

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OILY VA O'RTA TA'LIM VAZIRLIGI

Djuraev M.D

Mirzaraimova S.S

Mallaev M.M

Khudoyberdieva M.Sh

ONKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

Ijtimoiy ta'minot va sog'liqni saqlash – 500000

Sog'liqni saqlash – 510000

Oliy hamshiralik ishi – 5510700

Onkologiya - 140014

RESPUBLIKADA ONKOLOGIK XIZMATNI TASHKIL QILISH

KASALLANISH VA O'LIM STATISTIKASI

Onkologik xizmat aholi o'rtasida xavfli o'smalarni tarqalganligini hisobga olgan holda saratonga qarshi rejali kurash olib borish zarurati yuzaga kelganligi munosabati bilan tashkil etilgan. hozirgi zamon sharoitida onkologik yordamni tashkil qilish statistik va epidemiologik tadqiqotlarni hisobga olish xavfli o'smalarning tarqalganligi va ular bilan kasallanishni prognoz qilish tizimiga asoslanadi.

O'zbekiston RSSV Respublika Onkologiya Ilmiy Markazi (O'zR SSV ROIM), 1962 yilda UzFA onkologiya va radiologiya ilmiy tekshirish instituti, 2000 yildan - O'zR SSV Respublika Onkologiya Ilmiy Markazi sifatida asos solingan. O'zR ROIM O'zbekiston Respublikasi onkologiya xizmatining bosh markazi xisoblanib, o'z tarkibiga onkologik xizmatning 17 yirik muassasalarini (shaharlar, viloyatlar, respublika dispanserlarini), shuningdek tuman va shahar poliklinikalarida 271 ta onkologik xonalarni olgan.

Onkologik xizmatning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- 1) Onkologik bemorlar va kasalliklarni hisobga olish;
- 2) Xavfli o'smalardan kasallanish va o'lim tahlili;
- 3) Onkologik bemorlarni yuqori malakali ixtisoslashtirilgan (statsionar yoki poliklinika) tibbiy yordam bilan ta'minlash;
- 4) Onkologik bemorlar ustidan dispanser nazoratini olib borish;
- 5) Onkologik muassasalar funksional faoliyatini tahlil qilish;
- 6) Saratonga qarshi tadbirlar hududiy dasturlarini ishlab chiqish;
- 7) Xavfli o'smalarni erta aniqlash bo'yicha tadbirlar ishlab chiqishni tashkil qilish va o'tkazishga doir uslubiy dasturni amalga oshirish;
- 8) Xavfli o'smalarni oldini olish bo'yicha sanitariya-oqartuv ishlarini tashkil qilish.

Onkologik tarmoqning asosiy strukturaviy bo'linmasi onkologik dispanser hisoblanadi. quyidagi onkologik dispanserlar: respublika, viloyat, shahar dispanserlari farq qilinadi. Onkologik dispanser hududda aholiga onkologik

yordamni tashkil qiladigan va amalga oshiradigan sog'liqni saqlashning ixtisoslashtirilgan muassasasi hisoblanadi. Onkologik dispanser strukturasi aholining xavfli o'smalar bilan kasallanish darajasi va onkologik patologiya strukturasi muvofiq belgilanadi. Onkologikdispanser ilmiy ta'lim muassasalarining klinik bazasi hisoblanadi va onkolog shifokorlar, asosiy klinik ixtisosliklar egallagan shifokorlar, oliy va o'rta ma'lumotli tibbiy xodimlarni tayyorlash va malakasini oshirish vazifalarini bajaradi. Onkologik dispanser ishining asosiy yo'nalishlari statsionar va ambulator sharoitidagi bemorlarga yuqori malakali ixtisoslashgan yordam ko'rsatish hisoblanadi.

Onkologik dispanserning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

1. Biriktirilgan hududdagi onkologik bemorlarga ixtisoslashtirilgan statsionar va poliklinika sharoitida to'liq hajmda yordam bilan ta'minlash;
2. Onkologik bemorlar ustidan dispanser nazorati;
3. Tegishli hududdagi davolash-profilaktika muassasalariga xavfli o'smalar va saraton oldi kasalliklarini erta diagnostika qilish masalalari bo'yicha tashkiliy-uslubiy rahbarlik qilish;
4. Tegishli hududda xavfli o'smalar bilan kasallanish va o'lim ko'rsatkichlarini muntazam tahlil qilib borish;

Onkologik xizmat strukturasi onkologik xona birlamchi bo'g'in hisoblanadi. Onkologik xona onkologik dispanser bilan kelishilgan va onkologik xona ochilgan muassasa rahbari tasdiqlagan reja bo'yicha ish olib boradi. Onkologik xona ma'muriy jihatdan muassasa bazasi rahbariyatiga, tashkiliy-uslubiy jihatdan esa onkologik dispanserga bo'ysunadi. Onkolog shifokor lavozimiga onkologiya bo'yicha maxsus bilimi bo'lgan shifokor tayinlanadi. Onkolog shifokor o'z ishini saratonga qarshi tadbirlar bo'yicha onkologik dispanser bilan muvofiqlashtiradi, shu jumladan onkologik xona faoliyati doirasida sanitariya-oqartuv ishini tashkil qiladi va uslubiy yordamni amalga oshiradi.

Onkologik xona vazifasiga quyidagilar kiradi:

- Xavfli, xavfsiz o'smalar, saraton oldi kasalliklari va saratonga shubha qilingan kasalliklari bo'lgan bemorlarni konsul'tativ qabulini o'tkazish, xavfli kasalliklari bo'lgan bemorlarni sindromga mos davolash yoki uni tashkil qilish, shuningdek patronajga muhtoj bemorlarni uyda davolash;
- Xavfli o'smalari va saraton oldi kasalliklari bo'lgan bemorlar ustidan dispanser nazorati olib borish, dispanser ko'riklari to'g'risidagi kartalarga statsionar davolash va davo tadbirlari haqidagi ma'lumotlarni kiritish;
- Xavfli o'smalarga shubha qilingan yoki xavfli o'sma bilan kasallangan bemorlarni qo'shimcha tekshirish, ularni onkologik muassasalarga joylashtirishni va davolashni tashkil etish;
- Xavfli o'smalari bo'lgan bemorlarni davolanishdan bosh tortish sabablarini tahlili qilish, maxsus yoki simptomatik davolash uchun ularni gospitalizatsiya qilish bo'yicha shoshilinch choralar ko'rish;
- Tibbiy-sanitariya kengashida muhokama qilish uchun onkologik xizmat masalalari bo'yicha materiallar tayyorlash.

Onkologik xona faoliyati miqyosida xavfli o'smalari bo'lgan hamma bemorlarni hisobga olish, xavfli o'smalar bilan kasallanish va o'limga doir ma'lumotlarni yig'ish va tahlil qilish alohida o'rin egallaydi.

So'nggi yillarda har bir poliklinika va QVP da tashkil qilinadigan va onkologik xonalar bilan uzviy aloqada ishlaydigan ko'ruv xonalari xavfli o'smalar bilan kurashish ishida muhim o'rin egallaydi. Ko'ruv xonasi bemorlarni saraton oldi kasalliklari va sohaga vizual kirishga imkon beradigan o'smalarni erta tashxislash maqsadida profilaktik ko'rikdan o'tkazishni amalga oshiradi. Patologiya aniqlanganda bemorlarni tashxisni aniqlashtirish va davolashni tashkil qilish uchun tegishli mutaxassisga yo'llanma beradi. Profilaktik ko'riklarni va sitologik tekshiruvlar natijalarini hisobga oladi va qayd etadi.

Kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari xavfli o'smalar tarqalganligi sabablari to'g'risida dalolat beradigan asosiy statistik ko'rsatkichlar hisoblanadi. Aholining turli guruhlarida xavfli o'smalar bilan kasallanishni o'rganish va ulardan o'limning

miqdoriy ko'rsatkichlarini tahlil qilish sog'liqni saqlash tizimining boshqaruv organlariga saratonga qarshi kurash dasturini ishlab chiqish va takomillashtirishga imkon beradi.

Asosiy axborot manbalariga binoan har yili birlamchi hujjatlardan "Xavfli o'sma kasalliklari to'g'risidagi hisobot" (7-shakl) va "Xavfli o'smalari bo'lgan bemorlar to'g'risidagi hisobot" (35-shakl) tuziladi. 7-shakl bo'yicha hisobotga asoslanib kasallanish strukturasi aniqlanadi: xavfli o'sma bilan kasallanish ko'rsatkichlari hisoblanadi, onkologik kasalliklar tarqalganlik xususiyatlari va har bir alohida lokazatsiyaning salmog'i foizlarda aniqlanadi. 35-shakl bo'yicha hisobotga asoslanib, hisobda turgan xavfli o'smalari bo'lgan bemorlar qatlamlari, xavfli o'sma kasalligidan vafot etganlar to'g'risidagi ma'lumotlar, maxsus davolashga muhtoj xavfli o'smalari bo'lgan bemorlarni davolashga doir ma'lumotlar aniqlanadi.

Xavfli o'smalar bilan kasallanish ko'rsatkichlari:

- Intensiv - xavfli o'sma birinchi marta aniqlangan bemorlar (mutloq raqamlarda) G` hudud aholisining o'rtacha yillik soni (1000, 10 000, 100 000 aholiga hisoblanadi);
- Standartlashtirilgan - kasallanishga har xil yosh strukturasi ta'sirini tenglashtirish uchun hisoblanadi.

Kasallanish ko'rsatkichi qandaydir vaqt mobaynida yangi kasallik hollari paydo bo'lish sonini (chastotasini) ta'riflaydi. Kasallanishning kumulyativ ko'rsatkichi muayyan vaqt oralig'ida mazkur kasallik bilan kasallangan shaxslar toifasini ta'riflaydi.

Xavfli o'smalardan o'lim ko'rsatkichlari:

- Intensiv - xavfli o'smalardan o'lgan bemorlar (mutloq raqamlarda) G` hudud aholisining o'rtacha yillik soni (1000, 10 000, 100 000 aholiga hisoblanadi);
- Standartlashtirilgan - o'limga har xil yosh strukturasi ta'sirini tenglashtirish uchun hisoblanadi.

Onkologik kasalliklarning tarqalganlik xususiyatlari ularning chastotasi, kasallanish (o'lim) strukturasi tegishli ko'rsatkichlari ta'sirini qiyosiy o'rganish

yo'li bilan aniqlanadi. Onkologik kasalliklar tarqalganligi ko'rsatkich sifatida muayyan vaqt mobaynida aholining qanday qismi mazkur patologiya bilan kasallanganligini baholashga imkon beradi.

ONKOLOGIK STATSIONARDA OLIY MA'LUMOTLI TIBBIY HAMSHIRANING ISHI

So'nggi o'n yillik mobaynida tibbiyot hamshirasi faoliyati doirasi asta-sekin o'zgardi: ixtisosliklar ro'yxati kengaytirildi, muntazam malakasini oshirish va oliy ma'lumotli diplom olish imkoniyati vujudga keldi. Oliy malakali hamshiralarni tayyorlash davlat ta'lim standartlariga binoan amalga oshiriladi, ularda tibbiyot hamshirasining ma'suliyati va mustaqil mutaxassis sifatidagi ko'nikmalari va bilimdonligi belgilab berilgan.

Onkologik muassasalarda oliy ma'lumotli hamshiralarning ishi tibbiyot hamshiralari faoliyatini tartibga soladigan me'yorlar va qoidalarga binoan tashkil etilgan. Rivojlanib borayotgan onkologiya xizmatida alohida ixtisoslashtirilgan bo'limlar mavjud bo'lib, har bir tibbiy hamshiraning amaliy ishi ularga muvofiq tarzda tashkil qilinadi. Butun dunyoda bunday vazifalarning tibbiyot hamshiralari tomonidan shifokorlar bilan hamkorlikda ishlab chiqilishi ular ishining tarkibiy qismi va faoliyatining negizidir. Oliy ma'lumotli hamshira tashkilotchi sanaladi va bo'limning hamma ishlariga mas'ul hisoblanadi. Uning vazifasi quyidagilardan iborat:

- O'rta va kichik tibbiyot xodimlari bilan ishlash;
- Kuratsiya, bemorlarni qabul qilish va ularni palatalarga joylashtirish;
- harxil hujjatlarni rasmiylashtirish, bemor va uning yaqinlari bilan bo'limdagi qoidalar, davolash va parvarish xususiyatlari, profilaktika, reabilitatsiya tadbirlariga doir suhbatlar o'tkazish;
- Bo'limni hamma zarur dori-darmonlar va sarflash materiallari bilan ta'minlash;
- Farmatsevtik artibga qattiq rioya qilish ustidan nazorat;

- Me'yoriy hujjatlar bilan ishlash;
- Bo'limdagi o'rta va kichik tibbiyot xodimlarini intizom, etika va deontologiyaga rioya qilishlarini nazorat qilish;
- Bemorlarni ovqatlanishi haqida Qamxo'rlik qilish;
- Bemorlarning hisobot hujjatlarini olib borish, anketalar (so'rovnomalar) o'tkazish va ma'lumotlar bazasiga kiritish.

Onkologik statsionarda va poliklinikada oliy ma'lumotli hamshira ishining xususiyatlari muayyan malaka va maxsus tayyorgarlikni talab qiladi. Onkologiya bo'limida oliy ma'lumotli hamshiraning funksional vazifalari ana shu xususiyatlarni aks ettiradi. Ularda o'smaga qarshi intensiv kimyoterapiya o'tkazishni nazorat qilish ko'zda tutilgan. Oliy ma'lumotli hamshira o'rta tibbiyot xodimlarini kadrlar bo'yicha ishini joy-joyiga o'z yishni ta'minlaydi, bemorlarni davolash va parvarishiga doir o'zgarishlarni qayd etadi, tibbiyot xodimlarining shifokor ko'rsatmalarini o'z vaqtida va aniq bajarishlarini nazorat qiladi, bo'limni muntazam aylanib chiqadi. Oliy malakali hamshira faoliyati faqat diagnostik va davolash jarayoniga taaluqli bo'lmay, balki bemorlar parvarishini to'liq yoki imkoni boricha reabilitatsiya qilishgacha yetkazishni ko'zda tutadi. hamshira shifokorlarning bemorlarni davolash jarayonini muhim tarkibiy qismini ta'minlaydi: bemorni tashqi muhit sharoitlarini optimallashtiradi, uning muammolarini baholaydi va parvarishni amalga oshiradi, shifokor ko'rsatmalarini bajaradi.

Oliy ma'lumotli hamshiralalar bemor salomatligi bilan bog'liq bo'lgan aniq va potensial jismoniy va psixologik muammolarini baholaydi. Ular bemor holatiga baho beradilar - kayfiyati va jismoniy faolligi, teri qoplami va shilliq pardalari, me'da-ichak yo'li holati, nafas, yurak-qon tomirlar, qon yaratilish, siydik-tanosil va nerv tizimlarining holatini baholaydilar. Ushbu ma'lumotlar va shifokor ko'rsatmalariga asoslanib, ular bemor ehtiyojlaridan kelib chiqqan holda hamshiralik yordami va parvarishi rejasini tuzadilar. Hamshiralik yordami individual yondoshuvni hisobga olgan holda hamshiralik faoliyatining qabul qilingan standartlariga binoan amalga oshiriladi. Oliy ma'lumotli hamshira

tashxislash va davolash jarayonining asosiy ishtirokchisi hisoblanib, tashkiliy masalalarni hal qilishda ko'maklashadi. Bu bemorlarning holati ustidan kuzatish, ularning muammolarini hal qilish, davolash bilan shug'ullanish, manipulyatsiyalar o'tkazish va hamshiralik parvarishini amalga oshirishga imkon beradi. Tibbiy hamshira bemorga diagnostik muolajalarga tayyorgarlik ko'rish, shifo topish jarayoni to'g'risida va o'tkazilayotgan muolajalar va manipulyatsiyalarning maqsadga muvofiqligi haqida tushuntirish ishlarini olib boradi.

Oliy ma'lumotli hamshiraning shaxsiy ishi jarayonida oqartuv faoliyatini amalga oshirishga to'g'ri keladi. Ular bemor va yaqinlari bilan bu kasallik sababli unga duch kelishi mumkin bo'lgan barcha ehtimolga tutilgan hollar yuzasidan tibbiy munozara qilishi va tibbiy bilimlari darajasida yordam ko'rsatishi shart. Onkologiya va "saraton" so'zi bilan bog'liq tushuncha aholining ko'pchiligini qo'rquvga soladi. Bemorlar bilan ishlashda oddiy nutq eng yaxshi muloqot shakli hisoblanadi. qisqa jummalarni, shuningdek ikkita-uchta jummalarni ishlatish maqsadga muvofiq.

Tibbiy atamalarni tushuntirishda bemor tushunadigan tilda bayon qilish shart. Agar hamshira o'z ishini yuksak kasb sohibi darajasida olib boradigan bo'lsa, bemorda o'z xastaligidan forig' bo'lishiga ishonch uyg'onadi, uzining sog'ayib ketishiga umidvor bo'ladi.

Oliy ma'lumotli hamshiralarni onkologiya konsul'tativ poliklinikasida ishlash ko'proq ma'suliyatni talab qiladi. Bu poliklinika ishining tabiati bilan izohlanadi. qabulda shifokordan tezkorlik, aniqlik va hamjihatlik talab qilinadi, chunki u ko'p miqdordagi patsientlarni qabul qilishi kerak: kasallik tabiatini aniqlashi, davolash choralarini tayinlashi, tavsiya qilinayotgan rejim va davolash xususida suhbat o'tkazishi, bemorning kasalligi yuzasidan savollariga javob berishi kerak bo'ladi. Shifokor zarur bo'lgan tekshirishlarni tayinlashi, mutaxassislar bilan maslahatlashishi va bu hamma ma'lumotlarni bemorning ambulator tibbiy kartasiga yozib qo'yishi shart. Poliklinikada oliy ma'lumotli hamshira vazifalariga qabulni tashkil qilishi va qabul vaqtida shifokorga faol yordam berishi, shifokorning o'z

diqqat e'tiborini faqat bemorga qaratishi zarurligini nazarda tutib, uni murakkab bo'lmagan vazifalardan ozod qilishi shart.

HISOB HUJJATLARINI YURITISH

Onkologik bemorlarni hisobga olishni unifikatsiya qilish maqsadida, xavfli o'smalar bilan kasallangan bemorlarni ro'yxatga olish va hisobini yuritish bo'yicha yo'riqnomaga muvofiq maxsus relamentga doir faoliyat yuritadigan, barcha onkologik bemorlarni majburiy ro'yxatga oladigan yagona tizim tashkil qilingan. Reglamentlangan hisobga olish shakllari quyidagilardan iborat:

090/U raqamli hisobga olish shakli "hayotida birinchi bor saraton kasalligi yoki boshqa yomon sifatli o'sma tashxisi qo'yilgan bemor haqida xabarnoma" (..... ilova). Mazkur shakl hayotida birinchi bor xavfli o'sma kasalligi aniqlangan bemorlarga nisbatan to'ldiriladi. Xabarnomani umumiy va maxsus tarmoqdagi barcha davolash-profilaktika muassasalarining shifokorlari ko'rsatib o'tilgan qaysi tibbiy muassasaga bo'ysunishidan qat'iy nazar, birinchi marta xavfli o'sma tashxisi aniqlangan bemorlarga to'ldiriladi. Xabarnoma poliklinikaga tibbiy yordam uchun mustaqil murojaat qilgan va o'sma kasalligi aniqlangan bemorlarga, statsionar tekshirishda, aholini dispanserlash va vaqti-vaqti bilan o'tkaziladigan profilaktik ko'riklarda, tibbiy tekshiruvlarda, operatsiya vaqtida, murda yorilganda, xavfli o'smalardan o'lganlar to'g'risidagi ma'lumotlarni ZAGS ma'lumotlari bilan solishtirishda va agar tashxis o'limdan keyin aniqlangan bo'lsa, statistika boshqarmasida to'ldiriladi. 090/U shakli bo'yicha "O'limdan so'ng hisobga olindi" belgisi bo'lgan xabarnoma hayotligida onkologik muassasada hisobda turmagan xavfli o'sma kasalligidan vafot etgan bemorlarga to'ldiriladi. Saraton oldi kasalliklari bo'lgan, lekin xavfli o'smaga shubha qilingan bemorlarga, xavfsiz o'sma bilan kasallangan bemorlarga bu xabarnoma to'ldirilmaydi. Bemorda birlamchi ko'plab xavfli o'smalar bo'lganda, mazkur bemorga har bir xavfli o'smaga ushbu o'smaning tartib raqami ko'rsatilib xabarnoma to'ldiriladi. To'ldirilgan 090/U raqamli ro'yxatga olish shakli "hayotida birinchi bor saraton kasalligi yoki boshqa yomon sifatli o'sma tashxisi qo'yilgan bemor haqida xabarnoma" uch kun ichida bemorni doimiy yashaydigan joyi bo'yicha hududiy

(respublika, viloyat) onkologik muassasasiga (onkologik dispanser, xona) yo'llanishi shart. "hayotida birinchi bor saraton kasalligi yoki boshqa yomon sifatli o'sma tashxisi qo'yilgan bemor haqida" xabarnomani saqlash muddati kamida uch yilni tashkil qiladi.

027-2/U raqamli hisobga olish shakli "Bemorda o'tinqiragan xavfli o'sma turi aniqlangan hol uchun bayonnoma"(..... ilova). Bu bayonnoma hayotida birinchi marta IV bosqich xavfli o'sma kasalligi aniqlangan har bir bemorga, vizual kirish mumkin bo'lgan lokalizatsiyalarda (teri, til, og'iz bo'shlig'i, lab, qalqansimon bez, bachadon bo'yni, sut bezi va to'g'ri ichak saratoni) to'ldiriladi. Bayonnoma bemorda yo'l qo'yilgan taktik va diagnostik xatolarning tahlili kechikish sabablarinianiqlash uchun xizmat qiladi. Bayonnomada bemorning murojaat etish bosqichlari va uni tekshirish usullari batafsil bayon qilinadi, kechikishning asosiy sabablari ta'kidlanadi. Bayonnoma, shuningdek, o'limga asosiy sababchi bo'lgan xavfli o'sma tashxisi o'limdan keyin aniqlangan hollarda va xavfli o'sma kasalligini o'limdan so'ng kechikkan shaklda, bu tashxis o'limning asosiy sababchisi bo'lish-bo'lmasligidan qat'iy nazar, aniqlangan hollarda tuziladi. Bayonnoma ikki nusxada tuziladi. Uning birinchi nusxasi bemorning ambulator kartasiga yopishtiriladi, ikkinchisi onkologik dispanserga yuboriladi. 027-1/U raqamli hisobga olish shakli "Yomon sifatli o'sma kasalligi bor shifoxona bemorning tibbiy kartasidan ko'chirma" (..... ilova). Bu ko'chirma statsionarda xavfli o'sma kasalligi bilan kasallangan har bir bemorga davolash jarayoni yakunlangandan so'ng davolovchi shifokor tomonidan to'ldiriladi. Ko'chirma hayotida birinchi marta mazkur gospitalizatsiya mobaynida xavfli o'sma, jumladan preinvaziv (in situ) tashxisi aniqlangan holatlarda va ilgari tashxis qo'yilgan bemorlarga to'ldiriladi. Ko'chirmani har gospitalizatsiya tugallangandan so'ng, uning davomlilik qanday natija bilan tugashi va keyingi davolash rejalaridan qat'iy nazar, albatta to'ldiriladi. Shakl bemor statsionardan chiqadigan kuni to'ldirilishi kerak. Ko'chirma bemorning doimiy yashash joyi bo'yicha hududiy respublika, viloyat miqyoslaridagi onoklogik muassasaga to'ldirilgan vaqtdan boshlab uch kunlik muddat ichida yetkazilishi shart.

KANSER - REGISTR

Kasallanish, xavfli o'sma kasalliklaridan o'lim to'g'risidagi statistik va epidemiologik ma'lumotlar, shuningdek turli-tuman statistik ko'rsatkichlarning ko'pligi (kasallanish, bir yillik va besh yillik yashash) sog'liqni saqlash tizimida asoslangan boshqaruv qarorlarini qabul qilish uchun davlat va mintaqaviy dasturlarni ishlab chiqishning eng muhim va dolzarb masalalaridan biri hisoblanadi. Bu masalalarning barchasi muammoni batafsil o'rganishni, shuningdek eng to'liq va ishonarli statistik axborotni talab qiladi.

Kanser-registr - bu onkologik kasalliklarning har bir hodisasi, uning paydo bo'lishi, kechishi, davolash va oqibatlari haqidagi ma'lumotlar yig'indisidir. Axborotlar yig'ilib shu tarzda tahlil qilingan taqdirdagina, qimmatli statistik, epidemiologik va klinik tadqiqotlar olib borish imkonini yaratadi. Ular saraton paydo bo'lish jarayonida xavf omillarining ta'sirini, turli davolash usullarining samaradorligini, har xil guruxdagi bemorlarning yashab ketishini baholash imkonini beradi. Axborot to'planadigan aholi guruhlari bo'yicha, shuningdek yechiladigan vazifalarning sinflari bo'yicha kanser-registrlar hududiy (populyatsion) va kasalxona (gospital) turlariga bo'linadi.

hududiy registr - bu muayyan hudud (populyatsiya) ichida yashaydigan shaxslardan xavfli o'smalarning barcha turlarida ma'lumotlarni yig'ish, saqlash va tahlil qilishni tashkil etishdan iborat. Uning vazifalariga kasallanish, o'lim tahlili, muayyan mintaqada yoki butun mamlakat populyatsiyasi o'rtasida xavfli o'smalarning tarqalganligini tahlil qilish, shuningdek aholiga onkologik yordamni rivojlantirishni rejalashtirish, mintaqada skrining dasturlarini tashkil qilish kiradi.

Kasalxona registri - bu onkologik klinika statsionarlariga tushgan bemorlar to'g'risida axborot yig'ishni tashkil qilishdir. Uning vazifalariga klinik statsionarlarni takomillashtirish maqsadida uni faoliyatini tahlil qilish, xavfli o'sma kasalligi bilan kasallangan bemorlarning yashab ketishini tahlil qilish va davolash usullari samaradorligini baholash kiradi.

hududiy saraton registri - onkologik xizmat axborot tizimining zamonaviy va eng ilg'or rivojlangan shaklidir. hududiy kanser-registr kompleksining asosiy funksiyalari quyidagilar hisoblanadi:

1. ...
2. Mintaqada saratonga qarshi tadbirlarning samaradorligi ustidan nazorat.
3. Tezkorlik bilan bemorlar to'g'risida axborot bazasida zarur miqdorlarda saqlanadigan ma'lumotlarni olish.
4. Mintaqadagi onkologik bemorlar to'g'risidagi ma'lumotlarni uzoq muddatgacha saqlash va o'zgartirishlar kiritish.

Hududiy registrga ma'lumotlar turli manbalardan doimo kelib tushadi. Registr shunday ma'lumotlarni tahlil qilish, sharhlash va halqaro standartlarga muvofiq kasallanish, o'lim va aholining har xil guruhlari o'rtasidagi xavfli o'smalarning ayrim turlarini ta'riflash, ko'rsatkichlarning vaqtincha o'zgarishlari to'g'risidagi axborotlarni taqdim etishga imkon beradi. Saraton registrining bahosi uning ma'lumotlari sifati va ulardan foydalanish darajasiga bog'liq. O'z-o'zidan ma'lumki, saraton kasalligini ro'yxatga olish imkoni boricha to'liq bo'lishi kerak. hududiy registrni to'liqligi deganda, qamrab olingan hududda har bir onkologik kasallik hodisasi to'g'risidagi ma'lumotlarni kiritish tushuniladi. Kasalxona kanser-registri uchun to'liqlik, statsionarda zarur hajmda davo olgan har bir bemor haqidagi ma'lumotlarni aks ettirish hisoblanadi. Ayrim registrlar ma'lumotlari o'zaro taqqoslanadigan bo'lishi kerak. Shuningdek, halqaro miqyosda umumiy qabul qilingan belgilar ro'yxatini ham hisobga olish va ularni yig'ishga hamma registrlar jalb etilishi darkor. hududiy saraton registrarlari tarmoQini vujudga keltirishda mavjud bo'lgan davlat onkologik xizmati bazasidagi bir xillikni hisobga olish zarur.

Kanser-registr to'xtovsiz yangilanib korreksiya qilinib turadigan ro'yxatdan iborat bo'lib, o'zida bemorlarning kasalliklari va davolash jarayonlari haqidagi ma'lumotlarni saqlaydi. Asosiy vazifalaridan biri onkologik bemorlar to'g'risidagi ma'lumotlar bazasini shakllantirish hisoblanib, uning negizida onkologik yordam holatini miqdoriy mezonlarda adekvat baholash, davolash jarayoni va dispanser

kuzatuvi nazoratini optimallashtirish imkoniyati yotadi. Kasalxona kanser-registri ma'lumotlari klinik tadqiqotlar o'tkazishga, har xil davolash turlarining samaradorligini va yashab ketish ko'rsatkichini baholashga ko'proq moslashtirilgan.

Registrga kiritiladigan ma'lumotlar hajmi sifatli tibbiy axborotlar olish uchun registr foydalanadigan birlamchi hujjatlarga bog'liq.

Kasalxona registridagi shunday hujjat kasallik tarixi hisoblanadi, hududiy registrda esa maxsus ro'yxatga olish shakllaridir.

Birlamchi hujjatlar pala-partish yoki chala to'ldirilgan taqdirda registrning ilmiy tadqiqotlar o'tkazish va ishonarli natijalarni qo'lga kiritish imkoniyatlari kamayadi. Davolash tugallangandan so'ng onkologik bemorlarni kuzatish jarayoni to'xtatilmaydi. Faqat birlamchi ma'lumotlar emas, balki keyingi davolashga doir rejarlar, asoratlar, retsidiylar yoki metastazlar paydo bo'lganligi to'g'risidagi, bemorning o'limi (saraton yoki boshqa sabablardan) to'g'risidagi ma'lumotlar registrga kiritiladi. Bu bemorlarning ko'p yillik (5-, 10-yillik) yashovchanligini baholash imkonini beradi.

Kanser registrarlar butun dunyoda bir necha o'n yilliklar davomida faoliyat ko'rsatib keladi. hozirgi vaqtda ularning ko'pchiligi avtomatlashtirilgan. Avtomatlashtirilgan texnologiyalarning joriy qilinishi qanday bo'lmasin, jadvallar va ko'rsatkichlarni hisoblash jarayonini avtomatlashtirishga, ayni vaqtda birlamchi tibbiy axborot sifatiga va ilmiy tadqiqotlar o'tkazishga imkon beradi. Hozirgi vaqtda Respublikamizda sog'liqni saqlash tomonidan ko'rsatilayotgan davolash-profilaktika yordamini yaxshilashga, shuningdek kasalliklarni erta diagnostika qilishga qaratilgan chuqur islohotlar amalga oshirilmoqda. O'zbekiston Respublikasi hukumati, umuman, sog'liqni saqlash tizimida axborotlashtirish va komp'yuterlashtirish masalalariga katta e'tibor qaratmoqda.

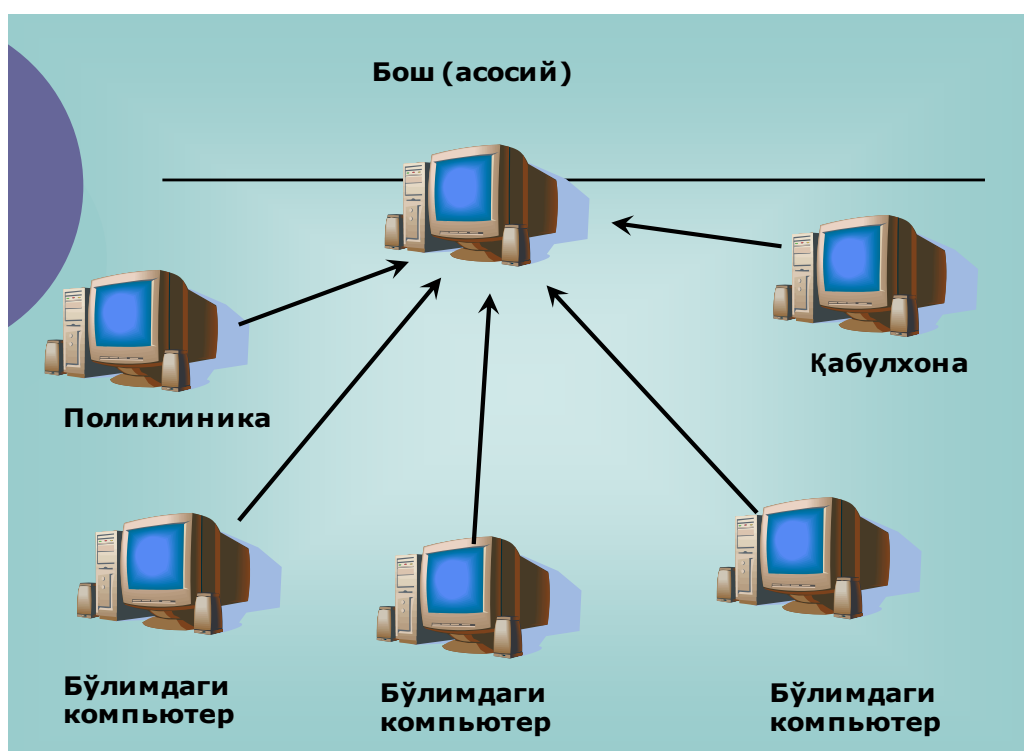
Bizning respublikamizda onkologik xizmat yuzasidan axborot yig'ish va uni ishlab chiqish Respublika Onkologiya Ilmiy Markazi tomonidan 7-tib raqamli shakl "Xavfli kasalliklar to'g'risida" gi statistik hisobot qabul qilish bo'yicha amalga oshiriladi. hisobotning bu shakli barcha viloyatlar bo'linmalari tomonidan yig'iladi

va yiliga 1 marta ROIM ga topshiriladi, shundan so'ng yig'ilgan hisobotlardan respublika bo'yicha yagona hisobot shakllantiriladi va statistik ko'rsatkichlar hisob-kitobi o'tkaziladi.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimida shakllangan sharoit onkologik xizmatni axborotlashtirish va komp'yuterlashtirishning o'z vaqtida olib borilayotganligi va uning dolzarb masala ekanligini hamda milliy kanser-registrning to'liq tadbqiq qilinganligini ko'rsatdi. 2009 yilda O'zR SSV Respublika Onkologiya Ilmiy Markazi tomonidan innovatsion grantni qo'lga kiritilganligi bois kanser-registr tashkil etildi.

Uni tashkil qilishdan asosiy maqsad - O'zbekiston Respublikasi onkologik dispanserlarida malakali va ixtisoslashgan onkologik yordamni takomillashtirish va O'zR SSV ROIM da muassasalar axborot infrastrukturasi yaratish, aholining onkologik kasallanishi bo'yicha to'liq hisobini yuritish va ko'rsatilayotgan yordam sifatini oshirish, shuningdek markaz yetakchi onkologlarining konsul'tativ-uslubiy yordamini amalga oshirishdan iborat.

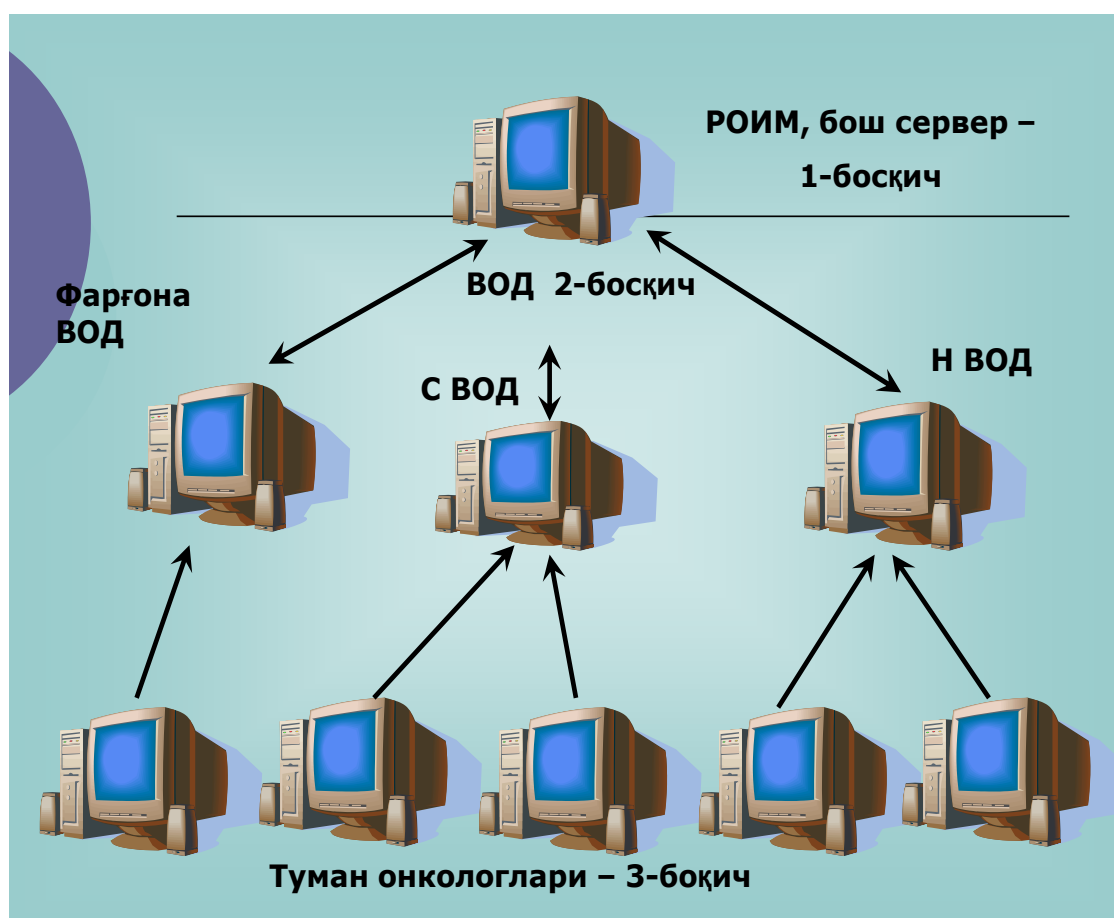
Hozirgi vaqtda O'zR SSV ROIM da barcha klinik bo'linmalarni, qabulxona va markaziy serveri bo'lgan maslahat poliklinikasini birlashtiradigan lokal tarmoqlar o'tkazilgan (1-rasm).



Rasm 1. ROIM hamma klinik bo'linmalarini o'zaro va bosh server bilan bog'laydigan lokal tarmoqlarning chizma tasviri

2011 yil apreldan boshlab Respublika Onkologiya Ilmiy Markazida davo olgan bemorlar to'Qrisida ma'lumotlar bazasiga kiritish bo'yicha ishlar boshlangan. Kanser-registr informatsion tizimi joriy qilingan pilot dispanser Farg'ona viloyati onkologik dispanseri hisoblanadi.

Mazkur ishning davomini O'zbekiston Respublikasining hamma viloyatlari onkologik muassasalari bo'yicha bosqichma-bosqich amalga oshirish rejalashtirilmoqda (2-rasm).



Rasm 2. O'zbekiston Respublikasi onkologik xizmati hamma bosqichlarini axborotlashgan tizim bilan qamrab olinishining chizma tasviri.

Shunday qilib, axborot texnologiyalarini joriy qilish xavfli o'sma bilan kasallangan bemorlarni hisobga olish bo'yicha ishlarni osonlashtirish, shuningdek, ma'lumotlarni tezkor tahlil qilish imkoniyatini birmuncha oshirish, profilaktik

tadbirlarni ishlab chiqishga ko'maklashish, bu esa shu toifadagi bemorlarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini yaxshilashga imkon beradi.

II. ONKOLOGIYANING NAZARIY VA EKSPERIMENTAL ASOSLARI

2.1 Turli o'smalarning kelib chiqish sabablari va rivojlanish mexanizmi.

Saraton nafaqat tibbiyotning balki biologiya fanining asosiy muammolaridan biri bo'lib qolmoqda, chunki so'nggi yillarda o'sma hujayralarini o'rganish sohasida inqilobiy kashfiyotlar bo'lganiga qaramasdan sog'lom hujayraning o'sma hujayrasiga aylanishi - kanserogenez masalasi oxirigacha o'rganilmagan. Zamonaviy molekulyar biologiya nuqtai-nazaridan saraton hujayra genetik apparati kasalligi hisoblanib, uning natijasida sog'lom hujayra va to'qimalardan tamoman farq qiluvchi hujayralar yoki hujayralar tizimi paydo bo'ladi.

O'zgargan, yomon sifatli hujayraning asosiy o'ziga xos xususiyati - bu uning idora qilib bo'lmaydigan o'sishidir. Sog'lom hujayraning o'sma hujayrasiga aylanish jarayoni ko'p bosqichli bo'lib, har bir bosqichda hujayra yangi xususiyatlarga ega bo'ladi. Bu jarayon asosida hujayraning yomon sifatli o'zgarishiga javobgar bo'lgan alohida genlar - protoonkogenlar va G` yoki antionkogenlarning (supressor genlar) o'zgarishi yotadi.

Protoonkogenlar va antionkogenlar sog'lom hujayradagi sog'lom genlardir. Odatiy hollarda bu genlar hujayra faoliyatining eng muhim jarayonlarida asosiy vazifani bajaradi: hujayra bo'linishini boshqaradi, bunda protoonkogenlar bo'linish jarayonini tezlashtiradi (musbat boshqaruv), supressorlar esa aksincha bo'linish jarayonini to'xtatadi (manfiy boshqaruv). Onkogen - bu mutatsiyalar va boshqa xromosoma buzilishlari natijasida o'zgargan protoonkogendir. Ko'plab sog'lom hujayralar tinch holatda (G0) bo'ladi, faqat ma'lum signallar natijasida ular tinch holat davridan presintetik(G1), DNK sintezi (S), postsintetik (G2), mitoz (M) davrlari orqali hujayra bo'linishi sikliga o'tadi.

Hujayra bo'linishi signali bo'lib tashqi kimyoviy omil - o'sish omili (O'O) ta'siri hisoblanadi. Bu omillar turli hujayralar tomonidan ishlab chiqariladi va qon zardobi, to'qima suyuqligida mavjud bo'ladi. O'O hujayra bilan ma'lum

protoonkogen boshqaruvi ostida bo'lgan hujayra membranasidagi maxsus retseptorlar orqali bog'lanadi.

O'O hujayra membranasidagi "o'z" retseptori bilan ta'sirlashadi, hujayra esa bu bo'linish ishorasini qabul qiladi, sitoplazmada murakkab biokimyoviy jarayonlar ishga tushadi natijada DNK sintezi va ikkilanishi, mitozni amalga oshiruvchi genlar stimulyatsiyasi yuz beradi (2-rasm). Ushbu jarayonlarning barchasi protoonkogenlar tomonidan boshqariladi.

Protoonkogenlari sog'lom hujayra doimiy bo'linmaydi. O'O ta'siri va bo'linish to'xtaydi.

Ba'zi protoonkogenlarning mutatsion ravishda bu jarayon zanjiridagi bir yoki bir nechta a'zolarning onkogeniga aylanganida bo'linish o'ta faollashadi. Bu hujayra membranasidagi retseptoridagi, protoonkooqsillardan onkooqsillarga aylanadigan oqsillardagi va transkripsion omillardagi o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Natijada O'O ta'sirisiz ham hujayra bo'linishga signal beradi va bu zanjir to'xtovsiz davom etadi. Birgina protoonkogen mutatsiyasi tufayli hujayra birdan yomon sifatiga aylanmaydi, ammo to'xtovsiz bo'linish xromosomada uzilishlarga, boshqa genlarda yangi mutatsiyalarga olib keladi. Davomiy ravishda mutatsiyalar kompleks to'plami paydo bo'lib, ular hujayraning yomon sifatli xususiyatini ta'minlaydi (3-rasm).

Har bir mutatsiya tasodifan paydo bo'ladi. Ma'lum mutatsiyalar qo'shilishi o'smaning o'ta o'ziga xosligini ta'minlaydi, shuning uchun ham amaliy jihatdan o'smalarning o'xshash O'Olari mavjud bo'lmaydi. Bitta mutatsiya hosil bo'lishidan to hujayraning yomon sifatli transformatsiyasiga sabab bo'ladigan mutatsiyalar kompleks to'plami hosil bo'lishiga qadar qancha vaqt o'tadi. Odatda buning uchun yillar talab etiladi.

Hujayrada bo'linishni boshqaruvchi yana bir antionkogen R53 dir. R53 hujayra siklini boshqaruvchi va hujayra o'limini (apoptoz) dasturlovchi genlar transkripsiyasini muvofiqlashtiradi. Protoonkogenlar mutatsiyasiga olib keluvchi nohush omillar (nurlanish, kimyoviy kanserogenlar va b.) ta'siridan so'ng R53 faollashadi va zararlanishni tiklash uchun hujayra siklini to'xtatib apoptoz

chaqiradi. Apoptoz tufayli hujayralar avlodida jiddiy DNK uzilishlarini uzatish oldi olinadi. Shunday qilib R53 hujayraning ichki xavfsizlik tizimi xisoblanadi. R53 antionkogeni faoliyatining buzilishi proliferatsiya manfiy boshqaruvining va apoptoz induksiyasining yo'qolishiga olib keladi. Turli xromosoma zararlanishiga ega hujayralar to'planishi, hujayralarning genetik beqarorligini ortib borishi yuz beradi va natijada bular barchasi hujayraning o'smali transformatsiyasiga sabab bo'ladi.

Onkologik bemorlarning yarmidan ortig'ida mutatsiyalar yoki R53 antionkogenining yo'qligi aniqlanadi. Ushbu gen tug'ma mutatsiyaga uchragan kishilarda oilaviy Li-Fraumeni sindromi kuzatiladi va ularda yomon sifatli o'smalar rivojlanishiga moyillik juda yuqori bo'ladi.

Bunda quyidagi ichki faktorlar bo'lishi mumkin:

- Spontan mutatsiya oqibatida protoonkogenlarni onkogenga aylanishi, natijada bo'linish zanjirining ma'lum zvenosida faollanish yuzaga keladi;

- Hujayraning o'zi FR ishlab chiqara boshlaydi, membranadagi retseptor o'zgarishidan har doim "yoqilgan" holatda bo'lib hujayra ko'payishi uchun yolg'on signal tarqatadi. Bo'linishni kuchaytiruvchi genlar nusxalari miqdori birdaniga ko'payishi mumkin;

- Gen translokatsiyasi - Protoonkogen to'satdan yangi joyga siljishi mumkin. Yangi paydo bo'lgan qo'shni gen ta'sirida siljigan protoonkogen ekspressiyasi yo'qoladi.

Genomning turli xil buzilishlari sababi tashqi ta'sirlar ham bo'lishi mumkin:

- Kimyoviy kanserogenlar;

- Ionlanuvchi va ultrabinafsha nurlanish;

- Ayrim viruslar;

Papilloma virusi ta'siridan bachadon bo'yni saratoni, Epshteyn -Barr virusi - burun-xalqum saratoni va Berkit limfomasi, B virus gepatit -gepatotsellyular rak paydo bo'lishi o'rtasida bog'liqlik bor.

Genom stabiligi uchun hujayra genlari juft bo'ladi va ikkita allelda joylashadi. Protoonkogendan onkogen hosil bo'lishi uchun bitta alleldagi bitta gen mutatsiyasi kifoya. Onkogen irsiylanmaydi, avloddan avlodga o'tmaydi ya'ni mutatsiya somatik hujayrada yuzaga keladi.

Antionkogenning faolsizlanishi, "o'chirilishi", uchun ikkita alleldagi ikkala gen nusxalari mutatsiyasi kerak bo'ladi. Bitta antionkogen nusxasidagi mutatsiya(ota-onadan irsiylangan) hujayra xususiyatlarida namoyon bo'lmaydi. Lekin vaqt o'tishi bilan boshqa alleldagi boshqa gen nusxasida mutatsiya yuzaga kelishi mumkin, o'shanda o'sma transformatsiyasi sodir bo'ladi.

Shunday qilib antionkogen birinchi mutatsiyasi bo'lishi yomon sifatli o'smaga olib kelmaydi, biroq o'sma paydo bo'lishiga moyillikni oshiradi. Ayrim oilalarda bemorning qarindoshlari o'rtasida saraton tarqalishi nasliy faktorlarga bog'liq.

Xamma yomon sifatli o'smalarni nasliy axamiyatiga ko'ra ikkita guruhga bo'lsa bo'ladi:

- Avlodlarga nasliy belgi tarzida o'tadigan saratonning nasliy shakllari;
- Tashqi ta'sir va irsiy mexanizmlar bilan bog'liq multi faktorial o'smalar;

Saraton nasliy shakllari deyarli hamma o'sma turlarida uchraydi va hamma xolatlarning 10-15% ni tashkil etadi. Bolalardagi ayrim embrional o'smalarda nasliy shakllar 40% gacha yetadi. Bolalarda uchraydigan retinoblastoma va nefroblastoma genetik-aloxidalangan o'smalar modeli xisoblanib, nasliy o'tadigan ma'lum antionkogen nuqsoni aniqlangan. Nasliy bo'lmagan retinoblastoma odatda bitta ko'zda bo'ladi ,nasliy shakli esa ikkala ko'zda uchraydi. Gendagi nasliy o'zgarishga ega bo'lgan 12 ga yaqin o'smalar ma'lum. Sut bezi saratoni uchun (BRCA-1), tuxumdonlar uchun (BRCA-2), melanoma uchun (P16), kolorektal saraton uchun (DCC) va boshqa genlar ma'lum. Onkologik kasalliklar asosini tashkil etuvchi multifaktorial o'smalar, tashqi ta'sirlar ya'ni alkogol, chekish, ovqatlanish, atrof muxitdagi kanserogen faktorlar va moddalar almashinuvining nasliy xususiyatlariga bog'liq xolda yuzaga keladi. Ushbu shaxslar guruxida saraton paydo bo'lishi extimoli nasliy moyillik va

atrofdagi noxush ta'sirlarning xarakteriga bog'liq. Qanchalik saratonga nasliy moyillik yuqori bo'lsa shunchalik tez muxit ta'sirida saraton rivojlanishiga olib keladi.

Shunday qilib o'sma paydo bo'lish jarayoni onkogen va antionkogenlar bog'liq. O'sma rivojlanishi o'sma jarayonining kuchayishi va asta-sekinlik bilan yomon sifatli xususiyatlar ortib borishi atrof to'qimalarga infiltratsiya, shuningdek metastazlanishi bilan xarakterlanadi.

2.2 Saraton birlamchi profilaktikasi: saratonga qarshi kurash o'rnini va roli

1947 yilda ulug' onkologiya akademigi N.N. Petrov: "Biz saraton sabablari haqida ko'p narsa bilamiz, shuning uchun saratonga qarshi kurashni profilaktika qilish nafaqat iloji bor balki zarurdir" deb yozgandi. Qancha yillar o'tsa xam ushbu fikr amaliyotda o'z o'rnini topmoqda. Xozirgi kunda umumiy nuqtai nazar qabul qilingan bo'lib, saratonga qarshi kurashda profilaktika ustuvor ahamiyatga ega.

Saraton profilaktikasi deyilganda yomon sifatli xosilalarning kompleks profilaktikasi ya'ni birlamchi (klinik ko'rinishgacha), ikkilamchi (klinik), shuningdek uchlamchi (retsedivga qarshi) saraton profilaktikasi tushiniladi.

Onkologik kasallanishni kamaytirish asosiy rolni birlamchi saraton profilaktikasi (BSP) egallaydi, bunda yomon sifatli o'smalar paydo bo'lishini oldini olish va o'sma oldi jarayonlarini yo'qotish, noxush atrof muxit faktorlarini zararsizlantirish yoki susaytirish, hamda organizmning nospetsifik rezistentligini oshirish nazarda tutiladi. Chora tadbirlar sistemasi antenatal (tug'ruqqacha bo'lgan) davrdan boshlab butun inson xayotini qamrab olishi kerak.

Boshqacha aytganda BSP chora tadbirlari atrof muxit ta'sirlarini yo'qotishiga, shuningdek organizmning biologik xususiyatlarini qayd etishga (o'sma paydo bulishining nasliy va orttirilgan moyilligi, yoshga bog'liq o'zgarishlar) qaratilishi kerak.

BSP ning strategik maqsadi axoli o'rtasida onkologik kasallanishni kamaytirishdir.

BSP asosiy yo'nalishlari asosan oxirgi uch o'n yillikda shakllangan va quyidagicha namoyon bo'ladi: onkogigiyenik profilaktika, biokimyoviy (kimyoviy profilaktika), tibbiy genetik, immunobiologik, endokrin- yoshga bog'liq profilaktika.

Onkogigiyenik profilaktika- bu atrofdagi odamga ta'sir qiluvchi kanserogen faktorlarni aniqlash va yo'qotish, xayot tarzini xususiyatlarini tartibga solishdir. Keng qo'llaniladigan va yaxshi ishlab chiqilgan yo'nalish xisoblanadi.

Biokimyoviy profilaktika (kimyoviy profilaktika). Kanserogen faktorlarni blastomogen ta'sirini oldini olish uchun ma'lum bir kimyoviy preparatlar, birikmalar va maxsulotlarni ishlatishdir, shuningdek inson organizmiga kanserogenlarning biokimyoviy monitoringidir. Bu yo'nalish amaliy qo'llanish darajasiga yetdi.

Tibbiy genetik profilaktika. Bunda nasliy o'sma va o'sma oldi kasalliklari bo'lgan oilalar, xromosom noturg'un bo'lgan shaxslar aniqlanadi va ularga kanserogen faktorlarning bo'lishi mumkin bo'lgan ta'sirini, o'smalarni paydo bo'lish xavfini kamaytirish choralari tushiniladi. Onkologik kasalliklarni tibbiy genetik profilaktikasi ya'ni birlamchi va ikkilamchi saraton profilaktiksining sistemasi yaratilishi mumkin.

Immunobiologik profilaktika. O'smalar paydo bo'lishiga sababchi immun statusida o'zgarishlar bo'lgan shaxslarni aniqlash va tartibga soluvchi chora tadbirlar amalga oshirish, kanserogen ta'sirlardan ximoya qilish tushuniladi.

Vaksinoprofilaktika. Samarador profilaktik choralarni ishlab chiqish va amalga oshirishdir.

Endokrin- yoshga bog'liq profilaktika. O'smalar rivojlanishiga sababchi disgormonal xolatlarni, gomeostaz yoshga bog'liq o'zgarishlarini aniqlash va tartibga solish tushiniladi. Amaliyotda qisman qo'llaniladi.

Albatta ko'rsatilgan sxema shartlidir. Sanab o'tilgan BSP yo'nalishlari o'rtasida xar doim xam chegaralanish bo'lavermaydi, chunki ular bir birining ichiga kirgan xolda bir birini to'ldirishadi. Biroq bunaqa bo'linish foydali xamdir,

chunki xar bir yo'nalish o'zaro farqli o'z maqsadiga ega va xar birining o'z uslubiy nuqtai nazari, xal qiluvchi yo'llari mavjud.

Bunda asosiy e'tibor onkogigienik profilaktikaga qaratilishi kerak - chunki saratonga qarshi kurash bosqichida eng samarador va amalga oshirib bo'ladigan yo'nalishdir.

Dunyoda amalga oshirilgan ishlar natijasida BSP taraqqiy etgan yo'nalishlari belgilab olingan, mutaxassislar fikricha asosan shularga e'tibor qaratilishi kerak. Bularning xammasi saraton onkogigienik profilaktikasi doirasida amalga oshiriladi.

Zamonaviy fan taraqqiyotida BSP ustuvor yo'nalishlari:

Chekishga qarshi kurash;

Ovqatlanish ratsionalizatsiyasi;

Ortiqcha vaznga qarshi jismoniy faollikni oshirish ;

Kimyoviy va fizik kanserogenlar ta'sirini kamaytirish (ishlab chiqarish, tabiiy muxit, yashash joyida).

Infeksion kanserogen faktorlar ta'siri profilaktikasi

Axoli o'rtasida onkologik kasallanishni kamaytirishda yuqoridagilar BSP doirasida natijaga erishishga imkon beradi. Ijtimoy-iqtisodiy taraqqiy etgan mamlakatlar(AQSH, Garbiy Yevropa) tajribalariga asoslanib , ushbu yo'nalishlarda sistematik ish olib borilsa xaqiqatdan xam onkologik kasallanishni kamaytirish mumkin. Bu jarayonda maqsadga yo'naltirilgan va qat'iy saratonga qarshi, axoli o'rtasida tushuntirish ishlari asosiy o'rin egallaydi.

Xar bir mamlakatda ustuvor yo'nalishlar ijtimoiy-iqtisodiy, ekologik va boshqa omillarni xisobga olib amalga oshiriladi. Bunda nafaqat profilaktik choralar samaradorligi balki buni amalga oshirish sharoitlarini xam xisobga olish kerak bo'ladi.

2.2.1 Chekish va tamakining boshqa is'temol shakllari

Yomon sifatli o'smalar rivojlanish xavfi chekish oqibatida yuzaga kelishi to'lik o'rganib chiqilgan .1985 yil va 2002 yil chaqirilgan Xalqaro saratonni o'rganish agentligi (XSUA)ning ishchi guruxi umumlashtirilgan epidemiologik va

eksperimental natijalariga ko'ra tamaki chekish inson uchun kanserogen ta'sir qilib lab, til, og'izning boshqa qismlari, xalqum, qizilo'ngach, oshqozon, oshqozon osti bezi, jigar, xiqildoq, traxeya, bronxlar, siydik qopi, buyraklar, bachadon bo'yni saratoni va miyeloid leykozga olib keladi.

Tamaki tarkibida nikotin bo'lib xalqaro tibbiy muassasalar tomonidan narkotik qaramlikka olib kelishi tan olingan. Nikotinga qaramlik xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasiga qaratilgan. Nikotin narkotik qaramlikni asosiy mezoniga kiradi va quyidagicha xarakterlanadi:

- tashlashga bo'lgan takrorlanuvchi xarakatlar va xoxishga qaramasdan, iste'mol qilishga bo'lgan yengib bo'lmas xolat;
- miyaga ta'sir etuvchi psixoaktiv ta'sirotlar rivojlanishi;
- abstinensiya sindromini o'z ichiga oluvchi psixoaktiv modda ta'siridan rivojlanuvchi xulq-atvor.

Nikotindan tashqari tamaki tutuni tarkibida o'nlab toksik va kanserogen moddalar bor, jumladan politsiklik aromatik uglevodorodlar (PAU), masalan benzopiren, aromatik aminlar (naftilamin, aminobifenil), uchuvchi nitrobirikmalar, tamaki spetsifik nitrozoaminlar (TSNA), vinilxlorid, benzol, al'degidlar (formal'degid), fenollar, xrom kadmiy poloniy-210, erkin radikallar mavjud. Yuqoridagi ayrim moddalar tamaki bargida mavjud qolganlar qayta ishlash jarayoni va yonish oqibatida paydo bo'ladi. Qayd etish kerakki tamaki tutunini yutish jarayonida sigaretda xarorot yuqori bo'ladi, bu tamaki tutuni tarkibining turli kimyoviy moddalar konsentratsiyasini belgilaydi. Aynan shunaqa tutun tarkibida nikotin, benzol, PAU miqdori yuqori bo'ladi.

Ko'pchilik kanserogen va mutagen moddalar tamaki tutuni zich fazasida bo'ladi va chekish paytida kembridj filtrida qolib ketadi. Kembridj filtrida tamaki tutunining zich fazasida ushlanib qolgan qismi smola deyiladi, suv va nikotindan tashqari. Sigaret turi, uning filtri, tamaki navi va qayta ishlanishi, sigaret qog'ozi perforatsiyasi sifati, darajasiga bog'liq xolda tamaki tutuni tarkibida nikotin va smola miqdori xar xil bo'lishi mumkin. Oxirgi 20-25 yil ichida rivojlangan davlatlar va Rossiyada tamaki tutuni tarkibida smola va nikotin miqdori sezilarli

darajada kamaydi. Ko'pchilik mamlakatlarda smola va nikotin miqdori uchun normativlar mavjud. Smola uchun ushbu ko'rsatkich 10-15 mg atrofida bitta sigaretada, nikotin uchun 1-1.3 mg bir sigaretada.

Epidemiologik tekshiruvlarda chekish va yomon sifatli o'smalar o'rtasida etiologik bog'liqlik borligi ko'rsatib o'tilgan. Chekishga bog'liq nisbiy xavf ko'rsatkichi (NXK) xar xil lokalizatsiyadagi o'smalar uchun turlicha va chekish boshlangan yosh, chekish davomiyligi va bir kunda cheqiladigan sigaret miqdoriga bog'liq.

Og'iz bo'shlig'i va xalqum saratoni rivojlanish xavfi chekuvchilarda chekmaydiganlarga qaraganda 2-3 baravar yuqori bo'ladi, bir kunda bir pachka sigaretdan ko'p chekadiganlarda esa nisbiy xavf 10 baravargacha yetadi. O'pka va xiqildoq saratoni rivojlanish xavfi chekuvchilarda juda yuqori.

Ko'pchilik epidemiologik tajribalarda NX ko'rsatkichi chekish boshlanish yoshi, davomiyligi, bir kunda iste'mol qilinadigan sigaret miqdoriga bog'liqligi aniqlangan. Masalan ingliz shifokorlarining tekshiruvlariga ko'ra o'pka saratoni kuniga 1-14 sigaret chekuvchilarda NX 7,9 bo'ladi, 15-24 ta chekadiganlarda 12,7 va 25 tadan ortiq chekadiganlarda 25 bo'ladi. Boshqa davlatlarda o'tkazilgan Amerika saratonga qarshi kurash tashkiloti tekshirishlari natijasiga ko'ra chekishni boshlanish yoshi asosiy ahamiyatga ega. O'pka saratoni eng yuqori NX erkaklarda 15 yoshgacha chekishni boshlaganlarda kuzatilgan. 15-19 yoshda NX 12,9, 20-24 yoshda 9,7 25dan yuqoridagilarda 3,2. Shuni takidlab o'tish kerakki chekish xamda o'pka saratoni o'rtasida bog'liqlik adenokarsinomaga nisbatan yassi xujayrali va kichik xujayrali saratonda ko'proq namoyon bo'ladi.

Qizilo'ngach saratoni rivojlanishi chekmaydiganlarga qaraganda chekuvchilarda 5 marta yuqori. Oshqozon saratoni paydo bo'lishi xavfi 1,3-1,5 marta yuqori bo'ladi, bunda chekish oqibatida kardial va oshqozonning boshqa qismlarida saraton rivojlanish xavfi ortadi. Chekish oshqozon osti bezi saratoni sababchilaridan biri xisoblanadi. Chekadiganlarda oshqozon osti bezi saratoni NX 2-3 baravar yuqori bo'ladi. To'g'ri ichak va chambar ichak saratoniga chekish ta'sir qilmaydi, lekin ayrim tekshiruvlarda yo'g'on ichak adenamatoz polipi va

chekish o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Shuningdek chekish va anus raki paydo bo'lishida xavf omili mavjud (yassi xujayrali yoki o'tuvchi xujayrali o'sma).

Bir qancha epidemiologik tekshiruvlarda jigar saratoni bilan chekish o'rtasida bog'liqlik kuzatilgan. Odatda chekish ichish bilan birga kelganda gepatotsellyulyar saraton xavfini oshiradi. Undan tashqari gepatit C va V bo'lgan bemorlarda chekish oqibatida jigar saratoni xavfi oshadi. Xolangiotsellyulyar saraton xamda o't qopi o't yo'llari yomon sifatli o'smalari o'rtasida bog'liqlik aniqlanmagan.

Chekish siydik qopi va buyraklar saratoni sababchisi xisoblanadi. Xavf omili chekuvchilarda 5-6 martagacha yuqori. Chekishga bog'liq xolda adenokarsinomaga nisbatan buyrak yassi xujayrali va o'tuvchi xujayrali saratoni ko'prok uchraydi.

Bachadon bo'yni saratoni va intraepitelial neoplaziya xamda chekish o'rtasida bog'liqlik qayd etilgan. Pi-virus papillomasi bilan zararlanish oqibatida rivojlanuvchi bachadon bo'yni saratonida chekish kanserogenez "jarayoni promoteri" rolini o'ynaydi. Bir qator epidemiologik tekshirishlarda chekish va miyeloblastoz leykoz NX borligi aniqlangan. O'tkir miyeloblastoz leykozda NX 1,5ga teng. Chekuvchi ayollarda faqat bachadon tanasi saratonigina kamroq xavf omili xisoblanadi. Bu kuzatish "xolat- nazorat" uslubi bilan tekshirilganda isbotlangan. Chekuvchi ayollarda endometriy saratoni nisbiy xavfi ko'rsatkichi 0,4- 0,8 ga teng. Ushbu lokalizatsiyadagi saratonga qarshi bunaqa ximoya mexanizmini esterogenlar (ingibirlanishi) miqdorining pasayishi bilan tushuntiriladi. Bundan tashqari chekuvchi ayollarda menopauza chekmaydiganlarga nisbatan 2-3 yil oldinroq yuzaga keladi. Chekish odatda tuxumdonlar saratoniga ta'sir kursatmaydi. Shu bilan birga chekish va qin saratoni xavfi o'rtasida bog'liqlik bor. Epidemiologik tekshirishlarda chekishning sut bezi saratonini paydo qilishi o'rganilgan bulib, natijalar sut bezi saratoni xavfiga ta'sir etmasligini ko'rsatadi. Shuningdek prostata saratoni rivojlanish xavfiga xam chekish odatda ta'sir etmaydi.

Chekish bilan bog'liq yomon sifatli o'smalar aniqlovchi xavfi (AX), ya'ni xamma saraton xolatlarining foizi xar xil o'smalar uchun turlicha. Konservativ baxolashga ko'ra chekish erkaklardagi 87-91% ayollardagi 57-86% o'pka saratoniniig sababchisidir. 43% dan 60% gacha og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach va xiqildoq saratoni chekish yoki chekish bilan birga ko'p miqdorda alkohol' iste'mol qilish oqibatida chaqiriladi. Siydik qopi va oshqozon osti bezi saratonining sezilarli foizi xamda kam miqdorda buyrak, oshqozon, bachadon bo'yni saratoni va mieloid leykoz o'rtasida bog'lanish mavjud. Sigaret chekish xavfli o'smalar sababining 25-30% ni tashkil etadi. Ba'zi fikrlarga ko'ra sigara chekish kanserogen ta'sirga emas, lekin epidemiologik natijalarga ko'ra SIGARA chekish xuddi SIGARETA chekish singari og'iz bo'shlig'i, xalqum, xiqildoq, o'pka, qizilo'ngach, oshqozon osti bezi saratoni xavfini oshiradi. SIGARA chekuvchilarda o'pka saratoni xavfi nisbatan pastroq, lekin chuqur tortib chekadiganlarda yuqori bo'lishi xam mumkin. Chekuvchilarda yomon sifatli o'smalar nisbiy xavfi chekish davomiyligiga, bir kunda cheqiladigan sigaret soniga, shuningdek SIGARA, SIGARETA yoki trubka chekish bir-biriga mosligiga bog'liq. SIGARA tutuni SIGARETA tutuni tarkibi singari deyarli xamma toksik va kanserogen moddalarga ega. Biroq uning tarkibida ko'proq nikotin va TSNA bor. Sigara tutuni sigareta tutuni pH ga nisbatan yuqoriroq, shunga ko'ra nisbatan kamroq yutilishiga olib keladi. Nikotin va boshqa moddalar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati orqali so'riladi, agar chekuvchi ko'proq tortsa bronxlar orqali suriladi.

Bir nechta o'nlab epidemiologik tekshiruvlar oqibatida MAIR (2003) passiv chekish xam kanserogen degan xulosaga keldi. Chekuvchi erkaklarning chekmaydigan turmush o'rtog'lari o'pka saratoni NX 1,3 -1,7. AQSH atrof muxitni ximoya qilish agentligi passiv chekish yiliga uch ming amerikalik o'limiga sababchi bo'lishi va o'pka saratoni xavfini 30%ga oshiradi degan xulosaga kelishdi.

Chekishdan tashqari tamaki iste'mol qilishning boshqa shakllari xam mavjud. Xindistonda tamaki va va boshqa aralashmalar (masalan betel' usimligi

barglariga uralgan tamaki va oxak yoki mayda qilib ezilgan chiganok kukuni) chaynaladi yoki til otiga, lunj ortiga qo'yiladi. Markaziy Osiyo davlatlarida NOSVOY tarqalgan bulib, tamaki va oxak yoki kul aralashmasidan iborat. NOSVOY xam til osti yoki lunj ortiga qo'yiladi. Shvetsiyada spus tamaki maxsuloti tarqalgan, peroral iste'mol qilinadi. Bundan tashqari xidlash uchun ham tamakilar mavjud.

Tamaki tutunidan farqli ravishda yuqorida sanab o'tilgan tamaki maxsulotlarida tamaki yuqori xaroratda yonish oqibatida paydo bo'ladigan kanserogen moddalar yok. Biroq ular tarkibida kanserogenligi isbotlangan TCHA, N-nitrozonornikotin (NNN), 4-metilnitro-amino1-(3-piridil)-1-butanon (NNK) mavjud. Epidemiologik tekshiruvlar oral tamaki maxsulotlari og'iz bo'shlig'i va xalqum saratoni xavfini oshirishini ko'rsatadi. Tamaki oral maxsulotlarini iste'mol qilish va saratonga olib keluvchi og'iz bo'shlig'i patologik xosilalari, leykoplakiya o'rtasida bog'liqlik aniqlangan.

1984 yil tuzilgan MAIR ishchi guruxi eksperemental va epidemiologik taxlillarga ko'ra tamaki maxsulotlarining oral shakllari inson uchun kanserogen xususiyatga ega degan xulosaga keldi.(1-tabl.)

Shunday qilib tamaki yomon sifatli o'smalarning asosiy sababidir.

Ayrim rivojlangan mamlakatlar masalan AQSH va Buyuk Britaniyada axoli o'rtasida chekishni kamaytirish oqibatida o'pka saratoni va chekish bilan etiologik bog'liq boshqa saraton shakllarining kamayishiga olib keldi.

