar. Banka va garchichniqlar 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 rezeksiya 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 turganligidan 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 halqumni 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'rnini 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 turgan 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. Axlal 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 salfetkalarga 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 bag'ishlangan ko'pgina asarlar bo'lib, unga teatr va kino san'ati asarlari, gazeta va jurnallarda chop etilgan bir qancha maqolalarni misol keltirish mumkin. Bundan – deontologiya muammosini qisqa bayon etish, asosiysini tanlash va eng muhim aspektlarni ajratib olish nihoyatda qiyinligini tushunish mumkin. Minglab xavfli o'smasi bor bemorlarni kuzatish va muloqot tajribasi asosida onkologik deontologiyaning 3 asosiy aspektini ajratish mumkin.

1. Shifokorning onkologik bemorga bo'lgan munosabati.
2. Shifokorning bemorning qarindoshlari va o'rtoqlariga bo'lgan munosabati.
3. 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'zni 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 oson 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. Shifokorning bemorni onkologiya muassasalariga maslahatga yoki stasionar davolanishga yuborishi to'g'risidagi qarori, bemor hayoti uchun xavf tug'dirishi va ko'pincha jiddiy psixik depressiyaga olib kelishi mumkin. Bunda shifokorning bemorga – uning onkologik muassasalarga yuborilishi unda saraton borligini isbotlash uchun emas, balki bu profilaktika maqsadida qilinayotganligi haqidagi so'zlari juda muhimdir. Bemorning onkolog bilan ikkinchi uchrashuvi onkologiya dispanseri yoki institutning konsultativ poliklinikasida sodir bo'ladi. Muassasalar nomining o'zigina bemorda kelajagiga nisbatan umidsizlik uyg'otadi, chunki aholining ko'p qismi saratoni tuzatib bo'lmaydigan kasallik, deb hisoblaydi.

Bemorning bunday psixologik holati vrach-onkolog tomonidan uning shikoyatlarini diqqat bilan eshitish, bemorni sinchiklab ko'rib chiqish, barcha tahlillar, instrumental xulosalar, rentgenogramma va boshqalarni diqqat bilan kuzatishni talab etadi. «Saraton» tashxisi tasdiqlanganda, bemorga onkologiya muassasasida stasionar davolanishi maqsadga muvofiq ekanligini tushuntirish oson masala emas. Shifokorlar siriga amal qilish, aniq tashxisni bemorga ochiqchasiga aytish mumkin emasligi ko'pincha onkolog-shifokorni og'ir ahvolga solib qo'yadi. Undan chiqish yo'li – chuqur o'ylangan va mantiqan asoslangan dezinformasiyani qo'llashdir. Bemorga (unda qaysi a'zo zararlanganiga qarab) "qizilo'ngach, me'da, yo'g'on ichak, siydik pufagida yara borligi yoki polip, hiqildoq papillomasi, o'pka, jigar, tuxumdon kistasi, bachadon bo'yni eroziyasi" aniqlangani, bular xavfsiz tuzilma ekanligi, lekin ularga tezda davo qilinmasa, ular "qiyin davolanuvchi kasallikka" aylanib ketishi mumkinligi tushuntiriladi. Shuning uchun stasionardagina haqiqiy tashxis qo'yilishi, u erda mutanosib tekshiruvlar o'tkazishning iloji borligi tushuntiriladi.

Nihoyat bemor hayotidagi muhim bosqich – uning klinikada onkolog-shifokor bilan uchrashuvidir. Bu uchrashuv ikki bir-biriga yaqin kishining muloqotiga aylanishi kerak, bulardan biri fojiaga

uchragan, ikkinchisi esa bor kuchi bilan unga yordam berishni xohlaydigan va uni bajara oladigan kishidir. Shu bilan birga klinika bo'limining ko'p o'rinli palatalarida bemorlar intensiv muloqotda bo'lishlarini, bir-birlariga o'z kasalliklari haqida gapirishlari, qo'shnilarining operatsiya natijalari uchun qayg'urishlari va ba'zan kasallarning saratondan o'lishini ko'rishlarini shifokor nazarda tutishi lozim. Bularning barchasi bo'limda o'ziga xos psixologik sharoitni yaratadi va shifokor oldiga har kuni bemorlarda sog'ayib ketishlariga ishonchni saqlab qolish, bemorlarga nur va kimyo terapiyasi usullari va ularning salbiy ta'sirlari haqida to'g'ri ma'lumot berish kabi masalani qo'yadi.

Xavfli o'smaning boshlang'ich bosqichlarida xirurgik, nur va kimyoterapiya usulida davolashlar yaxshi natija berishi ma'lum. Bu shifokor kayfiyatini yaxshilaydi, o'z navbatida u bemorni qo'llab - quvvatlab turadi (agar unga haqiqiy tashxis aytilmasa). O'sma radikal yo'l bilan olib tashlangan bo'lsa bemor haqiqatni aytishni iltimos qilgan taqdirda ham, u mard odamman, o'z tashxisimni bilaman deb aytgan bo'lsa ham, davolovchi shifokor radikal davolanishdan oldin aytilgan tashxisga qat'iy amal qilishi kerak. U ilmiy ommabop (ba'zida maxsus) adabiyotlarni o'qib chiqqan ba'zi bemorlarning savollariga javob berishda bitmas-tuganmas sabrga ega bo'lmog'i lozim.

Og'ir tashvishni shifokor o'smasi har tomonga tarqab ketgan IV bosqichli bemorlar to'shagi oldida boshdan kechiradi. Shifokorning burchi har kuni, oylab, yillab shunday bemorlar bilan uchrashib turish, bemorlarni darddan butunlay forig' bo'lishiga ishontirish, sabr va toqat bilan adekvant terapiya (palliativ operatsiyalar, nur terapiyasining analgetik usullari, kimyoterapiyaning maxsus sxema asosida va simptomatik davolanishning qator arsenali) o'tkazishni talab etadi.

Shifokor IV bosqichli bemorlarning har biriga alohida munosabatda bo'lishi lozim. Zamonaviy onkologiyaning barcha imkoniyatlaridan foydalanib - xorionepitelioma, neyroblastoma, seminoma, limfagranulematoz va boshqalarga davo qilinganda, bemorlarning sog'ayib ketishi, xavfli limfomalarda, sut bezining tarqalgan saratonida uzoq remissiyalar bo'lishi, qizilo'ngach, to'g'ri ichak va boshqa saratonlarda umrning uzayishi kuzatilgan.

Onkologiya deontologiyasining ikkinchi aspekti - davolovchi shifokorning bemorning qarindoshlari, hamkasblari, do'stlari va boshqalar bilan munosabatidir.

Bemor atrofidagilarni deontologik nuqtai nazardan 2 guruhga ajratish mumkin:

birinchisi - bemorning ota-onasi, rafiqasi (eri), ulg'aygan bolalari, aka-singillari, ikkinchisi - qolgan qarindosh-urug', do'st-birodarlari va boshqalar.

Birinchi guruh kishilarga tashxisni aytish paytida ularga hamdardlik bildirish, ko'z-yoshlarini bemorga ko'rsatmasliklari haqida ogohlantirilgandan so'ng shifokor bor haqiqatni ularga bayon qilishi kerak. Bunda u zamonaviy onkologiyaning davolash imkoniyatlari haqida so'zlab berishi, klinikada bemorni xavfli o'smadan xalos etishga (I va II bosqichlarda) yoki uning umrini uzaytirishga va dardini engillashtirishga (kechiktirilgan bosqichda) ishonch borligi to'g'risida aytishi lozim. Eng muhimi, qarindoshlar keyinchalik shifokorning qo'lidan kelgan barcha imkoniyatlarni ishlatganligini o'z ko'zlari bilan ko'rishlari kerak.

Ikkinchi guruh (bemorning hamkasblari, do'stlari va boshqa) kishilar bemorning tashxisidan ogoh bo'lmasliklari kerak. Ular kasallik haqida faqat bemor bilganlarini bilish lozim. Agar ular bemorning davolanishi uchun chin dildan yordam berish xohishini bildirsalar, bunda davolovchi shifokor bu taklifdan bosh tortmasligi kerak va yordam turini aniqlash uchun uni bo'lim boshlig'i yoki bosh shifokorga tanishtirishi lozim.

Onkologik deontologiyaning uchinchi aspekti - bo'lim yoki klinikadagi tibbiy xodimlarning bir-birlariga munosabatini, vazifalarni bajarishni va nihoyat, bemorlarga bo'lgan tibbiy yordam sifatini belgilaydi.

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'rsligi va ahamiyatsizligi katta zarar etkazadi. Tibbiyot hamshiralarning 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. Onkologiya bo'limida o'rta va kichik xodimlar bemorlarga tashxisi haqida gapirmasliklari, ularning kasallik tarixi va tekshiruv natijalari bilan tanishishlariga yo'l qo'ymasliklari kerak. 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'rishiga majbur bo'ladi. Shunday hollarda ulardan ko'proq bilim va mahorat talab qilinadi. O'z ishlariga usta, jonkuyar, axloqli, intizomli va namunali tibbiyot xodimiga bemorlar ishonch bilan qaraydilar. Bemorlarni davolashda mohirlik, idrok va sabr, har bir tibbiyot xodimiga zarur. Bemorlarning oldida shoshmasdan ish ko'rishi kerak, shirin so'zligi bilan muomalada bo'lishi kerak. Bemorlar bilan behuda so'zlashish, janjallashish yomon oqibatlariga olib keladi va tibbiyot xodimining hurmatini pasaytiradi. 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 PATOGENEZ, XAVFLI GURUHLAR, O'SMANING O'SISH JARAYONIDA DAVOLASH USULLARINI TANLASH, DAVODAN KEYINGI NATIJALAR

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. Hozirgi kunda inson deyarli har kuni ko'plab kantserogen moddalar ta'siriga uchraydi, ular teri, bronx-o'pka va hazm sistemasi shilliq pardasi bilan aloqaga kirishib qonga so'rilishi va a'zolarga ta'sir qilishi mumkin. Tibbiyot fanining aniqlashicha, doimiy 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 xavfli shahar ko'chalarini to'ldirib yuborgan yuk tashuvchi va engil 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 transplacentar yo'l orqali o'tishi isbotlangan. Onkologik kasalliklar kelib chiqishiga ko'pincha kimyoviy omillar sabab bo'ladi. Bu, ayniqsa, tamaki, nos chekish, alkogolli ichimliklarni suiiste'mol qilish odati bo'lgan shaxslar orasida ko'p uchraydi. 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 papiloma 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, alkogolli ichimliklarni ko'p miqdorda iste'mol qilish, og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, me'da, jigar va o'pka rakiga olib keladi. Kimyoviy kantserogenezning (normal hujayraning rak hujayraga aylanish jarayoni) zamonaviy kontsepsiyasi bo'yicha birinchi navbatda uzoq davom etuvchi latent davri borligi, kantserogenlarning biotransformasiyasi, elektrofil metabolitlar paydo bo'lishi, erkin radikal reaksiyalarning kuchayishi va ularning hujayralar ichidagi muhim jarayonlarga ta'sir qilishidan iborat. Natijada ushbu hujayralarda beto'xtov bo'linish yuzaga kelib, ular organizmning gomeostatik nazoratida sekin-asta chiqa boshlaydi.

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 tennik jarohatlari kiradi. Rentgen nurlarining kantserogenlik xususiyati 1902 yilda himoya qo'lqopsiz ishlagan rentgenologning kaftida 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'rniga 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 ionizasiyalashishi va unda erkin radikal reaksiyalarning keskin kuchayishi bilan bog'liq ekan. Natijada nurlangan hujayra mikromuhitning korrektsiyalovchi signallariga javob bermagani 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.

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

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

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

O'zbekistonda kuyish joyida teri raki paydo bo'lgan bemorlar kuzatilgan. Hindistonning tog'li tumanlarida (Himolayda) tanani isitish maqsadida mahalliy aholi kiyimi tagida qizib turgan ko'mirli ko'zacha - "kankri"ni olib yuradi. Bu esa ko'pincha qorin terisining kuyishiga sabab bo'ladi. Natijada shu kuyishdan qolgan chandiqlar o'rnida ko'pincha teri raki rivojlanadi. Ba'zi bemorlar sut bezi, qo'l-oyoq, teri o'smalarini urilish, ezilish va uzoq vaqt davom etgan yaralanishlar bilan bog'laydilar. Jarohat o'rnida xavfli o'smalarning paydo bo'lishini quyidagicha tushuntirish mumkin: jarohat hujayralarni uzoq muddatli proliferasiyaga olib keladi, shuningdek, kuyish, chandiq va ayniqsa, surunkali yallig'lanish o'choqlarida kantserogen moddalarning to'planishi (depolanishi) kuzatiladi, bularning birgalikdagi ta'siri hujayralarning nazoratsiz-intensiv bo'linishiga olib keladi.

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'rinnaydigan 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.

Virusning kantserogen ta'siri bu normal hujayraga kirib, o'zining genetik materialini hujayra yadrosi ichidagi DNK bilan biriktirish va unga xo'jayinlik qilishdir.

Odamdagi o'sma viruslarining tasnifi.

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

Virus va hujayra genetik materialining bunday fizikaviy integrasiyasi hujayralarni yangi xususiyat - to'xtovsiz bo'linishga olib keladi.

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 tuxumdonda o'smalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

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

Ko'pgina mutaxassislarning 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 qismiga, a'zosiga ta'sir qilib uning ishini buzadi.

Bugungi kunda hammaga ma'lumki, har bir hujayraning rivojlanishi va faoliyat ko'rsatish (shu jumladan, bo'linishi va ko'payishi) haqidagi dastur (programma) ana shu hujayralar yadrosidagi DNK strukturasi mavjud. Bu dasturda DNK ni hosil qiluvchi nukleotidlarning ketma-ketligi o'ziga xos.

Odamning DNK molekulasi taxminan 100 mingga yaqin maxsus bo'laklar-genlar bor. Har bir gen 2,5-5 mingga nukleotiddan tuzilgan. Bitta gen bir turdagi oqsil sintezini boshqaradi va shu oqsil orqali har xil to'qimalar, shu jumladan, xavfli o'sma tarkibidagi hujayralar faoliyatida ishtirok etadi. Genlardan ikki guruhi – onkogenlar va antionkogenlar (masalan, r53) normal hujayraning bo'linishini, ko'payishini (proliferasiyasini) va differentsiyalanishini to'g'ridan-to'g'ri nazorat qiladi.

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.

DNKdagi bunday o'zgarishlar nuqtali mutasiyalar deyiladi, ular zararlangan gen faoliyatining kuchayishi yoki pasayishida, ba'zida esa faoliyatning yo'qolishida namoyon bo'ladi. Bunda mutasiya birdaniga onkogenlar va r53 genlarda sodir bo'ladi, bu onkogen faoliyatining keskin kuchayishiga olib keladi. Biologik tabiatni kantserogen omillar – onkogen viruslar hujayra ichiga kirib olib, o'zining genlarini DNK ga qo'shadilar va onkogen kabi faoliyat ko'rsata boshlaydilar. Shunday qilib, hujayrada kantserogen omillarning ta'siri yagona natija bilan, ya'ni hujayradagi onkogenlarning faollashuvi bilan yakunlanadi.

Odamdagi turli xavfli o'smalarda hozirgacha 20 dan ortiq onkogen aniqlangan, bulardan 4 tasi (c-myc, c-foc, c-Ha-ras, c-Ki-ras) ko'pchilik o'smalarda aniqlangan. Onkogenlar ichida «ras» oilasidagi onkogenlar ko'proq o'rganilgan. Yuqorida aytib o'tilgan kantserogen omillar ta'siri natijasida yuzaga kelgan nuqtali mutasiyalar normal DNKni mutant DNKga aylantiradi. Ammo mutant DNKning faoliyati faqatgina

hujayralardagi DNKning reparasiya (tiklanish) mexanizmi buzilganda namoyon bo'ladi. DNKdagi genetik informatsiyaning inson tarixida saqlanib qolishi tashqi va ichki muhit ta'sirida ko'plab hosil bo'luvchi mutasion asoratini reparasiyaning maxsus fermentlari DNK mutatsiyasini yo'qotish orqali amalga oshadi. Shikastlangan DNK reparasiyasi 3 xil fermentning birlikdagi ta'siri natijasida sodir bo'ladi. Endonukleaza nuqsonli nukleotidni ajratib oladi. DNK polimeraza kerakli nukleotidni ajratib oladi. DNK polimeraza kerakli nukleotidni o'miga qo'yadi. DNK ligaza esa uni qo'shni nukleotidga ulaydi. bu bilan DNKning birlamchi holati tiklanadi.

Shunday qilib, 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 differentsiallashtirishini to'xtatadi. Reseptorlarni modifikatsiya 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.

Atrofdagi boshqa yuz minglab qo'shni hujayralardan hal qiluvchi birinchi mutant hujayra paydo bo'lishi bilan uning uzoq davom etuvchi evolyusiyasi boshlanadi. Mutant hujayraning normal va o'sma hujayraga o'xshab to'xtovsiz avtonom bo'lishi uning avlodini ko'paytiradi, lekin atrofdagi to'qimalarga salbiy ta'sir qilmaydi. Mutant hujayrada uning differentsiallashtirishini qat'iy to'xtatuvchi va ularning to'xtovsiz bo'linishini tezlashtiruvchi genlar (Tuc, fos) ishi faollashadi. Tezda

ko'payuvchi bunday yot hujayralar kloni atrofdagi hujayralarga oziq moddalarni etkazishda raqobatchi bo'lib qoladi, natijada o'sha joyda retikulo-epitelial hujayralarning javob reaksiyasi chaqiriladi.

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 siydiktanosil yo'llari epiteliysida tez-tez sodir bo'ladi. Bu bir tomondan qoplovchi epiteliyning doimo bo'linishi va proliferasiyasi 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). Normal hujayralardan biroz bo'lsa-da immunologik jihatdan farq qiluvchi hujayralar avlodi (populyasiyasi)ning bunday tez ko'payishi organizmda immun sistema reaksiyasini chaqiradi (o'smaga qarshi nospesifik va spetsifik immunitet reaksiyalari). Hozirgi paytda nospesifik rezistent reaksiyalarga alohida ahamiyat berilyapti, chunki bu sistema immunologik yot hujayralarni (shu jumladan, mutant va o'sma hujayralarni) tanib, ularni yo'q qilishda muhim o'rin tutadi. Bunday himoyada, asosan, faollashgan makrofaglar, tabiiy killerlar, neytrofillar va gumoral omillar (tabiiy antitanalar, interferonlar, interleykinlar) qatnashadilar.

O'ziga xos immunologik himoya T va V limfositlar faolligi natijasida amalga oshadi. Makrofaglar mutant hujayra antigenlarini kamrab olib, ularni T limfositlarga to'g'ri tsitoplazmatik bog'lar orqali uzatadi. T limfositlarning antigen bilan bunday aloqasi ularning proliferasiyasini kuchaytiradi va nishon hujayralarni destruktivlovchi (buzuvchi) immunokoipotent hujayralarga aylanishini tezlashtiradi. T hujayralar o'z navbatida immunologik signalni V hujayraga uzatadi, so'ngra ular antitanachalarni ishlab chiqaruvchi plazma hujayralarga aylanadi. Ikkala himoya sistemasining birgalikdagi bunday hujumi ko'pincha mutant hujayraning nobud bo'lishi bilan tugaydi.

Bir xil ekologik muhitda yashashiga qaramasdan yiliga har 100 ming aholining 16-17 mingtasi Respublika bo'yicha o'rtacha xavfli o'smalar bilan kasallanadi. Qolgan 99 mingdan ortig'i esa kantserogenlar

ta'siriga duch keladi. Ularning onkologik kasalliklardan saqlanib qolishini nospesifik va spesifik immun sistemalar samarali faoliyati bilan bog'lash mumkin. Afsuski, ba'zi mutant hujayralar nisbatan chidamliroq bo'lib, tirik qoladi va o'zining klonini (avlodini) hosil qilishda davom etadi. Shunday qilib, uzoq davom etgan immun sistema va mutant hujayralar o'rtasidagi bunday to'xtovsiz kurash natijasida mutantlar himoyalaniq qolmay, faqatgina hujayralarda tajovuz qilish xususiyatiga ega bo'lgan mutant hujayralar ko'payishiga sabab bo'ladi. Mana shu joyda transformasiyalangan hujayra evolyusiyasiga yangi bosqich, yangi mutant hujayraning o'sma hujayraga aylanish bosqichi boshlanadi.

Rivojlanishning boshlanish bosqichida o'sma hujayra normal hujayraga o'xshash bo'ladi, keyinchalik esa neoplastik transformasiya genlari oilasidagi genlarning doimiy ekpressiyasi 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 funktsiyalarni 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 kurtaginiq 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'sma kurtaginiq miqdoriy o'sishi (kinetikasi). O'smaning o'ziga xos belgisi hujayralarning to'xtovsiz bo'linishidir. Bunda har bir hujayra ikkita hujayrani hosil qiladi, bular esa to'rtta hujayrani, ular esa o'z navbatida sakqizta hujayrani hosil qiladi va shu tariqa davom etadi. Bu esa o'smaning o'sishiga, uning o'lchami va og'irligi kattalashishiga olib keladi. Lekin ba'zi vaqtda bu jarayon sekinlashishi yoki vaqtincha to'xtab turishi mumkin. Bunga qon bilan ta'minlanishning buzilishi, nekroz rivojlanishi va boshqalar sabab bo'ladi.

O'sma o'sishi kinetikasini o'rganish birlamchi hujayradan to ko'z va qo'l bilan aniqlanadigan o'sma tugunining o'sish tezligi va uning yoshi,

ya'ni uning klinikagacha bo'lgan davri (bunda o'sma ko'zga tashlanmaydi va aniq klinik belgilari namoyon bo'ladi) haqidagi muhim axborotni beradi.

Ma'lumki, birinchi yagona o'sma hujayrasining diametri 10 mikron bo'lib, 30 marta ikkilangandan keyingi soni 1 milliardga, og'irligi 1 gr ga, diametri 1 sm ga etadi.

Ichki a'zolarning birlamchi o'smasi kintikasini o'rganish amaliy jihatdan mumkin emas, shuning uchun xavfli o'smalarning miqdoriy parametrlari haqidagi eng ko'p ma'lumot o'pka metastazlaridan, shuningdek, o'pka, suyak va sut bezi va terining birlamchi o'smalaridan to'plangan. O'smaning miqdoriy o'sishini o'rganishning juda qulay usuli – ularning hajmi yoki diametrining ikkilanish vaqtini o'lchashdan iborat. Har xil jins va yoshdagi bemorlarda ba'zi birlamchi va metastaz bergan o'smalar hajmining ilmiy adabiyotlarda keltirilgan ikkilanish vaqti haqidagi ma'lumotlar keltirilgan.

O'smalar hajmining ikkilanish vaqti.

O'smaning turi	Kasallar soni	O'rtacha ikkilanish vaqti (kunlar)
O'pkaning birlamchi raki:		
- adenokarsinoma	8	118
- yassi hujayrali	13	70
- differentsiallashtirilmagan	13	93
Jami:	34	88
Turli xil o'smalarning o'pka metastazlari:		
- 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
O'pka metastazlarining yoshi (oylar)		
0-29	12	37
30-59	53	68
60-89	53	70
Yo'g'on ichakning birlamchi Adenokarsinomasi	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 adenokarsinomasida 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, yo'g'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.

O'sma kurtagining sifat jihatidan o'zgarishi. O'sma o'sishi jarayonida uning hujayrasida strukturaviy va funktsional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Ular sekin-asta organoleptik, gistologik tuzilishning yo'qolishiga, ferment va antigenlarning soddalashishiga, geteronlikning oshishiga, o'smaning gormonlariga, immunostimulyatorlarga, kimyoviy dorilarga va nurlarga reaksiyasi o'zgarishiga, ba'zida esa ularga nisbatan ta'sirchanlikning yo'qolishiga olib keladi.

Shunday qilib, o'sma o'sishi jarayonida faqatgina hajmi emas, balki uning strukturasi va funktsiyalari ham o'zgaradi. Buning natijasida o'smaning avtonomligi kuchayadi va u mustaqil hamda o'zini-o'zi boshqara oladigan klona (avlodga) aylanadi va organizmning qolgan hujayra va to'qimalari bilan murakkab aloqaga kirishadi.

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 (rezistenlik) sistemasi kurash boshlaydi. Bu sistemaning effektor hujayralari – makrofaglar tabiiy killerlar, gistiositlar o'sma hujayralari bilan bevosita aloqaga kirishib, ularni eritadi. Makrofaglar fagositozlangan o'sma antigenlarini T va V limfasitlarga uzatadi. Ularning faollashuvidan organizmning saratonga qarshi umumiy immun reaksiyasi boshlanadi.

