ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ

 РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ

“**Онкологик касалликларда ҳамширалик парвариши**”

( Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва ихтисослаштириш марказлари ва унинг филиаллари тингловчилари учун ўқув услубий қўлланма)



 АНДИЖОН 2021 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА УЛАРНИ ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ

|  |  |
| --- | --- |
| ТАСДИҚЛАЙМАНЎзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий таълимни ривожлантириш маркази директори  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Р.Янгиева  “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 й  | КИРИТИЛДИРеспублика ўрта тиббиёт ва фармацевт ходимларининг малакасини ошириш ва ихтисослаштириш маркази Андижон филиали директори\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.А.Тураходжаева “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 й   |

« **Онкологик касалликларда ҳамширалик парвариши** »

ЎҚУВ УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

(Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш марказлари ва унинг филиаллари тингловчилари учун ўқув-услубий қўлланма)

АНДИЖОН – 2021йил

|  |  |
| --- | --- |
| Тузувчилар:  |  |
| Г.И.СодиқоваД.М.Гаппарова | Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчисиРеспублика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали услубчиси |
|  |  |
| Тақризчилар: |  |
| А.Т.Джумабоев | РИО ва РИАТМ Андижон филиали онкомаммолог  |
| Г.Ж.Хакимова | РИО ва РИАТМ Андижон вилоят филиали директори,т.ф.н |
|  |  |

Ўқув дастури Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиал педагогик Кенгашида кўриб чиқилган

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 й. баённома № \_\_\_\_\_\_

 Кенгаш раиси \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.А.Тураходжаева

 имзо

 Ўқув дастури ССВ ҳузуридаги узлуксиз касбий таълим муассасалараро мувофиқлаштирувчи Кенгашда кўриб чиқилган ва тасдиқланган

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021й. баённома № \_\_\_\_\_\_

 **Кириш.**

Мазкур ўқув қўлланма онкологик даволаш профилактика муассасалари ва оилавий поликлиникаларда фаолият олиб бораётган ҳамшираларни ҳар томонлама етук, ихтисослик фанлари бўйича етарли билим, малака, кўникмаларга эга бўлишларига эришиш, улар мустақил фаолияти яъни, ўқитиш, кўрсатмалар бериш, ўз-ўзини бошқариш ҳамда маслаҳатлар беришга доир тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш, янги назарий билимларни амалий кўникмалар орқали мустаҳкамлаш, психологик парвариш кўникмаларини эгаллашга қаратилган. Ушбу ўқув қўлланма мақсади ҳамширалик педагогикасини шакллантириш бўлиб маслаҳатлар бериш йўли билан улар фаолият турини ривожлантиришга қаратилгандир.

 Одатда онкологик касаллиги бор беморлар биринчи бўлиб онкологга эмас, балки бошқа соха шифокорларига мурожаат этадилар. Хавфли ўсмаларнинг бошланғич белгиларини билиш даражаси, уни ўз вақтида аниклай олиш ва беморни тезда мутахассисларга юборилиши кўпинча беморнинг такдирини хал килади.Шу ўринда ўрта тиббиёт ходимининг ўрни мухим саналади.Улар касалликни эрта босқичларида аниқлаб,керакли мутахассисга беморни йўналтириш орқали оғир асоратли онкологик каслликларни олдини олишга эришиши мумкин.Бу жараёнда ўрта тиббиёт ходимининг онкологик касалликлар бўйича билим савияси етарли бўлиши зарур.Ушбу қўлланма тиббиёт ходимига бошланғич билим ва кўникмани бера олади

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан кейин кадрлар тайёрлаш давлат дастури тузилиб, тиббиёт сохасида ўрта тиббиёт ходимларини билим савиясини , малакасини оширишга алохида эътибор қаратилмоқда. Ушбу услубий қўлланма хам ўрта тиббиёт ходимларининг онкологик касалликлар мавзусида бошланғич билимларини шакллантиришда ёрдам беради.

Ушбу услубий қўлланмада хавфли ўсмаларнинг келиб чиқиш омиллари, нормал хужайранинг ўсма хужайрасига айланиш механизмлари, ташхисоти, даволаш, олдини олиш қоидаларининг энг янги маълумотлари мужассамлашган.

 Ўқув қўлланмада барча оилавий поликлиника ва онкология тиббиёт марказлари тизимидаги ҳамшираларни малакавий тавсифномаси ва лавозим йўриқномаларига мувофиқ, лозим бўлган янги билимлар ва кўникмаларни етарли даражада ўзлаштиришга қаратилган материаллар тақдим этилган. Шу муносабат билан беморларга хавф солувчи асоратларни олдини олиш, тўғри турмуш тарзини шакллантиришга қаратилган парваришни амалга ошириш ҳамда мустақил равишда олиб бориладиган ўқитиш ишларини такомиллаштиришга эришилади.

 Ушбу услубий қўлланма онкология бўлимлари, ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган патронаж/оила ҳамшираларни ўқитишга мўлжалланган. Хамширалар зарурият туғилганда малакали биринчи тиббий ёрдамни кўрсата билишлари керак. Шундан келиб чикиб “Онкологик касалликларда ҳамширалик парвариши” бўйича аҳолига маслаҳатлар бериш. Ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифалари тингловчиларга малакали билимларни бериш, уларга назарий ва амалий жихатларини хар томонлама ўргатишдан иборат.

**Онкологик касалликларда ҳамширалик парвариши.**

**Онкология** – ўсмалар хакидаги фан бўлиб, грекча **онко**-ўсма, **логус**-фан деган маънони англатади ва жуда қадим замондан ривожланган.

 Ўсма деганда тўкималарнинг патологик ўсиши тушунилади, у бир неча сабабларга кўра хосил бўлади ва у соғлом тўқимлардан тузилиши, ривожланиши, ўсиши, озиқланиши ва моддалар алмашинуви жараёнлари билан кескин фарқ қилади.

**Ўсмаларнинг таснифи.**

Ўсмалар уларни ташкил этган тўқималарнинг тузилишига кўра қуйидаги гурухларга бўлинади.

1. Эпителиал ўсмалар: хавфсиз (папилломалар-сўрғичсимон,аденомалар-безсимон,кисталар- бўшлиқли ўсмалар); хавфли ўсмалар (карцинома ёки рак).
2. Бириктирувчи тўқима ўсмалари: хавфсиз (фибромалар); хавфли (саркомалар).
3. Томир ўсмалари: а) хавфсиз; (гемангиома, лимфангиома); б)хавфли (гемангиосаркомалар)
4. Ёғли ўсмалар (липома) хавфсиз: хавфли (липосаркома).
5. Нерв тўқимаси ўсмалари: а) хавфсиз (невринома; б) хавфли(хавфли невринома).
6. Пай қинлари ва бўғим халталари ўсмалари: а) хавфсиз(синовиома);б) хавфли (хавфли синовиома)
7. Аралаш ўсмалар: хавфсиз ва хавфли тузилишга эга бўлган турли хил тўқималардан иборат ўсмалар.

 Хавфли ўсмалар деганда етилмаган тўқимадан ривожланган ўсмалар тушунилади. Улар тез ўсиши, қўшни тўқималарга ўсиб кириши ва ўсма хужайраларининг лимфа йўллари ёки қон томирлари системаси орқали бошқа аъзолар ва тўқималарга тарқалишига (метастазланиш) мойиллиги билан ажралиб туради.

 Ўсма олиб ташлангандан кейин у яна шу сохада пайдо бўлиши мумкин. Ўсмаларнинг қўшни тўқималарга ўсиб кириши, ўсма хужайраларининг тўкималараро ёриқларга кириши, қўшни тўқималарни емириши ўрин алмашинуви йўли билан содир бўлади. Бундай ўсиш инфилтратив ўсиш дейилади. Метастатик ўсма оналик ўсма тузилишига эга ва тез суратда ўсиши билан фарқ қилади.

Хавфли ўсманинг ўсишида тўрт давр фарқ қилади:

* ўсманинг махаллий ўсиши;
* унинг лимфа йўллари бўйлаб яқиндаги лимфа тугунларигача тарқалиши;
* метастазларнинғ гематоген тарқалиши;
* ўсманинг бутун организм бўйлаб тарқалиши.

**Ўсмаларнинг пайдо бўлиши ва ўсиш сабаблари.**

 Хозирги вақтда ўсмаларнинг пайдо бўлишини тушунтирадиган асосий назария полиэтиологик назария хисобланади.

 Бу ўсма назариясига биноан тирик организмнинг хар бир хужайрасида ўсма қўзгата оладиган махсус вирус булади, бироқ бу вирус фаолсиз (анабиоз) холатда туради. Унинг фаол холатга ўтиши учун катор ташқи омиллар (концирогенлар)нинг қўшимча таъсири бўлиши зарур.Улар ўз навбатида кимёвий (чиқинди, газ, тутун, кимё корхоналарида бўладиган бензипиренлар,ароматикаминлар ва бошкалар), физикавий (қўёшнинг ультрабинафша нурлари, рентген, гамма нурлари, атомнинг элементар заррачалари ва хокозолар) ва биологик (турли паразитар) омилларга бўлинади.

**Онкологик беморларни тиббий кўрикдан ўтказиш**.

 Онкологик беморларнинг мехнатга лаёқатлилиги, уни даволашдаги ютуғи ва фаол хаётга қайтишига боғлик хавфсиз ўсмаларда ишга лаёқатлилик ва ногиронликни аниқлашда қийинчилик бўлмайди хавфсиз ўсмалардан даволаниш қонуний равишда мехнатга лаёқатлиликнинг йўқолишига олиб келмайди.

 Онкологик беморларда хавфли ўсмалар бўлганда эса аниқ даволаш хақида тасаввур бўлмаганлиги учун ишга лаёқатсизлик даражасини аниқлаш жуда қийин.

 Агар онкологик беморни даволагандан кейин 5 йилдан сўнг рецидив ёки метастаз бермаса, бундай бемор тўлиқ даволанган хисобланади. Аммо бу вақт шартли равишда белгиланган. Баъзан 10 ёки 20 йилдан сўнг хам даволанган беморларда метастаз аниқланган шунинг учун хам врачлар 5 йиллик муддатни даволаниш чегараси қилиб олишган бўлсада, хар бир беморга алохида эътибор берган холда ишга лаёқатсизлик ва ногиронлик белгиланиши мумкин.

 Энг асосийси беморнин даволаниш вақтига эътиборни кучайтирмасдан, беморнинг ахволига хам эътибор бериш керак.

 Беморнинг яшаш жойидаги поликлиника ёки тиббий муассаса томонидан ТМЭК (тиббий мехнат экспертиза комиссияси) хулосасига кўра ишга лаёқатсизлик варақаси яна 2-3 ойгача узайтирилиши мумкин. ТМЭКга беморни бирламчи юборгандан кейин эксперт қарорига биноан хамма холатлар кўриб чиқилади.