Yomon sifatli o'smalardan tashqari chekish o'pka obstruktiv kasalliklarining asosiy sababi xisoblanib, miokard infarkti va bosh miya insul'tining sababchilaridan biridir. Xar ikkinchi chekuvchi odam chekish bilan bog'liq sabablardan xalok bo'ladi. Chekuvchilarning o'rta yoshda (35-69) o'lim soni chekmaydiganlarga nisbatan 3 marta yuqori, bunda ularning xayot davomiyligi chekmaydiganlarga qaraganda 20-25 yil kamroq.

Xattoki o'rta yoshda chekishni tashlash oqibatida O'pka saratonidan va chekish bilan bog'liq boshqa sabablardan nobud bo'lish xavfi kamayadi. Masalan

butun umr chekkan erkaklarda (70 yoshgacha) o'pka saratonidan kumulyativ o'lim xavfi 16%, 60 yoshda chekishni tashlaganlarda bu kursatkich 11% ni tashkil etadi. Chekishni 50 va 40 yoshda tashlanganlarda o'pka saratondan kumulyativ o'lim xavfi 5 va 3% ni tashkil etadi.

Saraton profilaktikasida asosiy yo'nalish chekishga qarshi kurash xisoblanadi. Xamma xalqaro va milliy saratonni oldini olish dasturlarida chekishni nazorat qilishga juda katta ahamiyat berilmoqda.

2.2.2. Ovqatlanishning o'ziga hos xususiyatlari

Yomon sifatli o'smalar etiologiyasida ovqatlanish asosiy o'rin egallaydi. Ma'lumki turli xil geografik xududlarda yomon sifatli o'smalardan yuzaga keluvchi kasallik soni va o'lim soni sezilarli farq qiladi. Masalan oshqozon saratonidan kasallanish Yaponiya, Xitoy, Koreyada juda yuqori, Shimoliy Amerikada esa past darajada. Shu bilan birga yo'g'on ichak, sut bezi, prostata yomon sifatli o'smalaridan kasallanish Janubiy-Sharqiy Osiyoda past, Shimoliy Amerika va Garbiy Yevropada esa yuqori.

AQSH da Janubiy-Sharqiy Osiyodan kelgan muxojirlarda o'tqazilgan tekshiruvlarda, AQSHda istiqomat qiluvchi yaponlar va xitoyliklarda birinchi avlodda oshqozon saratonidan kasallanish kamayib, yo'g'on ichak saratonidan kasallanish ortganini ko'rsatadi.

Muxojirlarni tekshirish natijasi yomon sifatli o'smalarning geografik xilma xilligi populyatsion genetik xususiyatlarga emas balki atrof muxit ta'sirotlariga va xayot fazasiga bog'liq bo'lishini taxmin qilishga imkon yaratdi, shu asosida yomon sifatli o'smalar etiologiyasida ovqatlanishning ahamiyati to'g'risida gipoteza shakllantirildi. Ayrim diniy guruxlar, xususan go'sht maxsulotlarini o'z ichiga olmagan parhezga rioya qiladiganlarda atrofda yashovchi boshqa axoliga nisbatan ularda yo'g'on ichak, bachadon tanasi, sut bezi va prostata saratonidan kasallanish sezilarli darajada kam uchrashini ko'rsatadi.

Yomon sifatli o'smalar va ovqatlanish o'rtasida bog'liqlik, birinchi bo'lib korrelyatsion tekshiruvlarda ko'rsatib berilgan. Aniqlanishicha go'sht, sut, yog'ni

(ayniqsa xayvon yog'i) axoli odam boshiga iste'mol qilish qabul qilinadigan kaloriya va yo'g'on ichak, sut bezi, bachadon va prostata saratoni o'rtasida o'zaro musbat bog'lanish mavjud.

Eksperimetal tekshiruvlar kimyoviy kanserogen moddalar bilan chaqirilgan saratonda to'yingan yog'lar va kaloriya qabul qilishni chegaralash kanserogenez jarayonini to'xtatishini ko'rsatadi. Ayrim eksperimetal tekshiruvlarda chaqirilgan o'smalarda kaloriyani kamaytirmasdan yog'ni istemol qilishni chegaralash xam kanserogenez to'xtatilishi, o'smalar miqdorining kamayishi, latent davrining uzayishi kuzatildi. Kimyoviy kanserogen moddalar bilan chaqirilgan o'smalarda xayvon yoglari va energiya qabul qilishni cheklash sut bezi va yo'g'on ichak, shuningdek o'pka, teri yomon sifatli o'smalari va boshqa epitelial bo'lmagan to'qimalar o'smalarida kanserogenez to'xtatilishi aniqlandi. Shuni qayd etib o'tish kerakki xayvon yog'i kaloriyaning asosiy manbai va energiyaga boy komponent bo'lgani uchun eksperimetal va epidemiologik tekshiruvlarda yog' bilan bog'liq energiyani to'liqligicha cheklab bo'lmaydi.

Kaloriya qabul qilishni cheklash bilan bog'liq o'sma rivojlanishining to'xtash mexanizmini xujayralar proleferatsiyasi pasayishi va apoptoz kuchayishi, DNK reparatsiyasi kuchayishi, erkin radikallar xosil bo'lishining va ularning xujayraga shikastlovchi ta'sirining kamayishi, gormonal profil' o'zgarishi, xususan umumiy hamda erkin estradiol va testesteron darajasining pasayishi bilan tushuntirish mumkin.

Qabul qilinadigan energiya markerlari, bolalik va katta yoshdagi o'sish (o'sish tempi) xamda jismoniy faollik darajasi xisoblanadi. Ayollarda bolalik davrida qabul qilinadigan kaloriya markeri bo'lib xayz ko'rishning boshlanish yoshi xisoblanadi. Epidemiologik tekshiruvlar ko'rsatishicha xamma sanab o'tilgan tavsiflar saraton xavfiga ta'sir etadi.

Yog'larning kanserogen ta'sirini, testesteron va estradiol singari jinsiy gormonlar metabolizmi xamda sintezi jarayoniga ta'sir etishi bilan bog'lashadi. Yog' kislotalar, ayniqsa to'yingan, estradiolni plazmadagi oqsillar bilan bog'lanishini to'xtatadi, buning natijasida aylanib yuruvchi qonda estradiol yuqori

konsentratsiyada bo'ladi. Tug'ish yoshidagi ayollarda yog' iste'mol qilishni kamaytirish natijasida esteron va estradiol darajasining pasayishi ko'rsatib o'tilgan. Ayollarda menopauza davrida yog' iste'mol qilishni 40 dan 20% gacha kamaytirish qon zardobida umumiy estradiol konsentratsiyasining sezilarli (17%) pasayishiga olib kelgan. Yog' iste'mol qilish erkaklar jinsiy gormoni testesteron konsentratsiyasiga xam ta'sir etadi. Testesteronning qondagi konsentratsiyasi yog' iste'mol qilish bilan isbotli tarzda o'zaro bog'liqligi ko'rsatib o'tilgan. Masalan Afrikada yashovchi afrikaliklarga nisbatan afroamerikaliklarda testesteron konsentratsiyasi aytarli darajada yuqori. Ta'kidlab o'tilganlarning oxirgilarida yog' qabul qilish sezilarli past darajada. Shu bilan birga prostata saratoni bilan kasallanish afroamerikaliklarda yuqori darajada bo'ladi. Prostata saratoni bilan kasallangan bemorlarni, prostata saratoni bilan kasallanish past va yuqori darajada bo'lgan Yaponiya va Gollandiyada, tekshirish oqibatida yog' iste'mol qilish va testesteron konsentratsiyasi gollandlar qoni

Yo'g'on ichakdagi kanserogeneza yog'larning ta'sir mexanizmi ularning ichak mikroflorasi metabolizmiga ta'siri va ikkilamchi yog' kislotarining ta'siridan laboratoriyadagi xayvonlarda kanserogeneza sabab bo'ladi. Bundan tashqari yog'lar yo'g'on ichakda, mutagen ta'sirga ega, ushbu a'zoda kanserogeneza jarayoniga muxim ta'sir etuvchi fekopentanlar xosil bo'lishini kuchaytiradi. Ichakda yog'lar qayta ishlanishi oqibatida fekal sterolalar paydo bo'ladi, ulardan ayrimlari yo'g'on ichak epiteliysi proleferatsiyasida muxim o'rin egallaydi. Ko'p miqdorda yog' iste'mol qiluvchi odamlar najasi tekshirilganda, ikkilamchi yog' kislotalari, fekopentanlar yuqori konsentratsiyada kuzatiladi, ichak metabolizmi, shuningdek lipidlardan mutagen fekal steriolalar xosil bo'lish jarayoni yuqori darajada bo'ladi.

Hayvon yog'ini iste'mol qilish va yo'g'on ichak, prostata, sut bezi saratoni o'rtasidagi bog'liqlik ko'plab epidemiologik taxlil tekshirishlarda ko'rsatib o'tilgan. XX asrning 80-yillari o'rtalarigacha nashr qilingan ilmiy ishlarda, yuqori miqdorda go'sht va yog' iste'mol qiluvchi insonlarda yo'g'on ichak, sut bezi, prostata saratoni xavfi yuqoriligi ta'kidlangan. Biroq so'nggi

yillardagi tekshiruvlarda yanada aniqroq uslublarda yog` va boshqa oziq moddalarini iste'mol qilishni baxolash va mukammallashtirilgan statistik nazorat uslublarini qo'llash oqibatida ushbu ta'kidlashlar shubxa ostiga qo'yildi. 90 ming qatnashchini o'z ichiga olgan amerikalik xamshiralarni tekshirish oqibatida yuqori miqdorda yog`, xususan to'yingan yog` kislotalari va xolesterin, qabul qiluvchi ayollarda saraton xavfining oshishi umuman aniqlanmadi. Lekin 12 metaanalizi "xolat-nazorat" uslubida tekshirish oqibatida, yog'larni to'yingan yoki umuman qabul qilish oqibatida kam miqdorda, lekin statistik sut bezi saratoni xavfi oshishi kuzatildi. Shunday qilib sut bezi saratoni etiologiyasida yog` iste'mol qilishning o'rni noaniq qolmoqda. Bunaqa bog'lanish kuzatilgan tekshiruvlarda, qabul qilinadigan yog` va qabul qilinadigan energiya samarasi o'rtasida farq ajratilmagan bo'lishi mumkin degan taxmin bor. Yuqorida aytib o'tilganidek inson iste'mol qiladigan kaloriyaning(40% ko'prog'i) eng ko'p qismi, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda, yog`ga to'g'ri keladi. Yo'g'on ichak saratoni epidemiologik tekshiruvlarida esa, ularning ko'pchiligida yog`, ayniqsa to'yingan, shuningdek go'sht iste'mol qilish natijasida ushbu a'zoda saraton rivojlanishi o'rtasida bog'liqlik ko'rsatilgan. Masalan ta'kidlab o'tilgan amerikalik xamshiralarda, yuqori miqdorda xayvon yog'lari, mol go'shti, qo'y go'shti va kolbasa maxsulotlari iste'mol qiluvchi ayollarda, chamber ichak saratoni xavfining statistik isbotlangan yuqoriligi aniqlangan. Bu va boshqa amerikalik tibbiy xizmatchilarda o'tkazilgan tekshiruvlarda, chamber ichak saratoni xavfi va adenomatoz poliplari, xayvon go'shtini parranda go'shti xamda baliq go'shti iste'mol qilish nisbatiga bog'liqligi ko'rsatib o'tilgan, ya'ni qanchalik go'shtni parranda go'shti va baliqqa nisbatan ko'p iste'mol qilinsa shunchalik ushbu a'zo saratoni xavfi oshishi kuzatiladi.

Yog'lar bilan bir qatorda uglevodlar kaloriyaning muxim manbai xisoblanadi. Rivojlanayotgan davlatlarda iste'mol qilinadigan energiyaning 70%dan ortiqrog'ini uglevodlar tashkil etadi. Rivojlangan davlatlarda yog` iste'mol qilishning oshishi xisobiga ovqatlanish ratsionida uglevodlar xissasi kamayadi. Oziq maxsulotlarida uglevodlar, kraxmal, shakar va boshqa polisaxaridlar,

kletchatka deb ataladigan moddani tashkil etadi. Kraxmal manb'alari bo'lib donlar (non), yorma, karto'shka, no`xat, dukkaklar xisoblanadi. Kletchatka o'simlik ozig'i, sabzovotlar, mevalar va rafinirlanmagan (tozalanmagan) yormalarning ajralmas qismi xisoblanadi. Ingliz shifokori Berkitt tomonidan, Afrikada olib borilgan kuzatishlar oqibatida yo'g'on ichak saratonidan kasallanish pastligi va oziq maxsulotlarida yuqori darajada kletchatkani iste'mol qilish xisobiga kletchatkaning ximoyalovchi ro'li xaqidagi gipoteza yaratilgan. Ko'p miqdorda kletchatka iste'mol qiluvchi insonlarda najas miqdori ko'p bo'ladi va oqibatda yo'g'on ichakda kanserogen moddalar konsentratsiyasi kamayadi degan taxmin bor.

Klinik metabolik tekshiruvlar xar kunlik ratsionga 10-13g selluloza yoki galladoshlar kletchatkasi qo'shish oqibatida najas tarkibida ikkilamchi sut kislotalari va ularning metabolik va mutagen ta'siri sezilarli kamayishi ko'rsatilgan. Meva va sabzovotlarni iste'mol qilishning ximoya samaradorligi og'iz bo'shlig'i va xalqum, qizilo'ngach, oshqozon, chamber ichak va to'g'ri ichak, o'pka yomon sifatli o'smalari rivojlanishida ta'kidlab o'tilgan. Xiqildoq, oshqozon osti bezi, sut bezi va siydik qopi uchun yomon sifatli o'smalarining epidemiologik tekshiruvlarda ilmiy isbotlari kuchsizroq to'plangan. Biroq meva va sabzavotlarni iste'mol qilish ushbu o'smalar xavfini odatda kamaytiradi. Ayrim epidemiologik tekshiruvlarda NX kamayishi xamda meva va sabzavotlar iste'mol qilishdagi bog'liqlik bachadon bo'yni, endometriy, buyraklar, prostata o'smalari uchun kuzatilgan. Meva va sabzavotlar iste'mol qilish xamma yomon sifatli o'smalar xavfini kamaytirishi ko'rsatib o'tilgan. Tekshiruvlardan birida ko'p miqdorda yashil va sariq sabzavotlar yegan erkaklarda saraton xamma shakllaridan o'lim xavfi 0,3 tengligi aniqlangan. Piyoz va sarimsoq sezilarli ximoya samaradorligiga ega. Moskvada o'tkazilgan tekshiruvda sarimsoq iste'mol qilish oshqozon saratoni xavfini sezilarli kamaytirishi aniqlandi. Sarimsoqning antikanserogen ta'siri, oshqozon saratoni xavfiga olib keluvchi *Helicobacter pylori* ga nisbatan, bakteriotsid ta'siri bilan tushuntiriladi.

Sabzavot va mevalar, laboratoriya xayvonlaridagi tajribalarda o'smalar rivojlanishini to'xtatadigan, aktiv moddalarga ega. Ularga antioksidant xususiyatlarga ega S, E vitaminlari, beta-karotin, selen, shuningdek A vitamini, foley kislotasi, fitoestrogenlar (izoflavinolalar), flavinoidlar, nikversitin, indollar va boshqalar kiradi. Xujayralar tabaqalanishida A vitamini asosiy o'rin egallaydi, shu asosida A vitamini kanserogenez ingibitori bo'lishi mumkinligi xaqidagi gipoteza paydo bo'ldi. Eksperimantal tekshiruvlarda bu gipoteza isbotlandi. A vitamini o'tmishdoshlari xisoblanadigan karotinoidlar, ayniqsa teri saratoni modelida, tajribada kanserogenez ingibitorlari bo'lib chiqdi. Epidemiologik taxlil tekshiruvlari karotinoidlar va A vitamini ximoya samaradorligini kam miqdordaligini isbotladi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki A vitamini manbai xayvon maxsulotlari xisoblanadi, karotinoidlar o'simlik maxsulotlari bilan organizmga tushadi.

Anketa asosida, "xolat-nazorat" va kogorta tekshiruvlarida A vitamini xamda karotinoidlar iste'mol qilish baxolandi, shuningdek qonda ushbu vitaminlar miqdori taxlili o'tkazildi, bunda karotinoidlar iste'mol qilish va ularning qondagi yuqori konsentratsiyasi o'pka saratoni xavfini kamaytirishi aniqlandi. Karotinoidlar iste'mol qilish xiqildoq, oshqozon, qizilo'ngach, sut bezi, siydik qopi, bachadon bo'yni saratoni xavfini kamaytiradi. C vitamini antioksidant xisoblanib, oshqozonda ovqat bilan tushadigan aminlar va nitritlardan endogen nitrozoaminlar xosil bo'lishini to'xtatadi. "Xolat- nazorat" uslubi bilan o'tkazilgan bir qator tekshiruvlarda C vitamini qabul qilishning ximoya mexanizmi aniqlangan. Ovqat bilan ko'p miqdorda C vitamini iste'mol qiluvchilarda xiqildoq, og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, oshqozon va bachadon bo'yni saratoni rivojlanish xavfi kamayishi ko'rsatib o'tilgan. Boshqa vitaminlar singari mevalar va sabzovotlar tarkibiga kiruvchi C vitaminining ximoyaviy o'rni noaniqligicha qolmoqda.

E vitamini xam kuchli antioksidant xisoblanadi. Tajribaviy tekshiruvlarda E vitamini kanserogenez jarayonini to'xtatishi ko'rsatib o'tilgan. E vitamini iste'mol qilish va uning qondagi konsentratsiyasi o'rtasidagi epidemiologik tajribalar

natijalari bir-biriga qarshidir. Biroq shuni ta'kidlab o'tish kerakki qonda E vitamini konsentratsiyasi o'rtasida bog'liqlik o'rganilganda, ayniqsa chekish bilan sababiy bog'liq bo'lmagan, yomon sifatli o'smalar rivojlanish xavfi va E vitamini darajasi o'rtasida teskari aloqa borligi aniqlandi.

2.2.3. Ortiqcha vazn, jismoniy faollik.

Rivojlangan malakatlarda semirish kasallanish va o'limning muxim sababchilaridan biri sifatida ikkinchi o'rinda (chekishdan keyin) turadi. Semirish (ortiqlcha vazn) diabet, yurak qon-tomir kasalliklar va saraton rivojlanish xavfini oshiradi. Ortiqlcha vazn vazn-bo'y indeksi (VBI) orqali aniqlanadi. VBI vaznning bo'y kvadratiga nisbatiga teng. Semirish chastotasi xamma rivojlangan davlatlarda ortmoqda.

Endometriy saratoni uchun ortiqlcha vazn va semirish dominant faktor xisoblanadi. Vazn-bo'y indeksi 20dan 35 gacha endometriy saratoni xavfi o'rtacha uch martaga oshishi aniqlangan. Bundan tashqari ortiqlcha vazn yo'g'on ichak, sut bezi (menopauzada), buyraklar va oshqozon xamda qizilo'ngach kardial qismi adenokarsinomasi xavfini oshiradi. Yo'g'on ichak saratoni VBI deyarli chiziqli ravishda 23dan 30gacha o'sishi kuzatiladi. VBI 23dan past bo'lgan shaxslarga nisbatan VBI 30dan ortiq bo'lgan odamlarda xavf 1.5-2 baravar oshadi. Ayollarga nisbatan erkaklarda, VBI yo'g'on ichak saratoni NX dan oshishi, ko'proq ifodalangan. 1,2 mln. kishini o'z ichiga olgan Amerika saratonga qarshi kurash tashkiloti tomonidan o'tkazilgan tekshirishda VBI 25kgG`m2dan past bo'lgan erkaklarga nisbatan VBI 30kgG`m2 bo'lgan erkaklarda yo'g'on ichak saratoni NX 75% yuqori bo'lgan, ayollarda esa VBI 30 kgG`m2 dan yuqori bo'lganlarda NX bor yo'g'i 25%ga oshgan.

Ortiqlcha vazn va sut bezi saratoni o'rtasidagi aloqa 100dan ortik epidemiologik tekshirishlarda ko'rsatib o'tilgan. Ayollarda NX ikki marta oshishi VBI 24 kgG`m2 bo'lganlarda ta'kidlangan. 340 ming ayollarni o'z ichiga olgan kogortali metaanaliz tekshiruvida VBI 21kgG`m2 bo'lgan ayollarga nisbatan 28kgG`m2 bo'lgan ayollarda NX 30 %ga oshganini ko'rsatadi. Yosh ayollar uchun ortiqlcha vazn sut bezi saratoni uchun xavf omili xisoblanmaydi.

VBI 30kgG`m2 dan yuqori bo`lgan ortiqcha vazn buyrak saratonining 2-3 marta oshishiga olib keladi. Xavf ayollar uchun xam erkaklar uchun xam yuqoridir. Oriqcha vazn qizilo`ngach va oshqozon kardial qismi saratoni uchun bir xilda ta'sir ko`rsatadi. Shuningdek ortiqcha vazn va qalkonsimon bez, o`t qopi saratoni o`rtasida bog`liqlik kuzatilgan.

Garbiy Yevropada o`tkazilgan epidemiologik tekshiruvlar natijalari asosida ortiqcha vazn va semirish 11%ga yo`g`on ichak saratoni, 9% sut bezi saratoni, 39% endometriy saratoni, 37% qizilo`ngach kardial qismi adenokarsinomasi, 25% buyrak saratoni va 24% o`t qopi saratoni sababchisi xaqida xulosa qilingan.

Kasbga va sport mashg`ulotlariga bog`liq bo`lgan jismoniy faollik esa chamber ichak, sut bezi, endometriy va prostata saratonining rivojlanish xavfini kamaytirishi aniq isbotlangan. Qanchalik jismoniy faollik yuqori bo`lsa shunchalik xavf past bo`ladi. Epidemiologik tekshiruvlarning umumiy natijalari ko`rsatishicha, jismoniy faollik saraton xavfini 60%ga kamaytirar ekan.

Shunday qilib saratonni oldini olishdagi asosiy tarkibiy qism bo`lib ortiqcha vazn nazorati va jismoniy mashqlar bilan shug`ullanish xisoblanadi. Bu ayniqsa o`tirib xayot tarzini olib boradiganlarga tegishlidir, chunonchi zamonaviy ijtimoiy xayotda bunaqalar ko`pdir.

2.2.4. Alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish

Xaddan tashqari ko`p miqdorda alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish og`iz bo`shlig'i, xalqum, xiqildoq, qizilo`ngach, oshqozon, jigar, oshqozon osti bezi, chamber va to`g`ri ichak xamda sut bezi saratoni rivojlanish xavfini oshiradi. Mavjud bo`lgan ilmiy ma'lumotlar taxliliga ko`ra MAIR ishchi guruxi alkogol' ichimliklari kanserogen xususiyatga ega degan xulosaga kelishdi.

Ekologik yoki o`zaro bog`liq tekshiruvlarda ko`rsatilishicha axoli son boshiga iste'mol qilinuvchi alkogol', yomon sifatli o`smalardan o`lim soniga o`zaro bog`liqdir. Fransiya alkogol' iste'mol qilish va jigar sirrozidan o`lim soni xamda og`iz bo`shlig'i, xalqum, qizilo`ngach va oshqozon saratonidan o`lim soni

o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Xuddi shunaqa ma'lumotlar AQSHda olingan, axoli son boshiga alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish va oshqozon, chamber ichak xamda to'g'ri ichak saratonidan o'lim soni o'rtasida statistik aniq o'zaro bog'liqlik ta'kidlangan.

Yaponiyada 46 ta prefekturada o'tkazilgan o'zaro bog'liq tekshirishlarda alkogol' iste'mol qilish va oshqozon-ichak trakti o'smalaridan o'lim o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. 30 ta davlatni o'z ichiga olgan xalqaro tekshiruvda axoli son boshiga alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish va birlamchi jigar saratoni o'rtasida statistik o'zaro bog'liqlik aniqlangan. B gepatiti bilan tuzalishdan keyin o'zaro bog'liqlik aniqligicha qoldi. Fransiya, Angliya, Avstraliya va Yangi Zelandiyada alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish dinamikasi va qizilo'ngach, xiqildoq, chamber va to'g'ri ichak saratonidan o'lim o'rtasida o'zaro bog'liqlik kuzatilgan.

Chekish va alkogol' iste'mol qilishdan saqlanuvchi diniy guruxlarda yomon sifatli o'smalardan o'lim soni umumiy populyatsiyaga nisbatan shubxasiz kamdir. AQSHda istiqomat qiluvchi Yettinchi kun mormonlari va adventistlari o'rtasida o'tkazilgan tekshirishlarda ular og'iz bo'shlig'i, oshqozon, qizilo'ngach, xalqum, chamber va to'g'ri ichak saratonidan sezilarli kam kasallanishlarini ko'rsatadi.

Prospektiv va retrospektiv epidemiologik taxlil tekshirishlari alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish insonda kanserogeneza o'rni borligi isbotlandi. Kagortali va retrospektiv epidemiologik tekshirishlarda og'iz bo'shlig'i va xalqum saratoni rivojlanish NX statistik aniq oshishi aniqlandi. Ayrim tekshiruvlarda NX 10 marta va undan ko'p oshishi kuzatildi. Chekish va alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish o'rtasida sinergizm ta'kidlandi.

Alkogol' ichimliklarini iste'mol qilishning xiqildoqqa ta'siri xam isbotlangan. Epidemiologik taxlil tekshirishlari ko'rsatishicha xaddan tashqari ko'p alkogol' ichimliklari iste'mol qiluvchi ayol va erkaklarda xiqildoq saratoni NX yuqoridir. Turli xil tekshirishlarga ko'ra iste'mol qilinuvchi alkogol' miqdoriga qarab NX 15-50 atrofida o'zgarib turadi. Xamma epidemiologik tekshirishlarda alkogol' iste'mol qilish va chekishning NX ga sinergik ta'siri aniqlangan va bu birin ketin ta'sir qiladigan xususiyatga ega.

Alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish va qizilo'ngach saratoni o'rtasida sababiy bog'lanish epidemiologik tekshirishlarda aniqlangan. Ko'pchilik tekshirishlarda alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish bilan NX 10 va undan yuqoriga ko'tarilgan. Chekish alkogol' iste'mol qilishni qizilo'ngach saratoniga ta'sirini oshiradi.

Alkogol' iste'mol qilish oshqozon saratoni xavfi oshishiga olib keladi. Alkogol'ning oshqozon kardial qismi va boshqa qismlariga kanserogenez jarayoniga ta'siri bir xilda tarqaladi. "Xolat-Nazorat uslubi bilan Pol'shada o'tkazilgan tekshirishda naxorga och qoringa aroq ichadigan erkaklarda oshqozon kardial bo'lmagan qismi saratoni NX sezilarli yuqori bo'lgan.

Moskvada "xolat-nazorat" uslubi bilan o'tkazilgan tekshirishda xaddan tashqari ko'p alkogol', ayniqsa aroq, iste'mol qiluvchi ayol va erkaklarda oshqozon saratoni NX aniq statistik oshishi aniqlangan. Kuchli alkogol' ichimliklarini iste'mol qilish oqibatidagi kanserogen ta'sir kardiya uchun yaqqol ifodalangan. Chekish alkogol'ning kanserogen ta'sirini kuchaytiradi. Bu ikki omil o'zaro ta'sir natijasi oshqozon saratoni uchun umumiydir.

Alkogol' ichimliklarni iste'mol qilish ta'siri chambar va to'g'ri ichak epidemiologik taxlil tekshirishlari natijalari bir-biriga qarama qarshidir. Ayrim "xolat-nazorat" uslubi bilan o'tkazilgan tekshirishlarda spirtli ichimliklar va pivo iste'mol qilishga bog'liq xavf ortishi aniqlangan. Biroq kagortali va "xolat-nazorat" tekshirishlarida natijalar tasdiqlanmaydi.

Spirtli ichimliklar iste'mol qilish va birlamchi jigar saratoni o'rtasidagi bog'liqlik isbotlangan deb xisoblasa bo'ladi. Xaddan tashqari ko'p alkogol' iste'mol qilish jigar birlamchi saratoni xavfini 1.5-1 baravar oshiradi. Lekin birlamchi jigar saratonining muxim omillaridan biri xisoblangan C, B gepatit viruslari tarqalgan davlatlarda jigar saratoniga xavf alkogol' ta'siri yanada yuqoriroqdir. B virusi yuza antigenni tashib yuruvchilarda spirtli ichimliklar qabul qilish bilan bog'liq NX sakkiz marotaba oshgan, bu esa B gepatit virusi va alkogol' ichimliklar iste'mol qilish o'rtasidagi sinergizm oqibatida birlamchi jigar saratoni xavfiga ta'sirdan dalolat beradi.

2.2.5. Ul'trabinafsha nurlanish

Eksperemental va epidemiologik tekshirishlar ko'rsatishicha UB nurlanish inson uchun kanserogen xisoblanadi va yassi xujayrali saraton, bazalioma xamda teri melanomasiga olib keladi.

UB nurlanish quyosh nurining ko'rinmaydigan spektr qismi xisoblanib 100-400 nanometr (nm) uzunlikda bo'ladi. UB nurlanish radiatsiyasi shartli uch qismga bo'linadi: UB-S, garbetsid UB nurlari, 280nm kam uzunlikdagi to'lqinlar; UB-A radiatsiya insonlar va laboratoriya xayvonlarida pigmentatsiya xamda eritema chaqiradigan 330-44 nm uzunlikdagi to'lqinlardir; UB-B radiatsiya 280-330 nm uzunlikdagi nurlardir. 290 nmdan kam bo'lgan UB-B radiatsiya nurlari atmosfera bilan yutiladi, ozroq qismi yergacha yetib keladi. UB radiatsiyaning aynan shu qismi eng xavfli xisoblanadi. UB-A radiatsiya ta'siriga nisbatan uning ta'siri odam terisiga kanserogen ta'siri sezilarli kuchlirok. Xar xil uzunlikdagi UB nurlarini o'rganish oqibatida, eritemani eng ko'p 297 nm uzunlikdagi UB nurlar chaqirishi aniqlandi. To'lqin uzayishidan UB nurlari samaradorligi kuchi pasayadi. UB-B radiatsiya teri qarishi jarayoniga ta'sir etadi. Ekperemental sistemalar UB-B radiatsiyasi natijasida ko'pchilik odam terisi yassi xujayrali saratoni r53gen supressorida mutatsiya aniqlanadi. Lekin boshqa tomondan UB-B radiatsiya organizmda D vitamini va kal'siy oshishiga olib keladi, bu ayniqsa nomutanosib ovqatlanadigan axoli uchun muximdir. UB radiatsiyasidan asosiy ximoya qiluvchi tarkibiy qism bu OZON (O_3) dir. Ozon UB-b nurlanishni stratosferada yutib kamroq UB-B nurlarini yerga o'tkazadi. Ozonning yo'qolib ketishi UB-B nurlanishini yerga yetib keluvchi nurlanishi oshishiga olib kelishi mumkin.

Yassi xujayrali saraton va melanoma bilan kasallanishning ortishini ayrim olimlar UB-B nurlanishi darajasining yer yuzining ayrim xududlarida, masalan Kanada va Shveytsariyada, ortishi bilan bog'lashmoqda. Lekin UB-B nurlanishining global ortishi kuzatilmadi, lekin yomon sifatli va teri o'smalari ortishini iqtisodiy rivojlangan davlatdagi insonlarning ta'tillarini issiq mamlakatlarda o'tqazishi bilan bog'lash mumkin. Teri yomon sifatli o'smalari ko'proq oq tanli axoli o'rtasi jumladan quyoshda ko'proq toblanadigan ko'k va

kulrang ko`zli sariq xamda qizg`ish sochli axolida, sepkil chiqishga moyil bo`lganlarda uchraydi. Teri o`smalari ko`proq tananing ochiq joylarida kuzatiladi.

Teri o`smalari yomon sifatli bo`yicha yer yuzining turli xududlarida teskari bog`lanish mavjud va UB nurlanish bilan esa musbat bog`lanish bor. Yassi xujayrali saraton bilan ko`pincha ochiq xavoda ishlaydigan, uzoq muddat quyosh nurlari ta'sir etadigan ishchilar kasallanishadi, teri melanomasi bilan esa yopiq binolarda ishlaydigan, quyoshda toblanishni yaxshi ko`radigan va terisi tez kuyadigan ishchilar kasallanishadi quyosh nurlari ta'siridan (masalan keratoz va elastoz) yuzaga kelgan, shuningdek genetik buzilishlarga sindromlar al'binizm, kseroderma, pigmentozum ega bo`lganlarda teri saratoni xavfi yuqori xisoblanadi. UB nurlanishni yassi xujayrali saraton xavfiga ta'siri ko`proq ifodalangan. Melanoma etiologiyasida quyosh nurlanishi bilan birga ko`plab xollar, displastik nevuslar ko`rinishidagi konstitutsional xususiyatlar muxim o`rin egallaydi.

UB nurlarning uch shakldagi yomon sifatli o`smalar oldini olishdagi ahamiyatini xisobga olib, ayniqsa 12 va 15.00 o`rtasida, uzoq muddatli quyoshda Bo`lishdan saqlanish lozim, kanserogenez nuqtai nazaridan quyosh nurlarining faolligi eng xavfli bo`ladigan davr xisoblanadi. Ximoya kremlarini qo`llash kuyishni oldini oladi lekin melanoma xavfini kamaytirmaydi. Bundan tashqari tibbiy yo`riqnomalarsiz solyariylardan foydalanish tavsiya etilmaydi.

2.2.6. Kasbga oid kanserogenlar

Mavjud epidemilogik ma'lumotlarga qaraganda, xamda MAIR tomonidan o`tkazilgan, 50 dan ortiq kimyoviy moddalar, murakkab aralashmalar va omillarni baxolash oqibatida inson uchun kasbga oid kanserogen xavf omillar ko`pincha yigiruv joylarida uchraydi va yomon sifatli o`smalar rivojlanishida xavf omili isbotlangan bo`lib, I guruxga kiritilgan. Ulardan ayrimlari yuqori darajadagi sanoat mamlakatlari xamda unchalik yuqori darajada bo`lmagan sanoat davlatlarida xam keng tarqalgan. Ilmiy ma'lumotlarga asoslanib kanserogen ta'sirga ega aniq bir moddani ajratib olishni iloji bo`lmasa, yomon sifatli o`smalar rivojlanishiga olib keluvchi kanserogen ishlab chiqarish jarayoni deb tasniflanadi. Shu tarzda 1

guruxga yomon sifatli o'smalar xavfini oshiruvchi ishlab chiqarish jarayonlari va kasblar kiritilgan.

Undan tashqari MAIR tomonidan eksperimental va mantiqiy epidemiyaga asoslangan xolda o'nlab omillar kanserogen bo'lishi mumkin bo'lgan (2a guruxi) kiritilgan, xamda inson ishlab chiqarish jarayonida to'qnash keladigan 200 dan ortiq moddalar eksperimental tekshirishlar asosida taxminiy kanserogen omillar sifatida 2b guruxiga kiritilgan.

Quyida kanserogenligi inson uchun isbotlangan kimyoviy moddalar va omillar keltirilgan: (1 gurux)

- 4-aminobifenil
- azatioprin
- asbest
- aflatoksin
- benzidin
- benzol
- berilliy va uning birikmalari
- bis-metilxlorid va metilxlor efiri
- N,N-6ns- (2-xloretil)-2-naftilamin(xlornafazin)
- 1,4- butandiol dimetilsul'fonat;
- vinilxlorid
- xantal gazi
- ionlovchi nurlanish
- Kadmiy va uning birikmalari
- kremniy (kristall shakli)
- mish'yak va uning birikmalari
- 2-naftilamin
- nikel va uning birikmalari
- radon
- sul'fat kislota(bug'lari)
- asbestsimon tolalar tutuvchi tal'k

2.3. Ikkilamchi profilaktika. "Yuqori xavf" guruxlarini aniqlash.

Kansergen xolatni boshqarishda ikkilamchi saraton profilaktikasi chora-tadbirlari uchinchi pog'onada ko'zda tutilgan.

Ular o'sma oldi kasalliklari bor bemorlarni sog'lomlashtirish va saratonni erta aniqlashni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktikaning ikkala vazifasi tibbiyot xizmatining bir xil kuchlari orqali amalga oshirilishi kerak. Sog'liqni saqlashning zamonaviy rivojlanish bosqichida ushbu vazifalarni xal qilishning eng samarador usullaridan bu yoppasiga skrining uslublari va shakllarini ishlab chiqish xamda amaliyotga kiritish xisoblanadi.

Skrining metodlarining tarixi va rivojlanishi bir-birini to'ldiruvchi va butunlikni ta'minlovchi eng kamida oltita shakllarini biladi:

- Anketa- so'rov
- Gineko-sitologik
- Flyuroografik
- Mammologik
- Laborator
- Endoskopik.

Yoppasiga skrining jarayonida bir tomondan inson sog'lig'i xolatini baxolash vazifalari, boshqa tomondan esa xususiy masalalar(jinsiy a'zolar xolati, sut bezi, ko'krak qafasi a'zolari va b.) xal qilinadi. Oxirgi aytib o'tilganlar umumiy tekshirishni sezilarli darajada to'ldiradi.

Skrining faoliyatining asosiy prinsipi - bu tekshiriladigan shaxslar doirasining qadamba-qadam torayishi diagnostik jarayon chuqurlashishidir.

Birinchi bosqichda eng oddiy va universal uslublardan biri bo'lib anketa-so'rov uslubi xisoblanadi. Maxsus ishlab chiqilgan anketa asosida axoli o'rtasida ichki va tashqi a'zolar tomonidan shikoyatlar yoki turli xil ob'ektiv metodlar bilan aniqlanadigan patologik o'zgarishlar borligi, onkologik kasalliklarga shubxa mavjudligi o'rganiladi. Anketa savollariga bemorning o'zi javob beradi. Anketa-

so'rov metodi asosiy qiyinchiligi bu ko'p sonli bemorlar natijalarini taxlil qilish va bo'lishi mumkin bo'lgan tashxisni tez olishdir. O'z vaqtida anketa so'rovi xaqida xulosa qilmaslik ma'lumotlarga ishonchni yo'qotadi.

Qanday qilib anketa ma'lumotlari asosida bo'lishi mumkin bo'lgan diagnoz savoliga javob topish mumkin.

Ma'lumki turli xil kasallik xolatlarida xar bir kasallik o'z ob'ektiv va sub'ektiv simptomlariga ega. Ma'lum bir simptomlar kasallik boshlang'ich davrida boshqalari esa jarayon rivojlanishi bilan paydo bo'ladi. Inson miyasi xar doim xam xolatlarni to'g'ri baxolay olmaydi. Yordamga maxsus programmalar bilan jixozlangan komp'yuter keladi. Ya.G. Rayxman maxsus anketaga joylashtirilgan savollar asosida noyob komp'yuter test algoritmini ishlab chiqqan. Bemor komp'yuter oldida o'tirib bevosita anketa savollariga javob berib u yoki bu patologiya to'g'risida birdaniga xulosaga ega bo'ladi (ekspress diagnostika) va tashxisni aniqlashtirish uchun tavsiyalarni oladi. Komp'yuter testi asosida ekspress diagnostika programmasi to'g'ri tashxis uchun yo'nalish ko'rsatadi. Zamonaviy xayot tarzida inson shifokor qabulida bo'lish uchun yetarlicha vaqti bo'lmaydi, faqatgina chidab bo'lmas xolatda, ya'ni xar kungi ishni amalga oshirib bo'lmaydigan vaziyatdagina tibbiy yordam uchun murojaat qiladi. Bunda saratonning kech tashxislanishi tez-tez uchrab turadi. Komp'yuter testini qo'llash bilan ekspress diagnostika ushbu kamchiliklarni bartaraf etadi. Metodning oddiyligi, arzonligi, xammabopligi birinchi bosqichdagi saraton oldi kasalliklari yoki saraton bo'lish extimolligi bo'lgan shaxslarni yoppasiga skrining qilish bilan muammoni xal qilishga imkon beradi, tashxisni aniqlashtirish ikkinchi bosqich (shifokor bosqichi)da yashash joyi bo'yicha tegishli poliklinikada amalga oshiriladi. Davriy ginekologik ko'zdan kechirishlar va sitologik tekshirish uchun surtma olish, ko'krak qafasi a'zolari flyurografik tekshiruvi, mammagrafiya va sut bezini mustaqil ko'zdan kechirish anketa-so'rov metodining natijalarini to'ldiradi.

Xozirgi kunda ikkilamchi saraton profilaktikasi faqat bachadon bo'yni saratoni uchun samaradorligini ko'rsatadi. Boshqa saraton shakllarida natijalar

unchalik ishonchli emas. Oxirgi o'n yilliklarda ayrim a'zolar saratoni uchun o'sma markerlari qo'llana boshlandi. Bu inson qoni yoki boshqa substansiyada aniqlanuvchi biologik moddalar bo'lib saraton mavjudligini ko'rsatadi. Markerlar yetarlicha spetsifik emas, lekin taxminiy diagnozni aniqlashga yordam beradi. Ayniqsa urologik amaliyotda prostata bezi xolatini nazorat qilish uchun keng qo'llaniladi.

"Ikkilamchi profilaktika" sistema osti tizimining faoliyati oxirgi natijasi bir tomondan saraton paydo bo'lishini oldini olib, saraton oldi xolatlarini aniqlash va davolash bo'lsa, boshqa tomondan kasallikni ishonchli davolash sifatida erta aniqlashni yaxshi yo'lga qo'yish xisoblanadi. Ikkilamchi saraton profilaktikasi boshqacha tipdagi sistema xisoblanadi. Saratondan o'lim soni sistema yaratuvchi omili hisoblanadi.

Ikkilamchi saraton profilaktikasi saratonni erta aniqlash va o'sma oldi kasalliklari bor shaxslarni sog'lomlashtirish muammosini bartaraf etishi kerak. O'sma oldi kasalliklari bor shaxslarni sog'lomlashtirish odatda "birlamchi profilaktika"ning elementi hisoblanadi. Bu saraton "kompleks profilaktikasi programmasida" sistema osti tizimiga bo'linishi shartli hisoblanadi.

Hozirda skrining saraton profilaktikasida boshqa maqsadda qo'llanishi muhim ahamiyatga ega. O'tgan yillar mobaynida skrining qo'llashni paydo bo'lishi (1962) ko'p rivojlanish yo'lidan o'tdi va shakllandi (o'pka saratonini aniqlash uchun rentgenoflyurografiya, servikal kanal surtmasi tekshiruvi, mammagrafiya va sut bezi mustaqil tekshiruvi). Skrining bu shakllari sog'liqqa hech qanaqa shikoyati bo'lmagan odamlarda alohida a'zolar patologiyasini aniqlashga qaratilgan.

Xususiy skrining shakllarini qo'llash, xususiyatlariga bog'liq holda bir qator chegaranishlarga ega. Ko'krak qafasi a'zolari rentgenoflyurografiya organizmga yetarlicha nur yuklamasiga ega emas va imkoniyatlari ham yetarlicha emas. Uni bittadan qo'llash katta iqtisodiy mablag'ni talab qiladi. O'pka flyurografiya yuqori xavfga ega guruhlar (chekuvchilar, chang bilan bog'liq kasblar) uchun maqsadga muvofiqdir. Kam dozali raqamli flyurografiya rivojlanishi bilan bu

metod prinsipial o'zgardi. Bu noyob metodika nafaqat bemor nurlanish dozasini 4 martaga kamaytirishga balki kompyuter monitorida sifatli tasvir olishga, hamda lazer printer orqali qog'ozga tushirishga shuningdek magnitoplastik qurilmalarning xotirasida saqlash va uzoq yillar saqlab yurish imkonini beradi.

Mammagrafiya o'zining yoshga bog'liq cheklanishlariga ega chunki, 45-50 yoshgacha qo'llash sut bezi saratoni xavfini oshiradi. Shuning uchun sut bezlarini mustaqil tekshirishga ahamiyat beriladi.

Gastroflyurografiya qo'llash uchun keng klinik ko'rsatmalarga ega bo'lish kerak. Sog'liq tomondan turli xil shikoyatlarga insonlarning sezilarli qismi skrining ushbu metodlari kerak bo'lmadi. Ular har kungi mehnat bilan ishlab chiqarish va uyda shug'ullanib vaqt yetishmasligi hisobiga tibbiy yordamga murojaat qilishmaydi. Ular orasida saraton allaqachon rivojlangan bo'lishi mumkin. Bunday bemor chidab bo'lmaz holatlar yuzaga kelganda, o'sma jarayoni tarqalib uni samarali davolashning iloji bo'lmaydigan holatda yordam olish uchun murojaat qilishadi.

Zamonaviy diagnostika metodlari alohida individlarda saratonning yetarlicha erta bosqichda aniqlashga imkon beradi. Muammo bunday emas. Muammo saraton yoppasiga tarqalgan sharoitda saraton paydo bo'lishidan diagnoz aniqlanishigacha bo'lgan yo'lni qisqartirish va aholi o'rtasida saraton xavfi faktorlari va o'sma oldi kasalliklari tarqalishini kamaytirishdir. An'anaviy tibbiy yordam xizmatlari katta aholi kontingentini o'z vaqtida ko'zdan kechirishga imkon bermaydi. Shuning uchun bir tomondan yoppasiga hamma muhtoj bo'lganlar va o'z sog'ligini tekshirib ko'rishni istaganlarni, boshqa tomondan onkologik kasalliklarga nisbatan yetarlicha axborotga ega uslublar kerak.

45 yil oldin JSS tashkiloti saratonni aniqlashda skriningni yuqori samarador qurol deb tan oldi. Skrining aniqlab bo'lmaydigan kasallikni, nuqsonlarni test, tekshiruv yoki muolajalar orqali ko'p vaqt talab qilmasdan taxminiy aniqlovchi metod sifatida ta'kidlandi. Bemolarni bunaqa saralashda sog'lom bo'lishi mumkin bo'lgan va kasal bo'lishi mumkin bo'lganga ajratiladi. Tezkor xususiyatlarga ega bo'lgan skrining-test tushunchasi mavjud. O'sma jarayoni mavjudligi borasida

testlar yetarlicha axborotlilikka ega bo'lishi kerak. Aholini yoppasiga profilaktik ko'zdan kechirish rivojlanish va shakllanishining ko'p yillik malakasi ko'rsatishicha, bunaqa sharoitda saratonni erta aniqlashda bu metodlar keraksiz bo'lib qoldi. Tashxis qo'yishning turli bosqichlarida vaqt yo'qotish o'z vaqtida diagnostika qila olmaslikka va kasallik rivojlanishiga olib keldi. Aholini yoppasiga tekshirishda tekshiruvchilar u yoki bu surunkali kasallikning uch shakli bilan to'qnash kelishadi:

Ma'lum sub'ektiv simptomlarga ega kasalliklar;

Ifodalangan sub'ektiv simptomlarga ega bo'lmagan, lekin tana qismlarining ko'rinadigan joylarida ob'ektiv o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladigan Kasalliklar (teri, shilliq qavatlar, sut bezlari, bachadon bo'yni, to'g'ri ichak);

Ham sub'ektiv ham ob'ektiv ko'rinishlarga ega kasalliklar.

Yoppasiga o'tkaziladigan skrining kasallikning turli shakllarida namoyon bo'lishini aniqlashga imkon berishi kerak. Skrining samarali faoliyatining asosiy prinsipi - bu tekshiriladigan shaxslar doirasining ketma-ket torayib borishi va diagnostik jarayon chuqurlashishidir. Birinchi bosqichda tekshiriluvchida kasallikning qandaydir belgilari borligini aniqlash va bemorni tekshirishga yuborish zarur.

Birinchi bosqichda skrining eng oddiy va universal uslublaridan biri bu anketa yig'ishdir. Anketada u yoki bu kasallikning asosiy simptomlari yoki ko'zdan kechirish mumkin bo'lgan a'zolarining onkologik kasalliklarini ifodalovchi tashqi belgilari qayd qilingan bo'lishi kerak. Bu anketa tuzuvchidan keng tibbiy bilimdonlikni talab qiladi. Lekin anketa ikkilamchi savollar bilan to'lgan bo'lishi kerak emas. Bunaqa anketa yordamida turli ob'ektiv metodlar bilan bemorlarning tashqi va ichki a'zolaridagi shikoyatlari asosida yoki patologik o'zgarishlar asosida so'rov o'tkaziladi, onkologik kasalliklarga shubha bor yo'qligi aniqlanadi. Anketa nafakat o'smaning sub'ektiv belgilari balki tashqi tomondan ko'rish mumkin bo'lgan a'zolaridagi ob'ektiv o'zgarishlar haqida ma'lumot beradi. Anketa savollariga bemor o'zi javob berishi mumkin.

Anketa –so'rov metodi asosiy murakkabligi bu katta miqdordagi bemorlar so'rovlarini tezda tahlil qilish va bo'lishi mumkin bo'lgan diagnoz haqida, yanada aniqlashtirish to'g'risida, xulosa qilish oqibatida anketa-so'rovi ma'lumotlarini shubha ostiga qo'yadi. Rossiya Janubidagi hududlarda o'tkazilgan aholi o'rtasida anketa so'rovida sog'lom deb ataluvchi axolining 60%gacha shaxslari ichki va tashqi a'zolar tomonidan patologiya borligi to'g'risida turli xil shikoyatlar qilishgan, shu bilan birga 23-25% i oshqozon-ichak trakti a'zolari tomonidan shikoyat qilishgan. Tekshirishgacha bo'lgan davrda, orasida saraton ehtimoli bor bo'lgan bunaqa miqdordagi bemorlarni tekshirishga uzoq oylar talab qilinardi. Tabiiyki, ma'lumotlar haqiqiylikining tekshirish vaqtini qisqartirib, qanaqa qilib anketa ma'lumotlariga asoslanib bo'lish ehtimoli bo'lgan diagnozni topish xususida savol tug'ilgandi.

Ma'lumki har bir kasallik, turli hil hastalik holatlarida, alohida simptomlar bilan ifodalanadi. Ma'lum bir simptomlar kasallik boshlang'ich davrida boshqalari esa jarayon rivojlanishi bilan paydo bo'ladi. Inson miyasi har doim ham holatlarni to'g'ri baholay olmaydi. Yordamga maxsus programmalar bilan jihozlangan kompyuter keladi. Y.G.Rayxman maxsus anketada sezilarli darajada yuqoriligini aniqladi. Joylashtirilgan savollar asosida noyob kompyuter test algoritmini ishlab chiqqan. Bemor kompyuter oldida o'tirib bevosita anketa savollariga javob berib u yoki bu patologiya to'g'risida birdaniga xulosaga ega bo'ladi (ekspress diagnostika) va tashxisni aniqlashtirish uchun tavsiyalarni oladi.

Kompyuter testi asosida ekspress diagnostika programmasi to'g'ri tashxis uchun yo'nalish ko'rsatadi. Bu ayniqsa saraton kasalligiga shubha qilinganda muhim hisoblanadi, chunki vaqtni cho'zish, 2-3oy vaqt yo'qotish kasallikni davolay olmaslikka olib kelishi mumkin. Metodning oddiyligi, arzonligi, hammabopligi birinchi bosqichdagi saraton oldi kasalliklari yoki saraton bo'lish ehtimolligi bo'lgan shaxslarni yoppasiga skrining qilish bilan muammoni hal qilishga imkon beradi.

Tashxisni aniqlashtirish ikkinchi bosqich (shifokor bosqichi)da yashash joyi bo'yicha tegishli poliklinikada amalga oshiriladi. Bu bilan saraton tashxisini Qo'yish va davolashni boshlash vaqti sezilarli kamayadi.

O'sma jarayonini klinikagacha bo'lgan davrda aniqlash fikri olimlarni anchadan beri bezovtalantirmoqda edi. Saratonni klinikagacha bo'lgan davrda tashxislashga imkon beruvchi testlarning topilmaganligi uchun ushbu qiziqarli g'oya real yechimini topmadi. Onkoglogik kasalliklarni aniqlash yo'llaridan biri bu qon zardobida o'sma markerlarini topish hisoblanadi. Saraton bilan hastalangan bemor qonida, faqatgina saratonga tegishli, elementlar yo'q, o'sma markerlari esa nospetsifik hisoblanadi, chunki o'sma bo'lmagan bemorlarda ham uchrab turadi. Bitta o'sma markerlarini aniqlash hal qilib bo'lmaydigan muammo va qimmat turadigan tadbir hisoblanadi.

Shuning uchun tekshirish o'tkazish uchun ko'rsatmalarni, ya'ni o'sma markerlarini tekshirish zarur shaxslar kontingentini, aniqlash savoli tug'iladi. Xozirgi kunda o'sma markerlari ma'lum klinik ko'rinishga ega u yoki bu kasalligi bo'lgan bemorlarda o'tkazilmoqda. Bu yerda yana birinchi o'ringa, kasallik klinik belgilariga asoslangan- skrining chiqadi.

2.4. Saraton oldi va fon kasalliklari haqida tushuncha.

Saraton oldi kasalliklari - bu umumiy populyatsiyaga qaraganda yuqori ehtimollik bilan saratonga o'tadigan holat. Lekin saraton oldi foni borligi bu saratonga shubhasiz o'tadi degani emas. Saraton oldi kasalliklari 0,5-1% holatlarda yomon sifatliga o'tadi. Saraton oldi kasalliklari spektri judayam keng. Ularga deyarli hamma surunkali yallig'lanish, spetsifik va nospetsifik jarayonlar kiradi. Masalan oshqozonda bu - turli etiologiyadagi surunkali gastrit, shuningdek oshqozon yarasi sababli qilingan rezeksiya; o'pkada - surunkali bronxit; jigarda surunkali gepatit va sirroz; sut bezidagi disgormonal jarayonlar - mastopatiya; endometriydagi giperplastik jarayonlar - bezli giperplaziya; bachadon bo'ynida - erroziya va leykoplakiya; qalqonsimon bezdagi diffuz va tugunli buqoq; kasbga oid dermatit chaqiruvchi kimyoviy agentlar, shilliq qavati kuyishlari; virusli kasalliklar (bachadon bo'yni papillomavirus infeksiyasi); yaxshi sifatli o'smalar (oshqozon va

yo'g'on ichak adenomatoz poliplari, neyrofibromalar); parazitari kasalliklar (opisthorxoz va b.).

Saraton oldi holatlariga - fakultativ saraton oldi kasalligi (fakultativ saraton oldi) va saraton oldi holatlari - obligat saraton oldi kasalligi (obligat saraton oldi) kiradi. Erta saratonga predinvaziv saraton (carcinoma in situ) va erta invaziv saraton - mikrokarsinoma kiradi. Shunday qilib erta onkologik patologiyada 4 ta ketma ket keladigan saraton morfogenezi fazalarini ajratish mumkin:

I - saraton oldi holatlari - fakultativ saraton oldi kasalliklari;

II - predinvaziv saraton - carcinoma in situ;

III - erta invaziv saraton.

Saraton oldi I fazasiga - fakultativ saraton oldiga turli hil atrofik va distrofik o'zgarishlar bilan kechadigan, regenerativ mexanizmlar bilan bo'ladigan surunkali kasalliklar, hujayralar proliferatsiyasi o'chog'ini yuzaga keltiradigan, o'sma o'chog'i paydo qilishi mumkin bo'lgan disregenerativ jarayonlar va metaplaziya kiradi. Fakultativ saraton oldi kasalliklari judayam kam hollarda yomon sifatli hosilalarga aylanadi. Fakultativ saraton oldiga sut bezi yo'llari epiteliysi proliferatsiyasi bilan disgormonal giperplaziyasi, shilliq qavati chuqur qayta qurilishi bilan bo'ladigan atrofik gastrit, bachadon bo'yni erroziyasi, teri muguzlanishi, keratoakantoma, papilloma va boshqalar kiradi.

Saraton oldi II - obligat saraton oldi. Obligat saraton oldi kasalligi odatda nasliy yoki tug'ma omillarga bog'liq bo'lib, erta yoki kech saratonga aylanadi. Bu fazaga displaziya (dys - buzilish, plasis - hosila) kiradi, har doim disregenerativ jarayon ichida paydo bo'ladi hamda yetarli bo'lmagan va o'lik bo'lmagan to'qima uzoq elementlarining tabaqalashishi bilan, hujayralar yetilishi va proliferatsiyasi o'rtasida o'zaro moslik buzilishi bilan kuzatiladi.

Displaziya

Epiteliy displaziyasi quyidagi uchlik bilan aniqlanadi:

Hujayra atipiyasi (hujayra shakli va o'lchamining o'zgarishi).

Hujayralar tabaqalashishi buzilishi (hujayralar aniq tabaqalashishi yuk, epiteliy qavatlarida tabaqalashmagan yosh xujayralar shakllari ustunlik qiladi)

To`qima arxitektonikasi yo`qligi (aniq qavatlariga bo`lingan epiteliy bo`lmasligi).

Ko`pchilik a'zolarida displastik jarayon surunkali yalliglanish va disregeneratsiya bilan bog'liq oldin kelgan giperplaziya (hujayralar sonining ortishi) fonida rivojlanadi. Ko'pincha displaziyaning uch darajali gradatsiyasi bor: kuchsiz ifodalangan (DI), o'rtacha ifodalangan (DII) va ifodalangan (DIII). Bunda displaziya darajasini aniqlovchi mezoni bo`lib hujayra atipiyasi ifodalanish darajasi hisoblanadi. Vaqt o'tishi bilan displaziya susayishi, o'zgaras xarakterda bo`lishi yoki kuchayishi mumkin. Kuchsiz darajadagi displaziya deyarli saratonga aloqasi yuq va kuchsiz hamda o'rtacha displaziya hamma qismlarda uchraydi. Qanchalik displaziya ifodaliroq bo'lsa shunchalik orqaga qaytish extimoli kamroq. Displaziyani cancer in situ (displaziyaning eng oxirgi darajasi) deb qarasa saraton kasalligiga o'tishi ehtimoli oshadi. Displaziyaning juda ham rivojlangan morfologik ko'rinishi, invaziv xususiyatlarga ega bo'lmagan hujayrada molekulyar-genetik o'zgarishlarga to'g'ri keladigan, saratonni judayam eslatadi. Shuning uchun saraton oldi holati kompleks profilaktik choralarni o'tkazishni va hatto radikal davolashni talab qiladi, obligat rak oldi holatidagi bemorlar onkolog ro'yxatida turishi kerak. Obligat saraton oldi kasalliklariga oilaviy yo'g'on ichak polipozi, pigmentli kseroderma, Bouen dermatози, oshqozon adenomatoz polipi kiradi. Xaqiqiy yaxshi sifatli o'smalar asosan malignizatsiyalanmaydi.

Predinvaziv saraton

Predinvaziv saraton (carcinoma in situ, epiteliy ichi saratoni) o'sma morfogenezi III fazasi hisoblanadi. Bunda o'sma jarayoni bazal membranasi saqlangan epitelial plast bilan chegaralangan, hujayra chegarasida saratonga hos kataplaziya hamma belgilari bor. Epiteliy ichi saratoni o'smaning mustaqil morfogenetik shakliga kiritiladi, kompensatsiyalangan saraton deb atashadi. Shunga ko'ra predinvaziv saraton bilan 5-yillik umr ko'rish 100% hisoblanadi. Epiteliy ichi saratoni diagnostini to'liq isbotlash, zararlangan to'qimani obdon gistologik tekshiruv va ko'pincha invaziv o'sishni inkor qilish maqsadida

seriyali kesishni qo'llash asosida amalga oshiriladi. Bu faza davomiyligi 10 yil va undan yuqori bo'lishi mumkin. Yomon sifatli o'sma shakllanishida va epiteliy ichi saratonidan o'tishda oxirgi vaziyat bo'lib invaziv o'sish boshlanishi hisoblanadi.

Erta invaziv saraton

Erta invaziv saraton (mikrokarsinoma) - erta onkologik patologiyada o'sma morfologiyasining IV fazasi hisoblanadi. Bunda o'sma mahalliy bo'ladi, metastazlar kuzatilmaydi. "Mikrokarsinoma" -bu operatsiya vaqtida olib tashlangan preparatni obdon o'rganish asosida paydo bo'lgan klinik-morfologik tushuncha. Erta invaziv saraton - yomon sifatli epitelial o'sma bo'lib, bazal membranadan 0,3 sm chuqurlikgacha tashqariga o'sgan, o'rtacha mikroskop bir kichik ko'rish maydonini tashkil etadi. Bu fazada 5-yillik umr ko'rishning yuqori darajasi kuzatiladi, shuning uchun uni invaziv saratonning prognostik yaxshi sifatli bosqichiga kiritsa bo'ladi. Isbotlangan erta invaziv saratonda ximioterapiya va qo'shimcha nur terapiyasiz standart jarroxlik davolash o'tkaziladi.

A'zo saqlab qoluvchi ekonom operatsiyalar har bir bemor uchun individual hal qilinadi.

Eksperemental ma'lumotlarga asoslanib, ko'pchilik saratonni erta aniqlashning joylashishiga (bachadon bo'yni, lab, teri) asosan yomon sifatli o'sma saraton oldi kasalliklari fonida yuzaga keladi. Adabiyotlarda yozilgan *de novo*, ya'ni sog'lom to'qimalarda, yuzaga keladigan epitelial o'smalar deyarli mavjud bo'lmaydi, chunki o'smaning o'tuvchi bosqichlari latent va tez, kuchsiz klinik va morfologik belgilar bilan kuzatiladi.

2.5. Onkologiyada deontologiya muammosi

Tibbiy deontologiya (grekcha deon - burch, majbur; logos- so'z, ta'limot) - tibbiy hodimning bemor va jamiyat oldidagi burchi haqidagi fan; bunda nafaqat kasbga oid balki eng avvalo ahlokqiy, ma'naviy, odamiylik jihatlari haqida gap boradi.

Har bir tibbiy hodim o'z ish faoliyatida "Xalqaro Jeneva tibbiy assotsiatsiya deklaratsiyasi"(1994), "Tibbiy ahloq xalqaro kodeksi"(1983) ga amal qilishi kerak.

"Xalqaro Jeneva tibbiy assotsiatsiya deklaratsiyasi": *"Tibbiy birlashmaga a'zo bo'lar ekanman, men o'z hayotimni insonparvarlikning eng yuksak maqsadlariga xizmat qilishga tantanali qasamyod qilaman"* deb ta'kidlangan.

Mashxur onkologlar, akademik N. N. Bloxin va N. N. Petrov bemorlarga yordamning psixologik va ahloqiy jihatlariga katta ahamiyat berishgan. N. N. Bloxin qayd etishicha, deontologiya keng ma'noli tushuncha bo'lib, o'z ichiga: "shifokorning bemorga yordam bera olishi, bemorlar bilan, ularning qarindoshlari, kasbdoshlar, o'z ustozlari bilan to'g'ri munosabatda bo'lishni" oladi.

"Tibbiy ahloq xalqaro kodeksi"(1983) ta'kidlashicha: " Shifokor bemorning insoniy g'ururiga hurmat va hamdardlik bilan munosabatda bo'lishi hamda tibbiy yordamning kasbiy mutaxassislikdan qat'iy nazar hamma jihatlariga javob berishi kerak".

Tibbiyot hodimining tashqi qiyofasi, bemorlar bilan, ularning ota-onalari, qarindoshlari bilan muloqot qilish san'ati o'zaro hamfikrlikni yuzaga keltiradi yoki aksi bo'lganda, e'tiborsizlik va qo'pollik shifokordan uzoqlashtiradi, salbiy xisssiyotlarni, hatto tajovuzkor harakatlarni chaqiradi.

Tartiblilik, mehribonlik, aniqlik va o'z ishiga talabchanlik - yoshidan qat'iy nazar tibbiy hodimga e'tiborni qaratadigan xislatlardir.

Aniqlik va o'z ishiga talabchanlik - bu asosiy xususiyatlarga e'tiborsizlik yaramaydi. Agar siz bemor bilan aniq bir vaqtda uchrashuv tayinlagan bo'lsangiz belgilangan vaqtda o'sha joyda bo'ling; lekin qandaydir uzrli sababga ko'ra (tezkor operatsiya, boshqa bemorga chaqiruv) uchrasha olmasangiz yozib qoldiring yoki shaxsan uzr so'rang, lekin uchrashuv haqida unutmaganingizni bildiring.

Mehribonlik.

Bu unutilgan so'z tibbiy hodimning bemorga, azoblariga hamdard bo'lishini, qarindoshlariga hamdard bo'lishini, og'ir kasal yotgan farzandi bor ota-onalar

holatini, qayg`u azobi va yo`qotish xissini tushunishni talab etadi. O`ziga bino qo`yish, sun`iy "buyuklik", ko`ngilchanlik bu yerda o`z o`rniga ega emas.

O`zgalarga yaxshilik istash, shifokor marhamatliligi - davolash muvaffaqiyatining asosidir. Haddan tashqari, ayrim hollarda soxta qaxrli qiyofa, norozi yuz qiyofasi, o`tkir ohang yosh tibbiy hodimlarga tuyulgandek obro`ini mustaxkamlamaydi. Bemor bilan muloqotda shoshilmaslik, aniq ketma-ketlik, ifodalangan dikkatlilik tibbiy professionalizmga kiradi. Yo`l yo`lakay bemorni ko`zdan kechiruvchi tibbiy xodim juda xam yomon ta'ssurot uyg`otadi, zero shoshilish jiddiy xatolar va kamchiliklarga olib keladi. " Qisqaroq gapiring men shoshilyapman", "kutishga vaqtim yo`q, yana 20 ta bemorim bor" va boshqa iboralarni ishlatish mumkin emas. Xattoki sharoit xuddi shunaqa bo`lsa xam bemor tibbiy xodimni e'tiborli va mexribon ko`rishni istaydi. Siz rostdan xam shoshilayotgan bo`lsangiz qo`yidagicha: " Kechirasiz men sizni to`xtatib qolyapman, chunki siz berayotgan savollar judayam muxim. Chunki bular muxokama qilish uchun yetarlicha vaqt talab qiladi. Lekin xozir men borishim kerak. Shuning uchun keyinroq uchrashishni taklif qilaman(uchrashuv vaqti va joyini belgilash kerak), biz xammasi xaqida gaplashib olishimiz mumkin" gapirish ma'qulroq.

Chidash, o`zini boshqara olish tibbiyot xodimi uchun muximdir. Sabr va chidamlilik onkolog-shifokor, xodimlar uchun juda xam zarurdir.

Onkologik muassasalarda faoliyat yurituvchi shifokor va xamshiralar ayniqsa og`ir onkologik bemorlar bilan ishlash amaliyotida noxaq va o`ringa ega bo`lmagan, qattiq ta'nalar va ayblar eshitishga tayyor bo`lishi kerak. Biroq o`layotgan bemor qarindoshlari va bolasini yo`qotgan ota-onalar bilan baxslashib, e'tiroz bildirish mumkinmi. Ayrim xollarda kayg`u va yo`qotish paytida o`z yaqinlari o`limidan yoqimsiz xolat tajovuzkor xarakatlar bilan ifodalanadi.

Bunga tushunish bilan munosabatda bo`lish kerak. Chunki tajovuzkor xarakatlar so`nmagan kaygu va tushkunlikka qaratilgan xolos.

O`z imkoniyatlarini, bilim, malakani real baxolash kerak, zarur bulganda uzidan malakaliroq bulgan mutaxassisni taklif qilishga uyalmaslik kerak.

Bemor bilan suxbatda psixolog xususiyatlarini namoyon qilishi kerak.

Xar qanday inson "saraton", "jarroxlik amaliyoti" degan so'zlar oldida qo'rqinchni xis etishini esda tutish kerak. Bemorda qorqinchni yo'qotish shifokor va xamshiralarning eng birinchi vazifasi xisoblanadi. Kasal bolalar bilan muloqot aloxida e'tiborni talab qiladi. Bolalar xamma narsani ko'radi va tushunadi, xar qanday aytilgan e'tiborsiz so'z unga ruxiy zarba bo'lishi mumkin. Bola xuzurida uning jismoniy nuqsonlari , shuningdek kasallik og'irlik darajasi va oqibatini muxokama qilish yaramaydi. Bolalarni davolayotganlar bir bemorni emas, uch ta , ya'ni uning "kasal ota-onalari" bilan munosabatda bo'layotganini esdan chiqarmaslik kerak. Bolasi xayotiga solingan xavf tabiiyki daxshat, "inkor qilish reaksiyasini" chaqiradi.

O'zaro va boshqa tibbiy xodimlar bilan munosabati xam jiddiy deontologik jixatlarni o'z ichiga oladi. Ko'ra olmaslik, ziyon yetkazish, yomon suzlarni gapirish, o'z kasbdoshining pand yeganini ko'rib xursand bo'lish jamoada noqulay muxitni yuzaga keltiradi, bemorlarni davolashga yomon ta'sir etadi.

Xamshiralar bilan muloqotdagi xatolarga ko'pincha yosh shifokorlar o'zlarini namoyon qilish uchun yo'l qo'yishadi. Xamshiralarga nisbatan mensimasdan munosabatda bo'lish ajoyib, insoniylikni qadrllovchi va iltifotli kasbning obro'sini pasayishiga olib keldi. Bunga " mexribonlik xamshirasi" tushunchasi o'rniga kelgan noqulay atama "o'rta tibbiy xodimlar" sababchidir. Shifokor, xamshira, enaga xammasi birgalikda umumiy ish bemorni davolash va parvarish qilish ishini amalga oshirishadi. Shuni ta'kidlash kerakki rivojlangan davlatlarda xamshiralarning o'rni beqiyosdir. Xar doim shifokorlar xalqaro kongresslari o'tkazilgani kabi bemorlarni davolash va parvarish qilish muammolarini muxokama qilish bo'yicha aktiv ilmiy va tashkiliy ishlar olib borilmoqda.

Onkologiyada deontologiya prinsiplari

- Bemor ro'xiyatining maksimal ximoyasi;
- Xar bir yomon sifatli o'smasi bor bemor davolanish xuquqiga ega.

