

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil "23"iyunidagi
№180 son buyrug‘iga
ilova

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONKOLOGIYA VA
RADIOLOGIYA ILMIIY-AMALIIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

"TASDIQLAYMAN"
Respublika ixtisoslashtirilgan
Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori
M. N. Tillyashayxov



_____ 2024 yil

"TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2024

Mundarija

"TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	53
«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	73
«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	94

**"TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotasiya. C44 – teri saratoni bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq teri saratonini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o‘z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Teri saratoni nozologiyasi bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol O‘zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog‘liqni saqlash muassasalarining ambulator va stasionar sharoitida tibbiy yordam ko‘rsatish uchun mo‘ljallangan.

- - XKT kod (lar)i:

XKT-10:	
Kod	Nomi
C44	– Teri boshqa xavfli o‘smalari
C44.0	– Lab terisi
C44.1	– Qovoq terisi, qovoq yopishmasi bilan birga
C44.2	– Quloq terisi va tashqi eshitish yo‘li
C44.3	– Yuzning boshqa va aniqlanmagan qismlari terisi
C44.4	– Bosh va bo‘yin sochli qismi terisi
C44.5	– Tana terisi
C44.6	– Qo‘l terisi, elka kamari sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.7	– Oyoqlar terisi, chanoq-son sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.8	– Terining yuqorida sanab o‘tilgan bir yoki bir nechta joylaridan tashqariga chiqib ketgan zararlanishi
C44.9	– Terining aniqlanmagan sohadagi xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
XKT-11:	
Kod	Nomi
2E64	Teri karsinoma in situ si
2C31	Teri yassi hujayrali saratoni
2C31.0	Terining kerrukoz yassi hujayrali karsinomasi
2C31.1	Keratoakantoma
2C81.0	Jinsiy olat yassi hujayrali saratoni
2C31.Z	Teri yassi hujayrali saratoni

2C32	Teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.0	Terining tugunli bazal hujayrali saratoni
2C32.1	Terining sklerozlovchi bazal hujayrali karsinomasi
2C32.2	Terining yuzaki bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Y	Boshqa aniqlashtirilgan teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Z	Teri bazal hujayrali karsinomasi, anialashtirilmagan
2C33	Terining adneksal karsinomasi
2C34	Тери нейроэндокрин карциномаси
2C35	Teri sarcomasi
2C3Y	Terining boshqa aniqlashtirilgan xavfli o'smalari
2C3Z	Terining noma'lum yoki aniqlashtirilmagan tapdagi xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

- Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:

2025-2028 yil.

- Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul bo'lgan tashkilot: Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

- MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA XISSA QO'SHGANLAR:

- Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari;
3. Juraev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo'limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo'limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbaevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo'limi ilmiy rahbari;

7. Raximov Nodir Maxamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., TOSHKENT Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Abdulkarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

- Multidissiplinar mualliflar ro‘yxati, qo‘shimcha hammualliflar jamoasi:

1. Gofur-Oxunov Mirza-Ali Aliyarovich – t.f.d., professor, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiy xodimlar kasbiy malakasini rivojlantirish markazining “Onkologiya va UTT kursi” kafedrasida mudiri.
2. Abdulkarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d., RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi rahbari.
3. Davletov Rasulbek Raximberdievich – RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi mudiri;
4. Sadriddinov Shukurulla Azadovich – RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi mutahassisi;

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Muxamedaminov Shuxrat Karimovich – t.f.d., O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiy xodimlar kasbiy malakasini rivojlantirish markazining “Onkologiya va UTT kursi” kafedrasida professori.

Horiydan:

Musaev Elmar Rasimovich – Moskva shahar 62-onkologiya shifoxonasi qoshidagi suyak va yumshoq to‘qima o‘smalari bo‘yicha ilmiy-amaliy markaz rahbari, professor, Rossiya Fanlar akademiyasi muhbir a'zosi;

- Multidissiplinar ishchi guruh yig‘ilishida MILLIY KLINIK PROTOKOLni loyihasini muhokamasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi: ishchi guruhning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 22 mayda bo‘lib o‘tgan.

- **Onkologiya tibbiyot yo‘nalishlari kengashlari yig‘ilishida AGREE usulida muhokamadan o‘tkazilganligi xulosasi va yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma:** Ilmiy Kengashning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 23 mayda bo‘lib o‘tgan.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

Respublikadan:

Islamov Xurshid Jamshidovich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi koloproktologiya bo‘limi ilmiy rahbari;

Horiждан:

Kim Sergey – Seul Milliy universitetining Bundang gospitali tashqi aloqalar departamenti professori.

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog‘liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o‘tkazilgan baholash bo‘yicha ekspert xulosasi:

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma (sana, №raqam).

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

5-FU	–	5-ftorurasil
ALT	–	alanintransaminaza
FPTV	–	faol parsial (qisman) tromboplastin vaqti
AST	–	aspartattransaminaza;
BXR	–	Bazal hujayrali saraton
QLTB	–	Qo‘riqchi limfa tuguni biopsiyasi
v/i	–	Vena ichiga
t/o	–	Teri ostiga

m/o	–	Mushak orasiga
PSYa	–	Progressiyasiz yashovchanlik
OIV	–	Odam immuntanqis virusi
JSST	–	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
GR	–	Grey
DNT	–	Distansion nur terapiya
ED	–	Birlik
MIT	–	Me‘da ichak trakti
QPO	–	Qorin parda orti
IGX	–	immunogistoximiya
KT	–	Kompyuter tomografiya
LDG	–	laktatdegidrogenaza
NT	–	nur terapiya
mg	–	Milligramm
ml	–	Millilitr
MRT	–	Magnit-rezonans tomografiya
MSKT	–	Multispiral kompyuter tomografiya
mts	–	Metastazlar
MDG	–	Multidissiplinar guruh
O‘N	–	O‘sma nekrozi
PKV	–	Pastki kavak vena
QUT	–	Qon umumiy tahlili
PUT	–	Peshob umumiy tahlili
KQA	–	Ko‘krak qafasi a'zolari
QBA	–	Qorin bo‘shlig‘i a'zolari
PET-KT	–	pozitron-emission kompyuter tomografiya
TYaHS	–	Teri yassi hujayrali saratoni
t/o	–	Teri ostiga
RKT	–	Randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar
BMOD	–	Bir martalik o‘choqli doza

SO‘D	–	Summar-o‘choqli doza
EChT	–	Eritrositlarni cho‘kish tezligi
IIAB	–	Ingichka ignali aspirasion biopsiya
ID	–	Ibotlanganlik darajasi
UTDG	–	Ultra tovush doplerografiya
UTT	–	Ultratovush tekshiruv
XNT	–	ximio-nur terapiya
XT	–	Ximioterapiya
EKG	–	Elektrokardiogramma
EFGDS	–	Ezofagofibrogastroduodenoskopiya
ExoKG	–	Exokardiografiya
per os	–	Peroral
RW	–	Vasserman reaksiyasi
TNM	–	Tumor Nodus Metastasis (xavfli o‘smalarni bosqichlashning xalqaro tasnifi)

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Tayanch-harakat tizimi onkojarrohlari;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Dermatovenerologlar;
- Kosmetologlar;
- Radioterapevtlar;
- Kimyo terapevtlar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Tez tibbiyo yordam shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.

- **Mazkur nozologiya bo'yicha bemorlarning toifasi:** (18 yoshdan) kattalar.
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:**

1-jadval. Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash o'lchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o'tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
2	Ma'lumotlarning usuli yoki alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda ko'rib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Ma'lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

2-jadval. Profilaktika, davolash va rehabilitatsiya (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash o'lchovi

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko'rib chiqish.
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.
5	Aralashuvning harakat mexanizmi uchun faqat asos mavjudligi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi.

3-jadval. Profilaktika, tashxis, davolash va rehabilitatsiya usullari bo'yicha tavsiyalarning ishontirish darajasini baholash o'lchovi (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari)

DID	Batavsil
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlar (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari kelishilgan).

B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan).
C	Zaif tavsiya (tegishli sifat dalillarining yo‘qligi, ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan).

2. Asosiy qism.

- Kirish

Bazal hujayrali va yassi hujayrali terining saraton kasalligi (ko‘pincha nomelanoma terining o‘smalari deb ataladi) – epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli terining o‘smalari hisoblanadi. Bazal hujayrali teri saratonini (sinonimlari – bazalioma, bazal hujayrali karsinoma) epiteliyning bazal qatlami hujayralaridan rivojlanadi, yassi hujayrali saraton esa teri keratinositlaridan kelib chiqadi. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)

Xalqaro Saratonni O‘rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda jami 1 234 533 ta nomelanoma teri saratonini holati aniqlangan va 69 416 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

Nomelanoma teri o‘smalari rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Sporadik (irsiy bo‘lmagan) shakldagi melanomadan tashqari teri o‘smalari uchun eng muhim xavf omillaridan biri teriga ultrabinafsha nurlanishining ta'siridir. Bunda teri ultrabinafsha ta'siriga nisbatan sezuvchanlik darajasi odamlarda farq qiladi va 6 turga tasniflanadi, shuningdek, 1 va 2-tur eng yuqori sezuvchanlikka ega (shu bilan birga, quyoshda kuyish ehtimoli katta), 5 va 6-tur esa eng past sezuvchanlikka ega hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Shuningdek, tug‘ma yoki orttirilgan immun tanqisligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so‘ng yoki immunsupressant qabul qilish zarur bo‘lgan boshqa kasalliklarda), pigmentli kseroderma kabi xavf omillarini ham ta'kidlash lozim. Sun'iy ultrabinafsha nurlanishi (shu jumladan, PUVA-terapiya) va melanomadan tashqari teri o‘smalari rivojlanish xavfi ortgani o‘rtasida bog‘liqlik aniqlangan. Mishyak bilan kontaktda bo‘lgan shaxslarda ham, ayniqsa, Bouen kasalligi holatida, yassi hujayrali saraton rivojlanish xavfi yuqori bo‘ladi. Ko‘p hollarda melanomadan tashqari teri o‘smalari mavjud bo‘lgan predo‘sma yangi hosilalar (masalan, aktinik keratoz yoki keratoakantoma) fonida rivojlanadi, shuningdek, ular xavfli o‘smaga yaqin joylashgan teri uchastkalarida ham ko‘p uchraydi. (<https://www.who.int/news->

[room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#](http://room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#).

Shuningdek, bazalioma rivojlanishi mumkin bo'lgan bir qator irsiy sindromlar mavjud: nevoid bazaliomalar sindromi (Gorlin-Gols sindromi deb ham ma'lum), Bazeks sindromi, Rombo sindromi, bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Gorlin-Gols sindromida PTCH gen mutasiyasi aniqlanadi. Bemorlarda ko'p sonli bazaliomalar bilan birga, xos fenotip ham kuzatiladi: burunning keng ildizi, kaftlarda qo'shimcha burmalar, jag'larda kistoz o'zgarishlar, suyak tizimi rivojlanishida nuqsonlar. Bazeks sindromi X-xromosoma bilan bog'liq dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, bu sindromda atrofodermiya, gipotrikoz, gipogidroz va follikulyar atrofiya kuzatiladi. Rombo sindromi autosomal-dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, gipertriaz, vermikulyar atrofodermiya, trixoepteliomalar va periferik vazodilatasiya kabi klinik belgilari mavjud. Bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi bilan tug'ilgan bemorlarda terida komedonlar va epidermal kistalar bilan birga yangi hosilalar kuzatiladi. Mikroskopiyada bazal epitelining proliferasiyasi aniqlanadi. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Yassi hujayrali teri saratoni (YaHTS) melanomadan tashqari teri o'smalari (MTTO) ichida tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Kasallanish darajasi yashash joyining kenglikka yaqinligiga qarab keskin farq qiladi va yorug' fototipli teriga ega odamlarda ancha yuqori bo'ladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Shu bois, dunyoda MTTO bo'yicha eng yuqori kasallanish darajasi Avstraliyada kuzatiladi, u erda 70 yoshgacha har ikkinchi odamda shu turdagi o'sma rivojlanadi, eng past ko'rsatkich esa Afrikaning ayrim hududlarida qayd etilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Ikkita yoki undan ko'p MTTO'ga chalingan bemorlarda yangi melanomadan tashqari o'smalar paydo bo'lish xavfi ancha yuqori bo'ladi, shuningdek, bir necha MTTO holatlari erkaklarda ko'proq uchraydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 yilda RSNPMSOIR statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda teri saratoni bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 2,6 ni tashkil etgan. Erkaklar orasida ushbu kasallik umumiy onkologik kasalliklar tuzilmasida 8-o'rinni egallab, 4% holatni tashkil etgan. Ayollar orasida esa 9-o'rinda bo'lib, 3,2% holat qayd etilgan.

2023 yil davomida birinchi marta 954 nafar teri saratoni bemori aniqlangan, ularning 47,9% profilaktik ko'riklar chog'ida faol aniqlangan. Teri saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 96,1% ni tashkil etgan. Kasallik aniqlangan bosqichlar

bo'yicha taqsimot: I bosqichda – 22,3%, II bosqichda – 55,0%, III bosqichda – 13,8%, IV bosqichda – 3,4%. 5,5% holatda kasallik bosqichi aniqlanmagan.

2024 yil boshiga kelib, dispanser kuzatuvda 8768 nafar teri saratoni bilan og'riqan bemorlar ro'yxatga olingan bo'lib, kasallikka chalinish darajasi 100 ming aholiga 23,8 ni tashkil etgan. 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichi 51,5%, 1 yillik letallik esa 4,6% bo'lgan. 2023 yilda O'zbekistonda 336 nafar teri saratonidan vafot etgan bo'lib, o'lim ko'rsatkichi 100 ming aholiga 0,9 ni tashkil etgan.