Sensibilizatsiyalangan T limfasitlar o'sma hujayralari bilan birikib, ularni nobud qiladi va shu bilan birga V limfositlarning ko'payishini, monoklonal antitanalar ishlanib chiqishini tezlatadi. Keyinchalik o'sma hujayralari avlodining taqdiri har xil bo'lishi mumkin, agar organizmning himoya kuchi ustunlik kilsa, saraton butunlay nobud bo'ladi, agar kuchlar teng bo'lsa, o'sma qisman nobud bo'ladi, unda ozroq miqdordagi hujayra (latent) holda saqlanishi (masalan, "cancer in situ") yoki u rivojlanib metastaz berishi mumkin.

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 davolangan, 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 muammosi 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 choralar 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 aytolmaslik, shunday kasalligi borligiga ishonmaslik va yordam uchun tabiblarga, ekstrasenlarga 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 lokalizasiyasi 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 kelinasligi 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 xavlidir. 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 davo qilishni 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 qizilo'ngach 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 orqusidagi doimiy og'riqdan shikoyat qiladi. Kasallikka xos dispeptik belgilar: kekirish, zarda qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ko'p so'lak ajralishi (gipersalivasiya) 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 talaji va ovozning xirillashiga olib keladi. O'smaning traxeya va bronxlarga o'sib kirishi yo'talish, harsillash, zotiljam va abscessning rivojlanishiga olib keladi. Qizilo'ngach-traxéal 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 xavflidir. 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.

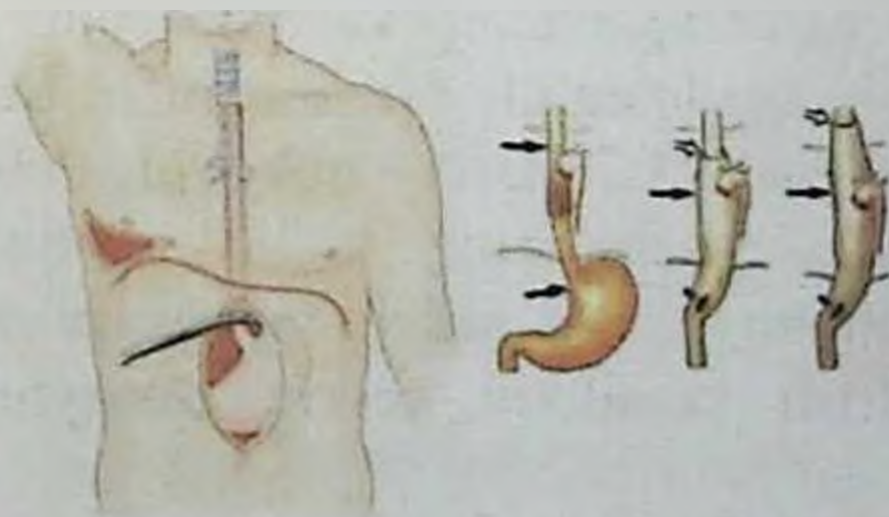
O'sma yuqori qismda bo'lsa faqat nur terapiyasi yordam beradi. O'rta va pastki qavatlarda bo'lib, o'smaning o'lchami 5 sm ga etmasa u faqat jarrohlik usuli bilan davolanadi. Undan kattaroq bo'lsa ham radikal operatsiya qilinadi, ammo operatsiyadan oldin nur va kimyoterapiyalar berilsa yaxshi natijaga erishiladi. Qizilo'ngach saratoniga jarrohlik yo'li bilan davvo qilish uchun uning ko'plab usullari taklif qilinadi. Bu operatsiyalar qizilo'ngachni ekstirpasiya yoki rezektsiya qilish uchun qaysi yo'l bilan kirib borilishiga, qaysi a'zo transplantat sifatida (me'da, yo'g'on yoki ingichka ichak) ishlatilishiga va transplantat qaysi joyda (plevra bo'shlig'i, oldingi yoki orqa ko'ks oralig'i, teri osti) joylashishiga (yoki o'tkazilishiga) qarab farq qiladi.

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 qismi saratonida uddominal etapda bajariladigan operatsiyada 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 chelkish, 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. Qoraqalpog'iston Respublikasi Mo'ynoq tumanida O'zbekiston onkologiya ilmiy tekshirish markazi qizilo'ngachning o'sma oldi kasalliklari va organizmdagi vitamin S miqdori o'rtasida patogenetik bog'liqlik borligini isbotlaydi. Bu tumanda aholini yoppasiga vitaminlashtirish ishlari o'tkazilishi va stasionar sharoitda qizilo'ngachning va o'sma oldi kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash, qizilo'ngach saratoni bilan kasallanganlar sonini 1979-yildan 1990-yilgacha 1,7 marta kamayishiga olib keldi. Keltirilgan dalillar qizilo'ngach saratonining kelib chiqishida vitamin C yetishmasligining ahamiyati va uning miqdorini organizmda normal darajada ushlab turish kasallikni keskin kamaytirishi mumkinligini ko'rsatadi.

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 proliferasiyasi 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 (adenomatoz) va keng negizli poliplarning saratonga aylanish xavfi ko'proq. Poliplar asosan 78-84% hollarda me'daning antral bo'limida uchraydi. Ko'pchilik bemorlarda kasallik hech qanday alomatlarsiz kechadi. Agar polip emirilsa, undan anemiya, holsizlik, kuchli og'riq va qusish ro'y berishi mumkin.



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 jarrohlik usuli bilan amalga oshiriladi. Uncha katta bo'lmagan (diametri 1,5 sm gacha ctadigan), yaralanmagan va progressiv o'smayotgan poliplarni endoskopik polipektomiya qilish mumkin, lekin preparatni, albatta, gistologik tekshirishdan o'tkazish zarur. 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 kasullanadi. 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'ngil 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. Bemorlarning o'zlari ahvolini vaqtincha yaxshilaydigan qayt qilishni chaqiradilar. Qorin paypaslanganda suyuqlikning shaloplagan ovozi eshitiladi. Ba'zida umurta 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'nrovning 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, ob'ektiv 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. Axlarda 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.

Me'dani rentgenoskopiya va rentgenografiya qilish uzoq vaqtdan beri saratonga tashxis qo'yishda etakchi usullardan biri bo'lib kelmakda. Me'da saratonining rentgenoskopik manzarasi juda xilma-xil bo'lib, uning o'sish xususiyatlari, o'smaning o'lchami va joylashishiga bog'liq.

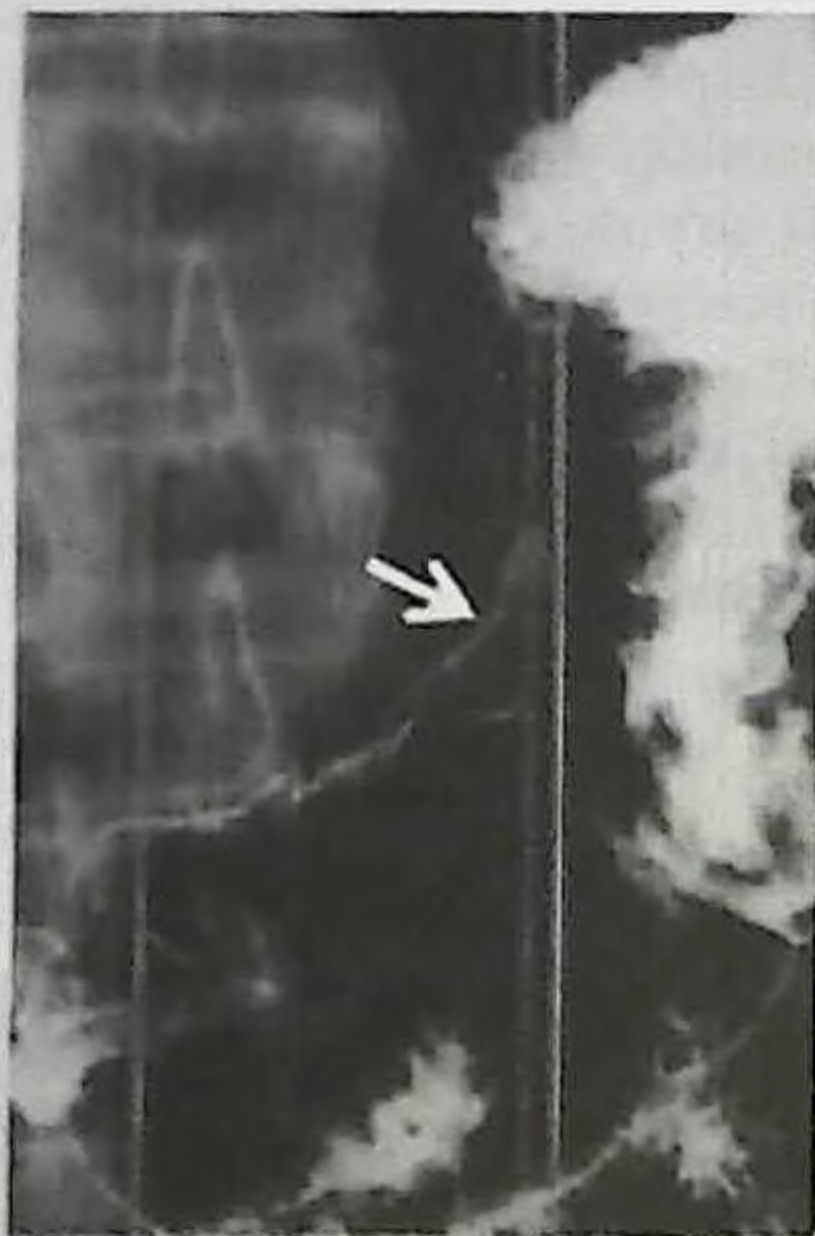
Ekzofit saratonda kontrast modda – bariy bilan me'da butunlay (o'sma bor joydan tashqari) to'ladi. Bu "to'lish nuqsoni" simptomi deb ataladi va uning tashxis uchun ahamiyati katta. O'sha o'lmagan joy rentgen suratida dumaloq shaklga yaqin, chetlari notekis bo'lib ko'rinadi.

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'rikan 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 diatermik 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.

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

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. Lekin immunologik usul ko'proq jarrohlik va boshqa davolashlar samaradorligi, residiv va metastazlarni aniqlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

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

Me'da saratonini davolash usullari.

Me'da qismi		TNM	Davolash usullari
Proksimal (yuqori qismi)	I	T1HoMo	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
	IV6	T1-4NO-ZM1	Intraarterial kimyoterapiya bilan birga UVCH - gipertermiya va nur terapiyasi
Distal (pastki qismi)	I	T1HoMo	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 turganidek, 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. Shunga ahamiyat berish kerakki, jarrohlik usullari alohida holda faqat proksimal bo'limdagi saratonning I bosqichida, distal bo'linning I va II bosqichlarida 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, dudlangan, 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 S ga boy bo'lgan o'simlik kletchatkasi ko'proq iste'mol qilinganda esa bu aksincha, kantserogenezning susayishi kuzatiladi. Saraton kasalligining kelib chiqishida ma'lum darajada irsiy omillar ham rolb 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 poliplardan rivojlanadi. Poliplar shilliq pardaning bezli epiteliysi va uning ostidagi qo'shimcha tolali to'qimadan paydo bo'ladi. Adenomatoz poliplar 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 chambar ichakda uchraydi. Poliplar bir yoki bir necha bo'lishi mumkin. Ularning o'lchami bir necha millimetrdan 3-4 sm gacha va undan ortiqroq bo'ladi. Ularning o'lchami kattalashishi bilan displaziya darajasi va xavfli o'smaga aylanish ehtimoli ham orta boradi. Diametri 1 sm gacha bo'lgan poliplar kamdan - kam xavfli o'smaga aylansa, o'lchami 2 sm dan katta bo'lganlari 40-50% hollarda saratonga aylanadi.

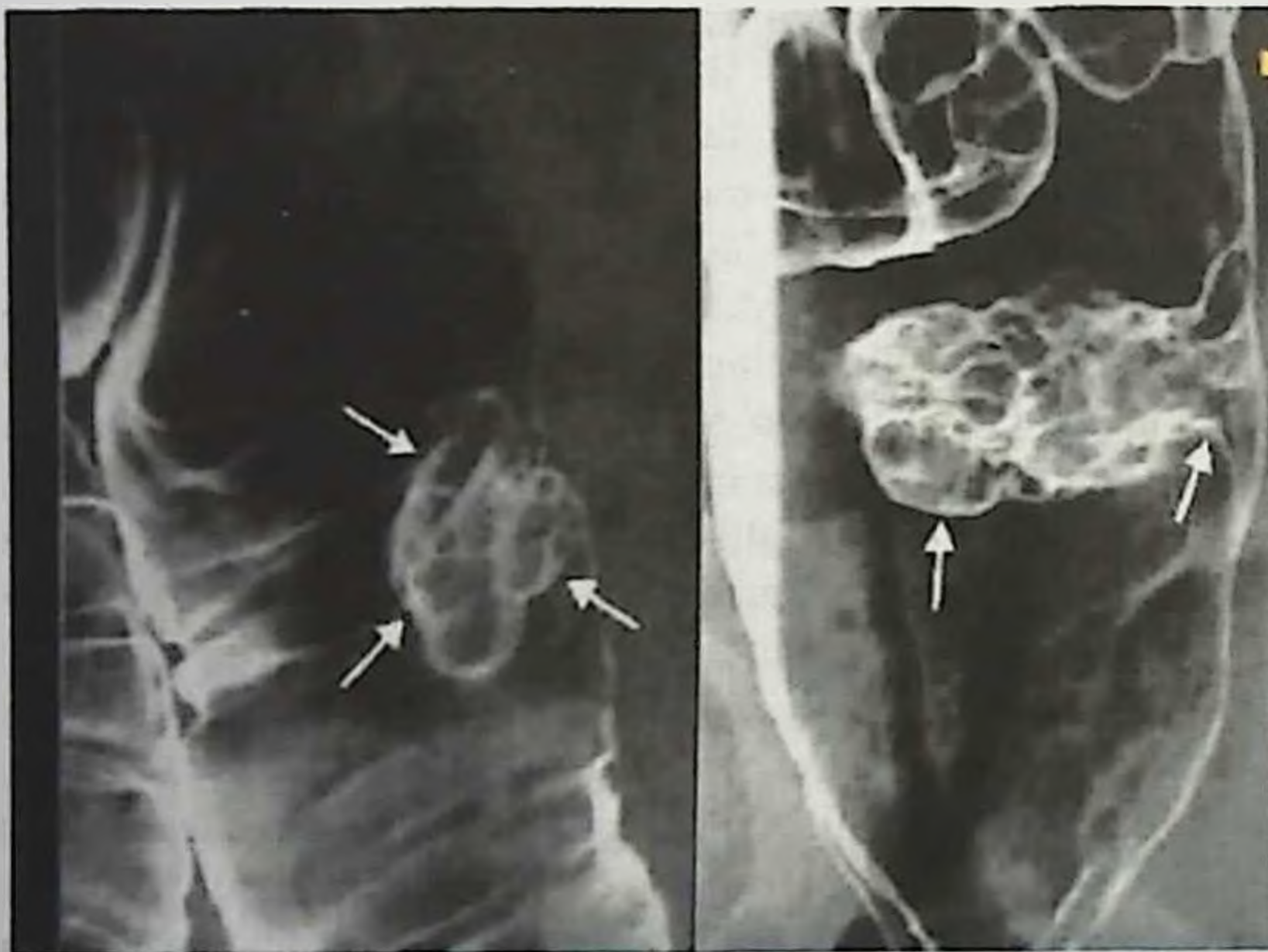
Yo'g'on ichakning obligat o'sma oldi kasalliklariga diffuz (oilaviy) polipoz kasalligi kiradi. Bu kasallik ko'pincha saratonga aylanadi. Kasallik nasldan-naslga o'tib, yosh kishilarga ham polipoz sifatining yomonlashishi va xavfli o'sma paydo bo'lishi kuzatiladi. Yo'g'on ichakning so'rg'ichli o'smalari, yagona poliplari, spesifik bo'lmagan yarali kolit va Kron kasalligi fakultativ o'sma oldi kasalliklariga 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'shlig'iga 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, leomioma 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. Poliplarni tekshirishda rektomanoskopiya, kalonoskopiya qilinib, gistologik tekshirish uchun biopsiya, tsitologik tekshirish uchun surtmalar olinadi.



6 rasm. Konturda bo'rib chiqishi. Divertikul



7 rasm. Polipni rentgen ko'rinishi

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

Noepitelial xavfsiz o'smalarga fibromalar, miomalar, angiomalar va lipomalar kiradi. Bu o'smalarning boshlang'ich davrida klinik belgilari bo'lmaydi. operatsiya paytida tasodifiy hosilalar topiladi. 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 patogenezi: 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 transformasiyasini chiqaradi. Surunkali kolitlar, polipozlar o'sma oldi kasalliklariga kiradi.

Patologik anatomiya: o'sma boshlang'ich bosqichida polipsimon 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 shillikli (12-15%) ko'rinishlari uchraydi.

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

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 aylanasiining yarmidan ko'p qismini egallagan, yon atrofidagi to'qima va a'zolarga o'smagan, regionar metastazlari yo'q yoki 1-2 ta metastaz uchrashi mumkin.

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

IV bosqich – o'sma o'lchami turlicha, qo'shni a'zolarga 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 kamqonlikka 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. Jadvaldagi ma'lumotlarga ko'ra, yo'g'on ichakning o'ng yarmi saratonida ko'pchilik bemorlarda og'riq, ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, kekirish, qusish, anemiya, holsizlik va paypaslab topiladigan o'sma uchraydi. Bunda ichakdan qonli yoki shilliq ajralma kelishi kuzatilmaydi. 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 oqimtirligi 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. Vaqt o'tishi bilan ular kuchayib najas va gazlarning tutilishi bilan kechadigan xurujlar kuzatiladi. Xurujlarning qaytalanishi va ularning doimiyliigi asta-sekin o'sib boradi, keyinchalik surunkali ichak tutilishi kuzatiladi. Xurujlarning birida butunlay obturasion 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 paypaslanadigan 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, defekasiyadan 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. Teri va shilliq qavatlarning rangsizligi yo'g'on ichakning o'ng yarmi saratoni tufayli rivojlangan anemiya borligi fikr yuritishga olib kelishi mumkin. Qorin tekshirib ko'rilganda ba'zida ichakning torayishdan yuqori qismining ko'paygan peristaltikasi ko'zga tashlanadi. Qorin devori shalpaygan bo'lsa, o'sma ustidan shishni payqash mumkin. Perkussiya qilinganda o'sma ustiga bo'g'iq tovush hamda qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik borligini aniqlash

mumkin. Auskultasiya paytida o'sma sohasi va undan yuqorida aniqlangan kuchaygan quldirash ichak stenozi bilan darak berishi mumkin. O'smaga shubha qilinganda bemorni chalqancha, o'ng va chap yonboshga yotqizgan holda qorni paypaslanadi. Ko'richak, yuqori va pastga tushuvchi chamber ichakning o'smalarini aniqlash yengilroq. Ko'ndalang, chamber va sigmasimon o'smalari ushbu ichak bo'limlarining qo'zg'aluvchanligi 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. Radikal jarrohlik usuli bilan davolangan bemorlarda kasallikning qaytalanishi yoki qaytalanmasligini bilish uchun bu testning foydasi katta. Najasni yashirish qonga tahlil qilish yo'g'on ichakda saraton kasalligi borligini aniqlab beradi. Yashirin qonga tekshirishning texnik jihatdan osonligi uni aholi o'rtasida yoppasiga profilaktik ko'riklar o'tkazishda imkon yaratadi.

Rektoromanoskopiya. Bu yo'l bilan to'g'ri va sigmasimon 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.

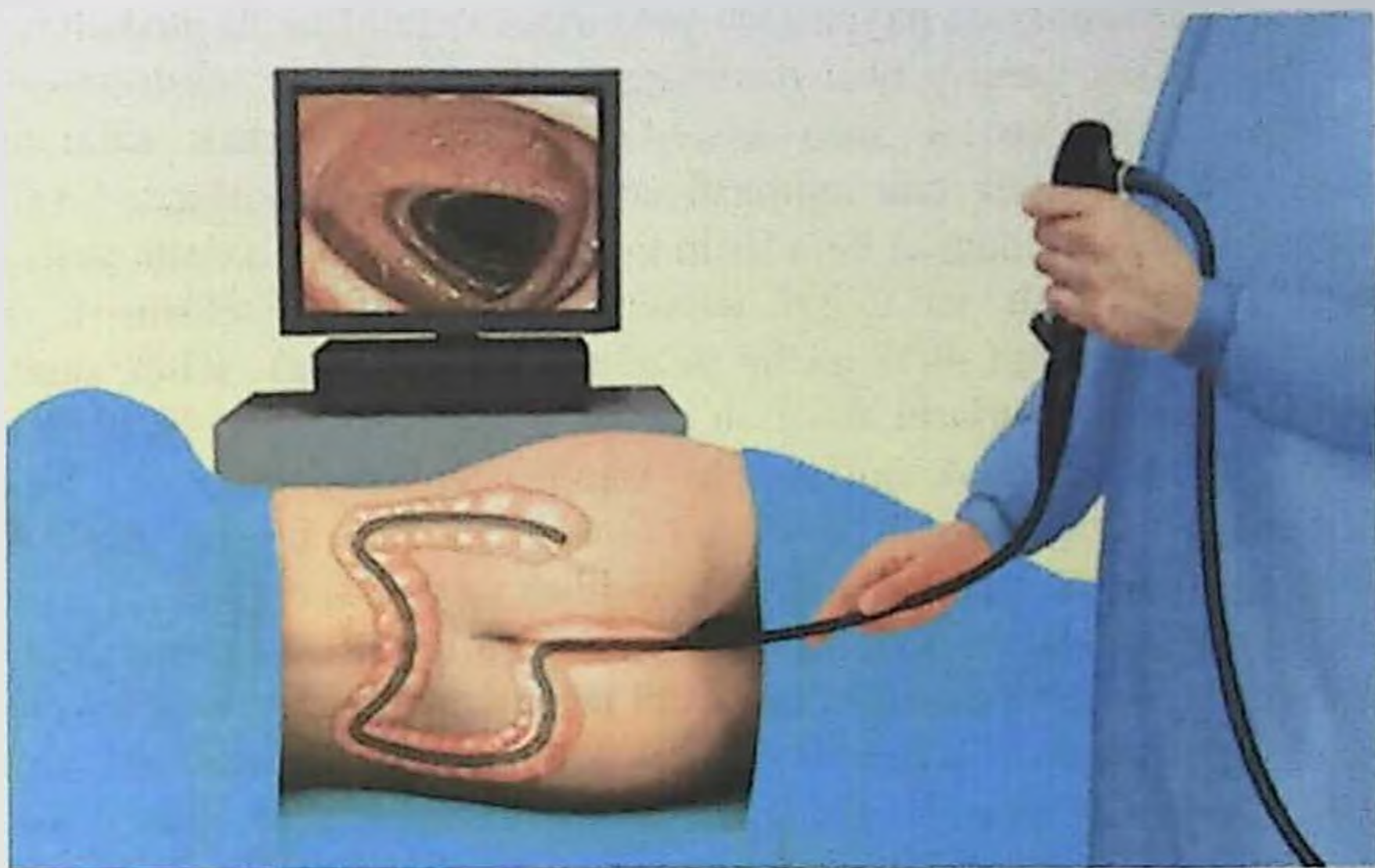
Rentgenologik tekshirish. Hozirgi vaqtgacha yo'g'on ichak saratoniga tashxis qo'yishda bu asosiy usul bo'lib qolmoqda. Tekshirishning maqsadlariga qarab har xil usullar qo'llaniladi. Bular ichida etakchi usul irrigoskopiya usuli hisoblanadi. Irrigoskopiya-yo'g'on

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. O'smaning o'zi ko'rinmasa-da, lekin bu shilliq qavatning oqarib, silliqanib, qalinlashib, rigidlanishidan aniqlanadi. Sonografiya - ultratovush usuli so'nggi yillarda yo'g'on ichak (ko'proq to'g'ri ichak) saratonini aniqlashda keng qo'llanilmoqda. Sonografiya o'tkazilishi o'smani aniq joylashishi, ichakning o'ziga yoki uning tashqarisiga tarqalishi, jigardagi 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.