Yomon sifatli o'smasi bor bemorlar bilan ishlashda axloqiy va deontologik prinsiplarga amal qilish muxim ahamiyatga ega. Bunaqa bemorlar xolatiga kasallik eng kuchli ruhiy-travmatik ta'sir ko'rsatadi. Ko'plab mualliflar ma'lumotlariga karaganda juda xam ko'p onkologik bemorlar ruhiyatida obsessiv-fobik va asteno-depressiv buzilishlar belgilari kuzatiladi. Bu emotsional labillik, o'lim xavfi shilimshiq g'oyalari, tushkunlik va o'zi bilan o'zi ovora bo'lish bilan, xavotirlanish vasvasasi, xalokatga maxkumlik xissi, o'z kasalligidan umidsizlik, keyingi xayotning kelajagi yo'qligi, o'z joniga qasd qilish xayollari bilan namoyon bo'ladi.

Eng avvalo xar bir bemorda insonni, shaxsni ko'ra olish lozim. Ruhiy xususiyatlar, bilim darajasi, xarakter va xayot tajribasi (xamma insonlar singari) bemorlarda xar xil. Bemor o'z fikriga ega bo'lishi mumkin. Vaziyatni ko'ra olish unda nisbatan boshqacharoqdir. Bemor nuqtai nazariga xurmat bildirib, tushunishga, xarakat qilish, g'ururini kamsitmasdan xushmuomilalik bilan fikrini to'g'irlash kerak. Xar bir inson bilan muomala qilishni urganish lozim.

Onkologik bemorning xissiyot va fikrlarini to'liq tushunishga erishish mumkin bo'lmaydi. Birlamchi ko'rik davridanoq onkologik bemor qo'rquv, xavotir, depressiya belgilari bilan ifodalanuvchi og'ir emotsional stressni xis qiladi. Bu xolatda xulq-atvorning turli ko'rinishlari bo'lishi mumkin, bulardan noadekvat reaksiyalar: kasallikni inkor etish, davolanishdan bosh tortish, tajovuzkor yoki suiqasd qilish kayfiyati kuzatiladi.

Lekin xatto tashqi tomondan xam tinch ko'ringan bilan bemor atrofdagilardan yashirishga xarakat qilib, o'z kasalligi xaqida o'ylaganda qo'rquvni xis etadi. Bemorning yashirin salbiy emotsiyalari tayyorlanmagan shifokor nazaridan chetda qoladi. Uning e'tiborsiz va yuzaki yondashuvi, undan xam yomoni uziga bino qo'yishi va qo'polligi bemor xavotirini chuqurlashtiradi, kasallik kechishini yomonlashtiradi.

Shuning uchun birlamchi ko'rikda malakali shifokor bemor bilan o'zaro ishonchli munosabat o'rnatishga, uning gaplariga xurmat bildirib, xavotir sababini aniqlashga, stressni yumshatishga (xech bo'lmasa chuqurlashtirmaslikka), e'tibor bilan xamdardlik bildirib davolanishga ruhiy tayyorlashga xarakat qiladi.

Asta - sekinlik bilan onkologik bemor ruxiy tomondan o'z kasalligiga moslashadi. A. V. Gnezdov moslashishning bir nechta bosqichlarini tafovut qiladi:

- psixologik shok
- "inkor qilish reaksiyasi" (kasallikni qabul qilmaslik)
- tajovuzkor xarakatlar ("taqdirning adolatsizligi" ga javob sifatida)
- depressiya (tushkun kayfiyat xolati)
- kasallikni qabul qilish (tinchlanish, "taqdirdan qochib qutilishning iloji yo'qligi" ga rozi bo'lish, nisbiy o'zaro mos ichki xolat).

Ushbu bosqichlarni bosib o'tish uchun vaqt kerak bo'ladi, davomiyligi individualdir (oylar, yillar). Bu yangi xayotga, statsionar sharoitiga, tibbiy xodimlarga, kasallikka, davolanishga, xayotdan ko'z yumish mumkinligiga ko'nikishdir.

"Yo'qotishning psixologiyasi va psixoterapiyasi" kitobida (2002) A. V. Gnezdilov tarqalgan o'smasi bor bemorlar psixologik reaksiyalarini tushuntirib, ularni aybsiz o'limga xukm qilingan, noma'lum vaqtda amalga oshiriladigan shaxslar xissiyotlari bilan tenglashtirish mumkinligini yozgan. Bu saraton xaqida davolab bo'lmaydigan, azobli, o'limga olib keladigan kasallik sifatida tasavvur bo'lishi bilan bog'liq, bemorda o'limdan qo'rquv, ishonchsizlik chaqiradi, iroda va inson qadrining kamsitilishiga olib keladi.

Shu bilan bir vaqtda uchrab turadigan xolatlar va bemorlar shaxsiyatining xar xilligi xar bir xolat uchun to'g'ri keladigan deontologik qoidani keltirib bo'lmaydi. Shuning uchun intuitsiya va muloqot ko'nikmalarini rivojlantirish kerak.

Bemor kayfiyatini tushunib, eshitishni bilish lozim, suxbatni kerakli tomonga burish kerak, bemor ruxiy xolatiga mos keladigan axborotni xisobga olib, xaqiqiy tashxis va kasallik oqibati to'g'risidagi mavzudagi murakkab savollarga javob berish kerak. Bunda o'ylab ko'rilmagan oshkoralikka yo'l qo'yib bo'lmaydi. Aytilishicha: "Mening yonimda turgan shifokor birdaniga aytadi: "Xaqiqatni bilishni xoxlaysizmi?" --- va albatta men aytaman: "Xa, xoxlayman". Bu xaqiqatni baxam ko'rib xamma og'irlikni menga, shu narsasiz xam kuchsizlanib qolgan

yelkalarimga , ag'darishadi va meni uyqusiz tunlari azob chekishim uchun indamasdan qoldirib, yengil yurak bilan ketishadi. Naxotki mening qadamlarim bilan, men bilan birga, shoshilmasdan utishning iloji bo'lmasa" (P. Darnford "Bu yo'lni baxam ko'r", 2003y.).

IV. ONKOLOGIYADA ENG MUXIM SIPTOM VA SINDROMLAR

4.1. Yomon sifatli o'smalar tayanch simptomlari.

I - O'smasimon xosila borligi to'g'risidagi fakt;

II - Maxalliy simptomlar

A - a'zo faoliyatining buzilishi

B – og'riq xissi

V - patologik ajralmalar

III - Umumiy simptomlar :

A - paraneoplaziyalar

B - intoksikatsiya

IV - asoratlanish simptomlar va metastazlanish

Amaliyot ko'rsatishicha taklif qilingan yomon sifatli o'smalar tayanch simptomlari signal sxemasi klinik diagnostika savollarini muvaffaqiyatli yechishga yordam beradi. Shu narsa tushinarlikki xar bir aniq xolatda tayanch simptomlari birdaniga va xammasi paydo bo'lmaydi. O'sma va organizmning o'sish shakli va joylashishi, individual xususiyatlaridan kelib chiqib birinchi o'ringa bir yoki ikkita tayanch simptomlari chiqadi, boshqalarida to'rtinchi yoki beshinchisi. Bir narsa shubxasizdir, ya'ni birortasini xam e'tiborsiz qoldirmaslik kerak. Yomon sifatli o'smalarga tegishli klinik ko'rinishlar patogenezi tushunish uchun tayanch simptomlarni aloxida ko'rib chiqamiz, keyinchalik xususiy onkologiya savollarini ko'rib chiqqanda ularning ko'rinishlari xaqida ishonch xosil qilamiz.

O'smasimon xosila borligi to'g'risidagi fakt

O'sma o'sishining kinetikasidan kelib chiqib, nafaqat klinikagacha bo'lgan, balki klinik fazada xam qandaydir "baqiruvchi" belgilar bo'lmaydi. Xuddi "aysbergning suv osti qismidek" yashirin bo'lsada, biroq o'smasimon xosila borligi, uzoq muddat mavjudligi, bitta va asosiy saraton belgisi to'g'risida fakt bor.

Bemorlar ko'pchilik o'smalarda (sut bezi, teri, lab shilliq qavati, og'iz bo'shlig'i, limfogranulematoz va boshqalarda) faqatgina "og'riqsiz xosila borligi" ta'kidlashadi.

O'pka saratonida, ayniqsa periferik shaklida, plevra va boshqa tuzilmalarning qo'shilgunicha flyurografiya soylanish borligi yagona o'sma belgisi xisoblanadi. Xuddi shuningdek ko'ks oraligi, tuxumdonlar yoki boshqa a'zolar yomon sifatli o'smalarida bo'ladi.

Saraton klinik ko'rinishining shunday kam simptomlari mavjudligida "xosila borligi to'g'risida" uylamasdan bo'ladimi? Undan keyin og'riqsiz yoki kam og'riqli o'smasimon xosila borligi nafaqat patognomik balki rivojlanayotgan yomon sifatli o'smaning eng ishonchli belgisidir. Bundan tashqari saratonning ifodalangan klinik ko'rinishlarida xosilani aniqlamaslik uning borligiga shubxa uyg'otadi.

Shuning uchun taktik va patogenez jihatdan bu belgini "N1 tayanch simptomi" sifatida bilish prinsipial muxim xisoblanadi.

Saraton oldi xolatidan saratonga o'tadigan, ya'ni malignizatsiyaga shubxa qilinadigan belgilar bu : "donador" xududlar paydo bo'lishi, o'choqli bo'rtmalar, displaziya fonida eroziyalar (leykoplakiya, eritroplakiya), polipoz ko'payib ketishlar, shilliq qavat yallig'lanishli va atrofik-gipertrofik xolatlari, tegib ketganda yengil qonab ketishlar, bitishga moyillikning bo'lmasligi. Lekin saraton erta shakllarini aniqlashning xal qiluvchi mezon bu mo'ljalli biopsiyadir.

"Saraton kichik shakllari" asosan ikki xil o'sish turi bilan teri va shilliq qavatlar yuzasida xarakterlanadi:

I - tip toshmasimon saraton. O'sma maydoncha shaklida yoki markazida botiqlik bilan sharsimon yoki tekis bo'lmagan yuza bilan salgina kovak a'zo bo'shlig'iga qavarib chiqadi, alvon - kulrang rangli qo'shimcha ko'payishlar paydo bo'ladi, terida esa boshqa to'qimalarga nisbatan zichroq konsistensiyadagi chetlari sadafdek yarqiragan bo'ladi. O'sma o'chog'i kam xollarda derma yoki shilliq osti qavatida joylashadi va ozroq ko'tarilish bilan, devorlar qalinlashishi, burmalar tekislashishi va zichligi bilan xarakterlanadi.

II - tip chuqurlanishlar bilan qoplangan yarali va notekis chetlari bilan. Bu saraton peptik yara yoki yoriqqa o'xshash bo'ladi, o'sish shakli sof xolda klinik

ko'rinishning boshlanishida uchraydi, bir xil bo'lmagan konsistensiya, mo'rtligi va tegib ketganda qon ketishi bilan xarakterlanadi.

Parenximatoz va bo'shliqsiz a'zolarida yomon sifatli xosila (1-2 smgacha) joylashgan joyiga qarab zamonaviy rentgen-radiologik, komp'yuter va ul'tratovush apparatida va xattoki pal'pator (sut bezi) yumaloq to'g'ri yoki noto'g'ri, notekis chegarali, zich konsistensiyali shaklda aniqlanishi mumkin.

Rengenogrammada "corona maligna" deb ataluvchi nursimon konturlar aniqlanadi.

Kovak a'zolarining klinik saraton shakllari asosan uch tipga bo'linadi: Ekzofit (a'zo bo'shlig'iga), endofit (yarali) va aralash (likopchasimon) shakllar.

Oxirgisi chetlari ko'tarilgan va markazida parchalanishli, deyarli ekzofit shakl xisoblanadi. Bizning fikrimizcha diagnostika uchun eng qiyin bo'lgan infil'trativ o'sish shaklli to'rtinchi o'sma shaklini aloxida ta'kidlash kerak. Bunaqa ma'lum qoidalar asosida o'sish shakli saraton gistotipiga bog'liq (stroma ustunligi bilan skirr tipida), atrof to'qimalarning atrofiyasi yoki stenozlanishi, ko'proq shilliq osti qavatida o'sishi bilan xarakterlanadi. Endoskopiyada va rentgenografik tekshiruvda o'smasimon xosila borligini : tekislangan yoki "qotib qolgan" rigid burmalar, peristal'tika yo'qligi, kovak a'zo torayishi, devorlar qalinlashishi, xarakatchanlik to'xtashi, ifodalangan - zichlashuv ko'rsatadi. Endoskopik ko'rikda zararlangan shilliq qavat "ola-chipor" ko'rinishda (oqish-kulrang joylarni giperemiya bilan almashinuvi) bo'ladi.

Parenximatoz a'zolar, suyaklar va yumshoq to'qimalari o'sish shakli xamda ularning xususiyatlari yanada xilma-xildir. Qabul qilingan klassifikatsiya o'sma joylashishi va klinik anotomik xusiyatlarini xisobga olib o'tqaziladi. O'smasimon xosila borligini aniqlashning eng qiyin jixati, a'zo shakli va o'lchamining o'zgarishi bilan ifodalanadigan infil'trativ va diffuz o'sish shakli xisoblanadi. Odatda bunaqa o'smalar aloxida o'sma sifatida farqlanadi, masalan o'pkada - peribronxial shakl, sut bezida - zirxli yoki shishli-infil'trativ, jigarda - diffuz shakl yoki sirroz-saraton. Infeksiya qo'shilganda - pnevmoniyaga o'xshash saraton, mastitsimon yoki saramasga o'xshash, yallig'lanish jarayonining xamma belgilari

bilan (giperemiya, shish, og'riqlilik, xarorat ko'tarilishi va boshqalar), sut bezi saratoni.

Shunday qilib o'smasimon xosila borligi va uning belgilari xar xil rivojlanish bosqichlarida yaqqol yoki yashirin, boshqa kasalliklar "niqobi" ostida ifodalanishi mumkin, to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosito, ko'rikda yoki pal'pator, instrumental-endoskopik, rentgen-radiologik, ul'tratovush va boshqa zamonaviy tekshiruv metodlari yordamida aniqlanadi.

Maxalliy tayanch simptomlari

Xar qanday joylashuvdagi saraton maxalliy klinik ifodalanishi umumiy ko'rinishda uchta tayanch simptomlari asosida bo'ladi:

- A'zo faoliyatining buzilishi
- Og'riq xissi;
- Patologik ajralmalar.

A'zo faoliyatining buzilishi simptomi:

- Ichak tutilishi belgilari
- Bezli apparat gipo- , gipersekretsiyasi
- Boshqa funksiyalar buzilishi

A'zo faoliyatining buzilishi simptomi ko'pchilik kovak, parenximatoz va endokrin a'zolar saratonida kuzatiladi. Kovak a'zo bo'shlig'ining o'sayotgan o'sma (A. A. Shayn bo'yicha obturatsiya fenomeni) tufayli asta-sekin yopilishi, torayishi, ezilishi bilan bog'liq, yoki bezli apparat maxsus va yondosh funksiyalarning pasayishi bo'ladi.

Haqiqatdan ham turli a'zolar, hatto turli a'zo qismlari har xil funksiyalarni olib borishadi. Shunga binoan turli a'zolarida va o'sha a'zoning turli qismlarida "funksiya buzilishi simptomi" bir xil ifodalanmaydi.

Qizilo'ngach bo'shlig'ining, oziq o'tqazish asosiy funksiyasi bo'lgan, obturatsiyasi (boshlanishida qisqa, funksional), keyin doimiy (organik) disfagiyaga olib keladi. Bronx o'tkazuvchanligining markaziy o'pka saratonida buzilishi atepektaz va xansirashga olib keladi. Siydik chiqarish kanali va umumiy

o't yo'li o'sma bilan ezilishi oqibatida oshqozon osti bezida ushbu yo'llarda o'tkazuvchanlik buzilishiga olib keladi (sariqlik, anuriya).

Oshqozon saratonining turli xil klinik simptomatikasi ushbu a'zoning har xil (motor-evakuator, rezervuar, sekretor, bakteriotsid, qon hosil qiluvchi, ekskretor, so'ruvchi) funksiyalari bilan bog'liq. Xususan oshqozon chiqish qismi saratonida motor-evakuator funktsiya, anemiyaga qarshi faktor ishlab chiqariladigan oshqozon tubi saratonida esa qon ishlab chiqaruvchi funktsiya buziladi. Sekretor, hamda bakteriotsid funktsiyaning buzilishi oziq massalarining bijg'ish jarayoniga olib keladi. Shu bilan birga rezervuar va boshqa funktsiyalar buzilishi kuzatiladi. Shuning uchun o'sma joylashish joyiga va funksional buzilish darajasiga qarab klinikada - oshqozonda noqulaylik xissi yoki anemiya, yoqimsiz xidli kekirish yoki disfagiya birinchi o'ringa chiqadi.

Chambar ichakning chap qismi (sigmasimon va to'g'ri ichak ampulasining yuqori qismi) o'ng qismiga(kattaroq axlat massalarini o'tqazuvchi) nisbatan funksional farqi kichik bo'lsada, umuman boshqacha klinik simptomatikaga olib keladi - qisman yoki to'liq ichak tutilishi kuzatiladi. Ma'lum miqdorda bunga o'sma o'sish shakli ham sababchi bo'ladi. Yo'g'on ichak chap qismida ko'pincha infiltratsiyalanuvchi yoki stenozlovchi, o'ng qismida esa - ekzofit, parchalanish, intoksikatsiya va anemiya simptomlari bilan kuzatiluvchi saraton shakllari uchrashi aniqlangan.

Bolalarda kattalarga qaraganda a'zo funksiyasi buzilish simptomi bir xil bo'lmaydi, ko'pincha kovak a'zolaridan tashqarida joylashgan saratonda kuzatiladi. Natijada o'tkazuvchanlik buzilishi tashqaridan ezilish yoki kompressiya (qizilo'ngach, siydik nayi, umumiy o't yo'li), parenximatoz a'zolar (jigar, buyraklar va boshqa) rezerv va funksional imkoniyatlarining, ko'rish o'tkirligining pasayishi MNS o'smalarida, ko'z tur pardasida, bug'imlar harakatchanligi pasayishi bo'ladi.

Saraton uchun a'zo funksiyasining buzilish simptomlari kuchayib borishi tipik hisoblanadi. Ayrim xollarda o'tkazuvchanlik to'xtashi to'satdan sodir bo'ladi, keyin vaqtincha qayta tiklanishi mumkin. Bu devor spazmi bilan bog'liq bo'lib

mavjud bo'lgan o'sma fonida kuzatiladi (o'sma o'tkazuvchanligi buzilishining funksional bosqichi), xato taktika manbai hisoblanadi. Aytib o'tilganlarni hisobga olib qat'iy qoidaga amal qilish kerak: hatto a'zo funksiyasining vaqtinchalik buzilishida ham saraton haqida o'ylash kerak.

Patologik ajralmalar simptomi:

-Qonli

-Yiringli

-Shilliqli

Patologik ajralmalar simptomi saratonning hamma shakllarida uchraydi, biroq ekzofit o'smalar uchun ko'proq xarakterli. Masalan; devordan boshlanadigan to'g'ri ichak ampulyar qismi va chamber ichak o'ng yarim qismi o'smasi. O'smaning tez o'sishi va o'sishga mos bo'lmagan tomir arxetikonikasi mukammal emasligi oziqlanish buzilishiga olib keladi, oziqlanish yetarli emasligi nekrozga olib keladi, nekroz yaralanishga, yaralanish qon ketishiga va infeksiya qo'shilishiga olib keladi. Buning natijasida ko'pchilik kovak a'zolar va jinsiy a'zolar uchun yaqqol yoki yashirin patologik ajralmalar tayanch simptomi hisoblanadi: yiringli, qonli va shilliqli. Ko'pincha aralash xarakterda bo'ladi.

Patologik ajralmalar infiltrativ saraton shakllarida ham kuzatiladi, lekin kechgi bosqichlarda. Chunki bunday o'smalarda stroma ustunlik qiladi va atrofdan normal to'qima bilan o'ralgan bo'lib, undan yuqori raqobatchiligi hisobiga oziq moddalarni oladi. Natijada saratonning infiltrativ shakllarida a'zo devorlari atrofiyasidan yuzaga keluvchi torayish, stenoz, ichiga tortilishni birinchi navbatda aniqlash imkonini beradi. Keyinchalik butun a'zo o'lchami kamayadi, buni sut bezi "zirxli shaklida" kuzatish mumkin.

To'qimalar har xilligi va mo'rtligi tufayli, kalsiy tuzlari kam miqdorda bo'lganligidan, davriy funksional va mexanik yuklamalardan keyin qon ketishi odatda kam bo'ladi. Klinik jixatdan bunaqa qon ketishi teri qoplamalari oqarganligi, bosh aylanishi bilan ifodalanadi. Ko'pincha qon ketishi yashirin bo'lganligidan lobarator aniqlashni talab qiladi. Yo'g'on va to'g'ri ichak, qizilo'ngach va oshqozon saratonida axlatda qon bo'lishi mumkin. Yaqqol yoki

yashirin gematuriya buyraklar yoki siydik qopi saratoni, qon tuflash - bronxlar uchun xarakterli bo'lishi mumkin. Jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar (go'sht yuvindisi rangida) bachadon tanasi va bo'yni saratoni uchun xos hisoblanadi.

O'smaning qizilo'ngach shilliq qavati nerv-reflektor apparatini ta'sirlashi gipersalivatsiyaga olib keladi. Bu ayrim hollarda saratonning birinchi belgilaridan biri hisoblanadi. Lekin bemorlarning o'zlari bunga ahamiyat berishmaydi va faqatgina maqsadga yo'naltirilgan so'rovda ular xuddi chekuvchilardek so'lak ko'p ajralishi kuzatiladi, uyqudan keyin va boshqalarda yostiqlikda izlari aniqlanadi. Yo'g'on va to'g'ri ichak saratonida shilliq qavatni o'sma komponentlari, ich qotishlarda qattiq axlat massalari ta'sirlashi xisobiga shilliq ajralmalar aniqlanadi. Yiringli va yiringli-qonli ajralmalar odatda rivojlangan saraton shakllarida parchalanishini xarakterlaydi.

Og'riq xissi simptomi

Kam bilinadigan noqulaylik hissi, to'lib qolganlik hissi va boshqalar.

O'tmas doimiy bo'lmagan og'riq hissiyoti

Ifodalangan doimiy og'riqlar

Onkologik amaliyotda "og'riq" atamasi emas "og'riq hissiyoti" mos keladi, chunki o'smalar boshlang'ich bosqichlarda og'riqsiz rivojlanadi, keyinroq bemorlar tomonidan har doim ham og'riqqa o'xshamasdan qabul qilinadigan hissiyot paydo bo'ladi. Masalan; qizilo'ngach saratonida "to'sh ortida yot modda" hissi yoki oshqozon saratonida noqulaylik hissi. A'zoning uning ichidagi moddalar bilan to'lishi (oshqozon distal qismi, yo'g'on ichak chap qismi saratonida) natijasida to'lib qolish hissi, shishib ketish hissiga olib keladi, undan xalos bo'lish esa to'liq yengillashishga olib keladi.

Aniq ifodalangan og'riqlarning yo'qligi shifokorga o'z vaqtida murojat qilmaslikka sabab bo'ladi. Faqatgina vaqt o'tishi bilan og'riq hissi doimiy bo'ladi.

Ma'lum miqdorda og'riq hissining intensivligi va takrorlanishi anatomik soxa innervatsiyasiga bog'liq. Oshqozon osti bezi dum va tana qismi, to'g'ri ichak anorektal qismi saratonida, suyak sarkomalarida og'riq hissi simptomi asosiy hisoblanadi.

UMUMIY TAYANCH SIMPTOMLAR

Umumiy tayanch simptomlarini 2 ta guruhga bo'lish mumkin:

- Umumiy intoksikatsiya simptomlari
- Paraneoplastik simptomlar

Yomon sifatli o'smalar, metabolizm xususiyatlaridan kelib chiqib, o'zlarining o'sishi va rivojlanishi uchun sezilarli energiya sarflanishini talab qiladi.

O'sma to'qimasi glyukoza-metabolizmi, lipidlar va boshqalar uchun muvaffaqiyatli raqobatlashuvchi "qopqon"dir. Kislorodsiz energiya ajratish yo'liga o'tishi mumkin. Organizm o'z to'qimalarini aminokislotalari va boshqa komponentlarini sarflab (glyukoneogenez, to'qimalar autolizi), natijada sezilarli miqdorda parchalanishning "shlak" maxsulotlarini hosil qiladi.

Bular organizm uchun izziz o'tmaydi, intoksikatsiya va qator paraneoplastik simptomlar yuzaga keladi.

Umumiy intoksikatsiya simptomlari:

Umumiy holsizlik

- Ozish
- Ishtaha yo'qolishi.

Boshqa intoksikatsiya ko'rinishlari.

Biokimyoviy o'zgarishlar bilan chaqirilgan intoksikatsiya klinik turli hil simptomlar bilan ifodalanadi. Ulardan eng ko'p tiplari: umumiy holsizlik, ozish va ishtaha yo'qolishi. Bu simptomlarning ifodalanishi o'sma jarayoni joylashishiga bog'liq. Oshqozon ichak sistemasi saratonida eng ko'p ahamiyatga ega. Oksikatsiya simptomi rivojlanishi sekin-asta, deyarli bilinmaydigan charchash, ovqat, atrofdagilarga bo'lgan qiziqishning kamayishidan tortib kuchsizlik va kaxeziyagacha sodir bo'ladi. Ushbu simptomakompleks eng to'liq A. I. Savitsskiy tomonidan ta'riflab berilgan("kichik simptomlar" sindromi). "Kichik simptomlar" sindromi erta diagnostika muammosini yechmasa ham, zamonaviy shifokorni prinsipial taktikasi va pozitsiyasini ishlab chiqishiga imkon beradi: "Katta simptomlar" klinikasini qidirmaslik, diagnozda ozroq shubxa bo'lganda ham chuqur tekshiruv o'tqazish zarurdir.

Umumiy intoksikatsiya sindromi toksiko-distrofik xolat sifatida xarakterlanadi va gematologik o'zgarishlar bilan kuzatiladi - EChT oshishi, neytrafellyoz va boshqalar.

Bolalarda umumiy intoksikatsiya simptomi ko'proq ifodalangan, chunki gomeostaz labildir. Bu simptom ko'proq (kasallikning birinchi kunlaridanoq) gistotsitozda, neyroblastomalarda va ayrim LGM shakllarida ifodalanadi.

PARANEOPLASTIK SIMPTOMLAR.

Gematologik

Endokrin

Teri

Neyromushakli

Boshqalar

Adabiyotlarda paraneoplastik simptomlar ahamiyati haqida yagona fikr yo'q.

Paraneoplaziyalarni yomon sifatli o'smalar va ularning metastazlarining

To'g'ridan-to'g'ri ko'rinishlari sifatida tushuntirib bo'lmaydi. Undan keyin ular judayam xilma-xil va rivojlangan saraton shakllariga xos, ayrim hollarda

chuqur biokimyoviy o'zgarishlar bilan bog'liq, boshqalarida esa o'sma rivojlanishining boshlang'ich bosqichlarida autoimmun reaksiyalar, gormonal o'zgarish natijasi hisoblanadi.

Bu savol haqida ma'lumotlarni umulashtirib paraneoplaziyaning quyidagi ifodasi bizningcha eng ko'p qo'llaniladigan bo'lishi o'rinlidir. Qandaydir

biokimyoviy, garmonal, immunologik yoki dominant tipdagi nasliy buzilishlar natijasida sodir bo'luvchi va ma'lum a'zolar va to'qimalar tomonidan

ifodalanadigan o'sma kasalliklari bilvosita belgilaridir. Shu narsa tushinarliki simptomlarning bunday ta'rifi shartlidir. Bundan tashqari ular

amaliy jihatdan muhim "markerlar" hamda erta va o'z vaqtida tashxislashga imkon beruvchi axborotga chiqish imkonini beradi. Bir kator xollarda ular o'sma

klinik ifodalanganicha paydo bo'lishi mumkin. Paraneoplaziyaning topik ifodalanishiga ko'ra quyidagi klassifikatsiyasi eng tug'ridir: terili, endokrin, gematologik, suyakli va neyromushakli, immunologik va boshqalar.

Bundan tashqari: obligat, fakultativ va nospetsifik paraneoplaziyalar farqlanadi.

Ichki a'zolar o'smalarida ko'pincha qon ketishi bilan bog'liq bo'lmagan anemiyalar, koagulopatiyalar, gemorragik deatez, tromboflebitlar(masalan oshqozon osti bezi saratonida) kuzatiladi. Boshqa xollarda turli teri uzgarishlari bo'ladi.

Klassik paraneoplastik dermatoz surg'ichli-pigment teri dermatози (Peyts - Eygers sindromi), 60-100% oshqozon -ichak trakti saratonini ko'rsatadi va misol

Bo'la oladi yoki saraton klinik simptomlar bilan paydo bo'luvchi yoki 1-2 yil oldin uning sababchisi bo'luvchi Bazeks akrokeratozi misol bo'ladi. Oxirgi

takidlanganning klinik ko'rinishi barmoqlar yoki tovonda, burun uchida yoki kuloq chig'anog'i atrofida dog'li-tangachali qichiydigan uchoqlar paydo bo'lishi

bilan xarakterlanadi. Bazeks akrokeratozi hiqildoq, halqum, o'pka, qizilo'ngach, bodomcha bezlar saratonida kuzatiladi. Giperkeratozning boshqa shakllari

ham bo'lishi mumkin. Gardner sindromi nasliy kasallik bo'lib oshqozon-ichak trakti saratoniga moyillik bo'ladi, epidermal kistalar bilan, yog' bezlari

yopilib qolishi, yumshoq to'qimalar o'smalari, osteomalar, ichak polipozi bilan birga keladi. Bunaqa neoplaziyalarning ifodalanishi bolalik davridanok

bo'ladi, saraton paydo bo'lishi esa kattaroq yoshda bo'ladi.

Ma'lum qismi genetik o'zaro bog'langan osteosarkomani aniqlashda, gemangiomalar bo'lishi mumkin(Maffutsi sindromi).

Giperglikemiya va gipoglikemiya yomon sifatli o'smalarning hamma shakllarida kuzatiladi: jigar, oshqozon-ichak trakti, o'pka, jinsiy a'zolar saratonida,

turli xil sarkomaning turlarida.

Ko'p yillar mobaynida diabet rivojlanishi o'smaning klinik simptomlariga sababchi bo'ladi. Yashirin qandli diabet rivojlanishida asosiy omil o'smali

"qopqon" hisoblanadi, insulin sekretsiyasini kamaytirib, insulyar apparatning glyukozaga sezuvchanligini kamaytiradi. Qandli diabetning u yoki bu

darajadagi ifodalanishi saratoning hamma joylashuvida uchraydi, biroq sut bezi va bachadon tanasi saratonida ko'proq bo'ladi. Shuning uchun

dispanserizatsiya paytida qonda qand miqdorini aniqlash onkologik xavf guruhlarini shakllantirishda muhim ahamiyatga ega.

Klinitsistlar uchun o'pka osteoartropatiyalari va immunologik paraneoplastik sindromlar alohida qiziqish uyg'atadi. O'sma atrofida to'qima immun komplekslarining kuchsizlanishi infeksiya qushilishiga olib keladi. Ayrim hollarda paraneoplastik yallig'lanish jarayoni kasallikning asosiy ifodalanishi hisoblanadi(mastitsimon yoki saramasga o'xshash sut bezi saratoni, o'pkaning pnevmoniyaga o'xshash shakli, yo'g'on ichak istimasimon shakli).

Immunologik paraneoplaziyalar hujayraviy immunitet reaksiyalarining susayishini ko'rsatadi (limfotsitopeniya, hujayra blastotransformatsiya reaksiyasi va immunoglobulinlar pasayishi).

Xulosa qilib paraneoplaziyalar guruhiga tegishli ko'pchilik simptomlar onkologik bo'lmagan kasalliklarda hamroh bo'lishi mumkin. Masalan; o'pkadagi surunkali yiringli jarayonda "baraban tayoqchalari" simptomi. Shunga qaramasdan o'pka saratoni bilan kasallanganlarning 22-30% da bu siptom kuzatiladi.

Boshqa artropatiyalar bilan birga kelishi bronxo-pulmonal saraton rivojlanishidan darak beradi. Sut bezi va bachadon tanasi saratoni ortiqcha vaznli va gipertoniya kasalligi bo'lgan ayollarda ko'proq kuzatiladi. Shuning uchun bu shaxslar davriy kurikdan o'tishlari va xavf guruhi ro'yxatida turishlari kerak.

4.1.1 ONKOLOGIYADA OG'RIK SINDROMI

JASP xalqaro og'riqni o'rganish tashkiloti og'riqni "to'qimaning shikastlanishi yoki shu bilan bog'liq harakatdan yoqimsiz sezgi yoki emotsional hissiyot yoki atamalarda shunday ta'riflanadigan" deb tavsiflagan. 3-6 oy moboynda sababi yuqotilmasdan saqlanib turadigan o'tkir og'riq mustaqil patologik jarayonga aylanadi, buni surunkali og'riq sindromi sifatida klassifikatsiya qilish mumkin(SOS).

Onkologik bemorlarda og'riqni chaqiruvchi sabablar ko'p bo'lishi mumkin. Onkologik kasallarda og'riq sindromining asosiy sabablari :

- O'smaning o'zi chaqirgan og'riq (suyaklar, yumshoq to'qimalar, teri, ichki a'zolar shikastlanishi, tomirlar, oshqozon ichak tizimi va boshqalar oklyuziyasi)
- O'sma jarayoni asoratlarida (patologik sinish, nekroz, yaralanish, yallig'lanish, a'zo va to'qimalarning infitsirlanishi, trombozlar)
- Paraneoplastik sindromdagi og'riq (artro-, neyro- va miopatiyalar)
- Astenizatsiya oqibatidagi og'riq (yotoq yaralar, trofik yaralar, ich qotishlar)
- O'smaga qarshi davolash bilan og'riq :

Saraton jarrohlik yo'li bilan davolangandagi asoratlarida (fantom og'riq, bitishma, chandiq, anastomozitlar, shishlardagi og'riqlar)

- Kimyo terapiya asoratlarida (stomatit, polineyropatiya, tarqalgan mialgiya, aseptik nekroz, artralgiyalar)
- Nur terapiya asoratlarida (teri, suyaklar shikastlanishi, fibroz, pleksit, nevrit, mielopatiya va b.)

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

Etiologik klassifikatsiya :

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

Patofiziologik klassifikatsiya :

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

Og'riq joylashgan joyiga qarab

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

- Oyoq-qo'l va suyaklardagi og'riq

Og'riq ifodalanishiga ko'ra

- Kuchsiz

- O'rtacha

- Kuchli

Bu klassifikatsiyalarning hammasi og'riqni ta'riflashda kundalik klinik amaliyotda qo'llaniladi. Onkologik bemorlarda og'riq sindromlari vaqtinchalik yoki o'tib ketadigan emas, ular da biologik muvofiqlik yo'q, himoya harakteriga ega emas. Onkologik bemorda og'riq aksincha moslashuvning buzilishiga, og'riq va og'riqli bo'lmagan impulslarni noto'g'ri qabul qilishiga olib keladi, bemor organizmining MNS ida turli buzilishlar bilan kuzatiladi.

Klinik ko'rinish bemorning og'riq his qilish busag'asi va ruxiyatiga, konstitutsiyasiga bog'liqdir. Shunga qaramasdan og'riq diagnostikasi va terapiyasida alohidalashgan yondashuv qo'llanilishi kerak. O'sma jarayonining tarqalgan shaklidagi 70% bemorlarda ikki xildan ortiq og'riq hissining patofiziologik ko'rinishi aniqlanadi (Oscar A. De Leon-Casasola, 2006). Neyropatik buzilishlarda paydo bo'luvchi, g'alati bo'lgan og'riq hissiyotiga alohida e'tibor qaratish kerak, chunki ular maxsus terapiyani talab qiladi.

Bundan tashqari, onkologik klinikada mavjud bo'lgan og'riq sindromlarini kuchaytiruvchi yoki ularning paydo bo'lishini chaqiruvchi bemorlardagi psixogen reaksiyalar og'riqning sababi bo'ladi.

Og'riq har doim subektivdir va unga oxirgi baxoni bemorning o'zi bera oladi. Bu shikastlanish joyi, xarakteri, bemor psixologik holati va uning oldingi O'tkazgan og'riqlariga bog'liq. Shifokorlar ko'pincha bemor azoblanishini to'g'ri baxolay olishmaydi, yaqinlari esa haddan tashqari baxolashadi. Patogenezni aniqlash, og'riq turini, dinamikasini qayd etish, davolash choralari rejasini tuzish va ularning faol nazorati - zamonaviy klinik onkologiyani shartli qismidir.

Onkologik bemorda og'riq diagnostikasi

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

0 ball ---- og'riq yuk

1 ball ---- kuchsiz og'riq

2 ball ---- o'rtacha og'riq

3 ball ---- kuchli og'riq

4 ball ---- chidab bo'lmaydigan judayam kuchli og'riq.

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

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

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

1 ball ---- normal jismoniy faollik

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

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

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

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

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

100% norma.

Hech qanaqa shikoyatlar yo'q.

Kasallik belgilari yo'q.

90%

Normal faollik, kasallikning
ayrim belgilari va simptomlari.

80%	Normal faollik, kasallikning ayrim belgilari va simptomlari.
70%	Bemor o'ziga xizmat qiladi lekin normal faollikni amalga oshira olmaydi
60%	Bemor ko'p hollarda o'ziga xizmat qiladi, ayrim hollarda yordam kerak bo'ladi.
50%	Tez-tez va sezilarli tibbiy yordam kerak bo'ladi.
40%	Nogironlik. Maxsus yordam va qo'llab turish talab qilinadi.
30%	Og'ir nogironlik. Gospitalizatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi, hayot uchun xavf yo'q.
20%	Gospitalizatsiya va faol qo'llab turuvchi terapiya zarur.
10%	O'limga olib keluvchi jarayonlar tezlik bilan avj oladi.
0%	O'lim.

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

- umumiy jismoniy holat
- funksional faollik
- ijtimoiy faollik
- o'ziga xizmat qilish imkoniyati
- muloqotchanlik, oiladagi xulqi
- ma'naviylik
- davolanishdan qoniqish

- kelajak rejalar
- jinsiy funksiyalar
- kasbiy faoliyat

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

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

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

Onkologik og'riqni davolash

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

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

JSST konsepsiyasini ifodalovchi bu 5 ta bir-birini to'ldiruvchi teng huquqli prinsiplariga ko'ra, og'riq bilan kurashda aynan farmakoterapiya asosiy hisoblanadi. Birinchi prinsip "og'iz orqali" -- analgetiklarning faqatgina noinvaziv shakllarini qo'llash muhimligini bildiradi, bular tabletkalar,

kapsulalar, analgetiklar eritmalari bo'lish mumkin yoki transdermal terapevtik sistemalarni qo'llashdir. Ikkinchi prinsip "soatga qarab" – og'riq rivojlanishidan oldin soatga qarab analgetiklarni qabul qilishni bildiradi, uchinchi - - "ko'tarib boriluvchi" -- analgetiklarni, og'riq kuchsiz bo'lganda noopioidlardan (paratsetamol va YaKNV) tortib, o'rtacha og'riqda yumshoq opioidlar va og'ir og'riq sindromida kuchli ta'sir etuvchi opioidlarni bosqichli qo'llashga muljallangan. To'rtinchi prinsip analgetik tanlashda eng samarador analgetikni, kerakli dozada, ma'lum bemorga eng kam nojuya ta'siriga asosan "individual" tanlashga mo'ljallangan. "Har bir narsaga alohida e'tibor berib" prinsipi analgetiklar va ad'yuvant vositalarni, ularga muhtojlik to'g'ilganda, og'riqsizlantiruvchi terapiya ustidan nazorat o'tkazilganda ko'llashga mo'ljallangan.

Onkologik bemorlarda og'riq sindromini maqsadga muvofik davolashda, JSST tavsiyalariga ko'ra, uch pog'onali farmakoterapiya qo'llash qabul qilingan (uch pog'onali JSST zinasi).

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

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

Bu hollarda terapiya kompleks bo'lishi va og'riq patogenezi hisobga olinishi kerak.

4.1.2. ONKOLOGIYADA QON KETISHI

Qon ketishi, qonab turish va qon quyilishi haqida tushuncha:

Qon ketishi o'tkir, birdaniga jaroxat natijasida yoki boshqa sabablardan yoki ilgari kasalliklarga hamrox bo'lib asta-sekin rivojlanishi mumkin.

Qon-tomirdan qonning chiqishini ifodalovchi tushunchalar ichida qonab turish (gemorragik diatez uchun xos) va qon quyilishi (qon tomirlarning butunligi buzilishidan yoki o'tkazuvchanligi oshishidan organizm bo'shliklarida yoki to'qimalarda qonning to'planishi) aloxida ko'rsatib o'tish lozim.

O'tkir qon yo'qotishning umumiy harakteristikasi

O'tkir qon yo'qotish organizmda qon aylanishning chuqur kayta kurilishini chaqiradi va buzilgan gomeostaz kompensatsiya murakkab mexanizmlarini ishga tushiradi.

Qon ketishi joylashish manbaidan qat'iy nazar klinik va patologik o'zgarishlar umumiy ko'rinish bilan harakterlanadi. Bu o'zgarishlarning boshlanish halqasi UAKX (umumiy aylanib yuruvchi qon hajmi) pasayishining ortib borishidir. O'tkir qon yo'qotish hayot uchun bevosita havf tug'dirgani uchun, sirkulyator va gemodinamik o'zgarishlar rivojlanishi bilan havflidir. Boshqacha qilib aytganda o'tkir, ayniqsa ko'p miqdorda, qon yo'qotishda odam organizmi nafaqat eritrotsitlar va gemoglobin kamayishidan balki UAKX va gipovolemiyadan ham aziyat chekadi.

Har bir inson bir xil miqdordagi qon yo'qotishga har xil javob qaytaradi. Agar sog'lom odamda qon yo'qotish UAKX ning 10% ni tashkil etsa, o'rtacha 500ml, gemodinamikaning yorqin o'zgarishlariga olib kelmaydi. Surunkali yallig'lanish jarayonlarida, intoksikatsiyada, suv-elektrolit balansi buzilishlarida, gipoproteinemiya bunaqa qon yo'qotishni plazma o'rnini bosuvchilar va qon bilan to'ldirish kerak.

O'tkir qon aylanishining klinik ko'rinishi dinamikasi va xarakteri har xil omillarga bog'liq: qon yo'qotish hajmi va tezligi, yoshi, organizm boshlangich holati, surunkali kasallik mavjudligiga, yil fasliga (issiq yil faslida qon yo'qotish yomoroq ta'sir ko'rsatadi) va b. O'tkir qon yo'qotishni bolalar, qariyalar,

toksikozga chalingan xomiladorlar og'irroq o'tkazishadi. Akademik L. K. Anoxin tomonidan shakllantirilgan "normaning oltin qoidasi" ga asosan o'tkir qon yo'qotishga reaksiya har bir xolat uchun o'zini o'zi boshqarish darajasiga qarab aniqlanadi, unga ko'ra qandaydir omilning hayotiy muhim darajadan chetlashishi, ko'p sonli, moslashuvchi natijaga ega, tegishli funksional sistemani birdaniga ishga tushishiga sabab bo'ladi(Vagner Ye. A. va b. 1986). V. A. Klimanskiy va L. A. Rudaev qon yo'qotishning uch ta darajasini ta'kidlashadi:

- o'rtacha – boshlang'ich UKAX ning 25 % ko'p bo'lmagan qismi (1 l - 1 l.250 ml)

- ko'p, UKAX ning o'rtacha 30-40 % (1,5 - 2 l qon)

- massiv – boshlang'ich UKAX 40 % ko'prog'i (2 l qon)

O'zini o'zi boshqarish mexanizmlari ishga tushishi oqibatida sog'lom organizm tomonidan 25% o'tkir qon yo'qotish kompensatsiyalanadi: gemodelyutsiya, qonning qayta taqsimlanishi va boshqa omillar).

Har xil a'zolari funksional sistemalarga birlashtirish organizm uchun foydali bo'lib, o'zini o'zi boshqarish prinsipi bo'yicha bo'ladi. O'zini-o'zi boshqarish - bu funksional sistemalar faoliyatining asosiy prinsipidir.

UKAX 30% o'tkir qon yo'qotish qon yo'qotishning og'ir buzilishlariga olib keladi, o'z vaqtida yordam ko'rsatilsa, qon ketishini to'xtatish va intensiv infuzion-trasfuzion terapiya, bemor holatini normallashtirish imkonini beradi.

O'tkir qon yo'qotishda UKAX 40 % va undan ko'p hajmda bo'lganda qon aylanishining chuqur o'zgarishlari rivojlanadi, gemorragik shok klinik ko'rinishi bilan xarakterlanadi. O'tkir qon yo'qotishda bemorlar ahvoli har xil bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlar mexanik jaroxat bilan hamda ko'shilib kelgan shikastlanishlar bilan og'ir holatda kelishadi va tezkor yordamga ehtiyoj sezishadi.

O'tkir qon yuqotgan bemor umumiy holatini baholashda shikastlanishning anatomik joylashishini hisobga olish kerak. Klinik ko'rinish darajasi va xarakteri aynan qaysi to'qima va a'zolar shikastlanganiga bog'liq. Oyoq-qo'llarning, ko'krak kafasining, orqa miya va bel soxasining og'ir, yopiq sinishlari teri osti qavatiga keng qon quyilishlar bilan kuzatilishi mumkin.

Ichki a'zolar shikastlanishlari, serroz bo'shliqlarga va kovak a'zolarga qon ketishlari bilan birga keladi.

Ko'krak qafasi jarohatida 1-2 l hajmga yetadigan gemotoraks bo'lishi mumkin. O'zun naysimon suyaklar singanda, bel lat yeyishlarida va chanok suyaklari sinishlarida mushaklarda, teri osti kletchatkasida, qorin orti soxada gematomalar hosil bo'ladi. Taloq va jigarning yopiq shikastlari qoidaga binoan massiv ichki qon ketishi bilan kuzatiladi.

Boshlang'ich holat sezilarli darajada qon yo'qotishga turg'unlikni ko'rsatishi mumkin. Qon yo'qotishning UKAX 10-15% oshmasligi faqatgina normal boshlang'ich holatli shaxslar uchun havfsizdir. Qon yo'qotish vaqtida gipovolemiya bo'lsa, hattoki kam miqdordagi qon ketishi jiddiy oqibatlarni chaqirishi mumkin.

Kaxeksiya, yiringli intoksikatsiya, uzoq yotoq rejimi, ilgari kam miqdorda qon ketishlar - bularning hammasi xavfli fon yaratadi. Yangi qon ketishida undan ham og'irroq oqibatlarga olib keladi. Keksa yoshdagi shaxslar uchun surunkali gipovolemiya, tomirlar devorlarining morfologik o'zgarishlariga bog'liq, qon tomirlarning yomon adaptatsion xususiyati xarakterlidir. Bu hatto kam hajmda qon yo'qotish ham funksional sistema o'zini-o'zi boshqarish, xususan "o'zini-o'zi boshqarishning ichki xalka"sida, ishidagi buzilishlar oqibatida havfni oshiradi.

Yaxshi tanish bo'lgan massiv qon yo'qotish uchligi - past arterial bosimi, tez ipsimon pul's va sovuq nam teri kritik holatning, faqatgina yagona bo'lmagan, belgilari hisoblanadi. Ko'pincha es-xush hiraligi, og'izda qurish va chanqash, korachiklarning kengayishi, nafas tezlashishi kuzatiladi. Biroq shuni hisobga olish kerakki massiv qon ketishi bilan bemor og'irliq holatini baholashda klinik belgilar har xil darajada ifodalanishi mumkin, ayrimlariga bo'lmasligi ham mumkin. O'tkir qon ketishida klinik ko'rinishni aniqlash kompleks bo'lishi kerak va shilliq qavatlar va teri, markaziy asab sistemasi holatini baholashni, arterial bosimni, puls chastotasini, qon ketish hajmini, gematokrit kattaligini, gemoglobin miqdorini, eritrotsitlar, trombotsitlar sonini, fibrinogen, qon ivishini, soatlik(minutlik) diurezni aniqlashni o'z ichiga oladi.

Markaziy asab sistemasi (MAS) o'zgarishlari bemor boshlang'ich holatiga va qon ketish hajmiga bog'liq. Surunkali somatik kasallik bilan og'rimaydigan, deyarli sog'lom odamda o'rtacha qon yo'qotishda (UKAX 25 % kam bo'lgan) es-hush joyida bo'lishi mumkin. Bir qator holatlarda bemorlar ko'zg'algan holda bo'ladi. Katta miqdorda qon yo'qotishda (30-40 % UKAX) es-hush saqlangan, bir qator bemorlarda uyquchanlik va atrofdagi sharoitga befarqlik kuzatiladi. Ko'pincha bemorlar chanqashga shikoyat qilishadi.

Massiv qon yo'qotish (40% UKAX ko'p) sezilarli MAS depressiyasi bilan kuzatiladi : adinamiya, apatiya, gopoksik koma rivojlanishi mumkin. Agar bemorlarda es-xush saqlangan bo'lsa, ular uyquchan va har doim suv talab qilishadi.

Qizilo'ngach saratonida qon ketishi kasallikning kechki klinik belgisi hisoblanadi, o'tib ketganlik va operatsiya qilib bo'lmasligini ko'rsatadi. Qon ketishi kasallikning III - IV bosqichida yuzaga keladi, bunda diagnoz shubha uyg'atmaydi (ozish, disfagiya, qizilo'ngach bo'ylab og'riqlar). Qizilo'ngachdan qon kekirganda yoki qayd qilganda, yo'talish bo'lmaganda ajraladi. Odatda kofe quyqasidek, ko'plab kuykalarga ega, ovqat qoldiklari bilan aralashgan va kislotali reaksiyaga ega bo'ladi.

Oshqozon saratonida qon ketishi

Oshqozon saratonida qon ketishi ko'p miqdorda bo'lmaydi; odatda kasallikning kechki bosqichida o'sma parchalanishi oqibatida, ko'proq me'da shirasini tekshirish uchun oshqozonni zondlash amaliyotida yuzaga keladi.

Natijada bemorlar sezilarli miqdorda qon yo'qotishadi. Bir yoki ikki marotabali kofe quykali qusish fonida, uzoq vaqt katronsimon ich ketishi kuzatiladi, bu parchalanayotgan o'smada kichik qon tomirlardan parenximatoz qon ketayotganini ko'rsatadi. Katronsimon ich ketishi yo'qolgandan keyin yashirin qon ketishi

izlarini Gregersen reaksiyasi orqali aniqlash mumkin. Boshqa xollarda klinik ko'rinish tipik bo'ladi. Ko'p miqdorda qon ketishi saratonning boshlang'ich

bosqichlarida, katta tomirlar atrofiga, kam kuzatiladi. Bu patologiya uchun mahalliy va umumiy simptomlar xarakterli: kuchayib boruvchi holsizlik, yengil charchash, ishtaxa yo'kolishi, oshqozonda noqulaylik, dispeptik o'zgarishlar, ovqat qabul qilishga bog'liq bo'lmagan qorinda og'riq, tuxum palag'dasi xidi bilan kekirish, qorinda paypaslanadigan o'sma.

Oshqozon o'smasining eng og'ir asoratlaridan biri bu qon ketishidir.

Oshqozon saratoni bilan kasallanganlarning hammasida qon ketish chastotasi 4,6 dan 23,4 %gacha o'zgarib turadi.

Qon ketishi ko'pincha kichik egrilikda joylashgan saratonda yuzaga keladi. Ular jarayonning har qanday bosqichida yuzaga kelishi mumkin, lekin ko'pincha III - IV bosqichda yuzaga keladi. Qon ketishi o'sma parchalanishidan yoki yaralanishidan yoki o'sma bilan zararlangan qon tomiri yorilishidan paydo bo'ladi. O'sma destruksiyasining boshqa hollarida va yiringli hamda yallig'lanishli jarayonlar uni ta'minlaydigan tomirlar atrofiga va tromblanishiga olib keladi, o'z navbatida bu qon ketishi bilan kuzatiluvchi o'sma gangrenasi va parchalanishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha saratoning yarali shakllari qon ketishi bilan asoratlanadi. Ko'pincha oshqozon antral qism va tanasida joylashgan saraton qonashi bo'ladi, kamroq hollarda qon ketishi kardiya saratonlarida yuzaga keladi. Qon ketish joylashgan joyini aniqlashda buni hisobga olish kerak, ayniqsa ko'p miqdorda qon ketganda. Chap oshqozon arteriyasi tutamlari o'tadigan oshqozon kichik egriligi saratonida kamroq qon ketishi xarakterli. Qon ketishi natijasida u yoki bu darajada bemorlarda o'tkir kamqonlik ko'rinishi rivojlanadi. Kam miqdorda qon ketishida o'tkir anemiyaning simptomlari aniq bo'lmaydi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Qusish, katronsimon ich ketishi, gemoglobin pasayishi bilan kuzatiluvchi kuchli qon ketishida bemorlar umumiy xolsizlikka, bosh aylanishiga shikoyat qilishadi, teri qoplamlari va ko'rinarli shilliq qavatlar oqarishi, taxikardiya va arterial bosim pasayishi kuzatiladi. Gemoglobin miqdorining tez kamayishi bilan kuzatiluvchi kuchli og'ir qon ketishlarda, 60 - 40 mm s. u. va undan kam arterial bosim bilan yurak - qon-tomir kollapsi rivojlanadi. Puls minutiga 120 -140 gacha tezlashadi.

Ayrim bemorlar es-xushini yo'qotadi, teri qoplamalari mumsimon ko'rinishda bo'ladi va sovuq ter bilan qoplanadi, yuz oqish o'lgan odamlardek bo'lib ko'rinadi, lablar sianozi va qorachiklar kengayishi kuzatiladi. Terminal bosqichda puls ipsimon bo'lib qoladi, ko'pincha to'g'ri kelmaydi puls yurak urishiga, bemorlarda ixtiyorsiz defekatsiya va siydik ajralishi paydo bo'ladi.

Yashirin saraton qon ketishi ko'pincha saratonli anemiya va kaxeziya fonida aniqlanmay qoladi.

Parchalanayotgan oshqozon o'smasidagi qon ketishida optimal davolash taktikasini tanlash eng avvalo yo'qotilgan qon hajmiga va qon ketishi to'xtatildimi yoki yo'qmi shunga bog'liqdir. Bunda endoskopiya katta yordam beradi. Bu nafakat qon ketish joyini aniqlash imkonini, balki uning to'xtatilgani yoki davom etayotganini aniqlashga imkon beradi.

Yaxshi sifatli noepitelial o'smalarda oshqozon ichak tizimidan qon ketishi yaxshi sifatli noepitelial o'smalarda oshqozon ichak tizimidan qon ketishi noma'lum qon ketishlarning o'rtacha 2% tashkil etadi. Qon ketish sababi bo'lgan yaxshi sifatli o'smalar oshqozon, qizilo'ngach, o'n ikki barmoq ichak, ingichka yoki yo'g'on ichakda joylashgan bo'lishi mumkin. Ko'proq oshqozon o'smalaridan qon ketishi kuzatiladi. Ko'p hollarda qon ketish sababi oshqozon leyomiomasi hisoblanadi, kamroq - fibromalar, nevrinomalar, neyrofibromalar bo'ladi. Kasallikning tipik simptomlari yo'q, diagnoz rentgenologik va endoskopik tekshiruvlar asosida qo'yiladi.

To'g'ri ichak saratonida qon ketishi

To'g'ri ichak saratonining tez-tez va doimiy simptomlaridan biri bu qon ketishdir. Bu kasallik erta bosqichlarida kuzatiladi va 90-75% bemorlarda kechroq aniqlanadi. Qon ketish miqdori arimas, kamroq pushti rangda axlatda yoki to'q rangli axlat bo'lib keladi yoki axlat bilan aralashgan bo'ladi.

Gemorroyda qon defekatsiya oxirida pushti rangda kuzatiladi. Saratonda ko'p miqdorda qon ketishi judayam kam kuzatiladi, anemiya oxirgi bosqichlarda rivojlanadi. To'g'ri ichak saratonida qonga yiring va shilliq qo'shiladi. 70 % bemorlarda saraton barmoq bilan tekshirishdan keyin aniqlanadi. Shuning

uchun shifokorga ushbu tekshiruv majburiydir. Ushbu diagnozni aniqlashning boshqa usuli gistologik isbotlash uchun o'sma biopsiyasi bilan qilinadigan rektomanoskopiyaasidir.

Ko'p miqdorda ichakdan qon ketganda - kompleks gemostatik terapiya qilinadi. 3 % periks vodorod eritmasini mahalliy qo'llash tavsiya qilinadi, 50 ml gacha to'g'ri ichak ampulasiga katetr orqali kiritiladi. To'g'ri ichakning distal qismida joylashgan o'smadan qon ketganda 3-% perikis vodorodiga botirilgan tampon bilan tampon quyish tavsiya etiladi. Konservativ davolash samarasizligida jarroxlik yo'li bilan davolanadi.

Leykozda qon ketishi

Leykozda patologik giperplaziya jarayoniga tomir devori hujayralari qo'shiladi va tomirlar qon o'tkazuvchiga aylanadi, bu tomir devori o'tkazuvchanligi buzilishiga olib keladi. Gemorragik diatez rivojlanishida trombotsitopoez o'zgarishi va geparin ishlab chiqaruvchi semiz xujayralar miqdori kamayishining o'rni katta, oshqozon ichak traktiga ham keng qon quyilishlar kuzatiladi. Qon ketishlar kam mikdordan tortib, bemor hayotiga xavf soluvchi darajasigacha bo'lishi mumkin.

Antigemofil qon globulini 30% dan pasayganda qon ketishi yuzaga keladi. Oshqozon ichakdan qon ketishi bu kasallikda 10-20% hollarda rivojlanadi.

Burundan qon ketishi

Oldingi burun teshiklari yoki burun-halqumdan qon ketishi hech qanday sabablarsiz yuzaga kelishi mumkin bu - spontan burundan qon ketishi deb ataladi. Bundan tashqari bu travmatik va operatsiyadan keyin bo'lishi mumkin.

Spontan burundan qon ketishini umumiy va mahalliy sabablar chaqiradi. Umumiy sabablar ichida arterial bosim oshishi (gipertoniya kasalligi, buyrak gipertenziyasi), tomir devori o'zgarishi ateroskleroz, gemorragik deatezlar, Osler Randyu kasalligi) bilan kuzatiluvchi kasalliklar, qon sistemasi, jigar, buyrak kasalliklari, infeksiyon kasalliklar (hammasidan ko'proq gripp) eng ko'p uchraydiganlari hisoblanadi. Burundan qon ketishining umumiy sabablariga yana dismenoreya, burundan vikar

qon ketishi, atmosfera bosimi birdan pasayishidan yuzaga keladigan qon ketishi kiradi.

Burundan qon ketishining mahalliy sabablari: Burun tusig'ining qonaydigan zonasi soxasidagi kapillyarlar yoki arteriolalar , arterial tutam yorilishi, burun bo'shlig'i gemangiomasi, miya asosi angiofibromasi, burun yomon sifatli o'smalari.

Simptomlar. Burun oldingi teshiklaridan ko'piklanmaydigan pushti rangli qon oqishi, halqum orqa devoridan qon ketishi asosiy simptomlar hisoblanadi.

Burundan qon tomchilab yoki oqim bilan oqishi mumkin. Qon yutilishi natijasida qonli qusish yuzaga keladi. Uzoq muddat, ayniksa yashirin. Burundan qon ketishida hushini yo'qotishdan oldingi holat va hushni yo'qotish holati rivojlanadi - teri oqarishi, sovuq ter, kuchsiz va tezlashgan puls, arterial bosim pasayishi. Burundan qon ketishini pastki nafas yo'llaridan qon ketishidan farqlash lozim (traxeya, bronxlar, o'pkalar); oxirgi holatda qon ko'pikli bo'ladi, yo'tal bilan kuzatiladi.

Qon tuflash

Qon tuflash (haemoptysis) - bronxial yo'llar yoki o'pkadan qon ajralishidir. Xususan, qon tupurish deb balg'am bilan kam miqdorda qon, qon izlari, qon bilan birga tufuk bulishiga aytiladi, "haemoptoe" atamasi odatda o'pkadan qon ketishiga ishlatiladi.

Qon tupurish ko'p kasalliklarda, ayniqsa o'pka va yuqori nafas yo'llari kasalliklarida kuzatilishi mumkin. O'pka yiringlashida, sil kasalligida, saratonda, o'pka infarktida, o'pka zamburug'li va parazitar kasalliklarida kuzatiladi, balki chap qorincha yetishmovchiligi mitral stenozida, kichik qon aylanish doirasi gipertenziyasida va gipertonik kasallik kriz davrida ham kuzatilishi mumkin. Gemorragik diatez, avitaminozi, antikoagulyantlar peredozirovkasidan, qon ivish sistemasi buzilishlarining ko'rinishi bo'lishi mumkin. Traxeya va halqumdan qon ketishi odatda o'sma, sil kasalligi, kamroq o'tkir laringit va traxeitdan kelib chiqadi. Qon tupurish ko'pincha qon shaklli elimentlarining buzilmagan tomir devori diapedezi orqali , kamroq - tomir

devori yorilishi yoki erroziyasi, o'sma parchalanishi oqibatida bo'ladi.

Simptomlar. Qon bilan birga balg'am ajralishi yo'tal va og'izda shurroq ta'm bilan kuzatiladi. Balg'amda och qizil qon izlari yoki balg'amning to'q bo'yalgan tufuk ko'rinishida bo'ladi. Qon tupurishning ajratib turuvchi xususiyatlari fakatgina ayrim kasalliklarda bo'ladi.

Zangli balg'am krupoz zotiljamda va o'pkaning bushliqli xosilalariga (kavernaga, kistaga, abscess bo'shlig'iga) qon kuyilganda bo'ladi. Malina jelesini eslatuvchi balg'am odatda o'pka saratoni kechki bosqichiga tegishli.

Haqiqiy qon tupurishdan soxta qon tupurishini, og'iz bo'shlig'i va burun-halqum patologiyasida rivojlanishida, farqlash lozim.

O'pkadan qon ketishi;

Zo'rikib qon tupurishda o'pkadan qon ketish xavfi mavjud. O'pkadan qon ketishi - nafas yo'llaridan sezilarli miqdorda toza qon ajralishi yoki mo'l miqdordagi qonda balg'am kelishidir. O'pkadan qon ketishi turli xil ko'proq spetsifik yoki nospetsifik nafas a'zolari yallig'lanish kasalliklari, shuningdek o'pkaning yomon sifatli o'smalari va shikastlanishining jiddiy asoratlanishi hisoblanadi. O'tkir yallig'lanish tezda rivojlanishida o'pka tomirlari tromblanishga ulgurmaydi va o'pka to'qimasi parchalanishidan, o'pkadan qon ketishi yuzaga keladi. Nafas a'zolarining surunkali yallig'lanishli kasalliklarida tomirlarda degenerativ o'zgarishlar rivojlanadi, oqibatda anevrezmatik kengayishlar ko'rinishida tomirlar deformatsiyalari paydo bo'ladi. O'pkadan qon ketishi ularning devorlari yorilishi yoki erroziyasidan yuzaga keladi. O'smalarda qon ketishi yomon sifatli o'sma qon tomirlari erroziyasi yoki tuqimasi parchalanishidan bo'lishi mumkin.

Ko'krakning lat yeyishi bilan jarohati yoki tomirlar shikastlanishi bilan o'pka to'qimasi yorilishi ko'p miqdorda o'pkadan qon ketishi bilan kuzatiladi.

O'pkadan qon ketishining sababi traxeya, bronxlar va o'pkalar tomirlari yaralanishini yoki ularning devorlari erroziyasini chaqiruvchi yot moddalarning turib qolishidan bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyin o'pka qon ketishlarining sababi bronxial oqma yara va plevra enfizemasi, qon tomirning erroziyasi bo'lishi

mumkin. Bronxoskopiya vaqtida o'pkadan qon ketishi kuchli tomirlar bilan ta'minlangan o'smalarda yoki traxeya va bronxlarga tiqilib qolgan yot modda ekstraksiyasi paytida rivojlanishi mumkin.

Qon va qon aylanish a'zolari kasalliklari qon ketishi bilan asoratlanishi mumkin. Mitral stenoz va ayrim tug'ma yurak nuqsonlarida (Eyzemenger kompleksi) bu kichik qon aylanish doirasida qon aylanishining qiyinlashgani va kengaygan bronxial venalar yorilishi bilan bog'liq. Ko'p miqdorda o'pkadan qon ketishi aorta anevrizmasining traxeya yoki bronxlarga ochilganda, o'pka arterio-venoz anevrizmalarning, havo o'tkazuvchi yo'llarning shilliq qavati varikoz kengaygan venalarining yorilishida kuzatiladi. Qon kasalliklarida o'pkadan qon ketishi ko'pincha gemorragik diatez bilan bog'liq. Gudpascher sindromida nekrotik alveolit rivojlanib, alveola bo'shlig'iga qon qo'yiladi va proliferativ yoki nefrotik glomerulonefrit rivojlanadi. Shunday qilib qon tupurish asosida tomir erroziyasi, tomir devori yorilishi, alveolalarga bronxial arteriyalardan qon quyilishi, arpirintlar, diapedez va boshqa jarayonlar yotadi.

Qon tupurish va o'pkadan qon ketishi asosan o'pka tomirlari zararlanishiga bog'liq bo'lsa ham, qon ivishi (prokoagulyantlar miqdori kamayishi hisobiga qon gipokoagulyatsiyasi, fiziologik antikoagulyantlar miqdorining oshishi, TROMBOTSITLARNING ADGEZIV-AGREGATSION xususiyatlarining buzilishi) va fibrinoliz (to'qima fibrinokinazalari hisobiga fibrinolitik jarayon faollashishi) jarayonlarining mahalliy va umumiy buzilishlari ahamiyatga ega.

O'pka qon ketishlarini bir marta ajralgan qon miqdoriga qarab klassifikatsiya qilinadi.

Qon ketishi tavsiflanadi :

Kam, agar ajralgan qon 100 ml dan oshmasa;

O'rtacha, agar 100 dan 500 ml gacha qon yo'qotilsa;

Profuz - 500 ml dan ko'p qon ajralsa. Qon ketishining kuchliligini baholash bemor va shifokor sub'ektivligi hisobiga qiyinroqdir. Qupchilik o'pkadan qon

ketishini umumiy aylanib yuruvchi qon hajmiga (UAKX) nisbatan klassifikatsiya qilishadi.

Qon ketishi hisoblanadi:

Kam- miqdorda UAKX ning 5 % gacha yuqotilsa

O'rtacha - UAKX 5 dan 15 % gacha

Profuz - UAKX 15 % yuqori bo'lsa.

O'pkadan qon ketishi birdaniga yoki qisqa muddatli prodromal davrdan keyin boshlanadi: qon tupurish, og'riq, ko'krakda "iliq oqim" yoki "qiynash" seziladi.

Klinik ko'rinish sezilarli miqdorda qon ketish intensivligiga va qon yo'qotish darajasiga bog'liq. Kam miqdorda qon ketishi yo'tal va qonli balg'am yoki og'izdan qon ajralishi, o'rtacha - og'izdan va burundan yutal turtkisi bilan qon kichikroq oqim bilan ajralishi kuzatiladi. Yomon sifatli o'smalarda qon ketishi ko'pincha profuz va yashinsimon bo'ladi. Ajralayotgan qon pushti-qizil rangda, ko'pikli, ivimaydigan bo'ladi, ishkoriy reaksiyaga ega.

O'pka ichi bo'shliqlarida (abscess, kista, kaverna) qon uzoq muddat kotib ketganida yo'talib chiqariladigan qon rangi to'q-qo'ng'ir yoki zangli, g'ovaksimon yumshoq massani eslatuvchi, pushti ko'pikli qonni o'z ichiga oluvchi qon lahtalari bo'lishi mumkin. O'pkadan qon ketganida bemorlar quzg'algan, qurqqan, oqargan bo'ladi. Tez orada xansirash, taxikardiya, arterial bosim pasayishi paydo bo'ladi. O'pkada turli kalibrdagi ko'p miqdorda nam xirillashlar eshitiladi, qon ketishining erta bosqichlarida qon ketish uchog'i tomonda ko'proq bo'ladi.

Qon yo'qotish o'pkadan qon ketishidan ko'ra xavfsizroqdir. Massiv aspiratsiya asfiksiya oqibatida o'limga olib keladi. Qon ketishdan sung aspiratsion pnevmoniya va og'ir hamda ko'pincha abscesslar bilan asoratlanuvchi obturatsion atelektazlar paydo bo'lishi mumkin.

Har bir o'pkadan qon ketish holatida bronxial sistema yoki og'iz bo'shlig'i, burun-halqum, qizilo'ngachdan qon ketayotganligi yoki yuqligini aniqlashtirish kerak. Milkalar, bodomsimon bezlar yoki burun-xalqum kasalliklarida og'iz bo'shlig'i va burun-xalqumdan ertalablari ajraladi, yutal va qayd qilish bo'lmaydi.

Yarali anamnezda, zichlashgan jigar va kattalashgan taloqda oshqozon yoki qizilo'ngach kengaygan venalari orqali qon ketayotganligini tahmin qilish mumkin.

Gematuriya

Sog'lom odamlarda siydik bilan birga sutkasiga 1,2 #106 eritrotsit ajraladi. Gematuriya siydikda eritrotsitlarning patologik soni (bir kurish maydonida 3 va undan ko'p)bo'ladi, siydikning sentrafugalanib qolgan chukmasini tekshirib aniqlanadi. Bu test yarim sanoqli bo'lganligi uchun eritrotsitlarning tahminiy ekskretsiyasini baholaydi va ko'plab omillar jumladan siydik yig'ish metodi va chukma tayyorlash bilan yuzaga keladigan ta'sirlarga bog'liq. Agar peshb tashqi tomondan qon bilan bo'yalgan bo'lsa makroskopik; agar eritrotsitlarni o'zida saqlaydigan siydik normal ko'rinsa mikroskopik gematuriya deyiladi.