Klinik tasnifi (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Skin-Tumours-2018>)

1.1. Kasallik va holat tasnifi (kasallik va holatlar guruhi)

Halqaro gistologik tasnif

Teri saratonining va keratinositlardan bo'lgan boshqa o'smalar xalqaro gistologik klassifikatsiyasi (Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti – JSST, 4-nashr, 2018 y.): ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD_BwE#)).

Nomlanishi	KXT -O-3 kodi
Teri saratoni	
Bazal hujayrali saraton	8090/2
Bazal hujayrali saraton tugunli	8097/3
Bazal hujayrali saraton yuzaki	8091/3
Bazal hujayrali saraton mikrotugunli	8097/3
Bazal hujayrali saraton infiltrasiyalovchi	8092/3
Bazal hujayrali saraton sklerozlovchi, morfesimon	8092/3
Bazal-yassi hujayrali saraton,metatipik	8094/3
Bazal hujayrali saraton pigmentli	8090/3
Bazal hujayrali saraton sarkomatoid differensirovka bilan	8092/3
Bazal hujayrali saraton ortiqli differensirovka bilan	8090/3
Bazal hujayrali saraton fibroepitelial Pinkus	8093/3
Yassi hujayrali saraton	8070/3
Yassi hujayrali saraton keratoakantoma tipida	8071/3

Yassi hujayrali saraton akantolitik	8075/3
Yassi hujayrali saraton urchuqsimon hujayrali	8074/3
Yassi hujayrali saraton verrukoz	8051/3
Yassi hujayrali saraton bezli-yassi hujayrali	8560/3
Yassi hujayrali saraton yorug‘-hujayrali	8084/3
Boshqa kamyob turlari	
Yassi hujayrali saraton sarkomatoid differensirovka bilan	8074/3
Limfoepiteliomasimon saraton	8082/3
Yassi hujayrali saraton psevdo tomirli	8074/3
Yassi hujayrali saraton osteoklastlarga o‘xshash gigant hujayrali	8035/3
Yassi hujayrali saraton in situ, Bouen kasalligi	8070/2
Merkel-hujayrali saraton	8247/3
Saraton oldi holatlar va xavfsiz simulyatorlar	
Saraton oldi keratozlar	8070/0
Aktinik keratoz	8070/0
Keratoz mishyakli	8070/0
PUVA keratoz	
Sugallar	
Vulgar sugallar	
Tovon sugallari	
Yasssi sugallar	
xavfsiz akantomalar/keratozlar	
Seboreyali keratoz	8052/0
Quyosh lentigosi	8052/0
temiratkisimon keratoz	8052/0
Yorug‘ hujayrali akantoma	8084/0
Yirik hujayrali akantoma	8072/0
sugalsimon diskeratoma	8054/0
Boshqa xavfsiz keratozlar	8052/0

TNM tizimi bo‘yicha xalqaro tasnifi (VIII–nashr, 2017 y.)
[\(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/)

Melanomadan tashqari teri o‘smalarini bosqichlash jarayonida morfologik

tasdiqlash majburiy hisoblanadi. Bosqichni aniqlash uchun limfa tugunlarining holati klinik ko‘rik va instrumental tadqiqotlar yordamida baholanadi.

T mezon birlamchi o‘smaning tarqalish darajasini aks ettiradi [*]:

- pTX – birlamchi o‘smanni baholash uchun ma'lumot etarli emas;
- T0 – birlamchi o‘sma mavjud emas;
- Tis – Karsinoma in situ;
- T1 – o‘sma eng katta o‘lchami bo‘yicha 2 sm yoki undan kam;
- T2 – o‘sma eng katta o‘lchami bo‘yicha 2 sm dan katta;
- T3 – har qanday o‘lchamdagi o‘sma, quyidagi tuzilmalarga o‘sib kirishi bilan (masalan, mushak, suyak, xryash, jag‘ va boshqalar);
- T4 – har qanday o‘lchamdagi o‘sma, perinevral invaziya yoki qo‘shni tuzilmalarga, masalan, bosh suyagining asosiy suyaklariga yoki o‘q skeletiga to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘sib kirishi bilan.

Izoh: agar birlamchi-ko‘plab sinxron o‘smalar mavjud bo‘lsa, tasniflash eng katta o‘lchamga ega o‘sma bo‘yicha amalga oshiriladi, shuningdek, qavs ichida jami teri o‘smalari soni ko‘rsatiladi, masalan: T2 (5).

N mezoni regional limfa tugunlarida metastazlarning mavjudligi yoki yo‘qligini ko‘rsatadi [6].

Regional limfa tugunlari deb asosan tananing bir tomonida (chap yoki o‘ng) joylashgan o‘smalar uchun quyidagi limfa tugunlari hisoblanadi:

- Bosh va bo‘yin: ipsilateral (o‘sma tomonidagi) quloq oldi, pastki jag‘, bo‘yin va o‘mrov usti limfa tugunlari;
- Ko‘krak devori: ipsilateral qo‘ltiq osti limfa tugunlari;
- Qo‘llar: ipsilateral tirsak va qo‘ltiq osti limfa tugunlari;
- Qorin, bel va dumbalar: ipsilateral chov limfa tugunlari;
- Oyoqlar: ipsilateral tizza orti va chov limfa tugunlari;
- Anus chetlari va perianal sohaning teri qismi: ipsilateral chov limfa tugunlari.

Agar o‘sma chegaraviy zonalarda joylashgan bo‘lsa, ikki tomonlama limfa tugunlari ham regional hisoblanadi [6]. 4-jadvalda 4 sm kenglikdagi chegaraviy zonalarini aniqlash uchun anatomik orientirlar keltirilgan.

4-jadval. Regional limfa basseymlarini aniqlash uchun chegaraviy zonalarining anatomik orientirlari

Sohalar	Chegara liniyasi (4 sm kenglikda)
Chap va o'ng yarim	Tananing o'rta chizig'i
Bosh va bo'yin/ko'krak qafasi	O'mrov – akromion – elkaning yuqori chekkasi
Ko'krak devori / yo'llar	Elka – qo'ltiq osti chuqurchasi - elka
Ko'krak devori / qorin, bel yoki dumba	Oldindan: kindik va qovurg'a ravog'i orasidagi masofa o'rtasi; Orqadan: ko'krak umurtqasi pastki chegarasi (ko'ndalang o'siq)
Qorin, beli yoki dumba / oyoqlar	Chov burmasi – Katta yumaloq suyak (katta troxanter) –dumba chuqurchasi

Agar metastazlar yuqorida ko'rsatilgan regional sohalardan tashqaridagi limfa tugunlarida aniqlansa, ular uzoq metastazlar sifatida tasniflanishi lozim

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – regional limfa tugunlarini baholash uchun ma'lumot etarli emas.
- N0 – regional limfa tugunlari zararlanmagan.
- N1 – bir dona regional limfa tugunida metastaz, eng katta o'lchami 3 sm yoki undan kam.
- N2 – bir dona regional limfa tugunida metastaz, eng katta o'lchami 3 sm dan katta, lekin 6 sm dan oshmagan; yoki bir necha regional limfa tugunlarida metastazlar, har birining eng katta o'lchami 6 sm dan oshmagan [†].
- N3 – bir yoki bir necha regional limfa tugunlarida metastazlar, eng katta o'lchami 6 sm dan katta.

M mezoni uzoq metastazlar bor yoki yo'qligini bildiradi

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – uzoq metastazlar yo'q;
- M1 – uzoq metastazlar bor.

G mezoni o'smaning differensiasiya darajasini bildiradi (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – differensiasiya darajasini aniqlash imkonsiz;
- G1 – yuqori differensiallashgan o'sma;
- G2 – o'rta differensiallashgan o'sma;
- G3 – past differensiallashgan o'sma;
- G4 – differensiallashmagan o'sma.

Ayrim yomon prognoz omillari 5-jadvalda jamlangan. AJCC tasnifiga ko'ra, bunday omillarning mavjudligi kasallik bosqichini I dan II ga oshirishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

5-jadval. Teri saratonining noqulay prognoz omillari (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Mikrostrukturalarga shikastlanish/invaziya chuqurligi	Breslou bo'yicha o'sma qalinligi 4 mm dan ortiq
	Klark bo'yicha invaziya darajasi 4
	Perinevral invaziya
	Angiolimfatik invaziya
Anatomik lokalizasiya	Birlamchi lokalizasiya – quloq suprasida
	Birlamchi lokalizasiya – labning qizil chizig'ida
Differensirovka	Past differensiyalangan yoki differensiyalanmagan o'sma

Bosqichlar bo'yicha guruhlash 6-jadvalda keltirilgan:

6-jadval. Teri nomelanom o'smalarining bosqichlar bo'yicha guruhlash (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Bosqich	pT	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1,2,3	1	0

IV	4	0	0
	1,2,3	2,3	0
	Har qanday	Har qanday	1

Qovuq terisi saratonini (S44.1) UICC TNM bo'yicha bosqichlash (8-nashr, 2018)

Ko'z qovoq teri saratonini bosqichlash jarayonida gistologik tasdiqlash majburiy hisoblanadi. Bosqichni aniqlash uchun limfa tugunlarining holati klinik ko'rik va instrumental tadqiqotlar yordamida baholanadi.

T mezoni birlamchi o'smaning tarqalish darajasini aks ettiradi:

- TX – birlamchi o'smani baholash uchun ma'lumot etarli emas (shu jumladan, o'z-o'zidan regressiya holatlari yoki xirurgik olib tashlashdagi xatolar);
- T0 – birlamchi o'sma mavjud emas;
- Tis – Karsinoma in situ;
- T1 – o'sma 5 mm yoki undan kam, xryash plastinasi yoki ko'z qovoq chetiga o'tmagan;
- T2a – o'sma 5 mm dan katta, lekin 10 mm dan oshmagan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, xryash plastinasi yoki ko'z qovoq chetiga o'sib kirgan;
- T2b – o'sma 10 mm dan katta, lekin 20 mm dan oshmagan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, qovoq to'qimalarini to'liq qamrab olgan;
- T3a – o'sma 20 mm dan katta, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, ko'z yoki ko'z chuquriga yondosh tuzilmalarga o'sib kirgan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, perinevral invaziyaga ega;
- T3b – o'sma, uni to'liq olib tashlash uchun ko'z enukleasiyasi, orbita ekzenterasiyasi yoki suyak rezeksiyasi talab qilinadi;
- T4 – o'sma juda keng tarqalgan, ko'z, ko'z chuquri, yuz suyaklari yoki bosh miya tuzilmalariga sezilarli darajada shikast etkazgan, rezeksiya qilish imkoniyati yo'q.

N mezoni metastazlarning regionar limfa tugunlarida mavjudligi yoki yo'qligini aks ettiradi:

- NX – regionar limfa tugunlarini baholash uchun ma'lumot etarli emas;
- N0 – regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas;
- N1 – regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

M mezoni uzoq metastazlar mavjudligi yoki yo'qligini aks ettiradi:

- M0 – uzoq metastazlar mavjud emas;
- M1 – uzoq metastazlar mavjud.

7-jadvalda qovoq terisi saratonini bosqichlar bo'yicha guruhlash keltirilgan

7-jadval. qovoq terisi saratonini bosqichlar bo'yicha guruhlash

Bosqich	T	N	M
0	Is	0	0
IA	1	0	0
IB	2a	0	0
IS	2b	0	0
II	3a	0	0
IIIA	3b	0	0
IIIB	Har qanday T	1	0
IIIC	4	Har qanday N	0
IV	Har qanday T	Har qanday N	1

3. Tekshiruv usullari, uslublari, tibbiy muolajalar yondashuvlari va tashxislash jarayonlari.

3.1. Tashhislash mezonlari:

Shikoyatlari va anamnez:

Teri bazal hujayrali saratoni:

Yuzagi shakli cheklangan, qipiqulanuvchi, qizg'ish dog' paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik dog' aniq chegaralarga ega bo'lib, o'choqning chetlarida mayda, zich, yaltiraq tugunchalar paydo bo'ladi. Bu tugunchalar birlashib, teri sathidan balandroq bo'lgan valiksimon chegara hosil qiladi. Og'riq o'choqlari yagona yoki ko'p sonli bo'lishi mumkin. Yuzagi shakllari ichida o'z-o'zidan chantiqlanuvchi yoki Pedjetoid bazalioma ajratiladi.

Pigmentli shakl qo'ng'ir yoki qora-jigarrang tusli, bir xil bo'lmagan pigmentasiyaga ega bo'lib, unda yarim shaffof, "perlamutrsimon" uchastkalar va yuzagi teleangiektaziyalar kuzatiladi. Ushbu shakl tugun yoki blyashka ko'rinishida bo'lib, melanositar nevuslar (murakkab yoki derma ichidagi nevuslar)ga o'xshashi mumkin. Tugunli melanoma ham klinik jihatdan bazaliomani eslatishi mumkin, lekin bazalioma zichroq konsistensiyaga ega. Yaralanib ketgan pigmentli bazalioma esa melanoma bilan adashtirilishi mumkin, shuning uchun morfologik tadqiqotlar aniq tashhis qo'yishda

muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, bazalioma asosan yuzda joylashgan bo'lsa, melanoma teridagi istalgan joyda paydo bo'lishi mumkin.