Radionuklid-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. Bu holatda to'g'ri ichak pastga tushadi va natijada orqa chiqaruv teshigida bo'lgan o'smalarni aniqlash imkoniyati tug'iladi. 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. To'g'ri ichakda har qanday buzilishlar bo'lganda ham, albatta, barmoq bilan tekshirish zarur. Bu usul qorin

bo'shlig'i kasalliklarida paypaslash yoki o'pka kasalliklarida auskultasiya qilib ko'rishdek zaruriy usul hisoblanadi. Barmoq bilan tekshirmasdan tashxis qo'yish qo'pol xato hisoblanadi. Yo'g'on ichak saratonini poliklinika sharoitida erta aniqlash uchun 40 yoshdan oshgan kishilar tekshirilganda quyidagilar bajarilishi kerak: anketa usuli, axlatni yashirin qonga tahlil qilish va to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish. Bu kompleks usul bilan 40% gacha yo'g'on ichak va to'g'ri ichak saraton bilan og'rikan bemorlarni aniqlash mumkin. 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. Xastalik o'tkir boshlanmasdan, nisbatan tez, bir necha oy davomida rivojlansa, uning belgilari asta-sekin kuchaysa va o'tib ketmasligi kuzatilsa, remissiya va qaytalanishlar bo'lmasa, bunda xavfli o'sma borligi haqida fikr yuritish mumkin bo'ladi. 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. Bunday 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 yallig'lanishi (appendisit), spesifik infiltrativlar (sil, aktinomikoz, suzak), qorin va qorin orti bo'shlig'i o'smalariga nisbatan o'tkaziladi. Buning uchun maxsus reaktsiyalar (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 egriligida bo'lganda o'ng tomon gemikolonektomiya operatsiyasi bajariladi.

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

O'sma ko'ndalang – chamber 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, chamber 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
		Radikal operatsiya, nur terapiyasi va kimyoterapiya	65,0
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 gipertermiya, 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 vaqtli aniqlanganda va radikal operatsiya qilinganda yakuniy natijasi yaxshi. Radikal operatsiya qilingan bemorlarning 60-70% i 5 yildan ko'p yashaydi.

To'g'ri ichak o'smalari:

Xavfsiz o'smalar: Bu o'smalar o'z navbatida epitelial va noepitelial o'smalarga bo'linadi. Xavfsiz noepitelial 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.

Patogenezi: Kasallikning kelib chiqishida poliplarning, xususan, oilaviy polipozlarning ahamiyati katta. Bundan tashqari qabziyatning ham (xaftada 1-2 marta najasning chiqishi) kasallik rivojlanishida ahamiyati katta. Najasning ichaklarda turib qolishi, shilliq qavat bilan uzoq vaqt kontaktda bo'lishi (indol, skatol, guanidin) va bu moddalarning shilliq qavatga va epitelial hujayralarga ta'siri o'sma patogenezida ahamiyati katta. Bu moddalar endogen kantserogen moddalar hisoblanadi va surunkali yallig'lanish jarayonida, gemoroyda epitelial hujayralarining o'sma hujayralariga o'tishini ta'minlaydi (Zlokachestvennaya transformasiya kletok). O'sma oldi kasalligiga adenomatoz poliplardan tashqari, surunkali dizenteriya va proktitlardan keyingi yaralar kiradi. Ma'lumotlarga qaraganda, yaralarning 12% i saraton kasalligiga olib kelar ekan. Orqa chiqaruv teshigi surunkali yoriqlari anal sohasi saraton kasalligiga olib keladi.

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. To'g'ri o'smalari ko'pincha limfogen yo'llar bilan metastaz beradi. Boshlang'ich bosqichlarida pararektal limfa tugunlariga, chanoq qon tomirlari, yog' kletchatkasiga keyinchalik qorin pardasi orti limfa tugunlariga metastazlar beradi. Juda kam uzoqlashgan metastazlar o'pkaga, jigarga va suyaklarga beradi.

Klinikasi: To'g'ri ichak saratoni kasalligini klinik ko'rinishi o'smaning joylashgan o'ri 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. Najasning ichaklardan o'tmay qolishi, qorinning shishishiga olib keladi. Infektsiya qo'shilib proktit belgilar paydo bo'ladi. Pastki ampulyar, o'rta ampulyar va yuqori ampulyar saraton kasalligi belgilari tasvirlangan Tablisa ko'rsatiladi. Bemorning umumiy ahvoli o'smaning kechiktirilgan davrlarida, uzoq vaqt qon ketib kamqonlik bo'lgan holatlarda, o'smaning emirilishi natijasida tana harorati ko'tarilganda, infektsiya qo'shilganda va surunkali ichak tutilishi qo'shilganda og'irlashadi. Bemor oziy boshlaydi, terilar oqaradi va kulrang tus oladi. 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 qismda 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. Rektoskopiya bemorlar maxsus tayyorlanadi. Ma'ruza paytida ko'rish xonalarida rektormanoskopiya usullarini ko'z bilan ko'rish, barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va uning ahamiyati to'g'risida to'xtalib o'tiladi.

Irrigioskopiya va irrigografiya: usullarini to'g'ri ichak o'smalarining tashxisida ahamiyati katta. Irrigogrammada o'smaning

chegaralarini, konturlarini, ichak bo'shlig'ining torayishini, poliplarning bor-yo'qligini, boshqa joyda joylashgan o'sma hosillarini ko'rishga imkon beradi. O'smaning sizuvchi 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. To'g'ri ichak o'smalarining radikal operatsiya yo'li bilan davolashda, asosan, qorin - oraliq orqali ekstirpasiya operatsiyasi, to'g'ri ichakning oldingi rezektsiya operatsiyasi va Gartman operatsiyalari bajariladi. Tablisa tavsiya qilinadi. 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 ftorurasil va ftorafur 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 yuboriladi. Davolash kursida 25-30 gr ishlatiladi.

Kasallikni oldini olish. Yo'g'on va to'g'ri ichak saratonining birlamchi profilaktikasi to'g'ri ovqatlanish, ya'ni tarkibida etarli miqdorda ovqat kletchatkasi, vitamin A va S ga boy bo'lgan sabzavot va mevalarni iste'mol qilishdir. Ikkilamchi profilaktikasi diffuz polipoz, so'rg'ichli o'smalar, ko'pchilik va yagona poliplar, yarali polip va surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarni o'z vaqtida aniqlash, davolash va dispanserizasiya qilishdan iborat.

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 rasm. Bazal hujayrali teri saratoni



11 rasm. Yassi hujayrali teri saratoni

Teri saratoni gugurg 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.

Melenoma 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, quruq, yuzasi silliq, yaltiroq, rangi och jigarrangdan to qoragacha. Atrofi 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 nuqtai nazardan o'smaning qisman spontan regressiyasini ko'rsatadi.

Pigmentli nevuslar aktivlashuvining klinik belgilari

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 turgan 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 ustidagi 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, malhamlar bilan davolanishlari.
4. Bu kasallikning kech metastaz berganligi.
5. Aholi orasida tibbiy madaniyatning etarlicha bo'lmasligi.
6. Tibbiyotdan xabardor bo'lmagan kishilarning noto'g'ri maslahat berishi.
7. O'sma kasalligi to'g'risida aholida to'g'ri tushuncha bo'lmasligi 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 kombinasiyalashgan 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 qanotlarida 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. O'smani nekrozlantirish uchun bir seans etarli, keyinchalik nekrozga uchragan joyda atrofdagi teridan kam farq qiladigan nozik chandiq hosil bo'ladi. Kasallik qaytalanganda davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Ba'zan nur terapiyasi bilan kombinasiya ham qilinadi. Limfa tugunchalarida metastazlar bo'lsa, jarrohlik usuli qo'llaniladi. Metastazlarning joylashishiga qarab regionar 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 choralari 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 davolatish;

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 emizmaganda ayollarda ko'proq kuzatiladi.

Hozirgi vaqtda onasi yoki opa-singillari sut bezi yoki ayollar jinsiy a'zolari xavfli o'smalari bilan og'riyan ayollarda sut bezi rakining ko'p uchrashi aniqlangan. Kasallanish xavfli gipotireoz, ateroskleroz, qandli diabet bilan og'riyan bemorlarda ham oshadi. Ovqatlanish tartibining buzilish ham ma'lum darajada ahamiyatga ega. Vazni oshib ketgan, ko'p miqdorda yog'li ovqatlar, vitamin A karotinoidlar miqdori kam bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qiladigan xotin-qizlarda ham sut bezi raki bilan kasallanish ehtimoli ko'p bo'ladi.

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 shu bilan bir qatorda sut bezlari uchidan tiniq, oqimtir yoki och sariq rangdagi ajralma chiqishi kuzatiladi. Davolanmagan diffuz mastopatiya uzoq vaqtdan keyin saratonga aylanishi mumkin. Diffuz mastopatiyani davolash uchun, avvalo, kaliy yod, kamfora, vitaminlar, tinchlantiruvchi dorilar va trankvilizatorlar qo'llaniladi. Bu davodan naf bo'lmaganda yosh ayollarda androgenlar va antiestrogenlar, keksaygan ayollarda estrogenlar ishlatiladi.

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 turgan 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 turgan 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.

Erkaklarda 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 qattiqlikning 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. Masalan, o'sma tugun vertikal holatda paypaslanSA-yu gorizontal holatda paypaslanmasa bu o'smaning xavfsiz ekanligini ko'rsatadi. Bundan tashqari o'sma paypaslanganda vrach bemorning orqa tomoniga o'tib, vertikal holatda o'ng qo'l kafti 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. Shu paytda sut bezi ko'krak devoriga yopishib qoladi, qo'ltiqda, o'mrov ustida va tagida limfa tugunchalari kattalashib, bir-biri bilan qo'shiladi, bemor sut bezida, ko'kragida va qo'lida sezilarli og'riq paydo bo'lganidan shikoyat qiladi. Agar uzoq metastazlar o'pkuda joylashgan bo'lsa kuchli yo'tal, suyakda bo'lsa kuchli og'riq, jigarda bo'lsa sariqlik belgilari paydo bo'ladi.

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 aniq, bir oz og'riqli yoki og'riqsiz qattiqlik hosil qiladi. Teri shishgan bo'lib, limon po'stini eslatadi va qiyinchilik bilan buklamga olinadi. Shish, ayniqsa, Areola sohasida va uning atrofida 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 enüzmag'an 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 rasm. *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-qo'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, po'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'litiqdagi 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 mammografiya 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 - "kindik" simptomi.
2. Apelsin (limon) po'stlog'i simptomi.
3. Konturlari kesilgan simptom.
4. Sut bezining kattalashuvi.



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

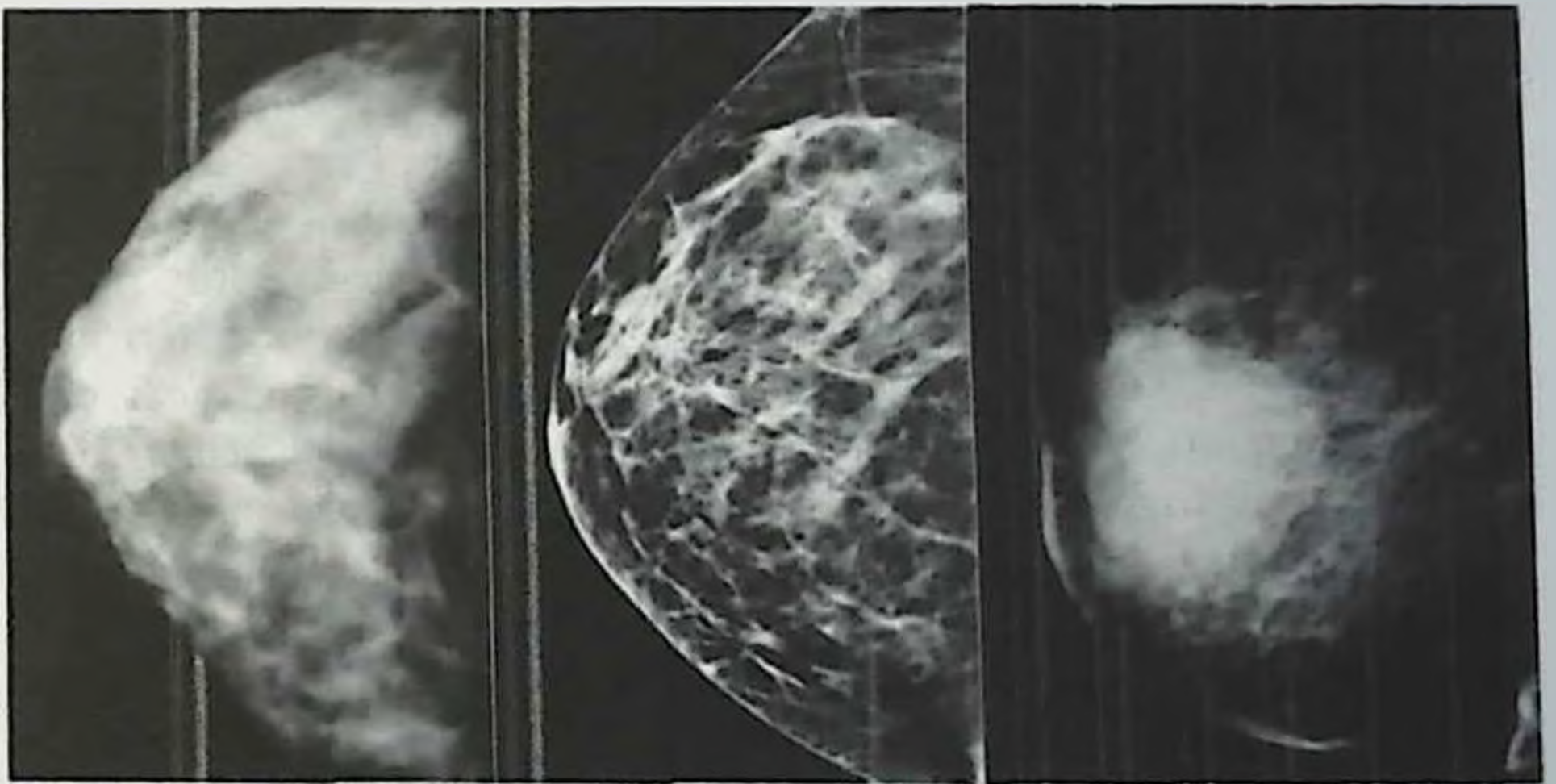
Paypaslab aniqlanadigan simptomlar.

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 soliasida 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 rentgendiagnostik apparatlar yordamida hech qanday kontrast moddalarsiz bajariladi. Flyuromammografiya usuli so'nggi yillarda juda kam ishlatilmoqda. Rentgen suratlari to'g'ri va yon proektsiyalarda olinadi. Odatda solishtirib ko'rish uchun sog'lom sut bezi ham aynan shunday proektsiyalarda mammografiya qilinadi. 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 rasm. Mammografiya. 1) tug'magan ayollarda 2) F.K.M diffuz forma 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.

Tsitologik 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, sirtma 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. Shuning uchun tashxis qo'yishda qimmatbaho asbob-uskunalar kerak bo'lmasdan faqatgina o'z-o'zini tekshirishning ahamiyati nihoyatda katta. Bunga binoan har bir ayol oyida bir marotaba oyna qarshisida turib, o'z sut bezlarining katta-kichikligini, so'rg'ich holatining, sut bezi terisining o'zgarishlarini, konturlarini holatini aniqlashi lozim. Chap qo'li bilan o'ng ko'kragini, o'ng qo'li bilan chap ko'kragini, barmoq uchlari bilan (ikki xil usul) so'rg'ichdan sut bezi asosiga qarab va aylanasiimon holatda paypaslashi lozim. Paypaslashi gorizonta va vertika holatda qilinishi lozim. Shu usul bilan barcha sut bezida uchraydigan hosilalarni aniqlash mumkin. Shu bilan birga qo'ltiq osti, o'mrov usti va bo'yin limfa tugunlarini paypaslash lozim. Agar sut bezlarida tugunchalar, kattalashgan joylar topilsa, emchak uchidan qon aralash suyuqlik chiqsa, darhol onkolog mutaxassisga murojaat qilish lozim. 25-30 yoshdan oshgan ayollarga har oyda sut bezlarini o'z-o'zicha tekshirib ko'rish tavsiya qilinadi.

Sut bezi saratoniga shubha qilinganda uni fibroadenoma, kista (galaktosele), surunkali mastit, Mastopatiyaning tugunli shakli va xavfsiz o'smalardan farqlay bilish kerak. Fibroadenoma, kista va mastopatiyalarning tugunli shakli sut bezi saratonidan teri simptomlarining yo'qligi, bez uchidagi o'sma atrof to'qimalar bilan

qo'shilmaganligi va bemalol qimirlashi hamda qo'ltiq ostida kattalashgan limfa tugunchaning yo'qligi bilan farq qiladi.

1. Doimiy ravishda xotin-qizlarning 20-25 yoshdan so'ng tuman va shahar poliklinikalarda tashkil qilingan ko'ruv xonalariga murojaat qilishlari va profilaktik ko'riklardan doimiy ravishda o'tib turishlari tavsiya qilinadi.

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 funktsional 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'rikan 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. Kasallanmaslik uchun bu stress holatlarini yengil, o'tib ketadigan holatlar singari qabul qilish tavsiya etiladi.

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 moddalarga 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. Arzon va filtsiz sigareta chekuvchilarda kasallanish xavfi yuqori bo'ladi.

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.

Markazly 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 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-obturation 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 keksa 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. Faqat o'sma o'z yonidagi to'qima va a'zolarni ezganda yoki ularga o'sib kirganda klinik belgilar, avvalo, ko'krak qafasida og'riq va harsillash paydo bo'ladi. Og'riq 20-50% bemorda kasallangan o'pka tomonida 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. Keyinchalik o'sma katta bronxga o'sib kirgan vaqtda yo'tal, qon tuflash kuzatiladi va kasallikning manzarasi markaziy saratonnikiga o'xshash bo'lib qoladi.

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 Gerner sindromi yuzaga keladi. Bu bemorlar, asosan, nevropatologlarga murojaat qiladilar va mumkin bo'lmagan fizioterapevtik muolajalarni qabul qiladi. O'sma va o'mrov 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 davomliligi va dinamikasi, ilgari boshdan o'tkazilgan o'pka kasalliklari va davolash usullari natijalarini o'rganish lozim. Bemorning zararli odatlari, asosan, chekish va uning davomliligi, 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 tuflash.
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, burmoqlarning 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 atelegtaz bo'lsa, uning proektsiyasiga muvofiq perkutor tovushning pasayishi kuzatiladi. Auskultasiya da atelegtaz tufayli bronxdan havo o'ta olmaganligi natijasida nafas ovozining 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. Ilgari jarrohlik operatsiyasi o'pka saratonining hamma bosqichlari va pugomorfologik 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, pnevmotomiya 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 korxonalarini, issiqlik ishlab chiqarish stantsiyalari va avtotransport vositalarini yangi, kam tugunli texnologiyalarga, eng yaxshisi, elektr quvvati bilan ishlatishga o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Eng muhim profilaktik choralaridan 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	Bezil va katta hujayrali
I	T ₁₋₂ N ₀ M ₀	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 ₁₋₂ N ₁ M ₀	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 ₃₋₄ N ₁₋₂ M ₀	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 immunoterapiyalar qilinadi.	Nur terapiyasi va pnevmoektomiya, keyin kimyo va immunoterapiya. Yuqori differentsiyalashgan o'smalarda oldin operatsiya (pnevmoektomiya) keyin kimyoterapiya
IV	T ₄₋₅ N ₂₋₃ M ₁	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 amalga 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 subzavotlarni ko'proq iste'mol qilib, to'g'ri ovqatlanilganda 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:

1. Birlamchi profilaktika.
2. 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, sut mahsulotlari bilan ta'minlash. ish sharoiti chang bilan bog'liq bo'lganda, "chang yutkich" apparatlari bilan ta'minlash va h.k.

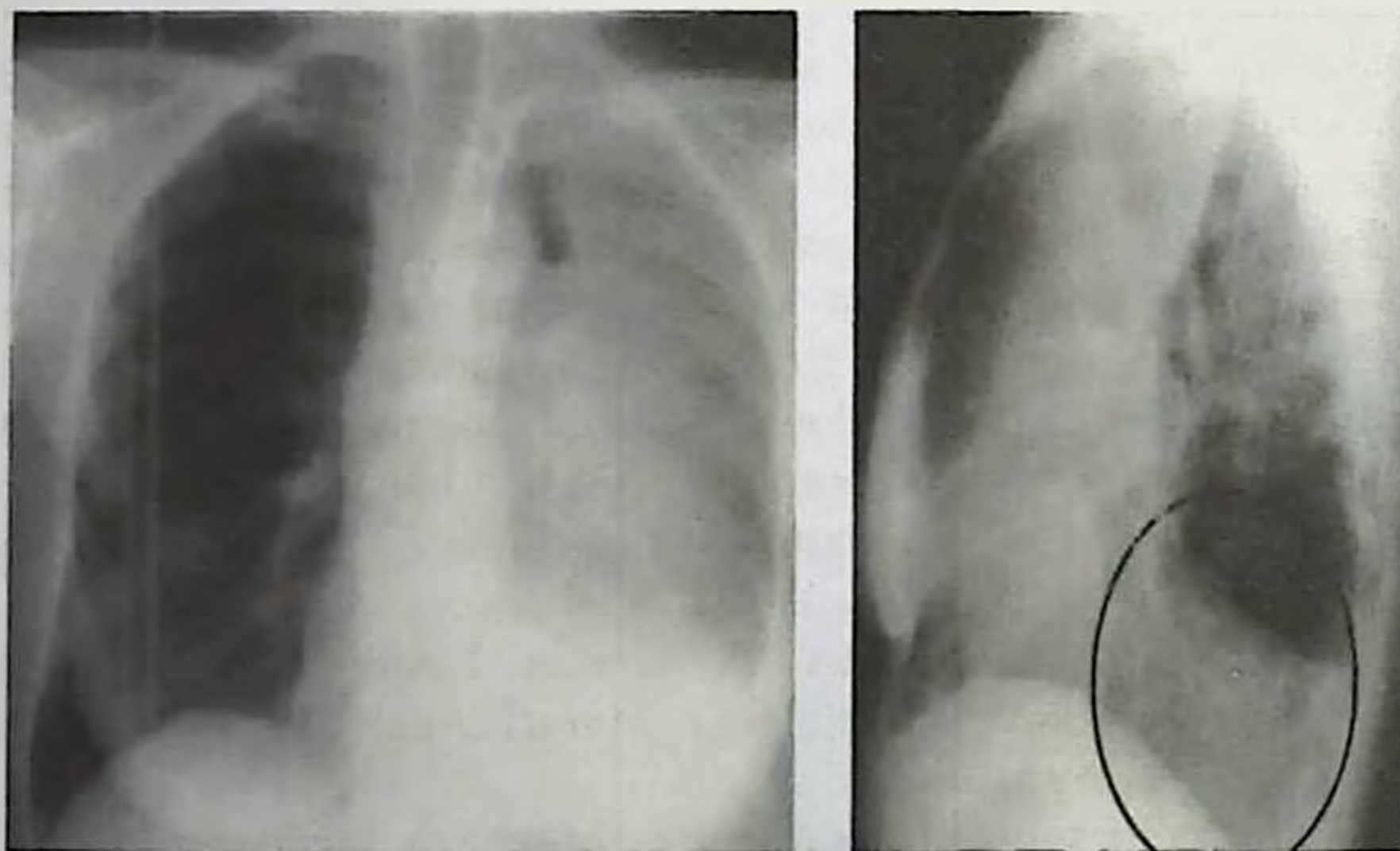
Ikkilamchi profilaktika: Bu tibbiyot xodimlariga bog'liq. Aholi orasida sanitariya-oqartu tadbirlarini o'tkazish, zararli odatlar orasida ovqatlanish. Tartibli chekish, spirtli ichimliklar ichish, issiq va qaynoq ovqatlar qabul qilishning zararlari. Sho'r, achchiq, qovurilgan go'sht mahsulotlarining zararlari tushuntirish. Profilaktik ko'riklar o'tkazish, o'sma oldi kasalliklarini va xavfli o'smalarni ilk davrida aniqlash, ularni radikal davolash tadbirlari kiradi. Bundan tashqari atmosfera havosining kantserogen moddalar bilan zararlanishiga olib keladigan asosiy sabablarni, er osti, er usti havo tarkibini, tuproq strukturasi poliz mahsulotlarida, nitratlar miqdorini aniqlash tadbirlarini o'tkazish va bu omillarni oldini olish choralarini ko'rish uchun hujjat tayyorlab, davlat, hokimiyatning mas'ul xodimlariga, halk noyiblariga va Senatga taqdim qilishlari lozim.