Gematuriya persistirlanuvchi (Har bir peshob analizida bo'ladi) yoki intermittirlanuvchi bo'lishi mumkin. Biroq gematuriya turi va ifodalanganligi kamdan kam hollarda qon ketish joyi va sababini aniqlashga yordam beradi. Bunga karama-qarshi ravishda gematuriyani simptomli (boshqa simptomlar bilan, lobarotor o'zgarishlar yoki anamnez ma'lumotlari bilan kuzatiluvchi) va simptomsiz, izolyatsiyalanganga (siydik yo'llari yoki buyraklarda qon ketishi sababi va joyini ko'rsatmaydigan) bo'lish gematuriya sababi va manbaini topishda judayam yordam beradi.

Makrogematuriya har doim patologiya borligini ko'rsatadi. Lekin qizil rang har doim ham gematuriya borligi bilan bog'liq emas - bu ayrim oziq maxsulotlari, dori preparatlari ta'sirida, shuningdek porfirinlarning siydik bilan ekskretsiyasi natijasida o'zgarishi mumkin.

Gematuriya sabablari

Gematuriyani aniqlagandan keyin qon ketish joyi va sababini topish kerak. Shuni esda tutish kerakki gematuriya siydik chiqaruvi yo'llar jiddiy kasalliklarining yagona belgisi bo'lishi mumkin. Deyarli har doim buyrak parenximasi kasalliklari bilan bog'liq proteinuriyadan farqli ravishda

gematuriya manbai siydik yo'llarining har qanday qismida joylashishi mumkin.

Gematuriya sabablari 3 ta katta kategoriyaga bo'linadi : buyrakdan tashqari kasalliklar, glomerulyar va noglomerulyar buyrak kasalliklar. Gematuriya to'rini aniqlashda uning kelib chikishini topish prinsipial muximdir - buyrak yoki buyrak tashqari (ko'pincha - pastki siydik yo'llaridan).

Siydik yo'llari o'smalari

Siydik-tanosil sistemi o'smalari chastotasi jins, yosh va irsiy mutanosibligiga bog'liq. Siydik yo'llari o'smalari gematuriya bor erkaklarda 15-20 % uchraydi. Ayollarda ular erkaklarga nisbatan kamroq uchraydi(65 yoshgacha bu farq 5 marotaba). Yosh kattalashishi bilan siydik-tanosil sistemi o'smalari chastotasi oshib boradi.

Prostata bezi saratoni (55 yoshdan oshgan erkaklar siydik-tanosil sistemi o'smalarining eng ko'p uchraydigani) ko'pincha izolyatsiyalangan gematuriyani tekshirish vaqtida aniqlanadi.

Shifokorlarni siydik sistemi o'smalarini shubxa qilishning boshqa xavf omillariga chekish va ishlab chiqarish kanserogenlari bilan aloqa hisoblanadi.

Siydik pufagi o'smalari, nisbatan sodda ambulator urologik muolaja hisoblanuvchi , sistoskopiya bilan oson aniqlanadi. Siydikning sitologik tekshiruvi 70-80 % bu kasallik bilan kasallangan bemorlarda ijobiy natija beradi va sitologiya aniqlay olmaydigan patologiyani, karsinoma insitu tashxisini ayrim hollarda tashxisini quyish imkonini beradi.

Buyrak karsinomasi

Buyrak karsinomasi hamma siydik o'smalarining 20 % ni tashkil etadi, ko'pincha gematuriya bilan ifodalanadi. Hozirgi kunda klassik triada (qorindagi hosila, beldagi og'riq va gematuriya) 5 % dan kamroq bemorlarda aniqlanadi.

Klinik baholash : Ko'pchilik gematuriyali bemorlarda siydik analizi o'zgarishlari yoki siydik yo'llarida qon ketish joyini yoki yondosh sistematik kasallik borligini ko'rsatuvchi boshqa laborator testlarda ayrim simptomlar mavjud. Shuning uchun anamnezni to'g'ri yig'ish va bemorni ko'zdan kechirish shifokorni

ma'lumot bilan ta'minlovchi diagnostikaning majburiy komponentidir. Shu asosida gematuriyali bemorning keyingi tekshirish rejasi ishlab chiqiladi.

Bachadondan qon ketish.

Bachadondan qon ketish har qanday yoshda yuzaga kelishi mumkin. Ko'pchilik sabablariga bachadon kasalliklari (o'smalar, yallig'lanish, endometrioza), tuxumdon gormonal funksiyasining buzilishi va o'smalari kiradi.

Oxirgi yillarda balog'atga yetish davrigacha bachadondan qon ketishi judayam kam uchraydi va ayollar jinsiy gormonlari ishlab chiqaruvchi tuxumdonlar o'smalarining alohida to'ring simptomi hisoblanadi. Ko'p hollarda bu o'smalar yaxshi sifatlidir. Tuxumdon o'smasi tomonidan ishlab chiqariluvchi ayollar jinsiy gormonlari ta'sirida bachadon shilliq qavati qalinlashishi yuz berib, kuchib tushadi, bu jinsiy yo'llardan atsiklik kam miqdordagi menstruatsiyaga o'xshash ajralmalar bilan ifodalanadi. Shu bilan birgalikda qiz bolaning yoshiga hos bo'lmagan balog'atga yetish belgilari kuzatiladi, sut bezlari kattalashadi, tashqi jinsiy a'zolar tuklanishi bo'ladi. 12 yoshgacha bo'lgan qizchaning jinsiy yo'llaridan qonli ajralmalar paydo bo'lganda shu xaxoti bolalar ginekologiga murojaat qilish kerak. Agar tekshiruvda tuxumdon o'smasi diagnozi tasdiqlansa operatsiyani (tuxumdonni olib tashlash) kechiktirmasdan qilinadi, chunki o'sma yomon sifatli bo'lishi mumkin. Ko'zdan kechirish qiz bolalar jinsiy yo'llaridan qonli ajralmalar kelishining boshqa sabablarini aniqlashga imkon beradi: qindagi yod moddalar va yomon sifatli o'smalar, tug'ruq va xomiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan bachadondan qon ketishlar. Jinsiy balog'atga yetish davrida (12-18 yosh) bachadondan qon ketishi tuxumdonlar gormonal funksiyasining buzilishining oqibati hisoblanadi. Bachadondan qon ketishining kamroq uchraydigan sabablariga tez qonaydigan tuxumdon gormon ishlab chiqaruvchi o'smalari, bachadon o'smalari (mioma - bachadon mushak qavatidan rivojlanuvchi yaxshi sifatli o'sma; saraton) kiradi. Bola tug'ish yeshida (18-45 yosh) va ayniqsa menstruatsiya tugashi davrida (45 dan 50-55 yoshgacha) bachadondan qon ketishi, tuxumdonlar gormonal funksiyasining buzilishi bilan bog'liq o'smalar; bachadon yomon va yaxshi sifatli o'smalari; surunkali

endometrit (bachadon shilliq va mushak qavatining yallig'lanishi); bachadon tanasi endometriozi (bachadon shilliq qavatiga o'xshash - endometriy bilan bachadon mushak qavatining o'sib ketishi) bilan ko'proq bog'liq. Bachadondan qon ketishi shuningdek tuxumdonlar gormon ishlab chiqaruvchi o'smalari, qon kasalliklari, homiladorlikka qarshi vositalarni qabul qilish qoidalarining buzilishi, bachadon devorining bachadon ichi kontratseptivi bilan shikastlanishi bilan bog'liq. Tuxumdonlar gormonal funksiyasi buzilishi oqibatidagi bachadondan qon ketishi disfunktsional deb ataladi. Ko'p hollarda atsiklik bo'ladi -

menstruatsiyaning 11G`2 - 6 oy to'xtab kolishidan keyin sodir bo'ladi. Ayrim hollarda ko'p miqdorda ivigan qon bilan, uzoq davom etadi (7--- 10 kun va undan ko'p) bir kuchayib, bir susayadi. Ko'pincha bunda kamkonlik(anemiya) rivojlanadi, bu ayniqsa jinsiy balog'atga yetish davrida yomon hisoblanadi.

Bachadondan qon ketishi bachadon o'smalarining ko'pincha asosiy va birinchi simptomi hisoblanadi. Bachadon miomasida ular ko'pincha menstruatsiya bilan bog'liq bo'ladi : menstruatsiya o'z vaqtida boshlanadi va ayrim hollarda kuchsizlanib keyingi menstruatsiyagacha davom etuvchi qon ketishiga(ko'pincha ko'pmiqdorda, qon laxtalari bilan) o'tib ketadi. Ko'pincha og'riklar korin pastidagi hurujsimon og'riqlar bilan kuzatiladi. Ko'p bemorlarda kamkonlik uchraydi.

Bachadon tanasi saratonida qon ketish siklik (menstruatsiya vaqtida) yoki menstruatsiyalar aro davrda yuzaga kelishi mumkin. Qorin pastida xurujsimon og'riklar, ko'p miqdorda suvsimon oqmalar bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni saratonni menstruatsiya aro davrda oqmalar bilan, shuningdek jinsiy aloqa vaqtida jinsiy yo'llardan kam miqdorda qon ajralishi, og'ir yuk ko'targanda, defekatsiya vaqtida kuchanish vaqtida kuzatiladi.

Surunkali endometritda, bachadon tanasi endometrioziida bachadondan qon ketishi menstruatsiyalar bilan mos keladi. Bachadon tanasi endometrioziida menstruatsiya vaqtida qorin pastida og'riqlar, jinsiy yo'llardan menstruatsiya boshlangunicha 1-2 kun oldin kam miqdorda ajralmalar (surtma) kelishi

harakterli. Ayollar jinsiy gormonlarini ishlab chiqaruvchi tuxumdonlar o'smalarida bachadondan qon ketishi atsiklik yuzaga keladi, disfunktsional bilan mos bo'ladi. Qon ivish sistemasi buzilishlarida menstruatsiya bachadondan qon ketishiga o'tib ketadi; shuningdek burundan qon ketishi, milkar qonashi, arziyas lat yeyishlarda kukarishlar paydo bo'lishi, teri tilinishlarida uzoq qon ketishi kuzatiladi.

Bachadondan qon ketishi sababi faqatgina statsionar sharoitida aniqlanishini hisobga olib, shuningdek ko'p qon yo'qotish natijasida hayot uchun xavf rivojlanishini hisobga olib va tezkor choralar o'tkazish zaruriyati tufayli (operativ amaliyot, dori terapiyasi) bachadondan qon ketishini to'xtatish uchun tez tibbiy yerdamni chaqirib, bemorni gospitalizatsiya qilish kerak. Etarlicha bilimga ega bo'lmagan shaxslar maslahatidan foydalanib bachadondan qon ketishini uy sharoitida to'xtatish katta zarar yetkazishi mumkin. Agar yordam olishning imkoni bo'lmasa (masalan yo'lda) va bachadondan qon ketishining sababi tuxumdonlar funksiyasining buzilishi yoki bachadon miomasi bo'lsa, vaqtinchalik chora sifatida : ko'p suyuqlik ichish (shirin choy, morslar, sharbat va b.) kal'siy glyukonat 1 tabl.dan (0,5g) 3-4 maxal kuniga, askorbin kislota 1 tabl.dan (0,1g) 2-3 maxal kuniga, suvli qalampir ekstraktini (30-40 tomchidan kuniga 3-4 maxal) yoki gazak ut damlamasini (1 osh qoshiqdan kuniga 3 maxal) qabul qilish tavsiya etiladi.

Jinsiy yo'llardan kam miqdorda qon ajralsa va ular mustaqil ravishda to'xtasa ham qoldirmasdan genikologga murojaat qilish kerak. Bu o'z vaqtida sababni aniqlash va kerakli davolash o'tkazishga imkon beradi. Ayniksa bachadon bo'yni va tanasi yomon sifatli o'smalarini erta aniqlash muhimdir, chunki boshlang'ich bosqichda ularni davolasa bo'ladi.

Xayz ko'rish tugagandan keyin (ayollarda 50-55 yoshdan o'tgandan keyin) bachadondan qon ketishi yarimidan ko'p hollarda bachadon bo'yni va tanasi saratoni bilan bog'liq. Bu yoshda qon ketishining sababi shuningdek bachadan shilliq qavatining atrofik o'zgargan yallig'lanish kasalliklari va poliplar, tuxumdon gormon ishlab chiqaruvchi o'smalari bo'lishi mumkin.

Hayz ko'rish tugagandan keyin jinsiy yo'llardan qon ketishi aniqlanilsa (jismoniy zo'riqish va jinsiy aloka vaqtida yuzaga keladigan oz miqdorda bo'lsa xam) birdaniga ginekologga murojat qilish kerak. Bu davolab bo'ladigan, bachadon saratonihg boshlang'ich bosqichlarini aniqlashga yordam beradi. Qon to'xtatadigan vositalarni, qin yuvishlarnini va boshqa o'zini-o'zi davolash metodlarni qullash kechirib bo'lmaydigan xato hisoblanadi.

4.2.Maxsus davodan keyingi asaratlar nazorati:

4.2.1.Kimyo terapiyadan keyingi asoratlar nazorati:

Onkologik bemorni davolash jarayonining u yoki bu bosqichida kimyo terapiyani qo'llash imkoniyati va maqsadga muvofiqligi ko'rib chiqiladi. Biroq ushbu metodni qo'llash individual bo'lishi lozim. Kimyo terapiya qat'iy ravishda ko'rsatmalarga asoslanib, nafaqat patologik jarayon xususiyatlaridan kelib chiqib, balki bemorning umumiy holatini hisobga olib qo'llanilishi zarurdir.

Hamshira bemor va davolovchi shifokor o'rtasida asosiy halqa hisoblanadi. Shifokorning hamma ko'rsatmalarini bajarib, bemorning holati ustidan nazorat qiladi va hamma holatlar bo'yicha shifokorga ma'lumot berib turadi. Hamshira bemorlarga kimyo terapevtik preparatlarni kiritishning asosiy prinsiplarini bilishi kerak va ushbu prinsiplarga qat'iy rioya qilishi kerak. Ushbu prinsiplarni buzilishi bemor holatining yomonlashuviga olib keladi.

Kimyo terapiya - bu o'smaga qarshi aktivlikka ega bo'lgan dori vositalari yordamida yomon sifatli o'smalarni davolash demakdir. Dori bilan davolashning boshqa metodlaridan kimyo terapiya faqatgina yomon sifatli o'smalarda (saraton, sarkoma va b) qo'llanilishi bilan emas, balki toksik ta'siri bilan ham farqlanadi. Kimyo preparatlari saraton hujayralari bilan birgalikda, inson organizmining normal hujayralariga ham ta'sir etadi. Gormonlar yoki ularning sintetik analoglari va antigormonlar bilan o'smaga qarshi terapiya "gormonoterapiya" deb ataladi.

Preparatlarni tomir orqali kiritiladi va ular o'z o'rnida butun organizm bo'ylab tarqaladi. Aynan mana shu kimyo terapiya saratonning boshqa davolash

metodlariga nisbatan ustunligi hisoblanadi. Ko'pincha jarrohlik amaliyoti yoki nur terapiya orqali saraton hujayralarining hammasini yo'qotishning iloji bo'lmaydi, ya'ni bu harakatlar organizmning ma'lum bir qismiga qaratilgan bo'ladi. Ayrim hujayralar birlamchi o'smadan ajralib, qon bilan organizmning u yoki bu qismiga borib, ikkilamchi o'smalar yoki metastazlar paydo qilishi mumkin.

Onkologiyada kimyo terapiyaning ikki ta turi qo'llanadi:

- mono kimyo terapiya (bitta preparat bilan davolash)
- poli kimyo terapiya (bir nechta preparatlar bilan bir vaqtning o'zida yoki ketma-ket davolash).

Poli kimyo terapiya ko'p tarqalgan hisoblanadi. Kimyo terapiya davolashning yagona metodi sifatida yoki boshqa metodlar - jarrohlik va nur terapiya bilan kombinatsiya holida qo'llanilishi mumkin. Kombinatsiyalangan davolashda kimyo terapiya boshqa metodlardan oldin qo'llanilishi va davolashning yakunlovchi qismi bo'lishi mumkin.

Turli kimyo terapiya preparatlarining ta'sir mexanizmi hayotiy siklning turli bosqichlariga (fazalari) va hujayraning turli jarayonlariga qaratilgan bo'ladi. Deyarli hamma kimyo terapiya preparatlari "ishlayotgan" hujayraga ta'sir qiladi va GO deb ataluvchi hujaraning nafaol yoki tinch holatdagi fazasiga ta'sir etmaydi. Shunga binoan o'smaning kimyo terapiyaga chidamliligi birinchi navbatda GO fazasidagi hujayralar miqdori bilan aniqlanadi.

Hujayralar qanchalik tez o'sib bo'linadigan bo'lsa, ular shunchalik kimyo terapiyaga chidamli bo'lishadi. Shuni qayd etish kerakki, tasir etish samaradorligi saraton hujayrasi va mutloq normal hujayra uchun bir xil bo'ladi. Bir tomondan shu yo'l bilan butun organizm bo'ylab tarqalgan saraton hujayralariga ta'sir etish mumkin, boshqa tomondan shifokor oldida bemorning ushbu davolanishni ko'tara olishi muammosi turadi. Kimyo terapiyaning ijobiy samarasini kuzatib, onkolog shunga binoan nojo'ya ta'sirlarga qarshi kurashishiga ham to'g'ri keladi.

Kimyo terapiya - bu saratonni profilaktikasi va davolash uchun metodlardan biri hisoblanadi. Bugungi kunda bu metod ham alohida, ham davolashning boshqa metodlari, jarrohlik va nur terapiya, bilan birgalikda qo'llanadi. Prinsipial jihatdan kimyo terapiyaning ikki ta tartibi mavjud - **davolash** va **profilaktik**.

Davolash tartibi o'smani davolash uchun foydalaniladi. Masalan leykozda kimyo terapiya o'sma hujayralarini yo'qotish va kamaytirish uchun qo'llaniladi.

Profilaktik (ko'pincha ad'yuvant deb ataladi) kimyo terapiya jarrohlik va nur terapiya metodlari qo'llanilgandan keyin saratonning yashirin o'choqlarini kamaytirish maqsadida qo'llaniladi. Saraton hujayralari organizm bo'ylab hattoki o'smaning kichik o'lchamlarida ham tarqalishi mumkin. Masalan sut bezi saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash davomida va qo'ltiq osti limfa tugunlarida metastazlar aniqlangan bo'lsa, saraton hujayralari boshqa to'qima hamda limfa tugunlariga o'tib ketganligini taxmin qilish mumkin va ularni operatsiya vaqtida olib tashlab bo'lmaydi. Bu holatlarda kimyo terapiyani qo'llash davolanish natijasini sezilarli yaxshilaydi va ko'p hollarda kasallikning qayta rivojlanishini oldini oladi.

Kimyo terapiya to'liq davolanishga olib kelmasa ham, o'smaning o'sishini to'xtatib turadi, bemorning holatini yaxqlashlab, hayotini uzaytiradi.

hayotiy muhim a'zolarida joylashgan, operatsiya qilishning imkoni bo'lmagan o'smalarda, butun organizmda saratonning metastazlar ko'rinishida tarqalganda davolash kimyo preparatlari va gormonlar orqali amalga oshiriladi.

Nur terapiyasi, shuningdek kimyo terapiya keyinchalik jarrohlik operatsiyalarini amalga oshirish uchun sharoit yaratishi mumkin. Masalan sut bezi saratonida nur terapiya kursini o'tkazilishi qo'ltiq osti limfa tugunlarida metastazlarning yo'qolishiga olib keladi va jarrohlik amaliyoti uchun imkon beradi.

qizilo'ngachning og'ir saratonli zararlanishida nur terapiya va kimyo terapiya o'tkazilishi qizilo'ngach orqali ovqat o'tishining tiklanishiga olib keladi. Ko'ks oraliq'i limfatik tugunlariga metastaz bo'lganda bu o'pka va tomirlarni ezilishiga sababchi bo'ladi, nur terapiyasi kursini o'tkazilishi esa tomirlar ezilishini pasaytirib, to'qimalar shishini kamaytiradi va nafas olishni yaxshilaydi.

Kimyo terapiyaning samaradorligi

Kimyo terapiyaga nisbatan samarasiga ko'ra hamma yomon sifatli o'smalar to'rt ta guruqqa bo'lingan.

Birinchi guruhga kimyo terapiya to'liq davolanishga olib kelishi mumkin bo'lgan kasalliklar kiradi:

- bachadon xorionepiteliomasi
- Berkitt o'smasi
- o'tkir limfoblastli leykoz
- moyak seminomasi
- limfogranulematoz va b.

Ikkinchi guruhga kimyo terapiya o'smaning regressiga olib keladigan va bemor hayotini uzaytiradigan kasalliklar kiradi:

- kattalardagi o'tkir leykoz
- limfosarkoma va retikulosarkoma
- mielom kasalligi
- sut bezi saratoni
- prostata bezi saratoni va b.

Uchinchi guruhga kimyo terapiya 20-40 foiz bemorlarda o'smaning regressiga olib keluvchi yoki hayotini uzaytiruvchi kasalliklar guruhi kiradi:

- oshqozon saratoni
- surunkali leykozlar
- melanoma
- hiqildoq saratoni
- qalqonsimon bez saratoni
- siydik qopi saratoni
- yumshoq to'qimalar sarkomasi va b.

To'rtinchi guruhga kimyo terapiya kam ta'sir etuvchi o'smalar kiradi:

- qin saratoni
- bachadon bo'yni saratoni
- oshqozon osti bezi saratoni

O'smalarning bunaqa bo'linishi nisbiy hisoblanadi. Yangi kimyo preparatlari paydo bo'lishi bilan kasalliklar bir guruhdan boshqasiga o'tadi. Shuni esda tutish kerakki, davolashda boshqa metodlar ham bor, ularni kombinatsiya holida qo'llab to'liq davolanishga erishish mumkin. Masalan kasalliklar guruhiga e'tibor bersak sut bezi saratoni ikkinchi guruh kasalliklariga kiradi. Ya'ni faqatgina kimyo terapiya yordamida davolab bo'lmaydigan kasalliklarga kiradi.

Shunga qaramasdan turli yo'nalishga ega bo'lgan ta'sirotlarni qo'llash - jarrohlik va nur terapiyasi, ko'pchilik bemorlarning to'liq davolanishiga erishishiga olib keladi.

Kimyo terapiya preparatlari ichida quyidagi guruhlar ajratiladi:

- hujayra siklining hamma fazalariga ta'sir etuvchi;
- hujayra siklining ma'lum fazalariga ta'sir etuvchi;
- Boshqacha mexanizmga ega bo'lgan sitostatiklar.

Ta'sir mexanizmi bo'yicha ham bir nechta guruhlarga bo'linadi. Ularning klassifikatsiyasi qat'iy strukturaga ega bo'lmasdan, preparatning hujayraga ta'siri xususiyatlariga asoslangan:

- Alkillovchi agentlar. Ularning ta'sir mexanizmi DNK zanjiri bilan mustahkam kovalent bog'lar hosil bo'lishi tushintiriladi. Alkillovchi agentlar ta'sirida hujayraning nobud bo'lish mexanizmi to'liq o'rganilmagan, biroq ular ma'lumot o'qishda xatoliklar kelib chiqishiga sababchi bo'ladi va buning oqibatida ushbu kodga tegishli oqsil sintezi to'xtaydi. Alkillovchi agentlardan himoyalovchi tabiiy glutation sistema mavjud, shuning uchun o'smada yuqori miqdorda glutation bo'lsa ushbu kimyo preparatlari guruqi bilan davolashning kuchsiz samara berayotganligini ko'rsatadi.

Ushbu guruh dori vositalariga siklofosfan, embixin, nitrozomochevina preparatlari kiradi.

- Antibiotiklar. Antibiotiklarning bir qismi hujayra siklining turli fazalariga ta'sir qilib (G1, S, G2) o'smaga qarshi aktivlikni namoyon qiladi, shuning uchun ularning hammasi hujayra ishiga turlicha ta'sir mexanizmiga ega.

- Antimetabolitlar. Ularning ta'sir mexanizmi hujayradagi tabiiy metabolik (almashinuv) jarayonlarni bloklashga (konkurent yoki nokonkurent) asoslangan. Masalan metotreksat struktura jihatdan, hujayraning normal faoliyati uchun zarur bo'lgan, foley kislotasiga o'xshashdir. Shuning uchun metotreksat uning ishlatilishini bloklaydi, unga ta'sir qiluvchi ferment digidrofolat reduktaza ishini konkurent ingibirlaydi. Foleyning oksidlangan shakli haddan tashqari to'planishi oqibatida hujayra nobud bo'ladi. Misol uchun ushbu guruhga sitarabin, 5-flyuouratsil kiradi.

- Antratsiklinlar. O'z tarkibida DNK bilan o'zaro ta'sirlashuvchi antratsiklinli halqaga ega. Shuningdek ular topoizomeraza-I ni ingibirlab, DNK strukturasini zararlashi mumkin bo'lgan, ko'p miqdorda erkin radikallar hosil qiladi degan fikr mavjud. Misol uchun rubomitsin, adriblastin shu guruhga kiradi.

- Vinkalkaloidlar. Vinca rosea nomli o'simlikdan olingan bo'lib, uning nomiga qo'yilgan. Ularning ta'sir mexanizmi sitoskeletni hosil qiluvchi tubulin oqsilini bohlash xususiyatiga egaligi bilan tushintiriladi. Mitozda ham tinchlik fazasida ham hujayraga sitoskelet zarur. Sitoskeletning yo'qligi bo'linish jarayonida xromosomalarning to'g'ri migratsiyasini buzilishiga olib keladi, buning oqibatida hujayra halok bo'ladi. Bundan tashqari yomon sifatli o'smalar sog'lom hujayralarga nisbatan vinakalkaloidlarga ko'proq ta'sirchan, chunki "vinka-tubulin" kompleksi o'sma to'qimasida mustahkamroq turadi. Bu guruh preparatlari: vinblastin, vinkristin.

- Platina preparatlari. Platina metallarga kiradi, shuning uchun organizm uchun toksik hisoblanadi. Ta'sir mexanizmi bo'yicha alkillovchi agentlarni eslatadi. hujayra ichiga kirib platina preparatlari DNK bilan o'zaro ta'sirlashib, uning strukturasini va funksiyasini buzadi.

- Epipodofillotoksinlar. Mandragora ekstrakti moddalarining sintetik analogi hisoblanadi. DNK ning o'ziga hamda yadroning topoizomeraza-P fermentiga ta'sir qiladi. Etopozid, tenipozid kiradi.

- Boshqa sitostatiklar. har xil ta'sir yo'llariga qaramasdan ularning oxirgi ta'sir sanab o'tilgan preparatlarga o'xshaydi. Ularning bir qismining ta'siri alqillovchi agentlar ta'sirini eslatadi (dakarbazin, prokarbazin), bir qismi topoizomerazaga ta'sir qiladi (amsakrin), bir qismini antimetabolitlarga shartli kiritish mumkin (L-asparaginaza, gidroksimochevina). Kortikosteroidlar ham yaxshigina sitostatiklar hisoblanishadi, ayrim hollarda o'smalarni davolashda ishlatiladi.

Kimyo terapevtik preparatlar ko'pincha tomir orqali (tomir ichiga yuborish metodi) yuboriladi, peroral (og'iz orqali) ham yuborish mumkin. Ushbu davolashning maqsadi, saraton hujayralari qayerda bo'lmasin, ularga ta'sir etuvchi saratonga qarshi agentlarni qon orqali kiritishdan iboratdir. Ayrim hollarda kimyo terapevtik vositalar bevosita organizmning spetsifik soxalariga kiritiladi, masalan orqa miya suyuqligiga yoki to'g'ridan to'g'ri ichak bo'shlig'iga. Bundan maqsad ushbu joyda preparat konsentratsiyasini yuqori darajaga yetkazish hisoblanadi. Dorilarni qabul qilishning eng sodda yo'li tabletka yoki suyuqlik shaklida peroral ichishdir, bu shifokor yoki hamshira yordamisiz ularni uyda qabul qilish imkonini beradi. Biroq bu in'eksiyalarga qaraganda kamroq ishonchli metod hisoblanadi, chunki organizm har gal qabul qilgan dozasida dorining bir xil miqdorda so'rilishiga to'liq ishonch yo'q. Kimyo terapevtik preparatlarni kiritishning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri bu venaga kiritishdir, yoki in'eksiya orqali, yoki tomchilatib kiritiladi. Odatda bunaqa davolash shifoxonada ambulator yoki statsionar tarzda o'tkaziladi. Dorining har bir dozasi bir yoki bir necha kun davr oralig'ida 1-4 hafta ichida (davolash sxemasiga bog'liq tarzda) kiritiladi, kurslarning umumiy soni 4 dan 8 tagacha bo'ladi. Ayrim hollarda uzluksiz kichik dozalar kiritiladi, buning uchun kichik o'tkazuvchi nasos ishlatiladi. Nasosni belga taqiladi yoki sumkada olib yuriladi va bemorlar o'zlarining odatiy faoliyati bilan shug'ullanishlari mumkin.

Kimyo terapiyada asoratlar;

hamshira kimyo terapiya o'tkazilayotgan davrda asoratlarni hamda ularni bartaraf etishning yo'llarini, bemorlar hayoti sifatini oshirishni bilishi shart.

O'smaga qarshi zamonaviy preparatlarni har biri uchun aniq o'lchangan bir martalik va umumiy dozasi, sog'lom to'qima hamda a'zolariga ularning toksik ta'sirini oldini olishga imkon beradi. Lekin ularni sog'lom to'qimalarga to'liq salbiy ta'sirini yo'qotishning har doim ham iloji bo'lmaydi.

Kimyo terapiyaning asoratlari har doim ham paydo bo'lavermaydi, biroq onkolog-shifokor bu haqida doim esida tutishi kerak. Bemorning holati va uning turli a'zolar sistemasining faoliyatini hisobga olib, onkolog asoratlarni oldini oluvchi preparatlarni buyurishi mumkin.

Asoratlarni kimyo terapiya o'tkazilayotgan paytda yuzaga keluvchi erta asoratlarni hamda bir necha yillardan keyin paydo bo'luvchi kechki asoratlarni ham bo'lishi mumkin. Kimyo terapiyaning ko'plab asoratlari guruhlariga birlashtirilgan. Ulardan ayrimlari hayot uchun qavfli hisoblanadi, boshqalari davolash o'tkazilayotgan paytda hayot sifatini yomonlashtiradi. Kimyo terapiyaning eng yomon va tez uchrab turadigan asorati bu preparatlarning qon va qizil qon ko'migiga toksik ta'siri hisoblanadi (mielosupressiya).

Kimyo terapiya preparatlari juda ham tez ko'payadigan qon, shilliq qavat va b. hujayralariga ta'sir qilib, ularning faoliyatini tormozlaydi. Leykotsitlar (qonning himoya hujayralari), eritrotsitlar (kislorodni tashuvchi hujayralar) darajasining kamayishi bilan kuzatiluvchi mielosupressiyani Karboplatin, Siklofosfamid, Sitarbin, Dakarbazin, Adriamitsin, Etopozid, 5-Ftoruratsil, Metotreksat, Mitoksantron, Mustargen va b.lar chaqirishadi.

Kimyo terapiya preparatlari oshqozon-ichak sistemasiga ham toksik ta'sir etadi. Eng ko'p uchraydigan asorat qayd qilish va ko'ngil aynash hisoblanadi. Bu asoratlarni ko'pincha Sisplatin, Dakarbazin qo'llaganda, kamroq Karmustin va Siklofosfan qo'llaganda, undan ham kamroq Adriamitsin va Rubomitsin, 5-Ftoruratsil, Sitarbin qo'llaganda kuzatiladi.

Ko'ngil aynash va qayd qilishni oldini olish va yo'qotish uchun qusishga qarshi preparatlar (antiemetiklar) - Reglan (Metoklopramid), Ondansetron

(Zofran), Tropisetron (Novoban) ishlatiladi.

Kimyo terapiyagacha mavjud bo'lgan ishtaha pasayishida, ishtahani oshiruvchi maxsus vositalar qo'llaniladi.

Kimyo terapevtik preparatlarning buyraklarga salbiy ta'siri nefrotoksiklik deb ataladi. Buyraklar kanalchalarida to'planib, preparat hujayralarning nekrozini chaqiradi, shu bilan mos ravishda buyrak to'qimasi faoliyatining buzilishi yuzaga kelishi mumkin. Sisplastin nefrotoksik ta'sirga ega. Bu nojo'ya ta'sirni bartaraf etish uchun asta-sekinlik bilan yuboriladi va katta miqdordagi fiziologik eritma bilan birga quyiladi. Kimyo terapiyadan keyin buyrak faoliyatini nazorat qilish uchun bir qator analizlar o'tkaziladi. Zarur bo'lsa siydik haydovchi vositalar buyuriladi. Preparatlar siydik yo'llariga salbiy ta'sir etishi mumkin. Masalan Ifosfamid sistitni chaqiradi. Ushbu nojo'ya ta'sirni oldini olish uchun siydik yo'llari hujayralarini himoyalovchi preparat Mesna buyuriladi.

Kimyo terapevtik preparatlarning yurakka salbiy ta'siri kardiotsiklik deb ataladi. Adriomitsin kardiotsik ta'sirga ega bo'lib, uzoq muddat qo'llanganda va ma'lum dozaga yetkazilganda yurak yetishmovchiligini chaqiradi. Buni oldini olish uchun odatda yurakni kimyo preparatlaridan himoya qiluvchi maxsus dorilar buyuriladi (Kardioksan).

Kimyo terapevtik preparatlar o'pka larga salbiy ta'sir etishi mumkin. Shunday preparatlardan biri bo'lib Bleomitsin hisoblanadi. Ushbu preparat ta'sirida o'pka to'qimasining yallig'lanishi odatda 3-5 % holatlarda yuzaga keladi.

Kimyo terapiyaning o'tkazilishi ko'pincha vaqtinchalik bepushtlik, soch to'kilishi, stomatit, parodontit zo'rayishi bilan kuzatiladi. Davolanishdan keyin odatda sochlar yana o'sib chiqadi. Bepushtlik ham o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Kimyo terapiyaning ayrim turlarida bepushtlik ko'proq yuzaga keladi va davolashning iloji bo'lmaydi.

Kechki asoratlarga bepushtlik, jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi, shuningdek ikkilamchi o'smalar paydo bo'lishi kiradi.

Kimyo terapevtik preparatlarning asosiy toksik xususiyatlari Alkillovchi vositalar Toksiklik Bisulfan, xlorambutsil, dakarbazin, siklofosfamid, nitrozo mochevina, tiotepa ko'ngil aynash va qayd qilish, suyak ko'migi faoliyati pasayishi, gemorragik sistit, ikkilamchi yomon sifatli o'sma o'sish jarayoni, alopetsiya.

Antimetabolitlar; Azatioprin Xlordezoksiadenozin, Sitarbin, Flyudarabin, Flyuorouratsil Hidroksimochevina,

Metotreksat 6-Merkaptopo'rin Pentostatin 6-Tioguanin ko'ngil aynash va qayd qilish, suyak ko'migi faoliyati pasayishi, oshqozon-ichak sistemi va og'iz bo'shlig'ida yaralar paydo bo'lishi, jigarning toksik shikastlanishi, alopetsiya, nevrologik buzilishlar.

O'simlik alkaloidlari;

Etopozid, Vinblastin, Vinkristin ko'ngil aynash va qayd qilish, ekstravazat ustidagi mahalliy og'riq, suyak ko'migi faoliyati pasayishi, periferik nevropatiya, alopetsiya, ADG sekretsiasining buzilishi, ichakning paralitik tutilishi.

Antibiotiklar;

Bleomitsin

Daktinomitsin (aktinomitsin D) Daunorubitsin Doksorubitsin Mitramitsin Mitomitsin Mitoksantron ko'ngil aynash va qayd qilish, suyak ko'migi faoliyati pasayishi, kardiotsitlik, o'pka fibrozi, gipokalsemiya, alopetsiya, gipersezuvchanlik reaksiyasi

Fermentlar;

L-Asparaginaza ko'ngil aynash va qayd qilish, isitma, anafilaksiya, MNS shikastlanishi, pankreatit, tromboz, buyrak va jigarning shikastlanishi.

Aralash guruh; A-interferon, Sisplatin, Prokarbozin, Tomoksifen, ko'ngil aynash va qayd qilish, suyak ko'migi faoliyati pasayishi, isitma, et uvishishi, buyraklar shikastlanishi, antiestrogen effektlar

Kimyo terapiya turli xil nojo'ya ta'sirlarni chaqirishi mumkin, ilgari bu ta'sirlar juda ham og'ir bo'lgan va davolash ko'p hollarda noxush hissiyotlarni

chaqirgan hamda bu davoni o'tkazish og'ir bo'lgan. Hozirgi kunda kimyo terapiya tanib bo'lmas darajada o'zgarib ketdi. Yangi preparatlar kamroq nojo'ya ta'sir chaqiradi, shu bilan bir vaqtda eskilariga qaraganda samaraliroqdir ham. Bundan tashqari nojo'ya ta'sirlarni yengilroq bo'lishi va oldini olish uchun yanada mukammal metodlar ishlab chiqilgan.

Saratonga qarshi medikamentoz davolashning eng ko'p tarqalgan 3 ta nojo'ya ta'siriga ko'ngil aynash va qayd qilish, soch to'kilishi hamda suyak ko'migi faoliyati pasayishi kiradi.

Ilgari ko'ngil aynash va qayd qilish kimyo terapiyaga nisbatan eng azoblaydigan reaksiyalar hisoblangan. Saratonni davolashdagi eng muhim zamonaviy muvaffaqiyatlardan biri bu - ko'ngil aynashga qarshi juda ham samarador vositalarning (qusishga qarshi preparatlar) yaratilishidir. Ular ko'p hollarda ko'ngil aynashini bartaraf etishadi va kimyo terapiya o'tkazayotgan bemorlarda to'xtatib bo'lmaydigan ko'ngil aynash va qusish holatlari hozirgi kunda deyarli yuzaga kelmaydi. Chunki kimyo terapevtik vositalar yanada sifatliroq ishlab chiqarilayotgani uchun va noxush hissiyotlarni kamroq chaqirgani uchun ko'pchilik kimyo terapiya kursini olayotgan bemorlar ko'ngil aynash va qusishdan aziyat chekishmaydi.

Soch to'kilishi hamma kimyo preparatlari emas, balki ayrim preparatlarni qo'llanilganda kuzatiladi. Bunda sochlar kam miqdorda to'kilishi yoki siyraklashishi mumkin, lekin ayrim hollarda to'liq soch to'kilishi yuzaga kelib, nafaqat boshda balki tananing boshqa qismlarida ham to'kilishi mumkin.

Saratonni davolashda bunaqa reaksiya davolanishning azobli jihati hisoblanadi, chunki insonlar tashqi ko'rinishning bunday o'zgarishiga moslashishi qiyin kechadi, bundan tashqari bu holat ushbu kasallikning tashqi tomondan yorqin ifodalanishi bo'lib qabul qilinishi mumkin. Ko'pchilik insonlar parik taqishadi yoki boshini sharf hamda shlyapa bilan yopishadi. Soch to'kilishi - vaqtinchalik holat hisoblanadi va davolanish tugashi bilan har doim odatdagi tezlik bilan sochlar o'sib chiqadi.

Suyak ko'migiga ta'sir , hujayralarning kimyo terapevtik preparatlarga juda ham sezgirligiga bog'liq. Suyak ko'migi qon komponentlarini ishlab chiqaradi - eritrotsitlar, leykotsitlar va trombotsitlar. Sitotoksik vositalar ta'sirida ushbu hujayralar miqdori kamayganda, bir qator nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelishi mumkin: eritrotsitlar yetishmasligi natijasida, anemiya oqibatida charchash hissi va holsizlik; leykotsitlarning kam miqdorda bo'lishidan infeksiyaga nisbatan beriluvchanlik; trombotsitlar yetishmasligidan qon ketishi va gematomalar. Ushbu nojo'ya ta'sirlarni hammasini ma'lum miqdorda nazorat qilsa bo'ladi, shuning uchun medikamentoz davolash vaqtida ta'kidlagan hujayralar darajasini tekshirish maqsadida, qon taxlili doimiy olib borilishi kerak, shuningdek u yoki bu buzilishlar aniqlanib, davolanishi zarur. Anemiyani qon quyish bilan davolaniladi. Agar leykotsitlar miqdori past bo'lsa yoki shunga shubha qilinsa, ularning miqdorini oshirish uchun o'sish faktorlari bilan in'eksiya qilinadi. Trombotsitlar transfuziyasi (qon quyishga o'xshash bo'ladi, faqat bunda trombotsitlarning o'zi quyiladi) ushbu hujayralarning past miqdorda bo'lganda o'tkazish mumkin. Hozirda trombotsitlar kam miqdorda bo'lishi oqibatida qon ketishining oldini olish uchun trombotsitlarning yangi o'sish faktorlarini ishlab chiqish ustida ish olib borilmoqda.

Boshqa nojo'ya ta'sirlar

Diareya hamma kimyo terapevtik preparatlar ichida ayrimlarini qo'llanilganda kuzatiladi. Buni aptekada sotiladigan odatiy dorilar bilan oson davolash mumkin. Diareyaning og'ir shakllarida kimyo terapiyani vaqtinchalik to'xtatib turish yoki diareya to'xtagunicha kimyo terapevtik preparat dozasini kamaytirish mumkin.

Fertillik; Ayrim kimyo terapevtik preparatlar erkaklar fertilligiga ta'sir qilib, urug' suyuqligida spermatozoidlar miqdorini kamaytiradi va bepushtlikka olib keladi, ayrim hollarda doimiy xarakterda bo'ladi. Bepushtlik kimyo terapiya shuningdek ayollar ovulyatsiyasiga ta'sir qilib, vaqtinchalik va doimiy bepushtlikka olib keladi. Medikamentoz davodan oldin, oldini olish choralarini amalga oshirish uchun, shifokor bilan fertillik bilan bog'liq

savollarni hal qilish kerak. Agar erkaklar kelajakda bolaga ega bo'lishni xoxlashsa, namuna uchun urug' suyuqligini muzlatilgan holda saqlashni, sperma konservatsiyasini taklif qilish mumkin. Ayollar tuxum hujayralarini saqlash hozirgi kunda eksperimental tekshiruvlar ob'ektidir va to'liqligicha ushbu imkonga ega bo'lishi mumkin. Davolanish oqibatida yuzaga keladigan bepushtlik bilan kasallangan insonlarga, o'z holatini to'g'ri qabul qilishi uchun maslaxat va ruhiy madad zarur. Davolanish doimiy menopauza chaqiradigan ayollarda, juda ham og'ir bo'lishi mumkin bo'lgan simptomlarni kamaytirish uchun o'rin bosuvchi gormonal terapiya o'tkazish mumkin.

Jinsiy hayot. Medikamentoz davo vaqtida jinsiy hayotdan voz kechish uchun hech qanday asos yo'q, boshqa nojo'ya ta'sirlar natijasida bemorlar holati bu narsa uchun mos kelmasligi mumkin.

Qusishga qarshi terapiya;

Onkologik bemorlarda qusish va ko'ngil aynashning eng ko'p sabablaridan bo'lib kimyo terapiya va nur terapiya hisoblanadi. Ko'ngil aynash va qusish narkotik analgetiklar yuborish natijasida (morfin, omnopon) va giperkalsiemiya (qonda kalsiy miqdorining oshishi) oqibatida bo'lishi mumkin.

Kimyo preparatlar trigger (boshlang'ich), normada insonlarda organizmdan "signallar qabul qiluvchi", zonani stimulyatsiya qiladi. Masalan zaxarlanish oqibatida yuzaga keladigan odamlardagi qusish himoya reaksiyasi hisoblanadi, yomon ta'sirga ega bo'lgan mahsulotlarni oshqozondan chiqarib tashlashga qaratilgan bo'ladi.

Kimyo terapevtik preparatlarning trigger zonani stimulyatsiya qilishi nojo'ya ta'sir hisoblanib hech qanaqa foyda keltirmaydi. Trigger zona qusish markaziga signal yuborib, qusish yoki ko'ngil aynash hissi paydo bo'ladi. qusish va ko'ngil aynash kimyo terapiya o'tkazilayotgan vaqtda bemor ahvolini sezilarli yomonlashishiga (o'zini yomon his qilish, suyuqliklar va elektrolitlar yo'qotilishi) va hayot sifatining pasayishiga olib kelishi mumkin. Bu o'z navbatida bemor hayotini uzaytiruvchi, keyingi kimyo terapiyadan voz kechishga olib

kelishi mumkin. Tez-tez qayd qilish elektrolitlar balansini buzilishiga va hayot uchun qavf soluvchi holatlarga olib keladi.

Kimyo terapiya qusish fonida o'tkir (kimyo preparatlari yuborilgandan keyin birdaniga rivojlanuvchi) va kechikkan bo'lishi mumkin. qusishning asosan birinchi turini davolash mumkin.

Kimyo preparatlar emetogen faolligi bo'yicha (qusishni chaqiruvchi xususiyati) 5 ta guruhga bo'linadi.

Yuqori emetogen potensialga ega guruhga (90% holatlarda qusishni chaqiradigan) kiradigan preparatlar:

- sisplatin
- dakribazin
- mustargen
- streptozotsin
- sitarabin

O'rtacha yuqori emetogen potensialga ega guruhga (60-90 % holatlarda qusishni chaqiradigan) kiradigan preparatlar:

- karmustin
- siklofosfan
- daktinomitsin
- karboplatin
- ifosfamid

O'rtacha emetogen potensialga ega guruhga (30-90% holatlarda qusishni chaqiradigan) kiradigan preparatlarga:

- doksorubitsin (adriablastin)
- rubomitsin
- mitomitsin S

O'rtacha past emetogen potensialga ega guruhga (10-30 % qusishni chaqiradigan) kiradigan preparatlar:

- bleomitsin
- metotreksat

- etopozid

Past emetogen potensialga ega guruhga (10%dan kam hollarda qusishni chaqiradigan) kiradigan preparat:

- tamoksifen

har bir inson kimyo preparatlar yuborilishiga turlicha javob qaytaradi. qusish va qayd qilish ko'pincha quyidagi holatlarda rivojlanadi:

- oldingi kimyo terapiya o'tkazilgan paytda qusishga qarshi terapiya o'tkazilgan bo'lmasa

- ayollarda

- yoshlarda

qusish va qayd qilishni bartaraf etadigan bir nechta qusishga qarshi preparatlar guruhlari mavjud. Ularning hammasi turlicha qusishga qarshi samaradorlikka ega.

- Fenotiazinlar (proxlorperazin, etilperazin)

- Buterfenonlar (galoperidol, droperidol)

- Benzodiazepinlar (lorazepam)

- Kannabinoidlar (Dronabinol, Marinol)

- Kortikosteroidlar (deksametazon, metilprednizolon)

- Metokloproamid (reglan)

- Serotonin retseptorlari antogonistlari - Ondansetron (Zofran, Latran, Emeset, Emitron, Osetron, Ondansetron- LENS, Ondansetron gidroxlorid, Ondansetron gidroxlorid digidrat), Granisetron (Kitril), Tropisetron(Novoban).

Oxirgi guruh preparatlari eng yuqori qusishga qarshi faollikka ega (serotonin retseptorlari antogonistlari). Aynan ular qusish markazining trigger zonasini bloklashadi.

qusishga qarshi terapiyani kimyo terapiya yoki nur terapiyani o'tkazayotgan shifokor buyuradi. Dori vositalari to'g'ri buyurilganida qusishning 90% oldi olinadi.

Kimyo terapiya vaqtida ovqatlanish;

Kimyo terapiya ko'pincha ovqat hazm qilish trakti a'zolariga yomon ta'sir ko'rsatadi va normal ovqatlanishga to'siq bo'ladi. Shu bilan bir vaqtda o'smaga qarshi preparatlar buyurish va muvaffaqiyatli ta'sir ko'rsatishi uchun bemorning umumiy holatining yaxshi bo'lishi asosiy shartlardan biri hisoblanadi, ko'p jihatdan aynan to'g'ri ovqatlanish nojo'ya ta'sirlarni yengillatishga hamda yumshatishga qodir. Tartibga solingan ratsional parhezga amal qiladigan bemorlar nojo'ya ta'sirlarga qarshi tura olishadi.

Agar ovqat hazm qilish trakti, jigar va oshqozon osti bezi kasalliklari bo'lmasa quyidagi 4 ta guruh mahsulotlarini o'z ichiga oluvchi parhez tavsiya qilinadi: oqsilli, sutli, non - yormali va meva - sabzavotli.

Bemorning har kunlik ovqat ratsioni kimyo terapiya vaqtida hamda kurslar orasidagi vaqtda hamma 4 ta guruh mahsulotlarini o'zida saqlashi kerak.

Oqsilli guruh no'xat va loviya, yong'oqlar va soya mahsulotlarini, tuxum, baliq, go'sht (buzoq go'shti, novvoz go'shti, cho'chqa go'shti, parranda go'shti), jigarni o'z ichiga oladi. Ushbu guruh mahsulotlari oqsil, shuningdek V guruh vitaminlari va temir moddasini saqlaydi. Kun davomida hohishga qarab ratsionga bu guruh mahsulotlaridan ikki mahal foydalanish kerak. Masalan bir piyola qaynatilgan loviya yoki 2 ta tuxum yoki 60-90 gramm go'sht, baliq, parranda go'shti va b.lar.

Sutli guruh hamma sut mahsulotlarini o'z ichiga oladi: kefir, yangi prostokvasha, ryajenka, yogurt, tvorog, sut, pishloq, sariyog', quyiltirilgan sut va b.

Bemor hohishiga qarab tanlanadi. Sut mahsulotlari foydali hisoblanadi, ayniqsa bifidobakteriyalar bilan boyitilgan mahsulotlar (biokefir, bifidok va b.). Oziq mahsulotlarining ushbu guruhi zarur vitaminlar, shuningdek kalsiy va oqsil tomonidan tutadi. Kuniga 2 mahal sut mahsulotlarini qabul qilish kerak. har bir ovqatlanish mahalida bemor bir stakan kefir yoki prostokvasha, 30 gramm pishloq yoki 90 gramm tvorog yoki bir stakan sut, 1G`3 piyola shirin bo'lmagan quyultirilgan sut yoki 1G`3 briket muzqaymoq va b. iste'mol qiladi. Meva - sabzavotli guruh hamma hom va qaynatilgan sabzavotlarni, salat va

mevalarni, shuningdek sharbatlar va qurutilgan mevalarni o'z ichiga oladi. Ayniqsa o'smaga qarshi preparatlar yuboriladigan kunlar foydali hisoblanadi.

hohishga qarab sutkasiga 4-5 mahal qabul qilinadi. S vitamini saqllovchi titrusli (greypfrut, mandarinlar yoki apel'sinlar) mevalar, olmalar va boshqa meva hamda ho'l mevalar tavsiya qilinadi; sabzavotlar - baqlajon, kobachki, turli xil karamlar (boshli karam, gulkaram, bryussel' va b.), shirin qalampir, lavlagi, ayniqsa sabzi bo'lishi shart. Ko'katlar ham foydali hisoblanadi (salat bargi, ukrop, petrushka, ko'k piyoz, sel'derey va b.). har bir ovqatlanishda yangi uzilgan mevalarni yoki bir stakan mevali yoki sabzavotli sharbatni ichish (yarim stakandan sabzili va lavlagili sharbatni aralashtirsa bo'ladi),

shuningdek hom hamda qaynatilgan sabzavotlardan tayyorlanagan salatlarni iste'mol qilish kerak. Non - yormali quruq non, boshqali va yormali maqsulotlarni (jo'xorili, so'li yormasi va bug'doyli), turli bo'tqalar, "somonchali" pechen'esi va b.larni o'z ichiga oladi. Bo'tqalarni foydalilik darajasi

bo'yicha quyidagicha tartibda joylashtirish mumkin: grechkali, tolqonli, "gerkules", so'li yormasi, buqdoy yormasi, arpa bo'tqasi, poltava yormasi, guruchli bo'tqa. Ushbu guruh maqsulotlari organizmni uglevodlar, V1 vitamini bilan ta'minlaydi. Kuniga 4 mahal iste'mol qilish kerak. Har bir ovqat mahali bir bo'lak non yoki 2 ta pechen'e, yarim piyola bo'tqa, makaronlar, lag'monni o'z ichiga oladi. Ta'kidlangan parhezga, kaloriyani oshirish uchun, sariyoq yoki o'simlik yog'i, smetana yoki mayonez qo'shish kerak. Kimyo terapiya vaqtidagi har qanday parhezda, kurslar orasidagi tanafus vaqtida va kurs tugagandan keyin albatta polivitaminlarni qabul qilish kerak. Polivitaminlarni askorbin kislota bilan birga ichish maqsadga muvofiqdir.

Kimyo terapiya o'tkazilayotgan paytda hohishga qarab suyuqlik ichishni, sabzavotli, mevali va ho'l mevali sharbatlarni iste'mol qilish hisobiga oshirish kerak. Ayniqsa sabzili, lavlagili, tomatli, malinali va brusnikali sharbatlar foydalidir.

Shishlar hamda buyrakning ajratuvchi funksiyasi bilan bog'liq kasalliklari bo'lmasa kuniga 1,5-2 litr suyuqlik ichish kerak: mineral suv, choy, sut, limonli

va boshqa ichimliklar. Shishlar mavjud bo'lsa, plevra hamda qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lsa ichilgan suyuqlik ajratilayotgan peshobning 300 ml dan oshmasligi kerak.

Jigarning zararlanishida ovqatlanish ratsionidan qovurilgan, o'tkir va sho'r ovqatlar olib tashlanishi kerak. Go'sht va baliqning yo'qori navlari, marinadalar, kolbasalar, vetchina, qo'ziqorin va xolesteringa boy mahsulotlarni (miya, tuxum sariqi, baliq va qo'ziqorinli sho'rvalar, bul'onlar) iste'mol qilishdan tiyilish kerak. Qo'zish davrida rediska, sholg'om, piyoz, loviya, no'xat, rovoch tavsiya etilmaydi. Vegetarian sho'rvalari, borlar, yangi karamdan tayyorlangan hi, sutli sho'rvalar ichishga ruxsat etiladi. Ikkinchi ovqatlardan buqda pishirilgan go'shtli va baliqli kotletlar, qaynatilgan yog'siz go'sht mahsulotlari (mol go'shti, tovuq go'shti, kurka go'shti, til), yog'siz qaynatilgan baliq (treska, sudak, sazan, navaga, cho'rtan baliq) tavsiya qilinadi. Qaynatilgan sabzavotlar (sabzi, lavlagi, gulkaram, qovoq, kabachki), shuningdek mevalardan ho'l mevalar, ivitilgan turshak, olxo'ri, duxovkada pishirilgan olma, ho'l meva sharbatlari, na'matak damlamasi, bugdoy kepagi ovqat menyusiga kiritilishi kerak. Sutli bo'tqalar ham tavsiya etiladi: so'li yormasi, guruchli, buqdoyli yorma mayiz bilan yoki asal bilan. Ayniqsa sutli va sut qatqli mahsulotlar foydalidir: prostokvasha, kefir, ryajenka, atsidofilin, yogurtlar, yog'siz tvorog va b.

Buyraklar faoliyati buzilishida tuz keskin cheklanib, kam oqsilli parhez tayinlanadi. Tavsiya qilingan ovqatlar: sutli ovqatlar, pishloq va tvorogli pastalar, o'tkir ziravorlarsiz tayyorlanagan sabzavotli, baqlajonli va kabachkili ikralar, o'simlik yog'i va eritilgan sariyoq. Birinchi ovqatlardan tavsiya qilinganalari - borhlar, lavlagi sho'rvasi, sabzavotli, mevali va o'tkir ziravorlarsiz, kam miqdordagi tuz bilan yormali sho'rvalar. Go'shtning turli navlarini cheklangan miqdorda iste'mol qilish kerak. Yormali va makaronli ovqatlar ham iste'mol qilish mumkin. Ayniqsa hom sabzavotlar foydali hisoblanadi - sabzi, boshli karam, yangi uzilgan bodring, yashil no'xat, petrushka, kam miqdorda ko'k piyoz va b.

4.2.2. Nur terapiyasi va nur terapiyasi oluvchi bemorlarning parvarishi

har bir onkologik bemorni davolash jarayonining u yoki bu bosqichida nur terapiyani qo'llashning maqsadga muvofiqligi va imkoniyatlari ko'rib chiqiladi.

Biroq ushbu metoddan foydalanish individuallashtirilgan bo'lishi kerak. Nur terapiya qat'iy ko'rsatmalarga ko'ra, nafaqat patologik jarayon xususiyatlarini hisobga olib, balki bemorning umumiy holati hisobga olinib qo'llanilishi zarur.

Tibbiy hamshira bemor va davolovchi shifokor o'rtasida muhim boqlovchi halqa hisoblanadi. hamshira shifokorning hamma ko'rsatmalarini amalga oshirib, bemor holatini kuzatib boradi va bular haqida shifokorga ma'lumot beradi. Tibbiy hamshira nur terapiyaning muhim prinsplarini bilishi kerak va bu prinsplarga qat'iy rioya qilishi kerak. Ushbu prinsplarning buzilishi bemor ahvolidan yomonlashishiga olib kelishi mumkin.

Nur terapiya - o'smali va o'smali bo'lmagan bir qator kasalliklarni ionlovchi nurlanish orqali davolash metodidir. Bunaqa nurlanish maxsus apparat yordamida paydo qilinadi va radioaktiv manbaadan foydalaniladi. Nur terapiyaning samarasi ionlovchi nurlanishga saraton hujayralarining sezgirligiga asoslangan. Ushbu nurlanish oqibatida hujayralarda ko'p miqdorda mutatsiyalar rivojlanadi va ular halok bo'lishadi. Bunda organizmning sog'lom hujayralari bunaqa o'zgarishlarga uchramaydi, chunki ular nurlanishga chidamli hisoblanishadi. O'sma hujayralarining halok bo'lishi maxsus metodikaga asoslangan bo'lib, har xil tomondan o'smaga nurlar yo'naltiriladi. Natijada o'smada maksimal nur dozasi to'planadi.

Distansion nur terapiya - yomon sifatli o'smalarni ionlovchi nurlanish yordamida davolash metodi bo'lib, ionlovchi nurlanish manbaasi tana yuzasidan ma'lum masofada joylashadi (odatda 75-100 sm uzoqlikda). Nur terapiyasining davolash samarasi ionlovchi nurlanish ta'sirida saraton hujayralarining halok bo'lishi bilan bog'liq. Bunda a'zo ichida joylashgan o'sma kam miqdorda zararlanadi, chunki organizmning normal hujayralari nurlanishga ko'proq chidamlidir.

Nur terapiyaning to'liq (davolash) kursiga har kunlik muolajalarni o'z ichiga olib, odatda ularning soni (7-35ta) bo'lib, ma'lum klinik holatga bog'liq ravishda belgilanadi.

Kontaktli (braxiterapiya) nur terapiyasi - radioterapiyaning turi bo'lib, ionlovchi nurlanishning manbaasi zararlangan a'zoga kiritiladi yoki o'smaga implantatsiya qilinadi, ya'ni bevosita o'sma bilan kontaktda bo'ladi. Bunda radiatsiyaning maksimal dozasi bevosita o'smaga yondosh to'qima va a'zolari zararlansdan yetkaziladi. Ushbu maqsadlarda braxiterapiya uchun aplikatorlarning standart to'plamidan foydalaniladi, agar o'smaning murakkab konfiguratsiyasi yoki murakkab joylashuvi bo'lsa individual nurlantiruvchi sistemalarning ishlab chiqish usullari mavjud. Bu muolaja braxiterapiya uchun maxsus apparatda amalga oshiriladi.

Nur terapiyaning mustaqil turi sifatida ko'pincha yuza joylashgan o'smalar uchun, asosan bosh va bo'yin sohasida (ko'z, burun, quloq chig'anog'i atrofida) qo'llaniladi yoki palliativ nur terapiyada qo'llanilishi mumkin. Bunday holatlarda o'smani yaxshi kosmetik samaradorlik bilan, yaqin atrofda joylashgan a'zolari zararlansdan davolashga erishiladi. Ko'proq nur terapiyaning qo'shilib kelgan komponenti sifatida foydalaniladi.

Qo'shilib kelgan nur terapiya - radioterapiyaning turi bo'lib, nurlanishning distansion hamda kontakt (braxiterapiya) metodlari turli ketma-ketlikda foydalaniladi. Har bir metodning ustunlik tomonlaridan foydalanish (qo'shib ishlatish) natijasida o'smaga sezilarli yuqori dozadagi nurlanish, atrofdagi to'qimalarning minimal zararlanishi bilan yetkaziladi, bunda davolashning natijalari sezilarli yaxshilanadi.

Konform nur terapiyasi - nur terapiyaning metodi bo'lib, ko'rsatilgan doza to'g'ri belgilangan nurlanish hajmiga binoan, bemor tanasida joylashishiga va konfiguratsiyasiga qaramasdan nurlanish yetkaziladi. Bunda atrofdagi to'qima va a'zolar minimal (tolerant) dozani qabul qilishadi.

Konform nur terapiyasi faqatgina nur terapiyasi uchun zamonaviy avtomatlashgan kompleksda o'tkaziladi.

Nur terapiyasini qo'llash quyidagi omillarga asoslanagan: 1) ionlovchi nurlanishning biologik ta'siri, ya'ni ularning to'qimalarda, a'zo va organizmda funksional va anatomik o'zgarishlarini chaqirish xususiyati - to'qima va hujayralar o'sishining to'xtashi va nurlantirilgan to'qima elementlarining halok bo'lishi yuzaga keladi. Bunda nurlantirilgan to'qimalarning zararlanishi yo'tilgan dozaga to'g'ri proporsionaldir; 2) patologik o'zgargan to'qimalarning nurlantirishga ta'sirining yuqori sezuvchanligi (o'smali, distrofik, yallig'lanish jarayonida va b.); 3) organizmning uning a'zolarini va to'qimalarini javob reaksiyasi. Zararlanishning kuchsiz darajasi - qaytar jarayon bo'lib, nurlantirilgan to'qimaning javob reaksiyasi nafaqat u yoki bu funksiyaning kuchsizlanishi kompensatsiyasi, balki funksiyaning kuchayishi bilan ifodalanadi. Nurlantirilgan to'qimaning chuqur anatomik shikastlanishida jarayon qaytmas hisoblanadi va halok bo'lgan, faoliyat olib bormayotgan elementlar biriktiruvchi to'qima bilan to'ldiriladi. Shuning uchun ayrim hollarda nur terapiyaning maqsadi u yoki bu a'zoni funksiyasini kuchaytirish yoki aksi ya'ni susaytirish hisoblanadi, boshqa hollarda masalan yomon sifatli o'smalarda (saraton, sarkoma va b.) - patologik o'zgaragan to'qimalarni faoliyatini to'liq to'xtatiladi va bartaraf etiladi. Nur terapiyasining samaradorligi muhim sharti - nurlantirish energiyasini tanlash va to'qimalarning yutgan dozasidir. Ionlovchi nurlanish manbaasi sifatida nur terapiyasida radioaktiv izotoplar (^{60}So , ^{137}Ss , ^{32}R , ^{198}Au , ^{137}I , ^{192}Ir va b), shuningdek rentgen qurilmalar, gamma-qurilmalar va zaryadlangan tanachalar kuchaytirgichlari (siklik va to'g'ri kuchaytirgichlar, betatronlar) ishlatiladi.

Nurlantiriluvchi a'zoga nisbatan nurlantirish manbaasi joylashishiga qarab tashqi va ichki nurlanishga bo'linadi. Ichki nurlantirish organizmga (og'iz yoki vena orqali) radioaktiv modda kiritish bilan amalga oshiriladi, turli a'zo va to'qimalarga asta-sekin tarqaladi hamda zaryadlangan zarrachalar va g-nurlar tarqalishi bilan kuzatiladi. Tashqi nurlantirish umumiy va mahalliy bo'lishi mumkin. Umumiy nurlantirish juda ham kam qo'llanadi va nur

terapiyaning asosini mahalliy nurlantirish tashkil etadi, ya'ni organizmning boshqa qismlarini himoyalagan holda biror bir a'zo yoki chegaralangan qismi nurlantiriladi.

Chuqur joylashgan o'choqlarni davolash uchun distansion nurlantirish qo'llanadi (teleterapiya) - nurlantirishning manbaasi (gamma- va rentgen qurilmalar, kuchaytirgichlar) teridan uzoq masofada joylashadi (30-120 sm). Yaqin masofadagi yoki qisqa masofadagi nurlantirishda manbaadan terigacha masofa 3-7 sm

dan oshmaydi, ko'pincha teri kasalliklarini ayniqsa uning yomon sifatli o'smalarini davolashda ishlatiladi (rentgen apparatlari va qurilmalari ^{60}So yoki ^{192}Ir). Teri kasalliklarini davolashda shuningdek kontakt nurlanish ham ishlatiladi, bunda a- va b- zarrachalarni tarqatuvchi radioaktiv preparatlar teri yoki shilliq qavat yuzasida joylashadi.

Bo'shliq ichidagi nurlantirish har xil usular bilan amalga oshiriladi. Maxsus kichik yaqin fokusdagi tubus rentgen apparati bevosita tana bo'shlig'iga kiritiladi (og'iz bo'shlig'i, to'g'ri ichak). Radioaktiv modda aralashmasi bilan to'ldirilgan rezinali ballon, radioaktiv izotop saqllovchi metallik qiyofli naychalar, shuningdek ^{60}So li idishlar bo'shliqli yoki nayli a'zoga (siydik qopi, bachadon, bronxlarga) kiritiladi. Bo'shliqli a'zoga (siydik qopi) yoki tana bo'shlig'iga (plevra, qorin va b) radioaktiv izotop aralashmasi yuboriladi yoki aralashma sepiladi. To'qima ichi nurlantirish ^{60}So yoki ^{192}Ir saqllovchi keramik silindrlarni ignalar yoki naychalar kiritish bilan, shuningdek kolloid aralashmali ^{198}Au yoki ^{198}Au granularini kiritish orqali amalga oshiriladi. Nur terapiya jarrohlik, dori, gormonal, parhez va boshqa davolash turlari bilan qo'shilgan holda ishlatiladi, chunki davolashning kombinatsiyalangan uslublari eng yaxshi samaradorlikka ega.

Nur terapiyasi onkologik kasalliklarni davolashning eng yaxshi uslublarning uch tadan bittasi hisoblanadi. Jarrohlik va dori bilan davolash metodlari bilan teng ravishda nur terapiyasi ayrim kasalliklarda to'liq davolanishga erishishga imkon beradi, masalan limfogranulematozda. Bir qator

kasalliklarda nur terapiya kimyo terapiya va jarrohlik yo'li bilan davolashni to'ldirgan holda, natijani yaxshilashga yordam beradi. Masalan sut bezi saratonida, to'g'ri ichak saratonida, o'pka saratonida xuddi shunaqa bo'ladi. Ayrim kasalliklarda nur terapiya bemorlarni azoblovchi simptomlardan foriq qiladi. Masalan suyakka metastazlar bo'lganda og'riqlar kamayadi. Nur terapiyadan o'sma bo'lmagan kasalliklarda ham foydalaniladi. Masalan ilgari rentgenoterapiya epilyatsiya maqsadida va yuqori miqdorda ter ajralishini davolashda ishlatilgan. hozirgi kunda tovondagi osteofitlarni davolashda ishlatiladi.

Ionlovchi nurlanish sog'lom to'qimalar uchun zararli hisoblanadi, shuning uchun nurlantirish bir nechta seansda amalga oshiriladi. Agar zarur bo'lsa nurlantirish bir nechta nuqtalarda o'tkaziladi, bunda sog'lom to'qimalar minimum doza, o'sma maksimum doza qabul qiladi.

Nur terapiya kursi quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

1. O'smaning tarqalish darajasi (bosqichi), gistologik tuzilishi haqida kerakli diagnostik ma'lumot olingandan so'ng, yondosh patologiya og'irlik darajasi bag'langandan so'ng nur terapiyaning individual davolash kursi ishlab chiqiladi.
2. Nur terapiyaning sifatligini ta'minlash uchun nur terapiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkaziladi.

Bu tayyorgarlik o'z ichiga quyidagilarni oladi:

- nur terapiyasi sohasining komp'yuter tomografiyasi;
- tomografiyadan so'ng olingan tasvirlar komp'yuter rejalashtiruvchi sistemasiga kiritiladi. Bu nurlantirish hajmini maksimal aniq darajada aniqlashga va nur terapiyasining muolajalar rejasini optimal hisoblashga imkon beradi. Davolashning muolajalar rejasini mutaxassislar guruhi ishlab chiqadi - radiatsion-onkolog shifokorlar va tibbiy fiziklar. Ishlab chiqilgan rejada nur terapiyaning maqsadiga bog'liq ravishda, o'smaning tipi, uning o'lchamlari va joylashishiga bog'liq ravishda patologik o'choqqa to'g'ri keladigan nurlantirish dozasi aniqlanadi.

3. Nur terapiyasining davolash kursidan oldin maxsus rentgen apparatida (rengen simulyator) nur terapiya muolajasining individual amalga oshirilish rejasi modellashiriladi.

4. Davolash har kuni fiksatsiyalangan holatda maxsus terapevtik apparatda nur terapiya bilan davolash uchun mo'ljallangan xonada o'tkaziladi. Hamma tayyorgarlik muolajalari tugatilgandan keyin tibbiy guruh davolash xonasini tark etadi. Muolaja vaqti davomida bemor holati yuzasidan bemorning qarshisida joylashtirilgan kamera yordamida video nazorat olib boriladi. Chiziqli kuchaytirgichning boshqaruv xonasidan tibbiy xodimlar mikrofon orqali bemorni eshitishlari mumkin.

Nurlantirish chiziqli kuchaytirgichning kollimatori orqali patologik o'choqda gamma-nurlanishni yuzaga keltiruvchi turli qurilmalardan foydalanilgan qolda amalga oshiriladi. Nurlantirish davomiyligi individual bo'lib, bemorni davolash rejasi orqali aniqlaniladi. Davolashning aniq umumiy vaqti bir necha minutni tashkil etadi va nurlantirishning hajmi, shakli, o'lchami, shuningdek buyurilgan dozaga bog'liq bo'ladi.