**Касалликни олдини олиш бўйича тиббиёт кўригини**

**ташкил этиш ва уни ўтказиш.**

 Хозирги замон тиббиёти профилактик ва соғлом турмуш тарзи йўналишида олиб борилмоқда. Ахолини соғламлаштириш учун курашнинг асосий усули аҳолини ялпи диспансерлашдир, худди шу усул билан касаликка қарши фаол курашиш, мехнат ва турмуш шароитини яхшилаш ва даволаш профилактика ёрдамининг хамма турини ташкил қилиш мумкин.

 Хозирги вақтда хавфли ўсмалар билан беморларни диспансерлаш бўйича хам тажриба орттирилган. Шу тажрибага асосан ахолини диспансерлашда асосий йўналишлар белгилаб олинган, диспансерлашнинг асосида қўйидагилар назарда тутилади;

* касалликни барвақт аниқлаш ва беморларни аниқлаш фаоллигини ошириш
* алохида гурухдаги соғломлар ва беморларни хисобга олиш ва уларни фаол кузатиш.
* касалликни олдини олиш, тезда соғлигини ва мехнат фолиятини тиклашга қаратилган даво профилактик тадбирларни ўз вақтида режалаштириш
* ахолини саломатлигига таъсир қилувчи ташқи мухит таъсиротларини аниқлаш, соғлигига тўғри келишига қараб мехнат шароитини яхшилаш ва ишга жойлаштиришга қаратилаган тадбирлар тузиш.

 Хавфли ўсма касаллигининг олдини олишда ўсма олди касалликларини барвақт аниқлаш, фаол даволаш ва мехнатни мухофаза қилишда касбий ва маиший зарарли омилларни бартараф этиш кабилар асосий масала ҳисобланади. Хавфли ўсмаларни барвақт аниқлаш ва профилактика қилишининг энг фаол усулларидан бири аввало ахолини профилактик тиббий кўрикдан ўтказишдир.

 Хавфли ўсмаларни этиология ва патогенезини ўрганиш қайси йўналишда олиб борилишга қарамасдан, хозирги вақтда профилактика қилиш ахолини ялпи соғломлаштириш тартибида олиб борилаверади.

Ахоли ўртасида чекишга, газ ва тутинга қарши курашиш юқори нафас йўллари хавфли ўсма касаллигининг камайишига олиб келмоқда.

 Республикамиз худудларида аҳолини ялпи профилактик текшириш аёлларда 30 ёшдан эркакларда 35 ёшдан бошлаб олиб борилмоқда унда кўп миқдорда хавфли ўсма касаллиги билан оғриган беморлар аниқланмоқда.

 Хавфли ўсмаларни профилактика қилиш умумий тарзда олиб борилади, бунга жисмоний чиниқиш, соғлом турмуш тарзи (чекиш ва спиртли ичимликларга қарши кураш), етарли даражада сифатли овқатланиш киради. Бундан ташқари, махаллий профилактика, яъни органлар бўйича профилактика қилиш хам фарқ қилинади. Бу демак ўсма олди касалликларининг олдини олиш ва даволашдир.

**Хавфли ўсимта хасталикларини текшириб ташхис қўйишда цитологик текширишни ахамияти.**

 **Цитологик усул.** Текширишнинг бу усули аниқ тан олинган ва кенг тарқалган. Поликлиника шароитида аниқланадиган оддий усуллар-хавфли ўсмаларга барвақт ва аниқ ташхис қуйишда ишончлидир.

 Биопсия – ўсма ёки ўсма деб гумон қилинган сохадан тўқиманинг кичик бўлаги кесиб ёки асбоб ёрдамида узиб олиниб гистологик текширилади. Баъзан ўсма тугунчаси ёки метастаз деб гумон қилинган лимфа тугуни тўлиқ кесиб олинади. Биопсияга жахонда биринчи марта 1875 йилда Россиялик патологик анотомиянинг асосчиси М.М.Руднев асос солди. Биопсия ўсма касаллигининг бирдан бир ишончли ташхис қўйиш усули бўлиб, онкология муассасаларида кенг қўлланилади. Поликлиника шароитида тўғри ичак ва йўғон ичак, бачадон бўйни ва бошка органларни эндоскопик текширишда биопсия усулидан фойдаланилади.

 Биопсия натижасида олинган материаллар патолоанотомик бўлимига текшириш учун ёки агар биопсия материали узоқроқ муддатда юборилса махсус идишга фиксацияловчи суюклик ичига солиб юборилади.Агар гистологик текшириш учун олинган тўқима махсус пункция игнаси ёрдамида олинса ,буни пункцион биопсия дейилади.

 **Термография -** сут безини термографик текшириш 80-87% рак билан касалланганлигини аниқлашда ёрдам беради.

 Хозирги даврда текшириладиган беморда ўсма касаллиги борлигини хавфли ўсма кассалликларини барвақт аниқлаш учун врачларда кўпгина усуллар ва имкониятлар мавжуд, «Онкологик хатарлик »тушунчаси бўлиб, бу ўсма касаллигини барвақт аниқлаш ва ўз вақтида даволаш учун ёрдам беради. «Онкологик хатарлик» бу аввало онкология сохасидаги аниқ билимлар йиғиндиси бўлиб, оддийгина хавф-хатарлик бўлмасдан,қайсики ракни жуда барвақт аниқлашда ёрдам бермайди.

 «Онкологик хатарлик»-турли хил сохада жойлашган ракнинг эрта давридаги белгиларни билган холда беморларни обдон текшириш натижалари йиғиндисидир бу эса аниқ ташхис қўйилгандан кейин ўз вақтида даволашни бошлашдир.

 Беморларни текшириш жараёнида онкологнинг асосий ёрдамчиси тиббиёт патронаж хамшираси, кўриш хонасининг акушери ва онкологик хона хамширасидир. Уларнинг асосий вазифаси, беморларни текширишга ўз вақтида келишини таъминлаш, текшириш учун асбобларни цитология суртма олиш учун предмет ойнасини, пункцион биопсия учун игна ва шприцларни, олинган биопсия тўқимаси учун фиксацияловчи эритмаларни тайёрлаш,тайёрланган суртмалар ва материалларни ўз вақтида патанатомия ёки цитологик лабораторияга юбориш ва натижаларини олишдан иборат.

 Тиббиёт хамшираси учун «Онкологик хатарлик» тушунчаси хавфли ўсма касаллигини билиш, беморнинг тузалиши учун касалликни барвакт аниқлаш хал қилувчи ахамиятга эга эканлиги, ўз вақтида беморларни обдон текшириб аниқлагач, ихтисослашган ёрдам бериш ва касалхонага ётқизиш демакдир.

 **Онкологик беморларни нур билан даволаш усуллари**.

 Бу усул турли ионлаштирувчи нур манбаларини қўллашни кўзда тутади. Нур билан даволаш талайгина ўсмаларга консерватив даво қилишнинг асосий усули бўлибгина қолмай, балки умумлашган давонинг мухим бир қисми тариқасида хам қўлланади асосий ва радикал усул сифатида радиорентгенотерапия тери, лаб, тил, хиқилдоқ, бачадон бўйнининг энди бошланиб келаётган ракида тавсия этилади. Операция қилиб бўлмайдиган беморларга радиорентгенотерапия, кимётерапия билан биргаликда буюрилади. Хар хил нур манбаларидан фойдаланилади;

* Нур билан даволашнинг дистанцион усули,«Луч» ва «Рокс» туридаги қўзғалмас ва юриб турувчи гамма терапия аппарати ёрдамида амалга оширилади. Гамма нурлар электронларнинг тормозланишида хосил бўлади.
* Нур беришнинг контакт усули. Буларга бўшлиқ ичидан нур бериш радиожаррохлик, аппликацион усул каола фокусли рентгенотерапия усули, изотопни танлаб тўплаш усули киради
* Аралаш усуллар нур беришнинг дистанцион ва контактусулларини бирга қўшиш йўли билан ўтказилади.
* Рентгенотерапия - бу қўзғалмас (кўрғошин, панжара орасидан очиқ майдонларга) қўзғалувчан ротацион, маятниксимон, танденцияли рентгенотерапия.

 Ушбу усуллар ўсманинг жойи ва морфологик структураси, касалликнинг босқичи ва беморнинг умумий ахволига қараб қўлланилади. Ионлаштирувчи нурларнинг хамма турлари (алфа ва бетта зарралар, тнейтронлар, протонлар, рентген нурлари ёки гамма нурлари) бир турда аммо хар хил даражада бўладиган ионлаштирувчи таъсир кўрсатади. Биологик таъсири нур турига, ионлар тиғизлигига, уларнинг ионлаштирувчи зарра ўтадиган йўл билан тақсимланишига боғлиқ. Радиобиологик таъсири нур тушган майдон юзаси, нур дозаси ва тури, вақт омили, терапия усули ва беморнинг сезгирлигига қараб хар хил бўлади. Рентген ёки гамма нури катталиги экспозицион доза Р (рентген) ва ютилган доза (рад) билан ўлчанади.

Ионлаштирувчи нур хужайрада ДНК малекуласига таъсир қилади, шу нарса хўжайранинг халок бўлишига олиб келади. Сувни радиолизлаши натижасида ионлаштирувчи нур зарарли таъсир кўрсатиб, алмашинувнинг барча турларини издан чиқаради.

Нур бериш тартибига қараб:

* бир йўла нур бериш;
* узлуксиз нур бериш (5000-6000 рад дозада );
* дистанцион гамма терапияда фракцион равишда нур бериш усуллари тафовут қилинади.

Рентгенотерапияни қуйидаги холларда буюриб бўлмайди:

 беморнинг умумий ахволи оғир бўлганда

* ўсма каттагина жойини зарарлаб, емираётган, қон кетишига сабаб бўлган, томирларга, қовўқ органларига ўсиб кирган, бир талай метастазлар берган холларда.
* фаол ўпка сили, миокард инфаркти, юрак томирлар етишмовчилигида, қандли диабетда.
* сезиларли анемия (гемоглабин 67 г/л дан паст) лейкопения (3х10 /л ёки 1 мкл да 3000 дан кам бўлганда.
* нурдан бирдан ёки сурункали зарарланган махалда.

Ўсмаларга табиий ва сунъий радиактив элементлардан нур бериб даво қилинади. Табиий элементлардан радий (уран парчаланганда хосил бўладиган махсулот) хаммадан кўп кўлланилади. Радиактив изотоплар пластмассадан ясалган аппликациялар холида ишлатилади, шу аппликацияларда тегишли изотоп бўлади ва улар касалланган тўқимага махсус платина игналар ёрдамида кўйилади. Нур билан даволаш, агар нур тўла дозада бериладиган бўлса, радикал ва дозаси кичикроқ бўлса, паллиатив бўлиши мумкин.