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 rasm. O'pka saratoni – metastatik zararlanish

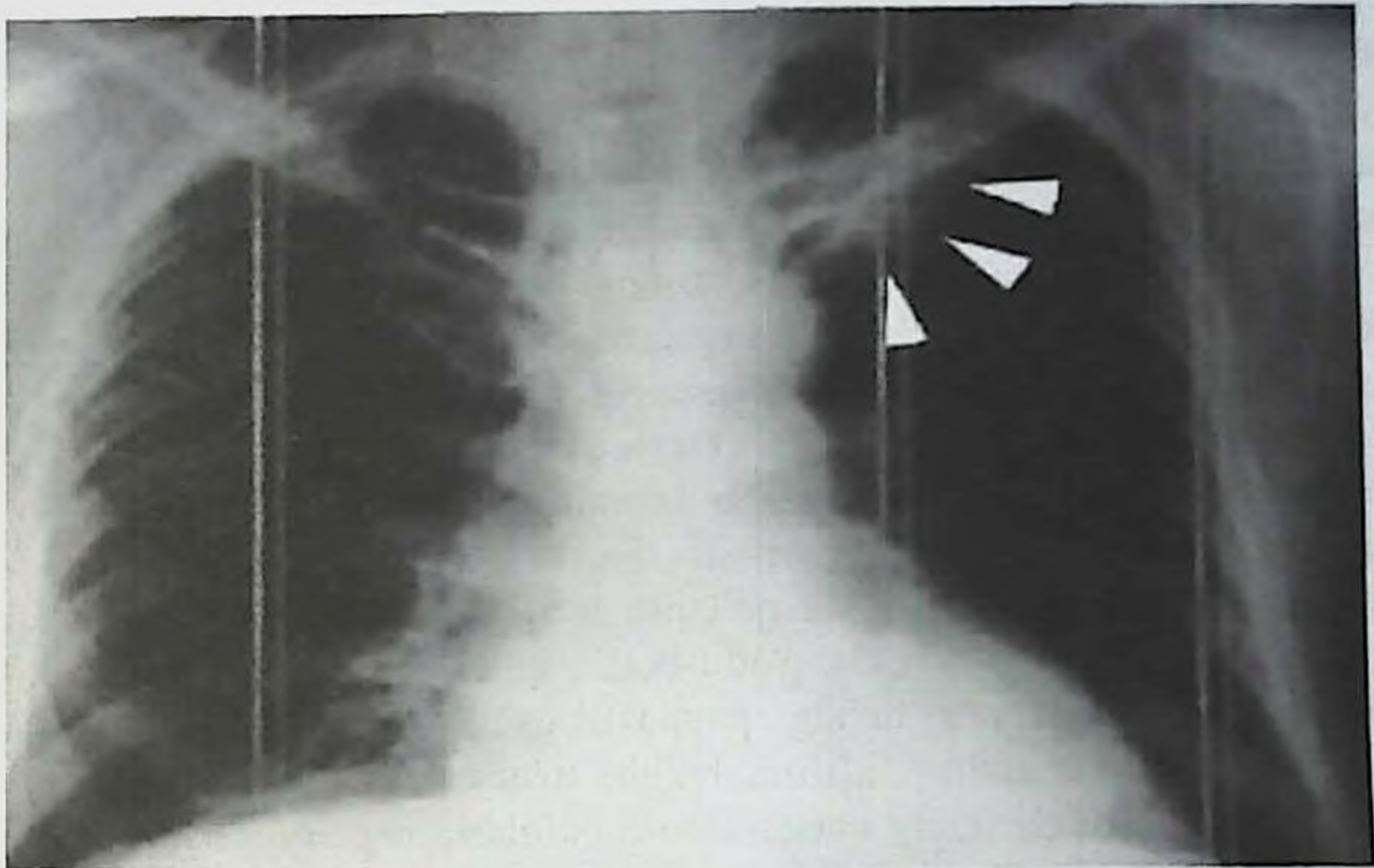


23 rasm. Markaziy o'pka saratoni – atelektaz

II. O'pka saraton kasalligining periferik formasi:

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 rasim. O'pka cho'qqisi periferik saratoni (Penkosta saratoni)

Til saraton kasalligi

Til saraton kasalligi. 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 muhim omil hisoblanadi. Chekishning zararli ta'siri, ayniqsa, alkogolli ichimliklarga ruju qo'ygan shaxslarda namoyon bo'ladi. Maxsus tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, chekmaydiganlar va ichmaydiganlar solishtirilib ko'rilganda, chekadigan, lekin ichmaydiganlarda kasallanish xavfi 2,5 baravarga ortadi, ham chekuvchi, ham ichuvchilarda o'sina paydo bo'lish ehtimoli 15 martaga oshadi. Bundan tashqari, juda achchiq va issiq ovqat eyish, qaynoq choy ichish ham zararli. 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 croziya 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 davolatish 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 sohasi 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 qavatli 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, croziya va yara paydo bo'ladi. Bu kasalliklar uzoq vaqt davom etib, ko'pincha saratonga aylanadi.

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

Papillaryar 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 saratoni hosil qiladi. Keyinchalik o'sma emirilib, katta yaraga aylanadi.

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. O'z vaqtida tashxis qo'yish kasallikdan sog'ayib ketishning asosiy omillaridan biridir. Hozirgi vaqtda pastki lab saratonidan sog'ayib ketish uchun hamma sharoitlar mavjud. Umumiy amaliyot bilan shug'ullanayotgan vrachlarning asosiy vazifasi kasallikni aniqlashdir. Pastki lab saratoniga tashxis qo'yish uchun so'rab-surishtirish, ob'ektiv tekshirish, yaradan surtma olib tsitologik tekshirish, shubhali joyni biopsiya qilish zarur bo'ladi.



26 rasm. 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. Shu bilan birga bemorning quyosh nuri ta'siri yoki shamolda uzoq vaqt bo'lish - bo'lmasligi, kasbiy zararliklar bilan

bog'liqligi, me'da-ichak kasalliklari bilan og'rish-og'rimasligi aniqlanishi lozim.

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. Agar shikastlangan joy po'st bilan qoplangan bo'lsa, ehtiyotkorlik bilan olinib, yaraning tubi, chuqurligi va chetlarining xususiyatiga e'tibor beriladi. Jug', engak osti va bo'yindagi limfa tugunlari paypaslanib, ularning konsistentsiyasi, qimirlash - qimirlamasligi va o'lchamlari aniqlanadi.

Juda foydali, ammo kam ishlatiladigan usul bu xeyloskopiya qilishdir. Bu pastki labdagi kasallanish o'chog'ini 10-15 baravar kattalashtirib ko'rsatadigan optik asbob bilan tekshirish usulidir. Agar xeyloskop bo'lmasa, kattalashtirib ko'rsatadigan lupalardan foydalaniladi. Xeyloskop orqali ko'z bilan uncha yaxshi aniqlab bo'lmaydigan o'smaning tuzilish xususiyatlarini farqlash mumkin, bu esa klinik tekshirishlar xulosasi aniqligini oshiradi. Lab saratoniga oxirgi tashxis qo'yishda eng muhimi bu morfologik tekshirish usulidir. Pastki labdagi kasallanish o'chog'ini mufassal ko'rish va paypaslash imkoniyati bo'lsa-da, ko'pgina bemorlarga tashxis qo'yishda xatoliklar ro'y berib turadi. Bu esa noto'g'ri davolanishga sabab bo'ladi. Shu sababli davolash o'tkazishdan oldin tashxis tsitologik yoki gistologik tekshirish bilan albatta tasdiqlanishi kerak.

Davolash. O'smaning davolash usuli, asosan, o'smaning joylashishi va shakliga qarab belgilanadi. Bemorga optimal davolash rejasini tuzish uchun o'smaning bosqichini ekzofit va endofit o'sish shaklini, o'smaning morfologik strukturasi, lokalizatsiyasini aniqlash lozim. 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. Bularga gipertermiya, giperplekimiya va immunoterapiya usullari kiradi. Jarrohlik usuliga qo'yiladigan asosiy

talab, o'smaning ekzofit. endofit o'sish turiga qarab operatsiyaning radikalizmligini ta'minlash lozim. Kimyoterapiya usullari monoterapiya va poliximioterapiya shakllarida o'tkaziladi. Nur terapiya asosan gamma nurlari vositasida Luch-1, gut - Kogut 60, agat, agat-R, chiziqli tezlatkichlar va betatron apparatlari orqali o'tkaziladi.

Kasallikning oldini olish. Lab saratonining oldini olish – bu birinchi navbatda o'choqli diskeratoz 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 pardozlash zarur.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va pastki lab xavfsiz o'smalari va saraton kasalligi bilan og'rilgan 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. Bundan terapevtik ehtiyojlar ko'ngilsiz asoratlari bemor hayotiga xavf tug'diruvchi davolash usullari, shuningdek, o'sma gistiostrukturalari va differentsiyalanish darajasi haqidagi aniq axborotni hisobga olgan holda yuqorida ko'rsatilgan usullar asosida har bir bemorni davolash rejasini tuzish kerakligi kelib chiqadi.

Ekzofit o'smalarga jarrohlik usulida davolash 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 kimyo 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 asoratlari 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. Omillar va davolash usullarini birga ishlatish qoidalari ko'pligi tufayli davolash natijalari ham hur xil bo'ladi. Ammo shu narsa aniqki, saratonning birinchi bosqichi, ekzofit shakli, u me'daning distal qismida joylashgan va bemor uncha qari bo'lmaganda radikal operatsiya bilan davolash samaradorligi boshqacha usullarda nisbatan yuqori bo'ladi. 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 90-93%, 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.

Hamshiralik Ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

O'smaning a'zoda joylashishiga qarab davolanishning hajmi

A'zo	A'zoda joylashishi	operatsiyaning hajmi
Qizilo'ngach	Yuqori bo'lim	Operativ davolash juda xavfli. Nuru 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

Bemorning umumiy ahvoli va jarrohlik usulida davolashga ko'rsatma orasida keskin bog'liqlik mavjud. Ko'pincha umumiy holatni hal qiluvchi keksalik, qarilik davri, yo'ldosh kasalliklar (gipertoniya, yurak va miya ishemiyasi va hokazo) bemor uchun operatsiyaning xavfini oshiradi. Biroq o'lim bilan tugashi aniq bo'lgan kasallik paytida ana shu jarrohlik aralashuvi ko'pincha bemor hayotini saqlab qolishga imkon beradi.

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

Jarrohlik operatsiyalari radikal (o'sma va uning metastazlarini to'liq olib tashlash), palliativ (birlamchi o'smani kesib tashlash, anuno 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. Gastrostoma operatsiyasi - qizilo'ngach saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarda ovqat o'tmasligi oqibatida ovqatlantirish maqsadida.

2. Gastroentroanostomoz - oshqozon saraton kasalligi piloroantral qismi dekompensasiyalangan stenozida.

3. Xolesisto-cyunoanastomoz, xolesistoduodenoanastomoz — oshqozon osti bezi boshcha qismi saraton kasalligida.

4. Kolostoma — to'g'ri va yo'g'on ichak saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarida.

5.
raxeostoma — nafas yo'llari, qalqonsimon bez saraton kasalliklarida.

6.
pisistostoma — prostata bezi, siydik pufagi saraton kasalligi kechiktirilgan davrlarida siydik tutilishini bartaraf etish maqsadida.

Onkologik bemorlar ko'pchilik hollarda xavotir va ruhan ezilgan holatda bo'lganliklari sababli ambulatoriyada tekshiruv jarayonida davolanishga ishonch tug'diradigan psixoterapiyaga muhtoj bo'ladilar. Bemor psixikasi davolashni kutayotgan va davolanib chiqayotgan atrofdagi bemorlarning ko'p sonli yaxshi va yomon axborotlari bilan duch keladi. Tibbiyot xodimlari hamma salbiy ta'sirlarni oldindan

bilishlari va ularni bartaraf etishga harakat qilishlari kerak. Shifokorlar stasionarda imkon boricha ko'tarinki sharoit yaratishga intilishlari lozim. Onkologiya muassasasida shifokorlar bemorning haqiqiy diagnozini yashirishga harakat qiladi. Bu o'rinda stasionarning butun ahli bu haqda kelishib olishi kerak. Axborotdagi oz bo'lsa-da, qarama-qarshilik bemorda undan qandaydir xavf-xatar yashirilyapti, degan o'rinli shubha tug'diradi. Tibbiy hamshira bemorga ham, uning qarindosh-urug'lariga ham hech qanday ortiqcha ma'lumot bermasligi kerak. Biroq shifokorlar bemordan uning haqiqiy ahvolini ko'pincha yashira olmaydilar. Xorijdagi ko'pgina onkologlar bemor o'z xastaligiga oid bor haqiqatni bilishi kerak, deb hisoblaydilar. Ularning fikricha, diagnozni yashirish bemorning o'z taqdirini hal qilishda ishtirok etish imkoniyatidan mahrum etadi, natijada qator hollarda u davolanishdan bosh tortadi. Bizning tibbiyot boshqacha mulohaza yuritadi. Bemorlar tibbiy xodimdan o'z diagnoziga oid haqiqatni bilganligidan keyin vahimaga tushadilar, yuraklari siqila boshlaydi, vrachga va tuzalib ketishga ishonchni butunlay yo'qotadilar. Bizning nazarimizda, Gippokratning "bemordan uni nimalar kutayotganini, muhimi qanday xavf borligini yashirish kerak" - degan iborasi hozirda ham dolzarbligicha qolmoqda. Bizda kasallik to'g'risidagi haqiqatni bemorning yaqin qarindoshlariga sirni oshkor qilmaslik sharti bilan aytiladi. "Rak", "kantser", "sarkoma", "blastoma" kabi so'zlarni ishlatmaslik qabul qilingan. Ularni "kasallik", "xronik yara", "infiltrat" kabi atamalar bilan almashtirish lozim. Kasallik tarixi va boshqa hujjatlar ishonchli joyda saqlanishi va bemor qo'lga tushmasligi kerak.

To'g'ri ovqatlanish rejimi rak bo'lgan bemorlarni davolashda muhim omillardan sanaladi. Biror maxsus parhezga amal qilishning hojati yo'q. Odatda xavfli o'smalari bor bemorlarda ishtaha bo'lmaydi va hatto ovqatdan yuz o'giradilar. Bunday hollarda ovqatdan oldin bemorga 50-100 ml vino ichishga ruxsat berish mumkin. Ovqatdan 30 minut oldin natural me'da shirasi, xlorid kislota bilan pepsin eritmasi, asidinpepsin, askorbinat kislota tavsiya qilinadi. Ovqat turli-tuman, xushtam oqsillar va vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

Tuzalmaydigan onkologik bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xosligi.

Bosh miya o'smalari bo'lgan bemorlarni parvarish qilish. Bosh miya o'smalari bosh og'rig'i xurujlari, bosh aylanishi, ko'ngil behuzur bo'lishi, qusish, yurak tomirlar buzilishi, nafasning avj olib boradigan

buzilishlari va epidemik tutqanoqlar bilan o'tadi. Vrach ko'rsatmalarini puxtalik bilan ado etish tibbiy hamshira bemorni yotqizib qo'yishi, unga tegishli holat berishi (o'tkazib qo'yishi yoki nafas yo'lluriga aspirasiya bo'lmasligi uchun boshini yon tomonga burishi) kerak. Zudlik bilan vrachni chaqirishi kerak. Epileptik xuruj tutib qolganda jug'ning yumilib va tilning orqaga ketib qolishining oldini olish kerak. Buning uchun lablar orasiga cho'p qistirish va tilni instrument bilan ushlab turish lozim. operatsiyadan keyin narkoz ta'siri batamom to'xtaguncha nafas, tomir urishi va qon bosimi ustidan kuzatib borish kerak.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatli raki bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Bu sohadagi o'smalar og'izdan badbo'y hid kelishi bilan o'tib, yaralar hosil qilishga moyil bo'ladi, qonaydi, jag'ga o'sib kiradi va uning yutish funksiyasini buzadi. Agar bemor o'zicha uddalay olmasa, tibbiy hamshira ertalab va kechqurun tishlarini yuvib qo'yishi lozim. Har gal u ovqatdan keyin og'izini artishi, uy haroratidagi dezinfektsiya qiladigan eritmalar bilan chayishi kerak. O'sma qonasa. tampon bilan bosib vrachni chaqirish darkor. Agar tashqi uyqu arteriyasiga kimyoterapiya uchun, kateter qo'yilgan bo'lsa, u orqali dori yuborish, tushib ketmasligi va tromb hosil qilmasligi uchun kuzatib borish kerak.

Qizilo'ngach raki bo'lgan bemorlarni parvarish qilish. To'liq disfagiya (qizilo'ngach tutilib qolganda) metastazlarda yoki ko'ks oralig'i organlariga o'sib kirganda, ezofagotraxeal oqmalar hosil bo'lganda operatsiya usulida davo qilinganda bemorlar passiv bo'lib qoladilar va doimiy parvarishga muhtoj bo'ladilar. Bemor jismonan zaiflashib qolganidan o'rin-boshini va oqliklarini hamshira bilan sanitarka almashtirib turishlari kerak. O'rin-bosh tugun va yamoqlarsiz, yaxshi dazmollangan va silliq bo'lishi lozim. Bichilish ro'y bermasligi uchun badan terisini toza tutish kerak. Hamshira bemorning terisini kamfora spirti, atir, aroq, oshxonasi sirkasi bilan (bir stakan suvga 1 osh qoshiq) artib turishi lozim. So'ngra terini quruq qilib artib vazelin surtib qo'yiladi. Ayniqsa, chov oralig'ini iliq kaliy permanganat eritmasi va dezinfektsiya qiladigan boshqa eritma bilan artishga ahamiyat berish zarur. Yuz, bo'yin va gavdaning yuqori qismini har kuni, oyoqlarni haftasiga 2-3 marta yuvish kerak. Bemorda gastrostoma bo'lsa va u suniy ovqatlantirilsa, unga naycha orqali suyuq ovqat beriladi. Har gal ovqatlantirishdan so'ng naycha bo'shlig'ini ovqat qoldiqlaridan tozalash

va gastrostom naychani toza tutish uchun naychaga suv, choy quyib chayish kerak.

Me'da raki bo'lgan bemorlar parvarishi. Odatda bunday bemorlar operatsiyaga qadar me'dani yuvish va toza suv bilan tozalovchi klizma qilinishiga muhtoj bo'lishadi. operatsiyadan keyin bemorning es-hushi joyiga kelguncha hamshira uning pulsi va nafas olishini kuzatib borishi kerak. Agar me'dada zond qoldirilgan bo'lsa, ajratmalari kuzatib boriladi. Zond yaxshi ishlamay qolganda Jane shprisi bilan me'da suyuqligini vaqti-vaqtida olib turish kerak. Agar zond orqali yangi qon chiqsa, bu haqda zudlik bilan vrachga xabar berish lozim.

Ichaklar raki bo'lgan bemorlar parvarishi. Ichaklar raki bo'lgan bemorlarda ko'pincha ichak tutilib qolish hodisalari, qon ketishi, qora katronsimon ko'rinishdagi axlat, rangparlik, tomirlar tez-tez urishi, arterial bosimning pasayishi kuzatiladi. Bunday hollarda hamshira vrachni chaqirishi kerak. Ko'rsatmalar bo'yicha me'dani yuvish va tozalash klizmasi qilish lozim. Agar operatsiya vaqtida g'ayritabiiy anus shakllanayotgan bo'lsa, hamshira anus funktsiyasi va uning atrofi tozaligi ustidan kuzatishi lozim. Keyinchalik u bemorga va qarindoshlariga tuvakdan foydalanish usullarini o'rgatishi kerak.

Hiqildoq raki bo'lgan bemorlar parvarishi. Hiqildoq raki bor bemorlarga, ayniqsa, tungi vaqtlarda bo'ladigan asfiksiya tahdid soladi. Tibbiy hamshira buni unutmasligi va vaqti-vaqtida bemordan xabar olib turishi kerak. Asfiksiya belgilari paydo bo'lgandan keyin (nafas olish qiyinlashuvi, tsianoz, nafas qisishi) zudlik bilan vrachni chaqirishi kerak. Bemorni o'tqizib qo'yish, fortochka (deraza)ni ochish va namlangan kislorod berish lozim. Traxcostoma qo'yish operatsiyasidan keyin hamshira bemorning nafasi va pulsi ustidan kuzatib borishi, naychanning tushib ketmasligi va ichi ifloslanib qolmasligiga qarab borishi kerak. Zaruriyat bo'lganda traxeostoma naychasini tozalashni va almashtirishni o'rganish kerak. Bu usullarini bemorga va qarindoshlariga ham o'rgatish lozim.

O'pka raki bo'lgan bemorlar parvarishi. O'pka raki ko'pincha nafas qisishi va havo etishmasligi sezgisi bilan o'tadi. Nafas qisayotganda tibbiy hamshira bemorning boshi tagiga bir necha yostiqlar qo'yib, qaddini baland qilib yotqizishi: qisib turgan kiyimlarini echishi, palatada derazani (fortochkani) ochib qo'yishi, kislorod berishi va bemor ahvoli to'g'risida zudlik bilan vrachga xabar berishi kerak. Agar bemor qon tupurayotgan bo'lsa, tezda vrachga xabar berishi va uning

ko'rsatmalarini tez bajarishi kerak. operatsiyadan keyingi bemorning es-hushi to'liq joyiga kelguncha nafas olishi, pulsi va bosimi ustidan kuzatib borishi lozim. Agar operatsiya vaqtida plevra bo'shlig'ida drenaj naycha qolgan bo'lsa, hamshira uning funksiyasi, xarakteri va ajratma miqdori ustidan kuzatib borishi kerak.

Sut bezi raki bo'lgan bemorlarni parvarishi. Sut bezi raki kechikkan davrida, emirilish oqibatida ko'pincha badbo'y hid chiqadi va qon oqadi. Tibbiy hamshira navbatchiligi vaqtda bog'lanni bir necha marta almashtirishi kerak. Jarohat vodorod peroksid, furasillin, rivanol, kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi. Malhamli bog'lamlar qo'yiladi. operatsiyadan keyin puls, nafas olish va qon bosimi oshishi kuzatiladi. Drenajlar funksiyasini tekshirish va ularni o'z vaqtida bo'shatib turish lozim. Agar ulardan biri ishlamayotgan bo'lsa, bu haqda vrachga aytish kerak. Ertasiga bemorning vaziyati aktiv bo'ladi. Hamshira bemorga va qarindoshlariga drenaj naychalarni bo'shatib turish usullarini o'rgatishi kerak.

Onko-urologik bemorlar parvarishi. Buyrak jarohatida ko'pincha siydik-tanosil yo'llaridan qon oqadi. Hamshira buni kuzatish bilan birga siydikni toza idishga yig'ishi va tezda vrachni chaqirishi lozim. Qovuq va prostata bezi rakida ajralayotgan siydik miqdori, uning rangi ustidan kuzatib borish, siydikda qon bo'lganda qovuq va chov sohasiga sovuq grelka qo'yish kerak. Qovuq rezektsiyasidan yoki prostata bezi o'smasi olib tashlangandan keyin drenaj naycha yoki kateterning tozaligi, funksiyasi va operasion jarohatini kuzatib turish kerak. Qovuq-qin oqmalari shakllanganda dezinfektsiya qiladigan eritma bilan yuviladi.

Onko-ginekologik bemorlar parvarishi. Onko-ginekologik bemorlar ko'pincha jinsiy organlardan ajralmalar kelishi va qon ketishidan shikoyat qiladilar. Bunday vaqtlarda hamshira sanitarika bilan birga jinsiy yo'llarni qunt bilan yuvishi, qorin ostiga sovuq narsa qo'yishi, bachadon bo'ynini malhamli tampon bilan tamponlashi kerak. operatsiyadan keyingi davrda dastlabki kunlari kateter qovuqDa qoldiriladi. Uning funksiyasini, ajralib chiqayotgan siydik miqdorini kuzatib borish lozim. Agar jinsiy organlardan ajralmalar chiqayotgan bo'lsa, ehtiyotlik bilan sprintsevanie qilishi (chayish) kerak. To'g'ri ichak-vaginal oqmalari shakllanayotganda dezenfektsiya qiladigan eritmalar bilan yuvish kerak bo'ladi. Chidab bo'lmaydigan og'riq bo'ladigan o'simalarga narkotik moddalar kiritiladi. Og'riq qoldiradigan

ta'sirini yuzaga keltirish uchun dorining dozasini, ta'sir muddatini va necha marta yuborish kerakligini bilib olish kerak. Avvaliga odatda promedol in'ektsiyalari tayinlanadi. Uni dimedrol, relanium, analgetiklar bilan qo'shgan holda ta'sirini kuchaytirish mumkin. Ta'siri yetarli bo'lmaganda omnopon, morfin buyuriladi. Narkotiklar dozasini ulaning ta'siriga ko'ra oshirish mumkin. Narkotiklar to'g'ri qo'llanilganda bemorlar unga o'rganib qolmaydilar. Tibbiy hamshira va yuqori kurs talabalarining vazifasi bemorlarga og'riq qoldiradigan vositalar yuborish va ularning dardini engillashtirishdir.

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 asoratlarda bemorning o'limigagina sabab bo'lib qolmasdan jarrohlik 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 asoratlarda 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 stafilokoklar, interokoklar ajraladi. Pnevmaniyaning davolashda sefalosporinlarning III-IV avlodi (tseftazidim, tseftriakson, tsefepim) va florxinolonlar (tsiprofloksasin, pefloksasin)dan foydalaniladi.