Nur terapiyada, ayniqsa kimyo terapiya bilan qo'shib o'tkazilaganda, ko'pincha neytropeniya kuzatiladi (qonning himoya hujayralari- lekotsitlar miqdorining kamayishi). Nur terapiya ikkilamchi o'smalarning kam hollar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Odatda bunday o'smalar nurlantirishdan keyin 10-20 yil o'tgach yuzaga keladi. Odatda ikkilamchi o'smalar nur terapiya yuqori dozada o'tkazilganda paydo bo'ladi. Umuman olganda nur terapiya o'tkazilganda o'lim holatlari kam hollarda uchraydi.

Halqum saratonining nur terapiyasi

Halqum saratonini davolash jarrohlik yo'li, nur terapiya va kombinatsiyalangan metodlar bilan amalga oshiriladi.

halqum saratonini I-II darajasida radikal davolashda bir xil natija keltiradigan usul nur terapiya va jarrohlik hisoblanadi, lekin jarrohlik yo'li bilan davolash travmatik bo'lsa va texnik jihatdan murakkab operatsiya bo'lsa, nur terapiya esa a'zoni saqlab qoluvchi usuldir va nogironlikka olib

keldi. Kasallikning III bosqichida, shuningdek burma osti sohasida joylashgan o'smaning II bosqichida eng samarali usul hisoblanadi, operatsiyadan oldingi distansion nur terapiyani o'z ichiga oladi va qat'iy vaqt oralig'idan keyin laringoektomiya amalga oshiriladi (III bosqich) hamda yarim yoki gorizontal rezeksiya o'tkaziladi (jarayonning I-II bosqichida).

Operatsiya nur terapiya kursi tugagandan keyin 10-20 kundan so'ng amalga oshiriladi. Agar mustaqil ravishda davolanishning nur terapiyasi o'tkazilsa bu bo'lingan kurs deb ataladi, bunda 1 va 2 bosqich orasida 10-14 kun oraliq vaqt bo'lishi kerak. Bunda maqsad - o'smaning qon bilan ta'minlanishini tiklash va uning radioaktiv sezuvchanligini oshirish hisoblanadi. Bu kursning ikkinchi bosqichi o'tkazilganda nurlantirish maydoni 4-6 - 6-8 sm gacha kamayadi, umumiy doza 70 Gr gacha yetkaziladi, fraksiyalanishning traditsion tartibi bilan davolanganda 65 Gr gacha dinamik yetkaziladi.

Limfatik tugunlarning mahalliy metastatik zararlanishi kuzatilgan hamma hollarda kombinatsiyalangan davolash o'tkaziladi (Krayl tipi operatsiyasi - halqumning yagona bloki va mahalliy tugunlar bilan kletchatka olib tashlanadi).

Nurlantirish jarayonida ko'pchilik bemorlarda qoidaga binoan nurga nisbatan reaksiya rivojlanadi - ya'ni laringit, nurlantirish tugagandan keyin mustaqil ravishda o'tib ketadi. Bemorga qulay sharoit yaratish maqsadida desensibilizatsiyalovchi terapiya, keng spektrli antibiotiklar, yoqli ingalyatsiyalar tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Nurga bog'liq perixondrit rivojlanganda nur terapiya to'xtatilishi kerak va intensiv antibiotikoterapiya o'tkazilishi zarur; kortikosteroidlarni qo'llash mumkin.

IV bosqich jarayoni bo'lgan bemorlarda davolash palliativ harakterda bo'ladi va qoidaga ko'ra normal nafas olishni tiklash uchun traxeostoma qo'yish bilan boshlanadi.

O'pka saratonining nur terapiyasi

O'pka saratonini davolash jarrohlik yo'li, nur terapiya, dori bilan, kombinatsiyalangan va kompleks metodlar bilan amalga oshiriladi.

O'pka saratonini davolashning eng radikal usul bu jarrohlik yuli bilan davolash hisoblanadi. Biroq bu usulni qo'llashga ko'rsatmalar chegaralangan, chunki ko'pchilik holatlarda o'pka saratoni kech tashxislanadi.

Kimyo terapiya differensiallashmagan o'pka saratoni shakllarida davolashning eng yaxshi metodlardan biri hisoblanadi (kichik hujayrali, yirik hujayrali differensiallashmagan saraton); operatsiya qilib bo'lmaydigan hollarda foydalaniladi. Operatsiyadan oldingi kimyo terapiya qisman yoki to'liq limfatik tugunlardagi va boshqa a'zoldagi metastazlarni yo'qotadi.

O'pka saratoni bilan kasallangan bemorlarning ko'pchiligi hozirgi kunda nur terapiya hamda jarrohlik yo'li bilan kombinatsiyalangan holda davolanadi.

Nurlantirishda qo'llaniladigan asosiy usul - bu kobal't So bilan gamma-nurlantirishdir. Yuqori energetik tormoz nurlantirishni qo'llash eng foydali usul hisoblanadi (15 dan 20 MeV gacha). Intoksikatsiya belgilari bilan bemorning og'ir holati, o'sma parchalanishi oqibatida ko'p miqdorda qon tupurish va qon ketishi, plevra bo'ylab o'sma disseminatsiyasi, chekka a'zolarga ko'plab metastazlar, o'pkalarning aktiv sili nur terapiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

O'pka saratonining nur terapiyasi kasallikning I-III bosqichlarida o'tkaziladi (markaziy yoki periferik shakllarida), radikal rejaga ko'ra, o'smaning gistologik tuzilishiga bog'liq ravishda, kurs bo'lingan holda o'choqqa nurlantirish dozasi 60-70 Gr atrofida yo'naltiriladi. O'sma ko'krak qafasiga, ko'ks oralig'ining yirik tomirlariga, perikardga, diafragma o'sib kirganda nur terapiya palliativ 30-50 Gr dozada traditsion yoki dinamik fraksiyalanish tartibida o'tkaziladi. Kichik hujayrali o'pka saratoni mul'tifraksiyalanish tartibida nurlantiriladi (1,2 Gr sutkasiga uch mahal SODq46 Gr).

Bemorlarni radikal davolashda mahalliy limfatik tugunlar bilan birgalikda birlamchi o'choq nurlantiriladi. Nur terapiyasining 2 bosqichida nurlantirish maydoni kamayadi va nurlantirish boshqa variantda o'tkaziladi.

Nur terapiya kombinatsiyalangan davolashda operatsiyagacha shuningdek operatsiyadan keyin ham qo'llanilishi mumkin. Operatsiyadan oldingi nurlantirish

parakankroz pnevmoniyani yo'qotadi, o'sma biologik aktivligini kamaytiradi, eng sezgir o'sma hujayralarini parchalaydi, bir qator hollarda operatsiyani qulay sharoitlarda o'tkazishga imkon beradi. Operatsiyadan oldingi nurlantirish o'rta fraksiyalar bilan haftaga 4-7 Gr ikki-uch marta SODq 25-30 amalga oshiriladi. Nurlantirish tugagandan keyin 4-7 kun o'tgach qilinadi.

Operatsiyadan keyingi nur terapiya o'smaning qoldiqlarini shuningdek operatsiya vaqtida topilmagan hamda yetib bo'lmaydigan metastazlarni parchalash uchun o'tkaziladi.

Mahalliy nurga bog'liq reaksiyalar o'pka to'qimasida, qizilo'ngach va traxeya shilliqqavati, ushbu to'qimalarning past tolerantligi hisobiga (30-40 Gr atrofida) yuzaga keladi.

Qizilo'ngach saratonining nur terapiyasi;

qizilo'ngach saratonini davolashning asosiy metodi kombinatsiyalangan, jarrohlik va nur terapiyasi hisoblanadi. Kimyo terapiya kam samarali hisoblanadi.

Kasallikning I-II bosqichi jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Jarrohlik yuli bilan davolash - anastomozlar qo'yish bilan qizilo'ngach rezeksiyasi, sun'iy qizilo'ngach yaratish - juda ham travmatik bo'lib, turli xil yiringli-yallig'lanishli xarakterdagi asoratlar rivojlanishiga olib keladi, bu operatsiyadan keyingi davrda yuqori o'lim darajasiga olib keladi.

qizilo'ngach saratonida kimyo terapiya kam hollarda o'sma regressiyasiga olib keladi, lekin effekt qisqa muddat bo'ladi va bemorlar hayotining davomiyligi uzayishi kuzatilmaydi.

Nur terapiya ko'pchilik qizilo'ngach saratoni bilan kasallangan bemorlarni davolashda qo'llaniladi. Nur terapiya gamma-apparatlarida shuningdek elektron kuchaytirgichlarda amalga oshiriladi (chiziqli yoki siklik). Nurlantirish ko'pincha tebrantirish sektori tartibida tebranish burchagining 240 gradusida o'tkaziladi. Rotatsion apparat yo'q bo'lsa qarama-qarshi maydonlardan nurlantirish qo'llaniladi.

Nur terapiyaning shuningdek qo'shilib kelgan metodi ham qo'llaniladi, bunda distansion metod bo'shliq ichi metodi bilan to'ldiriladi. Cs 137 radioaktiv manbalari o'smaga bevosita oshqozon zondi yordamida kiritiladi. Ushbu maqsadlarda masofali boshqariluvchi "Selektron-LDR" shlankali apparati qo'llaniladi. Bo'shliq ichi kontakt nurlantirishning xarakterli xususiyati bu "o'sma-sog'lom to'qima" chegarasida dozaning yuqori gradienti hisoblanadi, bunda sog'lom to'qima sezilarli darajada nur yuklamasidan himoyalanişga imkon beradi.

Palliativ nur terapiya o'sma jarayoni tarqalib ketgan bemorlarga ko'rsatma hisoblanadi. Bunda maqsad disfagiya simptomlarini, og'riqlarni yo'qotish, o'sma rivojlanishini sekinlashtirish bo'ladi. Nurlantirish ikki qarama-qarshi maydondan o'tkaziladi (parasternal va paravertebral). O'sma parchalanishi bo'lganda nurlantirish avaylovchi tartibda qo'llaniladi (bir martalik o'choqli doza 1,6-1,8 Gr, SOD q 40-50 Gr gacha). Agar parchalanish qavfi va qon ketishi bo'lmasa nurlantirish ikki yirik fraksiya, 8 Gr dan boshlanadi yoki fraksiyalanishning dinamik tartibida nurlantiriladi.

qizilo'ngach saratonini kombinatsiyalangan davolashda jarrohlik yo'li bilan davolashdan oldin nur terapiya o'tkaziladi. Operatsiyadan oldingi nur terapiya o'tkazishda o'rtacha fraksiyalanuvchi bir martalik 5 Gr SOD q 25 Gr o'choqli doza bilan o'tkaziladi, undan keyin 1-3 sutka o'tgach operatsiya qilinadi.

Kombinatsiyalangan davolash bemorlarni faqatgina jarrohlik va nur terapiyasi bilan davolaganlarga nisbatan hayot davomiyligini uzaytirishga yordam beradi, metastazlar va retsidivlar chastotasini kamaytiradi.

Nur terapiyaga nisbatan mahalliy nur reaksiyalar qizilo'ngach shilliq qavatida rivojlanadi va ezofagitning turli darajalari bilan ifodalanadi.

Ezofagitning belgilari - qizilo'ngachda ovqat yutganda og'riq kuchayishi, achishish hissi, salivatsiyaning kuchayishi yoki aksi quruqlik hissi - 30-45 Gr dozadan keyin paydo bo'ladi va asta-sekin davolash oxirida kuchayib ketadi. Nurga nisbatan reaksiyalar shuningdek traxeya va bronxlar shilliqqavatlari, o'pka to'qimasi tomonidan kuzatiladi.

Sut bezi saratoni nur terapiyasi;

Sut bezi saratonini davolash usullariga umumiy ta'sirlar sxemasiga kiradigan turli xil jarrohlik, nur terapiya, gormonal va kimyo terapevtik kombinatsiyalar kiradi.

Sut bezi saratonini davolashda operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi davrda nur terapiyasi qo'llaniladi. O'mrov usti va osti hamda parasternal zonalar bitta to'g'ri maydon yoki alohida umumiy o'choqli dozada 40-45 Gr nurlantiriladi. Operatsiyadan oldingi nurlantirish yirik yoki o'rta fraksiyalar bilan o'tkaziladi. Sut bezini tangensial ikki maydon tomonidan bir martalik doza bilan 5 Gr bilan besh kun davomida SODq 25 Gr nurlantiriladi; shuningdek qo'ltiq osti va o'mrov usti sohalari (20-25 Gr dan har bir zona uchun) nurlantiriladi. O'mrov usti va parasternal zonalar operatsiyadan keyingi davrda oddiy fraksiyalanish bilan SOD q 40-45 Gr gacha nurlantiriladi yoki dinamik fraksiyalanish tartibida SOD q 38 Gr gacha nurlantiriladi. O'smaning I-II bosqichida tanlov metodi bo'lib a'zo saqlovchi davolash hisoblanadi, bunda sektorial rezeksiya yoki kvadrant ektomiya masofali va kontakt nurlantirish bilan to'ldiriladi.

Operatsiya qilib bo'lmaydigan hollarda nur terapiya kursi xuddi operatsiyadan oldingi davrdagidek amalga oshiriladi, lekin umumiy doza sezilarli oshadi. Birlamchi o'choqda umumiy o'choqli doza 60-66 Gr yetkaziladi. Parasternal sohada metastazlar bo'lganda limfatik tugunlar ikki tomondan 45 Gr doza bilan nurlantiriladi. O'mrov o'sti sohasidagi metastazlarda hamma o'mrov usti chuqurchasi hamma qismi va bo'yin yarmining tegishli tomoni limfatik tugunlari 45 Gr doza bilan nurlantiriladi. Aniqlangan metastaz 60 Gr gacha doza qabul qiladi.

Davolash natijasiga qo'ltiq osti limfatik tugunlari metastazlarining mavjudligi eng ko'p ta'sir ko'rsatadi. Bunaqa metastazlar bo'lganda qat'iy sog'ayish protsenti deyarli yarmiga kamayadi. hujayra elementlarining differensiallanish darajasi katta ahamiyatga ega. hatto kasallikning I- klinik

bosqichida kam tabaqalashgan o'smalarning bo'lishi qat'iy sog'ayishni 85-97% dan 42-64% gacha kamaytiradi. O'smaning tugunli shaklida kasallik oqibati infil'trativ o'sishga nisbatan sezilarli yaxshi bo'ladi. O'sma jarayonining medial joylashuvi tashqi joylashuvga nisbatan yomon oqibatga ega.

Oshqozon saratonining nur terapiyasi;

10-15 % bemorlarda oshqozon saratonini davolashda asosiy metod bo'lib jarrohlik usuli hisoblanadi, bu o'smani radikal olib tashlashga umid bo'ladigan hamma hollarda qo'llaniladi. Bunaqa amaliyotlardan keyin besh yillik yashash davri 40% atrofida bo'ladi, mahalliy metastazlar bo'lganda - 1,3 %ni tashkil etadi.

Oshqozon saratonining gamma-nurlantirishi yuqori energiyali tormozli nurlantirishni qo'llagan holda o'tkaziladi. Yuqori energiyali nurlantirishlarni qo'llash zararlangan a'zoga kerakli dozani yo'naltirishga imkon beradi, organizmni nurlantirishga reaksiyasini susaytiradi.

Oshqozon saratonini kombinatsiyalangan davosi o'z ichiga operatsiyani va rezeksiyadan oldingi hamda keyingi nur terapiyasini oladi. Operatsiya oldi nurlantirishi asosan ikki qarama-qarshi maydondan o'tkaziladi - oldingi va orqa - va o'rtacha fraksiyalash metodi bo'yicha bir martalik o'choqli dozalar bilan 4-5 Gr atrofida haftasiga SOD q 20-25 Gr gacha o'tkaziladi.

Jarrohlik amaliyoti nurlantirishdan keyin bir hafta mobaynida o'tkaziladi. Nur terapiya operatsiya muddati va operatsiya oldi tayyorgarligida aks etmaydi.

Operatsiyadan oldingi nurlantirish o'sma tugunining yanada aniqroq chegaralanishi va kichrayishiga, yallig'lanishning yo'qolishi yoki kamayishiga olib keladi va bu radikal operatsiya uchun qulay sharoit yaratadi, bunda oshqozon saratoni bevosita hamda uzoq kelajakdagi natijalari yaxshilanadi. Shunga ko'ra, retsdiv va metastazlarsiz, radikal jarrohlik amaliyoti bajarilgan bemorlarning 1G`3 qismi 5 yildan 8 yilgacha hayot kechirishadi. Bu ayniqsa muhim hisoblanadi, chunki ko'pchilik bemorlar kasallikning III va IV bosqichida davolangani kelishadi.

Rezeksiya qilingan a'zo yoki yaqin atrofdagi limfatik tugunlar kollektoridan ajratilgan preparatlarda o'sma hujayralari aniqlansa operatsiyadan keyingi nur terapiya o'tkaziladi. Operatsion maydon, mahalliy limfa aylanish yo'llari oldingi va orqa qarama-qarshi maydonlar nurlantiriladi. Umumiy uchoqli doza 30-50 Gr ni tashkil etadi.

Kompleks davolash - oshqozon saratonida nur terapiya, kimyo terapiya bilan birgalikda bir vaqtning o'zida yoki ketma-ket qo'llaniladi. Nur terapiyadan standart metodika bo'yicha kichik fraksiyalanishni qo'llab foydalaniladi. Kimyo preparatlar (5-ftoruratsil, ftoruratsil va b) umumiy qabul qilingan sxemalar bo'yicha yuboriladi. Kimyo terapiyaning o'ziga nisbatan kompleks davolash samaraliroq ta'sir etadi.

Buyrak o'smalarining nur terapiyasi;

Buyrak o'smalari bo'lgan bemorlarni davolashning asosiy usuli nefrektomiya hisoblanadi. Boshqa metodlar - nur terapiya va dori terapiyasi xirurgik davoni to'ldiruvchi usullar hisoblanadi. Agar limfatik tugunlarni olib tashlashga imkon bo'lmasa nur terapiya yoki kimyo terapiyadan foydalaniladi, bu kasallik oqibatini yaxshilashga imkon beradi, nefrektomiyadan keyin bemorlar 5 yil mobaynida 30 %, 10 yil mobaynida 17%i hayot kechirishadi; kombinatsiyalangan davolanishdan so'ng ushbu ko'rsatkichlar 49 va 29 %ni tashkil etadi.

Buyrak saratoni bo'lgan bemorlarda nur terapiya o'tkazishga asosiy ko'rsatma bo'lib quyidagilar hisoblanadi: radikal usul bilan o'tkazilmagan operatsiya, operatsiya qilib bo'lmaydigan o'sma, operatsiya oldi davrida metastazlarga ta'sir etishda.

Operatsiya oldi nur terapiyasidan deyarli foydalanilmaydi, chunki operatsiyagacha morfologik aniqlashtirish natijasini olishning judayam kam hollarda imkoni bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi nur terapiya ochiq maydonlarda statik usul bilan amalga oshiriladi. Nurlantirish bo'lingan yoki uzluksiz kurslar bilan o'tkaziladi.

Nur terapiyasi operatsiyadan 3-4 hafta o'tgach boshlanadi va dinamik yoki traditsion tartibda fraksiyalanish SOD q 38-45 Gr gacha amalga oshiriladi.

Jarrohlik amaliyoti o'tkazishning iloji bo'lmagan holatlarda kompleks davo ko'rsatma hisoblanadi - nur terapiya gormonoterapiya bilan birgalikda qilinadi. Nurlantirish statik metod yoki harakatlantiriluvchi usul bilan qo'llaniladi. SOD 50-65 Gr ni tashkil etadi. Jarrohlik yo'li bilan olib tashlanmagan ayrim metastazlar ham nurlantiriladi. Davolash gormonoterapiya bilan birgalikda o'tkaziladi (oksiprogesteron), biroq buyrak saratoni hamda uning metastazlari kimyo terapiya preparatlariga kam sezuvchan hisoblanadi.

Dizontogenik sarkoma (Vil'ms o'smasi) bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosiy kompleks terapiya hisoblanadi, jarrohlik amaliyoti, nur terapiya va dori terapiyasini o'z ichiga oladi. Kasallikning I-III bosqichi ushbu davoga ko'rsatma bo'la oladi.

Jarrohlik yo'li bilan davolashda oldindan buyrak oyoqchasini bog'lab transperitoneal nefrektomiya o'tkaziladi. Nur terapiya jarrohlik amaliyotidan keyin yoki oldin o'tkaziladi. Ko'pchilik mutaxassislar fikricha jarrohlik yo'li bilan davolanishdan oldin kimyo terapiya ko'proq samara beradi.

Operatsiyadan oldingi nur terapiyadan ko'ra operatsiyadan keyingi nur terapiya kengroq qo'llaniladi. Nurlantirish operatsiyadan keyingi birinchi kunlardan oq boshlanadi. Nurlantirish zonasi o'sma joylashgan joy, para aortal limfatik tugunlar va pastki kovak venani o'z ichiga oladi. Nurlantirish maydonlari vertikal X ko'krak umurtqasidan yonbosh suyagi qirrasigacha, gorizontal - tananing yon tomon yuzasidan zararlangan soha tomonga tana o'rta chiziqidan 2sm ichkarida joylashadi. Nurlantirish 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda kichik fraksiyalar bilan SODq 20 Gr gacha va kattaroq bolalarda SODq30 Gr o'tkaziladi. Tananing o'rta chizig'idan o'tuvchi katta o'smalarda butun qorin bo'shlig'i kichik fraksiyalar bilan nurlantiriladi SODq 12 Gr gacha. Shu bilan birgalikda ikkinchi buyrakni qo'rg'oshinli bloklar bilan himoyalash kerak.

Ko'pincha Vilms o'smasi o'pkalar va mahalliy limfa tugunlariga (85%), jigarga (10%), suyaklarga (2%) metastaz beradi. O'pka metastazlari kompleks usul bilan davolanadi. Boshlanishida kimyo terapiya nur terapiya bilan birgalikda qo'llaniladi. Ikkala o'pkalarni nurlantirish SODq 15-20 Gr bilan ikki hafta ichida o'tkaziladi. Ushlab turuvchi dori terapiya (vinkristin Q siklofosfan Q aktinomitsin D) 1,5 yil mobaynida o'pka metastazlari yo'qolganidan keyin amalga oshiriladi.

To'g'ri ichak saratonining nur terapiyasi;

To'g'ri ichak saratonida jarrohlik amaliyoti, nur terapiya, kombinatsiyalangan va kompleks davo metodlari qo'llaniladi.

To'g'ri ichak saratonining nur terapiyasi gamma-qurilmalar va kuchaytirgichlarda o'tkaziladi, bunda masofali va qo'shilgan nurlantirishlardan foydalaniladi. To'g'ri ichak sohasida va mahalliy limfa aylanishi zonalarida umumiy uchoqli doza, jarayon bosqichi va o'sma to'qimasining gistologik strukturasi, shuningdek o'smani o'rab turuvchi sog'lom to'qimalar holati bilan aniqlaniladi. Nurlantirish orqa rotatsiya metodi bilan tebranish burchagi 240-270 gradus bilan amalga oshiriladi. Bo'shliq ichi nurlantirish masofali nurlantirish bilan ketma-ket qilinishidan maqsad, to'g'ri ichak bo'shlig'iga chiziqli yoki hajmli manbaalarni kiritish hisoblanadi. Bir martalik uchoqli doza 4-6 gr ga teng, bo'shliq ichi gamma-terapiyasining umumiy uchoqli dozasi 50 Gr ni tashkil etadi.

Kasallikning I-II-III bosqichlarida kombinatsiyalangan davolash o'tkaziladi. O'sma har kunlik 5 Gr gacha SODq25 Gr fraksiya bilan nurlantirish amalga oshiriladi. Sekostoma qo'yish bilan bajarilgan radikal operatsiyalardan keyin, hamda orqa chiqaruv yo'lini saqlab qoluvchi radikal bo'lmagan operatsiyalardan keyin kombinatsiyalangan davo operatsiyadan keyingi nurlantirish bilan birgalikda o'tkaziladi.

Kasallikning kechki bosqichlarida kompleks davo o'tkaziladi: nur terapiyasi o'smaga qarshi preparatlar yuborish bilan to'ldiriladi. 5-ftoruratsil, ftorafur, bleomitsin eng samarador hisoblanadi.

Siydik qopi saratonining nur terapiyasi;

Siydik qopi saratonining zamonaviy davolash metodlari quyidagilarni o'z ichiga oladi: jarrohlik amaliyoti, nur terapiyasi, kimyo terapiya. Nur terapiya mustaqil metod bo'lishi mumkin yoki jarrohlik hamda dori terapiyasi bilan birga qo'llanishi mumkin. Kombinatsiyalangan metod operatsiyadan oldingi va keyingi davr nurlantirishi bilan o'tkaziladi. Operatsiya qilib bo'lmaydigan holatlarda faqatgina nur terapiya ko'rsatma bo'ladi yoki o'smaga qarshi preparatlar bilan birga qo'llaniladi. Nur terapiyasi masofali nurlantirish metodi bilan o'tkaziladi. Nur terapiyadan oldin va keyin bemorni obdon tekshiriladi hamda ko'rsatmalarga ko'ra qo'shimcha davo va parhez buyuriladi.

Operatsiyadan oldingi nurlantirish bilan kombinatsiyalangan davo siydik qopi saratonining T1, T2, T3 bosqichlarida ko'rsatma hisoblanadi. Bunda siydik qopi sohasi paravezikal kletchatka bilan nurlantiriladi, T3 bosqichida yonbosh limfatik tugunlari nurlantiriladi. Agar siydik qopi rezeksiyasi siydik nayini ko'chirib o'tkazish yo'li bilan amalga oshirilsa, operatsiyadan keyingi davrda davo bemor tomonidan yaxshi ko'tarilsa SODq 60 Gr gacha yetkaziladi. Jarrohlik yo'li bilan nur terapiyasi hamda kimyo terapiya kompleks o'tkazilsa eng yaxshi natijalarga erishiladi.

Prostata bezi saratonining nur terapiyasi;

Prostata bezi saratonini davolashda gormonal, jarrohlik amaliyoti va nur terapiyasi qo'llaniladi.

Endokrin terapiya keng qo'llaniladi va katta dozadagi ayollar jinsiy gormonlarini, kastratsiya, adenalektomiya, gipofizektomiyani o'z ichiga oladi.

Radikal va palliativ amaliyot bilan jarrohlik davosi kasallikning T1-T3 bosqichlarida o'tkaziladi. Gormonal hamda nur terapiya o'tkazmasdan qilinadigan radikal operatsiya faqatgina kasallikning boshlanqich fazalarida (1-2 Mo), bemorning umumiy qoniqarli holati bo'lganda va yondosh kasalliklar bo'lmasa amalga oshiriladi.

Prostata bezining saratonining nur terapiyasi masofali metolarni qo'llanadi, gamma-nurlanish kobalt-60, kuchaytirgichlarni tormozli nurlantirish 3-20

MeV energiyali, shuningdek proton, neytron, elektron nurlantirish qo'llanadi. Kontakt nurlantirish kam hollarda qo'llaniladi. Radikal reja bo'yicha o'tkazilgan nur terapiyaning bevosita natijalari yaxshi bo'ladi.

Masofali nur terapiyasida yuqori dozali nurlantirish dozasi 80-100% hollarda prostata bezidan tashqari har doim siydik qopi va to'g'ri ichakka ham ta'sir qiladi, katta maydonlar bilan davolanganda yo'g'on va ingichka ichak qovuzloqlariga ta'sir qiladi. Shuning uchun nurga bog'liq rektit va sistit umumiy uchoqli dozaga va nurlantirish metodikasi umumiy uchoqli dozasi nisbatan albatta bo'ladi.

Limfogranulematoz nur terapiyasi;

Limfogranulematozni davolashda nur terapiya asosiy o'rin egallaydi. Masofali gamma-terapiya, shuningdek yuqori energiyali tormoz nurlantirish qo'llaniladi. Limfogranulematozni davolashda nur terapiyada yuqori samarador doza 40-50 Gr 4-6 hafta ichida foydalaniladi. Subklinik metastazlanish zonasida doza 40 Gr ni tashkil etadi.

Nur terapiya radikal reja bo'yicha o'tkaziladi, bunda nafaqat klinik aniqlangan o'choqlarga balki jarayon tarqalishi mumkin bo'lgan sohalarga ham ta'sir qilinadi. Nurlantiriluvchi to'qimalar hajmi kasallikning bosqichi va gistologik variantidan kelib chiqilib aniqlaniladi: I-klinik bosqichda nurlantiriluvchi hajm hamma diafragma usti va diafragma osti tugunlar va taloqni o'z ichiga oladi. Agar diafragma usti lokalizatsiya va aralash-hujayrali variant bo'lsa paraaortal limfatik tugunlar nurlantiriladi. III- bosqichda diafragma va taloqning ikkala tomonidagi hamma limfa tugunlari nurlantiriladi. Nur terapiyaning radikal programmasining 3 xil turi bor:

Uzluksiz ketma-ket nurlantirish metodi

Bo'lingan kurs metodikasi

Mantiya ko'rinishdagi yirik to'liq nurlantirish.

hiqildoq, orqa miya, shuningdek o'pka to'qimasi nurga bog'liq asoratlar va reaksiyalarni oldini olish maqsadida qo'rg'oshinli blokklar bilan to'siladi.

Birlamchi qo'ltiq osti va o'mrov osti limfatik tugunlarni nurlantirish qo'ltiq osti maydonlardan boshlanadi.

Mediastenal limfatik tugunlarni nurlantirishda qo'rg'oshinli blokklar yordamida o'pka to'qimasini himoyalovchi figurali maydon shakllantiriladi.

Maydonning yuqori chegarasi bo'yinturuq chuqurchasida, pastkisi diafragma gumbazida joylashadi. Limfatik tugunlarning ko'proq oldingi ko'ks oralig'i zararlanishi hisobiga optimal variant oldingi maydon va orqa maydon nisbati 2 : 1 bo'lishi kerak.

Chov sohasi limfatik tugunlari zararlanganda nurlantirish oldingi maydondan boshlanadi. Doza chuqurligi 3 sm 15 Gr yetgach maydon o'lchami tegishlicha yonbosh va chov limfa tugunlari bo'ylab ko'paytiriladi, suyaklar qo'rg'oshinli blokklar bilan himoyalanaadi. Natijada qarama-qarshi maydonlar "shortik" ko'rinishida bo'ladi.

Taloqni nurlantirishda elektron va tormozli nurlantirishni qo'shilib kelgan variantidan foydalaniladi, maydon o'lchamlari 8x6 sm - 8x10 sm bo'ladi.

Nurlantirish oldingi maydon orqali tormozli tutam bilan va yonboshdan - elektron tutam bilan 1:1 nisbatda amalga oshiriladi. Chov-yonbosh limfatik tugunlarini nurlantirish oldingi maydondan 7x14 sm o'lchamda elektron va tormoz nurlantirishni qo'shilgan holda amalga oshiriladi. Bunda nurlantirish maydoni 2 ta segmentga bo'linadi, yuqorigisi faqat tormozli tutam bilan pastkisi esa - tormoz va elektron tutam dozalari 1:1 nisbatda nurlantiriladi.

Shunday qilib nur terapiyaning ketma-ket nurlantirish metodikasiga asoslangan radikal programmasi o'tkazilganda nurlantirish zararlanish o'choqlariga radiatsion ta'sir qiladi va keyinchalik - subklinik metastazlanish zonalariga ta'sir qiladi.

Limfagranulematozning siklik poliximioterapiyasining eng ko'p tarqalgan sxemasi MOPP hisoblanadi: mustargen (embixin), onkovin (vinkristin), prokarbon (natulan), prednizalon. To'liq klinik remissiyaga erishilgandan keyin, tarqalgan limfogranulematozi bo'lgan bemorlarni qo'llab turuvchi

sxemalar ishlab chiqilgan: 2-3 yil mobaynida vinblastin buyuriladi. Bunaqa davolanishda retsidivlar chastotasi kamayadi.

Limfagranulematozning tarqalgan shakllarida, turli xil birikmalarda, nur terapiyasi va dori terapiyasi bilan kompleks davolanish qo'llaniladi. Bunda 70-80 % hollarda to'liq remissiyaga erishiladi. 50% bemorlarda to'liq remissiya 2-3 yil mobaynida saqlanadi, 5 yil ichida 60 % bemorlar tirik qolishadi.

Bachadon bo'yni saratoni nur terapiyasi

Bachadon bo'yni saratonining asosiy davolash metodi bo'lib nur terapiya, jarrohlik yo'li kombinatsiyalashgan usul hisoblanadi. Bachadon bo'yni saratoni nur terapiyasi metodi asosida, mahalliy limfa tugunlar va limfa yo'llari yagona blokda anatomik zona konsepsiyasiga ko'ra o'sma nurlantirilishi kerak.

Nurlantirishning bevosita terapevtik dozasining birlamchi o'smaga ta'siri bo'shliq ichi gamma-terapiyasi bilan erishiladi. Ikki ta'yo'nalish qo'llaniladi:

1) qo'l bilan ikki bosqichli past aktivlikdagi manbaalarni kiritish (simple after loading), va 2) yuqori aktivlikdagi nurlantirish manbaalarini avtomatlashtirilgan holda kiritish (remout after loading).

After loading sistemasining afzallik tomoni bu tibbiy hodimlarni to'liq himoyasi hisoblanadi, nurlantirish seansi vaqtida manbaalarni qat'iy fiksatsiyasi, apparatlarning yuqori o'tkazuvchan qobiliyati, ambulator davo o'tkazish mumkinligi, yuqori aktivlikdagi manbalardan foydalanishda nurlantirish seansi davomiyligining qisqarishi ro'y beradi.

Bo'shliq ichi gamma-terapiya "Agat-V", "Agat-V2", "Agat-VU", shuningdek "Selectron", "Curietron", "Cervitron", "Ralston", "Cathetron" apparatlaridan foydalaniladi.

Chanoqning devor qismlarida joylashgan mahalliy limfa tugunlar va bachadon bog'lam apparatining lateral qismida (V nuqta) masofali nurlantirishning asosiy dozasiga to'g'ri keladi, bundan maqsad birlamchi o'smaning (A nuqta) mahalliy metastazlanish zonasini bir xilda nurlantirish va bir vaqtning o'zida birlamchi o'sma sohasi nurlantirish hisoblanadi.

Mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoni bo'lgan bemorlarda nurlantirish dozasining bo'linishi davolanish samarasini oshiradi, bemorlarning butun kurs davomida umumiy chidamliligini qo'shilgan nur terapiyasi asosida oshirib, nurga bog'liq reaksiyalar va asoratlar miqdorini oshirmaydi.

Bachadon bo'yni saratoni bilan kasallangan bemorlarning kombinatsiyalangan davosida operatsiyadan oldingi va keyingi nurlantirish qo'llaniladi. O'sma jarayonining harakteristikasiga bog'liq ravishda nurlantirish faqatgina masofali (V nuqtada 40 Gr gacha) yoki faqatgina bo'shliq ichi komponentni o'z ichiga oluvchi qo'shma nurlantirish bo'lishi mumkin.

Endometriy saratonining nur terapiyasi (ES)

Endometriy saratoni bilan kasallangan bemorlarni asosiy va eng ko'p tarqalgan metodlaridan biri zamonaviy onkologiyada kombinatsiyalangan davo hisoblanadi, operatsiyadan oldingi va keyingi davrdagi nur terapiya va jarrohlik amaliyotini o'z ichiga oladi. Nurlantirish zonasiga kichik chanoq sohasi, qin naychasi, mahalliy limfa yo'li zonasi kiradi. Statik nurlantirishda paralel joylashgan, medial tomonlaridagi masofa 2 sm bo'lgan to'rt tomonli qarama-qarshi figurali 6x17 - 6x18 sm maydonlardan foydalaniladi. Harakatlantiruvchi rejimda 2 ta rotatsiyali burchagi 180 gradusli va o'qlar o'rtasidagi tebranish masofasi 6 sm bo'lgan nurlantirishdan foydalaniladi. Bir martalik o'choqli doza 2 Gr, umumiy doza 40-46 Gr gacha yetkaziladi.

Endometriy saratonining metastazlanish havfi yuqori bo'lgan bemorlarda qinning shilliq qavati bo'shliq ichi nurlantirishi bir martalik dozasi 5 Gr, bir fraksiya uchun umumiy dozasi 30 gr bo'ladi.

Agar og'ir ekstragenital patologiya natijasida jarrohlik amaliyoti o'tkazilishining imkoni bo'lmasa hamda endometriy saratonida o'sma jarayoni ko'p miqdorda mahalliy tarqalgan bo'lsa tanlov metodi bo'lib qo'shma nur terapiyasi hisoblanadi.

Asosiy doza bo'shliq ichi gamma-terapiya bilan o'sma o'choqiga yetkaziladi. Bo'shliq ichi nurlantirishning asosiy usullaridan bo'lib avtomatlashtirilgan

ketma-ket endostatinlar kiritish hisoblanadi va yuqori aktivlikdagi manbaalarni "Agat-VU", "Selectron" gamma-terapevtik apparatlarini bilan qo'llanadi.

Yuqorida sanab o'tilgan after loading sistemasining afzalliklaridan tashqari, ushbu apparatlarni qo'llash endometriy saratonini davolash sifatini individuallashtirgan komp'yuter programmalari hisobiga oshiradi va o'sma o'choqida optimal dozali taqsimlanish vujudga keladi. Nurlantirishda ko'pincha A nuqtada 10 Gr 6 ta fraksiyalar bir martalik dozasi haftasiga bir marta ishlatiladi.

Endometriy saratonini kompleks davolash rejasi o'smaga patogenetik ta'sir ko'rsatish maqsadida ko'pchilik holatlarda sintetik progestinlar va antiestrogenlar bilan gormonoterapiya o'tkaziladi.

Tuxumdonlar yomon sifatli o'smalarining nur terapiyasi

Ko'pchilik tuxumdonlar yomon sifatli o'smalari bilan kasallangan bemorlarni davolashda kombinatsiyalangan yoki kompleks davo hisoblanadi. Asosiy davolash usuli bo'lib jarrohlik usuli hisoblanadi, maqsad - o'smani maksimal olib tashlash hisoblanadi. Kombinatsiyalangan yoki kompleks davo komponenti sifatida nur terapiya, ko'pchilik tuxumdon o'smalarining nisbatan radiorezistentligi natijasida imkoniyatlarni chegaralanganligi hisobiga bemorlarning 75 % da remissiyaga erishishga imkon beradi. Eng sezuvchan bo'lib - disgerminomalar, granulez o'smalar hisoblanadi, radiorezistent bo'lib mutsinoz o'smalar hisoblanishadi.

Kichik chanoq bilan chegaralangan o'smalarda, kichik chanoq sohasiga ikki ta qarama-qarshi maydon tomonidan 16x12 - 16x14 sm o'lchamli statik tartibda yoki harakatchan tartibda ikki ta rotatsiyali 6x12 - 6x14 sm o'lchamli maydonda operatsiyadan keyingi davrda masofali gamma-terapiya o'tkaziladi. Odatdagi fraksiyalanish tartibida bir martalik o'choqli doza 2 Gr, umumiy - 40-46 Gr bo'ladi.

qorin pardada disseminatsiya bo'lganda, katta charvi zararlanganda nurlantirish qajmi butun qorin bo'shlig'ini egallaydi, subtotal nurlantirish metodikasi qo'llaniladi. Bir martalik o'choqli doza 1,8 Gr, umumiy doza - 18 gr gacha bo'ladi. Nurlantirish hajmi diafragma gumbazidan sonning o'rta uchdan

bir qismigacha bo'ladi.

Paliativ nur terapiya

Metastazlari bo'lgan bemorlarda palliativ nur terapiyani qo'llash zarurligi hammaga ma'lum usul hisoblanadi. Eng ko'p skelet metastatik zararlanishi uchraydi, ayniqsa umurtqa shikastlanishi oqibatida nevrologik belgilar yuzaga keladi, orqa miya kompression sindromi, sirkulyator o'zgarishlar bilan bog'liq polinevralgiyalar ko'rinishida ifodalanadi. Naysimon suyaklarning patologik sinishlari kam uchraydi.

Suyak metastazlarini nurlantirishda asosan zararlanish o'choqlari nurlantiriladi. Nurlantirishning turli tartiblarida masofali nur terapiyaning qoniqarli darajada samaradorligi ko'rsatib o'tilgan (umumiy doza 20-55 Gr bo'lganda) (Voss A. S. Et al., 1983, Madsen E., Undegaard F. 1983 i dr.). Umurtqa poqonasi zararlanganda ortopedik qurilmalar qo'llash tavsiya etiladi.

Orqa miyaning kompression sindromlarida nur terapiya, neyroxirurgik amaliyotlardan (laminektomiya) oldin tanlov metodi hisoblanadi. Biroq ayrim omillar ya'ni nur terapiyaning ta'sir davomiyligi (bu ayniqsa birinchi, ikkinchi sutkalarda maqsadga muvofiqdir) va kompressiya darajasini (total subtotal blok, izolyatsiyalangan yoki ko'p miqdorda shikastlanishlar) hisobga olish zarur. Ko'p miqdorda tarqalgan o'smalar bo'lsa total nurlantiriladi yoki tananing yarmi nurlantiriladi (Rowland C. G. Et al 1981). Ohirgi ta'kidlangan usul avaylovchi usul hisoblanadi. O'smaning mahalliy kechki bosqichi va o'lchami kattaligi palliativ nur terapiyaga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi; terapiyaning to'liq funksional statusning noadekvatligi yoki metastazlar mavjudligi o'sma palliativ nur terapiyaga ko'rsatma bo'ladi. Quyida odatdagi klinik vaziyatlar sanab o'tilgan:

- 1) yuqon ichak, siydik qopi, prostata yoki bachadon bo'ynining retsidivi yoki o'tib ketgan karsinomalari hamda obstruksiya va qon ketishi bilan kuzatilishi;
- 2) qizilo'ngach yoki o'pkadan chiquvchi qizilo'ngachning ichki yoki tashqi obstruksiyasi;
- 3) markaziy va periferik nerv sistemasini o'sma bilan shikastlanishi

oqibatidagi nevrologik simptomlar va og'riq; 4) o'smaning suyakda joylashganida og'riqlar va patologik sinishlar; 5) nafas yo'llarining obstruksiyasi, qon tupurish va o'pka o'smalari patologik sinishlari; 6) limfo tugunlariga metastazlar bo'lganda limfa tugunlarining ezilish simptomlari, og'riq va tugunlarning kattalashishi.

Nur terapiyasining nojo'ya ta'sirlari

Masofali nurlantirishda teri qurishi, qichishish, qipiqplanish, qizarish, mayda pufakchalar paydo bo'lishi yuzaga kelishi mumkin. Bunaqa reaksiyalarni davolash oldini olish uchun mazlar, "Pantatenol" ayrozoli, bolalar terisini parvarishlashga yordam beruvchi krem va los'onlar ishlatiladi.

Bosh va bo'yindagi o'smalarni nurlantirishda soch to'kilishi, eshitish buzilishi, boshda og'irlik hissi bo'lishi mumkin.

Yuz va bo'yin o'smalarining nur terapiyasida og'izda qurish hissi, tomoqda qichishish, ovoz bo'g'iqlashishi, ishtaha buzilishi kuzatilishi mumkin. Ushbu reaksiyalarni oldini olish va kuchayib ketmasligi uchun achchiq, nordon va qattiq ovqat iste'mol qilish tavsiya qilinmaydi. Buqda pishirilgan, qaynatilgan, maydalangan yoki qirg'ishdan o'tkazilgan ovqat foydali bo'ladi. Ovqatlanish tez-tez va kichik porsiylar bilan bo'lishi kerak. Ko'p miqdorda suyuqlik iste'mol qilish tavsiya qilinadi (kisel', mevali kompotlar, na'matak damlamasi, nordon bo'lmagan mors). Tomoqda quruqlik hissi va qichishishni kamaytirish uchun yalpiz, moychechak, kalendula damlamalaridan foydalaniladi. Kechasi burunga oblepixa moyidan tomizish tavsiya etiladi.

Kunduzi och qoringa o'simlik moyidan bir nechta qoshiq iste'mol qilish kerak. Tishlarni yumshoq tish cho'tkasi bilan tozalash zarur.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini nurlantirilganda yutinishda og'riq va qiyinchiliklar, quruq yo'tal, hansirash, mushaklarda og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Sut bezini nurlantirilganda mushaklarda og'riq, shish va sut bezining og'riqliligi, nurlantirilgan teri sochda yallig'lanish reaksiyasi yuzaga kelishi mumkin. Ayrim hollarda yo'tal, tomoqda yallig'lanish belgilari kuzatiladi. Teri parvarishi yuqorida ta'kidlangandek bo'ladi. Qorin bo'shlig'i o'smalarini nurlantirilganda ishtaha yo'qolishi, tana vazni kamayishi, qusish va ko'ngil aynish, ich ketishi, og'riqlar

bo'ladi. Chanoq bo'shlig'ini nurlantirilganda nojo'ya ta'sir bo'lib qo'sish, ishtaha yo'qolishi, ich ketish, siydik ajralishi buzilishi, to'g'ri ichakda og'riq, qinning quruqligi va ajrilmalar kelishi kuzatiladi. Ushbu belgilarni yo'qotish uchun parhez bilan ovqatlanish tavsiya qilinadi. Ovqatlanish soni ko'paytirilishi shart.

Ovqat qaynatilgan yoki bug'da pishirilgan bo'lishi kerak. Achchiq, dudulangan, sho'r ovqatlar tavsiya qilinmaydi. qorin shishida sut mahsulotlaridan voz kechish kerak, kashalar, sho'rva, kisel', butqa pishirilgan ovqatlar, bug'doy noni tavsiya etiladi. Shakar iste'mol qilishni cheklash kerak. Saryog'ni tayyor ovqatlarga qo'yshqish tavsiya etiladi. Nur terapiya o'tkazilayotganda erkin kiyim kiyib yurish kerak, nurlantiriladigan joyni qismasligi va teriga ishqalanmasligi kerak. Tushakka solinadigan oqliklar paxta tolasidan tikilgan matodan bo'lishi kerak. Yuvinish uchun iliq suv va sovundan foydalanish zarur.

Odatda masofali nurlantirish 3-4 hafta davom etadi. Bo'shliq ichi nurlantirish kam vaqtni egallaydi. Bir seansda katta doza beriladigan metodika mavjud, lekin kurs uchun umumiy doza kam bo'ladi (bir xil samaradorlikda). Bu holatlarda nurlantirish 3-4 kun davomida o'tkaziladi.

Nur terapiyasining asoratlari

Nur terapiya jarrohlik metodi singari mahalliy-lokal metod hisoblanadi. Ionlovchi nurlantirish asosida o'smani nobud qilishga asoslangan prinsp yotadi, bunda o'sma atrofidagi to'qimalarninsh tirik qolish xususiyati hisobga olinadi. Nur terapiya davolashning radikal metodi sifatida jarrohlik usuliga yoki palliativ maqsadlar bilan kimyo terapiyaga qo'shimcha ravishda ishlatiladi. 60 %dan ko'p onkologik bemorlar nur terapiya olishadi. Jarrohlik usulidan farqli ravishda nur terapiya qonsiz metod hisoblanadi. Bemorlar nur terapiyani havfsizligi, yaxshi kosmetik va funksional natija bergani uchun ma'qul ko'rishadi. Biroq bu organizm uchun zararsiz emas.

Zamonaviy yuqori energiyali nurlantirish apparatlari (betetron, chiziqli kuchaytirgich) gamma- va rentgen apparatlariga nisbatan to'qimalarni kam shikastlaydi. Lekin o'smaning qo'shni to'qimalari yoki uning ustida joylashgan to'qimalarni, shuningdek nurlanishga o'ta sezgir sistema va a'zolari

(limfoid to'qimalar, nerv retseptorlariga boy qon yaratish sohalarini) shikastlamaslikning iloji yo'q.

Ko'p yoki kam miqdorda nur terapiyaning organizmga manfiy ta'siri ko'pincha davolanish mobaynida yoki undan keyin uzoq vaqt o'tgach yuzaga keladi. Shuning uchun nur terapiya vaqtida nafaqat nurga bog'liq reaksiyalar, balki nurlanish zonasiga tushgan o'sma atrofidagi sog'lom to'qimalar ham nurlanish oqibatida shikastlanadi. Nurga bog'liq reaksiya deganda o'sma atrofini o'rab turuvchi, nurlanish zonasiga tushgan sog'lom a'zo va to'qimalarni mustaqil ravishda yo'qolib ketuvchi vaqtinchalik funksional o'zgarishlari tushuniladi. Nur terapiyasi natijasida umumiy va mahalliy reaksiya hamda shikastlanishlar sodir bo'ladi.

Nur terapiyasi natijasida sodir bo'ladigan mahalliy reaksiyalar:

Ko'pincha o'sma ustidagi nurlantirish maydonining terisi shikastlanadi. Davolanish jarayonining o'zidayoq turqun qizarish paydo bo'ladi. Keyinchalik yalliqlanish reaksiyalari rivojlanadi: epiderpit, boshida quruq keyinchalik nam-ekssudativ bo'ladi, laringit, ezofagit, perixondrit, pul'monit, enterit, rektit, sistit, kolit. Bu reaksiyalar odatda davolanish vaqtida, bevosita davolash tugagandan keyin yoki nur terapiyadan olti oy o'tgach paydo bo'ladi. Ushbu asoratlarni oldini olish uchun nurlantirilgan maydonlar vinilin (Shostakovskiy bal'zami), aloe, tazana linimenti, oblepixa moyi yoki boshqa maxsus nurlanishni oldini oluvchi profilaktik vositalar bilan teri va shilliq qavatlarga surtiladi. Ayrim hollarda nurga bog'liq reaksiyalar davolanishsiz ham, nur terapiya tugagach o'tib ketishi mumkin.

Nur terapiyasi natijasida sodir bo'ladigan mahalliy shikastlanishlar:

Nur terapiyasidan keyin terining nurlantirilgan soha maydonida qaytarib bo'lmaydigan jarayonlar qolib ketadi, bu terining ingichkalashishi, atrofiyasi, qo'shimcha hosilalarining nobud bo'lishi (soch to'qilishi, qurib qolishi), pigmentatsiya kuchayishi, kapillyarlarning turg'un kengayishi (teleangioektaziya), teri osti kletchatkasi sklerozi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunaqa teri mexanik va kimyoviy ta'sirlarga kamroq chidamli bo'ladi, parvarish va kuzatuvni talab

qiladi, agar kechki nam epidermit va nurga bog'liq yara paydo bo'lsa maxsus davoni talab qiladi.

Kechki asoratlar shuningdek o'smaga qo'shni bo'lgan shilliqqavatlar sohalarida ham kuzatiladi: og'iz, qizilo'ngach, to'g'ri ichak shilliqqavati. Kechki qizilo'ngach epiteliitlari (ezofagitlar) ko'ks oralig'i o'smalarini davolashdan so'ng, sut bezi ichki kvadrantlarining saratonida parasternal zonalar nurlantirilgandan keyin yuzaga keladi. Achishish hissi, ayrim hollarda disfagiya (yutishning buzilishi) bilan ifodalanadi. Davolash: disert qoshiqda 20%li vinilin har 2-3 soatda ichiladi, novokain eritmasi ovqatlanishdan oldin ichiladi, avaylovchi parhez, oblepixa va boshqa vitamin saqlovchi moylar.

Bachadon bo'ynining saratonini nur terapiyasi bilan davolash kechki rektit, sistitlarga olib keladi. Ich kelishi tez-tez va og'riqli bo'ladi (tenezmlar), defekatsiyada, peshob ajralishida shilliq-qonli ajralmalar bo'ladi. Ushbu simptomlar paydo bo'lganda bemorlar maxsus ko'rik va rektoskopiya, sistoskopiya va rentgen tekshiruvdan o'tishlari kerak. Rektitlar moyli klizmalar bilan davolanadi (baliq yoqi, vinilin va b). Davolovchi quqnalar tozalovchi quqnalardan keyin o'tkakzilishi kerak. 32-36 gradusgacha isitilgan dori vositasi sekin kiritiladi. Davolovchi quqnalarni kechasi qilingani ma'qul.

Judayam oqir asoratlar nurga bog'liq yaralar, suyak usti pardasining surunkali yalliqlanishi (perixondrit), toqaylar nekrozi, suyaklar sinishi, tashqi va ichki oqma yaralar, a'zolarning atrofiyasi va torayishi oxirgi yillarda kam uchramoqda. Bu asoratlarning tashxisi obdon tekshiruv va biopsiyadan keyin aniqlanadi. Bunaqa shikastlanishlar odatda nur terapiya tugagandan keyin kech muddatlarda paydo bo'ladi va uzoq medikamentoz, ayrim hollarda jarrohlik yo'li bilan davolanishni talab qiladi. Nurga bog'liq yaralar og'riqli bo'ladi, uzoq muddat bitmaydi va yomon sifatli o'smaga aylanishi mumkin. Konservativ terapiya naf keltirmasa jarrohlik amaliyoti bajariladi - sog'lom to'qima chegarasigacha, nurlanish ta'sir etmagan to'qimalargacha kesib tashalanadi va keyin teri plastikasi o'tkaziladi.

Nur terapiyasining umumiy oqibatlar

Nur terapiyasining umumiy salbiy oqibatlar mahalliy singari erta- davolanish jarayonida va kechki- davolanish tugagandan keyin bo'ladi, ayrim hollarda bir necha oy yoki yil o'tgach bo'ladi.

Erta nurga bog'liq reaksiyalar ishtaha pasayishi, qo'sish, ko'ngil aynash va qonda leykotsitlar, trombotsitlar, limfotsitlar kamayishi, anemiya bilan ifodalanadi. Yuqori kaloriyal va avaylovchi parhez, vitaminizatsiya, qon va leykotsitar massa quyilishi ushbu asoratlarni yo'qotadi va boshlangan davolash kursini tugatishga imkon beradi. Agar ushbu o'zgarishlar turgun bo'lsa yoki rivojlanib borsa davolanishni to'xtatiladi.

Bemorlarning bir qismida qon yaratish a'zolarining shikastlanishi davolanishdan keyin aniqlanadi va bu turg'un bo'ladi. Shuning uchun nur terapiyasini olgan bemorlarni kuzatuv davolanishdan keyin birinchi yilda qon analizlarini har uch oyda albatta o'tkazilishini nazarda to'tadi va keyinchalik yiliga kamida 2 marta o'tkazilishi kerak. Agar anemizatsiya va leykopeniya kuzatilsa qon analizi ko'rsatmalarga ko'ra ko'proq o'tkaziladi.

Qon yaratish funksiyasining nur terapiyadan keyingi yo'qolishi maxsus, kompleks va sistematik davoni talab qiladi. Bu umumiy quvvatlovchi davo o'z ichiga oladi: vitaminizatsiya, qulay maishiy va ishlab chiqarish sharoitlarini yaratish, kuchli ovqatlanish. Maxsus davo usuli qo'llaniladi:

- a) qon va uning komponentlarini qayta quyish (leykotsitar massa, eritrotsitar massa);
- b) leykopoezni stimullovchi preparatlar (leykotsitlarni ishlab chiqarilishi);
- v) eritpoezni stimulyatsiyalovchi preparatlar (eritrotsitlarni ishlab chiqarilishi).

Nur terapiyada qo'sish va ko'ngil aynash bemor aqholini yomonlashtirishi mumkin (o'zini yomon his qilish, elektrolitlar, suyuqlik yo'qotilishi) va hayot sifatini pasaytiradi. Bu o'z navbatida bemor hayotini uzaytiruvchi kimyo terapiyadan voz kechilishiga olib keladi. Tez-tez qo'sish elektrolitlar buzilishiga va tegishli ravishda hayot uchun qavf soluvchi holatlar yuzaga kelishiga olib keladi.

Qo'sish va ko'ngil aynashni yo'qotuvchi qo'sishga qarshi bir nechta preparatlar guruhi mavjud. Ularning hammasi qo'sishga qarshi turli samaraga ega.

Fenotiazinlar (proxloperazin, etilperazin)

Butirfenonlar (galoperidol, droperidol)

Benzodiazepinlar (lorazepam)

Kannabinoidlar (Dronabinol, Marinol)

Kortikosteroidlar (deksametazon, metilprednizolon)

Metokloproamid (reglan)

Serotonin retseptorlari antogonistlari - Ondansetron (Zofran, Latran, Emeset, Emetron, Osetron, Ondansetron-LENS, Ondansetron gidrokslorid, Ondansetron gidrokslorid digidrat), Granisetron (Kitril), Tropisetron (Novoban).

Oxirgi guruh preparatlari eng yuqori qo'sishga qarshi aktivlikka ega (serotonin retseptorlari antogonistlari). Aynan ular qusish markazining trigger zonasini bloklaydi.

Qusishga qarshi terapiyani kimyo terpiya yoki nur terapiya o'tkazuvchi shifokor buyuradi. Dorilarni to'g'ri buyurilganda 90% holatlarda qo'sishning oldi olinadi.

VI. ONKOLOGIK BEMORLARNI OPERATSIYADAN OLDIN VA OPERATSIYADAN KEYIN OLIB BORISH

6.1. Hamshiralik ishi jarayonini operatsiyadan oldingi davrda tashkil etish

Jarroxlik amaliyotida hamshiralik ishi dolzarbligi :

-Hamshiraning faoliyati chegaralarini aniqlash.

-Hamshiralik yordamini ko'rsatishning ilmiy metodlarini aniqlash.

Jarroxlik bo'limiga qabul qilinadigan bemorlarning ko'pchiligi operativ jarroxlik amaliyotiga olinadi.

Har bir operativ amaliyot 3 boskichdan iborat murakkab jarayon hisoblanadi, bemor taqdirida ularning har biri bir xilda asosiy o'rin egallaydi. Bu bosqichlar: operatsiyadan oldingi tayyorgarlik, operatsiya va operatsiyadan keyingi davr hisoblanadi.

Eng ma'suliyatli bosqich operatsiya hisoblanadi, lekin operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi bemor parvarishini hisobga olmasdan bo'lmaydi.

Qanchalik operatsiya texnik jixatdan ajoyib qilingan bo'lmasin, uning bir uzi davolash muvaffakiyatini ta'minlamaydi, birlamchi tayyorgarlik zarur bo'ladi, shuningdek bemor individual xususiyatlarini hisobga olish va hayotiy muxim a'zolarining ishini tekshirish kerak. Buni hisobga olmasdan operativ amaliyot muvaffakiyatsiz bo'lishi mumkin.

Har bir operatsiyaning muvaffakiyatli chiqishi operativ amaliyotning bosqichlariga va taktikasiga rioya qilishga bog'liq.

Bemorni operatsiyaga tayyorlayotgan mutaxassislar guruhi jarroxlik amaliyotining muvaffakiyatli chiqishi uchun (operatsiyadan keyingi davrda tez tiklanish , operatsiya vaqtida va undan keyin asoratlarning bo'lmasligi) 2 ta muxim masalani hal qilishi kerak:

A) Operatsiyadan keyingi va operatsiya davomida ta'sir etishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash maqsadida bemorni tekshiruvdan o'tqazish; bu omillar organizm umumiy holati va asoratlarning rivojlanishiga sababchi bo'lgan hamma jismoniy hamda psixologik jihatlarni o'z ichiga oladi.

V) Sog'ayib ketishni tezlashtirish va amaliyotning salbiy oqibatlarini kamaytirish maqsadida o'tkaziladigan jarroxlik amaliyoti uchun bemorni ruxiy va fiziologik tayyorlash.

Turli intizomga ega mutaxassislar ichidagi a'zo sifatida, bemorni operatsiyaga tayyorlovchi hamshira maxsus hamshiralik amaliyotining har xil

texnikalaridan foydalanishni bilishi kerak. Kurikdan o'tqazish va so'rov o'tqazish tekshirishning fundamental ko'nikmalari hisoblanadi. Terapevtik muloqot, bemorni o'rgatish va uning xavotirlanishini kamaytirishga qaratilgan choralar bemorni psixologik tayyorlaydi. Gigienik muolajalar, kateterlarni va zondlarni kirgizish, medikamentoz terapiya fiziologik tayyorlovga kiradi.

Hamshiralik jarayoni (HJ) - bu bemorlarning har qanday sog'ligining holatida individual yordam ko'rsatish uchun muammolarni sistemalashtirilgan holda yechish demakdir. Hamshiralik jarayonining tashkil qilish strukturasi 5ta asosiy bosqichdan iborat: bemorni hamshiralik tekshiruvi, uning holatini tashxislash (muammolarini va ehtiyojlarini aniqlash), aniqlangan ehtiyojlarga(muammolar) qaratilgan yordamni rejalashtirish, hamshiralik amaliyotining zarur rejalarini amalga oshirish va olingan natijalarni, kerakli xollarda tug'irlash yo'li bilan, baxolash. Hamshira HJ ni amalga oshirib, jarroxlik yo'li bilan davolashning hamma qatnashchilari ichida bog'lovchi halka hisoblanadi.

Hamshiralik jarayoni hamshiralik yordamini(parvarish qilish) tashkil qilishda foydalaniladi, natijada bemor uzining individuallashtirilgan davolanish jarayonida faol ishtirokchi bo'lib qoladi.

Operatsiyadan oldingi davr;

Operatsiyadan oldingi davr - bu bemorni jarroxlik bo'limiga tushgan vaqtdan boshlab operatsiya boshlanishigacha bo'lgan vaqtdir. Davomiyligi har xil bo'lib, bu kasallik xarakteriga, bemor og'irlik holatiga, operatsiya tezkor amalga oshirilishiga bog'liq.

Operatsiyadan oldingi davrning asosiy vazifalari:

- Diagnozni aniqlash,
- Operatsiya tezkorligi va xarakteri ko'rsatmalarini aniqlash,
- Operatsiyaga tayyorlash.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning asosiy maqsadi - amalga oshiriladigan operatsiya xavfi va operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanishini

minimumga yetkazishdir. Jarroxlikka oid kasallik diagnozini aniqlab operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni ta'minlovchi asosiy harakatlar ketma-ketligini amalga oshirish kerak:

1. operatsiyaga ko'rsatma va tezkorligini aniqlash, qarshi ko'rsatmani aniqlash;
2. hayotiy muhim a'zo va sistemalar xolatini aniqlash maqsadida qo'shimcha klinik, lobarator va diagnostik tekshiruvlarni o'tqazish;
3. bemorni operatsiyaga ruxiy tayyorgarlikdan o'tqazish;
4. sistemalar gomeostazi buzilishlarini tartibga solishni amalga oshirish;
5. endogen infeksiya profilaktikasini amalga oshirish;
6. og'riksizlantirish metodini tanlash, premedikatsiya o'tqazish;
7. operatsion maydonni birlamchi tayyorlash;
8. operatsion xonaga bemorni transportirovka qilish;
9. bemorni operatsion stolga yetkizish.

Operatsiya shoshilinchligini aniqlash

Operatsiya muddati hayotiy(vital), absolyut va nisbiy bo'lgan ko'rsatmalar bilan aniqlanadi.

- Operatsiyaga hayotiy ko'rsatma, ozrok kechtirish bemor hayotiga xavf solishi mumkin bo'lgan kasalliklarda yuzaga keladi. Bunaqa operatsiyalar shoshilinch tarzda amalga oshiriladi. Bunaqa ko'rsatmalarga :

- ichki a'zo yorilishidan bo'ladigan davomiy qon ketishi,
- yallig'lanish xarakteriga ega qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir kasalliklari,
- yiringli-yallig'lanishli kasalliklar - abscess, flegmona, o'tkir osteomielit.
- operatsiyaga absolyut ko'rsatmalar, uzoq kechiktirish, operatsiyani amalga oshirmaslik hayotiy holatga xavf soluvchi holatlarga olib keladigan vaziyatlarda yuzaga keladi. Bemorni jarroxlik statsionariga bir necha kun yoki haftadan keyin kelgan vaqtdan boshlab tezkor tartibda amalga oshiriladi. Bu kasalliklarga yomon sifatli o'smalar, o'n ikki barmok ichak chiqish qismi stenozi, mexaniq sariqlik va b.lar kiradi.

- Operatsiyaga nisbiy ko'rsatmalar bemor hayotiga xavf solmaydigan kasalliklarda bo'lishi mumkin (churralar, yaxshi sifatli o'smalar). Ular rejali

tartibda amalga oshiriladi.

Operatsiyaga ko'rsatmalar aniqlanganda ularni o'tqazish uchun qarshi ko'rsatmalarni aniqlash kerak : yurak, nafas va qon tomir yetishmovchiligi (shok), miokard infarkti, insult, buyrak-jigar yetishmovchiligi, tromboembolik kasallik, moddalar almashinuvining og'ir buzilishlari, anemiya kaxeziya.

Ta'kidlab o'tilgan hayotiy muhim a'zolar tomonidan o'zgarishlar individual va taxmin qilingan operatsiya og'irligi hamda hajmiga mos ravishda baxolanishi kerak. Bemor holatini baxolash tegishli mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi (terapevt, nevropatolog, endokrinolog). Operatsiyaga nisbiy ko'rsatmalar bo'lganda va operatsiyani amalga oshirish xavfini kuchaytiradigan kasalliklar bo'lganda operatsiya kechiktiriladi. Davolashni kasbiga bog'liq holda mutaxassislar amalga oshirishadi.

Hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra o'tkaziladigan operatsiyalarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bir necha soat bilan cheklansa, bemor holatini aniqlash va uni operatsiyaga tayyorlash jarrox, anesteziolog-reanimatolog, terapevt bilan hamkorlikda amalga oshirilishi kerak. Transfuzion va drilli terapiya uchun vositalar, og'riksizlantirish usuli, operatsiya hajmi aniqlanishi kerak. Amalga oshiriladigan operatsiya hajmi bo'yicha minimal bo'lishi kerak va bemor hayotini saqlab qolishga qaratilishi zarur.

Operatsion - anesteziologik xavfni baholash

Jarroxlik operatsiyasi va anesteziya bemor uchun potensial xavfga ega. Shuning uchun operatsion - anesteziologik xavf operatsiya ko'rsatmalarini aniqlash va og'riksizlantirish usulini tanlash uchun juda ham muximdir, chunki bu operatsiya xavfliligini kamaytiradi. Odatda operatsion - anesteziologik xavfni ball yordamida baholash qo'llaniladi, 3 ta omilni hisobga olib o'tkazilishi kerak : bemor umumiy holati; operatsiya hajmi va xarakteri; anesteziya turi.

Qo'shimcha tekshiruvlar

Operatsiya oldidan bemor holatini to'g'ri baxolashda uni yaxshilab tekshirish yordam beradi. Operatsiyadan oldingi davrda qo'shimcha tekshiruvlarni o'tqazish

zaruriyati tug'iladi. Anamnezdan chanqash borligi, qusish bilan yo'qotilgan suyuqlik hajmi va tashqi qon ketishda taxminiy qon ketish hajmini aniqlash kerak. Allergologik va transfuzion anamnez aniqlashtiriladi – o'tgan davr ichida transfuzion vositalarga nisbatan allergik reaksiyalar, buyrak, jigar kasalliklari borligi, kasallik rivojlanishi bilan ajraladigan siydik miqdori.

Teri va shilliq qavatlar ko'zdan kechirilganda ularning rangiga, qurukligiga, yuza venalarning osilib turishiga e'tibor berish kerak, bu degidratatsiya, volemik o'zgarishlarni ko'rsatishi mumkin. Barmoqlar uchidagi sianoz, teri qoplamalari marmarsimon bo'lishi mikrotsirkulyatsiya buzilishi, nafas yetishmovchiligini ko'rsatadi.

Puls xarakteri va chastotasini, arterial bosimni aniqlash muxim hisoblanadi, shuningdek elektrokardiografik tekshiruv o'tkazilishi kerak. Nafas olish chuqurligi va chastotasi aniqlanadi, xansirash bor yo'qligi, auskultatsiyada xirillashlar va shovqinlar borligi aniqlanadi.

Buyraklar ajratuvchi funksiyasini baxolash uchun sutkalik diurez, soatlik diurez o'lchanadi. Gomeostaz holatini aniqlash maqsadida gemoglobin, gemotokrit darajasini, kislota-asos holatini, asosiy elektrolitlar (Na, K, Ca, Mg, Cl), UAKX va uning komponentlarini dinamik aniqlash zarurdir.

Shoshilinch holatlarda, operatsiyani kechiktirmaslik uchun laborator tekshiruvlar cheklangan bo'lishi kerak. Qon va siydikning aniqlangan diagnozi (umumiy analizlar) yallig'lanishli o'zgarishlar ifodalanganligi, qon yo'qotish darajasini (gemoglobin, gemotokrit darajasi) aniqlashga imkon beradi. Siydik analizi buyraklar funksiyalari haqida o'ylashga imkon beradi. Imkon qadar ekspress-metod bilan qon elektrolit tarkibi, UAKX tekshiriladi.

Shoshilinch operatsiyalarda tayyorgarlik uchun vaqt juda ham cheklangan va bemorni operatsion xonaga birdan yetkaziladigan ekstremal holatlarda (yurak jaroxatlarida, massiv ichki qon ketishlarda) deyarli vaqt bo'lmaydi ham.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bemorni jarroxlik bo'limiga tushishidan oldin boshlanadi. Poliklinika yoki "tez yordam" shifokori tomonidan bemorni

birlamchi tekshiruvida birlamchi diagnoz va operatsiyaga ko'rsatma aniqlanadi, psixologik tayyorgarlik o'tkaziladi (Jarroxlik amaliyoti zarurligiga va oqibati yaxshi bo'lishiga uni ishontirish). Agar a'zolarning hayotiy muxim buzilishlari, shok, qon ketish bo'lsa shifokor shokka qarshi terapiya choralari, qon ketishini to'xtatishni boshlaydi, yurak, qon tomir vositalarini qo'llaydi. Davolash choralari bemorni jarroxlik bo'limiga transportirovkasi vaqtida davom etadi va operatsiyaga tayyorgarlikning boshlanishi hisoblanadi.