O'sma shakli tugunchadan boshlanadi, u astalik bilan kattalashib boradi. O'smaning sathi silliq, teleangiektaziyalar aniq ko'rinadi, ba'zan kulrang pushti po'st bilan qoplangan bo'lishi mumkin. Ba'zida markaziy qismi yaralanib, zich qobiqlar bilan qoplanadi. O'lchamiga qarab, mayda va yirik tugunli bazalioma shakllari ajratiladi.

Yarali shakl uchun voronkasimon yara va atrofda zich, quyidagi to'qimalar bilan spayka hosil qilgan infiltrat xos bo'lib, uning chegaralari aniq emas va jarahat o'lchamidan kattaroq bo'ladi.

Sklerodermasimon (chandi-atrofik) shakl aniq chegaralangan, kichik o'choq bilan xarakterlanadi. Bu shakl infiltrativ o'sish va bo'lakli to'qima (stroma) rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Sekin o'sadi. Og'riq o'chog'i oqargan, sklerozlangan teri uchastkalaridan iborat bo'lib, atrofida "perlamutrsimon" papulalar, markazida esa teleangiektaziyalar kuzatiladi.

Pinkus fibroepitelial o'smasi bazalioma turlaridan biri hisoblansa-da, ancha xavfsizroq kechadi. Klinik jihatdan teri rangidagi uzel yoki blyashka ko'rinishida bo'lib, zich-elastik konsistensiyaga ega, eroziyaga deyarli uchramaydi. Katta teridan chiqib turgan o'sma yoki fibromani eslatishi mumkin. sekin o'sadi, asosan bel va qorinning pastki qismida joylashadi.

Yassi hujayrali teri saratoni:

Yuzaki shakli – teri saratonining eng ko'p uchraydigan varianti. U bir yoki bir necha birlashuvchi, og'riqsiz tugunlar bilan boshlanadi, ularning o'lchami o't gugurt boshchasiga teng yoki biroz kattaroq bo'ladi. Tugun teri sathidan biroz baland, zich konsistensiyali, sarg'ish yoki oppoq-mamparrang tusda bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan o'sma kattalashib, og'riqsiz, sarg'ish yoki kulrang-oq blyashka ko'rinishiga ega bo'ladi, teridan biroz baland, silliq yoki notekis yuzali bo'ladi. Chetlari notekis, chuqurliklari bor, zich valiksimon tuzilishga ega. Keyinchalik blyashkaning markaziy qismi cho'kib, tangacha yoki qobiq bilan qoplangan jarayon rivojlanadi. Qobiq olib tashlansa, qon tomchisi paydo bo'ladi. O'smaning kattalashishi bilan cho'kish jarayoni eroziyalangan yuzaga aylanadi, zich va notekis chetlar esa baland, tekis kesilgan valiksimon tuzilma hosil qiladi.

Infiltrativ shakli chuqur yaranib ketgan, notekis, dumaloq, nekroz massalari bilan qoplangan tubiga ega va zich valiksimon chetlardan tashkil topgan. O'sma tezda atrof to'qimalarga o'tgan holda o'sadi va harakatsiz bo'lib qoladi. Gistologik jihatdan bu shakl ko'pincha yassi hujayrali saraton sifatida tasniflanadi. Papillyar shakli kam uchraydi. Zich, teri sathidan baland, oson qon ketadigan, keng asosda joylashgan tugun ko'rinishida bo'ladi. Yuzasi nohamvor, qobiqlar bilan qoplangan, ko'pincha gulkaramsimon tuzilishga o'xshash.

Metatipik saraton odatda yarali o'sma o'chog'i ko'rinishida bo'lib, 95% holatda 1-3

sm diametrida bo‘ladi. Yara notekis shaklda, chetlari notekis, bukilib yoki tagidan yulib tushgandek ko‘rinadi. Yara tubi notekis, yorqin qizil yuzaga ega bo‘lib, nekrotik massalar bilan qoplangan.

Fizikal ko‘rik:

- Bemor birinchi marta teri yangi hosilasi bo‘yicha shikoyat bilan murojaat qilganda, ko‘rik zonasini kengaytirish va barcha teri qoplamlarining holatini baholash (shu jumladan, sochli bosh qismi va oyoq tagini) qat'iy tavsiya etiladi [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIA)

Izohlar: *Birlamchi-ko‘p sonli sinxron teri o‘smalari va teri o‘sma oldi kasalliklari bemorlarning 5-10% ida aniqlanishi mumkin. Shuningdek, nomelanoma teri o‘smalari bilan kasallangan bemorlarda teri melanomasi rivojlanish xavfi yuqori bo‘ladi. [24].*

- Epilyuminissent mikroskopiya (dermatoskopiya) va optik kogerent tomografiyadan foydalanish tavsiya etiladi, chunki bu usullar noinvaziv tashhis qo‘yish aniqligini sezilarli darajada oshirishi va biopsiyaga bo‘lgan ehtiyojni kamaytirishi mumkin. Biroq, bu usullar faqat ushbu metodika bo‘yicha maxsus o‘qitilgan mutaxassislar tomonidan qo‘llanilishi mumkin. [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIB)

- Regionar limfa tugunlar holatini baholash tavsiya etiladi [24].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIB)

- Qabul jarayonida shikoyatlar, anamnez va fizik tekshiruv natijalari tahliliga asoslanib, yangi hosilaning invaziv tashhisi (biopsiya) maqsadga muvofiqligini aniqlash tavsiya etiladi. [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A (dalillarning ishonchlilik darajasi - Ia)

Laborator tekshiruvlar:

- Morfologik tasdiqdan oldin laborator tashhis tavsiya etilmaydi, faqat interkurrent patologiya yoki bemorning umumiy holati biopsiyaning xavfsiz o‘tkazilishini ta'minlash uchun zarur bo‘lgan hollar bundan mustasno. Tashhis tasdiqlanganidan so‘ng quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish tavsiya etiladi: Klinik qon tahlili, bioximik qon tahlili (Shuningdek, Jadval 7 ga qarang). [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - III)

Instrumental tekshiruvlar:

Agar tegishli ko‘rsatmalar (simptomlar) mavjud bo‘lsa, tashhis chora-tadbirlari (shu jumladan, nur tashhisi) kasallik bosqichidan qat'i nazar to‘liq hajmda o‘tkazilishi lozim.

Agar simptomlar mavjud bo‘lmasa, Bazal hujayrali saraton (BHS)ning regional va uzoq metastazlar berish ehtimoli pastligi, shuningdek, yassi hujayrali saraton (YaHS)da regional metastazlar uchrash ehtimoli biroz yuqoriroq ekanligi inobatga olinib, yashirin metastazlarni aniqlash maqsadida tashhis testlari turli hajmda o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Bu hajm kasallik bosqichi (klinik ko‘rik va gistologik xulosa asosida belgilangan) ga bog‘liq holda tanlanadi.

Biopsiya natijalariga asoslanib, teri saratoni tashhisi tasdiqlangan hollarda tavsiya etilgan tashhis chora-tadbirlari 8-jadvalda keltirilgan. [24, 26]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

8-jadval. Teri o‘smasi biopsiyasi natijalari va klinik ko‘rikka asosan tekshiruv rejasi

Kasallik bosqichi	Fizikal ko‘rik	Instrumental tekshiruvlar
0, I, II	Ha	<ul style="list-style-type: none"> • Regional limfa tugunlar UTTsi • Nur diagnostika tavsiya etilmaydi, agar simptomlar bo‘lmasa
III va IV	Ha	<ul style="list-style-type: none"> • Regional limfa tugunlar UTTsi • To‘la ko‘lamda nur diagnostika

• Morfologik tasdiqdan oldin instrumental tashhis tavsiya etilmaydi, faqat interkurrent patologiya yoki bemorning umumiy holati biopsiyani xavfsiz o‘tkazish uchun zarur bo‘lgan hollar bundan mustasno. [24, 26].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

Izoh: Biopsiya natijalari olinmaguncha davolash va tekshiruv rejasini tuzish tavsiya etilmaydi.

• Ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a'zolari holatini baholash uchun tavsiya etilgan optimal nur tashhis hajmi – ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a'zolarining kompyuter tomografiyasidir (KT). Venadan kontrast modda yuborish barcha hollarda tavsiya etiladi, faqat yod saqlovchi kontrast moddalar yuborishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmagan taqdirda. Agar bunday qarshi ko‘rsatmalar aniqlansa, vena ichida kontrastlash bilan KT o‘rniga magnit-rezonans tomografiya (MRT) qo‘llash mumkin. O‘pkalarda metastatik zararlanishni istisno etish yoki uning dinamikasini baholash uchun vena ichida kontrastlash talab qilinmaydi. Alternativ tashhis usuli – FDG bilan PET-KT (butun tana rejimida) bo‘lishi mumkin. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

• Agar optimal nur tashhisi tashhis qo‘yilgandan keyingi 2 hafta ichida o‘tkazib bo‘lmasa, quyidagi alternativ usullar tavsiya etiladi: Ko‘krak qafasi a'zolarining KT

oʻrniga – koʻkrak qafasi rentgenografiyasi, qorin va kichik chanoq aʼzolarining KT (vena ichi kontrast bilan) oʻrniga – UTT (ultratovush tekshiruvi)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

- Katta birlamchi oʻsmalar, soʻyak toʻqimalarining zararlanishi yoki perinevral invaziya belgilari mavjud boʻlganda, oʻsma tarqalishini baholash uchun magnit-rezonans tomografiya (MRT) tavsiya etiladi, va KTga nisbatan afzalroq usul hisoblanadi. [24].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

- Agar KT yoki MRT maʼlumotlariga asosan metastazlarga shubha paydo boʻlsa, va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasiga jiddiy taʼsir koʻrsatsa, UTT yoki KT nazorati ostida biopsiya oʻtkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

Biopsiya

- Tashhisni tasdiqlash, shuningdek, keyingi tekshiruv va davolash rejasini belgilash uchun birinchi bosqichda shubhali teri oʻsmasini eksizion biopsiya qilish mumkin. Bunda chetga chekinish 5 mm dan oshmasligi kerak (1-3 mm (0,1 – 0,3 sm) chekinish qabul qilinishi mumkin). Har doim teri toʻqimasining toʻliq qalinligini qamrab oluvchi biopsiyaga afzallik berish lozim, masalan: elliptik eksiziyaga, insizion panch-biopsiya. Bu usullar yassi (britvali) rezeksiyaga nisbatan maqbulroq hisoblanadi, shu jumladan, ekzofit oʻsmalar uchun ham. [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

- Xirurgik yoʻl bilan olib tashlangan oʻsma toʻqimasining gistologik tekshiruvi tavsiya etiladi, va morfologik xulosada quyidagi parametrlarni aks ettirish lozim [24, 26]:

1. Teri saratonining gistologik turini JSST (VOZ) 2018 yilgi xalqaro teri oʻsmalari tasnifiga muvofiq aniqlash;

2. Differensiyalanish darajasini koʻrsatish;

3. Breslou boʻyicha oʻsma maksimal qalinligini (mm) aniqlash;

4. Klark boʻyicha invaziya darajasini belgilash;

5. Oʻsma tugunining radial va vertikal oʻlchamlarini koʻrsatish;

6. Rezeksiyaning periferik va chuqur chegaralarini baholash va ularda oʻsma hujayralarining mavjudligini aniqlash.

7. Perinevral invaziya;

8. Desmoplaziya;

9. Angiolimfatik invaziya.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A (dalillarning ishonchlilik darajasi – Ia)

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlil (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti va periferik limfa tugunlari);
12. Zarurat bo'lganda o'sma va metastaz sohasini MSKT va/yoki MRTsi;
13. Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
14. Mikropresipitatsiya reaksiyasi
15. Teri o'smasidan biopsiya.
16. O'smani suyakka tarqalganiga gumon bo'lgan taqdirda suyaklar KTsi.
17. Regionar limfa tugunlariga metastazga gumon bo'lgan taqdirda UTT nazoratida Ingichka ignali aspirasion biopsiya.
18. Bioptatni sitologik tekshiruvi (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Bioptatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *
20. EKG;
21. ExoKG;

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;

5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida tekshiruv va molekulyar-genetik tekshiruv;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
- 13.Periferik qon IFTsi;
- 14.Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
- 15.Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash maqsadida mikrosatellit nostabillikni molekulyar-genetik tekshiruvi;
- 16.Burun yondosh bo‘shliqlari rentgenografiyasi;
- 17.Skelet suyaklarini radioizotop skanirlash;
- 18.Bosh va bo‘yin, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti, kichik chanoq MSKTsi;
- 19.Bosh miya MRTsi;
- 20.Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
- 21.Bronxoskopiya;
- 22.Kolonoskopiya;
- 23.Oyoqlar tomirlari (vena va/yoki arteriyalar) UZDGsi;
- 24.Spirografiya;
- 25.Xolter – monitorlash bilan EKG
- 26.Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