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

- o'smuning oshqozon ichak traktiga, jigarga 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;

- giperkaltsiemiya 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 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;

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

- 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. Oshqozonning chiquvchi qismi stenozida me'dada turib qolgan ovqat aspiratsiya qilinadi. Medikamentoz davo choralari:

tserikal, reglan 10-20 mg dan har 6 soatga.

seduksen 10 mg 3-4 marta kuniga.

aminazin 50 mg m\o 3-4 marta kuniga.

Markaziy genezga ega bo'lgan hiqichoqqa tutqanoqqa qarshi dori vositasi tinlepsin 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 m\o 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)

exanik.

- kichik chanoq a'zolaridan chiqqan o'smaning ichak devoriga o'sishi natijasida ichak devorining torayishidan;

- nur terapiyadan yoki jarrahlilik amaliyotidan keyin ichak devori torayishidan (yarali infiltrativ, nurli 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;

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'proq yurishlari yoki uncha og'ir bo'lmagan jismoniy mashqlarni bajarishlari kerak. Defekasiya akti vaqtida mexanik ta'sirlar bo'lganida natriy xlorning gipertonik eritmasi bilan yoki o'simlik yog'i bilan klizma qilish kerak. Uzoq davom etgan ich qotishlarda tozalovchi klizma qilinadi. Ichakda qonab turgan o'sma bo'lsa yoki ichak perfarasiyasiga xavf bo'lganda tozalovchi klizma qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Ichak peristaltikasini stimulyasiya qilish uchun prozerin (1 ml 0,05 % li eritma 1/0), 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, chamber 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 amaliyotidan keyin (gastroektomiya, kolektomiya), tsitostatiklar va nur bilan davolanishdan keyin. Ich ketishining simptomatik davosi: onkologik bemorlarda birinchi navbatda sababi, patogenezi 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, guruch.

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

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 spazmalitiklar, analgetiklar beriladi (noshpa, baralgin, platifillin). Biopreparatlar (bakterii, 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 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 chiqurish.
- 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 klassifikasiyalanadi:

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

II. Es-hushning o'zgarishi:

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

Es-hushning buzilishida qilinadigan palliativ davo choralari, bunga:

1. Atrof terapiyasi (ko'nglini ko'tarish, uy sharoitini yaxshilash, tabiatga chiqish).

2. Og'riq paydo bo'lgan vaqtda o'tkaziladigan davo choralari haqida tushuntirish.

3. Individual terapiya.

Psixologik muammolarda Xospisning roli.

XOSPIS asosida palliativ yordam yotadi. Qaysiki, bu holatda bemorda hamma davo choralari qo'llanilib bo'lingan, lekin effekt yo'q. Bemor oldida faqat o'lim chorasi 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 filasofiyasiga quyidagi holatlar kiradi:

1. 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 sifatli 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, operatsiyudan 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 sharoitda umrining oxirigacha palliativ 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

Voz 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 birlanchi 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 diapazonini 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 uchastka 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 klassifikasiyalanadi: 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 chiquradi. Og'riq saraton kasalligining erta bosqichida kamdan-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.

Voz tavsiyasiga ko'ra 80% og'riq sindromlarini davolash yoki yengillashtirish mumkin. Onkologik bemorlarda og'riq o'smaning o'sib, kattalashib atrofdagi to'qimalarni qisishi, metastazlar, infektsiyaning qo'shilishi, diagnostik va davo muolajularini qo'llash natijasida kelib chiqadi.

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 bu'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, davomiyligiga, xarakteriga);

- Og'riqning topografiyasini aniqlash kerak (visseral va somatik og'riqlarning irradiatsiya berish sohalariga e'tibor beriladi, masalan, suyak buzilishlarida, bo'yin, yelka, ko'rak sohalarida og'riq bo'ladi, visseral buzilishlarda diafragma ustida, ya'ni plevrada, diafragma ostida-jigar, 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.

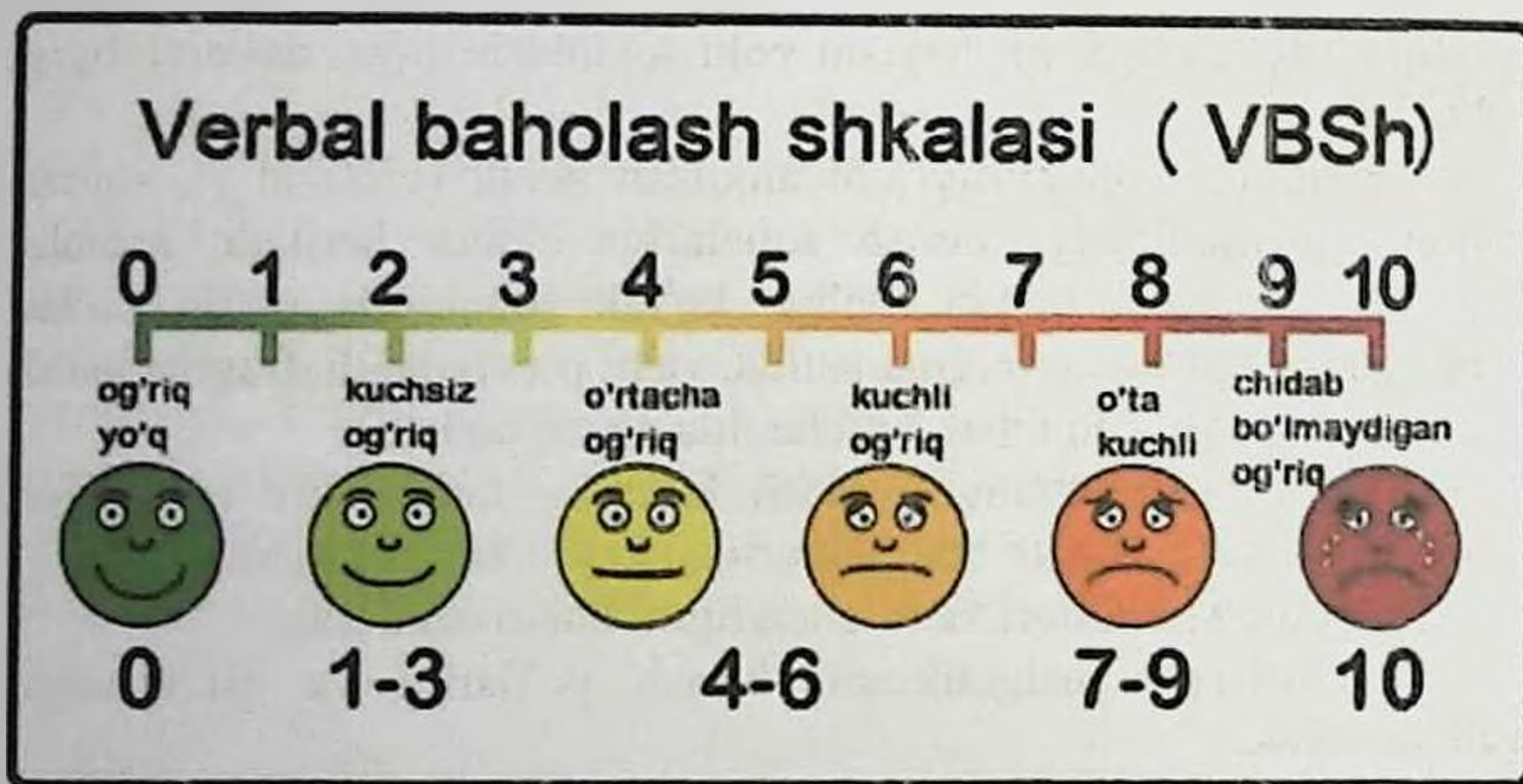
2.Neyropatik.

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 rasm. 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 orqam 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. Lekin ma'lumotlarga qaraganda ular Monoaminlarni Markaziy blokada qiladi. Kaltsiy kanallari va adreno-reseptorlarni periferik blokada qiladi. Onkologik bemorlarda Amitriptilinni qo'llanilishida effektivligini oshirish uchun 75-100 mg sutkasiga ishlatiladi. Amitriptilinning nojo'ya ta'sirlari: og'iz qurishi, siydik tutilishi, ko'p terlash va kardiotoxik ta'sir. Glaukoma, prostata bezining giperplaziyasi, pilorastenozda qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Shuning uchun onkologik bemorlarda amitriptilin chegaralangan dozalarda (10-50 mg sutkasiga) qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda neyropatik og'riqlarga ta'sir qiladigan yangi antidepressantlar yaratildi. Bu selektiv ingibitorlar seratolin va noradrenalinni o'ushlaydi. Ulardan keng qo'llaniladiganlari – duloksetin (simbalta) va Venlafaksin (velafaks, efekten). Duloksetinning nojo'ya ta'sirlari: bosh aylanishi, uyquchanlik, qusish, og'iz qurishi, ishtuha pasayishi. Duloksetin 60 mg dan 1-2 marta kuniga tavsiya qilinadi.

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. Jarrohlik amaliyotidan keyin bemorlarda og'riq bo'lishi, ularning ahvolini og'irlashtiradi, harakati chegaralanadi, nafas olishi qiyinlashadi. Ko'pincha torakoab dominal operatsiyalarda og'riq kuchli bo'ladi va bemorni uzoq vaqt reabilitatsiya qilishga to'g'ri keladi. Ko'p komponentli intensiv terapiyani qo'llaganda og'riq sindromini engish yuqori bo'ladi. Surunkali og'riq sindromi o'sma jarayonining kuchayishi natijasida va maxsus davo (jarrohlik amaliyoti, nur va kimyoterapiya) dan kelib chiqadi. O'sma kasalliklarini davolashdagi asoratlari va shu kasallikni radikal davolashning iloji bo'lmaganda, maxsus davoning noeffektivligida ham, bemorlardagi psixik travmalardan keyin ham surunkali og'riq sindromi kelib chiqadi.

Voz ma'lumotlariga ko'ra har kuni 3500000 ta saraton kasalligiga chalingan bemorlar og'riqdan azob chekadi. Og'riqlar bemorlar shaxsiyatining yo'qolishiga sabab bo'ladi, ular uzoq vaqt azob chekadi. Psixikasi o'zgaradi, mehnat qobiliyati o'zgaradi. Uzoq vaqt ta'sir qilgan

og'riq, keyinchalik kasallikka aylanadi. Saraton kasalligining erta bosqichlarida aniqlangan bemorlarning 30-40% da og'riqlar uchrasa, saratonning tarqalgan bosqichlarida aniqlangan bemorlarning 45-100% larida og'riq uchraydi.

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 voz ekspertlari tomonidan "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, I-etap 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. Dozulash 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, gangliyalar 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.

Elektrostimulyasion analgeziya, akupunktura. 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. Bularga (nevroliz, ganglilarni 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 quncha 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 120×10^3 /mkl bo'lishi

kerak. Davolashning 7-12-kunlarida granulositopeniya kuzatiladi. Bunday bemorlarga immunoglobulin, asiklovir (500-800 mg dan v\i 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 $20 \times 10^9 / \text{mkl}$. Trombositopeniyada burundan. oshqozon-ichakdan qon ketadi, miyaga qon qo'yiladi. Trombositopeniyani davolashda maxsus yo'llar bilan kontsentrani olingan trombositlar massa qo'yiladi.

Anemiyani davolash uchun eritrositar massa qo'yiladi. Neytropeniyaning profilaktikasi uchun g-KSF (granosit, nexpogen) 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'zolarning 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 ingulyasiya 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 quvatini sistematik ravishda nazorat qilib turish.

Toksik enterokolitlarning davosi. Oshqozon ichak traktining surunkali va o'tkir yallig'lanishida parhez va farmokoterapiya qo'llaniladi. O'tkir leykozlarni davolashda nekrotik enteropatiya belgilari paydo bo'lganida bemorlar parenteral ovqatlantiriladi. Effektiv davovositlari Sandostatin 0,1 mg 2 marta kuniga 3-5 kun davomida terorasiga qilinadi. Disbakteriozda quruq kolibakterin (8-12 tabletkadan), laktobakterin (4-8 marta kuniga), bifikol (5-10 marta kuniga), bifidumbakterin (5 dozadan kuniga) tavsiya qilinadi. Diareya - storurosil 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'xtagunicha 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 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 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 xloraga 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 muolajalaridan keyin kelib chiqadi va bu o'zgarishlar 4 guruhga bo'lib o'rganiladi:

1. Giperpigmentasiya, atrofik yoki gipertrofik dermatit angiteleektaziya 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), nikotin kislota (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 trunkvilizatorlar 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. Birlanmchi - surunkali pnevmoniya.
3. Ikkilanmchi - surunkali pnevmoniya.

Kechki nurli jarohatlanishlar:

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

O'tkir nurli pnevmoniyada bemorlarning tana harorati 38° 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 aerezollar, 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 kislota eritmasidan foydalaniladi. Bu eritmalar bilan og'iz bo'shlig'i kuniga 15-20 marta chayiladi, keyin 10-30% oblipixa inoyi 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, malignizasiya 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. Glyukokortikoidlar kichik dozada ichishga buyuriladi. Vitaminlar, oblipixa, shipovnik yoki baliq moyi, mitilurasil, dibunod dori vositalar regenerasiya jarayonini tiklaydi. Og'riq qoldirish maqsadida spazmolitiklar, analgetiklar beriladi. (181-betda bor takror)

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 karavotdan 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 dezinfektsiyalovchi 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 chotini yuva bilishi kerak. Yuvishdan kaliy permanganat yoki boshqa dezinfektsiyalovchi 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 bemor o'tirganda suv oyoqlarini va qomining pastki qismini ko'MiB turishi kerak. Agar bemorga vanna taqiqlangan bo'lsa, u dushga tushiriladi. Buning uchun vannaga taxta qo'yilib bemor unga o'tkaziladi. Ular vannadagi kabi bosh qismidan boshlab yuvintiriladi. Yuvinib bo'lgandan keyin bemorlarga ko'ylak, lozim, paypoq, shippak va xalat beriladi. Holsizlangan bemorlarni ovqatlantirish uchun avval ularga "qulay holat" yaratish kerak. Bemorlarni hamshira ovqatlantiradi. Bunday bemorlarning boshi ko'tarib turilib, qoshiqcha bilan bo'tqa yoki 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 organizmini kimyoviy va mexanik jihatdan ehtiyotlashni ko'zda tutib, ayrim organlar funksiyasini tiklash yoki organizm uchun etishmaydigan oziq mahsulotlarini berish demakdir. Parhezlaming 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. Eritrositlarning cho'kish tezligi, gemoglobin, leykositlar, eritrositlarni tekshirish uchun keyin chiqqan qon tomchilari olinadi. Har bir muolajadan keyin barmoq efirga ho'llangan latta bilan artib turiladi. Qon olib bo'lingandan keyin barmoq uchi efirga ho'llangan puxtaga o'rab qo'yiladi va bemorga barmoqni kaftga zich taqab turish tayinlanadi, shunda qon tez to'xtab qoladi.

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 unuman 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 turgani holda bir kecha-kunduz siydigini har 3 soatda alohida-alohida portsiyalar holida 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'lchab ko'riladi.

Bemorning me'da-ichak sistemasini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash. Bunga rentgenokonstrast 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. Tekshirish arafasida va shu kuni ichakda el hosil bo'lishi (meteorizm)ning oldini olish uchun surgi dori berilmaydi. Me'dada ko'p suyuqlik yig'ilib qolganda uni bir necha kun davomida yuvib borish kerak. Ichilgan kontrast (dori) moddalar odatda yo'g'on ichakka bir kecha-kunduzdan keyin o'tadi va shuning

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

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 tayyorlash 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 operatsiyaga 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 to'yg'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 infektsiya, 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" infektsiya 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 dam bo'lib, ularda qon aylanishi buziladi, infektsiya 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 qo'yishi (asfiksiya)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 quyuc ovqat qoldiqlari va shilliq bo'lsa, uni yuvish kerak bo'ladi. Bunday hollarda shpris o'miga 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'litiq, 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 ertalab qirish kerak, chunki operatsiya arafasida qirilgan bo'lsa terining kesilgan joylariga infeksiya tushib, yiringlab ketishi va operatsiyani kechiktirishga sabab bo'lishi mumkin. Soch qirilgandan keyin terini spirt, dioksid yoki boshqa antiseptik eritma bilan artish kerak.

Umumiy tayyorgarlik muhim hayotiy funksiyalarni normallashtirishga qaratilgan bo'lib, xirurg bilan anesteziolog uni birga hal qiladi. Bu o'rinda o'tgan avlod xirurglarining kuzatishlarini keltirib o'tish lozim, ular bemorning ahvoriga qarab operatsiyaga ko'rsatmalar qo'yishgan. Kirshner operatsiyadan keyingi asoratlari xavfi katta bo'lmaganligidan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda va 70 yoshdan oshgan kishilarda rejali operatsiyalar o'tkazishni tavsiya qilmas edi. Semiz kishilarda katta operatsiyalar bajarish ham xavfli. Inson organizmining ichki imkoniyatlarini aniqlash uchun sodda, shu bilan birga etarli darajada yaxshi ma'lumot beradigan sinamalar (Shtange, Gencha va boshqalar) taklif qilingan.

Shtange sinamasi (nafas olib, tutib turish vaqti) 20 s dan kam yoki Gencha sinamasi (nafas chiqarib tutib turish) 12-10 s kam bo'lsa, bu yurak-tomirlar, nafas olish sistemalarining funksional imkoniyatlari pastligini bildirib, narkoz va operatsiyaning xavfi katta ekanligidan dalolat beradi.

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

Qisman sanitariya ishlovi shoshilinch operatsiyalardan oldin amalga oshiriladi. U Tirnoqlarni 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-burunni 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'lidan, 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 ahvoliga 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 gorizontol 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 turgan bo'lsa, ichish uchun oz miqdorda suv berish mumkin. 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 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'lam 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 etishmovchiligining oldini olish asosiy vazifa hisoblanadi. Ayni vaqtda bemorning o'rindagi vaziyati katta ahamiyatga ega. Bemor narkozdan 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 buyurganiga 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'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 turganligini 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'lamlar 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

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'rindagi 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 buyurganiga qarab har 20-30 minutda muntazam bajarib boradi. Bundan tashqari, ingalyasiyalar, ko'krak qafasini tebratadigan (vibrasion) massaj buyuriladi. Gorchichniklar, 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 reflekslari yo'qolib, buyrak, jigar funksiyalarining izdan chiqishi natijasida siydikning kam ajralib chiqish (oliguriya) holatlari kutiladi.

Koma – organizmning nospesifik reaktsiyasi 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 harakatlari 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'lining 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 yolchimasligi 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), tonir urishi, qon bosimining holati, es-hushi, boshqa organ va sistemalarining ishi doimiy kuzatib borilishi lozim. Bundan tashqari, tibbiy hamshira vrach buyurgan 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, asboblar 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.

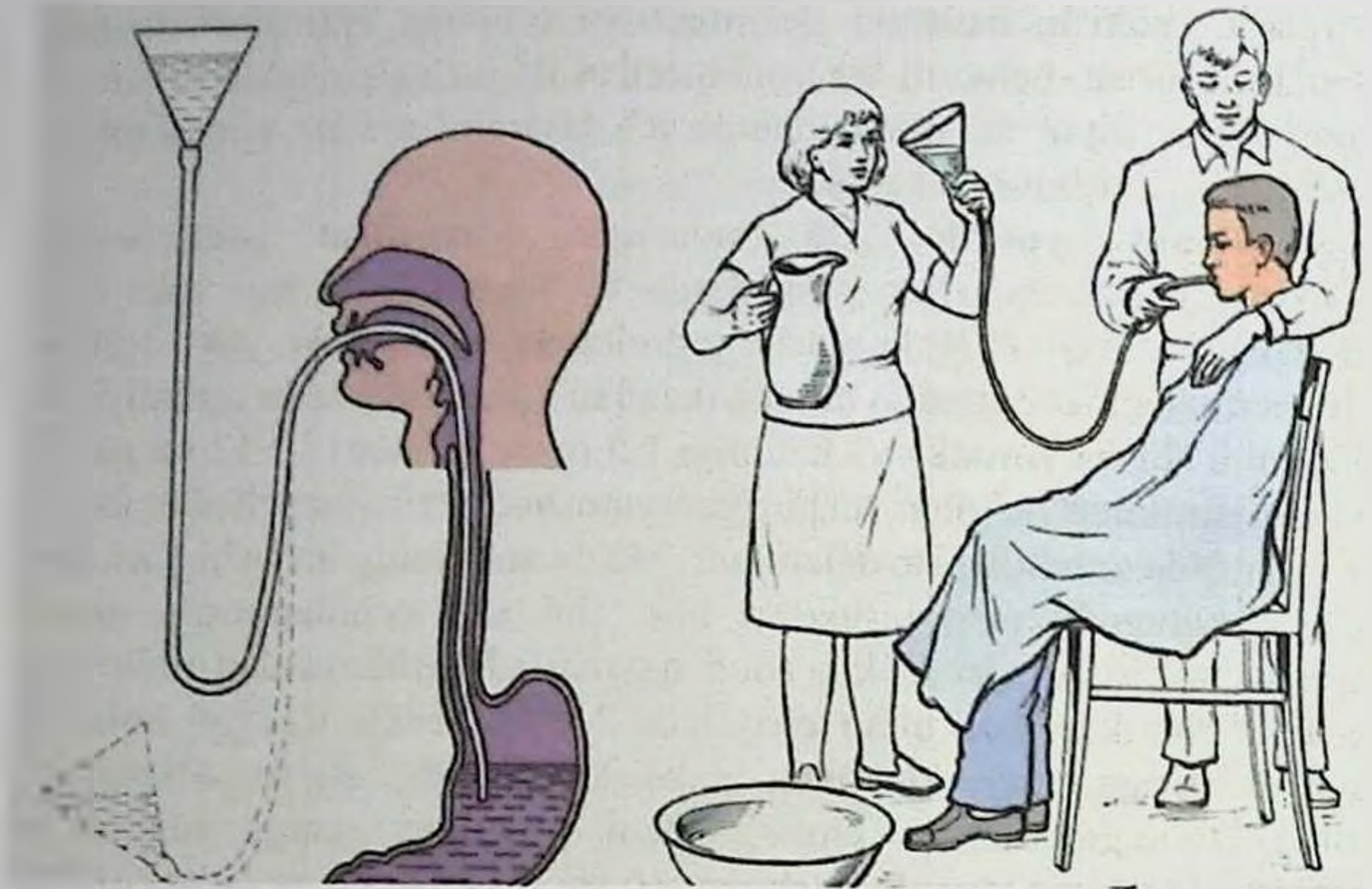
Agoniya holatidan chiqarilgan bemor ancha vaqtgacha sinchiklab, kuzatib boriladi, uni parvarish qilish kuchaytiriladi. Bemor badaniga

grelkalar qo'yib, o'rab-chirmash, yotoq yaralarning oldini olish choralarini ko'rish, badanini dezinfektsiya qiluvchi eritmalarning biri bilan artib turish, bemorni bir yonboshidan ikkinchisiga ag'darib turish, choyshablar, adyol va yostiqlik hamda ich kiyimini tez-tez almashtirish, uni yedirib-ichirib turish kerak.

Me'dani yuvish. Bu muolajani ovqatdan zaharlanish, toksikoinfektsiya 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 klcyonka 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 turgan 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'yimaslik kerak, chunki bu holda me'dani qayta yuvish qiyin bo'ladi.