 **Онкология хизматини уюштириш.**

Онкологик хизматнинг асосий бўғими онкологик диспансерлар хисобланади. Онкологик диспансерлар замонавий ташхис ва даволаш аппаратлари билан жихозланган бўлиб, унда малакали мутахассислар хизмат қилади. Хавфли ўсмаларга қарши курашиш тиббиётни энг асосий масалаларидан бири бўлиб қолмасдан, давлат масаласи хам бўлиб хисобланади. Хавфли ўсмалар билан касалланиш ва ўлим, ташхис кўйишнинг қийинлиги касалликни олдини олиш учун кенг миқёсида тадбир ўтказиш мураккаб қиммат даволаш усули ва нихоят ракнинг баъзи турлари билан беморларни даволаш натижалари қоникарли бўлмаслиги соғликни сақлаш ташкилотчилари врачлар, тиббиёт ходимлари олдига мураккаб вазифани қуяди, бу эса давлат тадбири миқёсида хал қилинади.

 Ахолига тиббий ёрдамни ташкил қилиш, ракка қарши курашишни ташкил қилиш соғлиқни сақлаш вазирлигининг асосий тармоғи хисобланади. Республикамизда касалланиш ва ўлимни аниқ хисобга олиш, беморларни махсус онкологик муассасаларда даволаш, ўсма касаллиги билан беморларни кенг даражада диспансерлаш каби муаммолар хал қилинган. Онкологик диспансер янги турдаги даволаш профилактик тиббий муассаса давлат соғлиқни сақлаш тармоғи бўлиб ракка қарши хизмат қилади. Диспансер хизмати бу тиббий санитария тадбирининг фаол тармоғидир. У ахолининг саломатлигини доимий кузатиб туриш даволаш профилактика қилишда ёрдам беради, хамда мехнат шароитини, маиший атроф мухитни соғломлаштиришни таъминлайди. Амалий онкологик тармоқларда бир вақтнинг ўзида умумий масалалар хал қилинади:

* онкологик ва ўсма олди касалликларини барвақт аниқлаш ,ташхис қўйиш ва умумлашган давони қўллаш,
* онкологик ва ўсма олди касалликлари билан оғриган беморларни диспансер кузатиш.
* хавфли ўсмаларнинг олдини олиш тадбирларини ўтказиш,
* хавфли ўсмаларни ўз вақтида аниқланмагани ва унга даво қилинмагани сабабларини аниқлаш ва ўрганиш
* хавфли ўсмаларни аниқлаш ва даволашда амалиётга илмий амалий усулларни ишлаб чиқиш ва жорий қилиш.
* даволаш профилактика тармоқларида ишлайдиган врачларнинг онкологиянинг умумий сохасидаги билимларини ошириш.
* онкологик мутахассисларини тайёрлаш.
* ахоли зич жойлашган жойларда ракка қарши тадбирлар хақида сухбатлар ўтказиш.
* ракка қарши курашга қизил ярим ой ва қизилхоч жамиятини жалб қилиш.
* рак касаллигини даволашдаги юқори натижа берган усулларни мухокама қилиш.

 Йирик шахар ва туман оилавий поликлиникаларида онкологик кабинетлар ташкил қилинган бўлиб, у ўсма ва ўсма олди касалликларини барвақт аниқлаш даволаш хамда касалликни хисобга олиш вазифаларини бажаради.

**Хавфли ўсма хасталигини текшириб ташхис қўйишда эндоскопик текширишни ахамияти.**

 Эндоскопик усул меъда, қизилўнгач, йўғон ва тўғри ичак, бронхлар ракини барвақт аниқлаш учун хал қилувчи усул хисобланмоқда. Эндоскопия аппарати ёрдамида ички органларнинг шиллиқ қаватларини обдон текшириш, керак бўлса цитологик текшириш,ўсмадан гистологик текшириш учун тўқима учун тўқима бўлакчасини олиш мумкин.

 Эндоскопиядан олдин тиббиёт хамшираси аппаратнинг ёритиш системаси ишини текшириб кўриши шарт, аппаратни реостатга, уни эса электр тармоғига улаб, бурагични 4-5 бўлинмасига бураб, лампани жуда хам ёруғ қилмай ёндирилади.

 Ректоскоп қайнатиб стерилланади, кейин хамма қисмлари спирт билан артилиб, икки қаватли стерилланган чойшаб ёпилган стол устига териб қўйилади. Ортиқча ажралаётган шиллиқ ва қонни олиб ташлаш учун махсус узун зондларда пахтали артгичлар тайёрланади бундан ташқари, резина қўлқоплар, вазелин, биопсия қисқичлари, формалин эритмаси солинган пробиркалар, суртма олиш учун қуруқ буюм шишаси тайёрланади.

**Онкологик беморларни даволашда кимётерапияни ахамияти.**

 Кимёвий препаратлар хавфли ўсмаларни бутунлай даволаб йўқотиб юбормайди, балки беморнинг соғлом тўқима ва органлари қаттиқ шикастланмасдан, хавфли ўсма хўжайраларининг ўсишини тўхтатади.

 Хозирги вақтда илмий текшириш институтлари лабораторияларида юзлаб табиий ва сунъий ўсмага қарши препаратлар ишлаб чиқилмоқда.Уларнинг ўнлаб турлари клиник тажрибадан ўтказилмоқда ва бир қисми амалиётда қўлланилмоқда. Кўпгина кимётерапевтик препаратлар онкологларга ёрдам бермоқда. Улар воситасида хавфли ўсма касалликларига қарши курашишда яхши натижаларга эришилмоқда. Шуни айтиш керакки кимётерапевтик препаратлар хавфли ўсмаларнинг барча турларида хам яхши таъсир кўрсатмайди.

Ичишга бериладиган кимётерапевтик моддалар.

1. **Миелосан**-антимитотик модда 0,002г дан таблетка холида чиқарилади. 1 суткадан 5 суткагача қўлланилади. Нохуш таъсири гранулоцитопения, тромбоцитопения

**2**. **Тиодипин-**антимитотик модда. 0,005г ва 0.01г дан таблетка холида чиқарилади. Дозаси алохида белгиланади. Даволаш даврида албатта хар 2-3 кунда тромбоцит ва лейкоцитлар текшириб турилади. Умумий қон тахлили хар хафтада қайтарилиши керак. Нохуш таъсири лейкопения тромбоцитопения

**3.Хлорбутин**-антимитотик модда 0,002г ва 0,005г дан таблетка шаклида чиқарилади ва хар куни ичилади. Нохуш таъсири лейкопения, анемия, тромбоцитопения, эпигастрал сохада оғриқ.

**Онкологик беморлар учун дори воситаларини ёзиб бериш тартиби.**

*И. Парентерал йўл билан юбориладиган кимётерапевтик моддалар.*

* **Брунеомицин** - ўсмага қарши антибиотик 0,005г дан флаконда чиқарилади, ишлатишдан олдин 10 мл натрий хлорнинг изотоник эритмасида эритилади ва венага юборилади. Бошланишида катталар учун 1,5-2 мг дан биринчи инъекция учун, кейин 0,4-0,5мг дан хар 48 соатда юборилади. Нохуш таъсири: иштаханинг пасайиши, кўнгил айниши, стоматит.
* **Дипин** - антимитотик модда.0,02г дан флаконда эритма тайёрлаш учун чиқарилади,венага ёки мускул орасига хар куни ёки кунора ўтказилади. Нохуш таъсири: лейкопения, тромбоцитопения.
* **Метотрексат** – антиметоболик таъсирга эга 2,5мг дан таблетка холида ичишга ва 5,0мг дан ампулада, венага ва мускул орасига юбориш учун чиқарилади. Эритиш учун 2,0мл натрий хлорид суюқлигидан фойдаланилади. Нохуш таъсири: ич кетиш стоматит.

 **Онкологик беморларни парваришлаш.**

Онкологик касалликлари бор беморларни парвариш қилишнинг ўзига хос томонлари мавжуд. Бемордан хақиқий ташхисни яшириш, яъни бемор психикасини авайлаш зарур. «Рак», «саркома» терминлари ўрнига «яра», «торайиш», «қаттиқланиш», каби сўзлар ишлатилиши лозим. Беморнинг ахволи ёмонлашган тақдирда хам унинг соғайиб кетишига ишонтириш ва буни вақтинчалик холат деб тушинтириш керак. Кўпчилик онкологик беморларнинг асаби нозик бўлади, улар таъсирчан бўлиб қоладилар,шунинг учун ўсма касаллиги оғирлашган беморларни даволашнинг бошидаёқ уларни бошқа касаллардан ажратиб қўйиш зарур.

Беморга тегишли хужжатларнинг тасодифан унинг қўлига тушиб қолишидан эхтиёт бўлиши керак. Беморга турли туман юқори калорияли овқатлар берилиши лозим. Ракдан захарланиш хисобига уларда иштаха йўқолишини назарда тутиб, иштахани яхшилаш мақсадида уларга хлорид кислота,пепсин ва мусаллас буюрилади. Одатда беморларда қабзият кузатилади. Ундай холларда хафтасига 2-3 марта тозоловчи хуқна қилиниши лозим бўлади.

Беморга гигиеник шарт-шароитлар яратиш қўйидагича: алоҳида хона ёки хонанинг бир қисмини ажратиш ва уни сақлаш учун хамма шароит яратиш керак, хонани ҳар куни нам усулда артиш лозим.

Ўсманинг парчаланиш даврида, тез-тез қусиш, сийдик ва ахлат ушлолмаслик ҳолларида зарур бўлса хона хар куни бир неча марта шамоллатилади, 1% ёки 2%ли хлорамин эритмасига намланган латта билан тозалаш ўтказилади. Парваришлаш учун зарур буюмлар идишлар, судно (тувак), сийдик йиғгич тоза ювилган ва зарарсизлантирилган бўлиши лозим.

Беморни (юзи, қўлоғи, қўлини) ҳар куни ювинтириш, ваннада ёки душда вақти-вақти билан чўмилтириб туриш керак. Агар бемор оғир аҳволда бўлса, унда ҳафтада бир марта баданини илиқ сувга намланган сочиқ билан артиб турилади. Тери қуригач кучсиз сирка кислота ёки атир билан ишқалаш керак.

Оралиқ, чов соҳаси, қўлтиқ, семиз аёлларнинг кўкрак ости соҳаларига болалар креми суртиб турилади. Оёқ-қўл тирноқлари ҳар 10 кунда калта қилиб олинади. Соч ҳар куни таралиб, аёллар сочи ўриб қўйилади.

Бемор қандай аҳволда бўлмасин, парваришнинг юқоридаги вазифаларини доимий бажариш керак. Бу асоратларни профилактика қилиш, соғломлаштириш бўлиб, беморга психотерапевтик таъсир қилади ва кайфиятини кўтаради. Беморнинг ўрин-жойи тоза ва қулай бўлиши керак. Сийдик ва ахлат ушлай олмайдиган беморларнинг тагига кленка солиб қўйилади. Оқликларни ҳар 5—7 кунда алмаштириш зарур. Агар ифлосланса, дарҳол алмаштириш керак.