Psixologik tayyorgarlik bemorni tinchlantirishga, operatsiyaning yaxshi chiqishiga ishonchni mustaxkamlashga karatilgan. Unga operatsiya zarurligini va uni shoshilinch tartibda amalga oshirish muhimligini tushuntirish kerak. Bu shifokorga ishonchni o'yg'atish uchun yumshoq tarzda, past ovoz bilan tushuntirilishi kerak. Tushuntirishning bunday harakteri ayniqsa bemorning operatsiyadan voz kechganida muhimdir. Voz kechish bemorning kasallikka nisbatan noadekvat munosabati yoki qurqishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Gomeostaz sistemalarini tartibga solish

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik - jarrohlik davolanishida eng asosiy bosqichdir. Hattoki benuqson o'tkazilgan operatsiyada ham, organizmning sistema va a'zolar funksiyalari hisobga olinmagan bo'lsa, amaliyotgacha, amaliyot davrida va undan keyin uni tartibga solishga amalga oshirilgan bo'lmasa, operatsiyaning muvaffakiyati shubhalidir va operatsiya oqibati yahshi bo'lmasligi mumkin.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik qisqa muddatli va tez ta'sir etadigan bo'lishi kerak, shoshilinch holatlarda birinchi o'rinda gipovolemiya darajasi va to'qimalar degidrotatsiyasi darajasining pasayishini, suv-elektrolit balansi buzilishlari, kislota asos holati hisobga olinishi kerak. Metabolik atsidozni kamaytirish uchun natriy gidrokarbonati, glyukoza preparatlari bilan insulin yuboriladi. Shu bilan birgalikda yurak-qon tomir preparatlari ko'llaniladi.

O'tkir qon ketishda va to'xtatilgan qon ketishida qon, poliglyukin, al'bumin, plazma ko'yish o'tkaziladi. Davom etayotgan qon ketishida markaziy va periferik

venaga transfuziya qilinadi, transfuzion terapiya ostida bemorda qon ketishini to'xtatish maqsadida birdaniga operatsion honaga yetkaziladi. Gemostatik terapiya operatsiyadan keyingi davrda ham o'tkazilishi kerak.

Bemor shok holatida qabul qilinganida: travmatik, gemorragik yoki toksik, shokogen omilni yo'qotish va transfuzion terapiya yordamida UAKX ni tiklashga karatiladi, zarur bo'lganda tomir tonusiga tomir toraytiruvchi vositalar bilan ta'sir qilinadi.

Shokda operatsiyalar reanimatsion harakterga ega. 90mm s. u. dan past bo'lmagan arterial qon bosimida operatsiya amalga oshiriladi. Gemorragik shokda va davom etayotgan ichki qon ketishida bemorni shok holatidan chiqishini kutmasdan operatsiyani amalga oshiriladi, chunki shokning sababi faqatgina operatsiya vaqtida bartaraf qilinishi mumkin.

Gomeostaz a'zolari va sistemalari tayyorgarligi kompleks bo'lishi kerak va quydagi choralarni o'z ichiga oladi:

Qon tomir faoliyatini yaxshilash, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi preparatlar, yurak-qon tomir vositalari yordamida mikrotsirkulyatsiya buzilishlarini tartibga solish (reopoliglyukin, plazma, qon);

Nafas yetishmovchiligi bilan kurash (oksigenoterapiya, qon aylanishini normallashtirish, og'ir hollarda - o'pkaning boshqariluvchi ventilyatsiyasi) ;

Dezentoksikatsion terapiya - suyuklik, qon o'rnini bosuvchi dezentoksikatsion ta'sirga ega eritmalar kiritish, forsirlangan diurez, detoksikatsiyaning maxsus metodlarni ko'llash - gemosorbsiya, limfosorbsiya, plazmafarez, oksigenoterapiya) Gomeostaz sistemasida buzilishlarni tartibga solish.

Kislota - asos holatining, gipovolemiyaning u yoki bu turi aniqlanganda, elektrolit balansi, kislota-asos muvozanatini normallashtiruvchi, dehidrotatsiyani yuqotuvchi, UAKX ni tiklovchi vositalar yordamida buzilishlarni yo'qotishga qaratilgan transfuzion terapiya kompleksi shoshilinchligi aniqlanadi.

Operatsiyaga tayyorgarlik vaqtida hamrox kasalliklarni ham hisobga olish kerak.

Miokardning diffuz distrofik o'zgarishlari mavjud bo'lgan bemorlarni operatsiya oldi tayyorgarligi oksigenoterapiya, vitaminoterapiya, miokarddagi metabolik o'zgarishlar jarayonini tartibga solishni, gormonoterapiyani (anabolik gormonlar) o'z ichiga oladi. Yuqori miqdorda oksillar va vitaminlarni saqlovchi yuqori kaloriyalı parhez buyuriladi, hayvon yog'lari, suyuqliklar, tuz miqdori kamaytiriladi. Oksigenoterapiyani kislorod palatkasida o'tqazish tavsiya etiladi. Kun davomida 4 dan 8 martagacha 30 dan 45% gacha kislorodni o'zida saqlovchi gazli aralashma bilan nafas olish eng yaxshi natijalarni beradi. Oksigenoterapiya miokard gipoksiyasini yuqolishiga olib keladi, yurak-qon tomir holatini yaxshilaydi.

V gurux vitaminlari , kokarboksilaza (100 mgdan mushak orasiga), S vitamin, ATF, shuningdek retabolil (50 mgdan 2 yoki 1 marta haftasiga mushak orasiga) va nerobol (10mg dan ichish uchun) buyuriladi, bu elektrolit balansi buzilishlari yuqolishiga, oqsillar sintezi yaxshilanishiga olib keladi.

Yurak ritmi buzilishlarida (ekstrasistoliyalar, paroksizmal taxikardiyalar, hilpillovchi aritmiyalar) kaliy saqlovchi preparatlarni ko'llash kerak (kaliy xlorid 1g dan kuniga 4-6 marta yoki panangin), tomir ichiga 100ml 40% glyukoza eritmasi, 10 ml panangin eritmasi, 10 YeD insulin, 10 ml 5 %li S vitamini eritmasi, 100 mg kakorboksilaza yuborish tavsiya etiladi. Insulin qo'llanilishidan oksidlanish jarayonlari kuchayadi, yurak faoliyati yaxshilanadi, bu yurak ritmining tiklanishiga olib keladi. Paroksizmal taxikardiya yurak glikozidlari yuborish tavsiya etiladi.

0,5 % strofantin vena ichiga, izoptin 0,02g dan 3-4 maxal kuniga, obzidan 10mg dan kuniga 2-3 maxal, novokainamid 10 ml 10 % eritma vena ichigacha tomchilatib.

Gipoksiyani yo'qotish uchun 0,1% strixnin nitrat eritmasi buyuriladi. Uni 0,4 mldan teri ostiga yuborishdan boshlanadi, har kuni 0,2 mldan 1mlgacha qushib boriladi va 1ml dan teri ostiga 7 kun davomida kiritiladi operatsiyagacha. Strixnin nitratni yuborishni 40% glyukoza bilan vena ichiga birga kiritish mumkin.

Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarni operatsiyagacha tayyorlashda (stenokardiya va postinfarkt kardioskleroz bilan) yuqorida aytilganlardan tashqari yetoq rejimini o'z ichiga oladi : og'rik sindromida (yurak soxasida og'riklar) tez ta'sir qiladigan nitratlar qo'llanilishi kerak (nitroglitserin 0,5 mg tabletkadan til ostiga), keyinroq bo'lsa - uzoq ta'sir etuvchi nitratlar qo'llaniladi (sustak, erinit, nitrosorbit).

Spazmolitiklar bilan anal'getiklar birga qo'llanganda yaxshi samaraga ega . Yurak soxasida kuchli og'riklar bo'lganida 1ml 2 %li promedol eritmasi 0,5 ml 0,1% atropin sul'fat bilan teri ostiga yuboriladi, 2ml 2% no-shpa eritmasi mushak orasiga yuboriladi.

Bemorlarning emotsional labilligini hisobga olib sedativ preparatlar ham buyursa bo'ladi.

Gipertoniya kasalligi hamroxi bo'lgan bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorgarligi statsionarga tushgan birinchi kundan boshlanadi, chunki aynan usha kunlarda gipertonik krizlar ko'proq kuzatilishi aniqlangan.

Gipotenziv terapiya arterial bosim nazorati ostida uning ko'rsatkichlarini muvozanatga keltirish uchun qilinadi, shundan so'ng preparatlarni ushlab turuvchi dozada beriladi. Odatda hospitalizatsiyagacha bemor uchun eng samarali bo'lgan gipotenziv preparat buyuriladi. Turli xil preparatlar va ularning birgalikda qo'llaniladi (dibazol, gemiton, raunatin, rezerpin va b.), kasallik bosqichiga qarab.

Nafas a'zolari shikastlanganda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik. Nafas a'zolari shikastlanganda operatsiyadan oldingi tayyorgarlikda asosiy chora-tadbirlar tashqi nafas olishni yaxshilashga, yallig'lanish jarayonini kamaytirishga yoki yo'qotishga, shuningdek intoksikatsiyani kamaytirishga qaratilgan bo'ladi.

Nafas yetishmovchiligini davolashda oksigenoterapiya va nafas mashklariga asosiy ahamiyat beriladi. Nafas mashklari kompleksiga : a) umumiy bo'shashtiruvchi mashqlar; b) nafas uchun maxsus mashqlar (kovurg'alarni yuqoriga harakatlantirish, ko'krak qafasini yon tomonga kengaytirish va

diafragmaning nafas harakatlari); v) jismoniy yuklama va nafasni nazorat qilish kiradi.

Medikamentoz tayyorgarlik nafas funksiyalarini yaxshilashga qaratilgan bo'lib, o'z ichiga balg'am ko'chiruvchi vositalar va bronxolitiklarni oladi.

Surunkali bronxit qo'zg'ash davrida termopsis va kaliy yodid balg'am ko'chiruvchi miksturasi qo'llaniladi. Tripsin proteolitik fermentining eritmasi ingalyatsiyasi samarador hisoblanadi, uni mushak orasiga yuborsa bo'ladi (0,005 g tripsin 2-3ml izotonik eritmada eritiladi va kuniga bir marta 15-20 kun yuboriladi).

Bronxial astmada bronxolitiklardan tashqari nafas funksiyasini yaxshilash uchun desensibilizatsiyalovchi preparatlar (suprastin, dimedrol 0,05g dan 3 mahal kuniga), ingalyatsiya uchun alupent buyuriladi.

O'pkada yallig'lanish jarayonini kamaytirish yoki yo'qotish uchun antibiotiklar buyuriladi.

O'pkaning yiringli kasalliklarida (o'pka absessi va bronxoektatik kasalligi) organizm intoksikatsiyasini kamaytirish uchun sanatsiya eng samarali hisoblanadi. Bunda balg'am surib olinib bronx yuviladi va uning bo'shlig'iga antibiotiklar eritmasi yuboriladi. Dezentoksikatsion terapiyada ko'p miqdorda suyuqlik yuborish ko'zda tutiladi (qon, qon o'rnini bosuvchilar, plazma, gidrolizatlar, kardiotonik preparatlar qo'shilgan fiziologik eritma).

Siydik-tanosil kasalliklarida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik.

Buyraklar faoliyatini yaxshilash uchun birinchi navbatda suyuqlikni, tuzni, hayvon oqsilini cheklovchi (№7) parxez buyuriladi, bu shishlar kamayishiga olib keladi. Diurezni oshirish uchun siydik xaydovchi vositalar qo'llaniladi (furosemid, uregit, gipotiazid). Infeksiyaga qarshi kurashda og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinadi. Antibakterial vositalar qo'llaniladi.

Qandli diabeti bo'lgan bemorlarning operatsiyadan oldingi tayyorgarligi.

Kasallikning kompensatsiyalangan shakllari bo'lgan bemorlarda kichik jarroxlik amaliyotlarida davolashning odatiy rejimini o'zgartirish talab etilmaydi. Dekompensatsiya bo'lganda operatsiyadan oldin almashinuv jarayonlari va

insulinoterapiyani tartibga solish kerak. Katta hajmdagi rejali operatsiyaga tayyorgarlik vaqtida diabetning to'liq kompensatsiyasiga erishish kerak.

Kasallikning kompensatsiyalangan shakllari mavjud bo'lgan bemorlar operatsiya kuni kerakli insulin dozasi yarmini kritish kerak. Peroral diabetga qarshi preparatlar qabul qiluvchi bemorlarda (kichik hajmdagi operatsiya o'tkaziladiganlardan tashqari) insulin bilan davolash o'tkazilishi kerak.

Qandli diabet bilan bemorlarni davolashda tinch sharoit yaratish kerak, chunki noqulay psixologik holatlar diabetning dekompensatsiyasiga olib kelishi mumkin. Maxsus shikastlovchi psixologik holatlarda trankvilizatorlar qo'llaniladi. Diabet bilan kasallangan bemorlarda askorbin kislota va B guruh vitaminlari kompleksiga yuqori ehtiyoj seziladi.

Maxsus operatsiyadan oldingi tayyorgarlik

Qorin devori va qorin bo'shlig'i a'zolarida operatsiyalar kasallikka mos ravishda o'tkaziladi va bemor holati hamda jarayon joylashishi bilan bog'liq bo'ladi.

Oshqozondagi operatsiyalar - tayyorgarlik kasallikning umumiy holati, xarakteri, oshqozon shirasining kislotaligi bilan aniqlanadi. Operatsiyadan oldin bemorni minimal shlaklar hosil bo'luvchi parhezga o'tkaziladi. Kislotalik pasayganda oshqozon shirasi yoki vodorod xlorid kislotasi pepsin bilan birga buyuriladi. Kislotalik oshganda ishqoriy preparatlar, suv-tuz eritmalari beriladi. O'smaga bog'liq holda, yallig'lanish yoki chandiqli jarayonda oshqozondan evakuatsiya buzilganda kuchsiz lekin iliq vodorod xlorid yoki soda eritmasi bilan oshqozon uyqudan oldin toza suv chiqquncha yuviladi (kislotalikka bog'liq holda). Stenoz bo'lganda operatsiya kuni ertalab oshqozondan uni ichidagi narsalar zond bilan olib tashlanadi.

Jigar va o't yo'llaridagi operatsiyalar - jigar faoliyati buzilganda yog'siz parhez, vitaminlar, glyukoza va insulin buyuriladi. Obturatsion sariqlikda K vitamini yetishmovchiligidan qon ketishiga moyillik tug'iladi, shuning uchun operatsiyaga tayyorgarlik vaqtida vikasol, kalsiy xlorid buyuriladi; qon va plazma porsiyalar bilan qo'yiladi.

Ichakdagi operatsiyalardagi tayyorgarlikning asosiy maqsadi bu ichakdan axlat massalarini tozalash, infetsirlanish va choklar yetishmovchiligi profilaktikasi maqsadida ichak mikroflorasini kamaytiriladi. Qat'iy parhez 3-4 kun o'tkaziladi: suyuq, yarim suyuq, yuqori kaloriyali minimum shlaklarga ega ovqat. Och qolish kerak emas. 2-3 kun davomida ichishga magniy sulfat beriladi, ertalab va kechqurun klizma qilinadi, ichak mikroflorasiga ta'sir etuvchi antibakterial terapiya buyuriladi. Anemiyada, ozib ketishda qon, oqsil preparatlari va elektrolitlar eritmalari qo'yiladi.

To'g'ri ichak va tashqi chiqish yo'li soxasidagi operatsiyalar - tayyorgarlikda ichak obdon tozalanadi. Operatsiyadan oldin ertalab tozalovchi huqna qilinadi, ich bushagandan keyin to'g'ri ichak ampulasiga yuviladigan suvlarni chiqarib tashlash uchun yo'g'on rezinali trubka qo'yiladi. Ayniqsa oraliq yaxshilab tozalanadi.

Ayrim hollarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlikka oraliqning vannalari kiradi (kaliy permanganat suvga pushti rang hosil bo'lguncha qo'shiladi).

Sut bezidagi operatsiya umumiy tayyorgarlikni va qultik osti chuqurchasini to'liq tuklardan tozalanishini talab qiladi.

Qizilo'ngachda o'tkazuvchanlikning buzilishi natijasida qilinadigan operatsiyada asosiy tayyorgarlik ozib ketishga qarshi, suvsizlanishga qarshi, hamma almashinuv turlarining buzilishlariga qarshi va qamkonlikka qarshi kurashni, parenteral ovqatlanish bilan, gemotransfuziya, vitaminlarni, glyukoza, antianemik va tonusni oshiruvchi vositalar yordamida kurashni o'z ichiga oladi.

Ayrim hollarda radikal operatsiyadan oldin oziqlanishni yaxshilash maqsadida oshqozon oqmasi qo'yiladi. Yutishning buzilishini atropin, anestezin, novokain eritmasini buyurish bilan ayrim hollarda kamaytirishga erishiladi (ichish uchun).

Oyoq – qo'llardagi operatsiyalar - tayyorgarlik asosan terini sog'lomlashtirishni va tozalashni o'z ichiga oladi.

Qalkonsimon bezdagi operatsiyalar - tireotoksik zobi bo'lgan bemorlar juda ham ta'sirchan, salga jaxli chiqadigan bo'ladi, ularning asab-psixik va yurak-qon

tomir sistemasi mustahkam bo'lmaydi. Og'ir hollarda yotoq rejimi ko'rsatma hisoblanadi. Uyquni yaxshilash uchun, ta'sirchanlikni kamaytirish uchun va emotsional taranglikni yo'qotish uchun bromid, valeriana, aminazin, seduksen, dimedrol, pipolfen qo'llaniladi. Tireotoksikozni kamaytirish uchun qalkonsimon bez faoliyatini to'xtatuvchi preparatlar (merkazolil, diyodtirozin), Lyugol' eritmasi beriladi. Operatsiyadan keyin buyrak usti bezi yetishmovchiligi yuzaga kelish xavfi ortadi, shuning uchun operatsiyadan 1-2 kun oldin gidrokortizon yuboriladi.

Endogen infeksiyalar profilaktikasi;

Bemorda surunkali yallig'lanish kasalliklari (tishlar yallig'lanishi, surunkali tonsillit, faringit, teri yiringli kasalliklari) bor yoki yo'qligi aniqlanadi va surunkali infeksiya uchoqlari sanatsiya qilinadi. Agar operatsiya nisbiy ko'rsatmalar asosida amalga oshirilsa bemor surunkali kasalligini davolash uchun chiqarilishi mumkin.

Operatsiya arafasida bemorni anesteziolog ko'zdan kechiradi va og'riksizlantirish metodining mosligiga asosan premedikatsiya buyuriladi.

Operatsion maydonni birlamchi tayyorlash;

Operatsiyadan oldingi kun tozalovchi hukna qilinadi, bemor gigienik vanna yoki dush qabul qiladi, keyin kiyimlari va tushagi almashtiriladi.

Operatsiya kuni tuklarni bo'lajak operatsion maydondan (quruq yo'l bilan) va uning atrofidan operatsion soxani hisobga olgan holda olib tashlanadi (qorin bo'shlig'i operatsiyalarida qov soxasi tuklari olinadi, chov churrasida - oraliq, son va b.). Operatsiyadan oldingi kun bu manipulyatsiyani amalga oshirmaslik kerak. Terini tuklardan tozalashdan oldin dezenfeksiyalovchi eritma bilan artiladi va ko'rishi uchun vaqt beriladi, shundan so'ng spirt bilan artiladi.

Hamma harakatlar - teri artish, tuklarni olib tashlash - jaroxatdan qarshi tomonga amalga oshirilishi kerak, ifloslanishini kamaytirish uchun.

Operatsiyani och qoringa qilinadi. Ertalab tish protezlari olinadi, dokaga o'raladi va tumbochkaga qo'yiladi. Boshning sochli qismiga uchburchak ro'mol

o'raladi yoki 1 martalik shapka kiydiriladi. Bemordan labidan lab bo'yog'ini, tirnoqlardan lakni artib tashlash tavsiya qilinadi (bu kuzatishga halaqit beradi). Siydik qopi albatta bo'shatiladi. Shundan so'ng premedikatsiya qilinadi.

Bemorni operatsion xonaga transportirovkasi;

Bemorni operatsion xonaga katalkada hamshira hamroxligida yetkaziladi.

Shoshilinch holatlarda u yoki bu dorili eritmalar intubatsion trubkalar bilan yuborish davom ettirilib (agar traxeya intubatsiyasi bo'lsa), USV bir vaqtda o'tkaziladi.

Agar bemorda tashqi qon ketish bo'lsa va jgut qo'yilgan bo'lsa uni operatsiya xonasiga jgut bilan transportirovka qilinadi, operatsiya vaqtida yoki undan oldin yechiladi. Xuddi shuningdek ochiq sinishli bemorlarni operatsion xonaga jaroxatga qo'yilgan bog'lam bilan, hamda transport shinasini bilan yetkaziladi.

Shoshilinch operatsiyalar tayyorgarlikni maksimal qisqartirishga majbur qiladi, faqatgina zarur bo'lgan sanitar qayta ishlashni amalga oshirishni, dezenfeksiya qilishni va operatsion maydonni tuklardan tozalash amalga oshiriladi. Qon guruxini, rezus faktorni aniqlash kerak, tana haroratini o'lchash lozim. To'lib qolgan oshqozondan ichidagi massa olib tashlanadi, ayrim hollarda klizma qilinadi.

Katalkadan bemorni ehtiyotlik bilan operatsion stolga o'tkaziladi va operatsiya qilishga imkon beruvchi vaziyatga yetkaziladi.

Keksalarni operatsiyadan oldin tayyorlash

Keksa insonlar operatsiyani qiyin o'tkazishadi, ayrim dori moddalariga nisbatan yuqori ta'sirchanlikka ega bo'lib, hamroh kasalliklar va yoshga bog'liq o'zgarishlar tufayli turli xil asoratlarga moyil bo'lishadi. Jizzakilik, ruxiy ezilganlik - bu kategoriyadagi bemorlarning ruhiyatiga tez zarar yetishidan darak beradi. Nafas mashqlari asosiy ahamiyatga ega. Ichak atoniyasi va unga yondosh bo'lgan ich kotishlar tegishli parhezni, ichni bo'shashtiradigan dorilarni buyurilishini talab qiladi. Qari erkaklarda prostata bezi gipertrofiyasi ko'proq uchrashi natijasida siydik chiqarilishi qiyinlashgan bo'ladi,

shuning uchun ko'rsatmalarga asosan siydik katetr bilan chiqariladi. Kuchsiz termoregulyatsiya tufayli iliq dush tavsiya etiladi; vannadagi suv harorati faqatgina 37 S ga yetkaziladi. Vannadan keyin ularni yaxshilab artiladi va issiq kiyintiriladi. Keksalarni vanna xonada qarovsiz qoldirmaslik kerak.

Kechga uyqu chaqiruvchilardan barbituratlar guruhidagidan yarim dozasi beriladi, ularga qo'shimcha tinchlantiruvchi va antigistamin preparatlar (bromidlar, dimedrol) bilan to'ldiriladi. Premedikatsiyada nafas markazini tormozlovchi morfin pantopon yoki promedol bilan almashtiriladi.

Operatsiyadan oldingi davrda hamshiralik ish jarayonini amalga oshirish

1 BOSQICH. Bemorni ko'zdan kechirish

Sub'ektiv ma'lumotlarni yig'ish.

Agar bemor savollarga javob bera olmasa, uning qarindoshlari bilan hamshira so'rov o'tkazishi mumkin. Hamshiraning harakatlari algoritmi :

a) kasallikka bog'liq holda bemorda a'zolar faoliyatining o'zgarishlari yoki diskomfort, og'rik borligini hamshira aniqlaydi. Bu diskomfortni aniqlash uchun kerak. Agar bemor noqulaylik sezsa, suhbatda bemor to'liq ishtirok etishi uchun, hamshira iloji boricha so'rovni davom ettirish uchun ularni bartaraf etishi kerak.

b) o'z kasalligi haqida ma'lumotga egaligini aniqlash maqsadida hamshira jarrohlik amaliyoti sababi haqida, kasallik qancha davom etayotganligi haqida so'rov o'tkazadi.

v) hamshira bemordan jarrohlik kasalligiga bog'liq bo'lmagan sog'likka oid muammolar va o'tkazilgan kasalliklar haqida so'rov o'tkazadi. Bu kasallik tarihini aniqlashtirishga imkon beradi va keyinchalik yanada aniqroq hamshiralik parvarishi rejasini tuzishga yordam beradi.

- hamshira bemorning qachon va qanaqa jarrohlikka oid kasalliklar o'tkazgani, oldingi jarrohlik amaliyoti bilan bog'liq asoratlar va boshqa muammolar borligini aniqlaydi. Bu jarrohlik anamnezini aniqlashga yordam beradi, shuningdek hamshira bemorni potensial muammolariga e'tibor qaratadi.

- hashira bemorning shifokor retseptisiz chiqariladigan qanaqa dori preparatlarini, aspirin, oral kontratseptivlar va boshqa dorilar, qabul qilishini aniqlaydi. Bu operatsiya davrida (anesteziya vaqtida) va operatsiyadan keyin keyinchalik dorili terapiyaga muhtojlik va bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni belgilaydi.

- hamshira bemordan kasallik davolanishi bilan bog'liq bo'lmagan muammolarni hal qilish maqsadida dori vositalarini qabul qilishini aniqlashtiradi.

- hamshira bemordan ovqatlanish, ovqat harakteri, kaloriyaligi, ovqat sifati va miqdori, ovqat bilan bog'liq odatlar va nimani hush ko'rishini, bemor maxsus parhezdam yoki yo'qmi va qaysi maqsadda, shuningdek ovqat qabul qilish bilan bog'liq boshqa diniy, ijtimoiy va madaniy xususiyatlarini ma'lum shaxs misolida aniqlaydi. Maqsad bemorni statsionar sharoitiga moslashishini yengillashtirish, bemor va uning oila a'zolari uchun to'g'ri keladigan va mos maxsulotlarni u yoki bu kasallik mavjudligidan iste'mol qilish mumkinligini aniqlashdir. Dietolog maslahati kerak bo'lishi mumkin.

- hamshira bemordan chekish haqida so'raydi va agar bemor cheksa kuniga nechta sigaret chekishini so'raydi. Bu ma'lumot respirator asoratlar rivojlanish havfini aniqlashtirish uchun zarurdir. Bundan tashqari ashaddiy kashandalar qo'shimcha diagnostik muolajalar qilinadi.

- hamshira bemordan alkogol qabul qilish, uning chastotasi va miqdori xaqida so'raydi. Bu alkogolizm holatida jigar kasalliklarini aniqlash uchun qilinadi.

- hamshira protezlar borligini tekshiradi: oyoq-qo'l protezlari, tish protezlari, kontakt linzalar, chunki operatsiyadan oldin ularni yechishga to'g'ri keladi.

- hamshira hamma mavjud bo'lgan disfunksiyalarni aniqlaydi (mushak holsizligi, eshitishning yo'qolishi, ko'rish o'tkirligining pasayishi). Bu bor bo'lgan muammolarni aniqlash uchun va bemorni o'rgatish hamda parvarish qilish rejasini aniqlashtirish uchun qilinadi.

- hamshira bemordan jarrohlik amaliyoti haqida nimani bilishini so'raydi, shu bilan o'rgatish vaqtida muhokama uchun kerakli narsalarni aniqlaydi.

Noto'g'ri ma'lumot to'g'irlanishi kerak , chalasi to'ldirilishi zarur.

- hamshira bemorning qarindoshlari bilan munosabati to'g'risida so'raydi (otalar, bolalari, boshqa qarindoshlari, umr yo'ldoshi). Bu o'rgatish davomida kim jarayonga qo'shilishi mumkinligi, shoshilinch vaziyatlarda kimga murojaat qilish mumkinligini aniqlash uchun qilinadi.

- hamshira bemor kim bilan uyda istiqomat qilishini so'raydi. Operatsiyadan keyingi davrda qo'llab quvvatlashi mumkin bo'lgan shaxsni aniqlash uchun kerak.

- hamshira bemorni advokat bilan uchrashishni taklif qiladi va bo'lishi mumkin bo'lgan yuridik muammolarni to'g'irlashni , shuningdek hohish bildirishini taklif qiladi.

- hamshira bemordan qaysi diniy konfessiyaga tegishliligini aniqlaydi. Qo'llab turuvchi yana bir manba aniqlanadi. Ruxoniy bilan uchrashishi hohishi borligini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Agar shunaqa hohish bo'lsa hamshira diniy tashkilot bilan bog'lanadi va shunaqa uchrashuvni tashkil qiladi.

Ob'ektiv ma'lumotlar yig'ilganda:

- bemor havotirlanishi simptomlarini aniqlaydi, atrof muhitga nisbatan mo'ljal olishini aniqlaydi, bu bilan es-hushi darajasi aniqlanadi.

- hamshira bemor qanaqa gapirishiga e'tibor beradi (aniq nutq va duduqlanishga bor yo'qligiga). Uning o'z hissiyotlarini verbal tarzda ifodalay olishiga ishonch hosil qilish kerak.

- hamshira bemordan normal tonda berilgan savollarga javob bera olishi qobiliyatiga e'tibor beradi. Normal eshitish borligi aniqlanadi. Agar eshitishda buzilishlar bo'lsa al'ternativ o'rgatish metodlaridan foydalaniladi.

- hamshira bemordan so'rov o'tkazayotgan odamning yuzini ko'rmaganida savollarga javob bera olish qobiliyatini tekshiradi. Eshitish yo'qolganida lablarga qarab fikrni o'qiy olishi aniqlanadi.

- hamshira bemordan qo'l bilan imo ishoralarga javob bera olish qobiliyatini aniqlaydi. Ko'rish o'tkirligi aniqlanadi.

- hamshira bemorni o'rganishga tayyorligini aniqlaydi. Bu muvaffaqiyatli o'rganish uchun zarurdir.

- asosiy parametrlarni aniqlash maqsadida hamshira bemorning hayotiy funksiyalarini qayd etadi, keyinchalik taqqoslash uchun. Harorat ko'tarilgan paytda jarrohni xabardor qilish kerak. Jarrohlik amaliyoti havfi oshishi va infeksiya borligi haqida o'ylash kerak.

- hamshira asosiy parametrlarni keyinchalik taqqoslash maqsadida antropometrik ko'rsatkichlarni o'lchaydi va qayd qiladi.

- hamshira motor faoliyatining buzilishlarini aniqlaydi (mushak holsizligi, paralich va parezlar, mustaqil harakat qila olmaslik). Bu ma'lumot hamshiralik parvarishi rejasi va operatsiyadan keyingi tekshiruv uchun zarurdir.

- hamshira asabiylashish, vahima, xavotir, yuz va tana muskulaturasi taranglashishi, oyoq-qo'llar tremori, nafas tezlashishi bilan ifodalanuvchi qayg'uli xissiyotlarni, qo'rquv, bezovtalikni aniqlaydi. Hamshira bemorda xavotirni bildiruvchi xulq atvor reaksiyalarini aniqlaydi: stolga qo'l bilan takillatish, sigaret chekish, stereotip xarakatlar, duduklanish va tezlashgan nutq.

2 BOSQICH. Bemor muammolarini aniqlash va hamshiralik diagnozini shakllantirish

Agar bemor aniq gapira olmasa, duduqlansa yoki o'z hissiyotlarni ifodalashda qiyinchiliklar tug'lsa hamshiralik diagnozi quyidagicha bo'ladi - verbal muloqotning buzilishi.

Agar bemorda eshitish yoki ko'rish buzilishi bo'lsa xamshiralik diagnozi - qabul qilishning buzilishi: eshitish yoki ko'rishga oid.

Agar bemor es-hushi xiralashgan, muljal ola olmaydigan bo'lsa yoki komada bo'lsa, unda hamshiralik diagnozi – o'zgargan fikrlash jarayonlari bo'ladi.

Agar bemor qayg'uli xissiyotlarni, ishonchsizlikni , qo'rquv yoki havotirni namoyon qilsa yoki unda qo'zg'alganlik, ko'p terlash, oyoq-qo'llar titrashi yoki tremori yuqoriligi kuzatilsa; agar atrofga ishonchsiz alanglasa hamshiralik diagnozi - bilimlar kamligiga yoki jarrohlik amaliyotiga aloqador xavotir.

Agar bemor o'z-o'ziga adekvat xizmat ko'rsatishga qarshilik qiluvchi muammolari bo'lsa. unda hamshiralik diagnozi- nochorlik bo'ladi.

3 BOSQICH. Hamshiralik yordamini rejalashtirish

Kutilayotgan natijalarni aniqlash quyidagicha:

- Bemor amaliyot sabablarini, muolajani va jarrohlik amaliyotining oqibatini tushunadi;
- bemor havotir xissini jilovlay oladi, sub'ektiv qulay o'zini sezish, stressni bostiruvchi destruktiv mexanizmlar kamayishi, yo'qolishi bilan tasdiqlanadi va mustaqil, kechki uyg'onishlarsiz hamda boshqa uyqu buzilishlarsiz uxlash bo'ladi;
- bemor operatsiyadan keyingi nafas fizioterapiyasini va davolovchi mashqlar zarurligini tushunadi, bu shu haqida gapirib berish mumkinligidan bilinadi;
- bemor nafas mashqlari va davolovchi mashqlarni ko'rsatib bera oladi;
- teri qoplamalari jarrohlik amaliyotigacha 12 soat oldin gigienik qayta ishlov berilgan yoki statsionar ko'rsatmalariga ko'ra yoki operatsiya xususiyatlariga bog'liq holda qilingan;
- bemor operatsiyadan 8 soat oldin ko'rsatilgan ochlikka va suyuqlikni cheklashga rioya qiladi;
- shifokor belgilagan vaqtda kerakli premedikatsiyani olgan;
- bemor hamma kerakli dorilarni olgan va hamma shifokor belgilagan operatsiya oldi tekshiruvlari o'tkazilgan, bu kasallik tarixida kerakli qaydlar bilan tasdiqlanadi;
- bemor yoki uni vasiylari amaliyotga yozma rozilik berishgan.

4 BOSQICH. Hamshiralik ishi rejalarini amalga oshirish

Bemor va uning oila a'zolarini o'rgatish.

Operatsiyadan bir kun oldin bemorni tayyorlash (agar bemor rejali hospitalizatsiya qilingan bo'lsa yoki operatsiya shoshilinch bo'lmasa)

a) Operatsiya oldi rejasini tasdiqlash va kelishib olish uchun hamshira davolovchi shifokor bilan maslahatlashishi va kerakli ko'rsatmalarni olishi kerak.

b) Hamshira bemor uchun qulay bo'lgan vaqtda operatsiya oldi muolajalarini kelishib oladi

v) Hamshira bemorga o'zaro aloqani mustahkamlash va ruxiy madad olishi uchun o'z yaqinlari bilan vaqtini o'tkazishni taklif qiladi. Bu shuningdek havotirlanishni kamayishiga olib kelishi mumkin.

g) Uchrashuv tugagandan keyin hamshira tayyorgarlik rejasiga asosan hamma kerakli tayyorgarlikni amalga oshiradi: har bir muolajadan oldin ko'rsatmalarni solishtiradi, operatsion maydonni tayyorlaydi, ichakni tayyorlaydi.

d) Hamshira bemorning operatsiyadan oldingi fikrlarini qo'llab quvvatlaydi. Bu havotirlanishni kamaytiradi.

y) Hamshira bemorning bo'lajak operatsiya to'g'risida bilimlarini qo'shimcha ravishda aniqlaydi; qandaydir savollari borligini so'raydi, zarur bo'lsa javob beradi.

j) Psixoterapevtik muhit yaratish va mustahkamlash maqsadida, havotirlanishning hamma turida yoki bemor qo'rqqanida empatiya va qo'llab quvvatlash hissininamoyon qiladi.

z) gigienik muolajalar o'tkazilishini nazorat qiladi va zarur bo'lganda bemorga yordam beradi.

i) hamshira har doim havotirlanish darajasi ortib borishini nazorat qiladi.

k) operatsiya oldi rejasini tayyorgarligiga asosan hamshira hamma medikamentoz ko'rsatmalarni tegishli vaqtda amalga oshiradi.

l) Hamshira bo'limning davolash-ximoyalovchi tartibiga asosan palatada qulay sharoitni yaratishi kerak, bemor dam olishi va relaksatsiyasiga yordam berishi uchun.

3. Operatsion maydonni tayyorlash.

4. Bemorni operatsiyadan oldin bevosita tayyorlash.

5. Bemorni operatsion xonaga transportirovkasi.

5 BOSQICH. Samaradorlikni baxolash.

Qo'shimcha tekshiruvlar asosida ko'zlangan natijalarga erishilganligi aniqlanadi:

- bemorning jarrohlik amaliyoti sabablarini, muolajani va kutilayotgan oqibatni to'g'ri tushuntirishi,

- bemor ma'lum psixologik q ulaylik holatida bo'lishi; hulq-atvor buzilishlarining bo'lmasligi, fiziologik uyqu saqlanishi, operatsiya oldi havotirlanishni samarali nazorati,
- bemorning DM ni amalga oshirish muhimligini to'g'ri tushuntirishi,
- kerakli DM ni to'g'ri namoyon qiladi,
- kerakli och yurish ustidan hamshiraning kuzatishi va bemor tomonidan tasdiqlanishi (operatsiyadan 8 soat oldin),
- shifokor tayinlagan vaqtda premedikatsiya amalga oshirilishi,
- kasallik tarixida operatsiya oldi hamma loabarator natijalarning bo'lishi va hamma davolash choralarining tasdiqlanishi,
- operatsion amaliyotga bemorning roziligi haqida tasdiqlangan roziligining bo'lishi.

6.2. Onkologik bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda olib borish.

Operatsiya vaqtida jarroh saraton hujayralarini o'sma atrofdagi sog'lom to'qimaga kirishining haqiqiy chegarasini aniqlay olmaydi. Alohida o'sma hujayralarini bir a'zo ichida hatto mikroskop ostida aniqlashtirib bo'lmaydi. Shuning yomon sifatli o'smaning radikal operatsiyasi sog'lom to'qimalarni o'z ichiga oluvchi keng kesish tashlash bilan amalga oshiriladi, bir vaqtning o'zida mahalliy(yaqindagi) limfatik tugunlar olib tashlanadi. Olib tashlanaligan to'qimalar hajmi va kattaligi o'sma joylashgan joyiga bog'liq. Agar texnik jixatdan imkoni bo'lsa va fiziologik joiz bo'lsa yomon sifatli o'sma aniqlangan a'zo butunligicha olib tashlanadi.

Sut bezi saratonida ko'pincha uni ustidan qoplab turuvchi teri, katta ko'krak mushagi va qo'litiq osti hamda o'mrov osti limfatik tugunlari bilan olib tashalanadi. Saraton bilan zararlangan qalqonsimon bez odatda kletchatka va bo'yin limfatik tugunlari bilan olib tashlanadi. Naysimon suyaklar sarkomasida oyoq-qo'l amputatsiyasi amalga oshiriladi. To'g'ri ichak saratonida atrof kletchatka bilan, yana orqa chiqaruv teshigini yopuvchi apparat bilan olib tashlanadi, qorin oldingi devorida sun'iy anus qo'yiladi. Oshqozon saratonida ayrim hollarda uni to'liq olib tashlanib, qizilo'ngach och ichak bilan

biriktiriladi. O'pka yomon sifatli o'smalarida ko'pincha to'liqligicha olib tashlanadi.

Shunday qilib ko'pchilik onkologik bemorlarni davolash ularga sezilarli anatomik, funksional va psixik zarar yetkazish bilan kuzatiladi. Ushbu buzilashlarni organizm hususiyatlaridan kelib chiqib hammasini to'ldirib bo'lmaydi. Lekin buni amalga oshirish uchun, bemorlarning to'liq reabilitatsiyasi uchun vaqt, malakali tibbiy yordam, instruktaaj va kuzatuv kerak bo'ladi.

Operativ davo o'tkazilgan bemorlar uchun ularning reabilitatsiyasini tezlashtirish va yengillashtirish kerak: anatomik, fiziologik va psixik. Bu vazifani amalga oshirish uchun operativ amaliyot bilan chaqirilgan tipik o'zgarishlarni va ularni yo'qotish uchun tavsiya qilingan choralarni bilish kerak.

Hayotni saqlab qoluvchi ko'pchilik onkologik operatsiyalar bemorlarni majruh qiladi. Oyoq-qo'llarning amputatsiyalari, halqum va to'g'ri ichak ekstirpatsiyasi, yosh hotin kishida sut bezi amputatsiyasi va boshqalar nafaqat jismoniy majruh qiladi, balki katta ruxiy zarar ham yetkazadi. Kasallikning yaxshi sifatli kechishida keyinchalik anatomik nuqson yaxshi yasalgan protez bilan to'ldirilishi mumkin. Davolovchi mashqlar va mashg'ulotlar bilan to'liq jismoniy hamda fiziologik reabilitatsiyaga erishish mumkin, ammo ruhiyat buzilishlarini tug'irlashda, to'liq psixo-ijtimoiy reabilitatsiyaga uzoq muddat va malakali psixoterapiya jarayonidan keyin, bemorga yaqin bo'lgan insonlar ishtirokida erishiladi.

Odatda sut bezi yomon sifatli o'smasi yuzasidan radikal davolash o'tkazilgan yosh hotin-qizlar uy-joyini, ishini o'zgartirishadi, onkologik kabinetlar ishchilari bilan uchrashishdan, statsionarlardan qochishadi, Ayrimlarda sut bezi amputatsiyasi oilaviy fojeaga olib keladi.

Ko'pchilik to'g'ri ichak radikal operatsiyasini o'tkazganlar jamoat joylaridan, nafaqat teatr, kinodan, balki jamoat transporidan ham qochishadi. Vaqt o'tishi bilan yo'qotish hissi yo'qoladi, bo'lib o'tgan voqeaga bilan rozi bo'lish yuzaga keladi, depressiya kamayadi. Vaqt - har qanday qayg'uni, baxtsizlikni eng zo'r davolovchi tabibdir.

Bunday majruhlikka olib keluvchi amaliyot o'tkazgan bemorlar bilan munosabat e'tiborni, bemorning individual xususiyatlarini hisobga olishni talab qiladi.

Taktik, yaxshilikni yoqlovchi bemor bilan tinch holatda suxbat olib borilishi, nafakat jismoniy balki ilgarigi ruhiy holatini tiklagan, onkologlar tomonidan amaliyotda kursatilgan misollar, oilasini, ilgarigi jamoadagi holatini va ish qobiliyatini saqlab qolganligi ijobiy ta'sir etadi. Falsafiy xarakterdagi va xalq turmushiga oid mardlikning kuchi haqidagi mavzulardagi suxbatdan qochmaslik kerak, adabietlarda Boris Polevoyning "Haqiqiy inson haqidagi povest" kitobida komissar shunaqa qiladi. Bunaqa suxbatlarda hamma tan olgan pedagog A. Makarenkoning so'zlarini keltirish kerak: "Har qanday baxtsizlik har doim oshirib yuborib ko'rsatilgandir". Va shuningdek o'zingizdan qo'shib qo'ying - "shuning uchun buni yengib o'tsa bo'ladi".

Bu suxbatlar bemor uchun kerakli amaliy maslahatlar bilan mos keladi, qanday qilib baxtsizlikni yengib o'tsa bo'ladi, yaxshi protezni qayerda tayyorlatsa bo'ladi, uni buyursa bo'ladi; jamoat joylariga qo'rquvsiz borish, ilgarigi ish joyiga qaytishda qanday qilib mashqlar, parhez bilan ayollik nafasatini, qad-qomatni saklab qolsa bo'lishini, qanday qilib ichak faoliyatini tartibga solish mumkinligi tushintiriladi.

Onkologik bemorni to'liq rehabilitatsiyasi - bu har bir aloxida xolat uchun jismoniy, fiziologik va ruhiy xususiyatlarni tiklovchi, erishib bo'ladigan vazifa xisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi davrga operativ amaliyot tugashi va to'liq bemorning ish qobiliyati tiklanishining vaqtinchalik intervali kiradi.

Ajratiladi:

operatsiyadan keyingi yaqin davr - 1 dan 5-7 kungacha.

operatsiyadan keyingi erta davr - operatsiyadan keyin 7-9 sutkadan 2-3 xaftagacha.

Aloxida operatsiyadan keyingi davr, operatsiyadan keyin 3-4 xaftasidan boshlanadi va ish qobiliyati tiklangunicha davom etadi.

Operatsiyadan keyingi davr umumiy vazifalari:

Asab-ruhiy holati ustidan kuzatuv;

Operatsiyadan keyingi asoratlarni davolash va profilaktikasi;

Regeneratsiya jarayonlari, ya'ni operatsiyadan keyingi jarohatni tiklanish jarayonlarini tezlashtirish.

Onkologik bemorlarda operatsiyadan keyingi davr og'irroq kechadi. Bunga: organizmning o'sma intoksikatsiyasi, olib tashlangan to'qimalarning katta hajmi, Qo'shimcha limfodesseksiya, qon yo'qotishning katta hajmi, narkozning yanada uzoq davom etishi, shuningdek o'sma bilan chaqirilgan organizmdagi biokimyoviy o'zgarishlar sababchi hisoblanadi.

Bu davrda bemor nafas olishi ustidan kuzatuv olib borish kerak, ularda nafas yetishmovchiligi yoki nafas yo'llar o'tkazuvchanligi buzilishi rivojlanishi mumkin (til orqaga ketishidan, qusuq massalari bilan yopilib qolishdan va b.)

Til orqaga ketib qolganida pastki jag'ni oldinga shunday siljitish kerakki bunda nafas xirillashi tekis nafasga almashishi kerak yoki sun'iy "og'izdan og'izga" nafas berish o'tkazilishi zarur. Agar bemor nafas apparatida bo'lsa (o'pkalarning sun'iy ventilyatsiyasi) apparat ishini kuzatish kerak. USV ishining ritmi o'zgarganida darhol anesteziolog-reanimatologlarni chaqirtirish kerak. Qusuq massalarining nafas yo'llariga tushishining profilaktikasida bemor boshi chapga burib qo'yiladi, oshqozondagi massalar chiqishi uchun. Ham o'rta ham kichik tibbiy hodimlar qusuq massalarining yo'llardan evakuatsiyasi uchun elektrootsosdan foydalanishni bilishlari kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda, ayniqsa erta davrda yurak-qon tomir sistemasi faoliyati ustidan kuzatuv olib borish kerak: sistematik pul's chastotasi va ritmini aniqlash kerak, arterial qon bosimini o'lchash zarur, elektrokardiografiya qilinadi. Ular o'zgarganda kerakli choralar (yurakning bilvosita massaji, yurak ishini yaxshilovchi preparatlarni kiritish) shifokor bilan birgalikda amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda jarohatdan qon ketishi mumkin, bu bemor oqarib ketishi, pul's tezlashishi, sovuq yopishqoq ter paydo bo'lishi bilan bilinadi.

Bog'lam qon bilan xo'llanishi mumkin. Bu o'zgarishlar haqida hamshira darhol shifokorga xabar berishi kerak. Oyoq qo'llardagi jarohatdan qon ketganida o'rta va kichik tibbiy hodimlar shifokor kelgunicha yordam ko'rsata olishlari kerak: arterial qon ketganda qon alvon rangda, och qizil bo'ladi, jgut jarohatdan yuqoriga qo'yiladi, venoz qon ketishlarda esa (qon to'q rangda) - oyoq qo'l ko'tariladi.

Erta operatsiyadan oldingi davrda bemor terisiga e'tibor berish kerak, yotoq yaralar, yiringli kasalliklar, qipiqplanish profilaktikasi maqsadida.

Odatda teri ter va yog' bezlari ajralmalari hisobiga ifloslanadi, oraliq sohada esa to'g'ri ichak va siydik-tanasil sistemasidan ajralishi hisobiga

bo'ladi. Operatsiyadan keyingi bemor o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaydi, shaxsiy gigiena bilan shug'ullana olmaydi. Shuning uchun har kuni ertalablari bemorni dokali salfetka hamda mochalka yordamida iliq suv va sovun bilan yuvintirish kerak. Har kuni tanani iliq suv bilan artilib, quruq sochiq bilan quritiladi, oyoqlar esa tog'orada yuviladi. Og'ir bemor dokali salfetka sovun va iliq suvga botirilib artiladi. Ayollarni har kuni yuvintirib, dumbalar ostiga kleyonka va tuvak qo'yiladi.

Ozib ketgan yoki teri osti yog' qavati ko'p miqdorda bo'lgan bemorlar alohida e'tiborni talab qiladi. Bunday bemorlarni tez-tez aylantirib turish kerak, ularni ostidagi oqliqlarni to'g'irlab, ko'raklar, dumg'aza va yonbosh suyagi qanotlari sohasiga kamforali spirt surtiladi va rezinali aylana qo'yiladi yotoq yaralarni oldini olish uchun. Agar bemorlar yotoqda uzoq muddat yotishsa ko'rsatilgan choralar ayniqsa obdon o'tkazilishi kerak. Teri qoplamalarini artishni yengil uqalash bilan birga qilsa bo'ladi. Terining yotoq yaralarga shubxasi bo'lgan soxalarini quyidagicha qayta ishlanadi: 1%li spirt, brilliant yashili bilan artiladi va qurigandan keyin bu joylarga 10% li streptotsid yoki boshqa indeferent malhamli bog'lam qo'yiladi.

Ihtiyorsiz najas va peshob qo'yib yuboradigan bemorlarni kuniga bir necha bor yuvintirish kerak. Bunday bemorlarni parvarish qilishda, ayniqsa sun'iy

hosil qilingan oqmalarda maxsus axlat qabul qiluvchi asbobdan foydalaniladi. Oxirgi aytib o'tilganlar bemorni saqlab qolish uchun va hayotiy ko'rsatmalar asosida, operatsiyaning birinchi bosqichi sifatida yoki butun umrga qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda jarohat parvarishiga alohida e'tibor berish kerak. Operatsiyadan keyin bog'lam haddan tashqari qon bilan ho'llanishi havotir uyg'atishi kerak. Agar bemorning umumiy holati qoniqarli bo'lsa (etarlicha to'liq pul's, arterial bosimning birdaniga pasayib ketishi bo'lmasa) va jaroxatdan qon ketishi kam bo'lsa, shifokor ko'rsatmasiga asosan bog'lamni almashtirish yetarli bo'ladi. Davomiy qon ketishida qon va qon o'rnini bosuvchilarni qo'yish kerak. Qon to'xtatishning samarasiz choralarda shifokor qon to'xtatishda jarohatni va qonayotgan tomir bog'larni reviziya qiladi.

Gastrektomiya va oshqozon rezeksiyasidan keyingi bemorlar

Gastrektomiya operatsiyasi - bu oshqozonni to'liq ikkala charvilari hamda limfatik tugunlari bilan olib tashlashdir, qizilo'ngach va och ichak bevosita biri biriga biriktiriladi. Bemor ovqatni mexanik va kimyoviy qayta ishlashdan maxrum bo'ladi va qon yaratuvchi a'zolari stimulyatsiya qiluvchi (KAsl omili) ichki sekretsia yo'qoladi. Bu operatsiyaning ko'p uchraydigan asoratiga reflyuks-ezofagit sindromi kiradi, bunda qizilo'ngachni pankreatik shira va safro bilan ta'sirlanishidan (yara hosil bo'lgunucha) och ichakdagi massalar qizilo'ngachga chiqariladi. Reflyuks sindromi ko'pincha yog'li ovqat, sut, mevalar iste'mol qilgandan keyin yuzaga keladi va to'sh ortida va qorin sohasida achishish hamda og'riq bilan ifodalanadi. Xlorid kislotali shira iste'mol qilish ishqoriy pankreatik shirani neytrallab, og'riqni qoldiradi. Agar reflyuks sindromi uzoq muddat kuzatilsa, bemorni holdan toydirsa, kasallikning qaytalanishini inkor qilish maqsadida rentgenologik va endoskopik tekshiruv o'tkazish tavsiya qilinadi. Oshqozon rezeksiyasidan ko'ra, sezilarli darajada ko'proq gastrektomiya demping sindromi bilan asoratlanadi. (pastroqqa qarang).

Gastrektomiyadan keyingi anemik sindrom dispeptik buzilishlar bilan birga kuzatiluvchi anemizatsiya (kamqonlik) oshib borishi bilan

ifodalanadi. Bu oshqozon shilliq qavatida ishlab chiqariluvchi Kasl omili yo'qligining oqibatidir.

Total gastrektomiyadan keyin umumiy xarakterdagi buzilishlar ham uchraydi : o'zini yomon his qilish, asteniya, rivojlanib boruvchi ozg'inlik.

Ushbu asoratlarni oldini olsa bo'ladi. Bu bemorga tayinlangan ovqatlanish tartibi va parhezga qat'iy rioya qilish demakdir. Total rezeksiya o'tkazgan bemorlarga (operatsiyadan keyin 1,5 - 3 oy o'tgach): ko'p miqdorda oqsil saqlaydigan, fiziologik to'laqonli, giponatriyli, normaning pastki chegarasidagi murakkab uglevodlar va yog'larni cheklovchi hamda yengil gazm qilinuvchi uglevodlarni cheklovchi, oshqozon shilliqqavatini va oshkozosh-ichak tizimi retseptor apparatini o'rtacha mexanik hamda kimyoviy ta'sirlovchi parhez tayinlanadi. O't haydovchi va oshqozon osti bezi sekretsiasini kuchaytiruvchi narsalar qabul qilinmaydi. Hamma ovqatlarni bug'da yoki qaynatib, sabzavotlarni artmasdan pishiriladi. Ovqat kuniga 5-6 marta kichik porsiyada, limon va xlorid kislotaning kuchsiz eritmalari bilan birga qabul qilinadi. Ovqatlanishning bo'y - vazn ko'rsatkichi bo'yicha sistematik nazorati quyidagicha - (tana vazni kg da* 100G` bo'y sm da). Bu ko'rsatkichning 33-38 o'rtasida bo'lishi ovqatlanishning qoniqarli xarakterdaligini, 33 dan past bo'lsa - pasayishni, 38 dan baland bo'lsa - bemorning yaxshi ovqatlanishidan darak beradi. Energetik qiymati - 2500 - 2900 kkalG` kuniga bo'lishi kerak.

Bemorlarning to'liq fiziologik reabilitatsiyasi kechroq muddatda yuzaga keladi - operatsiyadan keyin bir yil o'tgach yilning oxirida. Bemorning ayrimlarida ruhiy- ijtimoiy reabilitatsiyasiga ularning hamma narsadan shubhalanishlari halaqit beradi. Operatsiyadan oldin ularni qancha kesib olisharkin degan savol qiynasa, operatsiyadan keyin - oshqozonsiz qanaqa qilib yashasa bo'ladi degan savol qiynaydi. Shubhalanish oqibatida ular ovqatlanishda o'zlarini xaddan ko'p cheklashadi. Oqsilli va o'simlik yog'i yetishmasligi ozib ketish, avitaminozga olib keladi.

Ayrim bemorlar esa uzoq muddat ovqatlanish tartibiga rioya qilishmaydi, uni buzgan holda kuniga 3-4 marta ovqatlanishadi, sistematik ravishda oshqozon

shirasi yoki xlorid kislota eritmalarini qabul qilishmaydi. Natijada ichak faoliyati buziladi, animizatsiya (kamqonlik) kuzatiladi.

Bu asoratlarni oldini olish uchun bemorning yaqinlari yordam berishlari kerak. Ovqatlanish tartibiga e'tiborsiz bo'lish hamda judayam qattiq rioya qilishga yo'l qo'yilmaydi. Ta'sir qilishning yo'li bu - shifokor ko'rsatmalariga rioya qilishning muhimligini bemorga tushuntirishdir.

Agar qiyinchiliklar tug'ilsa onkologlarga murojaat qilish kerak, ular suhbatda xuddi shunaqa bemorlar buyurilgan ovqatlanish tartibiga, parhezga belgilangan muddatgacha rioya qilganliklari uchun ovqatlanish va ovqat hazm qilishning normal jarayonlari yuzaga kelganligini, bemorlar ilgarigi ish joyiga va ovqatlanishning maishiy sharoitlariga qaytganliklari to'g'risida misollar keltirishadi. Ularning uchdan bir qismi ushbu operatsiyadan so'ng 5 yildan ortiq yashashadi, gastrektomiya operatsiyasidan keyin normal ovqatlanish va sog'liqning tiklanishi mumkinligini misol sifatida ko'rsatsa bo'ladi. Bu ishonchli misollar bilan yuqori darajada shubhalanishni, asoratlardan qo'rqishni kamaytirsa bo'ladi va belgilangan muddatgacha tartibga rioya qilish kerakligiga ishontirish kerak.

Oshqozon rezeksiyasida o'sma oshqozon bilan butunligicha emas, balki oshqozonning katta (3G`4 yoki 4G`5) qismi uning charvilari bilan hamda mahalliy limfatik tugunlar bilan olib tashlanadi. Oshqozon cho'ltoqlari och ichak bilan birga ulanadi. Operatsiya natijasida organizm oshqozonning asosiy motor va sekretor hududlaridan hamda ovqatning oshqozonda qayta ishlanib ichakka tushishini boshqaruvchi oshqozonning chiqish qismidan ajraladi. Operatsiya natijasida ovqat hazm qilishda yangi anatomo-fiziologik sharoitlar yuzaga keladi, buning oqibatida bir qator patologik holatlar paydo bo'ladi.

Demping sindromi deb ataluvchi (chiqarib yuborish sindromi) og'riqli simptomlar paydo bo'ladi. Oshqozonda yetarlicha qayta ishlanmagan ovqat katta porsiyalar bilan bevosita och ichakka tushadi. Bu och ichakning boshlang'ich qismini ta'sirlaydi. Ovqatdan keyin birdaniga isib ketish hissi, yurak urib

ketishi, hushni yo'qotishgacha boradigan bosh aylanishi, keskin umumiy holsizlik yuzaga keladi. Bu hodisalar tez orada(15-20 minutdan keyin) gorizantal holatga o'tilgach birdaniga yo'qolib ketadi. Boshqa holatlarda ko'ngil aynash, qusish va spastik xarakterdagi og'riqlar 10-30 minutdan keyin yuzaga keladi va 2 soatgacha davom etadi. Bular - ovqatning och ichak halqasidan tez xarakatlanishi va hazm qilish jarayonida o'n ikki barmoq ichakning chetda qolishining oqibatidir. Demping-sindrom hayot uchun xavf solmaydi, lekin bemorlarni qo'rqitadi va agarda kerakli profilaktik choralar o'tkazilmasa ularning xayot kechirishiga noqulaylik tug'diradi. Parhezda uglevodlar(kartoshka, shirinliklar) kamroq bo'lishi kerak va ko'proq oqsilli hamda yog'li maqsulotlar bo'lishi kerak. Ayrim hollarda ovqatdan 10-15 minut oldin 1-2osh qoshiqda 2 % li novokain eritmasi ichish buyuriladi.

Oshqozon motor funksiyasining yetishmasligani ovqatni obdon chaynash va sekin iste'mol qilish yo'li bilan to'ldirish mumkin; oshqozoning sekretor funksiyasini ovqat vaqtida oshqozon shirasi yoki limon, xlorid kislota eritmasini qabul qilish bilan tartibga solsa bo'ladi. Agar oshqozonning chiqish qismi bo'lmasa, ovqatlanish bo'lingan tarzda kuniga 5-6 marta ovqat iste'mol qilinishi kerak.

Bemor va uning qarindoshlari statsionardan chiqishda parhez va ovqatlanish tartibi bo'yicha yetarlicha ma'lumot bilan ta'minlanadi. Aytib o'tilganlarni unutmaslik lozim. Giponatriyli (tuz cheklangan), yuqori miqdorda oqsil tutuvchi fiziologik to'laqonli, o'rtacha miqdorda murakkab uglevodlar tutuvchi va yengil hazm bo'ladigan uglevodlar keskin cheklangan, normal miqdorda yog'lar tutuvchi parhez tavsiya qilinadi. Ovqat qazm qilish trakti retseptor apparati va shilliq qavatini kimyoviy hamda mexanik ta'sirlovchilar (tuzlamalar, marinadalar, dudlanagan maxsulotlar, konservalar, qaynoq, muzdek va gazlanagan sharbatlar, alkogol', shokolad, ziravorlar va b.) cheklangan bo'lishi kerak, azotli ekstrakt moddalar (ayniqsa purinlar), qiyin eriydigan yog'lar, al'degidlar, akrolienlar maksimal kamaytirilishi kerak. O't haydovchi va oshqozon osti bezi sekretsiasini kuchaytiruvchilar, shuningdek demping-sindrom

chaqiruvchi mahsulotlar va ovqatlar (sutli, suyuq, shirin kashalar, shirin sut, shirin choy, qaynoq yog'li sut va b) iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Hamma ovqatlar qaynatib yoki bug'da, sabzavotlar qirg'ichdan o'tkazilib tayyorlanadi. Energetik qiymati - 2800-3000 kkal bo'ladi. Bemor ovqatni obdon chaynab sekin iste'mol qilishga, xlorid kislota eritmasini qabul qilishning sistematiqligi va zarurligiga eng asosiy e'tibor qaratishi kerak. Tish emali xlorid kislota zararli yemiruvchi ta'siridan himoyalash maqsadida bemorlarga mevali sharbat yoki mors bilan kuchsiz eritmalarni tayyorlash tavsiya etiladi. 1 litr mevali morsa - 1 osh qoshiq 3 % li xlorid kislotali eritma qo'shiladi. Bu nordan morsni ovqat mahalida oz-ozdan ichiladi. Bu tishlar uchun zararsiz va yoqimli hisoblanadi. Ovqatlanish tartibi, parhezga rioya qilish va xlorid kislota eritmasini sistematik qabul qilish oqibatida bemorning ish qobiliyatining tiklanishi bilan to'liq reabilitatsiyasi yaqin 4-6 oy ichida yuzaga keladi.

Agar oshqozon patologiyasi operatsiyadan keyin uzoq muddat o'tgach paydo bo'lsa, yomon sifatli o'smaning retsidivi haqida o'ylash kerak. Radikal operatsiyadan keyin oshqozon cho'ltog'ida saraton retsidivi belgilari paydo bo'lgungacha bo'lgan davr odatda 2-3 yil davom etadi; total gastrektomiyadan keyingi (qizilo'ngach bilan anastomoz sohasida) retsidiv uchun bir yil yetarli bo'ladi.

Qorin sohasida ovqat xarakteri va ovqat qabul qilish bilan bog'liq simmilovchi og'riq, kekirish, qusish bemorni onkolog huzuriga navbatdan tashqari yuborish uchun ko'rsatma hisoblanadi, endoskopik va rentgenologik tekshirilishi kerak. Agar yuqorida ta'kidlangan davr qisqa bo'lsa, albatta tekshirilishi kerak.

To'g'ri ichak ekstirpatsiyasidan keyingi bemorlar

To'g'ri ichakning qorin-oraliq ekstirpatsiyasi chiqaruv teshigini tabiiy bo'lmagan qorin oldi devorida hosil qilish bilan amalga oshiriladi. Bu operatsiya o'rta, pastki ampulyar va to'g'ri ichakning anal qismi saratonida qilinadi, bunda o'sma bilan birga kichik chanoq kletchatkasi limfa tugunlari bilan va tashqi

sfinkter bilan olib tashlanadi. Agar o'z vaqtida amalga oshirilsa operatsiya bemorni o'linga olib keluvchi kasallikdan qutqaradi, lekin ixtiyoriy najas hamda gaz chiqarish imkoniyatidan mahrum qiladi. Bemorlarni bunaqa amaliyotdan keyin tiklanishi uzoq muddat kechadi. Maqsad esa ish qobiliyatini tiklash va bemorni jamoada bo'lishini ta'minlashdir. Asosiy vazifa - bu bemorlarga shakllangan axlatni chiqarishga qaratilgan refleksni o'rgatishdir. Bu iste'mol qilinayotgan ovqatning sifati va miqdoriga qarab dasturlanadi. Bemor qaysi mahsulotlar, qanaqa miqdorda ichak faoliyatiga va bemorning o'ziga ta'sir qilishini bilishi kerak. Masalan axlatni quyultirish uchun guruchli yoki grechkali kashalar; suyultirish uchun - yangi uzilgan mevalar, qatiq, kefir, qaynatilgan qovoq, qaroli tavsiya etiladi.

Biroq bu tavsiyalar har doim xam bemorning individual xususiyatlariga mos kelavermaydi. Bemor maxsus daftar tutib, unda ta'kidlangan mahsulotlarga unga qanday ta'sir qilayotganini qayd qilishi kerak. Bu daftarda ovqat qabul qilish vaqtini axlat konsistensiyasiga bog'liqligini, suyuq va quyuq porsiya nisbatini, isitilish darajasi va uni chaynash sifatini bemor yozib borishi kerak. Bu mayda ikir-chikirlarga bemorni ma'sulyat bilan yondashishga o'rgatish kerak, chunki aynan shular bemorni yashashi va jamoada ishlashini ta'minlashi mumkin. Ushbu mayda ikir-chikirlarga beet'tibor bo'lish insonni nogiron qiladi, jamoat joylariga borishini cheklaydi. Bemor axlatni konsistensiyasi va chastotasini tartibga soluvchi medikamentoz vositalardan foydalanishni bilishi kerak. Ich ketish yuzaga kelganda - enteroseptol, sul'gin ichish kerak, tuxum po'choqining quritilgan va maydalangan talqonini qabul qilsa ham bo'ladi. Ich qotish yuzaga kelganda - bir osh qoshiqdan kuniga ikki maxal vazelin yog'idan yoki rovoch damlamasidan yarim stakan, purgen ichish mumkin. Gazlar ko'p bo'lganda - 2-3 ta tabletkadan karbolen ichiladi. qattiq axlat yuzaga kelsa, no'xat, loviya, uzumli sharbat, yangi javdar unidan tayyorlangan nonni ratsiondan olib tashlab karbolenni qabul qilinadi. Agar ichakda ko'p miqdorda gaz hosil bo'lishiga moyillik bo'lsa - sistematik tarzda ukropli suv kuniga 4-6 maxal bir osh qoshiqdan ichiladi.

Onkologik muassasalarda to'g'ri ichakni qorin-oraliq ekstirpatsiyasi operatsiyasi bir ustunli yassi anusni qorin devori chap qismida qo'yish bilan amalga oshiriladi. Qorin-oraliq ekstirpatsiyadan keyin tampon odatda birdaniga olib tashlanmaydi, balki asta sekin tortib borilib, operatsiyaning 2-sutkasidan boshlab 4-5 sutkasida tamom qilinadi.

Tamponlar olib tashalnagandan keyin oraliq sohasi har kuni kuchsiz (oqish-pushti) rangli kaliy permanganat eritmasi bilan, 2% li bor kislotasi eritmasiga vodorod peroksid qo'shib yuvilishi kerak, rivanol eritmasi bilan rezinali naycha yoki katetr orqali jarohatning eng chuqur joylarigacha yetkazilib yuviladi. Bemor bu muolaja vaqtida chap tomonga o'girilib, son va tizza bo'qimlarida oyoqini bukib, muolaja paytida qulaylik tug'dirish maqsadida qo'li bilan chap dumbasini ushlab turadi.

Agar jarohat yuzasida yiringli karashlar bo'lsa, yuvishdan oldin jarohat 3%li vodorod peroksid eritmasi bilan ho'llangan salfetka bilan tozalanadi, yuvilgandan so'ng furatsilin 1: 1000 bilan ho'llangan tampon jarohatda qoldiriladi. Vishnevskiy mazi yoki metiluratsil mazi bilan tamponni kiritish tavsiya etilmaydi, chunki bu ajralmalarning turib qolishiga olib keladi.

Ayollarda yuqorida ko'rsatilgan jarohatni qayta ishlashdan tashqari, qinni qandaydir antiseptik eritma bilan yuvish kerak (rivanol 1: 500 va b.), chunki to'planib qolgan sekret infeksiya o'chog'i hisoblanadi. Jarohatni qayta ishlash jarayoni uning chetlariga 3-5 %li spirtli yod surtish va T simon bog'lam qo'yish bilan tugatiladi.

Operatsiyadan 12-15 kundan so'ng agar asoratlarni kuzatilmasa bemorning turishiga ruxsat etiladi. Agar jarohat toza bo'lsa bu davrda bemor 1-2marta kuniga kaliy permanganat bilan vannachalar qabul qilishi kerak (stasionardan chiqib ketguncha bo'lgan vaqtda). To'g'ri ichakning ekstirpatsiyasi va qorin-anal rezeksiyasida presakral bo'shliqda drenaj rezinka qoldiriladi. Faqatgina ajralmalar to'liq to'xtagandan keyin olib tashlanadi. Presakral bo'shliqdan drenaj naychani asta-sekin olib tashlash maqsadga muvofiq, chunki birdaniga bir martaning o'zida uni olib tashlash jarohat kanalining yopilib qolishiga va

yiring hosil bo'lishiga olib keladi. To'g'ri ichak rezeksiyasidan keyin naychani birinchi marta 1-2 sm ga tortish operatsiyadan keyin 3-4 kunda amalga oshiriladi. Naycha to'liq operatsiyadan keyin 10-11 kunda olib tashlanadi. To'g'ri ichak ekstirpatsiyasidan keyin drenaj naycha operatsiyadan keyin 4-6 sutkada olib tashlanadi.

Vakuumsiz drenaj furatsillin eritmasi bilan doimiy yuvib turiladi. Bunda drenajdan ajralmalar kelishining to'xtashini qon laxtalari tiqilib qolishi bilan yoki ekssudat ajralmayotganligi, ya'ni yo'qligi bilan bog'lash mumkin. Agar ekssudat bo'lmasa drenaj naychani yuvish maqsadga muvofiq emas, chunki bu infeksiyaning drenaj orqali kirishiga olib keladi. Agar bemorning tana harorati yuqori bo'lmasa, umumiy ahvoli qoniqarli bo'lsa, ajralmalar yo'q bo'lsa uni yuvishga xojat yo'q. Aks holda drenajni antiseptik eritma (furatsillin va b) bilan drenajdan kichikroq o'lchamdagi naycha kiritib yuvish zarur va shpirts yordamida yuvish amalga oshiriladi. Drenaj atrofidagi teri chetlari 3-5 %li yodning spirtli eritmasi bilan artiladi.