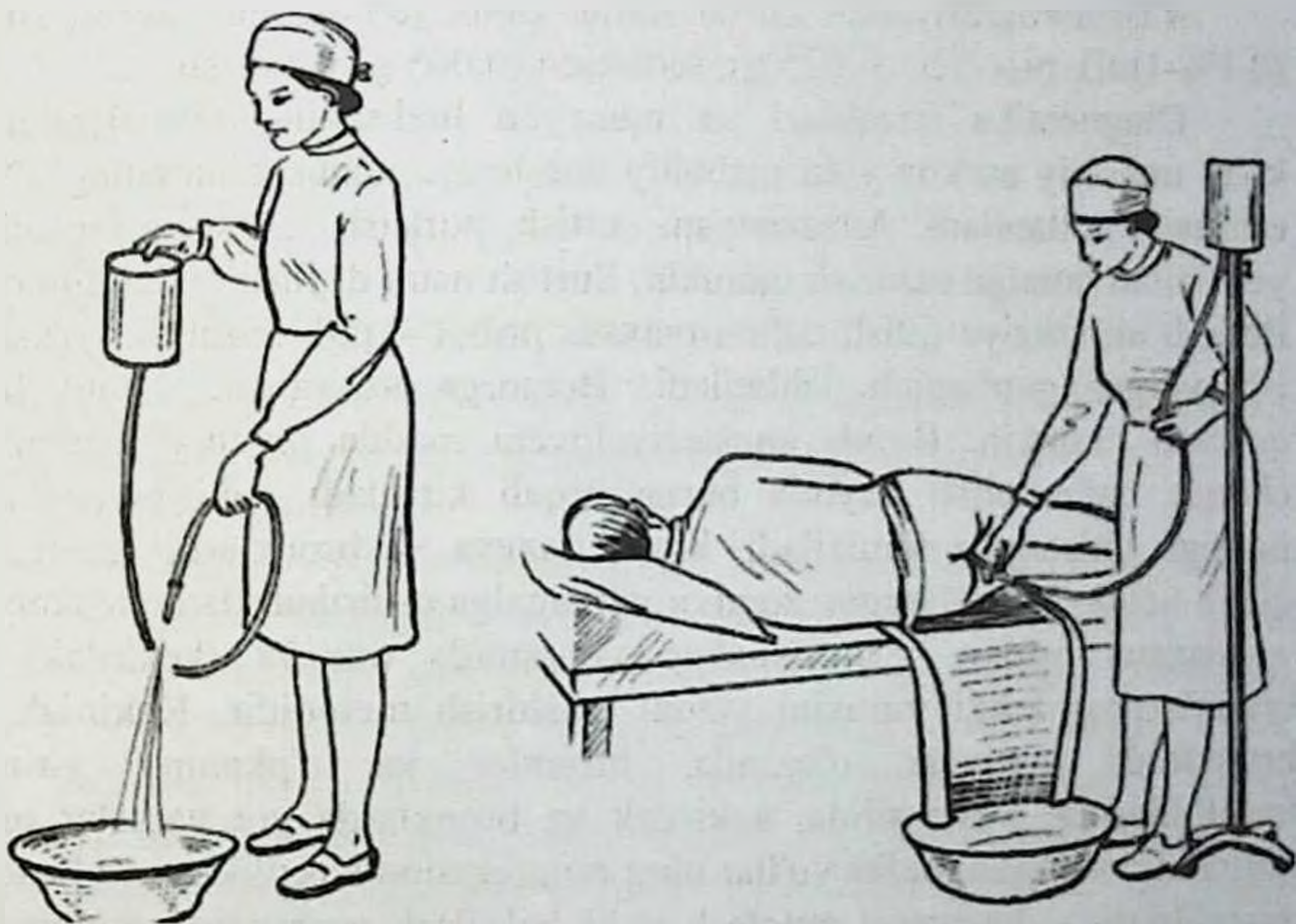


28 rasm. Me'dani yuvish texnikasi.

Tozalash va davo klizmasi qo'yish. Tozalash klizmasi qabziyat, ovqatdan zaharlanishda, operatsiyalardan va qorin bo'shlig'i organlarini rentgenologik tekshiruvlaridan oldin qilinadi. 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 tirgak, suv termometri, vazelin, kleyonka, tog'ora (chelak), sudno kerak bo'ladi. Sistema yaxshilab yuvilgan bo'lishi kerak. Krujkaga uy haroratidagi ($20-22^{\circ}\text{S}$) 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 tirgakka osib qo'yiladi, kran yoki qisqich ochiladi, sistemaning havosi haydalib to'ldiriladi, suv harorati o'lchab ko'riladi. Karavotga kleyonka 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 klizma 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 tayyorlash:

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

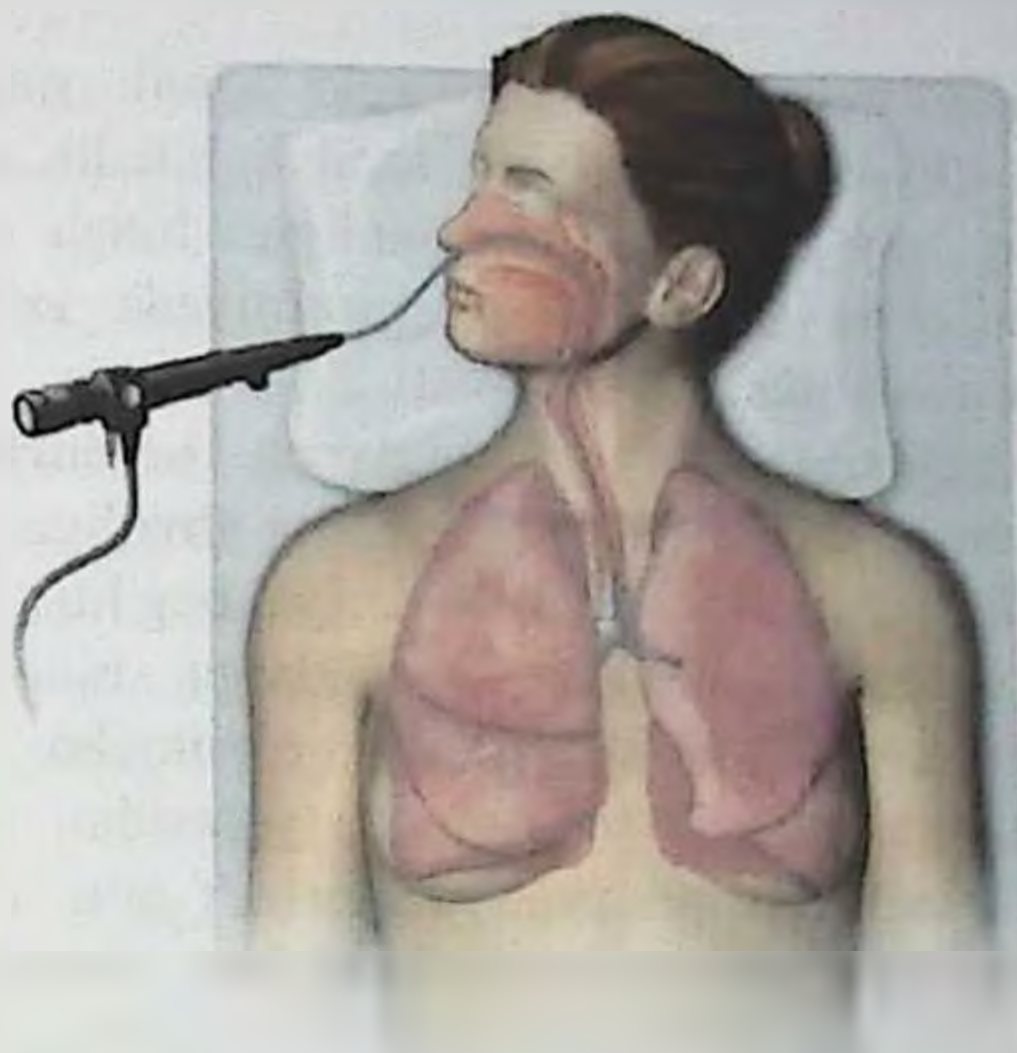
2. O'tkaziladigan tekshiruvning maqsadi va mohiyatini bemorga tushuntirish;

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 noinfeksion 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. Bronxoskopiya 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 boylamlarining shilliq pardasi anesteziya qilinadi va anesteziya qiluvchi eritma shpris yordamida kekirdakka qo'yilishi kerak.



30 rasm. *Bronxoskopiya.*

Bujlar – qizilo'ngach, siydik chiqarish kanali, eshituv nayi va shunga o'xshash naysimon shakldagi 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 kontsentrirlanadi. 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 ahvoliga (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'limi 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 intoksikasiyani 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'lto'g'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 ozozdan, 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 oldin uch kun mobaynida bemor kletchatkasi bo'lmagan engil hazm bo'ladigan ovqatlar tamaddi qiladi. operatsiyadan bir kun avval ichaklari klizma yordamida tozalanadi, operatsiya kuni ertalab esa me'dasi yuviladi. Holsizlangan va suvsizlangan bemorlarga suv muvozanatini to'liq tiklash uchun har kuni fiziologik eritma va 5% li glyukoza eritmasi yuboriladi. Sutkasiga 1,5 l gacha yuborish suv bilan etarlicha to'yinganligidan dalolat beradi.

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 loqal 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 zahotiyoq shokka qarshi tadbirlarni boshlash kerak. Jarayon engil kechganda operatsiyadan keyingi davr quyidagicha o'tkaziladi.

Birinchi sutkada bemor eyish 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.

Meteorizmدا davo choralari ni 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 venaga 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 funktsiyasi 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 funktsiyasining 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, birmuncha 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 silitib 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 malhami 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'yimaslik uchun bunday bemorlarda jarohami tez-tez

qayta bog'lab turish kerak. Bemor harakatlari vaqtida sirpanib tushmasligi uchun bog'lamni yaxshi bog'lash kerak. Har gal ich bo'shatilgandan keyin ichak shilliq pardasining ko'rinib turgan qismiga vazelinga ho'llangan salfetka bosish, ustidan paxtali salfetka qo'yish, so'ngra bintlar yoki maxsus bandaj bilan mahkamlash lozim. Yopishqoq plastir ishlatish tavsiya qilinmaydi, chunki bog'lamlar 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 bitta 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 zudlik 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'lamga 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, uni bemor tanasiga bog'lam bilan mahkamlanadi. 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

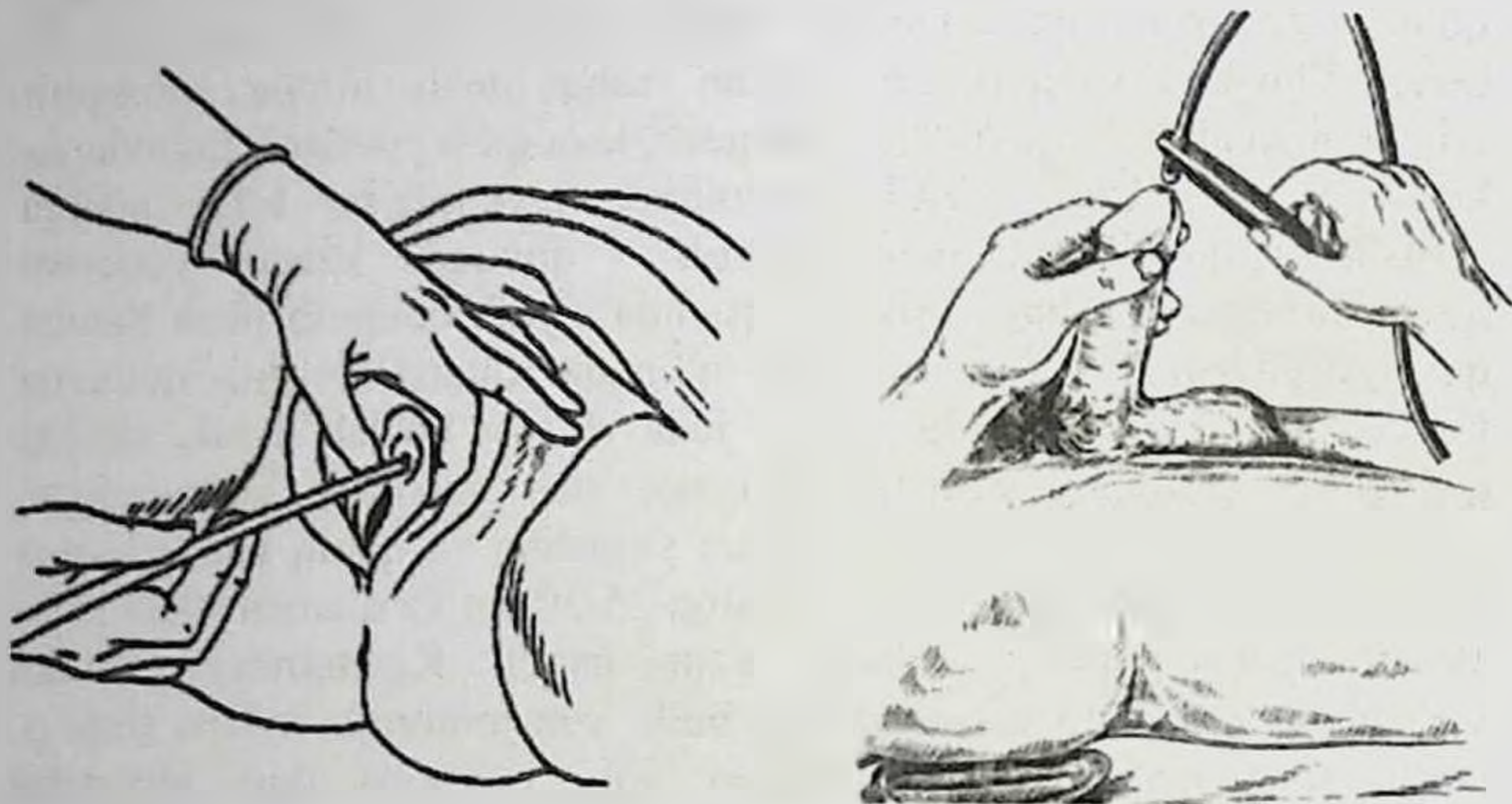
mumkin. Siydikdagi infektsiyaga ko'pincha undagi ishqorli muhit sababchi bo'lib, bemorlarga oshqozon shirasi, xlorid kislota eritmasi, furadonin va limon shirasi ichish tavsiya etiladi. Qovuqni bo'shatish uchun (siydik turib qolmasligi kerak) oldin elastik kateter yordamida kuniga 2 marta siydik olinadi. 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 infektsiya tushib qolmasligi uchun juda ehtiyot bo'lish kerak, chunki qovuqning shilliq pardasi infektsiyaga 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 kislota 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.

Kateterizasiya 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 uchlariga 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 dezinfektsiya qilinadi.



31 rasim. 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. Kateterizasiya ishi erkaklarda o'tkaziladigan bo'lsa, bemorning chap tomonida turiladi. Kateter o'ng qo'lda 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 kateterizasiya 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 saratoni, oshqozon saratonida, ichak tutilishida, anoreksiyada); bemorning og'iz orqali ovqatlanishi mumkin bo'lmagan holatlarda (oqma yara, Pankreatit, yutinish funktsiyasi 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 eritmaları, 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'rsatkichlar 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 o'tishmovchiligini 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 diagnoz 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 bosimi kritik ko'rsatkichlargacha tushib ketgan, puls tezlashgan, ipsimon. Oshqozondan ko'p miqdorda yashil diinlangan 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 barimoq 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 darakchilari 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 38-39⁰S 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 turgan 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. Abscess 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 oralg'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 sanasiyuning 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 oqmalari;
- ichak tutilishi;
- eventrasiya;
- operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashi;

- pileflebit;
- jigar 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 absessning 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 organizmga 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 inunitetdan himoyalash 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.

O'sma hujayralarining ko'p millionli avlodi katta miqdorda erkin o'sma antigenlarini ajratadi, bularning o'zi yoki spetsifik antitanalar bilan birgalikda immun limfositlar yuzasini qoplaydi va ularning tsitolitik harakatini to'xtatadi. Tezda o'sib borayotgan o'sma hujayralarida glyukozaga ochlik seziladi va uni shunday ko'p iste'mol qiladiki, natijada bu jigar hamda skelet mushaklaridagi glikogen zaxirasi (glyukoza depolari) qurishiga, glyukoneogenezning kuchayishiga va gipoglikemiya holatiga olib keladi.

Gipoglikemiya holati rivojlanishiga javoban buyrak usti bezining pustloq qismida giperfunktsiya, ya'ni glyukokortikoidlarning ko'plab ajralishi sodir bo'ladi. Glyukokortikoidlar limfa to'qimalarida (taloq, ayirsimon bez, limfa tugunlari) involyutiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Bu o'z navbatida immunogenezni susaytiradi va immunodepressiyaga olib keladi. Birlamchi o'choqda to'xtovsiz bo'linayotgan o'sma hujayralari to'plangani sayin, ularning asosiy tugunidan ajralishi va limfa tomirlari boshlanadigan hujayralararo va to'qimalararo oraliqlariga kirib borish (invaziya) jarayoni beto'xtov oshib boradi.

Aniqlanishicha, ko'plab o'sma hujayralarining asosiy migrasiyasi limfa tomirlari orqali sodir bo'lar ekan. Bunda ular, albatta, limfa tugunchalariga tushadi. Limfa tugunchalarda o'sma hujayralari – antigenlariga javoban giperplaziya boshlanadi, bunda makrofaglar, plazmasitlar, yirik limfa hujayralari, T va V limfasitlarning miqdori keskin oshib boradi. Bu esa limfa tugunchalariga tushgan o'sma

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

hujayralarning nobud bo'lishiga olib keladi va uzoq vaqt (oylar, ba'zida yillar) davomida ularning organizmga tarqalishiga (disseminasiyaga) to'sqinlik qiladi.

Ko'pincha o'sma hujayralari limfa tugunlarining mexanik va immunologik to'siqlaridan o'tib, katta qon aylanish doirasiga tushib olishi (limfogen metastazlanish) kuzatiladi. Ba'zi o'smalar qon tomir devorlaridan o'tish xususiyatiga ega bo'ladilar (gematogen metastazlanish). O'sma hujayralari tomirlarning bazal membranasini parchalovchi fermentlar – metalloproteinazalarni ishlab chiqaradi va ana shu lizis zonalarini orqali qon oqimiga kirib boradi. Qonda aylanuvchi o'sma hujayralari o'zining tromboplastin faolligi tufayli mikrotromblar hosil qiladi va ular yordamida biror a'zo kapillyarlari devoriga yopishib oladi. Fibrinli parda bilan himoyalangan o'sma hujayralari ko'payib, ikkilamchi o'sma – metastazni hosil 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) intoksikatsiyalanishiga, kuchli kaxeksiya rivojlanishiga va natijada o'linga olib keladi.

Ishlab turgan Gastrostomani parvarishlash

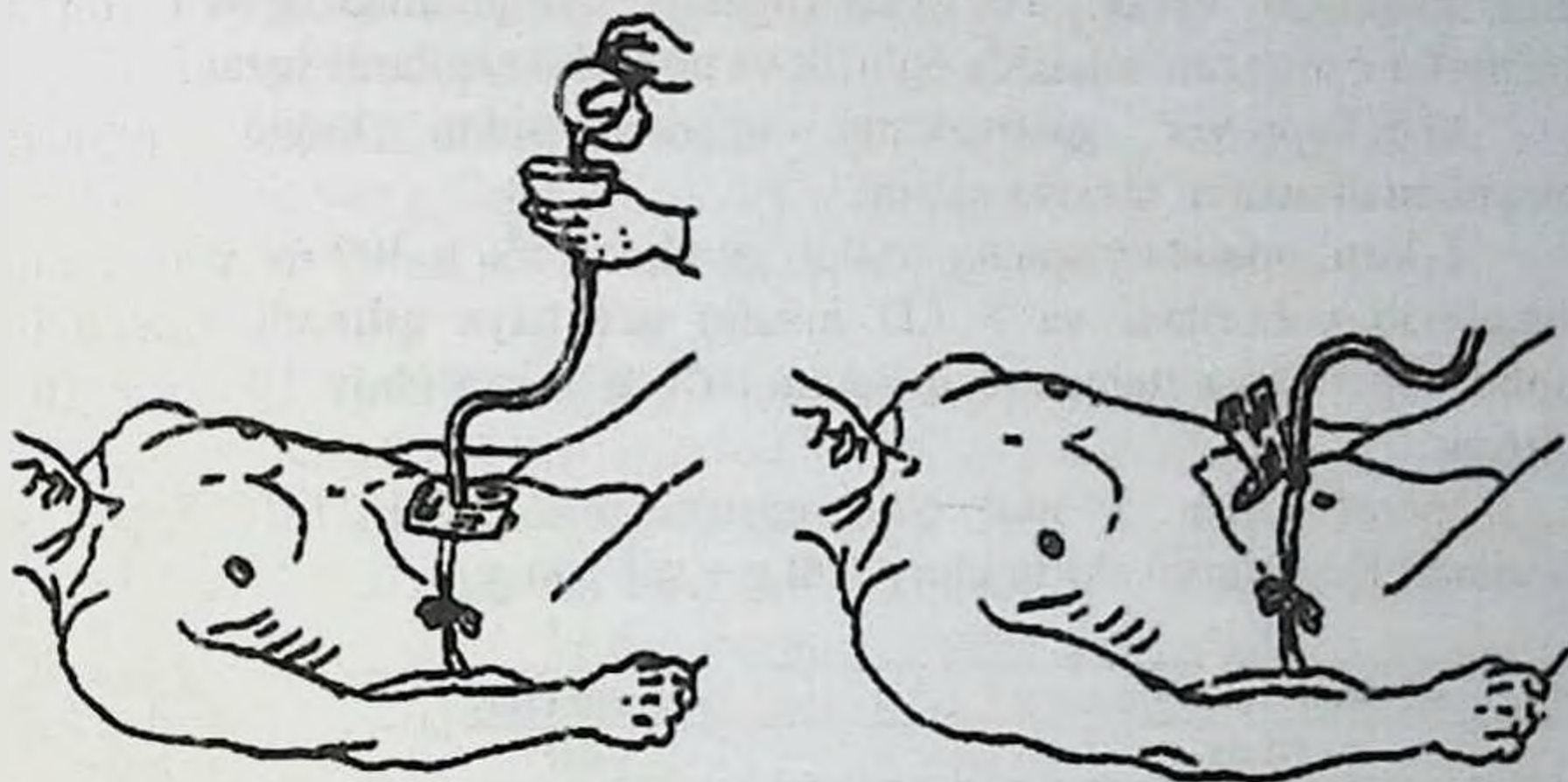
Gastrostoma operatsiyasiga bemorlarni tayyorlash. Gastrostoma qizilo'ngachdan ovqat o'tishi qiyinlashgan, holsizlangan, kuchsiz, oriq suvsizlangan bemorlarga qo'yiladi. Gastrostoma operatsiyasiga bemorlar rejali ravishda tayyorlanadi. Bemorlarni operatsiya oldi tayyorlash jarayoni yaxshi olib borilganda operatsiyadan keyingi asoratlari kuzatilmaydi. Doimiy va uzoq vaqt och yurgan bemorlar ta'sirchan, jahldor bo'ladilar va o'zlariga nisbatan e'tibor va parvarishni talab qiladilar. Shuning uchun birinchi navbatda bunday bemorlarning asab sistemasini tayyorlash kerak. Bemorlarni tinchlantirib, umumiy ahvolini yaxshilanishini tushuntirish kerak. Bunday bemorlarga tinchlantiruvchi dori vositalari brom, lyuminal tavsiya qilinadi. Yurak - qon tomir va nafas olish sistemasining faoliyatini yaxshilovchi dorilar beriladi. Vena ichiga tomchilab 5-10% li glyukoza, tuzli eritmalar, oqsillar, qon zardobi qo'yiladi. Oshqozon – ichak sistemi ham operatsiyadan oldin tayyorlanadi. Tozalovchi klizmalar qilinadi, kuchli ich suruvchi dori vositalari berilmaydi. Chunki bu dori vositalari bemorni yanada holsizlantiradi. 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 funktsional 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 yurallarining oldini olish uchun kuniga 2 marta bemorning badani kamfora spirti bilan artiladi. Chanoq 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.

operatsiyadan keyingi jarohatning silliq bitishi uchun jarohat sohasiga ovqat qoldiqlari yoki oshqozon shirasi tushmasligi kerak. Shu maqsadda gastrostoma sohasi steril klyonka bilan yopiladi, o'rtasiga teshik qo'yiladi. 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 trubkaning 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 kunida 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 11⁰⁰ 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 14⁰⁰ 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 17⁰⁰ da sut - 200 g, 2-3 qoshiq tvorog bilan, 1 ta xom tuxum, mevali sharbatlar.

- soat 20⁰⁰ 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-astin uzatilishi kerak. Tez yuborilganda oshqozonda spazm bo'lib, bemorlar oshqozon sohasida og'irlik va noxush sezgilarni sezadi.

G.S.Toprover gastrostoma operatsiyasidan keyin quyidagi ovqatlanish usulini tavsiya qiladi:

1-kun. operatsiyagacha ertalab 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.