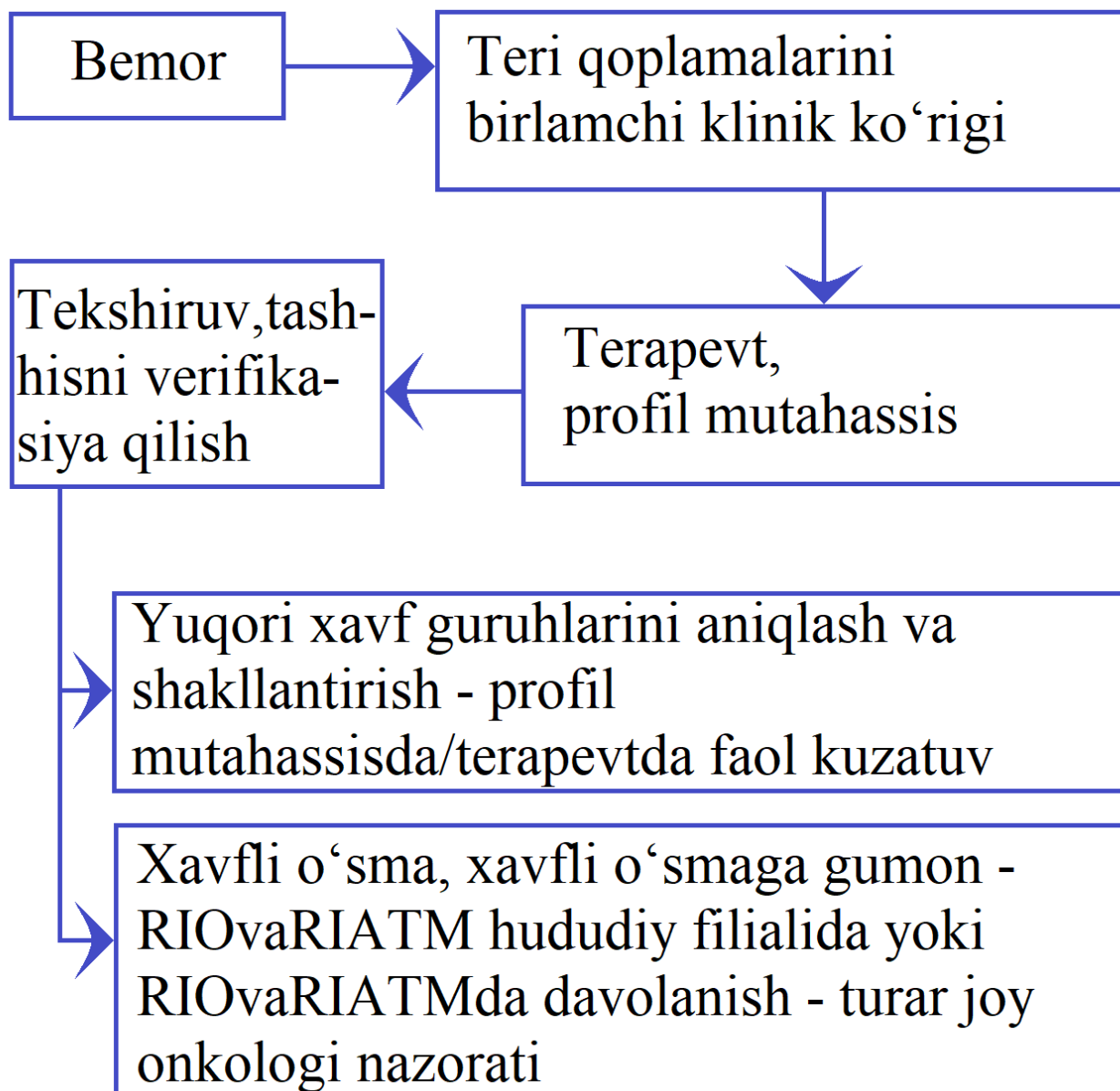
** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

- Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

- **Kardilog ko‘rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo‘lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko‘rigi** (kichik chanoq a'zolarida hajmli hosila belgilari bo‘lgan ayollarda, oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);

- Me'da osti bezi saratonini davolash boshlanishidan oldin **akusher-ginekolog/reproduktologning maslahati** zarur, agar bemor kelajakda farzand ko'rishni xohlasa, yordamchi reproduktiv texnologiyalarning mumkin bo'lgan variantlarini muhokama qilish, shuningdek, tug'ish yoshidagi bemorlarda o'smaga qarshi dori terapiyasi davrida, yaqin kelajakda va undan keyin istalmagan homiladorlikning oldini olish uchun ishonchli kontraseptiv vositalardan foydalanish masalasida [5];
- **nevropatolog ko'rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo'qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko'rigi** (endokrin a'zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo'lgan taqdirda);
- **qon-tomir jarrohi ko'rigi** (varikoz kasallik, tug'ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo'lgan hollarda);
- **pulmonolog ko'rigi** (o'pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo'lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig'lanish jarayonidan keyin).
- hamroh patologiyalar mavjud bo'lganda, **boshqa mutaxassislar ko'riklari**: ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo'lsa), yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo'lsa) va boshqalar.
- **nefrolog ko'rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo'lganda).
- **ftiziatr ko'rigi** – agar o'pkaning sil kasalligiga shubha qilingan bo'lsa va periferik shakllanishlar mavjud bo'lsa.

Diagnostik algoritm (sxema).



3.3 Differensial diagnostika.

(<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj.pdf>)

Teri saratonini differensial diagnostikasi:

Tashhis	Differensial diagnostikani asoslash	Tekshiruv	Tashhisni istisno mezonni
---------	-------------------------------------	-----------	---------------------------

Bouen kasalligi	Yuzagi bazalioma singari yirik blyashka ko‘rinishida bo‘lishi mumkin	Lokal ko‘rik, Sitologik va gistologik tekshiruv	Blyashka – yassi, noaniq chegaralarga ega, chet zonasida tugunchalar mavjud emas. Ko‘proq tana, qo‘llar va oraliq sohada joylashadi. Tashhis gistologik tekshiruvdan so‘ng qo‘yiladi.
Keratoakantoma	Kupolsimon tuzilish, markazida kichik chuqurlik mavjud. Chuqurlikning chetlari aniq, markaziy qismi kratersimon cho‘kish ("psevdoyara") hosil qiladi, u zich yoki yumshoq, kulrang-jigarrang massalar bilan to‘lgan, qon ketmaydi. Tugunchalar odatda qizg‘ish, kulrang yoki ko‘ksimon tusga ega, ba'zan teri rangida bo‘lishi mumkin.	Lokal ko‘rik Sitologik va gistologik tekshiruv	Gistologik jihatdan saratondan farqlash qiyin bo‘lishi mumkin Tez o‘shish Stabilizasiya fazasining mavjudligi Shox to‘qimalari og‘riqsiz, qon ketmaydi
Sklerodermiya	Chegaralangan shakli skleroderma simon bazaliomaga o‘xshaydi	Lokal ko‘rik	Zich blyashkalar kattaroq, vosksimon yoki pushti-liliya rangida, aniq chegaralarga ega va periferiyada dimlangan eritema zonasi bilan o‘ralgan.

Qizil bo'richa	Agar yagona zararlanish o'chog'i mavjud bo'lsa, tashqi ko'rinishi yuzaki bazalioma shakliga o'xshash bo'lishi mumkin.	Lokal ko'rik	Kamdan-kam hollarda uzoq vaqt davomida faqat bitta o'choq saqlanadi, periferik eritema zonasi va follikulyar giperkeratoz mavjud bo'ladi.
murakkab, intradermal nevuslar	Agar bazalioma pigmentli bo'lsa, o'lchamlari 1 smgacha	Lokal ko'rik, dermatoskopiya	Pubertant yoshda yoki o'smirlikda paydo bo'ladi
Tugunli melanoma	Yaranib ketgan pigmentli bazalioma osonlik bilan melanoma deb qabul qilinishi mumkin.		Teri qoplamlarining har qanday sohasida joylashishi mumkin. Tashhis gistologik tekshiruvdan so'ng qo'yiladi.
Terining xavfsiz limfoplaziyasi	Tugunli bazalioma singari yumaloq shaklga ega bo'lib, asosan yuzda joylashadi.		Xamirsimon konsistensiyaga ega va ko'ksimon-pushti tusli, qo'ng'ir rang aralashgan.
Dermatofibroma	Tugunli bazalioma singari 3 sm dan katta bo'lishi, silliq va g'adir-budir yuzaga ega bo'lishi mumkin, vaqt o'tishi bilan yaranishi va sekin o'sishi mumkin.	Lokal ko'rik Sitologik va gistologik tekshiruv	Gistologik tekshiruv zarur
Yassi hujayrali saraton	Yarali shakldagi bazalioma invaziv-destruktiv o'sishga ega bo'lib, quyidagi to'qimalar va suyaklarga o'tishi mumkin.		Yara o'lchami o'sma chegarasiga mos keladi, ajralma modda ko'lansa hidli bo'ladi, metastazlar paydo bo'lishi mumkin.

4. AMBULATORIYA DARAJASIDA DAVOLASH TAKTIKASI:

4.1 Nomedikamentoz davo (rejim, dieta va boshq. nur);

Rejim umumiy, stol 15

4.2. Medikamentoz davo:

1) Ambulator darajada xirurgik aralashuv

- Xirurgik davolash – o‘smaning mahalliy anesteziya ostida kesib olinishi va gistologik tekshiruv;
- Krioterapiya;
- Radikal dastur bo‘yicha nur terapiyasi (bir martalik va umumiy dozalar o‘smaning joylashuvi, o‘lchami, shikastlanish chuqurligi va sitologik yoki morfologik tasdiqqa qarab tanlanadi).
- Yaqin fokusli rentgenoterapiya
- Chiziqli tezlatkichlarda masofaviy nur terapiyasi

2) Keyingi kuzatuv va davolash

Jarrohlik davosidan so‘ng: har kunlik bog‘lam almashtirish, antibiotikoterapiya

5. Tibbiy yordam ko‘rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalari:

1) Rejali yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

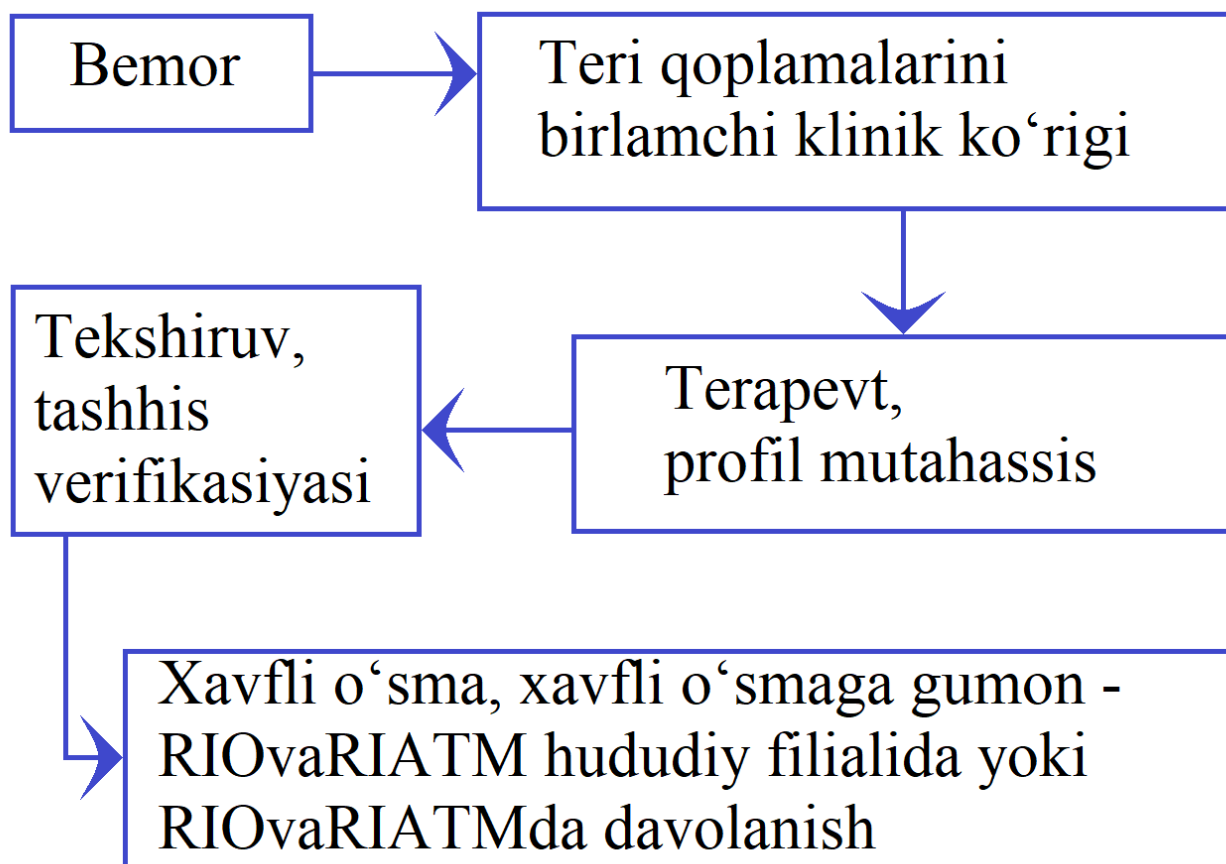
Teri sathida quyidagilarning mavjudligi: Yagona yoki ko‘p sonli, og‘riqli yoki og‘riqsiz o‘smasimon tuzilmalar, g‘adir-budir blyashkalar, kratersimon yarali defektlar, kontaktda qon ketishi, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, mahalliy og‘riqlar.

2) Shoshilinch yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- ushba kasallik uchun shoshilinch hospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar yo‘q

6. Stasionar darajasida davolash taktikasi:

6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi (sxemalar, algoritmlar):



6.2 Nomedikamentoz davu:

Konservativ davolash vaqtida bemor rejimi – umumiy.

Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operatsiya hajmi va hamroh kasalliklarga bog'liq holda).

Keyingi operatsiyadan keyingi davrda – palatali rejim.

Dieta:

№15 stol (yoki hamroh kasallikka qarab boshqa parhez).

Xirurgik davolashdan keyin – №15 stol (yoki hamroh kasallikka qarab boshqa parhez).

6.3 Medikamentoz davu:

Medikamentoz davolash (ximioterapiya) faqat generalizlangan shakllarda qo'llaniladi.

Asosiy davolash usuli – xirurgik davolash.