Operatsiyadan keyingi davr oraliqdagi jarohatning yiringlashi bilan asoratlanishi mumkin. Jarohatni ochiq metod bilan olib borilganda yiringlashni farqlashda qiyinchilik tug'ilmaydi. Lekin to'liq yopib tikilgan jarohatlarda drenaj orqali ajralmalari chiqmaydigan "ko'r cho'ntaklar" hosil bo'lishi mumkin, ularning ekssudat bilan to'lishi mikloflora uchun yaxshi oziqa muhiti yaratadi. Bu asoratni davolash uchun hosil bo'lgan yiringli bo'shliqni keng drenajlab, antiseptik eritmalar va antibiotiklar bilan yuvish kerak, shuningdek organizmning reaktivligini oshirish uchun umumiy choralar ko'riladi.

Sfinkterni saqlab qoluvchi operatsiyalarda cho'ltoqni alohida e'tibor bilan parvarish qilish talab etilmaydi. Faqatgina 3 % li vodorod peroksid bilan qayta ishlanib turilasa kifoya. Operatsiyadan 2-3 kun o'tgach shifokor operatsiya vaqtida kiritilgan Vishnevskiy mazi bilan tamponni olib tashlaydi. Shu ta'kidlash lozimki, operatsiyadan keyingi nurlanish to'qimaning infeksiyaga nisbatan qarshiligini kamaytiradi, bu operatsiyadan keyingi jaroqatda

mikroorganizmlarning yoppasiga tarqalishiga va yiringli asoratlar chastotasining oshishiga olib keladi. Nekrotik karashlar bilan sekin bitayotgan jaroqatlar uzoq vaqt o'zidan qo'lansa qid tarqatadi, keskin og'riqli bo'lib, og'riq kechalari kuchayadi. Ularni davolash uchun, jaroqat mikloflorasining sezgirligiga qarab antibiotiklar qo'llanadi va proteolitik fermentlar buyuriladi. Proteolitik fermentlarni 2 kun qo'llanilgandan keyin yiringli ajralmalar miqdori oshadi, 6-9 kundan keyin esa jaroqat to'liqligicha nekrotik massalar va yiringdan tozalanadi, og'riqlar kamayib, pushti rangli granulyatsiyalar paydo bo'ladi. Oraliq jaroqati to'liq tozalanib bo'lgandan keyin, tezroq bitishi uchun, unga ikkilamchi choklarni qo'yish mumkin.

Birinchi navbatda kolostomani qorin jaroqatidan izolyatsiya qilish kerak (qorin jaroqatini nafaqat toza dokali salfetka bilan yopishtirish, balki sellofan plyonkasi bilan ham yopishtirish kerak). Yassi kolostomada operatsiyadan keyin o'sha soqaga sintomitsinli yoki boshqa bir maz' bilan boqlam qo'yiladi. Teri chetlari qizarganda sinkli pasta bilan surkaladi. Keyinchalik parvarish qilishda vazelinli yoki zarur bo'lsa boshqa maz' bilan surkalgan salfetka qo'yiladi. Kalopriemnikni taqib yurish nafaqat shart emas, balki maqsadga muvofiqham emas, chunki bu ichkariga kiritilgan ichakning so'rilib, shilliqqavati tushib qolishiga olib keladi. Chap qismida kleenkali sohasi mavjud bo'lgan, kolostomaga mos keladigan plastmassali qalqasi bo'lgan, rezinali klapan bilan qalqaga tiqiladigan, belga tasma bilan qistiriladigan qorin boqichini taqib yurish qulayroqdir. Bu klapan ostiga, kolostomani yopib turuvchi, kichikroq dokali boqlam qo'yiladi. Tasmalar o'tkazilganda boqlam klapan bilan yopiladi. Zarur bo'lganda tasmalar ochiladi, najas chiqarilib, boqlam almashtiriladi.

Ikki ustunli anusni shifokor odatda operatsiyadan keyin 2-kuni ochadi. qon ketishini 3% li vodorod peroksid eritmasi bilan qayta ishlanadi. Bu metod samarasiz bo'lsa qonayotgan tomir bog'lanadi. Yassi kolostomada bo'lgani singari choralar keyinchalik amalga oshiriladi.

Bemorni majburiy holatda uzoq muddat bo'lishi yotoq yaralarni, piodermiyalarni yuzaga keltirishi mumkin. Profilaktika maqsadida terining orqa qismini sistematik ravishda kamforali spirt bilan artiladi, boshlanayotgan yotoq yaralarda kaliy permanganat eritmasi, metiluratsil mazi, "Iruksol" mazi ishlatiladi.

Anus atrofidagi teri ta'sirlanishida, qon ketish soqalari yoki matseratsiya soqalari, shilliq cho'ltoqida zichlashish soqalari paydo bo'lganda bemor, oldin belgilangan nazorat ko'rigidan qat'iy nazar, shifokor tomonidan tekshirilishi kerak. Agar bemor onkologik kabinetga bora olmasa, onkologik xizmat bemorning uyida ko'rik o'tkazilishini ta'minlaydi.

Mastektomiya va boshqa maxalliy limfa tugunlarini olib tashlash bilan o'tkaziladigan operatsiyalar

Sut bezi saratoni radikal operatsiyasi, uni teri, katta ko'krak mushagi, o'mrov osti va qo'ltiq osti limfatik tugunlarini kletchatka bilan olib tashlashdan iborat. Bu operatsiya ayol kishigi sezilarli ruqiy va jismoniy zarar yetkazadi.

Sut bezi va o'mrov osti, qo'ltiq osti hamda ko'rak osti sohasi maxalliy limfa tugunlari olib tashlanishi oqibatida to'qimalarning keng nuqsoni hosil bo'ladi, ko'plab limfatik tomirlar kesib tashlanadi, bu uzoq vaqt jaroqatdan ajralmalar oqib turishiga sabab bo'ladi.

Bu operatsiyalar odatda jaroqatning ajralmalarini majburiy ravishda vakuum-otsos bilan so'rib tashlab, drenajlash bilan yakunlanadi. Ko'p yon tomonlama teshikli elastik politelendan qilingan U-simon drenajlar operatsiyadan keyingi jaroqatga 2 ta kontrapertura orqali, ko'rak osti va o'mrov osti soqadan qo'ltiq osti sohasiga ajralma tushadigan soqaga U-simon drenajning bittasi, ikkinchisi esa laxta sohasiga qo'yiladi. Ikkala drenaj rezina naycha orqali birlashtirilib, Bobrov apparatiga qo'shib qo'yiladi. Germitezatsiya uchun drenajlar chiqadigan soqada terini ushlab turuvchi choklar qo'yiladi. Odatda to'g'ri qo'yilgan germetik choklar teri laxtalariga zich yopishib turadi. Bunda bintli boqlam qo'yish shartmas, operatsiyadan keyingi jaroqat sohasiga faqatgina

dokali yopishtirgich qo'yilsa kifoya. Ayrim hollarda rezervuardan qavoni tortib olish uchun Bobrov apparati o'rniga germetik idish va klapanli Richardson balloni yoki boshqa qurilma ishlatiladi.

Boqlov xonasida ishlaydigan hamshira jaroqat sohasidagi germetiklikka e'tibor berishi kerak, idishdagi qavoni tortib olib, olingan suyuqlikni boshqa joyga to'kib, miqdorini o'lchashi kerak. Teri osti yoqqavati kam rivojlagan bemorlarda ajraladigan suyuqlik miqdori minimal bo'ladi, lekin bu drenaj 3-5 sutka xuddi shunday ushlab turiladi. Semiz bemorlarda vakuum-otsos bilan 5 xattoki 7 kun ham foydalaniladi.

Drenajlar olib tashlangandan keyin ko'pchilik bemorlarning qo'ltiq osti va o'mrov osti sohasida limforeya kuzatiladi. Bunday hollarda suyuqlikni chiqarib, xar kunlik punksiya utkazilishi kerak. Bu punksiyalarni odatda davolovchi shifokor amalga oshiradi, biroq onkologik muassasaning tajribali hamshirasi ham bu muolajani o'tkazishni bilishi shart (shifokor bilan kelishilgan qolda). Ushbu punksiyalarning texnikasi quyidagicha. Suyuqlik to'planadigan soqaning terisi spirt va 3% li yodning spirtli eritmasi bilan qayta ishlanadi, usha joyga terini teshib igna kirgiziladi. Bu muolajani maksimal eqtiyotlik bilan o'tkaziladi, chunki bu bo'shliqning ichidan qimoyalanmagan o'mrov osti arteriyalari va venalari o'tadi. Operatsiyadan keyin birinchi

qaftaning oxirida suyuqlik miqdori 80-100 ml ni tashkil etadi (ayrim hollarda undan ham ko'proq). Keyinchalik suyuqlik miqdori asta-sekin kamayib boradi va 3 qaftadan keyin qar kunlik punksiyani to'xtatsa ham bo'ladi, zich bintlab boqlashga o'tiladi.

Ko'pincha operatsiyadan keyin yaqin vaqt davomida qo'llarning shishi va tegishli tomon yelka bo'qimining qarakatlantirishda qiyin qarakatchanlik yuzaga kelishi bevosita asorat hisoblanadi. qo'lning rivojlanib boruvchi shishi - qo'ltiq osti sohasidagi limfatik tomirlar zararlanishi oqibatidagi limfostazdan yuzaga keladi. Yelka bo'qimida qarakatning qiyinlashganligi bo'qim xaltasi sohasidagi chandiqlanish oqibatida paydo bo'ladigan deformatsiya

hisobiga bo'ladi. qo'lni ko'tarish va yonga burish natijasida og'riq yuzaga keladi. Bo'qimda qarakatning keskin cheklanishi buqimdagi qarakatni yanada qiyinlashtiradi. Og'riq tufayli bemorlar bo'qimda qarakatni cheklashga qarakat qilishadi, qo'llarini ro'molga boqlab osiltirib yurishadi va bu bo'qimdagi qarakatni yanada qiyinlashishiga olib keladi. Shuning uchun qo'l shishi va bo'qimning qarakatchanligi qiyinlashishiga

qarshi kurashning eng yaxshi yo'li bu davolovchi jismoniy mashqlardir. Bemorning shifoxonadan chiqadigan birinchi kunlaridanoq bu mashqlarni qilishni boshlash kerak, avval instruktor raqbarligida maxsus kabinetlarda, keyinchalik mustaqil o'tkazish mumkin. Maxsus metodik ko'rsatmalarga asoslanib, bemor va uning qarindoshlari davolovchi mashqlarni ahamiyatini tushinib, ularni amalga oshirishlari kerak.

Operatsiya qilingan tomondagi qo'lni qarakatlantirib turish kerak: boshida eqtiyotlik bilan og'riqlar paydo bo'lguncha, undan keyin ko'paytirib boriladi.

Yelka va tirsak bo'qimidagi bukish yozish qarakatlari, qo'lni ko'tarish va yonga burish bemorning soqqo'li bilan, keyinchalik esa mustaqil usha qo'lning o'zi bilan amalga oshiriladi. Bemor ayollarni operatsiya o'tkazilgan qo'l bilan sochini tarashga, ko'krakning orqa qismini sochiq bilan artishga, gimnastik tayoqcha bilan mashqlarni amalga oshirishni o'rgatish kerak.

Mahalliy metastazlanuvchi limfa tugunlar va kletchatkani kesib tashlash faqatgina sut bezi saratonida amalga oshirilmaydi. Bu turli lokalizatsiyadagi saratonlarning operativ davosining bajarilishi shart bo'lgan qismidir. qo'lning yumshoq to'qimalari o'smalarida, bel, ko'krak qafasi terisi o'smalarida qo'ltiq osti sohasining kletchatkasi va limfatik tugunlari olib tashalanadi. Til, pastki lab, qalqonsimon bez saratonida jaq osti, bo'yin yon uchburchaklari, o'mrov usti sohasining kletchatkasi va limfatik tugunlari olib tashlanadi, bu yuzning vaqtinchalik shishlariga olib keladi. Oyoqlarning yumshoq to'qimalari, tashqi jinsiy a'zolar va to'g'ri ichakning anal qismi o'smalarida chov-son sohasining limfatik tugunlari va kletchatkasi olib tashlanadi (Dyuken operatsiyasi), bunda oyoqlarning shishi kuzatiladi.

Bu shishlar limfostaz oqibatida operatsiyadan keyin yaqin vaqt orasida rivojlanadi (haftalar, oylar) va davolash oson kechadi: bo'ylama massajlar, oyoqlarni ko'tarib qo'yish. Limfa aylanishining tiklanishi, yangi hosil bo'lgan limfa tugunlari yoki kollateral yo'llar paydo bo'lishi hisobiga ro'y beradi.

Operatsiyadan keyin bevosita paydo bo'ladigan yumshoq shishlardan farqli o'laroq, 6-12 oy o'tgach oyoqlarning kechki qattiq shishlari paydo bo'ladi. Bular odatda, metastazlanishi mumkin bo'lgan soqalar operatsiya vaqtida yoki keyin nurlantirilgan, kombinatsiyalangan davo olgan shaxslarda kuzatiladi.

Oyoq-qo'llarning kechki qattiq shishlari, limfa aylanishining tiklanishiga halaqit qiluvchi, shu sohalaridagi chandiqlanish jarayoni oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Lekin ular boshlanayotgan retsedivning birinchi belgisi bo'lishi mumkin. Shuning uchun oyoq-qo'llarning kechki shishlari paydo bo'lishi onkolog ko'rigini talab qiladi. Bemorning kechki shish paydo bo'lishiga shikoyat qilganda, rejali ko'rik muddatidan qat'iy nazar onkologga murojaat qilish shart. Agar onkolog tomonidan retsedivga shubha inkor qilinsa, shishni kamaytirish va yo'qotishga qaratilgan choralarga kirishiladi. Onkolog ko'rsatmalarini bajarish uchun bemor va uning qarindoshlari tomonidan sabr va vaqt talab qilinadi: massaj, o'zini massaj qilish, elastik bintlash, davolovchi jismoniy mashqlar kompleksi, kechasi oyoqni tepaga qo'yib yotish va yiringlashni, saramasli yallig'lanishni, yoriqlar paydo bo'lishini oldini olishga qaratilgan profilaktik choralar kiradi.

V. ONKOLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR

Onkologiyada shoshilinch holatlarning sabablari:

- Obstruktiv buzilishlar
- Metabolik va gormonal buzilishlar
- O'smaga qarshi terapiya asoratlari

Yuqori kovak vena sindromi

Yuqori kovak vena sindromi bosh, bo'yin va qo'llardan venoz oqim buzilishi natijasida rivojlanadi. 90% dan ortiq hollarda yomon sifatli o'sma bu sindromning sababi bo'ladi. Bunaqa o'smalarning 85% o'pka saratoniga to'g'ri keladi, asosan bular o'pkaning kichik hujayrali saratoni yoki yassi hujayrali o'pka saratonidir. Kamroq sabab bo'lib limfomalar, limfogranulematoz va boshqa o'smalarning ko'ks oralig'iga metastazlari, xususan moyak va sut bezi saratoni o'smalari hisoblanadi.

Boshqa sabablarga yaxshi sifatli o'smalar, aorta anevrizmasi, qalqonsimon bez kattalashishi, yuqori kovak vena trombozi, gistoplazmoz yoki nur terapiya oqibatidagi fibroz mediastenit kiradi.

Yuqori kovak vena sindromining asosiy belgilari - bo'yin shishi, yuz shishi (ayniqsa qovoqlar shishi), yo'tal, hansirash. Shuningdek ovoz bo'g'iqlashishi, til kattalashishi, bosh og'rigi, burun bitishi, burundan qon ketishi, qon tuflash, disfagiya, ko'krak qafasida og'riq, hushidan ketish, uyquchanlik bo'lishi mumkin. Oldinga egilganda va yotganda simptomlar kuchayadi.

Fizikal tekshiruvlarda bo'yin venalarining, ko'krakning teri osti venalari kollaterallarining shishi, sianoz, yuz shishi, ko'krak qafasi shishi va qo'llar shishi aniqlanadi.

Og'ir kechganda ekzoftal'm, til shishi, halqum shishi, es-hushi buzilishlari paydo bo'ladi.

Yuqori kovak venani toq venani quyiladigan joyidan yuqori joyidagi obstruksiyasida simptomatika kam ifodalangan bo'ladi.

Simptomatikaning tezda rivojlanishi yomon sifatli o'smalar uchun xarakterli, yaxshi sifatli o'smalar sabab bo'lganda klinik ko'rinish asta-sekin rivojlanadi (venoz katetrga bog'liq yuqori kovak vena trombozidan tashqari). Bu diagnoz klinik hisoblanadi. Eng ahamiyatli rentgenologik belgi bu - ko'ks oralig'i odatda o'ngga suriladi. Plevral suyuqlik ko'proq o'ng tomonda bemorlarning to'rtidan birida kuzatiladi. Ko'pincha ko'krak rentgenogrammasida hech qanaqa o'zgarishlar topilmaydi. KT - ko'ks oralig'i a'zolarini ko'rish uchun eng ishonchli metod hisoblanadi. Markaziy venalarning bo'lmasligi yoki kuchsizlanishi va venoz

kollaterallar tutamining rivojlanganligi diagnostik ahamiyatiga ega. MRT KT ga nisbatan hech qanday ustunlikka ega emas. Yetarlicha malaka bo'lsa, qon ketish qavfi bo'lmasa invaziv metodlardan ham foydalansa bo'ladi - bronxoskopiya, teri orqali aspiratsion biopsiya, mediastinoskopiya. Zarur bo'lsa torakotomiya amalga oshiriladi. Agar onkologik kasallik diagnozi aniqlangan bo'lsa ko'krak qafasi KT sidan keyin birdaniga davolashga kirishiladi. Boshqa bemorlarni sindromning yaxshi sifatli ekanligini inkor qilish maqsadida, shuningdek gistologik aniqlashtirish uchun obdon tekshiruv o'tkazish kerak.

Biopsiya nur terapiya va glyukokortikoidlar buyurilishidan oldin qilinadi, chunki ayrim o'smalar, xususan limfomalar va limfogranulematoz davolashga sezuvchandir. Kechiktirilgan biopsiya diagnozni aniqlashtirishni imkonini bermaydi.

Davolash

Ko'ks oralig'ining hajmli hosilalari traxeyani ezib qo'yishi bilan havflidir. Yuqori nafas yo'llarini obstruksiyasi shoshilinch jarrohlik amaliyoti uchun ko'rsatma hisoblanadi. Simptomatik davolash (diuretiklar, kamtuzli parhez, kislorod ingalyatsiyasi, krovat boshini ko'tarish) faqatgina vaqtincha yengillik olib kelishi mumkin.

Nur terapiyasi - kichik hujayrali bo'lmagan o'pka saratoni va boshqa katta o'smalar metastazlari natijasidagi yuqori kovak vena sindromini davolashning asosiy davolash metodi hisoblanadi. Kichik hujayrali o'pka saratonida, limfoma va limfogranulematozda kimyo terapiya samaralidir. Ushbu o'smalarni mahalliy retsidivlarga moyilligini hisobga olib buni nur terapiyasi bilan to'ldirish tavsiya etiladi.

Agar yuqori kovak vena sindromi yaxshi sifatli sabab bilan bog'liq bo'lsa jarrohlik amaliyoti obstruksiya sababini yo'qotishi mumkin.

Deyarli hamma bemorlarda yaxshilanish kuzatiladi, biroq bu venoz kollaterallar rivojlanishi bilan bo'lishi mumkin. O'limga olib keluvchi sabab bo'lib yuqori kovak vena obstruksiyasi emas asosiy kasallik hisoblanadi.

Venoz katetr bilan bog'liq bo'lgan yuqori kovak vena sindromi. Onkologik bemorlarga uzoq muddatga venoz katetr o'rnatish keng qo'llanmoqda. Venoz katetrlar yirik venalar trombozining sababi bo'lishi mumkin. Bunaqa holatlarda katetrni olib tashlash bilan birga tromboemboliyani profilaktikasi uchun antikoagulyantlar buyuriladi. Agar shunga o'xshash holatlarda yuqori kovak vena sindromi o'z vaqtida tashxislangan bo'lsa katetrni olmasdan turib trombolizis qilinadi.

Venoz katetrni har oy urokinaza bilan yuvib turish trombozlar chastotasini va katetr infeksiyasini kamaytirishga imkon beradi.

Perikardial suyuqlik yig'ilishi va yurak tamponadasi

Perikardial suyuqlik yig'ilishi bu kam miqdordagi komplement va glyukoza hamda yuqori miqdorda xolesterin bo'lgan ekssudat hisoblanadi.

Onkologik kasalliklardan nobud bo'lganlarning 5-10% da autopsiyasida o'smaga bog'liq perikardit aniqlanadi. O'pka saratoni va sut bezi saratoni, leykozlarda, limfomalarda va limfogranulematozda eng ko'p miqdorda yuqorigi holat uchraydi. Biroq ko'krak qafasidan tashqarida joylashgan yomon sifatli o'smaning birinchi ko'rinishi sifatida yurak tamponadasi kam kuzatiladi.

50% perikardit simptomlari bo'lgan onkologik bemorlarda perikardning shikastlanish sababi o'sma emas, balki nur terapiya va kimyo terapiya, autoimmun kasalliklar, infeksiyalar, gipoterioz hisoblanadi. Ayrim hollarda sababni aniqlashning iloji bo'lmaydi (idiopatik perikardit).

Nurga bog'liq perikarditning ikki xil ko'rinishi farqlanadi: 1) nurlantirishdan bir necha oy keyin rivojlanadigan, odatda mustaqil ravishda yo'qolib ketuvchi o'tkir ekssudativ perikardit; 2) nurlantirishdan uzoq muddatdan (20 yilgacha) keyin rivojlanadigan va perikard qalinlashishi bilan kuzatiluvchi surunkali ekssudativ perikardit.

Ko'pchilik bemorlarda perikardning metastazlar bilan zararlanishi simptomsiz kechadi. Agar klinik ko'rinishi namoyon bo'lsa, odatda hansirash, ko'krakda og'riq, ortopnoe, holsizlik kuzatiladi. Fizikal tekshiruvlarda plevral suyuqlik to'planishi, sinusli taxikardiya, bo'yin venalarining shishi, gepatomegaliya,

shishlar va sianoz aniqlanadi. Nisbatan yuqori spetsifiklikka ega simptomlar (paradoksal pul's, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, al'ternirlovchi pul's va yurak perikardi ishqalanish shovqini) boshqa etiologiyadagi perikarditlarga nisbatan kamroq uchraydi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi va EKG o'zgarishlari 90% bemorlarda uchraydi, lekin ularning yarmisida nospetsifik hisoblanadi. Gemorragik, seroz, seroz-gemorragik bo'lgan perikardial suyuqlikni sitologik tekshiruv ko'pchilik hollarda to'g'ri diagnoz qo'yishga imkon beradi. Limfomalarda, limfogranulematozda va mezoteliomalarda sitologik tekshiruvlar natijalari yolg'on manfiy bo'lishi mumkin.

Davolash

Perikardial suyuqlik yig'ilganda sklerozlovchi vositalarni kiritish yoki kiritmaslik yo'li bilan perikardiotsentez qo'llaniladi, perikardda "oyna" shakllantiriladi, perikardektomiya qilinadi, yurak sohasi nurlantiriladi va sistemali kimyo terapiya o'tkaziladi. Yurak tamponadasi va nostabil gemodinamika bo'lsa shoshilinch ravishda perikard bo'shlig'i drenajlanadi. Buning uchun perikardiotsentez yoki subksifoidal perikardiotomiya (mahalliy anesteziya ostida bu operatsiya 45 minut davom etadi).

Ichak tutilishi

Ichak tutilishi - ichak massalarining (oziq massalari va ichak shirasi) o'tishi (passaji) buzilishi. To'liq va qisman ichak tutilishi farqlanadi, kechishi bo'yicha - o'tkir va surunkali, mexanizmi bo'yicha - dinamik va mexaniq bo'ladi.

Dinamik ichak tutilishining sabablari: har qanday etiologiyadagi peritonit, buyrak sanchig'i, umurtqa sinishlari, qorin orti bo'shlig'i tarqalgan gematomasi va chanoq suyaklari sinishlari, qorin jaroqatlari va b.

Mexaniq ichak tutilishi sabablari - ichak bo'shlig'iga o'suvchi o'sma, o'smaning tashqaridan ezishi, ichak bo'shlig'ini askaridalar o'rami, axlat yoki safro toshi bilan yopilishi, qisilishi va b.

Klinik ifodalanishi: hurujsimon og'riqlar, qo'sish, gaz va axlatning tutilishi, qorin shishib ketishi. Jarrohlik bo'limiga shoshilinch hospitalizatsiya qilinadi.

Mexaniq ichak tutilishi va qayta ichak tutilishi yo'g'on ichak saratoni, tuxumdonlar saratoni va boshqa yomon sifatli o'smalarning ko'p uchraydigan asorati hisoblanadi. Ichak tutilishining sabablari bo'lib qorin bo'shlig'idagi metastazlar ham hisoblanadi (masalan o'pka saratoni, sut bezi saratoni, melanoma).

Ichak tutqichi yoki ichak devori o'sma bilan infil'tratsiyasi bo'lganda hamda qorin o'ralmasi shikastlanganda ichakning psevdobstruksiya bo'lishi mumkin.

Kichik hujayrali o'pka saratoniga xos bo'lgan paraneoplastik neyropatiya ichak psevdobstruksiya sinfigining sababi bo'lishi mumkin. Bu sindrom Ig G sinfigidagi antitelalar oshqozon va och ichak mushaklararo neyronlarning va shilliq osti qavati o'raining shikastlanishi oqibatida rivojlanadi.

Tuxumdonlar saratonida ichak ezilishi oqibatida haqiqiy mexaniq ichak tutilishi va ichak devorining aylanasi infil'tratsiyasi oqibatida psevdobstruksiya bo'ladi, bu peristal'tik to'lqin tarqalishiga qarshilik qiladi.

Ichak tutilishi odatda asta-sekin rivojlanadi. Eng to'g'ri simptom bu - qorindagi hurujsimon og'riq bo'ladi. Og'riq sababi qorinning shishi, o'smaning nerv oxirlarini ezishi, hepatomegaliya ham bo'lishi mumkin. Ko'r ichakning 12-14 sm diametrdan ko'p kengayishi va perforatsiya bilan almashinishi shoshilinch laparotomiyani talab qiladi.

Umuman olganda ichak tutilishi bilan asoratlangan onkologik kasalliklarning oqibati yaxshi bo'lmaydi: bemorlarning yarmi 3-4 oydan kam hayot kechirishadi.

25-35% holatlarda ichak tutilishi o'sma bilan bog'liq bo'lmasdan, balki boshqa sabablar, ya'ni ulardan tez-tez uchraydigan chandiqlanish jarayoni hisoblanadi. Paralitik ichak tutilishini vinkristin yuzaga keltirishi mumkin.

Davolash

Mexaniq ichak tutilishini davolash uchun onkologik kasallik bosqichini va hayotiy muhim a'zolari funksional holatini aniqlab induvidual yondashiladi. Ko'zdan kechirish diagnostik laparotomiyadan boshlanadi.

Jarrohlik amaliyotidan keyin asoratlar tez-tez uchraydi, o'lim soni 10-20% tashkil etadi. Agar o'sma operatsiya yo'li bilan davolab bo'lmasa uzoq vaqt konservativ

davolanadi, nazogastral zond orqali oshqozon dekompressiyasi o'tkaziladi. qo'sishga qarshi vositalar, spazmolitiklar va anal'getiklarni qo'llash bemorni uyda davolanishiga imkon beradi. Somatostatin analogi oktreotid o'zini yaxshi tavsiya qilgan preparat hisoblanadi. Bu dori oshqozon-ichak trakti sekretor faoliyatini kamaytirib, qo'sishni yo'qotadi va og'riqni kamaytiradi.

Siydik yo'llarining obstruksiyasi

Siydik yo'llarining obstruksiyasi prostata bezi yomon sifatli o'smalarida va ayollar jinsiy a'zolari yomon sifatli o'smalarida, ayniqsa bachadon bo'yni saratonida, shuningdek boshqa lokalizatsiyali o'smalar metastazlarida uchraydi.

Prostata bezi saratonida va bachadon bo'yni saratonida siydik qopi bo'yni obstruksiyasi ikki tomonlama gidronefroz va buyrak yetishmovchiligi bilan almashinadi. Siydik nayining obstruksiyasining sababi bo'lib chanoqni nurlantirish oqibatidagi fibroz hisoblanadi.

Eng ko'p uchraydigan simptom bu - beldagi og'riq hisoblanadi. Anuriya hamda u bilan almashinadigan poliuriya kuzatilishi mumkin. Onkologik bemordagi siydik yo'llari obstruksiyasiga, undagi siydik yo'llari infeksiyasi retsidivlarida, proteinuriya va gematuriya aniqlanganda shubqa qilsa bo'ladi.

Kreatinin darajasini qon zardobida asta-sekin ko'tarilishi tezkor tekshiruvga sabab bo'ladi. Gidronefrozning eng arzon va ishonchli tashxislash metodi bo'lib - UTT hisoblanadi; buyraklar funksiyasi chsintigrafiya yordamida baholanadi. KT qorin orti bo'shlig'ida hajmli hosilalar va kattalashgan limfa tugunlarni aniqlashga imkon beradi.

Davolash

Siydik naylarining ikki tomonlama obstruksiyasi va siydik qopi bo'yni obstruksiyasi shoshilinch choralarni talab qiladi. Belda og'riq, urosepsis rivojlanganda yoki siydik oqma yarasi paydo bo'lganda siydikni chiqarib tashlash uchun jarrohlik amaliyoti ko'rsatma bo'ladi. Mahalliy anesteziya ostida siydik nayiga stentlar o'rnatishning ko'p usullari ishlab chiqilgan.

Al'ternirlovchi usul - bu teri orqali nefrostomiya hisoblanadi. Siydik qopi bo'yinchasi obstruksiyasida epitsistomiya qilish mumkin.

Orqa miya ezilishi

Umurtqa suyaklaridan epidural bo'shliqqa o'sib kiruvchi katta o'smalar metastazlari odatda orqa miya ezilishini chaqiradi. Suyaklarga ko'pincha o'pka saratoni, sut bezi saratoni va prostata saratoni metastaz beradi. Birinchi simptom beldagi og'riq bo'lib 90% bemorlar shikoyat qilishadi. Odatda beldagi og'riqo'tmas, simillovchi, pal'patsiyada mahalliy og'riq bilan kuzatilishi mumkin. Nerv ildizchalari ezilganda ildizchali og'riqlar paydo bo'ladi.

Nevrologik simptomlar xarakteri ezilish darajasi bilan aniqlanadi. Ko'pincha orqa miyaning ko'krak qismi shikastlanadi. Tipik simptomlar - sezuvchanlikning yo'qotilishi bilan almashinuvchi holsizlik va chanoq a'zolarining funksiyalarining buzilishi (siydik chiqarishga imperativ chaqiriqlar, siydik ushlay olmaslik, axlatni ushlay olmaslik, erkaklardagi impotensiya).

Orqa miya ezilishi simptomlari tezda avj oladi, shuning uchun qaytarib bo'lmaydigan nevrologik oqibatlarni oldini olish uchun diagnozni aniqlash va davolashni boshlash kerak.

Orqa miyani ezilishi 5-10% onkologik bemorlarda uchraydi. O'rtacha 10 % bemorlarda kasallikning birinchi belgisi bo'lib epidural metastazlar hisoblanishadi.

Odatda birlamchi o'smani birlamchi ko'rikdayoq aniqlasa bo'ladi. Ko'pincha bu o'pka saratoni bo'ladi.

Umurtqa suyaklariga skeletning boshqa qismlariga nisbatan metastazlar ko'proq kuzatiladi. Tarqalish manbaasi bo'lib ko'pincha o'pka saratoni, sut bezi saratoni va prostata bezi saratoni, shuningdek mielom kasalligi hisoblanadi. 70% hollarda umurtqaning ko'krak qismi shikastlanadi, 20% holatda bel va dung'aza, 10 % hollarda bo'yin qismi zararlanadi. Sut bezi va prostata bezi saratoni uchun umurtqaga ko'plab metastazlar xos, o'pka saratoni uchun esa yakka-yakka metastazlar metastazlar xos.

Umurtqa suyagi metastatik o'smasining tanasi yoki ravog'i o'sib ketadi va miyaning qattiq pardasini ezishi oqibatida orqa miyaning shikastlanishi ro'y beradi.

Umurtqaaro teshik orqali paravertebral o'smaning o'sib ketishi ham kuzatilishi mumkin; odatda bu limfoma, limfogranulematoz, mielom kasalligi, shuningdek bolalardagi o'smalarda kuzatiladi. Orqa miyaning o'ziga metastazlanish gematogen yo'l bilan bo'ladi va juda ham kam hollarda uchraydi.

Beldagi mahalliy og'riq va zararlangan umurtqa suyagining pal'patsiya qilingandagi og'riq birinchi simptom sifatida paydo bo'ladi. Boshqa nevrologik simptomlar paydo bo'lgunicha bir necha kundan bir necha oygacha vaqt o'tishi mumkin. Og'riq harakatlanganda, aksa urganda va yo'talganda kuchayadi. Orqa bilan yotganda ham og'riq kuchayadi, aynan shu holat umurtqalararo disk kasalliklarida paydo bo'ladigan og'riqdan yuqoridagi og'riqni farqlaydi. Beldagi mahalliy og'riqqa nisbatan ildizchali og'riqlar kamroq tipik bo'ladi va kechroq paydo bo'ladi. Bo'yin, bel va dumg'aza ildizchalari ta'sirlanishi bilan bog'liq og'riqlar bir tomonlama hamda ikki tomonlama bo'ladi. Ko'krak ildizchalari ta'sirlanishi bilan bog'liq og'riqlar ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi va bemor tomonidan ko'krak qafasi atrofida zich tortilgan kamar hissi sifatida yoki qorin atrofida zich tortilgan kamar qissi sifatida ta'riflanadi.

Bo'yin ildizchalari ta'sirlanganda og'riq qo'lga tarqaladi, bel ildizchalari ta'sirlanganda esa oyoqqa tarqaladi.

Orqa miyaning ezilishining birinchi belgisi sifatida siydikning ushlanib qolishi yoki ushlay olmaslik hamda qabziyat yoki ich kelishini ushlab tura olmaslik yuzaga keladi.

Orqa miya shikastlanish darajasini aniqlashga Lasega usuli, Lermitt simptomi va umurtqalar perkussiyasi yordam beradi.

Tana va oyoq-qo'llarning uvishib qolishi hamda parasteziyalari xarakterli hisoblanadi. Og'riq sezishning yo'qolishi, vibratsion sezuvchanlik va propriotseptiv sezuvchanlikni yo'qotilishi singari tez-tez uchrab turadi. Sezuvchanlikning buzilishining yuqori chegarasi odatda ezilgan joydan bir-ikki segment pastroqda joylashadi.

Harakat buzilishlari mushaklar kuchsizligi, mushaklar spastikligi va mushaklar cho'zilishiga qarshilikning oshishini o'z ichiga oladi. Patologik yozilish

reflekslarining paydo bo'lishi orqa miyaning sezilarli darajada ezilganidan dalolat beradi. Pay reflekslarining kuchayishi kuzatilishi mumkin.

Harakat buzilishlari va sezuvchanlikni o'zgarishlariga odatda defekatsiya va siydik chiqarish buzilishlariga sababchi bo'ladi. Orqa chiqaruv yo'li sfinktrining pasayishi, oraliq sohadagi sezuvchanlikning yo'qolishi va siydik qopining cho'zilishi kuzatilishi mumkin. Orqa miya konusi hamda ot dumi qismining zararlanishiga anal refleksining va bul'bokavernoz refleksning pasayishi xarakterli.

Shubhali holatlarda qoldiq siydik qajmi o'lchanadi. Agar bu 150 ml dan oshsa siydik qopi funksiyasi buzilgan hisoblanadi. Vegetativ buzilishlar yomon prognostik belgi hisoblanadi. Avj oluvchi nevrologik simptomatika kuzatilgan bemorlar tez-tez tekshirilishi va shoshilinch davolash o'tkazilishi zarur.

Onkologik bemorlarda belda og'riq paydo bo'lganda tezkor choralarni ko'rish kerak. Birinchi navbatda nevrologik tekshiruv o'tkaziladi va agar buzilishlar aniqlanmasa - umurtqa pog'onasi rentgenografiyasi o'tkaziladi. Agar nevrologik tekshiruvda orqa miya ezilishiga shubha qilinsa birdaniga 6 mg deksametazon har 6 soatda buyuriladi. Agar ahvol yaxshilansa lekin nevrologik simptomatika saqlansa, doza ikki marta oshirilganda ayrim hollarda qo'shimcha samara beradi. Preparatning maksimal sutkalik dozasi belgilanmagan.

Davolash odatda vegetativ o'zgarishlari bo'lmagan yura oladigan bemorlarda yaxshiroq natija beradi.

Umurtqa suyagi o'smasining eng barvaqt rentgenologik belgisi - umurtqa ravoqlari oyoqchalarining eroziyasi hisoblanadi. Boshqa belgilari quyidagilar: umurtqa suyagi ravog'i oyoqchalari o'rtasidagi masofaning uzayishi, umurtqa suyagi destruksiyasi, osteoliz yoki osteoskleroz o'choqlari, umurtqa suyagi tanasi notekis konturlari, umurtqaning kompression sinishi. Oxirgi simptom nospetsifik hisoblanadi, chunki 20% holatlarda bu boshqa sabablarga bog'liq bo'ladi (ayniqsa qariyalarda va postmenopauzadagi ayollarda). Umurtqa rentgenogrammasida patologiya yo'qligi yomon sifatli o'smani yo'qligini

isbotlamaydi. Orqa miya ezilishining diagnostikasida suyaklar ssintigrafiyasining o'zni mavhumdir.

Umurtqa pog'onasi MRT si qimmatli ma'lumot beradi. T1-osilgan tasvirlarda orqa miya, orqa miya suqligi va epidural hajmli hosilalar kontrastligi bo'yicha bir-biridan aniq farqlanadi. T1-osilgan tasvirlar nafaqat orqa miyani ezuvchi epidural metastazlarni aniqlashning imkonini beradi, balki suyak ko'migi o'choqlarining o'zgargan qismlarini ham aniqlashga imkon beradi va umurtqaning qaysi qismi shikastlanganligini ko'rsatadi (umurtqa suyagi tanasi, oyoqchalari va ravoq plastinkalari, o'tkir o'siq va b). T2-osilgan tasvirlar intramedullyar patologiyani aniqlashda qimmatli hisoblanadi. Gadoliniy bilan qilingan MRT orqa miyadagi patologik o'choq chegaralarini va tabiatini aniqlashga imkon beradi.

Tekshiruvlar ko'rsatishicha orqa miyani epidural metastazlar bilan ezilishida MRT ning diagnostik qiymati mielografiya va KT ni birga qo'llagandagiga ko'ra yuqori hisoblanadi. MRT ma'lumot bermasa yoki o'tkazishning iloji bo'lmasa mielografiyani qo'llash maqsadga muvofiqdir. Mielografiya hohishga ko'ra KT bilan birga qilinishi kerak, bu kichik zararlanish o'choqlarini aniqlash imkoniyatini oshiradi.

Orqa miya ezilishi bo'lgan bemorlarni birlamchi o'sma lokalizatsiyasi noma'lum bo'lsa ko'krak qafasi rentgenografiyasi, mammografiya, qorin bo'shlig'i KT qilinadi va prostata spetsifik antigen darajasi anaiqlanadi. Odatda bu diagnozni aniqlashtirishga yordam beradi.

Davolash

Orqa miya ezilishi bo'lgan bemorlarni davolash og'riqni va nevrologik buzilishlarni yo'qotishga qaratilgan bo'ladi. Odatda bu nur terapiya va glyukokortikoidlar buyurish bilan boshlanadi.

Agar davolanish mustaqil harakatlanish yo'qotilgunga qadar boshlangan bo'lsa 75% holatlarda harakatlanish qobiliyati saqlanadi. O'sha vaqtning o'zida agar paraplegiya bo'lsa, yurish qobiliyati 10% bemorlarda tiklanadi.

Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma bo'lib quyidagilar hisoblanadi: orqa miya ezilishining sababi aniqlanmagan bo'lsa, nur terapiyaning samarasizligi yoki o'smaning nur terapiyaga chidamliligi (melanoma, buyrak saratoni), umurtqa siljishi bilan kompression sinish, tez rivojlanuvchi nevrologik simptomatika.

Yaqin kunlarga orqa miya metastatik o'sma bilan ezilishida laminoektomiya keng qo'llanilgan, lekin natijalar unaqa yaxshi darajada bo'lmagan. Hozirda ushbu amaliyot faqatgina o'sma tabiatini aniqlash uchun va agar umurtqa zararlanmagan bo'lsa orqa lokalizatsiyadagi epidural o'smalarni olib tashlash uchun qo'llaniladi. Chunki ko'pchilik epidural o'smalar oldingi va oldingi-yon lokalizatsiyaga egaligi tufayli umurtqa suyagining rezeksiyasi hamda keyinchalik umurtqani fiksatsiyalash amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyoti yaxshi natijalar beradi va past o'lim ko'rsatkichi bilan kuzatiladi.

Agar bemorning shu sohasi nurlantirilgan bo'lsa, jarrohlik amaliyoti ko'rsatma bo'lmasa, o'smaga qarshi preparatlarga sezuvchanlik bo'lsa kimyo terapiya o'zini oqlaydi.

Davolashni samaradorligi va davolashdan keyin tirik qolish darajasi sezilarli darajada o'smaning gistologik tuzilishiga bog'liq.

Simptomatikaning tezlik bilan avj olishi yomon prognostik belgi hisoblanadi.

Orqa miyaning o'sma bilan ezilishi

Umurtqa kanalining ekstra- hamda intramedullyar o'smalari tafovut qilinadi. Ekstramedullyar o'smalar epidural yoki subdural bo'ladi. Kattalarda ko'pchilik o'smalar epidural joylashadi, chunki ularda ko'proq metastazlar umurtqa suyagi tanasi, o'tkir o'siq va ko'ndalang o'siq yoki umurtqa suyagi ravog'i oyoqchalarida joylashadi. Umurtqalarning tez-tez metastatik zararlanishi odatda katta o'smalarning suyak ko'migiga metastazlanishiga moyilligi bilan va qariyalarning umurtqa suyagida yuqori darajada suyak ko'migi bo'lishi tushuntiriladi. Qorin parda orti o'smalari umurtqalararo teshiklar orqali umurtqa kanaliga o'sib kirishi mumkin. Bunaqa o'smalarning birinchi belgisi ildizchali og'riq va ildizchaning boshqa shikastlanish simptomlari bo'ladi; orqa miyaning

ezilishi kechroq yuzaga keladi. Deyarli hamma o'smalar umurtqaga metastazlanadi, lekin umurtqa ko'proq sut bezi saratoni, o'pka saratoni, prostata bezi saratoni, bo'yрак saratoni, shuningdek limfomalar, limfогranulematoz va mielom kasalligi oqibatida zararlanadi. Odatda umurtqa pog'onasining ko'krak qismi zararlanadi, lekin prostata bezi va tuxumdonlar saratoni ko'pincha umurtqa pog'onasining bel hamda dumg'aza qismlariga metastazlanadi. Bu o'sma hujayralarining gematogen yo'l bilan orqa miyaning epidural oldingi yuzasida joylashgan umurtqaning ichki venoz to'rlari orqali tarqalishi bilan tushuntiriladi.

O'smaning birinchi simptomi bu - beldagi og'riq hisoblanadi. Bu simmilovchi va mahalliy yoki o'tkir hamda tarqaluvchi bo'ladi; kam hollardagina og'riqlar bo'lmaydi yoki kuchsiz bo'ladi. Og'riqning o'zi og'riq retseptorlari bilan innervatsiyalanagan hosilalar, jumladan suyak usti pardasi yoki miya pardalari ta'sirlanishidan dalolat beradi. Og'riq harakatlarda, yo'talda yoki aksa urganda kuchayadi va bemorni kechalari uyg'atishi mumkin. Birinchi marta belda, ayniqsa osteoxondrozda kam zararlanuvchi umurtqa pog'onasining ko'krak qismida og'riq paydo bo'lsa har doim umurtqaga bo'ladigan metastazlarni inkor qilish talab etiladi. Qoidaga ko'ra orqa miyaning ezilishi simptomlaridan oldin og'riq bir necha hafta yoki oy paydo bo'ladi. Agar ezilish simptomlari paydo bo'lsa ular avj oladi va tezda progressiyalanadi. Faqatgina orqa miya ezilishi yo'q bo'lsa yoki o'rtacha rivojlangan bo'lsa davolash samarali bo'ladi. Agar parezlar 48 soatdan ko'p saqlansa jarayon qaytmas bo'ladi, bu epidural metastazlarni o'z vaqtida davolash va tashxislashning ahamiyatini yana bir bor ta'kidlaydi.

Umurtqa pog'onasi rentgenografiyasi va ssintigrafiyasi kam ma'lumot beradi: 15-20 % umurtqaga bo'ladigan metastazlar aniqlanmaydi, shuningdek umurtqalararo teshiklar orqali epidural bo'shliqqa tarqaluvchi paravertebral o'smalar ham aniqlanmaydi. MRT o'smaning joylashgan joyi va tarqalishini aniqlashga imkon beradi. Ko'pchilik klinikalarda epidural yirik hosilalarni tashxislashda MRT to'liq KT ni o'rnini egallagan. MRT o'xshash klinik ko'rinishga ega bo'lgan yomon sifatli o'smalarni boshqa yirik hosilalardan farqlashga yordam beradi (epidural abscess, tuberkuloma yoki epidural gematoma).

MRT da T1-osilgan tasvirda umurtqa suyagi metastazlardagi signal intensivligi suyak ko'migiga nisbatan past hisoblanadi. O'sma gadoliniyni to'playdi shuning uchun, gadoliniyni kiritilganda metastazlardan ajraladigan signal intensivligi normadagi suyak ko'migi singari bo'ladi. Infeksion zararlanishdan farqli ravishda metastazlar umurtqalararo disklarga tarqalmaydi. Shunga qaramasdan faqatgina MRT asosida metastazlarni infeksiyadan farqlash murakkab hisoblanadi.

Chunki beldagi og'riqlar va yomon sifatli o'smalar tez-tez uchrab turadi, KT yoki MRT ni shoshilinch o'tkazishning har doim ham imkoni yo'q, rentgenolog tekshiruv qanchalik tez muddatda o'tkazilishi haqida ogohlantiriladi. Orqa miyaning ezilishi bu - shoshilinch MRT yoki KT ga ko'rsatma bo'ladi. Ildizchalar mielopatiyasiz shikastlanganda tekshiruvni 24-48 soatga kechiktirish mumkin. Bo'yin yoki belda orqa miyaning ildizchalari zararlanishsiz og'riq bo'lsa, bir necha sutkadan keyin MRT yoki KT o'tkazish imkonini beradi. 40% hollarda zararlanish umurtqa pog'onasining klinik ifodalangan qismi bilan chegaralanmaydi, shuning uchun har doim butun umurtqa pog'onasi tekshiruvi buyuriladi.

Davolash

Interstitsial shishlarni kamaytirish uchun glyukokortikoidlar buyuriladi. Iloji boricha tezroq mahalliy nur terapiya o'tkaziladi. O'sma turiga bog'liq ravishda maxsus davolash o'tkaziladi. Agar o'smani taxmin qilishga yetarlicha asos bo'lsa glyukokortikoidlar (deksametazon 40 mg sutkasiga) MRT va KT o'tkazilgungacha buyuriladi. Diagnostika tasdiqlangandan keyin deksametazonning ushlab turuvchi dozasi (sutkasiga 20mg bir necha marta qabul qilish uchun) qoldiriladi va nur terapiya qilish boshlanadi (umumiy doza 30Gr 15 sutka ichida). Nur terapiyaning samarasi jarrohlik yo'li samarasidan qolishmaydi, hattoki nur terapiyaga chidamli bo'lgan metastazlar bo'lsa ham. Agar bemorda epidural hajmli hosila rivojlanayotgan bo'lsa biopsiya ko'rsatma hisoblanmaydi; aksi bo'lsa biopsiya o'tkaziladi. Orqa miya ezilishi kuchayib borsa, agar bemor nurlantirishning maksimal dozasini ilgari olgan bo'lsa, orqa miyaning ezilishi umurtqa suyagining sinishi bilan bog'liq bo'lsa jarrohlik yo'li bilan davolash (orqa miyaning

dekompressiyasi yoki umurtqa suyagi tanasi rezeksiyasi) ko'rsatma hisoblanadi. Agar bemorda mustaqil harakatlanish qobiliyati saqlangan vaziyatda nur terapiya boshlangan bo'lsa, nur terapiyaning samarasi yaxshi bo'ladi: taxminan bunaqa bemorlarning yarmida nur terapiya parezlar rivojlanishini oldini oladi va hatto ularning ifodalanishini bir oz kamaytiradi. Nur terapiya va jarrohlik yo'li bilan davolash turg'un tetraplegiya va paraplegiyada samarasizdir.

Epidural o'smalardan farqli ravishda subdural o'smalar qoidaga ko'ra sekin o'sadi va yaxshi sifatli bo'ladi. Ko'pchilik holatlarda bu meningioma va neyrofibromalar bo'ladi, kamroq xordomalar, lipomalar, dermoid kistalar yoki sarkomalar uchraydi. Meningiomalar ko'pincha ko'krak qafasi orqa qismida yoki katta ensa teshigi yonida joylashadi, biroq butun umurtqa kanali bo'ylab yuzaga kelishi mumkin. Neyrofibromalar - nerv qavatlaridan paydo bo'ladigan yaxshi sifatli o'smalardir. Ular ko'pincha orqa ildizcha bilan yondosh bo'ladi. Ko'plab neyrofibromalar neyrofibromatoz belgisi bo'lishi bo'lishi mumkin. Subdural o'smalar ildizchali tipda sezuvchanlikning buzilishlari bilan ifodalanishi mumkin, keyinchalik orqa miyaning assimetrik zararlanishi bo'ladi. Davolash jarrohlik yo'li bilan bo'ladi.

Birlamchi intramedullyar o'smalar kam uchraydi. Ular markaziy spinal sindrom yoki Broun-Sekar sindromi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ko'pincha umurtqa pog'onasining bo'yin qismi zararlanadi. Oyoqlarda kuydiruvchi og'riq hamda dumg'aza qismida sezuvchanlik saqlangan bo'lishi mumkin. Kattalarda ko'pchilik intramedullyar o'smalar sifatida epindimomalar, gemangioblastomalar yoki yuqori darajada differensiallashgan astrotsitomalar hisoblanishadi. Ependimomani mikroxirurgiya yordamida olib tashalash mumkin. Ad'yuvant nur terapiyaning maqsadga muvofiqligi shubhalidir. Metastatik intramedullyar o'smalar kam uchraydi.

Taxminan 25% onkologik bemorlar bosh miyaga metastazlardan halok bo'lishadi. Boshqalarga nisbatan bunaqa metastazlarning sababi bo'lib o'pka saratoni, sut bezi saratoni va melanoma hisoblanadi.

Bosh miyaga metastazlar ko'proq hayotiy muhim funksiyalarning og'ir buzilishlariga va o'limga olib keladi.

Bosh miyaga metastazlar kalla suyagi ichining boshqacha tabiatli hajmli hosilalari singari klinik namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, ko'ngil aynash, qusish, hulq-atvorning o'zgarishi, epileptik hurujlar va avj oluvchi o'choqli nevrologik simptomatikani o'z ichiga oladi.

Ayrim hollarda metastaz birdaniga paydo bo'ladi va bunda klinik ko'rinish insul'tni eslatadi. Bu odatda metastazga qon quyilishida yuzaga keladi. Melanoma, germinogen o'smalar va buyrak saratoniga qon quyilishi ko'proq bo'ladi.

O'smaning o'zi hamda perifokal to'qima shishi orqa miya suyuqligi sirkulyatsiyasini o'zgartirishi va gidrosefaliya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bosh miya ichi bosimi ko'tarilganda ko'ruv nervi diski shishi, ko'rish o'tkirligi pasayishi, bo'yin mushaklari rigidligi kuzatiladi. O'smaning o'sib ketishi oqibatida ayrim hollarda miya to'qimasi kalla suyagining tabiiy teshiklariga bo'rtib chiqadi, ya'ni miya churralari rivojlanadi.

Bosh miyaga metastazlar bo'lganda KT va MRT bir xil ma'lumot beradi. Tekshirish kontrastlashtirilgan KT bilan boshlanadi. Tomogrammada metastazlar ko'plab zichlashgan o'choqlar ko'rinishida bo'ladi, turli xil o'lchamli va atrofdagi shish bilan bog'liq past zichlikdagi zona bilan o'ralgan bo'ladi. Agar yakka-yakka metastazlar aniqlansa yoki umuman metastazlar aniqlanmasa, gadolinii bilan KT va MRT o'tkaziladi, bu kichik metastazlar, ayniqsa miya ustuni yoki miyachada joylashgan metastazlarda, KT diagnostika juda ham sezgir usul hisoblanadi.

Davolash

Miya to'qimasining tabiiy teshiklarga tiqilib qolish simptomlari paydo bo'lganda (bosh og'rig'i, uyquchanlik, ko'ruv nervi diski shishi) traxeya intubatsiyalanadi va O'SVning giperventilyatsiya tartibiga o'tiladi, RaSO₂ 26-30 mm. S. U. Darajasida saqlanadi. Har 6 soatda vena ichiga mannitol (1-1,5 g/kg) yuboriladi.

Bosh miyaga metastazlar bo'lganda davolashni deksametazondan boshlagan ma'qulroq. Ko'plab metastazlar bo'lganda bosh miyani nurlantiriladi. Yakka-yakka

metastazlar va davolab bo'lmaydigan birlamchi o'smalarda, agar bemor yoshi 60dan past bo'lsa metastaz jarrohlik yo'li bilan olib tashalanadi. Nur terapiyaga chidamli bo'lgan o'smalarni imkoni boricha jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Ayrim bemorlarda operatsiya bosh miya ichi bosimini pasaytirishga yordam beradi.

Epileptik tutqanoqlar

Tutqanoq - bu markaziy asab sistemasidagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari o'rtasidagi balansning buzilishi oqibatida yuzaga keladi.

Tutuqanoq - o'tkir o'tib ketuvchi patologik holat bo'lib, bosh miya disfunktsiyasi bilan bog'liq bo'ladi va kuchli elektr impulslari oqibatida yuzaga keladi hamda sinxron ravishda epileptik o'choq hosil qiluvchi qo'shni neyronlar guruhini hamrab oladi. Epilepsiyaning asosiy klinik ifodalanishi hisoblanadi.

Epileptik o'choqdan qo'zg'alish tezda bosh miyaning boshqa zonalariga tarqalib, boshqa neyronlarga o'z aktivligini o'tkazadi. Simptomlar bosh miyaning qaysi zonasida epileptik o'choq shakllangan bo'lsa o'sha funksiyalarga va epileptik qo'zg'alish tarqaladigan yo'llarga bog'liq. Odatda huruj bir necha sekund yoki minut davom etadi va himoyaviy tormozlanish yoki giperaktiv neyronlar kuchsizlanishi oqibatida mustaqil ravishda to'xtaydi.

Yuqoridagi balans turli xil mexanizmlar bilan nazorat qilinishi natijasida, ushbu muvozanatni buzuvchi va huruj keltirib chiqaruvchi ko'plab sabablar bor. Hurujlar patologiyasi haqida kam ma'lumotlar mavjud bo'lib, shuning uchun turli etiologiyadagi hurujlar patogenezini umumlashtiruvchi sxema mavjud emas. Biroq quyidagi uchta holat qaysi omillar va nima uchun ushbu bemorda huruj paydo bo'lishini tushunishga yordam beradi:

- epileptik elektr qo'zqaluvchanlik sog'lom bosh miyada ham paydo bo'lishi mumkin; bosh miya huruj pog'onasi har bir odam uchun individualdir. Masalan huruj bolalarda yuqori harorat oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Bunda keyinchalik hech qanaqa nevrologik kasalliklar, jumladan epilepsiya yuzaga kelmaydi. Shu bilan bir vaqtda febril hurujlar faqatgina 3-5 % bolalarda kuzatiladi. Bu ularda endogen omil ta'siri ostida hurujga tayyorgarlik bo'sag'asi pasaygani

haqida taxmin qilishga imkon beradi. Ushbu omillardan biri nasliy omil bo'lishi mumkin - hurujlar ko'pincha oilaviy anamnezida epilepsiya bo'lgan shaxslarda rivojlanadi.

- ayrim kasalliklar epileptik hurujlar paydo bo'lishini sezilarli darajada oshiradi. Ulardan biri - oqir bosh miya jarohati hisoblanadi. Epileptik hurujlar bunaqa jarohatdan keyin 50% holatlarda rivojlanadi. Bunda jarohat neyronlararo ta'sirning o'zgarishiga olib keladi va neyronlar qo'zg'aluvchanligi oshadi. Bu jarayon - epileptogenez deyiladi, hurujga tayyorgarlik bo'sag'asini pasaytiruvchi omillar esa -epileptogenlar deyiladi. Bosh miya jarohatlaridan tashqari epileptogen omillarga insul't, markaziy asab sistemasining infeksiyon kasalliklar va MASning rivojlanish nuqsonlari kiradi.

Ayrim epileptik sindromlarda (masalan yaxshi sifatli oilaviy neonatal hurujlarda va bolalar mioklonik epilepsiyasida) genetik o'zgarishlar aniqlangan; bu o'zgarishlar u yoki bu epileptogen omillar ta'siri shakllanishi oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

- hurujlar vaqti vaqti bilan yuzaga keladi, hurujlararo davrda ko'pchilik bemorlarda bir necha oy mobaynida va hatto yillar davomida hech qanaqa o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlarda hurujlar qo'zqatuvchi omillar ta'sirida rivojlanadi. Ushbu qo'zqatuvchi omillar sog'lom odamlarda ham hurujni chaqirishi mumkin. Ushbu omillarga - stress, uyqudan voz kechish, menstrual sikl vaqtida gormonal o'zgarishlar kiradi. Ayrim tashqi omillar (masalan toksik va dori vositalari) ham hurujlarni qo'zg'atishi mumkin.

Onkologik bemorda epileptik huruj bosh miyaning o'sma bilan zararlanishi, metabolik o'zgarishlar, nur terapiya, bosh miya infarkti, dori intoksikatsiyasi va markaziy asb sistemi infeksiyalari bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Eng ko'p sababi - bosh miyaga bo'ladigan metastazlar hisoblanadi.

Bosh miyaga bo'ladigan metastazlarda epileptik huruj 6-29% bemorlarning birinchi simptomi hisoblanadi; taxminan 10% bemorlarda kasallikning oxirida

kuzatiladi. Peshona qismi zararlanganda ko'pincha erta hurujlar kuzatiladi. Katta yarim sharlar zararlanganda kechki hurujlar xavfi oshadi, orqa kalla suyagi chuqurchasi zararlanganda esa hurujlar xarakterli emas.

Epileptik hurujlar ko'pincha melanomaning kalla suyagi ichi metastazlarida kuzatiladi. Epileptik hurujlarning kamdan kam sababi bo'lib o'smaga qarshi vositalar, xususan etopozid, busul'fan va xlorambutsil hisoblanadi.

Shunday qilib har qanday epileptik huruj etiologiyasidan qat'iy nazar endogen, epileptogen va qo'zg'atuvchi omillarning o'zaro ta'siri oqibatida rivojlanadi. Davolashni boshlashdan oldin ushbu omillarning hurujlar rivojlanishida har birining aniq o'rnini o'rganish kerak. Masalan moyillik holatlarda (qarindoshlaridagi hurujlarda) febril hurujlarda bemorni obdon tekshirish kerak va uning ustidan doimiy nazoratni ta'minlash zarur. Epileptogen omilni aniqlash, davolashning davomiyligi va hurujlar sonini taxmin qilishda yordam beradi. Va niqoyat hurujga qarshi vositalarni profilaktik maqsadda qo'llashdan ko'ra qo'zg'atuvchi omillarni yo'qotish ayrim hollarda hurujlarni samaraliroq oldini oladi.

Davolash

Agar epileptik hurujlar bosh miyaga metastazlar bilan bog'liq bo'lsa fenitoin buyuriladi. Profilaktik hurujga qarshi terapiya faqatgina kechki hurujlarning yuqori havfi bo'lganda o'tkaziladi. Bunda ko'pincha fenitoin plazmadagi konsentratsiyasi aniqlaniladi va o'z vaqtida preparat dozasi korreksiyalanadi.

Miya ichi leykostazi

Bu hayot uchun xavf soluvchi o'tkir leykozlarining, ayniqsa mieloid leykozlarining asorat hisoblanadi. Miya ichi leykostazi faqatgina qonda 1mkl da blast hujayralarning miqdori 100000 dan ko'p bo'lsa yuzaga keladi. Bunda qon qovushqoqoligi ortadi va qon aylanishi sekinlashadi, blast hujayralar miya to'qimasining endoteliysi orqali kirib, miyaga qon quyilishiga sababchi bo'lishadi. Bosh aylanishi, ko'rish buzilishi, atksiya, sopor, koma rivojlanadi; birdaniga yuzaga keladigan o'lim ham bo'lishi mumkin.

Bosh miyani 6 Gr bilan nurlantirish ushbu asoratni oldini olishi mumkin. Nurlantirishdan keyin birdaniga kimyo terapiyani boshlash kerak.

Qon tupurish

Qon tupurish - bu balg'am bilan birga yakka yakka qon izlarining 100 ml acha va undan ko'p chiqishidir. Ko'p miqdorda qon tupurish hayot uchun xavf tug'diradi. Bunda xavf al'veola va nafas yo'llariga qon tushishi oqibatida gaz almashinuvining buzilishi bilan bog'liq.

Balg'amda qon paydo bo'lishi bemorlarni qo'rqitadi va ular qon yo'qotishni bo'rttirib ko'rsatishadi.

Qon tupurish - ko'pchilik kasalliklar jumladan o'pka saratonining og'ir simptomi hisoblanadi. Umuman olganda qon tupurish yomon sifatli o'smalarga xos emas. Shunga qaramasdan qon tupurish qariyalarda o'pka saratoni yoki o'pkaga metastazlar bo'lganda, qon ivishi buzilganda yoki trombositopeniya bo'lganda paydo bo'lishi mumkin.

Qon tupurishda qon ketishini aniqlash odatda qiyin hisoblanadi.

Qon tupurishga nafas yetishmovchiligi hamroh bo'lganda shoshilinch yordam talab qilinadi.

Bemorlar odatda ularning qaysi tomonida o'sma joylashganligini bilishadi. Bemorni qon ketayotgan tomonga yotqizish kerak va kislorod ingalyatsiyasini boshlash zarur hamda tezda bronxoskopiya o'tkazilishi kerak. Qon ketishi manbai aniqlangandan keyin torakotomiya qilinadi yoki quyidagi qon to'xtatish usullardan biri amalga oshiriladi: IAG-neodim lazeri orqali koagulyatsiya, ballon katetri orqali bronx tamponadasi, bronxial arteriya embolizatsiyasi qilinadi, chunki boshqa metodlar xususan tamponada va embolizatsiya kamroq samarali va ko'pincha asoratlar bilan kuzatiladi. Trombositopeniya va qon ivishi buzilishlarini yo'qotish kerak.

Qon tupurish sabablari

Avvalo qon ketish manbai burun-halqum yoki ovqat xazm qilish traktida emas, balki aynan nafas yo'llarida joylashganligiga ishonch hosil qilish kerak. Oshqozondan keladigan qon qo'ng'ir rang yoki qora rangda bo'ladi (kofe quyqasi)

va kislotali reaksiyaga ega. qon tupurishda qon alvon rangda bo'ladi va uning reaksiyasi ishqoriy bo'ladi. Bu qovurg'alararo arteriyalar va ko'krak aortasining tarmoqlari hisoblanadi.

Qon tupurishning etiologik klassifikatsiyasi asosida qon ketishining lokalizatsiyasi yotadi. Ko'pincha qon ketishi traxeya yoki bronxdagi yallig'lanish (o'tkir yoki surunkali bronxit) yoki yomon sifatli o'sma (birlamchi saraton, metastazlar, karsinoid) natijasida yuzaga keladi.

O'pka parenximasidan qon ketishi uning lokal yoki diffuz zararlanishi oqibatida rivojlanadi. Lokal zararlanish sabablari - pnevmoniya, o'pka absessi, sil. Diffuz zararlanish gemostaz buzilishi yoki Gudpascher sindromi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Qon tupurish sababi yurak-qon tomir kasalliklari bo'lishi mumkin: mitral stenoz va yurak yetishmovchiligi (o'pka venalari va kapillyarlaridagi bosimning oshishi natijasida), o'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

Qon tupurishning turli xil sabablarining chastotasi har xil mualliflar fikri bo'yicha farq qiladi. Oxirgi tekshiruvlar ko'rsatishicha ikkita eng ko'p sabab bu - bronxit hamda o'pka saratonidir.

Sil va bronxoektazlar bilan kasallanishning pasayganligiga qaramasdan, ular haligacha qon tupurishning tez-tez uchraydigan sabablariga kiradi.

30% bemorlarda qatto obdon tekshiruvlardan keyin ham qon tupurishning sababi aniqlanmaydi. Bunday hollarda diagnoz birlamchi yoki idiopatik qon tupurish deb qo'yiladi. Ehtimol bu yashirin klinik ko'rinish bilan kechadigan o'pkaning qandaydir parenximatoz kasalligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Anamnez ko'pincha diagnozning kaliti bo'ladi. Shilliq-yiringli yoki yiringli balg'amda qon izlari bo'lishi bronxit uchun xarakterli. Balg'am bilan uzoq muddat yo'tal bo'lishi, uning miqdori va xarakterining yaqin orada o'zgarishi o'tkir bronxit qo'zishidan dalolat beradi. Isitma yoki et uvishishi, qon izlari bilan yiringli balg'am bo'lishi pnevmoniyada kuzatiladi. Agar balg'am qo'lansa hidli bo'lsa birinchi navbatda o'pka absessi haqida o'ylash kerak. Ko'p miqdorda balg'am bilan uzoq muddat yo'talish bronxoektazlar uchun xarakterlidir, lekin

bronxoektazlar quruq yo'tal bilan ham kechishi mumkin (quruq bronxoektazlar). Ko'krak qafasidagi o'tkir og'riq va hansirash bilan paydo bo'lgan qon tupurish ko'pincha o'pka arteriyasi tromboemboliyasi bilan bog'liq bo'ladi.

Hamroh kasalliklar haqidagi ma'lumotlar ahamiyatga ega hisoblanadi: buyrak zararlanishi (Gudpascher sindromi va Vegener granulematozi uchun xarakterli), tizimli qizil bo'richa (tizimli pnevmonit deyarli har doim qon tupurish bilan kuzatiladi) va yomon sifatli o'smalar (qoldiqo'sma, retsediv yoki metastaz). OITS bo'lgan bemorlarda Kaposhi sarkomasini inkor qilish kerak. Chekuvchilarda va asbest bilan ishlovchilarda o'pka saratoni havfi yuqori hisoblanadi. Ilgari bo'lib o'tgan qon ketishlari, antikoagulyantlarni, shuningdek trombotsitopeniyani chaqiruvchi preparatlar qabul qilganlik haqida ma'lumot olinadi.

Fizikal tekshiruv. O'pkalar auskul'tatsiyasi juda ham informativ hisoblanadi. Plevra ishqalanishi o'pka arteriyasi tromboemboliyasi uchun xarakterli, o'pkaning chegaralangan qismida va butun o'pkaning ustida nam xirillashlar bo'lishi parenximatoz kasallikdan dalolat beradi. Nafas chiqarishning uzayishi - surunkali bronxit uchun xarakterlidir. Quruq xirillashlar fonida nam xirillashlar bo'lishi va dag'al nafas bronxoektaz belgisi hisoblanadi. Yurak qon-tomir sistemasini tekshirganda diqqat bilan o'pka gipertenziyasi, mitral stenoz va yurak yetishmovchiligi belgilarini qidirish kerak. Teri va shilliqqavatlarni ko'zdan kechirish Kaposhi sarkomasini, ko'plab teleangiektaziyalarni (nasliy gemorragik teleangiektaziyada), toshma yoki eritemani (Tizimli Qizil Bo'richada) aniqlashga yordam beradi.

Laborator tekshiruvlar o'pkaning hajmli hosilalari, bronxoektazlar va o'choqli yoki diffuz o'pka parenximasi zararlanishini aniqlashga imkon beruvchi ko'krak qafasi rentgenografiyasidan boshlanadi. Ko'pincha qon analizi va koagulogramma zarur bo'ladi, buyrak kasalliklarini inkor qilish uchun - siydik analizi, plazma kreatinini va AMK kerak bo'ladi. Balg'amni tekshirish Gram va Sil'-Nil'sen bo'yicha surtma va ekmalarni bo'yashni o'z ichiga oladi.

Instrumental tekshiruv metodlari. Qon ketish manbai va sababini aniqlash uchun bronxoskopiya qilinadi. Ko'p miqdorda qon ketganda dag'al bronxoskopdan

foydalanishga to'g'ri keladi, chunki uning yordamida bronxlarni aspiratsiya qilish oson kechadi va nafas yo'llarini oson ko'zdan kechiriladi. Bronxoektazlarga shubg'a bo'lganda diagnostika uchun eng yaxshi metod yuqori tasvirga ega KT hisoblanadi.

Davolash

Davolash qon ketish intensivligiga va gaz almashinuvi holatiga bog'liq. O'rtacha qon tupurish bo'lsa yoki balg'amda qon izlari paydo bo'lsa odatda gaz almashinuvi buzilmagan bo'ladi va asosiy e'tiborni asosiy kasallikni davolash hamda aniqlashga qaratish kerak. Ko'p miqdorda qon tupurish bo'lganda davolashning maqsadi - asfiksiyani oldini olish va qonning o'pkani boshqa qismlariga tarqalishini oldini olishga hamda gaz almashinuvini ta'minlashga qaratilgan bo'ladi. Yotoq tartibi va kuchsiz yo'talga qarshi preparatlar buyuriladi. Agar bitta o'pka shikastlangan bo'lsa bemor qonning sog'lom o'pkaga tushishini oldini olish maqsadida shikaslangan tomoni bilan yotishi kerak.