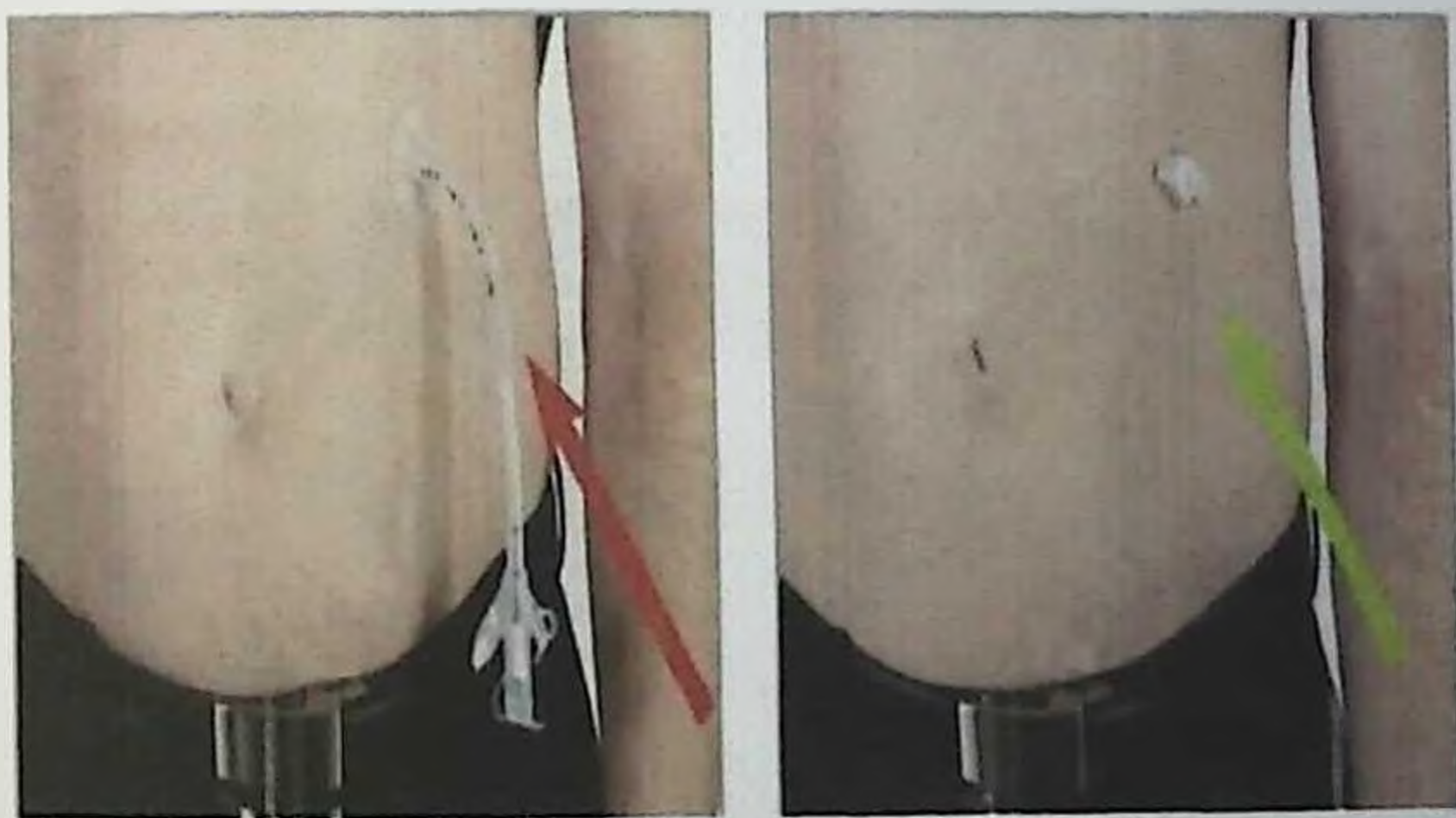
operatsiyadan 3 soat o'tib gastrostoma orqali 150 g sho'rva uzatiladi. Kechqurun shirin choy 100 g + sut 100 g.

2 -kun. 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.
3-kun. Soat 8 da	- shirin choy	200 g.
10 da	- kakaoli 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.
4- kun. 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.

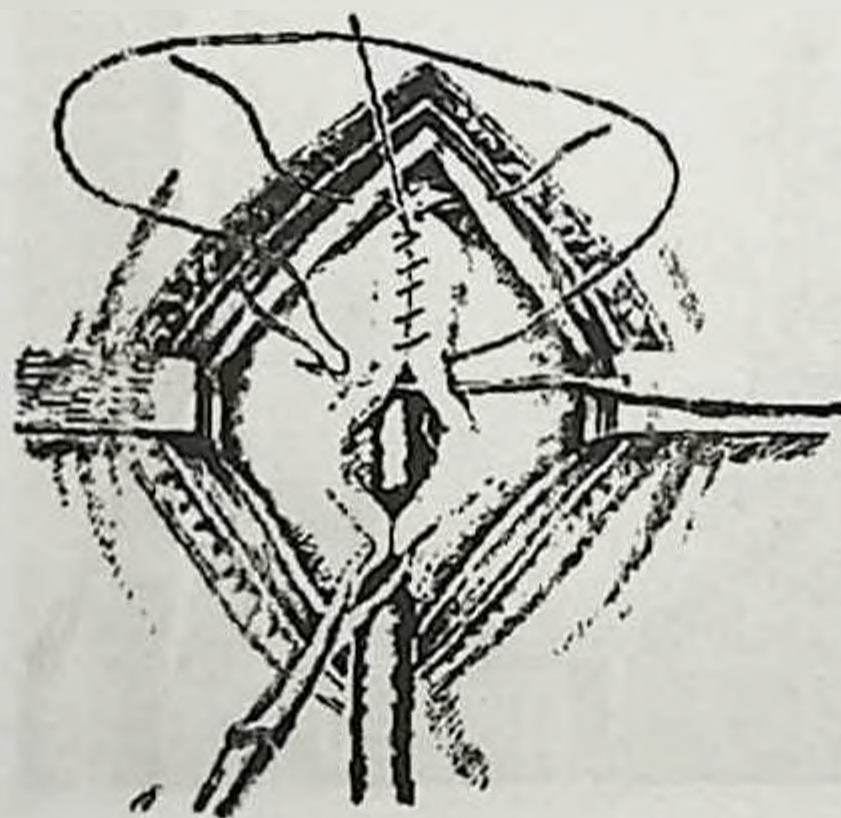
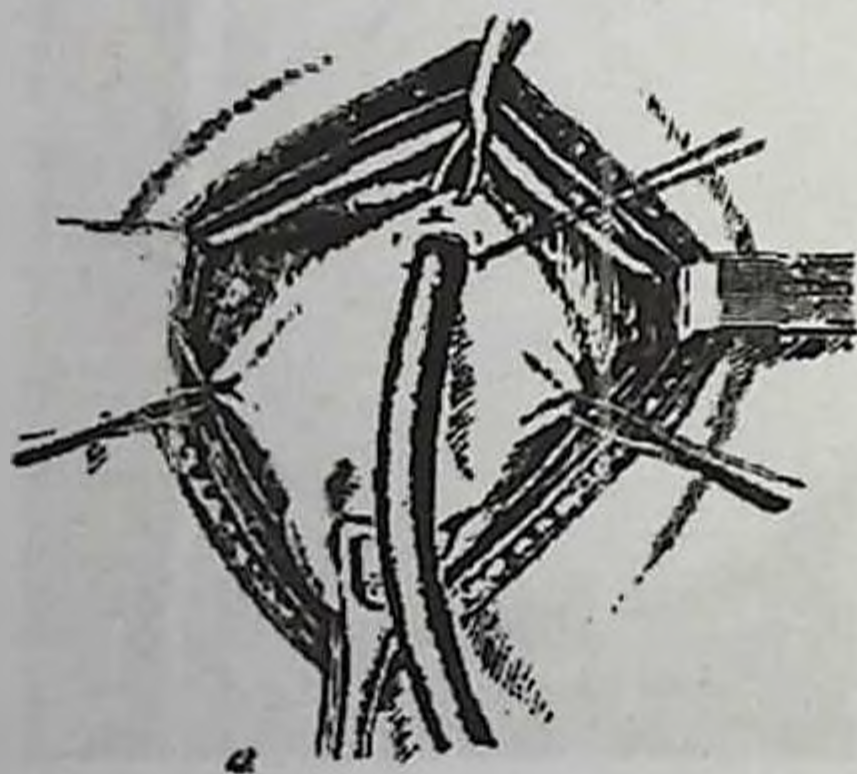
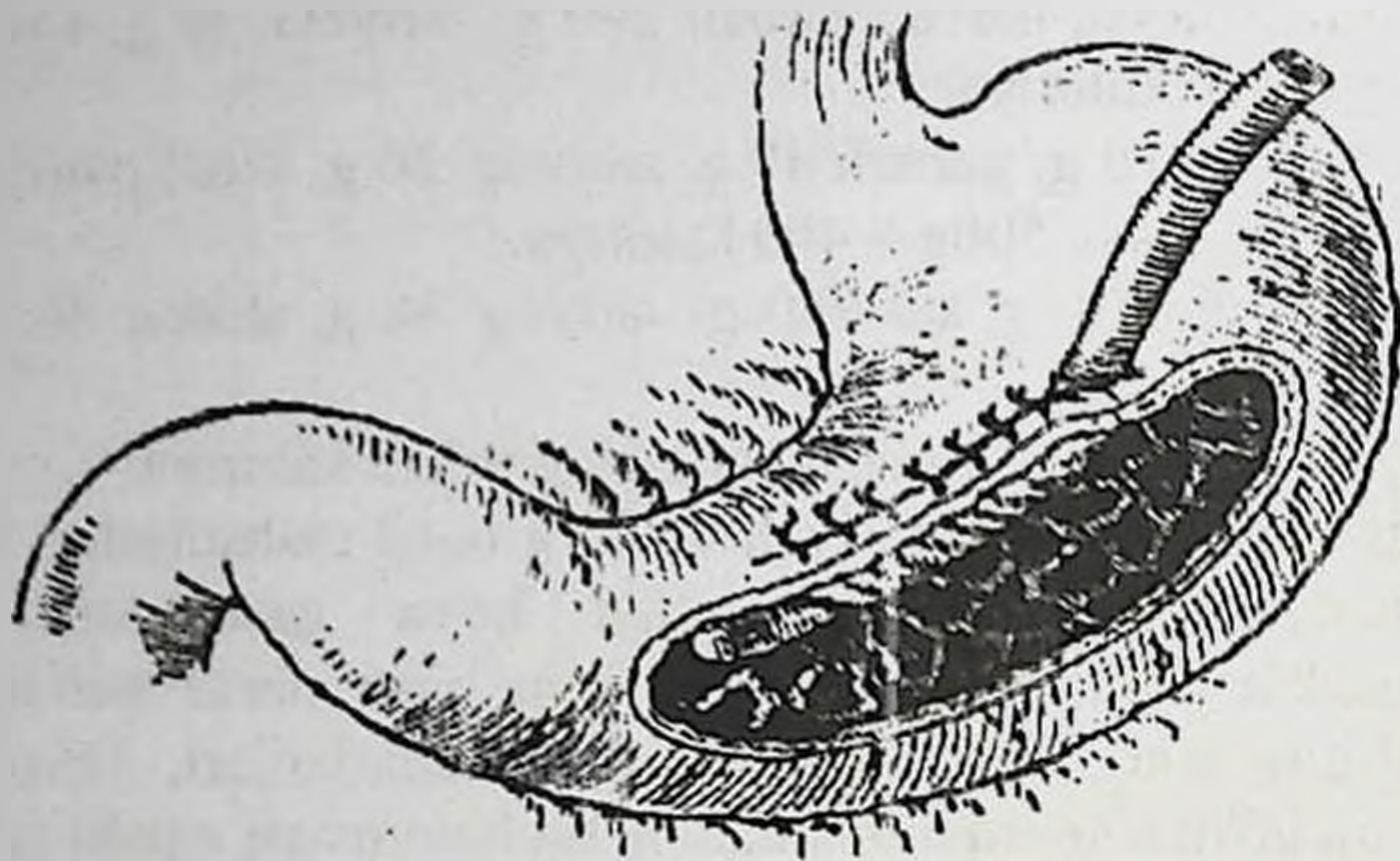
Kun davomida 2465 kaloriyali va 75 g oqsil mahsulotlari beriladi. Bundan tashqari Kelling tavsiyasiga ko'ra gastrostoma orqali ovqatlantirishdan tashqari og'iz orqali ham biror narsa berish kerak. Masalan, shirin vino, kofe, sho'rva, meva sharbatlari, limonat. Bu suyuqliklar qizilo'ngach orqali qisman bo'lsa ham ovqat o'tishi saqlangan bemorlarga beriladi.



32 rasm.

Bemor K. operatsiyadan 8 oydan keyin. Gastrostoma atrofida Chandiq yaxshi shakllangan. Gastrostoma nayi orqali ovqat yuborilgandan so'ng rezina nay olib tashlangan. Oshqozon shirasi teriga oqmaydi.

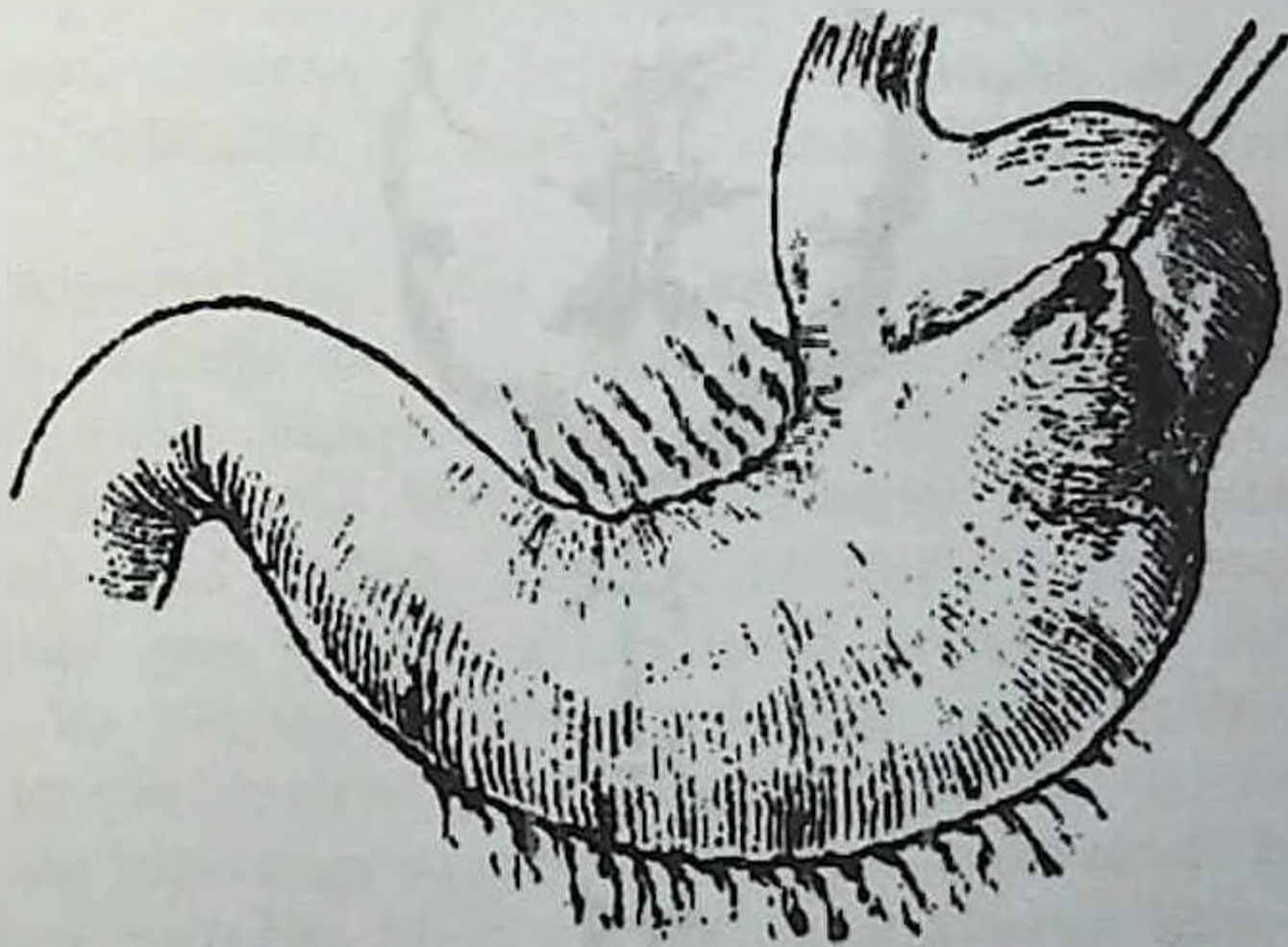
Gastrostomanning turlari.



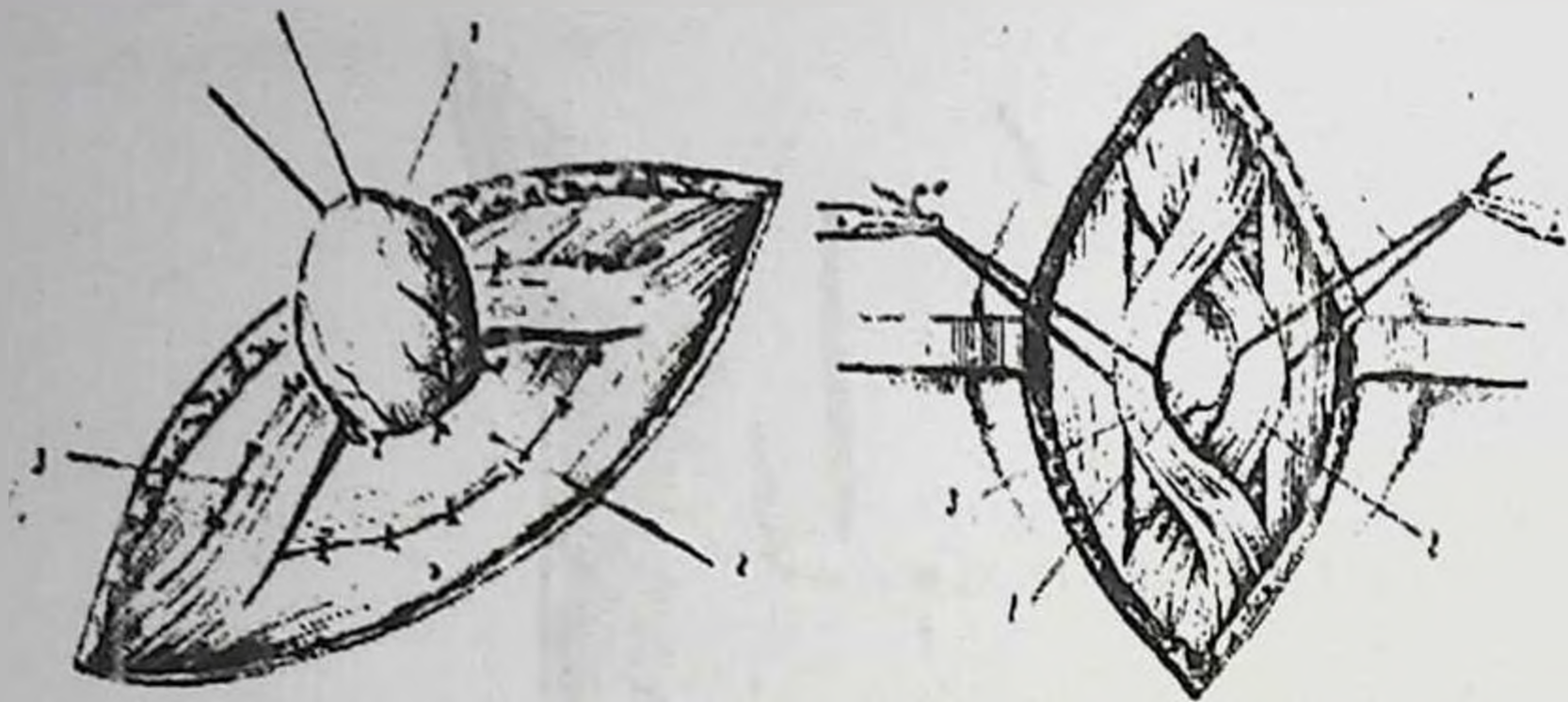
33 rasm. Gastrostomada naychaning joylashishi. Chap transrektal soha kesilishi.



34 rasm. *Ikkala mushak appanevratik loskut ikki tomonga ajratilgan (2, 3). Markazida to'g'ri mushakning orqa aponevrozi va qorin pardasining ko'rinishi. (1).*



35. rasm. *Oshqozon kardial qismi oldingi devori tutib turuvchi ip bilan ushlangan va konus shakllantirilgan.*



36 rasm. Mushak-alonevrotik bo'lakchalar muskul oyoqchalari kesilmasdan qArama - qarshi tomonga o'tkazilgan. Jarohat markaziga oshqozon konusi chiqadigan joy qo'yilgan.



37. rasm. Shakllangan gastrostoma

6. 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 usulluridan 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.

Radiasiyaning biologik samarasi, uning energiyasini yutish fizikaviy jarayondan boshlanadi, bu ionlar (zaryadlangan atom va molekulalar) hosil bo'lishiga olib keladi. Bu esa qator kimyoviy reaksiyalarni keltirib chiqaradi, bunda erkin radikallar va vodorod peroksid birikmalari hosil bo'ladi, ularning faolligi kislorod ishtirokida kuchayadi. Erkin radikallarning o'sma hujayralari DNK sig'a ta'siri uning bitta yoki ikkita zanjiri uzilishiga sabab bo'ladi. Bu esa hujayralarning o'limiga olib keladi (interfazali - nurlangandan so'nggi birinchi soatlarda katta dozalarda yoki yuqori radiosezgirlikda yoki mitotik o'limida, nurlangandan keyingi bir yoki bir necha tsiklik bo'linishlardan so'ng sodir bo'ladi). DNK zanjirlaridan bir yoki ikkitasining radiatsiyaning to'g'ridan-to'g'ri ta'siri paytida uzilishi faqatgina 20-30% o'sma hujayralarining o'limiga olib keladi. Hujayralarning asosiy (70-80%) qismi erkin radikallar va vodorod peroksid ta'siri natijasida nobud bo'ladi.

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 abberusiyasi va gen mutasiyalari hosil bo'ladi, yadrolar kuttalashib, deformatsiyalanadi, kapillyarlarga boy bo'lgan granulyasion to'qimaning o'sib borishi kuzatiladi, bu o'smani alohida orolchalarga bo'lib tashlaydi, mayda tomirlarning obliterasiyasi (berkilishi) rivojlanadi, bu esa o'smada qon aylanishining buzilishiga va uning distrofiyasiga olib keladi. Bundan shu narsa ma'lum bo'ladiki, ionlovchi nurlarning nisbatan katta bo'lmagan dozasining o'zi (1-2 gr) o'sma hujayralarning yarmidan ko'pini nobud qiladi, lekin tirik qolgan hujayralar miqdorini 1-2% gacha kamaytirish

uchun 10 marotaba ko'proq doza berish kerak bo'ladi. Ana shu oxirgi hujayralarni yo'qotish muammosi onkologiyada eng murakkab va echilishi qiyin bo'lgan masala hisoblanadi (albatta, gap ichki a'zo o'smalari ustida ketayapti). Omon qolgan o'sma hujayralari kam bo'lsa-da nur terapiya natijasi ularga bevosita bog'liq, chunki bu hujayralarning har biri yangi klonlar (avlod) hosil qilib, residiv o'smaga yoki metastaz tuguniga aylanishi mumkin. Suraton 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. Yuqorida aytib o'tilganidek, ionlovchi nur o'sma hujayrasi DNKsining bir yoki ikki zanjiri uzilishiga olib keladi. Ularning tiklanishini 3 ta ferment ta'minlaydi: endonukleaza – zanjirning zararlangan uchlarini uzadi, DNK – polimeraza – uzilgan joyi kerakli nukleotidni ulaydi va DNK – ligaza - oxirgisi qo'shni nukleotidlar bilan ulaydi. Shunday qilib, DNK ning birlamchi holati va hujayralarning to'la faoliyati tiklanadi.

Reparasiyaning ferment sistemasi yetishmovchiligida nurlanishdan so'nggi zararlanish qaytmas xususiyatga ega bo'lib qoladi. Bu ko'pincha hujayraning nobud bo'lishiga olib keladi. Demak, nur terapiyasining samarasi faqatgina radiatsiyaning dozasida emas, balki nurlangandan so'nggi reparasiya darajasiga ham bog'liqdir.

Shu narsa aniqlanganki, normal hujayrada nurdan so'nggi reparasiyaning tezligi hajmi o'sma hujayraga qaraganda yuqori va to'la bo'ladi, bu normal hujayraning nur terapiya ta'siridan keyin tezroq tiklanishini ta'minlaydi.

1. Hujayra mitotik bo'linishning ma'lum bosqichlaridan o'tayotgan paytida uning radiatsiyaga sezgirligi o'zgarib turadi. Hujayraning eng yuqori nur sezgirligi mitoz (M) bosqichida kuzatiladi, tinchlik (Go) bosqichida sezgirlik keskin pasayadi va sekin-asta presintetik (G₁) bosqichiga ko'tariladi, keyin DNKning sintez bosqichi (S) boshida pasayadi, uning oxirida ko'tariladi, G₂ bosqichida esa birmuncha pasayadi va mitozda yana keskin ko'tariladi.

Hujayra tsiklining turli bosqichlarida nur sezgirligi Farqi yuqori darajaga etib boradi. Masalan, mitoz bosqichida hujayrani zararlantirish uchun 1 gr atrofidagi doza etarli, tinchlik (Go) bosqichida esa - 10 gr ortiqcha hisoblanadi.