Узоқ вақт чалқанча ётган беморда айниқса ёши ўтган бўлса, ўпканинг функцияси ўзгаради, зотилжам ва юрак-қон томир фаолиятида ўзгариш бўлади. Бундай беморларни ярим ўтирган ҳолатда ётқизиш ёки караватининг бош томонини 15—20 см кўтариш керак. Кичик чаноқ бўшлиғи, қўлтиқ ости соҳаларида метастаз тугунлари бўлганда оёқ-қўлларда лимфастаз натижасида турғун шиш бўлади. Бундай ҳолларда оёқ-қўлларга ёстиқ қўйиб ёки махсус мосламалар ёрдамида кўтариб қўйилади.

Патронаж ҳамшира беморга онколог айтган вазиятни тушунтириб, ўринда қандай ётишини кузатиб туриши керак. Беморнинг оғиз бўшлиғи текшириб турилади, чунки оғиз орқали инфекция ривожланиб оғир ётган беморда ҳар хил асоратларга сабаб бўлиши мумкин (лимфааденит, йирингли паротит ва ҳатто сепсис). Хар гал овқатланишдан сўнг оғиз бўшлиғини кучсиз антисептик эритма ёки ҳар хил ўтлар дамламаси (натрий гидрокарбонат, водород пероксиди, калий перманганат, шалфей, мойчечак) билан чайиш зарур. Агар беморнинг ўзи мустақил оғзини чая олмаса, унда тампон ёрдамида кун давомида бир неча марта тозалаб турилади. Тил қуруқ ва караш билан қопланган бўлса, 2% ли натрий гидрокарбонат-глицеринли аралашма ёки люгол эритмаси билан артилади.

Оғир ахволдаги беморлар бир кунда 4 марта аниқ белгиланган вақтда овқатлантирилади. Идиш ва овқатланадиган стол тоза, иштаха очадиган кўринишда бўлиши керак. Беморнинг ичи мунтазам равишда юришиб туриши зарур. Қабзият бўлганда керакли пархез тавсия қилинади, лавлаги, мевалар, қора олхўри берилади. Ич келмаганда тозаловчи ҳуқна қилинади. Зарур ҳолларда бемор тагига тувак (судно) қўйилади (резиналиси қулайроқ). Бемор ичагини тўлиқ бўшатгунча резина тувак қўйилади. Врач буюртмасига кўра хуқна қилиш ўрнига сурги дори ичириш ёки глицеринли шамча қўйиш ҳам мумкин. Кучсизланган беморларда кўпроқ ётоқ яралар пайдо бўлади. Ҳосил бўлган ётоқ яраларни даволаб бўлмайди. Теридаги некроз жуда секин ажралади ва битмайдиган яра пайдо қилади. Инфекция тушиши натижасида эса ҳўл гангрена юзага келиши мумкин. Бундай асоратга йўл қўймаслик учун терида некроз белгилари пайдо бўлиши билан кунига бир неча марта калий перманганатнинг концентрацияли эритмаси суртилади.

Кўпинча ётоқ яралар озиб кетган беморларда кузатилади, лекин тўладан келган беморларда учрамайди деб ҳам бўлмайди. Семиз одамларда терининг шилиниши оралиқ, чов соҳаси, қўлтиқ ва кўкрак остида бўлиб, кейинчалик яра ҳосил қилиши мумкин. Ётоқ яраларнинг бошланишида терида чегараланган қизариш ёки унинг кўкариши думғазада, куракда, товонда, энсада, агар бемор ёнбошлаб ётган бўлса чаноқ суягининг қуймич сохасида, сон суягининг катта дўмбоғида, оёқнинг ташқи қисмида пайдо бўлади. Ётоқ яра ҳосил бўлиши мумкин бўлган жойлар ҳар куни кўздан кечирилиб, совунли сув ёрдамида тозаланади, қуритилиб сирка кислотасининг кучсиз эритмаси, камфора спирти ёки атир билан артилади. Беморларни бир кунда 2 марта вазиятини ўзгартириб, оғирлик кўпроқ тўшадиган соҳалар уқалаб турилади. Вазни оғир беморларга паралон ёки юмшоқ тўшакда ётиш яхшироқ. Бунда тана оғирлиги бир хилда тарқалади. Агар беморнинг умуртқа поғонаси ёки найсимон суякларида метастаз бўлса, бундай юмшоқ тўшакда ётиш кучли оғриққа сабаб бўлади.

Бундай беморларни эгилмайдиган қаттиқ тахтали каравотга ётқизган маъқул. Чойшаблар чоксиз, кийимлар эса кенг, тез ечиладиган бўлиши керак.

Кўпгина ИВ клиник гурухдаги беморлар махсус тайёрланган ҳамшира, махсус аппарат ва парваришлаш асбоблари ёрдамига мухтож бўлади. Юқори ва пастки жағ, тил, бодомча бези, бурун-ҳалқум соҳасидаги рак билан оғриган беморлар овқатланишида махсус мосланган резина найлар, зондлар қўлланади. Уларнинг ўзлари оғиз бўшлиғини мустақил (оғиз, юз ва бўйин терисини кўп миқдорда сўлак оқиши сабабли, йирингли ва емирилган тўқима суюқлиги ажралишини) парвариш қила олмайдилар. Бундай беморлар оғиз бўшлиғини кучсиз дезинфекцияловчи эритмалар билан Эсмарх кружкаси ёки резина баллон ёрдамида оқизиб ювилади.

Ўтира оладиган беморлар бошини пастга эгиб, ётган беморлар бошини эса ёнбошига ётқизиб ювилади. Юз, бўйин терисини доимо тозалаб мухофаза килувчи паста суртиб туриш керак.

Беморларнинг соқол, муйловларини қириш қийин, соқол-мўйловларни олмаслик эса гигиенага тўғри келмайди. Овқатлантиришда клеёнкадан қилинган кўкрак тутқич кийдирилади.

Ёз фаслида беморларни парвариш қилишда асосан пашшага қарши курашиш керак.

Трахеостомия қўйилган кучсизланган беморлар ички трахеостомия найчасини мустақил чиқазиб тозалай олмайдилар. Шу сабабли бундай беморларга ёрдам бериш зарур. Найчани тозалаб, яхшилаб ювиб, қуритиш ва вазелин билан мойлаб, кейин ўрнатиш керак. Агар шундан кейин ҳам беморнинг нафас олиши қийинлашса, бунда трахеостомия найчасининг пастки қисми тиқилиб ёки трахеядан чиқиб кетган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда мутахассис врачни чақириш лозим.

Айниқса ичак, сийдик қопчаси, қин ёки ичак қин оқмалари бўлган беморларни парвариш қилиш жуда қийин. Тез-тез ва обдон оралиқ соҳаси терисини тозалаш, беморнинг чойшаб ва тагликларини алмаштириш бемор ва атрофдагилар учун ҳам зарур.

Беморларга паллиатив мақсадда кимётерапевтик дорилар ёки балзам моддалардан (Вишневский эмульсияси) тампон қўйиб оғриқни қолдириш мумкин.

Оқмаларни тозалаш ва тампон қўйиш учун маълум ихтисослик талаб этилади. Бу муолажани доимо жаррох ва онколог хамшираси бажаради. Агар беморни махалла врачи ва хамшираси парвариш қилаётган бўлса, унда онколог врач бу муолажани кўрсатиб беради ва назорат қилиб туради.

Онкологияда асосий деонтологик масалалар қуйидаги ҳолатда ташкил қилинади.

Биринчидан, амалиётда онкологик касалликлар ўз-ўзидан тузалмайди ва беморнинг соғайиши врачнинг даволашига боғлиқ бўлади. Врач беморни замонавий дори-дармонлар билан даволашга ҳаракат қилиши керак.

Иккинчидан, аҳоли ва баъзи бир гуруҳ тиббиёт ходимлари орасида хавфли ўсмаси бор беморларни даволашнинг нафи йўқ, деган фикр мавжуд. Лекин ҳозирги кунда амалий ютуқларга кўра бу касалликни даволашдаги тўсиқлар хал қилинган.

Учинчидан, кўпгина ҳолларда касалликнинг бошланиш даврида даволашга киришилган бўлсада, врач беморни баъзи бир холатлардан ташқари тўлиқ даволанганлигига ишонч хосил қилолмаслиги мумкин. Хар қандай тиббиёт ходими тўшакдаги онкологик бемор хақида жуда аниқ тасаввурга эга бўлиши керак, акс холда деонтологик қонунларни бузиш нафақат оғир асоратларга олиб келиши, балки даволаш натижасига хам салбий таъсир қилиши мумкин.

Тиббиёт ходими шуни эсда тутиши керакки, хар қандай беморнинг руҳияти қандайдир даражада азобланади, айниқса бу холат онкологик беморларда кучлироқ кечади.

**Беморлар учун жаррохлик муолажасидан кейинги парвариш.**

Амалиётдан кейинги давр амалиёт тугагандан сўнг то бемор стационардан чиқиб кетгунча бўлган даврга айтилади.беморни амалиётдан кейинги даврида тез тузалиб кетишига врачнинг буюрган кўрсатмаларини ҳамширалар ўз вақтида тўлиқ бажаришига боғлиқ, амалиётдан кейинги палата 2-3 кишилик бўлиши ундан ошмаслиги керак, у ерда функционал кровать, реанимацион муолажалар ўтказиладиган дори – дармонлар бўлиши керак, беморнинг амалиётдан кейинги кўп терлашини хисобга олиб чойшаблари тез-тез алмаштириб туришлари лозим, уларни ифлосланишига йўл қўймаслик керак. Амалиётдан кейинги палата ёнида ҳамшира пости бўлиши лозим, у беморнинг асосий кўрсаткичларини (Артериал босим,юрак уриши, нафас олиши, тана хароратини, қабул килинган ва ажратилган суюқлик миқдорини ўлчаб бориши керак.) Агар дренаж трубка қўйилган бўлса, ундан чиқадиган ажралма миқдорини хам ўлчаш керак,ичаклар фаолиятини кузатиш лозим,терида ётоқ яралар пайдо бўлишини олдини олиш керак.

Хар кандай операция беморда қаттиқ таъсирланиш ва қўрқувга сабаб бўлади.Кўпгина операциялар наркоз остида олиб борилади ,наркоз тугагандан сўнг беморлар оғриқ сеза бошлайди. Бемор операция қилинган жойининг оғришидан шикоят қилади,хамда дренаж найча қўйилган сохада,сиқиқ боғлам сохасида ноқулайлик сезади ундай холатда хамшира врачга ёки навбатчи врачга беморнинг қайси аъзосида оғриқ кучайганлигини айтиши керак. Врач буюрган муолажани беморга билдириши шарт эмас.

Беморларга баъзи бир дорилар нохуш таъсир қилиши мумкинлигини айтиб қўйиш лозим. Беморга баъзи бир дориларнинг ичиш тартибини тушунтириб кўйиш керак (масалан: тузли кислотани ичгандан сўнг албатта оғизни чайиш,йод препаратларини сут билан ,панкреатин, сульфаниламидларни ишқор сувлар билан ичишни) Шунда бемор турли нокулайликлардан безовта бўлмайди.