Protokolda davolash taktikasi kasallik bosqichlariga qarab berilgan, generalizlangan teri saratonini davolash bo'limida ximioterapiya sxemalari keltirilgan.

6.4 Jarrohlik amaliyoti

- Ekonom kesib olishda o'sma ellipssimon kesik bilan, chegaralaridan 0,5–2,0 sm masofada, narkoz ostida kesib olinadi.
- Teri saratonni qo'l va oyoq barmoqlarida joylashib, biriktiruvchi va suyak to'qimasiga o'sib kirgan hollarda, barmoq amputasiyasi yoki ekzartikulyasiyasi amalga oshiriladi.
- Quloq suprasi terisida, uning yuqori yoki markaziy qismlarida joylashgan o'smalarda quloq uprasini amputasiya qilish o'tkaziladi.
- Sochli bosh qismi terisida joylashgan, bosh suyagiga o'sib kirgan o'smalarda, keng kesib olish bilan birga bosh suyagining zararlangan qismi rezeksiya qilinadi va defekt birlashgan qoplama to'qimalar bilan plastika qilinadi.

Limfodisseksiya limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda o'tkaziladi va birlamchi o'sma o'chog'ini olib tashlash bilan birga yoki metastazlar aniqlanganidan so'ng amalga oshiriladi. Profilaktik limfodisseksiya o'tkazilmaydi.

Teri saratonida regional limfa apparatiga standart xirurgik muolajalar

Limfa apparatida standart xirurgik aralashuvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi: o'mrov osti, qo'ltiq osti-kurak osti, yonbosh-sov-son, klassik radikal bo'yin (Krayl operatsiyasi), modifikatsiyalangan radikal bo'yin limfodisseksiyasi III tapda (futlyar-fassial bo'yin limfodisseksiyasi). Chov-son limfodisseksiyasi. Dyuken operatsiyasi

Bosqichlarga qarab davolash

Bazal hujayrali saraton (BHS)

I va II bosqichlar (T1-2N0M0):

- Jarrohlik yo'l bilan o'smani olib tashlash, zarurat tug'ilganda bir vaqtning o'zida jarrohlikdan keyingi defektni teri plastikasi usullaridan biri bilan bartaraf etish.
- Agar rejali gistologik tekshiruvda rezeksiya chetlarida o'sma hujayralari aniqlansa, ad'yuvant nur terapiyasi (NT) yoki qayta kesib olish (reisseksiya) ko'rsatilgan.
- Radikal dastur bo'yicha nur terapiyasi,
- Bir martalik va umumiy doza o'smaning joylashuvi, o'lchami, shikastlanish chuqurligi va sitologik yoki morfologik tasdiqqa qarab tanlanadi.
- Yaqin fokusli rentgenoterapiya
- Chiziqli tezlatkichlarda distansion nur terapiyasi
- Krioterapiya

- yoki Fotodinamik terapiya

III bosqich (T3N0M0):

- Keng kesib olish va bir vaqtda jarrohlikdan keyingi defektni teri plastikasi bilan bartaraf etish.
- Agar o'sma qo'l yoki oyoqlarda joylashib, katta hajmli yumshoq to'qimalar, suyak yoki tomir-nerv bog'lamlarining keng zararlanishi kuzatilsa, qo'l va oyoqlarni amputasiya qilish.
- Sochli bosh qismi terisida joylashgan, bosh suyagiga o'sib kirgan o'smalarda, keng kesib olish va bosh suyagining zararlangan qismi rezeksiya qilinadi, defekt birlashgan qoplama to'qimalar bilan plastika qilinadi.

Rejali gistologik tekshiruvda rezeksiya chetlarida o'sma hujayralari aniqlansa, ad'yuvant nur terapiyasi (NT) ko'rsatilgan.

- Shartli radikal xarakterga ega jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan hollarda, operatsiya o'rnida jarrohlikdan keyingi nur terapiyasi qo'llaniladi (SOD 50–70 Gr).
- Yoki mustaqil radikal dastur bo'yicha nur terapiyasi bir martalik va umumiy doza o'smaning joylashuvi, o'lchami, shikastlanish chuqurligi va sitologik yoki morfologik tasdiqqa qarab tanlanadi.
- Yaqin fokusli rentgenoterapiya
- Chiziqli tezlatkichlarda distansion nur terapiyasi
- Yoki fotodinamik terapiya
- Yoki elektroximioterapiya

IV bosqich (har qanday T har qanday N M1):

Davolash palliativ yoki simptomatik tarzda individual dasturlar asosida MDG muhokamasidan so'ng amalga oshiriladi (jarrohlik usullari, nur terapiya, tizimli ximioterapiya, elektroximioterapiya qo'llanilishi mumkin).

Yassi hujayrali saraton, metatipik saraton, teri qo'shimchalari saratonini davolash

Yassi hujayrali teri saratonli bemorlarni davolash taktikasi har bir holatda alohida belgilanishi kerak. Bunda o'sma jarayonining tarqalganlik darajasi, uning lokalizatsiyasi, prognozga ta'sir etuvchi omillar (biopsiya natijalari ham kiritilgan holda), bemorning umumiy holati (hamroh kasalliklarning og'irlik darajasi) va kutilgan umr davomiyligi inobatga olinishi lozim.

Yassi hujayrali teri saratonli bemorlarni davolashning asosiy maqsadi o'smani to'liq olib tashlashdan iborat bo'lib, shu bilan birga, zararlangan a'zo funksiyasini maksimal

darajada saqlab qolish va eng yaxshi kosmetik natijalarga erishishga harakat qilinishi kerak. Jarrohlik usullari ko‘pincha eng samarali va ta’sirchan davolash usuli hisoblanadi, ammo funksiyani saqlab qolish, kosmetik natijalar, bemorning afzalliklari va uning umumiy holati kabi omillar nur terapiyasini asosiy davolash usuli sifatida tanlashga olib kelishi va umumiy natijani optimallashtirishi mumkin.

Birlamchi ko‘plab xavfli o‘smalar paydo bo‘lish xavfi yuqori bo‘lgan ayrim bemorlarda (masalan, immunosupressiya yoki albinizm holatida) diqqatli kuzatuv va profilaktik choralar tavsiya etilishi mumkin.

Ushbu usullarni qo‘llash bo‘yicha tavsiyalar, shu jumladan, belgilangan dori vositalarini dozalash rejimlari va davolash usullari quyida keltirilgan.

3.1 Kasallikning lokal bosqichlarini (I-II) davolash

- Yassi hujayrali teri saratoni tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga davolash taktikasini tanlashdan oldin ushbu tavsiyalarga muvofiq kasallikning residiv va metastaz berish xavfini baholash **tavsiya etiladi** (1.5.3-bo‘limga qarang). [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

3.1.1 Xavfi past bo‘lgan yassi hujayrali saratonni davolash

- Residiv xavfi past bo‘lgan (1.5.3-bo‘limga qarang) yassi hujayrali teri saratonli barcha bemorlarga ko‘ringan o‘sma chegarasidan 4 mm orqali (tersa yog‘ qatlamini qamrab olgan holda) standart kesib olish tavsiya etiladi (agar o‘smaning chiziqli o‘lchami 2 sm dan kichik bo‘lsa) yoki ko‘ringan o‘sma chegarasidan 6 mm orqali (tersa yog‘ qatlamini qamrab olgan holda) kesib olish tavsiya etiladi (agar o‘smaning chiziqli o‘lchami 2 sm yoki undan katta bo‘lsa). Shuningdek, jarrohlik yo‘li bilan olingan materialning tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruvi jarayonida rezeksiya chegarasini rejali baholash tavsiya etiladi (defektни yopish usuli jarroh shifokorning tanloviga bog‘liq). [29] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401812/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

- Ko‘ringan o‘sma chegarasidan kamida 6 mm xirurgik chekinib kesib olish tavsiya etiladi, agar uning o‘lchami 2 sm yoki undan katta bo‘lsa (yuqori xavfli zonalar bundan mustasno, bu holatda kattaroq chekinish – 9 mm talab etilishi mumkin). Shu bilan birga, ba’zan o‘smanni kuzatib boradigan eritema zonasi yoki qizarish halqasi o‘sma tugunchasi elementi sifatida baholanishi **tavsiya etiladi** [28, 29]. Shuningdek, 9-jadvalga qarang.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: Standart jarrohlik ekssiziyasi bajarilganda, olib tashlangan o‘smada va bemor tanasida yo‘naltiruvchi belgilarni (12 soat nuqtasi bo‘yicha) qo‘yish tavsiya etiladi. Bu rejali gistologik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o‘sma aniqlangan taqdirda, qayta rezeksiyani rejalashtirishda zarur bo‘lishi mumkin.

9-jadval. Yassi hujayrali teri saratonida residiv xavfi va birlamchi o'sma o'lchamiga qarab jarrohlik taktikasi [29].

Residiv xavfi (1.5.3-bo'limga qarang)	O'smaning maksimal o'lchami, sm	Jarrohlik taktikasi
Past	< 1 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish
	1,01 – 1,9 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish
	≥2,0 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 6 mm chetlashish
yuqori	< 1 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini jarrohlik amaliyoti davomida nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli).
	1,01 – 1,9 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 6 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini (periferik va chuqur) jarrohlik amaliyoti davomida morfologik nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli)
	≥2,0 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 9 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini (periferik va chuqur) jarrohlik amaliyoti davomida morfologik nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli). Storoj limfa tuguni biopsiyasini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

• Standart jarrohlik aralashuvidan so'ng, ko'ringan o'sma chegarasidan kamida 6 mm chekinib kesib olingan bemorlarda, agar rejali tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o'sma aniqlansa, qayta rezeksiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu intraoperasion morfologik nazorat bilan (barcha rezeksiya chegaralarini – periferik va chuqur) yoki standart qayta rezeksiya shaklida amalga oshirilishi mumkin. Shuningdek, jarrohlik davolashga nomzod bo'lmagan bemorlarda operatsiyadan keyin nur terapiyasi yoki kompleks davolash (nur terapiyasi va tizimli o'smaga qarshi terapiya) o'tkazish tavsiya etiladi. [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3)

• Har qanday sababga ko‘ra (yomon umumiy holat, kutilgan kosmetik natijalardan qoniqmaslik sababli bemorning bosh tortishi va h.k.) jarrohlik davolash rejalashtirilmagan in situ yassi hujayrali teri saraton (Bouen kasalligi) tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga, YaHTSni destruktiv usullardan biri bilan davolash **tavsiya etiladi**:

○ kyuretaj va elektrokoagulyasiya

○ nur terapiya,

○ kriodestruksiya,

○ fotodinamik terapiya

○ yoki o‘smaga qarshi qaollikka ega topik vositalar [31]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1)

• Tashxisi qo‘yilgan va jarrohlik davolashga nomos qo‘yilgan past xavfli YaHTS (1.5.3-bo‘limga qarang) bemorlarga kyuretaj va elektrokoagulyasiya o‘tkazish tavsiya etiladi (soch o‘sadigan joylar – bosh teri qismi, qov va qo‘ltiq sohalari, shuningdek, erkaklarda soqol sohasi bundan mustasno). Agar kyuretaj jarayonida yog‘ qatlamiga etilsa, odatda, jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash **tavsiya etiladi**. [32]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3)

Izoh: *Kyuretaj va elektrokoagulyasiya onkolog shifokor tomonidan kichik (<2 sm), aniq chegaralangan, agressiv emas gistologiyaga ega yassi hujayrali teri saraton o‘choqlari uchun, past xavfli zonalarda qo‘llanilishi mumkin. Kyuretaj va elektrokoagulyasiya qayta avj olgan (residiv) YaHTS yoki yuqori xavfli YaHTS uchun tavsiya etilmaydi. Kyuretaj o‘tkir kyuretka yordamida sog‘lom to‘qimalargacha bajarilishi kerak, olingan material tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruvga yuboriladi, shundan keyingina olib tashlangan o‘sma lojasiga elektrokoagulyasiya o‘tkazilishi tavsiya etiladi.*

• Tashxisi qo‘yilgan past xavfli YaHTS (1.5.3-bo‘limga qarang) va jarrohlik davolashga nomos bemorlarga (jumladan, jarrohlik aralashuvi bemor uchun maqbul bo‘lmagan funksional yoki kosmetik buzilishlarga olib kelishi mumkin bo‘lgan hollarda) birlamchi o‘sma sohasiga nur terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [33]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31447088/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi–5)

Izoh: *Nur terapiya turini tanlash (yaqin fokusli rentgenoterapiya, gamma va elektron terapiya, braxiterapiya) hamda doza fraksiyalash tartibi o‘smaning o‘lchami va joylashuvi, bemorning holati, uning xohishlari va davolash muassasasining imkoniyatlariga qarab amalga oshiriladi. Braxiterapiya yassi hujayrali teri saraton davolashda standart yondashuv hisoblanmaydi va fakat maxsus tanlangan bemorlar*

guruhida (masalan, qovoq terisi saratoni, shu jumladan, qovoq yopishgan joylar) qo‘llash mumkin. Distansion nur terapiyasi va braxiterapiyaning ehtimoliy dozalari va rejimlari 10-jadvalda keltirilgan.

10-jadval. Past xavfli yassi hujayrali teri saraton uchun mustaqil variantda qo‘llaniladigan distansion nur terapiyasi rejimlari va dozalari.