2. Ko'pincha radiobiologik tadqiqotlarda ko'rsatilishicha, o'sma hujayrasining nurdan zararlanish darajasi undagi kislorod miqdoriga bog'liq; kislorodning ortib berishi nurlantirish ta'sirini kuchaytiradi, kamayishi esa aksincha, susaytiradi ("kislorodli effekt"). Ma'lumki, o'sma tugunidagi qon tomirlarga yaqin joylashgan hujayralar kislorodning yuqori konsentrasiyasiga ega, uzoqdagi hujayralar esa kislorod bilan ta'minlangan (gipoksiya holati). Nur terapiyasi otkazilish paytida birinchi navbatda kislorodga boy o'sma hujayralar nobud bo'ladi, gipoksiyali, kislorodi kam hujayralar esa omon qoladi.

O'smaning hajmi qanchalik kichik bo'lsa, unda gipoksiyali hujayralar fraktsiyasi shuncha kam bo'ladi va aksincha. Shuning uchun kichik o'smalar nur terapiyada katta o'smalarga nisbatan osonroq nobud bo'ladi. Klinika amaliyotida nur terapiya rejalashtirilayotganda o'smaning nurga sezgirligini aniqlashda uning morfologik tuzilishiga ahamiyat beriladi.

Xavfli o'smalarning nur sezgirligi 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; -urulash turdagi sarkomalar. Hazm sistemasi Adenokarsinomasi: -me'da; -yo'g'on ichak; -to'g'ri ichak. Buyrak, jigar va me'da osri bezi o'smalari.

Shu narsa e'tiborliki, limfa to'qimasidan kelib chiqqan sarkomalar biriktiruvchi to'qimalardan chiqqan o'smalarga nisbatan ionlovchi radiatsiyaga ta'sirchanroq ekan. Kam differentsiallashtirilgan saraton yuqori

radiosezgirlikka ega bo'lsa, hazm yo'li adenokarsinomalarining sezgirligi esa past bo'ladi.

Kelirilgan o'smalarning nur sezgirligi 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 dozasi).

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 atrofdagi 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 utrofdagi normal to'qimalarning hayot faoliyati saqlanishi ta'minlanadi.

Eksperimental va klinik onkologiyada radioterapevtik oraliqni kengaytirishga katta ahamiyat beriladi. Radioterapevtik oraliqni kengaytirish o'sma radiosezgirligini oshiruvchi va atrofdagi normal to'qimalarga nur ta'sirini kamaytiruvchi usullarni qo'llash orqali amalga oshiriladi. O'sma sezgirligini oshirish uchun kislorod miqdorini oshirish, kimyoviy moddalardan foydalanish, sun'iy giperglikemiya hosil qilish va o'sma haroratini oshirish kerak bo'ladi. Normal hujayralarga nur ta'sirini kamaytirish uchun esa regionar va umumiy gipoksiya hosil qilish, kimyoviy moddalar ishlatish va nur terapiyasi texnologiyasini optimallashtirish zarur.

O'sma hujayrasining nurdan shikastlanishi yoki nobud bo'lishi kutilgan nur dozasi (miqdori) ga bevosita bog'liq bo'ladi. Bu doza birinchi navbatda nur energiyasidan kelib chiqadi.

Aniq ko'rinib turibdiki, 60 kv va 200 kv (kilovolt) energiyali rentgen nurlari uchun teri, shilliq pardalarining birinchi millimetrlarida maksimal yutilishi va chuqurlik sari dozaning tezda pasayishi xosdir (10 sm chuqurlikka bu nurlarning faqat 10% i etib boradi). Shuning uchun 60 kv energiyali rentgen nurlarini teri o'smalari uchun qo'llash, 200 kv energiyali nurlari esa 4-5 sm dan ko'p bo'lmagan chuqurlikdagi o'smalar uchun qo'llash maqsadga muvofiqdir. Radioaktiv kobalt – 60 gamma nurlari (energiyasi 1,17 MeV – million elektrovolt) teri yuzasidan 3-5 mm chuqurlikda maksimal yutiladi (teri osti kletchatkasida), keyin doza pasaytirilib, 10 sm chuqurlikka nurlarning 50%i etib boradi. Shu sababli bunday nurlarni chuqurligi 10 sm dan ko'p bo'lmagan o'smalarni nurlash uchun qo'llash qulayroq. Nazariy jihatdan ichki a'zo o'smalari nur terapiyasi uchun elektron va proton tezlatuvchilar eng qulaydir. Masalan, 120-160 MeV li protonlar organizmda 10-15 sm chuqurlikdagi o'smalarga etib borishi mumkin, bunda normal to'qimalarda o'smagacha va o'smudan so'ng energiya yutilishi sodir bo'lmaydi. Nur terapiyasi qo'llaniladigan nurlarning asosiy turlari va uskunalari jadvalda keltirilgan.

Rivojlangan mamlakatlarda so'nggi yillarda xavfli o'smalarni nur terapiyasi bilan davolashda asosan elektron va proton tezlatgichlar ishlatiladi. Nur terapiyasi optimal texnologiyasining muhim qoidalaridan biri o'smani butunlay nobud qilish uchun kerakli dozani fraktsiyalash, ya'ni uni bir martada bermasdan 3-30 qismga va 1-3 kursga bo'lib berishdir.

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: - gamma: applikatorlar (so-60) Cs-137, Ir-192 - beta Applikatorlar (Sr-90, R - 32) 4. To'qina ichi terapiyasi (ignalar, zuldirchalar): - 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 "devitalizasiya" (og'ir shikastlanadi). So'ngra 3 haftalik tanaffus paytida atrofdagi normal to'qimalar tiklanadi, o'sma kichiklashadi, uning reoksigenasiyasi kuchayadi, o'smaning qon bilan ta'minlanishi yaxshilanadi (tomirlarning ezilishi kamaygani sababli) va bu bilan qolgan o'sma hujayralarning nur sezgirligi oshadi.

Zamonaviy onkologiya klinikasida nur terapiyasi mustaqil usul sifatida quyidagi maqsadlarda qo'llaniladi: radikal - o'sma hujayralarini birlamchi o'choqda va metastazlarda to'la yo'q qilish, palliativ - o'smaning o'sishi va tarqalishini vaqtincha to'xtatish va simptomatik - kuchli og'riqlar, oraliq a'zolar va orqa miya kompressiyasini bartaraf etish uchun. Zarur paytda birdaniga distantion va bo'shliq ichra

nurlantirish (qo'shma nur terapiyasi), nurli va jarrohlik usulida davolash (kombinasion davolash), nurli, jarrohlik va kimyoterapiya usulida davolash (kompleks davolash) usullari qo'llaniladi. Nur terapiyasi saratonning ayrim turlarini mustaqil davolash samarasi quyidagicha: lab saratonida - 98,7%, bachadon bo'yni - 94,4%, hiqildoq - 90,4%, til - 78,7% va o'pka saratonida - 10,0% bemorlar davolashdan keyin 5 va undan ko'proq yil yashaydilar.

Nur terapiyadan keyingi asoratlari

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 angiteleektaziya 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 (aloc, 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 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 trunkvilizatorlar 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 bemorlarning tana harorati 38 gradusgacha ko'tariladi. Xansirash, ko'krak qafasida og'riq, qiyin ajraladigan balg'am, yo'tul kuzatiladi. O'pkani eshitib ko'rganda qattiq vizikulyar nafas va tarkok quruq xripl ar eshitiladi.

Nurdan keyingi o'pkaning jarohatlanishida aktiv yallig'lanishga qarshi dori choralari olib boriladi. Bronxolitik aerosollar, 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 davo 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 surtiladi 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: ikkilamchi bujmaygan nurli sistit.

vezikovaginal, vezikorektal oqimalar, 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 nitrofuranelar, keng spektrdagi antibiotiklar beriladi. Glyukokortikoidlar kichik dozada ichishga buyuriladi. Vitaminlar, oblipixa, shipovnik yoki balik moyi, metilurasil, dibunol dori vositalar reperasiya jarayonini tiklaydi. Og'riq qoldirish maqsadida spazmolitiklar, analgetiklar beriladi. (127-130-betda bor takror, shunga tekshirmadim)

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.

Qadimdan insonlar saratonni turli xildagi moddalar bilan davolashga urinib ko'rganlar. Ular o'simlik, hayvon ma'lumotlari, minerallar va hokazolar bo'lgan. Ularni tanlash empirik, ya'ni hech bir ilmiy asossiz bo'lgan.

So'nggi o'n yilliklar mobaynida saratonning molekulyar biologiyasi haqidagi bilimlar, eksperimental onkologiya hamda kimyoviy fan yutuqlari bazasida dunyoning mashhur farmasevtik kompaniyalari va firmalari orqali klinik onkologiyada o'nlab o'smaga qarshi preparatlar haqidagi qisqa ma'lumot jadvalda keltirilgan.

Onkologiyada eng ko'p ishlatiladigan kimyoviy preparatlar

Preparatning nomi	Asosiy ta'sir mexanizmi	Ko'rsatma
<i>Alkillovchi preparatlar</i>		
Sarkolizin (merfalan)	O'sma hujayralari bo'linishning 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 saratonni, 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.

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

Tsiklofosfan (tsitoksan, endoksan)	Organizmدا faollashadi. Ichish, mushak va vena orqali yuborish mumkin.	Limfagranulematoz, xavfli limfomalar, o'pka, bachadon bo'yni saratoni, moyak Semi- nomasi, suyak va yumshoq to'Qima sarkomalari, vilMS va mieloma o'smalarida.
Antimetabolitlar		
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 (flyuorourasil)	Xususiyati: organizmدا faol- lashadi, gematoentsefalitik to'siqdan o'tadi, barcha yo'llar orqali yuboriladi.	Sut bezi, tuxumdon, me'da, yo'g'on va to'g'ri ichak, jigar, me'da osti bezi saratonida.
Ftorafur (futraful)	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.
Antibiotiklar		
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, limfogranule- matoz, limfo-sarkomalar va qalgonsimon bez saratonida.
Bleomisin (bleosin)	Xususiyati: barcha yo'llar orqali yuboriladi, ichishdan tashqari.	Bosh va bo'yin, teri, qizil- o'ngach, bachadon bo'yni, tuxum va jinsiy olat saratoni, xavfli limfomalar, limfagra- nulematozda.
Daktinomisin (aktinomisin, kosmegen)	Xususiyati: vena orqali yuboriladi.	Bachadon xorionepiteLiomasi, Yuing va limfosarkomalar, Vilms o'smasi, embrional

		rabdomiosarkoma, yumshoq to'qima sarkomasi, moyak saratoni, melanomada.
Karninomisin (karubitsin)	Xususiyati: vena orqali yuboriladi.	Yumshoq to'qima sarkomalari, sut bezi saratoni, bachadon sarkomasi, Vilms o'smasi, bolalar neyroblastomasida.
Mitomisin-S (muramisin)	Xususiyati: vena va qovuq ichiga yuboriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tmaydi.	Me'da, ichak, me'da osti bezi, qovuq saratonida.
Farमारubitsin (epirubitsin)	Xususiyati: faqat vena orqali yuboriladi.	Sut bezi, tuxumdon, o'pka, me'da osti bezi saratoni, xavfli limfomalarda.
Fitopreparatlar		
Vepezid (VP-16. Etopozid)	Mandrogora ekstraktidan tayyorlangan yarim sun'iy preparat. Venaga yoki ichishga yuboriladi. G2 bosqichida hujayralar bo'linishini to'xtatadi.	O'pkaning mayda hujayrali saratoni, limfasarkomalar, moyak o'smalarida.
Vinblastin (rozevin, velba)	Pushti bo'rigul o'simligi alkaloidi. Hujayra bo'linishini metafazada to'xtatadi. Venaga yuboriladi.	Limfagranulematoz, limfasarkomalar, neyroblastomalar, melanoma, burun-tomok, o'pka, sut bezi, buyrak, qovuq, uretra saratonlarida.
Vinkristin (onkovin)	Pushti bo'rigul o'simligi alkaloidi. Vinblastindan metil guruhi o'rniga SNO guruhi borligi bilan Farq qiladi. Venaga va bo'shliqlarga yuboriladi.	Limfagranulematoz, limfasarkomalar, 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, Limfasarkoma, 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.

Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash

Mochevina asosli unumlari		
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 molekulasi 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, limfa-granulematoz, melanoma kasalligi.
Lomustin (CCNU, belustin)	Karmustinga yaqin, lekin undan xloretil guruhi o'rnida tsiklogeksil guruhi bo'lishi bilan farq qiladi. Ichishga buyuriladi. Gematoentsefalik to'siqdan o'tadi.	BCNU ishlatiladigan xavfli o'smalar.
Platina asosli unumlari		
Tsisplatin (platinol)	DNK, RNK va oqsillarning asosan nukleofil guruhiga ta'sir etadi. Barcha yo'llar orqali yuboriladi (ichishdan tashqari).	Moyak xavfli o'smalari, tuxumdon saratoni, 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 saratoni, osteogen sarkomasi, o'pka, bachadon bo'yni saratoni, 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 kimyosezgirligiga.
2. Doza preparat yuborilish maromiga.
3. Bemorning umumiy holatiga.

1.O'sma "kimyosezgirligi" tushunchasi bu o'rinda rasmiy qabul qilingan "radiosezgirlik" termini analog sifatida qo'llaniladi. Bunda o'sma hujayralarining kimyoviy preparatlardan zararlanish darajasi tushuniladi. O'smaning kimyosezgirligi uning gistiostrukturasiga, 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 shunchapik 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 dozasining bemor og'irligining har bir kilogrammiga yoki tana yuzasining har bir kvadrat metriga milligrammda bo'linishi umumqabul qilingan. Optimal dozaga amal qilish kimyoterapiyaning muhim aspektlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kichik doza kerakli terapevtik samara bermaydi, katta doza esa odatda og'ir oqibatlarni keltirib chiqaradi.

Kimyoterapiyaning boshqa muhim aspekti – davolash davrida o'sma tugunida preparatning kerakli miqdorini (kontsentrasiyasini) ta'minlashdir. Bu - dorining yuborilishi optimal ritmni 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'lchamlari katta va umumiy ahvolining og'irligiga qaramasdan, 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, kriodestruktsiya, 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 sezgirligiga qarab tasnifi (klassifikasiya) 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 sezgirligi kam (davo samarasi vaqincha)
Bachadon xorionepiteliomasi. Moyakning xavfli o'smalari. Limfagranulematoz.	Yuving 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. Hiqildoq 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 bezisaronlarida 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 hiqildoq 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. Estrogenoreseptorlar 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 qarama-qarshi jinsda).
2. Gormon ishlab chiqaruvchi a'zolarni (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.

Saron 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
1. Estrogenlar - ayollar jinsiy gormonlari		
Diethylbestrol, estradiol, sinestrol, estrado'rin, fofestrol (xanvan)	Androgenga qarshi ta'sir ko'rsatadi va estrogenizasiya samarasi kuchli.	Prostataning disseminatsiyalangan saratoni, chuqur menopauzada ayollar sut bezi saratoni metastazlari, erkak sut bezining Disseminatsiyalashgan saratoni.
2. Antiestrogenlar		
Tamoksifen (nolvadeks, zitazonium, tamofen)	Estrogen reseptorlarini hamda boshqa o'sma hujayralarining gormonal reseptorlarini bog'laydi.	Tabiiy va sun'iy menopauzada ayollar va erkaklar sut bezi, tuxumdon, buyrak, bachadon tanasi saratonlari, melanoma.
Toramifen	Ta'sir mexanizmi xuddi tamoksifen kabi.	Menopauzadagi ayollar sut bezi saratoni.
Aminoglyutetimid (orimeten)	Xolesterinning estrogenlarga aylanishida qatnashuvchi fermentlarni ishdan chiqaradi va glyukokortikoidlar hosil bo'lishini kamaytiradi.	Tabiiy va sun'iy menopauzada ayollar sut bezi, buyrak usti bezi, buyrak po'stlog'i saratoni.
3. Androgenlar - erkaklar jinsiy gormonlari.		
Testosteron - propionat, medosterontestenat, androksimestron, testolakton, tetraesteron, nandrolen.	Estrogenlar sintezini pasaytiruvchi gipofizar gonadotropinlar ishlab chiqishini oshiradi. To'g'ri antiestrogen xususiyatga ega.	Hayzli ayollar sut bezi, tuxumdon, buyrak saratonlari, melanoma kasalligi.
4. Antiandrogenlar		
Flyutamid (flusinom, androkur)	Prostata bezi hujayralarida DNK sintezini pasaytiradi.	Prostata bezi saratoni.
5. Progestinlar - ayollarning sun'iy jinsiy gormonlari		
Oksiprogesteron - kapronat (17-OPK), medroksiprogesteron metasetat (MRA, Provera, depoprovera, farmutal) depostat, Megestrol (megase)	Gipofizar gonadotropinlar ishlab chiqishini pasaytiradi, bu bilan estrogenlar sintezini susaytiradi.	Bachadon tanasi saratoni, bachadon sarkomasi, sut bezi, buyrak saratoni.

6. Kortikosteroidlar		
Kortizon (prednizolon, prednizon, deksametazon, gidrokortizon va boshqalar).	O'sma hujayralarining oqsilli reseptorlari bilan bog'lanib, limfa hujayralarining mitotik faolligini, buyrak usti 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.
7. Gipofiz gonadotrop - rilizing gormonning sun'iy analoglari		
Buserelin (suprefakt), leuprolid, lupron, Depot, zoladeks.	Moyak va tuxumdon faoliyatining to'liq buzilishiga olib keladi.	Prostata, hayzli ayollar sut bezi, erkaklar sut bezi saratonlarini disseminatsiya bosqichidagina qo'llaniladi.

Bular ichida klinik qiziqish uyg'otadigani 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 immun terapiya usullari

Immun tera- Pivaning turi	Yuboriladigan material	Kutiladigan natija
1. Faol nospesifik.	Vaktsinalar (BTsJ, ko'kyo'tal, edid, parotit, 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 proliferatsiyasi.
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.

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. Haligacha autologik o'sma hujayralari, immunokomponent hujayralar hamda o'xshash o'smalardan tuzalgan bemorlarning zardobini yuborish usuli keng qo'llanilmayapti. Buning sabablaridan biri ba'zi bemorlarda Anna shu usul qo'llanilganda immun kuchlar ko'payishi o'miga immunodepressiyaga va o'sma o'sishining kuchayishiga olib kelgan. So'nggi yillarda onkologiya klinikasida biotexnologiya va gen injeneriyasining intensiv rivojlanishi tufayli limfokinlar, monokinlar va monoklonal antitanachalar qo'llanilmoqda.

Limfokinlar – antigenlar bilan aloqaga kirishganda "T" va "V" - limfositlar tomonidan ishlab chiqadigan moddalarni (makrofaglar migratsiyasini) pasaytirish omili; T - supressorlarni faollovchi omil;

hujayralarning o'sish omili – interleykin - 2; gamma – interferon va hokazo.

Limfokinlar immun himoyani faollovchi vosita sifatida tavsiya qilingan, bu birgalikda qo'llanilganda yaxshi samara beradi.

Monokinlar – monosit va makrofaglar tomonidan ishlab chiquvchi moddalar (tsitotoksiklik, fagositoz, xemotaksis, komplement sintez va koloniyani rag'batlantiruvchi omil). Shulardan eng samarali bo'lgani rekombinantli odam granulociti – makrofagal koloniyani rag'batlantiruvchi omildir ("leykomaks" nomi bilan chiqariladi), u granulocitlar va monositlar proliferasiyasini kuchaytirish hamda kimyoterapiyadan so'ng suyak ko'migini tiklash uchun qo'llaniladi.

Monoklonal antitanachalar – ular o'zlariga qarshi bo'lgan hujayralarni (antigenlarni) tanlab olish va faqat o'shalar bilan qo'shilish xususiyatiga ega. Shu sababli ulardan onkologiya amaliyotida 2 yo'nalishda foydalanish mumkin:

1. Davolash vositasi sifatida – o'sma o'sishini va progressiyasini to'xtatish maqsadida.

2. O'tkazuvchi (tashuvchi) radionuklidlar yoki toksinlar etkazib berish maqsadida.

Keyingi yo'nalish juda samaralidir. O'smaga qarshi preparatlarning yangi sinfini – immunotoksinlarni hosil qilish uchun jadal ilmiy izlanishlar olib borilyapti. Immunotoksinlar – bu o'simlik yoki hayvon toksinlari va monoklonal antitanachalar konyugantlari (birikmasi) (masalan, AQShda risin asosidagi immunotoksin saratonini davolash uchun ishlatilmoqda). Interleykinlar bilan qo'shma kultivasiya qilib faollashtirilgan bemor limfositlarini (periferik qondan yoki o'smaning o'zidan olingan) davolash uchun qo'llash samarali natijalar bermoqda.

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 anchadan buyon qo'llanilib kelinmoqda.

Kombinasiyali 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, distantcion 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. Shuning uchun masalaning xirurg-onkolog, nurterapevt, kimyoterapevt, keyingi vaqtlarda immunoterapevt ishtirokida konsilium o'tkazilib hal qilinishi maqsadga muvofiq keladi.

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.

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 gemopoczga toksik ta'siri

Kimyoterapiyaning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan hisoblanadi. Kimyoterapiya boshlashdan oldin umumiy qon tahlilida 1 mkl da leykositlar 4000 ta, trombositlar 120×10^9 /mkl bo'lishi kerak. Davolashni 7-12-kunlarida granulositopeniya kuzatiladi. Bunday bemorlarga immunoglobulin, asiklovir (500-800 mg dan v/i, kuniga 3-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 20×10^9 / mkl. Trombositopeniyada burundan, oshqozon-ichakdan qon ketadi, miyaga qon quyiladi.

Trombositopeniyani davolashda maxsus yo'llar bilan kontsentrlanib olingan trombositar massa quyiladi.

Anemiyani davolash uchun eritrositar massa quyiladi. Neytropeniyaning profilaktikasi uchun g-KSF (granosit, neypogen) yoki GM-KSF (leykomaks) 5 mkg/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 mahal, 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 farmokoterapiya 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 – florurosil bilan davolangandan keyin kuzatiladi. Diareya boshlangani zahoti inmodium sxema bilan 4 mg (2 kap), 2 mg dan (1 kap) har 2 soatda beriladi. Bu dori vositasi bilan davolashni diareya to'xtagunicha va oxirgi suyuq ich o'tishidan keyin 12 soatgacha davom ettirish kerak, lekin 48 soatdan oshmasligi kerak. Bundan tashqari xilak forte, linexs, entero beriladi. Diareya 48 soatda oshiq davom etganida infuzion terapiya qilinadi. Og'riq bo'lganida spazmaetiklar, 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 xlorga 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
- kriodestruktsiya
- 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.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Ганцев Ш.Х. Новый учебник по онкологии. Креативная хирургия и онкология. 2018;8(4):324.
2. 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
3. Рыков М.Ю., Децкая онкология [Электронный ресурс] / Рыков М.Ю. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2018. - 280 с. - ISBN 978-5-9704-4368-2
4. Петерсон С.Б., Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9
5. Атаханова Н.Е. Тилляшайхов М.Н “Онкологиядан маърузалар” Тошкент 2001.
6. Муратходжаев Н.К., Жураев. М.Д., Худойбердиев. Т.К. “Онкология” 2001.
7. Турсунов Б.С. “Уход за хирургическими болными” 1994 Тошкент.

8. Абузарова Г.Р., Осипова Н.А "Нейропатический болевой синдром в онкологии: патогенез, диагностика, комплексная фармакотерапия" Российский онкологический журнал №6 Москва 2006.
9. Яременко К.В "Злокачественные опухоли" учебник. Санкт- Петербург 2003й.
10. Мёрте Д.Ж. "Справочник врача общей практики" учебник. Москва 2000й.
11. Петерсон Б.Е "Онкология" учебник Москва, 1980.
12. Черезов А.Е. "Общая теория рака" учебник. Москва 1997.
13. Исаков М.Е. и др. "Лечение болевого синдрома у онкологических больных" учебник. Москва. Медицина 1994.
14. Internet ma'lumotlari www.rambler.ru [onkologiya].
www.yandex.ru medical [onkology].

**FAZLIYEV MEXROJIDDIN SHAMSIDDINOVICH
RAXIMOV NODIR MAXAMMATKULOVICH
SHAXANOVA SHAXNOZA SHAVKATOVNA
ASATULAYEV AKMAL FARXATOVICH**

“Hamshiralik ishida onkologik bemorlarni parvarishlash”

(O'quv qo'llanma)

“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” NASHRIYOTI

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhah — Olim RAXIMOV

Texnik muharrir — Nodir Isayev

Dizayner va sahifalovchi — Shahobiddin Zamonov

**“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” bosmaxonasida chop etildi.
Samarqand shahar, Dabbet ko‘chasi, 40-uy.**

Bosishga 30.09.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 5.12 bosma taboq.
Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 31 / 05.01.2023
Tel: (99) 448-80-19.



9

789943

866096