Беморларда операциядан кейинги оғриқ, тери,мускул ва пайларда сезиш нервининг шикастланишидан юзага келади.Оғриқ нафақат операциядан кейинги жарохатда балки қўшни аъзоларда хам бўлиши мумкин. Операциядан кейинги оғриқлар «ўртача» бўлиб лапоротомия, торакотомия операцияларидан кейин айниқса кучли бўлади. Кучли оғриқ кундузи ,хам кечаси хам зўраяди оғриқ белгиси доимо харакат ва нафас олишнинг қийинлашига, бош оғришига олиб келади.

# МЕЪДА РАКИ

Меъда саратони ер юзида бир хилда тарқалган. Ўзбекистонда меъда саратони хавфли ўсмалар билан касалланиш тузилмасида биринчи ўринда туради.

 Касалланиш кўрсаткичи Тошкент шахри, Навоий, Жиззах, Андижон, Бухоро вилоятларида ва Корақалпоғистон республикасида энг юқори. Меъда саратони Хоразм ва Сурхандарё вилоятларида кам учрайди. Энг кўп касалланиш 60 ёшдан ошган кишиларда ва эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта кўпрок кузатилади. Меъда саратони уларда 30-39 ёшларга нисбатан 20 баравардан кўпрок қайд этилган. Сўнгги 25-30 йил ичида бу хасталик билан касалланиш ва ундан ўлиш бутун дунёда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам камаймоқда. Бундай ижобий ўзгаришларнинг сабаблари охириғача ўрганилмаган.

**Клиникаси.** Меъда саратонининг клиник кўриниши хилма хил бўлиб, бошқа кўпгина меъда-ичак касалликлариникига ўхшайди ва уларнинг ўсиши, ривожланиши ва асоратлари билан бевосита боғлик. Меъданинг эрта саратони бутунлай белгисиз кечиши мумкин. Бунда ўсма тасодифан рентгенологик ёки эндоскопик текшириш чоғида аниқлаб қолинади.

Меъда саратонининг бошланғич пайтида “кичик белгилар” синдромини учратиш мумкин. Унга қўйидагилар киради:

-беморнинг охирги вақтларда ўзини ёмон сезиши, тез чарчаб қолиши;

-кайфияти, хаётга, ишга қизиқиши йўқлиги, ётсираш;

-сабабсиз иштаханинг пасайиши, баъзида эса бир хил овқатлар, масалан, гўшт, балиқ ва бошқаларни кўнгил тортмаслиги;

-“меъда дискомфорти” холати (яъни овқатланишдан мамнун булмаслиги, қориннинг тўлиб кетиш хисси, эпигастрал сохада оғирлик ёки оғриқ пайдо бўлиши, баъзан кўнгил айниши);

-беморнинг тез ориқлаб кетиши, камқонлик (анемия) пайдо бўлиши.

Ривожланган меъда саратонининг клиник манзараси биринчи навбатда унинг жойлашишига кўра намоён бўлади.

Баъзи бир беморларда лимфоген метастазлар узоқ лимфа тугунчаларида, жумладан, умров усти, киндик, Дуглас оралиғи ва тухумдонларда аниқланади. метастазлари бор лимфа тугунчалари думалоқ шаклда, қаттиқ консистенцияда, пайпаслаб кўрилганда қимирлайдиган, оғриксиз, конгломератлар хосил қилмаган бўлади. Ўлчамлари тариқ дони катталигидан то 2см гача етиши мумкин.

**Диагностикаси.** Меъда саратонига шубха қилинганда одатда қўйидаги клиник текширишлар қўлланилади: сўраб-суриштириш, объектив ва лаборатория текширишлари, рентгеноскопия, рентгенография, эндоскопия ва ультратовуш текширишлар.

Сўраб-сўуриштиришпайтида беморни нима безовта қилаётгани, қориндаги овқат билан боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган оғриқлар, кекириш, зарда қайнаши, иштаханинг пасайиши, сабабсиз озиш, кўнгил айниши, ахлатнинг (нажас) қора рангда келишини аниқлаш мумкин. Агар беморда сурункали анемия, меъда яраси, атрофик гастрит ва полиплар бўлса, улар туфайли қачон рентгенологик ёки эндоскопик текширувлардан ўтганлигини билиш жуда зарур.

Қонни умумий тахлил қилганда ўсмаси катта ўлчамларга етган беморларнинг 80% да эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошиб кетганлиги кузатилади. Эритроцитлар чўкиш тезлигининғ ошганлиги кўшимча ташхисот белгиси бўлиб хизмат қилади, чўнки касаллик қайталанмаган пайтда у ўзгармаган бўлади. Анемия борлигига хам катта ахамият берилади. Одатда анемия гипохром турда бўлиб, қон кетиши натижасида юзага келади. Ахлатни қонга текшириш хам мўхим кўшимча текшириш усулларидан хисобланади. Ахлатда қон одатда емирилган экзофит ва яраланган меъда саратонларида пайдо бўлади. Агар қон кам бўлса, яширин холда бўлиб, кўп бўлса ахлат рангини қорайтиради.

**Меъдани рентгеноскопия ва рентгенография** қилиш узоқ вақтдан бери саратонга ташхис қўйишда етакчи усуллардан бири бўлиб келмақда. Меъда саратонининг рентгеноскопик манзараси жуда хилма-хил бўлиб, унинг ўсиш хусусиятлари, ўсманинг ўлчами ва жойлашишига боғлик.

Экзофит саратонда контраст модда - барий билан меъда бутунлай (ўсма бор жойдан ташқари) тўлади. Бу “тўлиш нуксони” симптоми деб аталади ва унинг ташхис учун ахамияти катта. Ўша ўлмаган жой рентген суратида думалоқ шаклга яқин, четлари нотекис бўлиб кўринади.

Эндофит саратонда хам “тўлиш нуксони” симптоми учрайди, аммо у одатда каттароқ ва япалоқ бўлади. Бу жойда меъда деворининг физиологик қисқариши кузатилмайди.

Эндоскопик текшириш кўп беморлар учун, айниқса, меъда саратонининг эрта босқичларида хал қилувчи текшириш усули хисобланади. Бунда меъда шиллиқ қавати бевосита фиброгастроскоп билан кўрилиб, гистологик текширишга материал олинади. Эндоскопик текшириш натижалари жуда юқори бўлиб, хатто эрта саратон билан оғриган беморларнинг 90%га тўғри ташхис қўйишга эришилади. Шу билан биргаликда бунда диаметри 5мм бўлган тузилмаларни хам аниқлаш имконияти туғилади.

**Даволаш.** Хозирги пайтда фиброгастроскопия асбоби ёрдамида гастробиопсия қилиниб оператив даво аниқ белгилаб олинади. Жаррохлик йўли билан меъда полипи резекция қилинади.

Меъданинг ноэпителиал хавфсиз ўсмаларига миомалар, мепомалар, фибромалар, гемангиомалар, лимфангиомалар, невриномалар, нейрофибромалар киради.

Клиник белгилари. Ўсма меъданинг қайси соҳасида жойлашишига кўра оғриқ ўша ерда бўлади. Оғриқ турлича, доимий ёки қисқа муддатли, овқатдан олдин ёки кейин бўлиши мумкин. Агар ўсмада яра пайдо бўлса, қон оқиши ва камқонлик пайдо бўлади.

Ташхис қўйишда анамнез ва рентгенологик текширишлар хам аҳамиятлидир. Аниқ ташхис қўйишда гастроскопия, биопсия қилиниб, цитологик текширишлар аниқлик киритади.

**Меъда саратони олди касалликлари**

Меъда саратони олди касалликларига сурункали атрофик гастрит, полиплар ва меъда яраси киради;

***Сурункали атрофик гастрит -*** Бу меъда шиллик қавати атрофияси билан бир қаторда унинг баъзи жойлари пролиферацияси ва эпителий хужайраларининг метаплазияси (яъни меъда эпителийсининг ичак эпителийсига айланиши) кузатилади. Сурункали атрофик гастритда пепсиноген ва хлорид кислота ишлаб чиқарилиши камаяди, бактериал флора кўпайиб кетади ва бу эса навбатида меъдада нитроза бирикмалари пайдо бўлишига олиб келади.

***Меъда полиплари*.** Полиплар бу меъда бўшлиғига шиллиқ қават эпителийсидан ўсган думалоқ тузилмалар бўлиб, нозик оёқчали ёки кенг негизли бўлади. Улардан безли (аденоматоз) ва кенг негизли полипларнинг саратонга айланиш хавфи кўпрок. Полиплар асосан 78-84% холларда меъданинг антрал бўлимида учрайди. Кўпчилик беморларда касаллик хеч қандай аломатларсиз кечади. Агар полип емирилса, ундан анемия, холсизлик, кучли оғриқ ва қусиш рўй бериши мумкин.

Полиплар борлиги ва унинг ташхиси эндоскопик ва рентгенологик йўл билан аниқланади. Рентгенологик текширилганда полип 0,3% холда соғлом одамларда аниқланади, унинг сояси диаметри кўпинча 0,5 дан то 2см гача, атрофидаги шиллиқ қават ўзгармаган, бурмачалари узилмаган бўлади. Агар полип ингичка ва узун оёқчали бўлса, кўринмаслиги хам мумкин. Эндоскопик текшириш ўтказилганда полиплар 0,2-0,6% соғлом одамларда анқланиб, думалоқ ёки замбуруғсимон шаклда, атрофдаги тўқималардан аниқ чегараланган бўлади. Уларнинг ранги қизилроқ бўлиб, юзасида оқимтир караш ёки унча чукур бўлмаган яраланиш кузатилиши мумкин. Полипларнинг саратонга айланиш эхтимоли кўпгина олимлар фикрича 1,5-5%га тенг.

Полипларни даволаш жаррохлик усули билан амалга оширилади. Унча катта бўлмаган (диаметри 1,5см гача етадиган), яраланмаган ва прогрессив ўсмаётган полипларни эндоскопик полипэктомия қилиш мумкин, лекин препаратни албатта гистологик текширишдан ўтказиш зарур. Катта ўлчамли ва кенг асосли полипларда меъда резекцияси ўтказилади. Полип олиб ташлангандан кейин ёки бемор операциядан бош тортса, улар диспансер кузатувида бўлади. Бу онкологлар томонидан амалга оширилади. Назорат кўрик вақтида албатта эндоскопик текшириш ўтказилади. Даволашдан кейинги биринчи икки йил давомида хар 6 ойда, кейинчалик эса бир йилда бир марта назорат кўрик ўтказилади.