O‘smaning o‘lchamlari	Fraksionirlashga misollar va davo davomiyligi	havolalar
< 2 sm	60 Gr 6 – 7 haftada	[153]
	50 – 55 Gr 3 – 4 haftada	[154]
	35 Gr 10 fraksiyada	[154]
	30,6 Gr 3 fraksiya 14 kun davomida	[155]
	54 Gr 18 fraksiyada	[156]

• YaHTS in situ (Bouen kasalligi) tashxisi qo‘yilgan va jarrohlik davolash uchun mos kelmaydigan bemorlarga birlamchi o‘smanni kriodestruksiya qilish **tavsiya etiladi**. [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Izoh:

Kamchiliklar qatoriga chandiqlik hosil bo‘lishi, residivni baholashda qiyinchiliklar, jarrohlik materialining gistologik tekshiruvi va muolajaning radikalligini tasdiqlovchi dalillarning yo‘qligi kiradi. Muolajani o‘tkazishdan avval tashxisni tasdiqlash uchun biopsiya bajarish lozim. Kriodestruksiya joylashgan residiv kasallik yoki yuqori xavfli o‘smalar uchun mos kelmaydi. Krioxirurgiya vaqtida o‘smaning shakliga eng mos keladigan o‘lchamdagi kriozondlar ishlatilishi kerak. Teri tegishli suyak yoki to‘qimaga mustahkam biriktirilishi zarur. Muzlash kuchini impedansometr yordamida nazorat qilish mumkin (500 – 1000 kOm, bu esa o‘smaning hajmiga qarab 30-60 soniya muzlash vaqtiga mos keladi). Oddatda 1-2 marta muzlash va erish sikllari o‘tkaziladi.

• YaHTS in situ (Bouen kasalligi) tashxisi qo‘yilgan va jarrohlik muolajasiga mos kelmaydigan bemorlarga fotodinamik terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [34, 35] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2710943/>). Fotodinamik terapiya ayniqsa YaHTS in situ va o‘sma oldi kasalliklarida (masalan, aktinik keratozda) samarali hisoblanadi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Izoh: *Invaziv shakldagi YaHTSda afzallik jarrohlik davolashga berilishi kerak. YaHTS yuqori xavfli holatlarda FDT tavsiya etilmaydi.*

YaHTS in situ (Bouen kasalligi) uchun FDT o‘tkazishda metilaminolevulinat (L01XD Sensibilizatsiya qiluvchi preparatlar, fotodinamik/nur terapiyasi uchun) tashqi qo‘llash uchun krem shaklida ishlatiladi (extempore tayyorlash mumkin emas). FDT kursi – preparat yuborish va FDT seansidan iborat. Applikasion qo‘llashdan oldin zarur bo‘lsa, kyuretka yoki skalpel bilan anesteziyasiz kyuretaj o‘tkaziladi. To‘liq gemostazdan

keyin preparat o'sma ustiga, 0,5-1,0 sm sog'lom teri hududini qamrab olgan holda surtiladi, suv va yorug'lik o'tkazmaydigan okklyuzion bog'lam qo'yiladi. Ekspozisiya vaqti – 3-4 soat. Shu vaqtdan keyin bog'lam olib tashlanadi, qoldiq preparat quruq marli salfetka bilan tozalanadi. 630 ± 2 nm to'lqin uzunlikdagi lazer nurlash manbasi bilan FDT o'tkaziladi. Doza – $300-350$ Dj/sm². Agar zarur bo'lsa, FDT seansidan oldin 400-405 nm yorug'lik manbasi bilan fluoressent diagnostika o'tkaziladi. FDT ikki kursda, 1 oylik intervalda o'tkaziladi. Natija 2 oydan keyin baholanadi. Agar gistologik tasdiqlangan qisman regressiya kuzatilsa, xlorin e6 asosidagi preparatlar bilan FDT o'tkaziladi. Invaziv yoki ekzofit YaHTS da xlorin e6 asosidagi preparatlar ishlatiladi. 1 mg/kg dozada, 150-200 ml izotonik natriy xlorid eritmasida eritilib, qorong'u xonada tomir ichiga yuboriladi. Flakon yorug'lik o'tkazmaydigan material bilan ekranirovka qilinadi. 3 soatdan keyin 400-405 nm manbada fluoressent diagnostika o'tkaziladi. FDT 662 ± 2 nm to'lqin uzunlikdagi lazer yordamida amalga oshiriladi. Doza – $300-350$ Dj/sm². Bir kurs FDT o'tkaziladi, natija 1,5-2 oydan keyin baholanadi. Yorug'lik cheklash rejimi – 4 kun. Agar qisman regressiya kuzatilsa, xlorin e6 asosida FDT takrorlash mumkin. [36] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15752124/>).

- YaHTS in situ (1.5.3-bo'limga qarang) tashxisi qo'yilgan, lekin jarrohlik muolajasiga nomos keladigan bemorlarga #imiximod bilan topik davolash **tavsiya etiladi**. [37, 140] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20026854/>). Qo'llanish rejimlari 11-jadvalda keltirilgan.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

11-jadval. YaHTS in situ (Bolezn Bouena) da #imiximodni qo'llash rejimlari

#Imiximod 5% krem, 1m/sut, 7 kun/haftada * 6 hafta, mahalliy	[38]
#Imiximod 5% krem, 1 m/sut, 5 kun/haftada * 16 hafta, mahalliy	[39]

3.1.2 Xavfi yuqori bo'lgan yassi hujayrali saratonni davolash

- YaHTS yuqori xavfli (1.5.3-bo'limga qarang) deb tashxis qo'yilgan barcha bemorlarga o'smani barcha rezeksiya qirralarining (periferik va chuqur) intraoperasion morfologik nazorati bilan olib tashlash **tavsiya etiladi**. Operasion materialni tiriklikda patologo-anatomik tekshirish jarayonida o'rganish zarur. Defektni yopish usuli jarrohning ixtiyoriga bog'liq, biroq morfologik jihatdan rezeksiya qirralarida o'sma yo'qligi tasdiqlanmaguncha, defektlarni ko'chirilgan qoplamlar bilan yopishni kechiktirish ma'qul. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Izoh: Bunday jarrohlik amaliyotlari tayyorlangan jarroh-onkologlar, plastik jarrohlar va morfologlar jamoasini talab qiladi hamda maxsus markazlarda amalga oshirilishi mumkin. Intraoperasion gistologik tekshiruv quyidagi usullar bo'yicha kesish,

belgilash va preparatlarni tayyorlash talablariga muvofiq o‘tkazilishi lozim: Mos usuli (Mohs) va «sekin» Mos usuli (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Barcha hollarda, agar Mos usuli yoki «sekin» Mos usuli bo‘yicha intraoperasion gistologik baholash imkoni bo‘lmasa, ko‘rinib turgan chegaralardan kamida 4 mm masofada tavsiya etilgan etarli cheklanish amalga oshirilishi lozim.

12-jadval. Barcha rezeksiya chegaralarining (periferik va chuqur) intraoperasion morfologik nazorati bilan jarrohlik davolash usullari

	<i>Mos usuli</i>	<i>Mosning «sekin» usuli (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)</i>
<i>Skalpel va to‘qimaga nisbatan kesish burchagi</i>	45°	90°
<i>Kesmалarni tayyorlash</i>	<i>Yangi muzlatilgan kriostat kesmalar</i>	<i>parafin bloklari</i>
<i>Javoblarni olish vaqti</i>	<i>20-60 daqiqa</i>	<i>24 soat (tezlashgan gistoprossorda)</i>

"Non bo‘lagi" usuli bo‘yicha standart gistologik tekshiruv rezeksiya chegaralarini va o‘smanni to‘liq olib tashlanganligini baholash uchun ishlatilmasligi kerak, chunki bu usulda olib tashlangan to‘qima yuzasining 1% dan kam qismi baholanadi.

• YaHTS yuqori xavfli (1.5.3-bo‘limga qarang) tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga, agar periferik va chuqur rezeksiya chegaralarini intraoperasion nazorat qilish bilan o‘smanni olib tashlash imkoni bo‘lmasa, standart usulda eng katta mumkin bo‘lgan oraliqda (tana va qo‘l-oyoqlarda 6 mm, sochli terida 9 mm) vidiy o‘sma chegarasidan (teriosti yog‘ pardasi bilan birga) kesib olish va operasion materialning rezeksiya chegarasini hayotlikdagi patologo-anatomik tekshiruvini o‘tkazish **tavsiya etiladi** (defektni yopish usuli – jarrohning ixtiyorida). [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: Standart jarrohlik kesib olish amaliyoti bajarilganda, operasion material va bemor terida yo‘nalish belgilarini (12 soatlik ko‘rsatkich) belgillash tavsiya etiladi. Bu, rejali gistologik tekshiruvda rezeksiya chegarasida o‘sma aniqlangan taqdirda, qayta rezeksiyani rejalashtirish uchun muhim bo‘lishi mumkin.

• Standart jarrohlik aralashuvidan so‘ng, ko‘rinib turgan o‘sma chegarasidan kamida 6 mm masofada kesib olish amalga oshirilgan bemorlarda, rejali tiriklikdagi patologo-

anatomik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o'sma aniqlansa, intraoperasion morfologik nazorat bilan qayta rezeksiya o'tkazish yoki, agar bemor jarrohlik davolash uchun nomos bo'lsa, nur terapiyasini rejalashtirish **tavsiya etiladi**. [29, 30]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

- Ko'ks oralig'i va metastaz berish xavfi yuqori bo'lgan (1.5.3-bo'limga qarang) bemorlarda, 2 sm yoki undan katta o'lchamdagi terining o'smasi mavjud bo'lganda va hududiy limfa tugunlarining shikastlanishiga oid klinik va instrumental belgilari kuzatilmaganda, kasallik bosqichini to'g'ri aniqlash, uning kechish prognozi va ad'yuvant nur terapiyasiga ko'rsatmalarni belgilash maqsadida qo'riqchi limfa tuguni biopsiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi**. [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

Izoh: *Qo'riqchi limfa tuguni biopsiyasi faqat maxsuslashtirilgan muassasalarda, tegishli jihozlar va malakali xodimlarga ega bo'lgan joylarda amalga oshiriladi.*

- YaHTS yuqori xavfli deb tashxis qo'yilgan (1.5.3-bo'limga qarang), jarrohlik muolajasiga mos kelmaydigan yoki rezeksiya chegarasida o'smasi aniqlangan, lekin turli sabablarga ko'ra uning olib tashlanishi mumkin bo'lmagan bemorlarga asosiy o'sma hududiga nur terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [32, 33, 41]. Nur terapiyasi dozalari va rejimlari 13-jadvalda keltirilgan.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

13-jadval. Yuqori xavfli yassi hujayrali teri saratonida mustaqil usul sifatida distansion nur terapiyasi rejimlari va dozalari

O'smaning klinik hususiyatlari	Davo davomiyligini fraksionirlashga namunalari	Manba
≥2 sm YoKI T ₃ /T ₄ , YoKI Suyaklarga invaziya bilan, YoKI Yumshoq to'qimalarga invaziya bilan	60 Gr 6 haftada 50 Gr 4 haftada 60 Gr 3 haftada	[43]
	50 Gr 4 haftada (suyak/tog'ayga invaziyada)	[42]

- YaHTS yuqori xavfli tashxisi qo'yilgan bemorlarga, shuningdek, past xavfli bemorlarga (1.5.3-bo'limga qarang) rezeksiya chegarasi musbat yoki yaqin joylashgan hollarda, jarrohlik muolajasidan keyin residiv xavfini kamaytirish maqsadida birlamchi o'sma hududiga nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi [32, 43, 44] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19415791/>). Nur terapiyasining dozalari va rejimlari 14-jadvalda keltirilgan.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

14-jadval. Birlamchi o'sma sohasiga distansion jarrohlikdan keyingi nur terapiyasining dozalari va rejimlari

O'smaning klinik hususiyatlari	Davo davomiyligini fraksionirlashga namunalari	Manba
Birlamchi o'sma sohasiga distansion jarrohlikdan keyingi nur terapiyasi	60 Gr 6 haftada	[45]
	50 Gr 4 haftada	[46]

- YaHTS bosh va bo'yin yuqori xavfli tashxisi qo'yilgan, regional limfa tugunlarining klinik shikastlanish belgilari mavjud bo'lmagan bemorlarga (1.5.3-bo'limga qarang), jarrohlik muolajasidan keyin residiv xavfini kamaytirish maqsadida mintaqaviy limfa kollektorlari hududiga nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi [46]. Nur terapiyasining dozalari va rejimlari 16-jadvalda keltirilgan. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26391010/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

3.1.3 Qovoq terisida joylashgan (qovoq yopishmasida ham) xavfi yuqori bo'lgan yassi hujayrali saratonni davolash

YaHTS yuqori xavfli holatlarini davolash tamoyillari, 3.1.2-bo'limda tavsiflangan holda, ushbu bo'lim tezlari bilan to'ldiriladi.

- Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saratonida organni saqlab qolishga qaratilgan muolajani rejalashtirish **tavsiya etiladi**, shu jumladan qovoqlarning yopilishi, o'smaning o'lchami va joylashuvi hisobga olingan holda, mikroxiurgik texnika yoki binokulyar lupa yordamida umumiy anesteziya ostida bajariladi. [47].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: Bemorning yoshi va umumiy somatik holati, juft ko'zning holati, mumkin bo'lgan asoratlar va ularning oldini olish choralari hisobga olinishi tavsiya etiladi. O'smaning o'lchami 3 mm gacha bo'lgan hollarda mahalliy anesteziya qo'llash mumkin. Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash, jumladan qovoqlarning yopishmasida, o'smaning lokalizatsiyalangan xususiyati va uni tubdan olib tashlashning texnik imkoniyati mavjud bo'lganda tavsiya etiladi. Ko'z qovoqlari terisida joylashgan o'smalarda, ularning o'lchamlarini hisobga olgan holda, jarrohlik otstupi 4 mm etib belgilanishi kerak.

- Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saraton tugunli shakllarini to'liq kesib olish uchun radioto'lqin yoki SO₂ lazer yordamida lazer jarrohligidan foydalanish tavsiya etiladi, jumladan qovoqlarning yopishmasida ham. Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saratonning diffuz shakllarida biopsiya o'tkazish uchun radioto'lqin yoki SO₂ lazer qo'llash tavsiya etiladi, jumladan qovoqlarning yopishmasida ham.

• Bu usul saratonning o'lchamini kichraytirish va kompleks davolash doirasida nur terapiyasini o'tkazish maqsadida tavsiya etiladi. [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izohlar: Radioto'lqin jarrohligi – yuqori chastotali radioto'lqinlar (3,8 - 4,0 MGs) yordamida yumshoq to'qimalarni kontaktsiz kesish va koagulyasiya qilish usuli. Radioto'lqin jarrohligi qo'llanilganda to'qimalarning kuchli, erta (3 kundan boshlab) tiklanishi va epitelizasiyasi kuzatiladi, shuningdek, to'qimalarning to'liq erta bitishi va yirik chandiqlik hosil bo'lmasligi ta'minlanadi. O'sma tuguni radioekssiziya qilish ablastika tamoyillariga muvofiq ravishda, ko'ringan chegaralaridan kamida 3 mm cheklanib o'tkaziladi va o'sma o'rni radiokoagulyator bilan ishlanadi. Xirurgik lazer ta'siri to'qimalarda issiqlik, gidrodinamik va fotoximik effektlar orqali destruksiyanı keltirib chiqaradi. SO₂ lazer yordamida bajarilgan jarrohlik kesimi yuqori aniqlik, bakterisidlik, ablastik ta'sir, atrofdagi to'qimalarning minimal shikastlanishi kabi afzalliklarga ega bo'lib, bu yumshoq chandiqlik hosil bo'lishiga va keloid chandiqlarning oldini olishga yordam beradi. Radioto'lqin jarrohligi va SO₂ lazer yordamidagi lazer jarrohligini birgalikda qo'llash tavsiya etiladi. Radioskalpel va SO₂ lazer kombinasiyasi mexanik va issiqlik shikastlanishini minimal darajada ushlab turadigan dozalangan kesishni ta'minlaydi, qon ketgan qon tomirlarini samarali koagulyasiya qiladi va to'qimalarning birlamchi bitishiga yordam beradi.

• Ko'z qovoqlaridagi yassi hujayrali saratonni olib tashlashdan so'ng hosil bo'lgan nuqsonning o'z-o'zidan epitelizasiya qilinishi qovoqlarning deformatsiyasiga va shu bilan birga ko'z funksiyalarining buzilishiga olib kelishi mumkin bo'lgan hollarda **teri plastikasini** o'tkazish tavsiya etiladi. Ko'z qovog'i terisi plastikasi, shu jumladan qovoqlar yopishmasida, faqat yassi hujayrali saratonni radikal olib tashlash imkoniyati mavjud bo'lgan hollarda amalga oshiriladi. [49]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: Operasiyadan keyingi nuqsonni qoplash uchun ko'proq quyidagi turdagi plastikalar qo'llaniladi: mahalliy to'qimalar bilan plastika, erkin teri plastikasi, yon tomonga siljitish usulidagi plastika va poyasidagi teri yordamida plastika. Kichkina teri nuqsonlarini qoplashda mahalliy to'qimalar plastikasi keng qo'llaniladi, Shimanovskiy, Limberg usullari va ularning kombinasiyalari qo'llaniladi. Ko'z qovoqlarining, shu jumladan qovoqlar yopishmasining, yuqori va pastki qovoqning hamda tashqi ko'z burchagining yassi hujayrali saraton o'sishi aralash tusda bo'lganda, yaqin fokusli rentgenoterapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Tradision nurlantirish metodikasidan foydalanish tavsiya qilinadi – RTA02 apparati, RIK-10 sharoitida, ASMA-0,5 filtr bilan, havodagi dozaning quvvati 440, 1–40; yagona doza 2 Gr, jami dozasi 55–65 Gr. Bunda albatta, qorovul uchun qo'rg'oshinli himoya protezidan foydalanish tavsiya etiladi.

- Ko‘z qovog‘ining, shu jumladan qovoqlar yopishmasining, ko‘z chuquriga tarqalgan YaHTS da jarrohlik muolajasini ixtisoslashtirilgan markazlarda o‘tkazish tavsiya etiladi. [49, 47]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- Jarrohlik aralashuvi ablastik usulda, o‘sma atrofidagi yumshoq to‘qimalar va ostidagi suyak devorini ishlov berishda elektro- yoki radiokoagulyasiyadan majburiy foydalangan holda bajarilishi tavsiya etiladi. [49, 47]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Radikal jarrohlik davolash (orbitani suyak parda osti ekzenterasiyasi) ko‘z chuquridagi keng xavfli infiltrativ jarayonlar uchun ko‘rsatilgan bo‘lib qolmoqda. Operatsiya vaqtida olib tashlangan barcha patologik material majburiy gistologik tekshiruvdan o‘tkazilishi lozim. Ko‘z chuquri bo‘shlig‘ini yopish uchun teridan loskut ishlatiladi, u elkaning ichki yuzasidan kesib olinib, ko‘z chuquri bo‘shlig‘iga joylashtiriladi va ko‘z chuquri cheti terisiga mustahkamlanadi.*

- Katta o‘lchamdagi ko‘z qovoq terisi yassi hujayrali saratonida, jumladan, qovoqlar yopishmasi holatlarida, kompleks davolash usullari **tavsiya etiladi:** o‘smanni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash nur terapiyasi (braxiterapiya, 15-jadvalga qarang) bilan birgalikda o‘tkaziladi. [47,50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784215/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Ayrim joylashuv va o‘sma qalinligiga bog‘liq holda radikal olib tashlash imkoni bo‘lmaganda nur terapiyasi qo‘llaniladi.*

15-jadval. Ko‘z qovoq terisi yassi hujayrali saratonida braxiterapiya usullari va dozalari.

Lokalizasiya	Fraksiyalash va davolash muddatlarining namunalari	Manba
Ko‘z qovoq YaHTS, jumladan, qovoqlar yopishib qolgan holatda stronsii oftalmoapplikatorlari yordamida yuzaki braxiterapiya.	90-120 Gr 3-5 fraksiyada	[47, 50]

3.2 Regionar limfa tugunlariga metastaz bergan (III-bosqich) yassi hujayrali terining saraton kasalligini davolash.

- Rezektabel metastazli terining saraton kasalligi bo‘lgan barcha bemorlarga regionar limfadenektomiya o‘tkazish **tavsiya etiladi.** [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

• Radikal jarrohlik muolajasidan soʻng regional limfa tugunlarida yassi hujayrali saraton metastazlari mavjud boʻlgan bemorlarga ad'yuvant nur terapiyasi oʻtkazish **tavsiya etiladi** (Q. Tablisa 16). [43, 45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Bosh va koʻks sohasida birlamchi oʻsma joylashgan bemorlarda quloq oldi soʻlak bezi sohasida limfa tugunlarining shikastlanish chastotasi 82% gacha etgani kuzatiladi. Bu holatni bosh va boʻyin terisining yassi hujayrali saraton kasalligiga chalingan bemorlarni tekshirish va davolash hajmini rejalashtirishda hisobga olish lozim.*

16-jadval. Hududiy limfa tugunlarining shikastlanishi yoki hududiy limfa tugunlarining shikastlanish xavfi yuqori boʻlgan hollarda teri yassi hujayrali saratonida distansion nur terapiyasi rejimlari va dozalari

Klinik holat		Fraksiyalash va davolash muddatlarining namunalari	havola
Limfodisseksiyadan soʻng	Rezeksiya cheti oʻsma oʻsishi belgilarisiz, EKR yoʻq	50–60 Gr 5 – 6 haftada	[43]
	Rezeksiya chetida oʻsma oʻsishi belgilari mavjud yoki EKR mavjud	60–66 Gr 6 – 7 haftada	[52]
Limfodisseksiyasiz	Hududiy limfa tugunlarining shikastlanishining klinik belgilari yoʻq	50 Gr 5 haftada	[46]
	Boʻyin limfa tugunlarining shikastlanishining klinik belgilari mavjud	60–70 Gr 6 – 7 haftada	[47]
	Birlamchi oʻsma hududida perinevral invaziya mavjud	50–60 Gr 5 – 6 haftada	[54]

3.3 Metastatik va norezektabel teri yassi hujayrali saratoni bemorlarini davolash (III norezktabel va IV bosqichlar)

• Algoritm va bemorlarni boshqarish taktikasi metastatik va rezektabel boʻlmagan YaHTS bilan multidissiplinar konsilium doirasida, jarroh shifokor, onkolog shifokor va radioterapevt shifokor ishtirokida, pasientning umumiy holatini (shu jumladan, ESOG shkalasi boʻyicha baholash) hisobga olgan holda aniqlash **tavsiya qilinadi**. [28].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

• Pasientlarga metastatik va rezektabel boʻlmagan YaHTSda, agar qarshi koʻrsatmalar mavjud boʻlmasa, programmalangan oʻlim reseptori (PD-1) va uning

ligandlari o'rtasidagi o'zaro ta'sirni bloklovchi monoklonal antitanalar bilan terapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Rejimlar Tablisa 17 da keltirilgan. [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

Izoh: Hozirgi vaqtda PD-1 MKA-blokatorlari sinfiga mansub dori vositasi yaxshi tashkil etilgan tadqiqotda o'rganilgan va yassi hujayrali teri saratoni bo'lgan bemorlarda samaradorlik namoyon etgan [56]. Ro'yxatdan o'tkazilgan dori vositalari (pembrolizumab, nivolumab) bo'yicha ushbu patologiyada samaradorlik to'g'risidagi ma'lumotlar kichik norandomizirlangan tadqiqotlar yoki alohida klinik kuzatuvlardan olingan.

17-jadval. Metastatik yoki norezektabel yassi hujayrali teri saratonida o'smaga qarshi dori vositalarini qo'llash rejimlari.

Dori preparatlari	Bir martalik doza	Yuborilish yo'li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	havola
#Nivolumab**	3 mg/kg tana vazniga	v/i tomchilab 30–60 daqiqa	14 kunda 1 marta	Uzoq vaqt [1]	[57]
#Pembrolizumab**	2 mg/kg tana vazniga (lekin 200 mgdan ko'p emas)	v/i tomchilab 30 min	21 kunda 1 marta	Uzoq vaqt1	[58]

• Bemorlarga, MKA-blokatorlari PD1 bilan monoterapiyaga javob bermagan yoki ularga MKA-blokatorlari PD1 terapiyasini o'tkazish qarshi ko'rsatilgan hollarda, agar qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa, ximioterapiya yoki MKA-blokatorlari EGFR terapiyasini nur terapiyasi bilan birgalikda yoki mustaqil rejimda o'tkazish tavsiya etiladi. [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (18 va 19-jadvallarga qarang)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

18-jadval. Nur terapiyasi bilan birgalikda qo'llaniladigan ximioterapiya rejimlari (norezektabel mahalliy tarqalgan yassi hujayrali saraton uchun).

Dori preparatlari	Bir martalik (sutkalik) doza	Yuborilish yo'li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	Distansion nur terapiya rejim va dozalari	havola
#Sisplatin**	75 - 100 mg/ m2	v/i tomchilab	1-kuni, har 21 kunda	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[52]
#Sisplatin**	40 mg/m2	v/i tomchilab	har hafta (6 hafta)	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[60]
Karboplatin**	AUC=2	v/i tomchilab	har hafta (6 hafta)	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[60]

#Setuksimab**	400 mg/m ²	v/i tomchilab	Nur terapiyadan 4-5 kun oldin			[61]
#Setuksimab**	250 mg/m ²	v/i tomchilab	har hafta	Nur terapiya vaqtida	70 Gr 7 haftada	

19-jadval. Mustaqil rejimda qo‘llaniladigan kimyo terapiya rejimlari

Dori preparatlari	Bir martalik doza	Yuborilish yo‘li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	havola
#Sisplatin**	50 – 60 mg/m ²	v/i	1-kun, har 21 – 28 kunda	Uzoq vaqt [2]	[61]
#Doksorubisin**	50 mg/m ² 1-kun	tomchilab			
#Sisplatin**	75 mg/m ²	v/i	1-kun, har 21 kunda	uzoq vaqt 1	
#Doksorubisin**	50 mg/m ² 1-kun	tomchilab			
#Karboplatin**	AUC = 2	v/i	har hafta	6 hafta	[62]
#Paklitaksel**	80 mg/m ²	tomchilab			
#Sisplatin**	60 mg/m ²	v/i tomchilab	1-kun har 21 – 28 kunda	uzoq vaqt 1	[63]
#Kapesitabin**	1000 mg/m ² sutkada 2 qabul	ichishga	kuniga 2 mahal 1-dan 14-kungacha, har 21 – 28 kunda		
#Sisplatin**	75-100 mg/m ²	v/i tomchilab	1-kun, har 21 kunda	uzoq vaqt 1	[59]
Ftorurasil**	1000 mg/m ²	uzluksiz infuziya	1-dan 5-kungacha, har 21 kunda		
#Setuksimab**	birinchi doza 400 mg/ m ² , so‘ngra 250 mg/m ²	v/i tomchilab	har hafta	Uzoq vaqt 1	[64]
#Panitumumab**	6 mg/kg tana vazniga	v/i tomchilab	har 14 kunda	terapiyaning 9 kursidan ko‘p emas	[59]