Ko'p miqdorda qon ketganda gaz almashinuvini ta'minlash va nafas yo'llarin o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun traxeya intubatsiyasi hamda o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi o'tkaziladi. Qonning sog'lom o'pkaga tushish ehtimolligi yuqori bo'lsa bemorni ikki kanalli endotraxeal naycha bilan intubatsiyalanadi. Boshqa metod, bronxlar okklyuziyasi ham qo'llaniladi - ya'ni bronxoskop yordamida qon ketish manbaiga olib boruvchi ballonli katetr kiritiladi. Bunda qon o'pkaning boshqa qismiga tarqalmaydi, bundan tashqari bir qancha vaqt o'tgach qonayotgan soha tamponadasi ro'y beradi.

Kuchli qon ketishini to'xtatish uchun shuningdek lazer koagulyatsiyasi, qonayotgan tomir embolizatsiyasi va o'pka rezeksiyasi o'tkaziladi. O'sma parchalanishi oqibatida qon ketishini tezlik bilan to'xtatish uchun IAG-neodim lazeri bilan koagulyatsiya qo'llaniladi. Embolizatsiya uchun qonayotgan tomirga selektiv angiografiya yordamida jelatinli g'ovak modda kiritiladi. Qonayotgan o'pka rezeksiyasi boshqa metodlar bilan qon to'xtatishning iloji bo'lmaganda palliativ amaliyot sifatida qo'llaniladi hamda radikal usulda qon ketish manbai va sababini yo'qotish uchun foydalaniladi.

Nafas yo'llari obstruksiyasi

Odatda nafas yo'llari obstruksisi deyilganda katta bronxlar va ulardan yuqori qismda o'tkazuvchanlikning buzilishi tushuniladi.

Obstruksiya sababi endobronxial o'sayotgan o'sma yoki nafas yo'llarini tashqaridan ezayotgan o'sma bo'lishi mumkin.

Agar obstruksiya hiqildoqdan yuqorida yuzaga kelgan bo'lsa hayotni saqlab qolish uchun traxeostomiya talab qilinadi. Agar obstruksiya distal joylashgan bo'lsa torakotomiya ma'qulroq hisoblanadi. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini glyukokortikoidlar hamda nur terapiya bilan ham tiklasa bo'ladi (masofali yoki kontakt).

Markaziy joylashgan va endobronxial o'sayotgan o'smalarda, ayniqsa to'liq bo'lmagan obstruksiyada fotodinamik terapiya samaralidir (vena ichiga fotosensibilizatsiyalovchi moddalarni kiritilib keyinchalik nurlantiriladi), IAG-neodim lazeri bilan koagulyatsiya ham samarali hisoblanadi. Fotodinamik terapiyani jarrohlik amaliyoti bajarib bo'lmaydigan hollarda qo'llanadi.

Metabolik va gormonal buzilishlar

- giperkal'siemiya
- ADG sekreziyasi sindromi
- laktatsidoz
- gipoglekimiya va yomon sifatli o'smalar
- buyrak usti bezi yetishmovchiligi
- to'qima nafasi: kislorod yetishmaslik alkaloz
- atsidoz

Giperkal'siemiya sababi turlichadir, lekin obdon yig'ilgan anamnez va bir nechta oddiy labarator sinamalar bu sabablar ro'yxatini yetarlicha qisqartirishga imkon beradi.

Ko'pincha giperkal'semiya giperparaterioz, yomon sifatli o'smalar, granulematozlar, dori vositali bilan bog'liq bo'ladi. Patogenez mexanizmi bo'yicha giperkal'semiya sabablarini klassifikatsiyalash maqsadga muvofiqdir :

- suyak to'qimasidan kal'siyning kuchli ravishda chiqib ketishi;

- ichakdan kal'siyni kuchli ravishda so'rilishi;
- buyrakda kal'siy ekskretsiyasining kamayishi;
- suyak to'qimasining kal'siyni qabul qilishining kamayishi;
- yuqoridagi sabablarni qo'shib kelishi.

Ayrim hollarda giperkal'siemiya sabablarini aniqlashning imkoni bo'lmaydi.

ADG gipersekretsiyasi sindromi

ADG gipersekretsiyasi sindromining boshqa nomlari: ADG ni "noadekvat ishlab chiqarish" sindromi, giperpeksik sindrom, Parxon sindromi, qandsiz antidiabet.

Ushbu sindrom ADG o'sma hujayralari ishlab chiqarishi bilan bog'liq.

ADG gipersekretsiyasi sindromi giponatriemiya, plazma gipoosmolyarligi va hujayradan tashqari suyuqlikning va umumiy aylanib yuruvchi qonning normal hajmi bo'lganda siydikning nisbiy giperosmolyarligi bilan ($100 \text{ mosmG} \cdot \text{kg}$) xarakterlanadi. Hujayradan tashqari suyuqlik miqdori odatda normada (tomir ichi suyuqligi miqdori ozroq miqdorda oshishi mumkin), natriyning chiqishi uning kelib tushishiga teng bo'ladi (siydikdagi natriy konsentratsiyasi 40 mmol/l dan oshadi). Buyraklar, buyrak usti bezlari, qalqonsimon bez funksiyasi normada. Plazmada kaliy konsentratsiyasi va kislota asos muvozanati o'zgarmaydi. Siydik kislota ko'proq ajralishi hisobiga tomir ichi suyuqligi hajmining oshishi ko'pincha gipourekeimiya hamda ADG gipersekretsiyasi sindromi birga keladi.

ADG sekretsiyasi buzilishlari xarakteriga ko'ra ADG gipersekretsiyasi sindromining 4 ta turi farqlanadi:

- ADG ning ektopik ishlab chiqarilishi;
- ADG sekretsiyasi stimulyatsiyasining ostmotik bo'sag'asining pasayishi (kaxeksiya, ozib ketish);
- plazma osmolyarligi ko'tarilishiga javoban normal ADG sekretsiyasi va plazma osmolyarligi pasayishiga javoban ADG sekretsiyasining to'liq bo'lmagan to'xtatilishi;

- nishon-a'zolarga sezuvchanlikning ko'tarilishi bilan ADG sekretsiasining normal sekretsiasi yoki kam hollarda antidiuretik aktivlikka ega boshqa moddalarning sekretsiasi.

Buyrak yetishmovchiligi va buyrak usti bezi yetishmovchiligini inkor qilish zarur, shuningdek gipoteriozni ham, chunki ular uchun ham giponatriemiya va siydikning nisbiy giperosmolyarligi xos.

AMK va siydik kislotaning zardobda past darajasi ADG gipersekretsiasi sindromini buyrakda qon aylanishi pasayishi bilan bo'ladigan holatlardan farqlashga imkon beradi.

ADG gipersekretsiasi sindromi turli xil yomon sifatli o'smalarda kuzatiladi. ADG ning ektopek sekretsiasi, ko'pincha AKTG sekretsiasi bilan birgalikda o'pkaning kichik hujayrali saratonida 38% bemorlarda uchraydi. Giponatriemiyaning kichik hujayrali saratonda rivojlanishi yomon prognostik belgi hisoblanadi.

ADG gipersekretsiasi sindromi boshqa kasalliklarda ham uchraydi, xususan o'pka va markaziy asab sistemasi kasalliklarida, shuningdek jarrohlik amaliyotidan keyin ham. Buning sababi bo'lib ko'pchilik dori vositalar, shu jumladan o'smaga qarshi preparatlar ham bo'lishi mumkin (vinkristin, ifosfamid, siklofosfamid, sisplastin, levamizol, melfalan).

Ko'pchilik ADG gipersekretsiasi sindromi bo'lgan bemorlarda klinik jihatdan bilinmaydi. Simptomlarning og'irlik darajasi giponatriemiya qanchalik ifodalanganligi va qanchalik tez rivojlanishi bilan bog'liqdir. Erta belgilariga ishtaha yo'qolishi, depressiya, uyquchanlik, ta'sirchanlik, es-hushning xiralashishi, mushak holsizligi va shaxsiyatning yaqqol o'zgarishlari kiradi. Plazmada natriy darajasi 110 mmol/l dan past bo'lsa patologik yozuvchi reflekslar, psevdobul'bar falajlar, arefleksiya paydo bo'ladi. Keyinchalik natriy miqdorining plazmada pasayishi koma, tirishishlar va o'limga olib keladi.

Gipoglikemiya va yomon sifatli o'smalar

Agar turg'un gipoglikemiyaning sababi yomon sifatli o'smalar bo'lsa, bu faqatgina oshqozon osti bezi insulin ishlab chiqaruvchi orolchalari hujayralarining

o'smasi emas, balki boshqa yomon sifatli o'smalar ham bo'ladi. Ko'pincha bu mezenximal kelib chiqishga ega bo'lgan yirik o'smalar, jigar hujayrali saraton, buyrak usti bezi po'stlog'i saratoni bo'ladi.

Mezenximal o'smalar odatda qorin orti bo'shlig'ida yoki ko'krak qafasida joylashadi. Bunday bemorlarda nahorgi paytda quloqning bitishi, es-hushning xiralashishi, hulq-atvorning o'zgarishi paydo bo'ladi. Bu simptomlar yomon sifatli o'smaning birinchi belgisi bo'lishi mumkin.

Gipoglikemiya bunday holatlarda o'smaning nazorat qilinmaydigan IFR ishlab chiqarishi yoki insulin retseptorlariga antitelalar sintezi induksiyasi bilan bog'liq bo'ladi.

Gipoglikemiyaning sababi yirik sekinlik bilan o'suvchi sarkomalar ham bo'lishi mumkin. Ko'pchilik hollarda bu o'smalar IFR-II ishlab chiqarish hisobiga gipoglikemiyaning chaqirish mumkin. Ushbu faktor glikogenoliz va glyukoneogenezni jigarda to'xtatadi, lipolizni tormozlab, mushaklar va yoq to'qimasining glyukoza iste'molni oshiradi. IFR-II o'smaga o'sishning autokrin omili sifatida ta'sir etadi.

Bemorda yirik sarkoma natijasida rivojlangan gipoglikemiya (1-10 kg), ayniqsa uzoq muddat ovqatdan cheklanish, bosh og'rig'i, charchash, es-hushni xiralashishi bilan ifodalanadi; epileptik hurujlar bo'lishi mumkin.

O'sma to'qimasida IFR-II va uning mRNK ni aniqlashga imkon bo'lishiga qaramasdan sindromning diagnostikasi odatda klinik ko'rinishiga asoslanadi, chunki plazmada IFR-II darajasi kamdan-kam hollarda yuqori bo'ladi. IFR-bog'lovchi oqsillar darajasining oshishi kuzatilishi mumkin.

Gipoglikemiyaning davolash odatda simptomatik bo'ladi va glyukozani buyurishni o'z ichiga oladi.

Yomon sifatli o'smalar bo'lganda o'sma jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi yoki nur terapiya o'tkaziladi. Agar o'smaga qarshi terapiya samarasiz bo'lsa yoki iloji bo'lmasa, tez-tez ovqatlanish yoki doimiy vena ichiga glyukoza infuziyasi tavsiya qilinadi.

To'qima nafas: kislorod yetishmasligi (gipoksiya)

Bir qator patologik holatlarda to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishi qiyinlashadi. Bu hollarda hujayralarning energetik ehtiyoji qisqa vaqt davomida ATF va kreatinfosfat ko'rinishidagi cheklangan energiya hisobiga, shuningdek anaerob glikoliz hisobiga qondiriladi. Biroq bu energetik zahiralari yetarlicha emas va qisqa muddat ishlatilishi mumkin, chunki anaerob holatlarda hujayralarning glyukozaga ehtiyoji birdaniga ortadi, bunda glyukozaning kirishi odatda ushbu ehtiyojni qondira olmaydi, ikkinchidan glikoliz jarayoni natijasida ko'p miqdorda laktat hosil bo'ladi va keyinchalik bu mahsulot to'qimadan qayta ishlash uchun chiqib ketadi (masalan jigarda, miokard yoki buyraklarda parchalanish uchun, yoki glikogen sintezi uchun). Kislorodning sezilarli darajada yetishmasligi oqibatida qonda laktat miqdori doimiy ortib boradi, bu respirator bo'lmagan atsidozga olib keladi. hujayra ichi rN fermentlar sistemasi aktivligi optimal darajasidan past bo'lsa hujayra metabolizmining yaqqol buzilishlari yuzaga keladi.

Kislorod yetishmasligiga olib keluvchi asosiy sabablar (to'qima gipoksiyasi) bu arterial qonda kislorod tarangligining pasayishi (arterial gipoksiya), qonda kislorod hajmining kamayishi (anemiya) va u yoki bu a'zoni qon bilan ta'minlanishini kamayadi (ishemiya).

Buyrak usti bezi yetishmovchiligi

Bu nom ostida buyrak usti bezi po'stlog'i gipofunksiyasi oqibatida chaqirilgan kasalliklar birlashtiriladi. Buyrak usti bezining yetishmovchiligi klinik ko'rinishi glyukokortikoidlar defitsiti va (kamroq) mineralokortikoidlar defitsiti bilan bog'liq bo'ladi.

Onkologik bemorlarda buyrak usti bezi yetishmovchiligi ko'pincha aniqlanmay qoladi, chunki uning simptomlari (qusish, ko'ngil aynash, ishtaha yo'qolishi, ortostatik gipotoniya) nospetsifik hisoblanadi va hato sifatida asosiy kasallikning ko'rinishi sifatida qabul qilinadi yoki o'smaga qarshi terapiyaning nojo'ya ta'siri sifatida qabul qilinadi.

Birlamchi buyrak usti bezi yetishmovchiligi onkologik bemorlarda ikkala buyrak usti bezini metastazlar bilan to'ldirilishi oqibatida bo'lishi mumkin (o'pka saratoni, sut bezi saratoni, yo'g'on ichak saratoni, buyraklar saratoni), limfoma va

limfogranulematozdagi o'smali infil'tratsiya, jarrohlik yo'li bilan ikkala buyrak usti bezi olib tashlanganda yoki buyrak usti beziga qon quyilishi va nekrozi hamda antikoagulyant terapiya oqibatida bo'ladi.

Bir qator dori preparatlari (mitotan, aminoglutetimid, ketokonazol, suramin) shuningdek glyukokortikoidlar terapiyasida dozani birdaniga tushirilishi buyrak usti bezi steroid gormonlari sintezining buzilishiga olib keladi.

Buyrak usti bezlarining metastazlar bilan zararlanishi va oqibatda yuzaga keladigan birlamchi buyrak usti bezi yetishmovchiligi ayrim hollarda yomon sifatli o'smalarning birinchi belgilari bo'ladi.

Gipofizga bo'ladigan metastazlar va gipotalamusga bo'ladigan metastazlar onkologik kasallikdan halok bo'lganlarning 5%ining autopsiyasida aniqlanadi, lekin ikkilamchi buyrak usti bezi yetishmovchiligi kam uchraydi.

O'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi o'lim sababi bo'lishi mumkin. Gipoadrenal krizga shubha bo'lganda kortizol va AKTG darajasini aniqlash uchun zardobdan namuna olinadi hamda davolash boshlanadi.

O'sma parchalanish sindromi

Bu sindrom ko'p miqdorda tez proliferatsiyalanuvchi o'sma hujayralarining giperurikemiyasi, giperkaliemiyasi, giperfosfatemiyasi, laktatsidozi va gipokal'siemiyasi bilan ifodalanadi. Ko'p hollarda o'sma parchalanishi sindromi natijasi bo'lib o'tkir buyrak yetishmovchiligi hisoblanadi.

Eng ko'p bu sindrom o'tkir limfoblast leykozlar va Berkitt limfomalarni va boshqa yuqori darajadagi yomon sifatli xususiyatga ega bo'lgan limfomalarni, kamroq hollarda surunkali leykozlarni (masalan surunkali limfoleykozni fludorabin bilan davolashda) va ijuda ham kam hollarda yirik o'smalarni davolashda rivojlanadi.

O'sma parchalanishi sindromi kimyo terapiya kursi davomida yoki kurs tugagandan 1-5 kun o'tgach rivojlanadi.

Giperurikemiya ko'pincha kimyo terapiya boshlangunicha mavjud bo'ladi.

O'smaga qarshi preparatlar ta'sirida o'sma hujayralari parchalanishi kuchayadi va nuklein kislotalar parchalanishi oqibatida zardobda siydik kislotasi

miqdori oshadi. Siydik kislota kristallari buyrak kanalchalari, yig'uvchi naychalar va buyrak miya qismida cho'kishi mumkin, bu o'z navbatida o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Laktatsidoz va suvsizlanish bu jarayon rivojlanishiga olib keladi.

Siydik kislotaning kristallarini siydikda paydo bo'lishi o'tkir siydik kislotali nefropatiyaning belgisidir. O'tkir siydik kislotali nefropatiyada siydik kislota va kreatinin konsentratsiyasining umumiy o'zaro nisbati birdan yuqori bo'ladi, boshqa sabablar bilan chaqirilgan buyrak yetishmovchiligida esa birdan past bo'ladi.

Parchalangan o'sma hujayralaridan chiqadigan giperfosfatemiya zardobda kal'siy darajasini kamaytiradi, bu nerv-mushak qo'zg'aluvchanligiga va tetaniyaga olib keladi. Kal'siy fosfatni buyraklarda to'planishi va giperfosfatemiya o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

O'sma hujayralarining yoppasiga parchalanishi shuningdek kaliy ionlarining chiqishi bilan kuzatiladi. Buyrak yetishmovchiligi fonida giperkaliemiya bo'lishi - hayot uchun havf soluvchi holatdir, qorinchali aritmiyalar va to'satdan o'lim bilan almashinib turadi.

Berkitt limfomasi bo'lgan bemorda o'sma parchalanish sindromi ehtimoli o'sma hajmi va buyraklar funksiyasiga bog'liq. Zardobda qanchalik o'sma hajmi katta bo'lsa siydik kislota konsentratsiyasi va LDG aktivligi (1500 M μ l dan yuqori) shunchalik yuqori bo'ladi va kimyo terapiyadan keyin shunchalik o'sma parchalanish sindromi havfi yuqori bo'ladi. Havf guruqiga kiradigan bemorlarda kimyo terapiyadan oldin qon va siydikning umumiy hamda biokimyoviy analizi o'tkaziladi. Leykotsitoz va trombotsitoz fonida zardobda kaliy konsentratsiyasining aniqlanish natijalari yuqori bo'lishi mumkin (psevdogiperkaliemiya), chunki qondan namuna olingandan keyin hujayralar parchalanishi sodir bo'ladi. Bu holatda kaliy miqdori zardobda emas plazmada aniqlaniladi. Bundan tashqari psevdogiperkaliemiyada elektrokardiografik o'zgarishlar bo'lmaydi.

Buyraklar funksiyasi buzilgan bemorlarda buyraklar hamda qorin orti bo'shlig'ining UZI va KT si o'tkaziladi.

Diurezni yaxshilab kuzatish kerak. O'sma parchalanish sindromi havfini baholash va uning profilaktikasi uchun choralari ko'rish kerak. Biroq hattoki shunday vaziyatlarda ham o'sma parchalanish sindromi va o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishini oldini olishning har doim ham iloji bo'lmaydi.

Ko'pincha dializga ehtiyoj seziladi va buni kechiktirish kerak emas. qoqishga qarab bu gemodializ bo'lsa yaxshi.

TEZ-TEZ QILINADIGAN GIGIENIK VA DAVOLOVCHI MUOLAJALAR

Grelka

Onkologik kasalliklarda issiqlik bilan qilinadigan muolajalar qarshi ko'rsatma bo'lganligi uchun grelka faqatgina shifokor ruxsati bilan qo'llaniladi.

Grelka yallig'lanish jarayonlarini so'rilib ketishi uchun, tanani isitish uchun va og'riq qoldiruvchi sifatida qo'llaniladi. Grelkalar elektrik va rezinali bo'ladi. Rezinali grelka 1-1,5 l hajmli rezervuar bo'lib zich buralib yopiladigan tiqini bor. Grelka 3-4 hajm bilan to'ldiriladi, juda ham og'ir bo'lmasligi kerak, keyin grelka bosilib havo chiqarib tashlanadi, tiqni yaxshilab buralib yopiladi, tiqinni pastga qaratiladi (germetikligini tekshirish uchun), grelka quritib artiladi, sochiqqa o'ralib, bemorga qo'yiladi. Pegmentatsiyani oldini olish uchun teriga maz' yoki vazelin surtiladi. Juda ham issiq bo'lgan grelka oldin odevyalga qo'yiladi, keyin oqlikning ostiga qo'yiladi va nihoyat bevosita tanaga qo'yiladi. Grelga sovub qolguncha ushlab turiladi.

Kuchsiz va og'ir bemorlar issiq ta'sirlanishda har doim ta'sirlanishmaydi, shuning uchun ularda grelka kuyishlarni yuzaga keltirishi mumkin. Terida sezuvchanlikni yo'qotgan va hushsiz yotgan bemorlarga alohida e'tibor qaratish kerak. Bunaqa bemorlarda parvarish qiluvchi terini isishini tekshiradi va grelka to'g'ri holatini nazorat qiladi.

Suvli grelka o'rniga elektrik grelkadan foydalansa ham bo'ladi bunda isitish darajasi reostat bilan boshqariladi. Boshqaruvchi qismi yostiqcha va elektr sim o'rtasida joylashadi. Grelka bilan orada tanaffus qilib foydalaniladi.

Grelka qo'yilishiga qarshi ko'rsatmalar: qorin bo'shlig'idagi o'tkir yallig'lanish kasalliklari (appenditsit, xolestsistit, pankreatit), qon ketishlar, lat yeyishlar (birinchi soatlarda).

Siydik qopi kateterizatsiyasi

Kateterizatsiya - bu siydik qopiga katetrni kiritish hisoblanadi. Kateterizatsiya siydik qopidan davolash hamda diagnostik maqsadlarda siydikni chiqarish uchun va siydik qopini yuvish uchun foydalaniladi. Kateterizatsiya alohida e'tiborni talab qiladi, siydik qopiga infeksiyani kiritmaslik kerak, chunki siydik qopi shilliqqavati infeksiyaga qarshi kuchsiz qimoyaga ega. Shuning uchun kateterizatsiya bemor uchun havfsiz hisoblanmaydi va faqatgina zarur hollarda o'tkazilishi kerak. Kateterizatsiya uchun yumshoq hamda qattiq katetrlardan foydalaniladi.

Yumshoq katetr elastik rezinkali naycha bo'lib, uzunligi 25-30 sm va diametri 0,33 dan 10 mm gacha. Katetrning siydik qopiga kiritiladigan uchi yumaloq, uchi yopiq, yon tomondan oval teshigi bo'ladi; tashqi uchi qiyshiq kesilgan yoki siydik qopiga dorili eritmalarni kiritishda shpritsning uchini qo'yish oson bo'lishi uchun voronkasimon kengaygan bo'ladi.

Kateterlarni qo'llashdan oldin 10-15 daqiqa qaynatiladi, ishlatib bo'lingandan keyin iliq suvda obdon yuviladi va yumshoq mato bilan artiladi. Rezinali katetrlar uzun emal va shisha qutichalarda oqzi yopiq holda 2%li bor kislota yoki karbol kislota eritmasi bilan to'ldirilib saqlanadi, chunki boshqa holatda katetrlar o'z elastikligini yo'qotib, sinuvchan mo'rt bo'lib qolishadi. Sterilizatorlar tubiga formalin tabletkalari joylashtiriladi, ularning bug'lari kateterlarning sterilligini ta'minlaydi.

Qattiq katetr (metall) dasta, sterjen' hamda tumshuq qismidan iborat. Uretral uchi yopiq tugallanadi, yumaloq bo'ladi, ikki ta yon oval teshiklari bor. Erkaklar katetri uzunligi 30 sm, ayollarniki esa 12-15 sm bir oz egilgan tumshug'i bo'ladi.

Qattiq katetrni shifokor yoki hamshira kiritadi. Yumshoq katetrni hamshira kiritadi yoki (uy sharoitida) maxsus ushbu texnikaga o'rgatilgan bemorni parvarish qiluvchi qarindoshi kiritadi.

Ayollarga katetr kiritish. Muolajadan oldin parvarish qiluvchi qo'llarini iliq suv va sovun bilan yuvadi, tirnoq falangalar spirt va yod eritmasi bilan artiladi. Ayollarda qindan ajralmalar bo'lsa chov atrofi yuviladi. Parvarish qiluvchi bemordan o'ng tomonda turadi, bemor chalqanchasiga oyoqlari yarim egilgan holatda va oyoqlarini ochib yotadi. Chap qo'l bilan jinsiy lablar ochiladi, o'ng qo'l bilan tepadan pastga qaratib (tashqi chiqaruv teshigiga qarab) tashqi jinsiy a'zolar va siydik chiqaruvchi kanal teshigi dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi (sulema eritmasi 1:1000, furatsillin yoki simob oksitsianidi). So'ngra pinset bilan steril vazelin moyi surtilgan katetr olinib sekinlik bilan siydik chiqaruvchi kanal teshigiga kiritiladi. Katetr tashqi teshigida siydikning paydo bo'lishi uning siydik qopida joylashganligidan dalolat beradi.

Siydik mustaqil chiqishi to'xtagandan keyin qoldiq siydikni chiqarish uchun siydik qopi joylashgan sohaning qorin devoriga sekin bosiladi. Ayollarning siydik chiqarish kanali kalta bo'ladi (4-6sm), shuning uchun kateterizatsiya katta qiyinchilik tug'dirmaydi. Agar siydik ekish uchun olinsa steril probirka chetlari olov ustidan o'tkaziladi va to'ldirilgandan keyin steril paxtali tiqin bilan yopiladi. Yuqoriga ko'tariluvchi infeksiyani profilaktikasi uchun qat'iy choralarga rioya qilish kerak.

Erkaklarga katetr kiritish biroz qiyinroq, chunki ularda siydik chiqaruvchi kanal 22-25 sm bo'ladi va katetr kirishi uchun qarshilik qiluvchi ikki ta fiziologik torayishlarni hosil qiladi. Bemor kateterizatsiya vaqtida chalqanchasiga biroz oyoqlari egilgan qolda oyoqlarini ochib yotadi, oyoq kaftlari orasiga katetr orqali siydik tushishi sababli siydik qabul qiluvchi idish, krujka yoki lotok qo'yiladi. Muolaja o'tkazuvchi chap qo'lga jinsiy a'zoni oladi va uning bosh qismini, uning atrofida terini hamda uretra teshigini bor kislotaga botirilgan paxta bilan obdon artadi. So'ngra chap qo'li bilan uretraning tashqi teshigini ochadi, o'ng qo'li bilan esa pinset yoki steril dokali salfetka yordamida, oldindan steril o'simlik yoki

vazelinli moy bilan surkalgan yumshoq katetrni yengil harakat bilan kiritadi. Katetr siydik qopiga kirishi bilanoq siydik paydo bo'ladi. Agar elastik katetr kiritishning iloji bo'lmasa metall katetrdan foydalaniladi. Erkaklarga qattiq katetrni faqatgina shifokor kiritadi. Katetr siydik chiqishi bilan emas balki biroz oldinroq olinishi kerak, chunki siydik oqimi katetrni olingandan so'ng siydik chiqaruvchi kanalni yuvishi uchun qilinadi.

HUQNA

Huqna - bu yo'g'on ichakning pastki qismiga turli xil suyuqliklarni davolash va diagnostik maqsadlarda kiritishdir. Huqnalar tozalovchi, sifonli, oziqlantiruvchi, davolovchi va tomchili bo'ladi. Huqnani qo'yish uchun asosan Esmarx krujkasidan foydalaniladi, bu (shishali, emal, rezinali) rezervuar bo'lib, hajmi 1-2 l bo'ladi, tubida so'rg'ichi bo'lib, unga qalin rezinli 1,5 m uzunlikdagi va diametri 1 sm bo'lgan naycha kiydiriladi. Naycha oxiridagi jumrak yordamida ichakka suyuqlik tushishi boshqarib turiladi. Naychaning ochiq qolgan oxiriga shishali, ebonitli yoki plastmassali 8-10 sm li uchlik o'rnatiladi. Uchlik butun va yon tomonlari tekis bo'lishi kerak. Ishlatib bo'lingandan keyin uchlik iliq suv oqimi ostida yaxshilab yuviladi va qaynatiladi. Uchlikni dezinfeksiyalovchi eritma solingan bankada saqlanadi. Tozalovchi huqnalar ichakning pastki qismini ich qotganda axlat massalari va gazlardan tozalash uchun, rentgenologik tekshiruvga oshqozonni, buyraklarni, ichakni tayyorlash uchun, dori huqnalarini kiritishdan oldin qilinadi. Huqnalarga qarshi ko'rsatma bo'lib tashqi chiqaruv yo'li sohasining o'tkir yallig'lanish kasalliklari, qonayotgan bavoil, parchalanish bosqichidagi to'g'ri ichak saratoni, oshqozon va ichak qon ketishlari hisoblanadi. Tozalovchi huqna qo'yish uchun Esmarx krujkasidan tashqari uni osib qo'yish uchun shtativ, kiritilayotgan suyuqlikni (xona haroratidagi suv, moychechak damlamasi va b) haroratini o'lchash uchun termometr, kleenka, tuvak, pastga qo'yiladigan idish bo'lishi kerak. Huqnani ko'rsatmaga ko'ra shifokor, hamshira yoki (uy sharoitida) maxsus o'rgatilgan bemorning qarindoshi qo'yadi. Bemor oyoqlari egilgan va qoriga keltirilgan holda, krovat yoki tapchan chetiga yaqinroq joyga yotqiziladi. Agar bemorga harakat qilish mumkin bo'lmasa uni orqasi bilan yotqiziladi.

Dumbalar ostiga taglik idish, taglik kleyonka qo'yiladi, kleyonkaning erkin cheti bordiyu bemor suyuqlikni ushlay olmasligini hisobga olib chelakka tushirib qo'yiladi. Esmarx krujkasiga 1-1,5 l qaynatilgan xona haroratidagi suv quyiladi, krujkani tepaga ko'tariladi va biroz suv chiqishi uchun, ichidagi havoni chiqarib yuborish uchun uchlikni pastga tushiriladi. Sistemani to'ldiriladi (biroz naychadan suyuqlik chiqarib), undan keyin krujkani tushirmasdan rezina naychadagi jo'mrak yopiladi. Uchlik sinmaganligini vazelin surtib tekshiriladi va bemor dumbalari ochilib orqa chiqaruv yo'liga yengil aylantiruvchi harakatlar bilan kiritiladi. Birinchi 3-4 sm uchlik kindik tomonga kiritiladi keyin esa dum suyagiga paralel 5-8 sm kiritiladi. Agar qarshilik bo'lsa va naycha ichak devoriga yoki qattiq najasga taqalsa naycha 1-2 sm orqaga tortiladi va jumrak ochiladi. Esmarx krujkasi 1-1,5 m balandlikka ko'tariladi va suv bosim ostida yo'g'on ichakka tushadi. Uchlikka axlat massalari tiqilib qolganda un olib, tozalanib va yana qayta kiritiladi. Agar to'g'ri ichak axlat bilan to'lgan bo'lsa uni suv bilan yuvishga harakat qilinadi. ayrim hollarda axlat massalari shunchalik qattiq bo'ladiki, hatto huqnani qo'yishning imkoni bo'lmaydi. Bunday holatlarda perchatkani kiyib, vazelin surtib axlat to'g'ri ichakdan barmoq bilan olinadi. Gazlar paydo bo'lganda va bemorda shishib ketish hissi bo'lganda shu zahotiyoq krujkani krovatdan pastga tushirish kerak va gazlar chiqib ketgandan keyin uni yana asta-sekin ko'tariladi. Ichakka havo kirmasligi uchun krujka tubida biroz suv qoldirib, suyuqlik tushishini boshqaruvchi jo'mrak yopiladi va uchlik olib tashlanadi. Ixtiyoriy ravishda bemor 10 daqiqa ichida suvni ushlab turishi kerak. Bu uchun bemor chalqanchasiga yotib chuqur nafas olishi kerak. Muolaja tugagandan keyin Esmarx krujkasi yuviladi va quruq qilib artiladi, ustidan doka yoki sochiq bilan yopiladi. Oddiy suv bilan qilingan huqna qar doim ham ichakni bo'shashiga olib kelmaydi. Ta'sirni kuchaytirish uchun suvga 2-3 qoshiq glitserin, choy qoshiqda kukun qilib maydalangan bolalar sovuni, 1-2 osh qoshiqda osh tuzi, 1 stakan moychechak damlamasi yoki qaynatmasi qo'shish mumkin. Agar huqna ta'sir qilmasa bir necha soatdan keyin uni qaytarish mumkin. Tozalovchi huqna qo'yganda bir vaqtning o'zida 1,5-2 l suyuqlik kiritilishi ustidan nazorat qilinishi kerak. Sifonli huqnalar.

Oddiy tozalovchi huqnalar samarasiz bo'lganda, ichak tutilishida, shuningdek ichakdan bijg'ish, achish mahsulotlarini olib tashlash uchun, zaharli moddalar bilan zaharlanganda va gazlarni chiqarish uchun eng yaxshi usul bu ichakni sifonli metod bilan yuvishdir (ko'p marta ichakni yuvish), bunda bir-biri bilan bog'liq bo'shliqlar prinspidan foydalaniladi: ulardan biri ichak hisoblanadi, ikkinchisi esa to'g'ri ichakka kiritilgan rezinali naycha bo'lib tashqi tomonida voronkasi bo'ladi. Sifonli huqna uchun tashqi tomonida voronkasi bo'lgan, 0,5 l suyuqlikni o'zida saqlovchi, sterilizatsiya qilingan 100-120 sm uzunlikdagi va 1,5 sm diametrdagi naycha, ko'za, 10-12 l dezinfeksiyalovchi suyuqlik (kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi, natriy gidrokarbonat eritmasi) yoki 38 gradus qaynatilgan suv, shuningdek suvni to'kish uchun chelak zarur bo'ladi. Bemorni chap yonboshga yotqiziladi yoki chalqanchasiga yotqiziladi, dumbalar ostiga kleyonka to'shaladi, krovat yoniga suv to'kilmasligi uchun chelak qo'yiladi va suyuqlik bilan to'ldirilgan ko'za qo'yiladi. Voronka bemor tanasidan biroz yuqoriroq, egilgan holatda ushlanadi. Keyin asta-sekinlik bilan uni suyuqlik bilan to'ldirilib, tanadan 1 m yuqoriga ko'tariladi.

Suv ichakka tusha boshlaydi. Kamayotgan suv sathi voronka toraygan joyiga yetgach, ichakdagi suv voronkani to'ldirmagunicha aylantirmasdan uni tuvak ustiga tushiriladi. Bu holatda havo pufaklari va axlat parchalari yaxshi ko'rinadi. hamma chiqqan narsalar tuvakka to'kiladi va bu muolaja gazlar to'liq chiqib ketmagunicha va voronkaga toza suv tushmagunicha bir necha marta takrorlanadi. Sifonli huqna uchun 10-12 l gacha suv kerak bo'ladi. Muolaja tugagandan keyin voronka olinib, yuviladi va qaynatiladi, rezinali naycha to'g'ri ichakda 10-20 daqiqa qoladi qoladi, uning tashqi uchi qolgan suyuqlik va gazlar chiqishi uchun tuvakka tushirib qo'yiladi. Gipertonik huqnalar ichakning keskin peristal'tikasiz yaxshi bo'shashiga imkon beradi. Odatda 5-10% natriy xlorid eritmasi (osh tuzi), 20-30% magniy sul'fat yoki natriy sul'fat eritmasidan foydalaniladi. To'g'ri ichakka 100-200 ml iliq eritmani rezinali ballon yordamida - "grusha" bilan kiritiladi. Qarshi ko'rsatma bo'lib yo'g'on ichakning pastki qismidagi yallig'lanish va yarali jarayonlari hisoblanadi. Yog'li huqnalar kuchli qabziyatlarda qo'llaniladi.

Buning uchun o'simlik moyidan foydalaniladi: kungaboqar moyi, zaytun moyi, ko'knori moyi, vazelin moyi. Bir martalik huqna uchun 50-100 ml 37-38 gradusgacha isitilgan moy olinadi. Moy odatda rezinali ballon, shprits yoki katetr yordamida, to'g'ri ichakka yo'naltirib 10 sm kiritiladi. Moy ichak devori bo'ylab oqadi va axlat massalarini o'rab oladi, ichak muskulaturasini bo'shashtiradi hamda axlat chiqishiga olib keladi. Bemor moy oqib ketmasligi uchun 10-15 daqiqa tinch yotadi. Emul'sion huqnalar. Oldindan 2 stakan moychechak damlamasi tayyorlanadi (1 osh qoshiq moychechakni 1 stakan qaynoq suvga solinadi), so'ngra 1 ta tuxum sariqi 1 choy qoshiq natriy gidrokarbonat (soda) bilan ko'pirtiriladi va ustidan moychechak damlamasi solinadi hamda 2 osh qoshiq vazelin moyi yoki glitserin qo'shiladi. Dorili huqnalar. Dori vositalarni og'iz orqali kiritishning iloji bo'lmasa yoki qarshi ko'rsatma bo'lsa, ularni to'g'ri ichak orqali kiritish mumkin, dori so'rilib, gemorroidal venalar orqali jigarni chetlab o'tib qonga tushadi. Dorili huqnalar mahalliy ta'sirli va umumiy ta'sirli huqnalarga bo'linadi. Birinchisi yo'g'on ichakdagi yallig'lanish kasalliklarida qo'llaniladi, ikkinchisi esa organizmga dorili va oziqaviy moddalarni kiritish uchun qo'llaniladi. Dorili huqnadan 30-40 daqiqa oldin tozalovchi huqna qo'yiladi va ichak bo'shagandan keyin dori kiritiladi. Dorili huqnalar mikrohuqnalar hisoblanishadi, chunki ularni miqdori 50-100 ml dan oshmasligi kerak. Dori vositalari 20-grammli shpritsga, Jane shpritsga yoki 50 dan 100 g gacha hajmga ega rezinali ballonchaga to'ldiriladi. Dori vositasining harorati 40 gradusdan kam bo'lmasligi kerak, chunki undan past haroratda defekatsiyaga chaqiruvchi ta'sirlar yuzaga keladi va dori vositasi so'rilishga ulgurmaydi. Bemor chap yonboshda oyoqlarini tizzadan egilgan holatda qoringa keltirib yotadi. Chap qo'l bilan dumbalarni ochib, so'ng bilan aylantirma harakatlar bilan steril vazelinli moyli katetr to'g'ri ichakka 15-20 sm kiritiladi. Keyin katetr dori vositasi to'ldirilgan shprits yoki balloncha bilan biriktiriladi va ushbu eritma katetrga kichik porsiyalar bilan kichik bosim ostida chiqishi uchun asta-sekin bosiladi. So'ngra katetrning tashqi uchini undan suyuqlik orqaga chiqishini oldini olish maqsadida ushlab turiladi va qisiladi, ehtiyotlik bilan shprits yoki balloncha katetrdan olinadi, uni ichiga havo to'ldiriladi va uning

ichida qolgan suyuqlikni chiqarish uchun qaytadan katetr qo'yiladi. Ichakning mexanik, kimyoviy va termik ta'sirlanishini chaqirmaslik maqsadida, unga izotonik natriy xlorid eritmasida suyultirilgan eritmada yoki o'rab oluvchi modda bilan (50mg kraxmal qaynatmasi bilan dori nisbatan kamroq konsentratsiyada kiritilishi kerak. Ko'pincha mikrohuqnalar bilan og'riqsizlantiruvchi, tinchlantiruvchi va uyqu chaqiruvchi vositalar kiritiladi. Kraxmal huqnalar peristaltikani kamaytirish va o'tkir kolitlarda yumshatuvchi, o'rab oluvchi vosita sifatida qo'llanadi. Buning uchun 5 g kraxmal (kartoshkali, guruchli, jo'xorili, bug'doyli) 100 ml sovuq suvda eritiladi va aralashtirib asta-sekin 100 ml qaynoq suv qo'shiladi. Keyin eritma 40 gradusgacha sovutilib to'g'ri ichakka kiritiladi. Xloralgidratli huqnalar tirishishlarda va keskin qo'zg'alish bo'lganda buyuriladi. Xloralgidrat (1g) 25mg distillangan suvda eritiladi va 25 mg qaynatilgan kraxmal qo'shiladi (1:50 nisbatda), chunki xloralgidrat to'g'ri ichak shilliqqavatini ta'sirlaydi. Tomchili huqnalar qon yoki suyuqlik yo'qotilishini to'ldirish uchun qo'llaniladi. Odatda 5% glyukoza natriy xlorid izotonik eritmasi bilan kiritiladi. Tomchili huqna uchun tozalovchi huqnalarda foydalaniladigan uskunalar ishlatiladi, faqat Esmarx krujkasini uchlik bilan biriktiruvchi rezinali naychaga qisqich bilan tomizgich qo'yiladi. Naychadan suyuqlik to'g'ri ichakka oqim bilan emas tomchilab tushishini ta'minlash uchun buraladi. Qisqich bilan tomchilar chastotasi boshqarib turiladi (ko'pincha bir daqiqada 60-80 tomchi, ya'ni 240 ml soatiga). Bir sutkada tomchi usuli bilan 3 l gacha suyuqlik kiritish mumkin. Eritma solingan krujka krovatdan 1 m yuqorilikda osib qo'yiladi. Parvarish qiluvchi bemor yotishini kuzatib turishi, naycha egilmasligi va suyuqlik oqimi to'xtamasligini nazorat qilishi kerak. Kiritilayotgan eritma 40-42 gradus haroratda bo'lishi kerak, buning uchun Esmarx krujkasi orqasiga grelka biriktiriladi va u har doim iliq bo'lishi uchun kuzatib turiladi. Oziqlantiruvchi huqnalar. Oziq moddalarni oqiz orqali kiritishning imkoni bo'lmaganda, ularni to'g'ri ichak orqali kiritish mumkin, bu sun'iy ovqatlantirishning yo'llaridan biri hisoblanadi. Oziqli huqnalarni kiritish uchun qo'llash chegaralangandir, chunki yo'g'on ichakning pastki qismida huqna bilan kiritilgan moddalardan faqatgina suv, natriy xlorid izotonik eritmasi,

glyukoza va spirt eritmasi so'riladi. Oziqli huqnalar oziq moddalarini kiritishning qo'shimcha uslubi hisoblanadi. Oziqli huqnadan 30-40 daqiqa oldin ichakni bo'shashtirish uchn tozalovchi huqna qo'yiladi. Oziqlantiruvchi huqna hajmi 1 stakandan oshmasligi kerak. Iliq eritmalar rezinali ballonchikka to'ldiriladi, balloncha uchi vazelin moyi bilan surkaladi, uni ichidagi havo chiqarib tashlanadi va to'g'ri ichakka uning uchi kiritiladi. Ballonchaga sekinlik bilan bosiladi, suyuqlik ichakka asta-sekin kirishi va shilliqqavatni ta'sirlantirmasligi uchun. Shundan keyin bemor defikatsiyaga chaqiruvchi ta'sirlar bo'lmasligi uchun tinch yotishi kerak.

BEMORLARNI YUVINTIRISH

Yotoqda uzoq muddat yotgan bemorlar va har xafta gigienik vanna qabul qilmaydigan bemorlar, shuningdek siydik hamda axlatni ushlab tura olmasdigan bemorlar kuniga bir necha marta yuvintirilishi kerak, chunki chov sohasidagi burmalarda to'planib qoladigan siydik va axlat teri butunligi buzilishi va yotoq yaralar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Yuvintirish kaliy permanganat kuchsiz eritmasi yoki boshqa dezinfeksiyalovchi eritma bilan amalga oshiriladi. Eritma iliq bo'lishi kerak(30-32gradus). Yuvintirish uchun ko'za, kornsang va steril paxtali shariklar bo'lishi kerak. Ko'pincha ayollarni yuvintiriladi.

Yuvintirishda dumbalar ostiga tuvak qo'yiladi. Bemor chalqanchasiga oyoqlarini tizzadan bukib va sonlarini biroz ochgan holda yotadi. Chap qo'lga iliq dezenfeksiyalovchi eritma bilan ko'za olinadi va tashqi jinsiy a'zolarga quyiladi. Paxtali tampon bilan jinsiy a'zolar asta-sekin orqa chiqaruv yo'li tomon harakatlantirilib (tepadan pastga) bir marta yuviladi, shundan so'ng paxtali quruq tampon bilan teri o'sha yo'nalishda artiladi va infeksiyani orqa chiqaruv yo'lidan siydik qopiga kiritmaslik uchun tampon tashlab yuboriladi. Yuvintirish rezinali naycha, qisqich va qinli uchlikka ega Esmarx krujkasi orqali qilingani qulayroq, oraliqqa suv oqimi yoki margansovka kuchsiz eritmasi yo'naltiriladi.

Erkaklarni yuvintirish osonroqdir. Bemor holati chalqanchasiga yotgan, oyoqlar tizzadan bukilgan holda; dumbalar ostiga tuvak qo'yiladi va suv oqimi oraliq hamda chov burmalariga yo'naltiriladi. Paxtali tampon bilan teri artiladi, keyin quruq paxtali tampon bilan uni quritib artiladi; agar chov burmalarida qipiqqlanish bo'lsa vazelin yoki har qanday yog' bilan surkash mumkin.

Suv purkab yuvintirish

Suv purkab yuvintirish - bu qinni davolash maqsadida suv yoki dori vositalarining suvli eritmalari bilan yuvish usulidir. Bunda qin ichidagi narsalar mexanik yuviladi. Qin shilliq qavati preparatga bog'liq ravishda kuydirish mumkin, bunda qin shilliq qavatiga o'rab oluvchi, tonusni oshiruvchi va dezinfeksiyalovchi ta'sir ko'rsatiladi. Ayollarni homiladorlikning ikkinchi yarmi va tug'ruqdan keyingi davrda suv purkab yuvintirish tavsiya qilinmaydi.

Suv purkab yuvintirish uchun 2 l suv yoki dori eritmasi tegishli haroratda tayyorlanadi, Esmarx krujkasi va qinli uchlik, tuvak va taglik kleyonka kerak bo'ladi. Ko'pincha margansovkaning kuchsiz eritmasi (2 l suvga 5-6 chimdim margansovka), izotonik 0,9% osh tuzi eritmasi, natriy gidrokarbonat eritmasidan (2 choy qoshiq soda 1 l suvga), bor kislotasi eritmasidan (2-4 choy qoshiq 0,5 l suvga) foydalaniladi.

Qinli uchliklar shishali va plastmassali bo'ladi. Ular 15 sm li biroz egilgan naycha shaklida, 1 sm qalinlikda, uchida bitta teshik yoki uchining yonida bir nechta teshiklar bilan bo'ladi. Shisha uchliklar ishlatishdan oldin sterilizatsiyalanadi, plastmassali uchliklar antiseptik eritma bilan yuviladi. Esmarx krujkasi 70-100 sm krovatdan yuqorida osib qo'yiladi va unga 1 l eritma quyiladi. Suv purkab yuvintirish vaqtida bemor yotoqida oyolarini tizzadan bukib, sonlarini ochib yotadi. Ostida tuvak bo'ladi. Jinsiy lablarni toza suvda sovun bilan yuvib, chap qo'lning barmoqlari bilan jinsiy lablar ochiladi, ehtiyotlik bilan uchlik jinsiy tirqishga kiritiladi va sekinlik bilan yuqoriga orqaga tomon 6-7 sm kiritiladi. Keyin bir qo'l bilan uchlikni ushlab

boshqasi bilan jo'mrak ochiladi, suyuqlik yuqori yoki past tezlikda yuboriladi. Uchlik muolaja tugagandan keyin ehtiyotlik bilan siydik chiqarish kanaliga tegib ketmaslik uchun oldinga va orqaga tomon totib olinadi.

Ginekologik bemorlarda suv purkab yuvintirish davolovchi muolaja sifatida o'tkaziladi. Ayrim hollarda bemorlar eritma uzoqroq ta'sir etishi uchun biroz vaqt yotishadi. Ishlatib bo'lingandan keyin Esmarx krujkasi birinchi iliq suvda keyin dezinfeksiyalovchi eritmada yuviladi, uchlik 3%li xloramin yoki bor kislota eritmasiga solinadi.

Siydik katetrini parvarish qilish

Bemorda siydik qopidan siydikni chiqarish uchun doimiy kateter bo'lishi obdon gigienik parvarishni talab qiladi va bemorning optimal suyuqlik qabul qilishini talab qiladi. Bemor siydik konsentratsiyasini kamaytirish uchun tez -tez suyuqlik ichishi kerak va bu bilan siydik yo'llari infeksiyasi rivojlanish ehtimoglini kamaytiradi. Gigienik parvarishlash oraliqni parvarish qilish va kateterni parvarishlashni o'z ichiga oladi. Bunda havsizlik qoidalariga amal qilish kerak:

- oraliqni oldindan orqaga qilib yuviladi;
- kateter naychasini sonning ichki yuzasiga ishonchli biriktirilganligini nazorat qilish kerak;
- drenaj xalta krovatga shunday biriktirilishi kerakki bunda xalta bemorning siydik qopidan pastda bo'lishi, lekin polga tegmasligi kerak;
- katetr naychasi buralmasligi va qovuzloqlar hosil qilmasligi uchun tekshirib turish zarur.

Oraliqni parvarish qilish uchun quyidagilar kerak:

- rezinali qo'lqoplar;
- sochiq;
- kleyonka;
- salfetaklar va qog'ozli sochiq;

- chiqindi uchun xalta;
- iflos bo'lgan kiyim uchun xalta;
- paxtali tamponlar;
- qisqich;
- ko'za yoki yuvinish uchun tog'oracha;
- sovun.

Muolajani o'tkazish uchun esa quyidagilar qilinadi:

- krovatning bosh qismini bemor gorizontal holatda yotishi uchun tushiriladi;
- bemorni ustidan odeyal bilan yoping, tog'ora va oyoqlarni ochiq qoldiriladi;
- bemorni dumbasi tagiga kleyonka yoziladi va uning ustiga tog'ora qo'yiladi.

Bemordan oyoqlarini bukib, dumbasini ko'tarishini so'raladi. Agar u bu harakatni bajara olmasa, uni yonga ag'darib va kleyonkani to'shab, keyin yana chalqanchasiga yotqiziladi;

- ko'zaga iliq suv solinadi;
- qo'lqoplarni kiyiladi;
- bemordan o'ng tomonda turib, o'ng qo'lga paxtali tamponni olinadi, chap qo'lga esa iliq suv to'ldirilgan ko'za olinadi. Oraliqni qayta ishlashni tepadan pastga tomon bajariladi: jinsiy a'zoldan tashqi chiqaruv yo'li tomon paxtali tamponlarni har bir pastga qilingan harakatdan keyin almashtirish kerak);

- quruq slfetka bilan oraliq terisini o'sha yo'nalishda quritiladi;
- paxtali tamponlar yordamida katetrning 10 sm ni siydik chiqarish kanalidan chiqadigan joyidan boshlab yuviladi va quritiladi. Katetrdan siydik oqmayotganligini yaxshilab ko'zdan kechiriladi;

- katetr naychasini plastr yordamida sonning ichki yuzasiga yopishtiriladi. Katetr siydik chiqarish kanaliga kirish joyida tortilmasligi uchun naychaning tarangligini kamaytirilib va drenaj xalta krovatga biriktirilganligiga ishonch hosil qilinadi;

- bemorni qulay yotqizib ustidan odeyal bilan yopiladi;
- muolajadan keyin bemor o'zini qanday qis qilayotganini so'raladi.

Drenaj xaltani bo'shatish uchun quyidagilar qilinadi:

- qo'lqoplarni kiyiladi;
- o'lchaydigan idishni siydik miqdorini o'lchash va yiqish uchun drenaj xaltaning olib ketuvchi naychasi ostida joylashtiradi;
- olib ketuvchi naychani drenaj xaltaning yonida joylashgan ushlagichdan ozod qilinadi va naychaning qisqichi ochiladi. Siydik o'lchaydigan idishga to'qiladi;
- qisqichni yopib, olib ketuvchi naycha oxirini spirt bilan qo'llangan salfetka bilan artiladi, olib ketuvchi naychani ushlagichga biriktiriladi;
- qo'lqoplarni yechib va muolajadan keyin qo'llar yuviladi.

Epitsistostomani parvarish qilish

Epitsistostoma - bu siydik qopidan qorin oldi devoriga chiqarilgan sun'iy shakllantirilgan siydik yo'li. Agar epitsistostoma uzoq muddatga qo'yilgan bo'lsa siydikni chiqarish boshchali rezinali kateter yordamida amalga oshiriladi (Peterser yoki Maleko kateteri). Kateter bir oyda bir marta almashtiriladi, chunki u siydik tuzlari bilan yopilib qolishi, almashtirilganda yoki olib tashlanganda darz ketishi, boshchasi tomondan uzilib ketishi mumkin.

Epitsistostomasi bo'lgan bemorlarda haftada 2 martadan kam bo'lmagan holda siydik qopi yuvilishi kerak.

Epitsistostomani parvarish qilish va sutkalik siydikni yig'ish quyidagicha amalga oshiriladi.

Epitsistostoma atrofidagi terini parvarish qilishda:

- epitsistostoma atrofidagi teri furatsilin eritmasi bilan yuviladi (shuningdek kaliy margansovkasiing kuchsiz eritmasidan ham foydalanish mumkin);
- teri sathi salfetka bilan quritiladi;
- epitsistostoma atrofidagi teriga Lassar pastasidan yoki "Stomageziv" mazidan surtiladi;
- maz' so'rilib bo'lgandan keyin qolgan qismini salfetka yordamida artib tashlanadi.

Epitsistostoma parvarishida drenajlarning funksiyasi ustidan nazorat qilinadi. Agar toza qon yoki uning quyqalari ajralmada paydo bo'lsa, bu operatsiyadan keyin birinchi kunlarda havfli emas. Drenajdan siydik oqishi to'xtaganligini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki bu drenajning yopilib qolishi, tushib qolishi va katetrning egilib qolishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Boshli katetr orqali siydik qopini yuvish uchun quyidagilar qilinadi:

- steril qo'lqoplar kiyiladi;
- steril Jane shpritsiga 200 ml steril fursilin eritmasi yoki 3% li bor kislota eritmasi tortib olinadi;
- boshchali katetrni siydik qabul qiluvchi idishdan ajratiladi;
- shprits kanyulasini katetr teshigiga qo'yiladi;
- sekinlik bilan siydik qopiga 30-40 ml eritma yuboriladi;
- shprits kanyulasini katetrdan ajratiladi;
- oqayotgan suyuqlik ostiga lotok yoki boshqa idish qo'yiladi;
- muolaja toza yuvindi suvlar paydo bo'lguncha qaytariladi.

Boshchali katetr almashtirishda quyidagilar qilinadi:

- eski katetrni olib tashlagandan keyin epitsistostoma atrofidagi teri dezinfeksiyalovchi eritma bilan qayta ishlanadi;
- yangi steril "o'tkazgich" katetr kiritiladi (uzun metall moslama), uning boshi cho'zilganligi uchun katetr oxirigacha tortiladi;
- katetrni o'tkazgich bilan ushbu sistostoma orqali siydik qopiga kiritiladi;
- "o'tkazgich"ni siydik qopidan olib tashlanadi, bunda to'qirlangan boshcha katetrni siydik qopida fiksatsiyalaydi;
- boshchali katetrni Jane shpritsi yordamida tekshirish uchun siydik qopiga steril furatsilin yoki bor kislota eritmasi kiritiladi.

Kunduzi siydikni yig'ish uchun katetrning tashqi uchi siydik qabul qiluvchi idishga tushiriladi, yuradigan bemorlarda kiyim ostida qorin yoki songa osib qo'yiladi.

Kechasi agar bemor yurmasa katetrning tashqi uchi krovatga biriktirilgan konteynerga tushirib qo'yiladi.

Siydik qabul qiluvchi idishni almashtirishda quyidagilar qilinadi:

- toza siydik qabul qiluvchi idish tayyorlanadi;
- siydik qabul qiluvchi idish naychasi katetrdan ajratiladi;
- ishlatilgan siydik qabul qiluvchi idishdan siydik to'qiladi, eski siydik qabul qiluvchi idish sellofan paketga solinadi va tashlab yuboriladi (agar siydik qabul qiluvchi idish yangisiga almashtirilmasa, uni suv bilan yuvib va 1 soat 3%li xloramin eritmasiga botirib qo'yib, keyin yana suv bilan yuvib qayta ishlatish mumkin);
- toza siydik yig'uvchi idish katetr bilan biriktiriladi;
- o'lchagich bilan epitsistostoma o'lchami tekshiriladi;
- muolajadan keyin qo'lqoplar yechilib, qo'llar yuviladi.

Traxeostomani parvarish qilish

Traxeostoma - bu traxeyadan sun'iy shakllantirilgan nazal yo'li bo'lib, bo'yin qismidan tashqariga nafas olish uchun, burun-halqumni chetlab o'tib chiqarib qo'yiladi. Traxeostomaga ikki qismdan tashkil topgan traxeostomik kanyulya qo'yiladi: tashqi va ichki naychalar. Bu naychalar bir xil uzunlikda bo'lib, ichkisi tashqisiga maxsus fiksator yordamida biriktiriladi. Zamonaviy traxeostamik kanyulalarda plastikli naychalar bir butun qilib biriktirilgan. Tashqi naychani pastki oxirida maxsus manjeti bo'lib, naycha traxeyaga fiksatsiya qilinganda havo bilan shishiriladi va traxeyaga so'lak hamda shilliq o'tishiga qarshilik qiladi. Naychani bo'yinga fiksatsiyasi maxsus bintning bog'lam va tasmalari bilan amalga oshiriladi. Bintning oxirlari ikki tomondan kiydirilib naychani maxsus "quloqchalar"i orqali kiydiriladi va "bantik" ko'rinishida bo'yindan orqada bog'lanadi.

Bo'yin terisini ta'sirlanishini oldini olish uchun naycha atrofida Y-simon kesimli steril salftkalar qo'yiladi. Uy sharoitida har kunlik traxeostoma parvarishi mustaqil ravishda yoki yordamchi tomonidan amalga oshiriladi.

Traxeostomani to'g'ri parvarishlash uchun traxeya va kanyulani o'tkazuvchanligini ta'minlash lozim, bunda quyidagilar qilinadi:

- traxeostomadan kanyula olinadi - buning uchun fiksatsiyalovchi bog'lamlar yechiladi, shprits bilan manjet havosi chiqariladi va kanyula olinadi;

- kanyulani ichki tomoni shilliq va boshqa narsalardan dokali tampon va qaynagan suv bilan tozalanadi. bu muolaja sutkasiga iiki marta traxeyadan naycha olib tashlangandan keyin qaytariladi;

- kanyulani traxeostomaga kanyula tozalangandan keyin kiritiladi. Uni burovchi harakat bilan qo'yiladi. Bunda traxeostomik kanyulya "quloqcha"si traxeya o'qi bo'yicha joylashadi, kiritish jarayonida 90 gradusli burilish amalga oshiriladi;

- traxeya va bronxlarni yuqori qismini quruq havo ta'sirida turib qolgan balg'am tezda qotib qolishini tozalash. Buning uchun bemor mustaqil yoki hamshira yordamida kanyulaga iliq sodali eritmani tomizishi kerak (1 choy qoshiq bir stakan iliq suvga), ferment preparat (xemotripsin) bilan birga kiritish mumkin. Bu moddalar balg'am va shilliqni suyultiradi. Tomchilangandan keyin bemorni yo'talishi so'raladi.

Ushbu muolajani ko'rsatilgan tartibda sutkasiga ikki marta takrorlash kerak, ayrim hollarda agar bemor yomon nafas olsa kuniga bir necha marta qilinadi. Shuni esda tutish kerakki bu qoidalarga amal qilmaslik yomon oqibat-asfiksiga olib kelishi mumkin. qurib qolgan balham kanyula devoridan qattiq yo'talganda ajralib, traxeya va bronxlarga o'tib,nafas yo'llarini yopib qo'yishi mumkin.

Traxeostoma atrofidagi terini parvarish qilishda quyidagilar qilinadi:

- traxeostoma atrofidagi teri salfetkalar yordamida va iliq qaynatilgan suv yoki furatsilin yordamida tozalanadi (1 ta tabletka 1 stakan suvga).

Ushbu maqsadlarda kuchsiz pushti rangli kaliy margansovkasidan foydalanish mumkin;

- salfetka yordamida terini quritiladi;

- toza teriga ruxli pasta yoki Lassar pastasi yoki "Stomageziv" mazi surtiladi. Terini tal'k yoki quruq tanin bilan qayta ishlash ham mumkin;

- traxeostomik kanyula quloqchalari tagida Y simon kesimli salfetka qo'yiladi. Shundan so'ng fiksatsiyalanuvchi bog'lamlar bo'yinga biriktiriladi.

Kolostomani parvarishi

Kolostoma - bu yo'g'on ichakdan sun'iy hosil qiligan, qorin devori yuzasiga yangi yo'l bilan organizmning hayot faoliyati natijasida paydo bo'luvchi axlat massalarini chiqaruvchi oqma yara hisoblanadi. Uy sharoitida kolostoma parvarishini bemor mustaqil o'zi yoki parvarish qiluvchi tomonidan amalga oshiriladi. To'g'ri ichakni qorin devoriga chiqarilgandan keyin kolostoma parvarishi xuddi ifloslangan jarohatdek parvarish qilinadi. Axlat massalarini tozalab bo'lingandan keyin stoma antiseptik eritmalar (furatsilin) bilan qayta ishlanadi va antiseptik bog'lam qo'yiladi. To'g'ri parvarish qilinganda bog'lam ifloslangandan keyin birdaniga almashtirilishi kerak, atrofdagi teri esa antiseptiklar hamda ruxli maz' bilan qayta ishlanadi. Teri ta'sirlanmasligi kerak.

Kolostomani qayta ishlash uchun quyidagilar qilinadi:

- suyuq yoki shakllangan axlat massalarini olib tashlanadi; stomani iliq qaynagan suv bilan yuviladi;
- kolostoma atrofidagi teri iliq qaynagan suv bilan qayta ishlanadi va salfetka bilan quritiladi;
- Lassar pastasi teriga surtiladi (dermatolli yoki ruxli pasta) yoki "Stomageziv" pastasi surtiladi;
- so'rilgan maz' yoki pasta qoldiqlari salfetka bilan artiladi;
- bo'rtib turgan shilliq qavatga ("atirgulcha") vazelin surkalgan salfetka qo'yiladi;
- oqma yara doka bilan yopiladi;
- bog'lamga paxta qo'yiladi;
- bog'lamni bint yoki bandaj bilan mustahkamlanadi.

Kolostoma shakllantirilgandan keyin kalopriemniklardan foydalansa bo'ladi. quyidagilarni tayyorlanadi:

- yangi kalopriemnik (tegishli tip va o'lchamda);

- stoma o'lchamini tekshirish uchun o'lchagich (trafaret) - almashtirilishi mumkin;

- "Stomageziv" mazi yoki Lassar pastasi;
- qog'ozli sochiq yoki salftkalar;
- qog'ozli xaltacha yoki gazeta (ishlatilgan kalopriemnik uchun);
- kichik qaychilar (hoqishga qarab bitta yumaloq va ikkinchisi o'tkir uchli bo'lgan);
- qo'shimcha qisqich (drenajlanuvchi kalopriemniklar uchun);
- kichik oyna.

Ushbu predmetlar sizga stomani parvarishlash uchun zarur bo'ladi, shuning uchun ularni bitta joyda yopiq og'izli konteynerda va ishlatishga tayyor holda saqlash kerak.

Kalopriemnikni almashtirish uchun quyidagilar qilinadi:

- toza kalopriemnik tayyorlanadi (qaychi bilan plastinani markaziy teshigi shunday kengaytirilishi kerakki bunda u o'ziga kolostomani sig'dirishi kerak);
- ishlatilgan kalopriemnik yuqori qismidan boshlab sekinlik bilan ajratiladi;
- ishlatilgan kalopriemnik plastikli yoki qog'ozli paketga solib tashlab yuboriladi;
- stoma atrofidagi teri quruq dokali yoki qog'ozli salftkalar bilan artiladi;
- stoma iliq qaynatilgan suv bilan yuviladi;
- stoma atrofidagi teri iliq qaynatilgan suv bilan yuviladi;
- salftkalar bilan terini quritiladi (paxta ishlatish mumkin emas, chunki u vorsinkalarni qoldiradi);
- kolostoma atrofidagi teriga "Stomageziv" kremi yoki Lassar pastasi surtiladi;
- kremni qoldiqlari salftka bilan olib tashlanadi;
- o'lchagich yordamida kolostoma o'lchami yangidan o'lchanadi;
- stomaga toza kalopriemnik qo'llanmaga ko'ra biriktiriladi.

Agar bemor adgeziv (yopishadigan) kalopriemniklardan foydalansa teshik markazini stoma ustidagi joylashtiring (tegishli holatni tekshirish uchun

oynadan foydalaning) va uni teriga bir tekisda yopishtiring, plastina tekis va burmalari yo'qligiga ishonch hosil qiling.

Xaltaning drenaj teshigi to'g'ri joylashganligiga ishonch hosil qiling (teshigi pastda bo'lishi) va fiksator yopiq holatda bo'lishi kerak. Ishlatilgan kalopriemnikni pastki qismini qaychi bilan ochilib bo'shatiladi, ichidagi axlat unitazga to'kiladi. Kalopriemnikni suv ostida yaxshilab yuviladi, gazetaga o'ralib musor konteyneriga tashlab yuboriladi.

Gastrostomaning parvarishi

Agar bemorda qizilo'ngachni o'tkazuvchanligi buzilishi yuzasidan operatsiya qilingan bo'lsa va unga gastrostoma qo'yilgan bo'lsa (oshqozon devorida, qorin oldingi devorida shakllantirilgan teshikka qo'yilgan rezinali naycha) oziqlantirish bir qator xususiyatlarga ega.

Oshqozondagi maxsulot oqib ketmasligi uchun naycha egiladi va bog'lanadi yoki qisqich bilan qisiladi. Oziqlantirishdan oldin naycha yechiladi va uning oxiriga voronka kiydiriladi, unga oziqlantiruvchi aralashma quyiladi.

Gastrostoma atrofidagi terini parvarishlash:

- agar gastrostoma atrofiga tuklar bo'lsa teri tekis tozalanadi;
- har bir oziqlantirishdan keyin teri iliq suv bilan yuviladi yoki furatsilin eritmasi bilan yuviladi (1 tabletka furatsilin bir stakan qaynatilgan iliq suvga). Kaliy margansovksining oqish-pushti kuchsiz eritmasidan foydalanish mumkin (bir nechta krastallar bir stakan iliq suvga);

- gastrastoma atrofiga shifokor tavsiya qilgan mazlar ("Stomagezin") yoki pasta (ruxli, Lassar, dermatolli) surtiladi va tal'k sepiladi (tanin kukuni yoki kaolindan foydalansa ham bo'ladi). Mazlar, pastalar, sepkichlardan foydalanish gastrastoma atrofiga po'stloqlar hosil bo'lishiga olib keladi va terini oshqozon shirasi ta'siridan qimoyalaydi;

- maz' yoki pasta qoldiqlari salfetka bilan olib tashalanadi;
- gastrostoma orqali oziqlantiriladigan rezinali naycha oziqlantirishdan keyin biroz qaynagan iliq suvda yuviladi.

Jarohatlarni parvarish qilish

Jarrohlik amaliyotidan keyingi jarohatni parvarishlashda uning holati baholanadi: jarohat atrofida qizarishlar borligi, choklar holati, jarohatga qo'l tekkizganda bemor ta'sirchanligiga e'tibor qaratiladi.

Bog'lamni almashtirish quyidagicha amalga oshiriladi:

- hamma ishlatilayotgan predmetlar sterilligi tekshiriladi;
 - bog'lovdan keyin va oldin qo'llarni sovun yoki antiseptik bilan yuviladi.
- qo'llarni qog'ozli sochiqqa yoki salfetalarga artiladi, ko'p marta ishlatiladigan sochiqdan foydalanish mumkin emas;
- muolajagacha qo'lqoplar kiyiladi;
 - ishlatilgan asboblari va material idishga solinib, epidemiyaga qarshi tartibga ko'ra qayta ishlanishi kerak;
 - hohishga ko'ra bir martalik steril dori vositalari upakovkalardan foydalanish kerak.

Muolajadan oldin quyidagilar qilinadi:

- qo'llar yuviladi;
- bog'lov uchun hamma kerakli narsalar tayyorlanadi (steril salfetkalar, qo'lqoplar: steril va nosteril, qaychi, pinset, lotok, yod spirtli eritmasi, bint, leykoplastir yoki bog'lamni mustahkamlash uchun kleol);
- bemorga muolaja va uni maqsadi tushuntiriladi;
- bemor qulay yotqiziladi, jarohat joylashgan soha ostiga kleyonka qo'yiladi;
- ifloslangan predmetlar uchun yon tomonda paket bo'lishi kerak.

Muolaja quyidagicha amalga oshiriladi:

- nosteril qo'lqoplar kiyilib ifloslangan bog'lam olib tashlanadi. Bu tez, bemor uchun og'riqsiz va tartibli amalga oshiriladi. Agar bog'lam jarohatga yopishgan bo'lsa uni steril suv yoki vodorod perioksid bilan ho'llash kerak. Iflos material va qo'lqoplar plastik paketga tashlanadi;
- steril qo'lqoplar kiyiladi;
- pinset bilan steril dokali salfetka olinadi, uni steril distillangan suv bilan yoki 0.9 %li natriy xlorid bilan qo'llanadi, jarohat yuviladi, steril salfetka bilan quritiladi. Ishlatilgan material paketga solinadi;

- jarohat yod spirtli eritmsi bilan qayta ishlanadi, buning uchun pinset va salfetskadan foydalaniladi;

- jarohat steril salfetka bilan yopiladi, tepasidan katta salfetka qo'yiladi. Bog'lov materiali leykoplastr' yoki kleol bilan mustahkamlanadi;

- bemor qulay yotqiziladi;

- kleyonka olib tashlanadi;

- ishlatilgan predmet va qo'lqoplar plastik paketga solinadi;

- qo'llar yuviladi.