***Сурункали меъда ярасига***хам ўсма олди касаллиги сифатида қаралади. Уни аниқлаш учун рентгенологик ва эндоскопик усгуллар қўлланилади. Меъда ярасидан саратон келиб чиқиши патогенези узил-кесил хал қилинмаган. Сурункали яранинг 4,6-15% беморда хавфли ўсмага айланиши кузатилган. Меъда яраси хавфли ўсмага айланиши пайтида одатда ярага хос бўлган овқатдан кейинги оғриқлар тухтайди, бемор сабабсиз оза бошлайди, иштахаси пасаяди, кучсизлик рўй беради.

**ҚИЗИЛЎНГАЧ РАКИ**

Қизилўнгач саратони энг оғир касалликлардан бири бўлиб, хавфли ўсмаларнинг тахминан 2% ни ташкил қилади. Қизилўнгач саратони энг кўп учрайдиган минтақаларга (хар 100 минг ахолига 25-30 киши) шимолий Эрон, Туркия, Ўрта Осиё, Жанубий Козоғистон, Ёкутистон, Шимолий Хитой ва Муғулистон киради. Булардан ташқари, у билан юқори даражада касалланиш (хар 100 минг ахолига 10-20 киши) Жанубий Африка, Франция, Бразилия, Хиндистоннинг баъзи бир минтақалари ва АҚШ нинг қора танли ахолиси ўртасида кўзатилади. Европа мамлакатларида бу ўсма кам учрайди (хар 100 минг ахолига эркаклар орасида-4,0-7,0, аёллар ўртасида эса 1,0-2,0). Касалланиш кўп бўлган минтақаларда ушбу хасталик туб халқ орасида махаллий бўлмаган ахолига нисбатан 5-10 баравар юқоридир. Бундай тафовутнинг бўлишига ахолининг овқатланиш хусусиятлари ва генетик омилларнинг таъсири сабаб бўлиши мумкин. Ўзбекистонда ўтган 5 йил ичида қизилўнгач саратони билан касалланиш секин-аста камайиб борганлиги кузатилди.

Қизилўнгач саратони билан касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Қоракалпоғистон республикаси (19,3), Андижон (8,1) ва Навоий (6,7), энг кам кўрсаткич-Тошкент шахри (2,2), Кашқадарё (2,5) ва Бухоро (2,9) вилоятларида қайд қилинган. Қизилўнгач раки билан касалланиш 1998 йилдан бери онкологик касалликлар орасида Ўзбекистонда 3-ўринда туради. Касалланиш ёш улғайиши билан ўсиб боради ва 60 ёшдан ўтган кишилар ўртасида энг кўп ўчрайди. 30-40 ёшдагиларга нисбатан шу ёшларда кизилўнгач саратони 8-10 баравар кўпроқ кўзатилади. Барча хавфли ўсмалар ичида бу касалликдан ўлиш иккинчи ўринга туради.

**Ўсма олди касалликлари.** Қизилўнгач саратонининг пайдо бўлишида сурункали эзофагит, лейкоплакия, кимёвий, термик ва механик микрожарохатлар, полиплар, ахалазия, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, рефлюксэзофагитнинг ахамияти катта.

**Клиник манзараси.** Барча ички аъзо хавфли ўсмаларидан дисфагия белгиси билан фарқ қилади. Бемор дисфагиядан шикоят қилса, унда ўсма борлигига шубха килиш мумкин. Дисфагия бу овқатни қизилўнгачдан кийинчилик билан ўтишидир. Дисфагия ўсма туфайли аъзо бушлиғининг торайишидир (механик дисфагия). Лекин, баъзи холларда дисфагия қизилўнгачнинг юқори қисмлари спазмида (рефлектор дисфагия) хам рўй бериши мумкин. Кўп холларда дисфагия аста-секин кучайиб боради. Дастлаб бемор овқатнинг тўш орқасига тушиши ёки гохо тиқилиб ўтиши шикоят қилади. Кейинчалик бемор қаттик овқатларни қизилўнгачидан ўтказиш учун сув ичишга мажбур бўлади ёки бундай овқатларни ейишдан бош тортади. Орадан бир неча хафта ёки ойлар ўтгандан кейин ярим суюқ овқат, кейин эса суюқ овқат хам ўтмай қолади. Бу халқ орасида “қилтомоқ” деб аталади. Баъзан ўсма емирилиши ёки беморни доривор моддалар билан даволаниши туфайли қизилўнгачдан овқат ўтиши бир оз ёки бутунлай тикланиши мумкин. Бемор ахволининг яхшиланиши бунда узок давом этмайди ва дифагия тез орада яна қайта кучая боради. Дисфагия кўп холларда касалликнинг биринчи белгиси бўлади, лекин кўпгина беморларда даставвал овқат қабул қилиш билан боғлик холда оғриқ хам рўй беради (бу ўсманинг яраланиш белгиси).

Айрим холларда бемор тўш орқасидаги доимий оғриқдан шикоят қилади, бу ўсманинг кукс оралиғидаги клетчатка ёки нерв ўзакларига ўсиб қирганлигини билдиради. Касалликка хос ва ташхис учун мухим ахамиятга эга диспептик белгилари: кекириш, зарда қайнаши, кўнгил айниши, қайт қилиш, куп сўлак ажралиши (гиперсаливация) намоён бўлади. Буларнинг хаммаси кўпинча ривожланган стенозда рўй беради. Бундан ташқари, оғиздан ёқимсиз хид келиши мумкин. Бу ўсма емирилиши ва қизилўнгачнинг торайган қисми юқорисида чириш жараёни бошланишидан дарак беради. Буни беморнинг ўзи ёки атрофидаги кишилар дархол пайқашади. Агар ўсма қизилўнгач деворидан ташкарига чиқиб, кўкс оралиғи ва кўкрак бўшлиғидаги аъзоларга ўсиб кирган бўлса, адашган ёки қайтувчи хиқилдоқ нервларининг зарарланиши туфайли симпатик нерв, трахея ва бронхларнинг босилиб қолиш аломатлари юзага келади. Агар ўсма яраланса ва емирилса қон кетиши, медиастинит белгилари кузатилади. Адашган нервнинг шикастланиши юрак фаолиятининг бузилишига, симпатик нервнинг зарарланиши-горнер синдромига, қайтувчи нерв фаолиятининг бузилиши хиқилдоқ фалажи ва овознинг хириллашига олиб келади. Ўсманинг трахея ва бронхларга ўсиб кириши йўталиш, харсиллаш, зотилжам ва абсцесслар ривожланишига олиб келади. Кизилўнгач-трахеал ёки қизилўнгач-бронхиал оқмалар пайдо бўлса, бемор суюқлик қабул қилганида азоб берадиган йўтал пайдо бўлади.

Хамма ички аъзонинг хавфли ўсмаларига хос бўлган умумий белгилар, яъни тана вазнининг камайиши (хатто кахексиягача), умумий холсизлик, тез чарчаб қолиш ва бошқалар қизилўнгач саратонида хам кузатилади. Иштаха пасайишидан одатда беморлар шикоят қилмайдилар, лекин қизилўнгачдан овқат ўтишини таъминлайдиган паллиатив операция қилингандан сўнг кўпинча ўларнинг иштахаси пасаяди. Бемор дисфагиядан шикоят қилганда клиник натижаларга асосланиб уни бошқа касалликлардан фарқловчи ташхис ўтказишга тўғри келади. Овқат ўтишининг қийинлашиши қизилўнгач саратонидан бошқа касалликларда хам, масалан қизилўнқачда чандиқли ўзгаришлар бўлганда, ахалазия, дивертикул ва ўткир эзофагитларда хам кўзатилиши мумкин.

**Диагностикаси.** Қизилўнгач саратонининг ташхис тизими унча мураккаб бўлмасдан, сўраб-суриштириш, физикавий, лаборатория, рентгенологик, эндоскопик ва албатта патоморфологик текширишларни ўз ичига олади. Бемор хаётини сўраб-суриштириш умумий қоидаларга мувофиқ ўтказилади. Сўраб-суриштириш пайтида касаллик белгиларининг пайдо бўлиш вақти, унинг ривожланиши, беморнинг овқатланиш хусусиятлари, иссиқ овкатларни истеъмол қилишга мойиллиги, алкоголли ичимликлари ичиши, майда суякли балиқ истеъмол қилиши, илгари бошдан ўтказган қизилўнгач касалликлари аниқланади. Илгари кўрсатилган тиббий ёрдам тавсифи ва босқичлари, ўтказилган текширув ва даволашнинг турлари тўғрисида хам маълумотлар сўралади. Қизилўнгачда хавфли ўсма борлигига шубхаланиладиган белгиларга қўйидагилар киради:

* Овқат ютиш пайтида сезиладиган ёқимсиз хис;
* Такрорланиб турадиган кўнгил айниши ёки қайт қилиш (айниқса қон аралаш);
* Қаттиқ овқат-нон, гўшт еганда ўнинг тиқилиб ўтиши;
* Сабабсиз пайдо бўлган овоз хириллаши;
* Сўюқлик ичганда пайдо бўладиган азоб берувчи йутал.

**Даволаш:** Жаррохлик ва нур билан даво қилинади. Жаррохлик йўли билан қизилўнгач олиб ташланиб, сўнъий усулда қизилўнгач ўрнатилади. Паллиатив операция меъдага стома қўйилиб бемор овқатлантирилади ва нур билан даволанади.

Қизилўпгач ракининг оқибати яхши эмас. Жаррохлик ва умумлашган даводан сўнг 20-40% беморлар 5 йилгача умр кўриши мумкин.

Қизилўнгач ракини профилактика қилишда спиртли ичимликларни кам истеъмол қилиш, рак олди касалликлари, эзофагит, лейкоплакияни ўз вақтида даволаш жоиздир.

**ЎПКА РАКИ**

Иқтисодий ривожланган мамлакатларда ўпка саратони кенг таркалган бўлиб, у билан касалланиш йилдан-йилга ўсиб бормоқда, айниқса, Франция (хар 100 минг ахолиға 66,6), ФГР (62,2), Англия, АКШ, Голландия ва Австрияда бу яққол кўзга ташланмоқда. Бу мамлакатларда ўпка саратони билан касалланиш ва ундан ўлиш кўрсаткичи хавли ўсмалар орасида биринчи ўринни эгаллайди.

Ўзбекистонда ўпка саратони билан касалланиш 1998 йилда 100000 ахоли сонига хисобланганда 5,4 га тўғри келади. Бутун хавфли ўсмалар орасида республикада ўпка саратони билан касалланиш 5-ўринга бўлиб, ўлим кўрсаткичи хар 100000 ахоли хисобига 4,2 га тенг.

Эркаклар аёлларга нисбатан 7-10 марта кўп касалланади ва беморларнинг 80% ни сигарета чекўвчилар ташкил қилади. Ўпка саратонидан ўлим кўрсаткичи чекўвчиларда чекмайдиганларга нисбатан 10-15 марта кўпрокдир. Касалланиш одамларнинг ёшига пропарционал равишда ўсиб боради ва 60-69 ёшга энг чўққига чиқади. Шу пайтда касалланиш 30-39 ёшдагиларга нисбатан 53 баравар кўпрок учрайди.

**Касалликка олиб келадиган омиллар.** Ўпка саратони билан касалланишнинғ асосий омиллари шаҳар ҳавосининг канцероген моддалар билан ифлосланиши ва тамаки чекишдир. Тамаки тутуни таркибида жуда кўп миқдорда канцероген моддалар, полициклик ароматик ўглеводлар, нитроза бирикмалари, ароматик аминлар, оғир металл тузлари, радиоактив полоний ва бошқалар мавжуд. Чекиш пайтида хосил бўладиган канцероген моддаларга бой бўлган смола бронх эпителийларига ўтириб қолади. Узок вақт давом этган чекиш жараёнида канцерогенлар таъсири остида бронх эпителийларининг фаолияти, тузилиши бузилади ва цилиндрик эпителийнинг кўп қаватлиликка ўтиши-метаплазияси юз беради, бу эса ўз навбатида хавфли ўсма пайдо бўлишига олиб келади. Касалланиш эхтимоли чекиш давомийлиги ва чекиладиган сигареталар микдорига боғлиқ. Тамаки махсулотлари сифатининг хам бу ўринда ахамияти бор. Арзон ва фильтрсиз сигарета чекувчиларда касалланиш хавфи юқори булади.

Шахар хавосининғг канцероген моддалар (масалан, бензпирен) билан ифлосланиши, автотранспорт воситалари, завод ва фабрикаларнинг тутўнлари хам касаллик келиб чиқишида катта ахамиятга эга.

Касби бўйича узок вақт зарарли моддалар (асбест, кўмир, радиоактив чанглар, хром ва никел) билан ишлаган кишиларда бошкаларга нисбатан ўпка саратони кўпрок ўчрайди.

**Ўпка саратон касаллигининг клиникаси.** Касалликнинг клиник манзараси ўсманинг клинико-анатомик турларига қараб, махаллий ва умумий белгиларга ажратилади.

**Марказий саратон.** Одатда 80-90% беморлар дастлаб курук ва сийрак, кейинчалик эса қийнайдиган, тинимсиз, айниқса кечалари зўраядиган йўтал, унча кўп бўлмаган кўпиксимон ёки кўпик-йирингли балғам ташлашдан шикоят қиладилар. 40-50% беморнинг балғамида қон кузатиладибу ўсманинг емирилишидан дарак беради. 60-70% беморда кўкрак ккафасидаги ўсма плевра ва нервга ўсиб кирганлиги туфайли тухтовсиз оғриқ пайдо бўлади. Баъзида тана харорати кўтарилиши кўзатилади. Бўу зарарланган бронхнинг ўсма ёки балғам билан ёпилиб қолиши натижасида ўпканинг хаво ўтмайдиган қисмида яллиғланиш-обтўрацион зотилжам пайдо бўлганлигидан дарак беради. Холсизлик, тез чарчаб қолиш, харсиллаш, бемор иштахасининг пасайиб кетиши каби белгилар ўсма катта ўлчамларга етган пайтда пайдо бўлади.

**Ўпканинг периферик саратони.** Букасаллик кекса ва қари кишиларда учрайди. Асосан кичик бронх ва бронхиолалардан ўсиб чиқади.Узок вақтгача унинг белгилари намоён бўлмайди. Беморларни бошқа бир касалликлар хусусида рентгенологик текширилганда ўпкада айланасимон гомоген сояли, атрофлари хипчинли ўсма тугунлари аниқланади. Фақат ўсма ўз ёнидаги тўқима ва аъзоларни эггалаб ёки ўларга ўсиб кирганда клиник белгилар-аввало кўкрак қафасида оғриқ ва харсиллаш пайдо бўлади. Оғрик 20-50% беморда касалланган ўпка томонда бўлиб, бу ўсманинг плевра ёки кўкрак деворига ўсиб кирганлигига боғлиқ. Харсиллаш ўртача 50% беморда учрайди ва унинг асосий сабабчиси катта веналар, бронх ва трахеяни ўсма томонидан эзилишидир. Кейинчалик ўсма катта бронхга ўсиб кирган вақтда йўтал, қон туфлаш кузатилади ва касалликнинг манзараси марказий саратонникига ўхшаш бўлиб қолади.

**Ўпка чўққиси раки (Пенкоста раки).**

Ўпка саратонининг Пенкост шаклида ўсма ўпка чўққисидаги плеврадан ўтиб, елкадаги нерв боғлами, бўйин умуртқалари, қовурғалар ва симпатик нервга ўсиб киради. Шу сабабли беморнинг асосий шикоятлари шикастланган томонида қўлида сезувчанлик ўзгаради, мускуллар атрофияси ва Горнер синдроми юзага келади. Бу беморлар асосан невропатологларга мурожаат қиладилар ва мумкин бўлмаган физиотерапевтик муолажаларни қабул қилади. Ўсма катталашгандан кейин ва умров усти лимфа тугунлари катталашгандан сўнг ташхис тўғри қўйилади.

**Диагноз** қўйиш учун сабаб-суриштириш, объектив кўриш, лаборатория, рентгенологик, цитологик, бронхологик, гистологик, радионуклид ва трансторакал пункция ёрдамида текшириш услларидан фойдаланилади.

Сўраб-суриштириш. Беморга ўпка шикоятлари бўлганда, уларнинг алохида хусусиятлари, касалликнинг давомлилиги ва динамикаси, илгари бошдан ўтказилган ўпка касалликлари ва даволаш усуллари натижаларини ўрганиш лозим. Беморнинг зарарли одатлари, асосан, чекиш ва ўнинг давомлилиги, бир кўнда қанча сигарета чекиши, касб ва турмуш шароитларини билиш зарўр.

**Ташхис учун кўйидаги “хавфли аломатлар” мухим ахамиятга эга:**

* Ўзоқ вақт давом этадиган, азоб берадиган қуруқ, қичиб келадиган кам балғамли қон лахтачалари аралаш йўтал бўлади. Балғам ранги “малина рангига” ўхшайди.
* Ўпка шамоллашининг тез-тез қайталаб туриши.
* Бир марта ёки бир неча марта қон туфлаш.

 Кўкрак қафасида доимий кучсиз оғриқ пайдо бўлиши.

**Объектив текшириш.** Объектив текшириш беморни синчиклаб кўриш, кўкрак қафаси, қорин ва лимфа тугунчаларини пайпаслаш, ўпкани перкуссия ва аускультация қилишдан иборат. Беморни кўриш пайтида юзнинг оқарган ва шишганлиги, кўкрак қафаси бир томонини нафас олганда орқада қолиши, тирноқларнинг “соат шишаси”-га, бармоқларнинг эса ноғора чўпига ўхшашлиги кузатилади. Одатда кўкрак қафасининғ шикастланган томонида овоз тебранишининг сусайганлиги кузатилади.

Жигар ва умров усти лимфа тугунчалари пайпаслаб кўрилганда ўларда саратон метастазларини аниқлаш мумкин. Кўкрак қафаси перкуссия қилинганда, агар ўпкада ателектаз бўлса, унинг проекциясига мувофиқ перкутор товушнинг пасайиши кузатилади. Аускультацияда ателектаз туфайли бронхдан хаво ўта олмаганлиги натижасида нафас овозининг йўқлиги, зотилжамда хўл хириллашлар ёки ғичирлаш эшитилиши мумкин.

**Даволаш.** Радикал-жарроҳлик усулида ўпка ракини бутунлай даволаш мумкин. Нур билан даволаш эса ўпка ракини поллиатив даволаш учун қўлланади, Ўсмага қарши дори билан даволаш асосан вақтинчалик бемор аҳволини яхшилаш учун тавсия этилади.

Ўпка ракининг И—ИИ даражасида радикал жарроҳлик усули қўлланади. ИИИ даражасида нур билан даволанади. ИВ даражасида ўсмага қарши дорилар ва симптоматик даволар қўлланади. Ўпка ракини ўз вақтида даволамасликнинг оқибати яхши эмас. Агар ўз вақтида даволанилса 30—35% бемор 5 йилдан ортиқ яшаши мумкин.

Ўпка ракини профилактика қилишда индивидуал— чекишни ташлаш, яллиғланиш касалликларидан ўз вақтида даволаниш, жамоат жойларида, саноат корхонасида, йирик шахарларда атмосферани соғломлаштириш зарўр.

**Ўпка саратонининғ олдини олиш.** Бўнинг асосий йўналиши шахар ва қишлоқлар хавосидаги ўпка саратонининг етакчи сабабчиси бўлган бензпиренни йўқотиш ёки уни хавфсиз даражагача камайтиришдир. Шу мақсадда барча тутун чиқарадиган саноат корхоналари, иссиқлик ишлаб чиқариш станциялари ва автотранспорт воситаларини янги, кам тутунли технологияларга, энг яхшиси, электр қўввати билан ишлатишга ўтказиш мақсадга мўвофиқдир. Энг мухим профилактик чоралардан бири бу чекишдан воз кечиш хисобланади. Чекишни хеч ташлай олмайдиган “ашаддий чекувчиларга” хеч бўлмаса сигаретанинг охиригача чекмаслик тавсия қилинади, чунки ўнинг охирги учдан бир қисмида канцероген моддалар энг кўп йиғилади. Тамаки тутунида канцероген моддалар ва катрон концентрациясини камайтириш ва мухим чоралардан биридир. Бу тамаки махсулотлари тайёрлаш технологиясини яхшилаш ва махсус фильтрлар ишлатиш йўли билан амалга оширилади. Ўпка саратонининг олдини олишнинг мухим йўлларидан яна бири ўпкада учрайдиган бронхоаденома, папилломатоз бронхит ва сурункали касалликларни ўз вақтида ва самарали даволашдир. Касалланиш хавфи А витамини ва каротиноидларга бой бўлган сабзавотларни кўпрок истеъмол қилиб, туғри овқатланганда хам анча камаяди. А витамини нафас йўлларидаги эпителийнинг бутунлигини тиклашга ёрдам беради.

Ўпка саратон касаллигининг ва умуман саратон касаллигининг профилактикаси 2 катта гурухга бўлинади:

* **Бирламчи профилактика.**
* **Иккиламчи профилактика.**

**1. Бирламчи профилактика:** Бу тиббиёт ходимларига боғлиқ бўлмаган давлат миқёсида хал қилиниши лозим бўлган тадбирлар-зарарли ва захарли чиқиндилар ишлаб чиқариладиган завод, фабрикалар курилишини режалаштириш. Шу завод, фабрикаларда ишлайдиган ишчилар маошини кўпайтириш, хар йил бир икки маротаба санатория оромгохларида даволашларига йўлланмалар бериш, таътилни кўпайтириш, иш соатини камайтириш, сут махсулотлари билан таъминлаш, иш шароити чанг билан боғлик бўлганда, “чанг юткич” аппаратлари билан таъминлаш ва хк.

**2. Иккиламчи профилактика:** Бу тиббиёт ходимларига боғлиқ. Ахоли орасида санитария-оқартув тадбирларини ўтказиш, зарарли одатлар орасида овқатланиш. Тартибли чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, иссиқ ва қайноқ овқатлар қабул қилишнинг зарарлари. Шўр, аччиқ, қотирилган гўшт махсулотларининг зарарларини тушунтириш. Профилактик кўриклар ўтказиш, ўсма олди касалликларини ва хавфли ўсмаларни илк даврида аниқлаш, уларни радикал даволаш тадбирлари киради.

**ТЕРИНИНГ РАКИ ВА МЕЛОНОМА**

Саратон терининг энғг кўп тарқалган хавфли ўсмаларидан бири ҳисобланади.

Эркаклар аёлларга нисбатан 2 баробар кўп касалланадилар. Касалланиш ёшга боғлиқ ҳолда ўсиб боради. Энг кўп тери саратони 70 ёшдан ошганларда учрайди. Бу касалликдан ўлиш кўрсаткичи 0,5 га тенг (ҳар 100 минг аҳоли ҳисобига). Республиканинг айрим минтақаларида тери саратонининғ тарқалиши ҳар хил.

**Касалликнинг сабаблари.** Асосан 3 хил: физикавий, кимёвий омиллар ва вируслардир. Физикавий ультрабинафша нурлари тери саратонининг етакчи сабабчисидир. Ионловчи радиация, альфа ва бетта заррачалари, гамма ва рентген нурлари рентген-радиология ва бошқа нурлар билан боғлиқ бўлган касб эгаларида тери саратони пайдо бўлишига сабабчи бўлади.

Ўсма пайдо бўлишига узоқ давом этадиган термик таъсир ҳам сабабчи бўлади. Бунга Ҳиндистонда учрайдиган тери саратони-“канкри”, Ўзбекистонда танчадан кўйиш жойидаги чандиқда ҳосил бўлган хавфли ўсма мисол бўла олади. Кимёвий омилларга тери саратонига сабаб бўладиган касбий омиллар: маргимуш, қатрон, қорамой, қора мойли бўёқлар, нефт, кўмир, ёғловчи моддалар ва қоракуялар киради. Иш вақтида шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайдиган бундай касбдаги кишиларда хавфли ўсма пайдо бўлиши мумкин.

Вируслар натижасида келиб чиққан ўсмалар ҳали яхши ўрганилмаган.

**Тери саратонининг боскичлари.**

И босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 2 см дан кам, эпидермис ва дермага таркалган, тери билан бемалол қўзғалади, метастазлари йўк.

ИИ босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 2 см дан ошган, тери қавати бутунлай шикастланган, лекин остки тўқималар зарарланмаган яқин лимфа тугунларида битта қузғаладиган метастаз бўлиши мумкин.

ИИИ-а босқич: ўсма ёки яранинг диаметри 5см дан ошган, тери қавати ва тери ости тўқималари шикастланган, аммо суяк ва тоғай зарарланмаган, метастазлар борлиги аниқ эмас.

ИИИ-б босқич: худди юқоридаги каби, аммо кўпгина кўзғаладиган метастазлар ёки битта кам қўзғаладиган метастаз бор.

ИВ-а босқич: ўсма ёки яра жуда катталашган, тери ва тери ости юмшоқ тўқималари, суяк ва тоғайлар шикастланган.

ИВ-б боскич: ўсма ёки яра унча катта бўлмасада қўзғалмайдиган ёки ўзоқлашган метастазлар мавжуд.

**Клиник манзараси.** Тери саратони кўпинча терининг очиқ жойларида, 70% дан кўпроқ ҳолда эса юз терисида пайдо бўлади. Саратоннинг юз терисида энг кўп пайдо бўладиган жойлари бу пешона, бурун, кўз бурчаклари, чакка ва қулоқ супрасидир. Тана, қўл ёки оёқ терисида 5-10% ҳолда учрайди.

Тери саратони гугурт чўпи бошидек оғримайдиган тугунча пайдо бўлиши билан бошланади. Тугунча тери юзасидан озгина кутарилган, сариқроқ ёки хира оқ рангда ва ўртача консистенцияли бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма ўлчамлари катталашиб боради, юзаси текис ёки ғадир-будир бўлиб, четлари нотекис болишсимон бўлади. Кейинроқ марказида ботиқлик пайдо бўлиб, у тангачадек пўст билан қопланади. Пўст олиб ташланса, қон томчиси пайдо бўлади.

Тери саратонининг ташхиси сўраш ва пальпация қилиш асосида қўйилади. Лекин у цитологик ёки гистологик текширишлар йўли билан албатта тасдиқланиши керак.

**Сўраш**. Беморлар сабабсиз терисида пайдо бўлган бир неча ойдан бери тузилмайдиган, оғримайдиган тугунча ёки яра борлигидан шикоят қиладилар. Улар консерватив даволанишлар натижасиз эканлигини, ўсма ёки яра секин-аста катталашиб кетаётганлигини айтадилар.

**Объектив текширишлар.** Тери саратонининг кўпроқ учрайдиган яра шаклининг ташқи кўриниши ўзига хос хусусиятга эга: ўртаси чуқур, чети болишсимон, пўст билан қопланган, оғримайди. Тери саратонида метастазларни аниқлаш учун регионар лимфа тугунчалар пайпасланади. Метастазлар билан зарарланган лимфа тугунчалари катталашмаган, тиғиз консистенцияли, қимирлайди, оғриқсиз бўлади. Тери саратонини ўзига ўхшаш хасталиклар (тери сили, захм, замбуруғ касалликлари, хавфсиз ўсмалар)дан фарқлаш керак. Бунинг учун тегишли текширувлар ўтказилади. Аммо якунловчи ташхис цитологик ёки гистологик текширувдан кейин қўйилади.

**Даволаш.** Тери саратони бор беморларни даволаш нур терапия, жаррохлик усули, музлатиш, лазер нури ва кимёвий препаратлар кўлланилади. Даволаш усулини танлаш ўсманинг жойлашиши, ўсиш шакли, босқичи, ўсманинг гистологик тузилиши, шунингдек атрофдаги терининг холатига боғлик. Ўсма бошда, айниқса, юзда жойлашган бўлса, даволашдан кейинги косметик томонларни хам хисобга олиш зарур, лекин булар радикал даволашга бўлган талабни пасайтирмаслиги керак. Ўсманинг И-ИИ босқичларида асосан қисқа фокусли рентгентерапия ишлатилади. Хар куни 3-5гр, жами 60-70гр. Бундан ташқари, ўсманинг шу босқичида лазер нури билан куйдириш ёки сўюқ азот билан музлатиш усулларини қўллаш хам мумкин. Ўсманинг ИИИ босқичида комбинациялашган даволаш усули қўлланилади: дастлаб телегамматерапия тайинланади, 30-40гр нур дозаси берилади, кейин ўсма жаррохлик йўли билан олиб ташланади. Ўсманинг ИВ босқичида тана ва қўл-оёқларда жойлашган ўсмага хам жаррохлик йўли билан даво қилинади. Агар ўсма қўл ёки оёқ суяклари, қон томир, нерв боғламларига ўсиб кирган бўлса, ампутация қилинади.

**Касалликнинг олдини олиш.** Тери саратонининг олдини олиш чоралари қўйидагилар хисобланади:

1. Юз ва бўйин терисини интенсив ва ўзоқ давом этадиган қуёш нуридан сақлаш, айниқса терисининг ранги оқиш ва қуёшда қораймайдиган кекса ёшдаги кишилар;
2. Теридаги ўзоқ битмайдиган кератоз, яра ва бошқа саратон олди касалликларини вақтида даволатиш;
3. Таркибида концероген модда бўлган ёғлайдиган материал ва моддалар билан ишлаганда шахсий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш.

**ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ (МЕЛАНОБЛАСТОМА)**

Меланома жуда хавфли, терининг пигмент хосил қиладиган хужайраларидан (меланоцитлардан) ўсиб чиққан бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига 1-2 та тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич 0,6 терининг хавфли ўсмалари орасида 10% ни ташкил қилади, кўпроқ 35-50 ёшдаги эркакларда кўзатилади.

**Меланома касаллигига олиб келадиган сабаблар.** Касаллик асосан туғма ёки туғилгандан кейин пайдо бўлган қорамтир ёки қора холдан ўсиб чи­қади:

1. **Чегарадаги невус:** Базал қаватда жойлашади. Ясси тугун шаклида, қуруқ, юзаси силлиқ, ялтироқ, ранги оч жигаррангдан то қорагача. Атрофи текис, аниқ размерлари 0,2-0,4см.
2. **Мураккаб невус:** Терида ва эпидермисда жойлашади.
3. **Интродермал невус:** Невусларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, тери қаватида жойлашади. Тегилганда ёки инфекция таъсирида яллиғланиш реакцияси бўлиши мўмкин.
4. **Кўк (голубой) невус:** Интродермал ҳисобланиб, тери сатҳига ўсган бўлади. Қаттиқ консистенцияли, юзаси силлиқ, кўк-ҳаворанг бўлади. Чегараси аниқ. Катталиги 0,5-2,0см, сочсиз. Кўпинча юз, оёқ-қўл терисида учрайди.
5. **Ҳужайрали кўк (клеточный голубой) невус:** Биологик актив бўлиб, оддий кўк невусдан меланоцитларнинг пролиферацияси билан ажралиб туради.
6. **Гигант пигментли невус:** Бу невус ясси копиляр юзали бўлиб, терининг катта ҳажмини эгаллаши мумкин. Кўпинча жигарранг, кўлранг ёки қора рангда бўлиши мўмкин.
7. **Диспластик невуслар:** Бу турдаги невусларга дермал ва аралаш невуслар киради. Размерлари 0,5см дан катта бўлади, терининг турли сохаларида жойлашади. Юзаси ва чегаралари нотекис бўлади.
8. **Сочли невус:** Бу невуслар одатда туғма бўлиб, тана терисининг турли сохаларида жойлашади ва юзасида соч борлиги билан ажралиб туради.
9. **Пигментлик ксеродерма:** ХЕРО- грекча сўздан олинган бўлиб, “қуруқ” деган маънони билдиради. Кам учрайдиган тури бўлиб хисобланади. Ота-онасидан ўтиши мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар:

1.Н. К.Муродхужаев, Т. К.Худойкулов,М. Д. ЖУРАЕВ Онкология 2012 й 2.Джураев М.Д, Мирзараимова С.С,Маллаев М.М, Кхудойбердиева М.Ш - Онкологияда хамширалик парвариши

3. ССВ амалдаги хужжатлари

**Интернет**

**материаллари**http://www. minzdrav.uz./-Ўзбекистон

 республикаси соғлиқни сақлаш

 тизимига оид меёрий хужжатлар;

 http: //www.ziyonet.uz./

 http: //www.referat.uz./