• O‘smaga qarshi dori-darmonli davolashni o‘tkazishda, preparat dozasini tana yuzasi yoki vazniga qarab hisoblashda, haqiqiy dozani hisoblangan dozaning 5 % ichida yumaloqlash tavsiya etiladi. [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

20-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100 % qo‘llash ehtimoliga ega bo‘lgan):

Farmako-terapevtik guruh	Dori vositasi HPN	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Alkillovchi agentlar – platina birikmalari kompleksi	Sisplatin	25 mg/m ² 1-5 kunlar, 75-100 mg/m ² 1-kun, v/i	A
	Karboplatin	AUC=2, v/i, toch. har hafta (6 hafta)	A

O‘simlik va tabiiy kelib chiqishli preparatlar.	Paklitaksel	80 mg/m ² , v/i tomch., har hafta	A
	Dosetaksel	50 mg/m ² , v/i, tomch. 1 kun	A
Antimetabolitlar – antifolatlar	Metotreksat	15 mg/m ² v/i 1, 8, 15-chi kunlar, v/i	A
Boshqa o‘smaga qarshi antibiotiklar	Bleomisin	15mg v/i 1,3,5,8,10,12-chi kunlar	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	Etopozid	100mg/m ² 1-3 kunlar	A
Hedgehog signal yo‘li ingibitori	Vismodegib (tolko pri bazalno-kletochnom rake)	Ichishga, 150 mg sutkada 1 marta	B
Monoklonal antitana	Nivolumab	3 mg/kg tana vazniga, v/i tomch. 30–60 daqiqa, 14 kunda 1 marta	C
	Pembrolizumab	2 mg/kg tana vazniga (lekin 200 mgdan ko‘p emas), v/i tomch. 30 daq., 21 kunda 1 marta	C
	Setuksimab	400 mg/m ² , v/i, tomch., Nur terapiyadan 4-5 kun oldin	C
	Panitumumab	6 mg/kg tana vazniga, v/i tomch., har 14 kunda	C
Antrasiklin antibiotigi	Doksorubisin	50 mg/m ² 1-kun, v/i tomch., 1-kun, har 21 kunda	C
Antimetabolit, pirimidinlar antagonisti	Kapesitabin	1000 mg/m ² sutkada 2 qabul, ichishga, kuniga 2 mahal 1-dan 14-kungacha, har 21 – 28 kunda	C
	Ftorurasil	1000 mg/m ² , uzluksiz, 1-dan 5-kungacha, har 21 kunda	C
Yuklash (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198 https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf		

21-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilishi 100 foizdan kam ehtimolga ega):

Farmako-terapevtik guruh	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
Immunomodulyator, immun javob modifikatori	Imiximod	5% krem, 1max/sut, 7kun/hafta * 6 hafta, mahalliy	C
Antibakterial vositalar	Ofloksasin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichga	A
	Levofloksasin	Vena ichiga Ichga	-
	Siprofloksasin	Vena ichiga Ichga	C
	Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichga	A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichga	B
	Itrakonazol	Ichga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichga	C
	Pozakonazol	Ichga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Asiklovir	Vena ichiga Ichga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo‘llash	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichga	
	Amlodipin	Ichga	B
	Drotaverin	Vena ichiga Ichga	
	Kaptopril	Ichga	B
	Lizinopril	Ichga	B
	Laktuloza	Ichga	B
	Spirolakton	Ichga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramisin	Vena ichiga	-

	Torasemid	Ichga	-
	Folievaya kislota	Ichga	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichga	-
	Xlorgeksidin	Tashqi	-
Yuklash (havola)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6.5 Keyingi olib borish.

Fizik tekshiruv va shikoyatlarni to'plash tavsiya etiladi:

- Ilk 1-2 yilda – har 3 oyda 1 marta,
- 3-yilda – har 6 oyda 1 marta,
- 4-yildan – yilda 1 marta yoki shikoyatlar paydo bo'lganda tez-tez.

Yuqori residiv xavfiga ega bemorlarda tekshiruvlar oralig'i qisqartirilishi mumkin.

Tekshiruv hajmi:

1. Anamnez, mahalliy ko'rik va fizik tekshiruv.
2. Periferik limfa tugunlari, qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolari UTT: Ilk 1-2 yilda – har 3 oyda 1 marta, 3-yilda – har 6 oyda 1 marta, 4-yildan – yilda 1 marta.
3. Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi: Ilk 1-2 yilda – har 3 oyda 1 marta, 3-yilda – har 6 oyda 1 marta, 4-yildan – yilda 1 marta.

Kuzatuvning maqsadi – kasallikning erta avj olishini aniqlash va tezkor ximioterapiya yoki rezektabel metastatik o'choqlar, residiv o'smalari va metaxron o'smalarni jarrohlik yo'li bilan davolashni boshlashdan iborat.

7. Davo samaradorligi intikatorlari:

- O'smani va metastazlarning regressiyasi bo'yicha ob'ektiv belgilari
- UZI natijalarida metastazlar va qaytalanish yo'qligi
- KT natijalarida uzoq metastazlar yo'qligi
- Qon, peshob va bioximik ko'rsatkichlarning qoniqarli holati
- Jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi
- Bemorning nisbatan qoniqarli umumiy holati

Davo samaradorligi mezonlari:

- **To'liq samara** – barcha shikastlangan o'choqlarning yo'qolishi, kamida 4 hafta davomida.
- **Qisman samara** – barcha yoki ayrim o'smalar hajmining 50% yoki undan ko'proq kamayishi, boshqa o'choqlarda progressiya kuzatilmagan holda.
- **Stabilizasiya** – o'smalar 50% dan kamaymagan yoki 25% dan oshmagan holda o'smagan, yangi o'choqlar yo'q.
- **Progressiya** – bir yoki bir necha o'smalarning 25% dan ortiq kattalashishi yoki yangi o'choqlar paydo bo'lishi.

**«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2024

- - XKT kod (lar)i:

XKT-10:	
Kod	Nomi
C44	– Teri boshqa xavfli o‘smalari
C44.0	– Lab terisi
C44.1	– Qovoq terisi, qovoq yopishmasi bilan birga
C44.2	– Quloq terisi va tashqi eshitish yo‘li
C44.3	– Yuzning boshqa va aniqlanmagan qismlari terisi
C44.4	– Bosh va bo‘yin sochli qismi terisi
C44.5	– Tana terisi
C44.6	– Qo‘l terisi, elka kamari sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.7	– Oyoqlar terisi, chanoq-son sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.8	– Terining yuqorida sanab o‘tilgan bir yoki bir nechta joylaridan tashqariga chiqib ketgan zararlanishi
C44.9	– Terining aniqlanmagan sohadagi xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
XKT-11:	
Kod	Nomi
2E64	Teri karsinoma in situ si
2C31	Teri yassi hujayrali saratoni
2C31.0	Terining kerrukoz yassi hujayrali karsinomasi
2C31.1	Keratoakantoma
2C81.0	Jinsiy olat yassi hujayrali saratoni
2C31.Z	Teri yassi hujayrali saratoni
2C32	Teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.0	Terining tugunli bazal hujayrali saratoni
2C32.1	Terining sklerozlovchi bazal hujayrali karsinomasi
2C32.2	Terining yuzaki bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Y	Boshqa aniqlashtirilgan teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Z	Teri bazal hujayrali karsinomasi, anialashtirilmagan
2C33	Terining adneksal karsinomasi
2C34	Teri нейроэндокрин карциномasi

2C35	Teri sarqomasi
2C3Y	Terining boshqa aniqlashtirilgan xavfli o'smalari
2C3Z	Terining noma'lum yoki aniqlashtirilmagan tapdagi xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

Kirish (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17):

Bazal hujayrali va yassi hujayrali terining saraton kasalligi (ko'pincha nomelanoma terining o'smalari deb ataladi) – epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli terining o'smalari hisoblanadi. Bazal hujayrali teri saratoni (sinonimlari – bazalioma, bazal hujayrali karsinoma) epiteliyning bazal qatlami hujayralaridan rivojlanadi, yassi hujayrali saraton esa teri keratinositlaridan kelib chiqadi. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

Xalqaro Saratonni O'rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 1 234 533 ta nomelanoma teri saratoni holati aniqlangan va 69 416 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

Nomelanoma teri o'smalari rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Sporadik (irsiy bo'lmagan) shakldagi melanomadan tashqari teri o'smalari uchun eng muhim xavf omillaridan biri teriga ultrabinafsha nurlanishining ta'siridir. Bunda teri ultrabinafsha ta'siriga nisbatan sezuvchanlik darajasi odamlarda farq qiladi va 6 turga tasniflanadi, shuningdek, 1 va 2-tur eng yuqori sezuvchanlikka ega (shu bilan birga, quyoshda kuyish ehtimoli katta), 5 va 6-tur esa eng past sezuvchanlikka ega hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Shuningdek, tug'ma yoki orttirilgan immun tanqisligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so'ng yoki immunsupressant qabul qilish zarur bo'lgan boshqa kasalliklarda), pigmentli kseroderma kabi xavf omillarini ham ta'kidlash lozim. Sun'iy ultrabinafsha nurlanishi (shu jumladan, PUVA-terapiya) va melanomadan tashqari teri o'smalari rivojlanish xavfi ortgani o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Mishyak bilan kontaktda bo'lgan shaxslarda ham, ayniqsa, Bouen kasalligi holatida, yassi hujayrali saraton rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Ko'p hollarda melanomadan tashqari teri o'smalari mavjud bo'lgan predosma yangi hosilalar (masalan, aktinik keratoz yoki keratoakantoma) fonida rivojlanadi, shuningdek, ular xavfli o'smaga yaqin joylashgan teri uchastkalarida ham ko'p uchraydi. ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAavD_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAavD_BwE#)).

Shuningdek, bazalioma rivojlanishi mumkin bo'lgan bir qator irsiy sindromlar mavjud: nevoid bazaliomalarda sindromi (Gorlin-Gols sindromi deb ham ma'lum), Bazeks sindromi, Rombo sindromi, bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Gorlin-Gols sindromida PTCH gen mutasiyasi aniqlanadi. Bemorlarda ko'p sonli bazaliomalarda bilan birga, xos fenotip ham kuzatiladi: burunning keng ildizi, kaftlarda qo'shimcha burmalar, jag'larda kistoz o'zgarishlar, suyak tizimi rivojlanishida nuqsonlar. Bazeks sindromi X-xromosoma bilan bog'liq dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, bu sindromda atrofodermiya, gipotrikoz, gipogidroz va follikulyar atrofiya kuzatiladi. Rombo sindromi autosomal-dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, gipertriaz, vermikulyar atrofodermiya, trixoepteliomalarda va periferik vazodilatatsiya kabi klinik belgilari mavjud. Bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi bilan tug'ilgan bemorlarda terida komedonlar va epidermal kistalar bilan birga yangi hosilalar kuzatiladi. Mikroskopiyada bazal epitelining proliferatsiyasi aniqlanadi. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Yassi hujayrali teri saratoni (YaHTS) melanomadan tashqari teri o'smalari (MTTO) ichida tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Kasallanish darajasi yashash joyining kenglikka yaqinligiga qarab keskin farq qiladi va yorug' fototipli teriga ega odamlarda ancha yuqori bo'ladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Shu bois, dunyoda MTTO bo'yicha eng yuqori kasallanish darajasi Avstraliyada kuzatiladi, u erda 70 yoshgacha har ikkinchi odamda shu turdagi o'sma rivojlanadi, eng past ko'rsatkich esa Afrikaning ayrim hududlarida qayd etilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Ikkita yoki undan ko'p MTTO'ga chalingan bemorlarda yangi melanomadan tashqari o'smalar paydo bo'lish xavfi ancha yuqori bo'ladi, shuningdek, bir necha MTTO holatlari erkaklarda ko'proq uchraydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 yilda RSNPMSOIR statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda teri saratoni bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 2,6 ni tashkil etgan. Erkaklar orasida ushbu kasallik umumiy onkologik kasalliklar tuzilmasida 8-o'rinni egallab, 4% holatni tashkil etgan. Ayollar orasida esa 9-o'rinda bo'lib, 3,2% holat qayd etilgan.

2023 yil davomida birinchi marta 954 nafar teri saratoni bemori aniqlangan, ularning 47,9% profilaktik ko'riklar chog'ida faol aniqlangan. Teri saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 96,1% ni tashkil etgan. Kasallik aniqlangan bosqichlar bo'yicha taqsimot: I bosqichda – 22,3%, II bosqichda – 55,0%, III bosqichda – 13,8%, IV bosqichda – 3,4%. 5,5% holatda kasallik bosqichi aniqlanmagan.

2024 yil boshiga kelib, dispanser kuzatuvda 8768 nafar teri saratoni bilan og'rikan

bemorlar ro‘yxatga olingan bo‘lib, kasallikka chalinish darajasi 100 ming aholiga 23,8 ni tashkil etgan. 5 yillik yashovchanlik ko‘rsatkichi 51,5%, 1 yillik letallik esa 4,6% bo‘lgan. 2023 yilda O‘zbekistonda 336 nafar teri saratonidan vafot etgan bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi 100 ming aholiga 0,9 ni tashkil etgan.

2. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolaja va/yoki jarroxlik amaliyotining qo‘llanilishi tartibi.

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o‘smanni radikal olib tashlash;
- birlamchi o‘choqni olib tashlash;
- o‘smanni stabilizatsiyasi, qisman yoki to‘liq regressiyasi;
- umumiy holatini yaxshilash;
- umumiy yashovchanlikni oshirish.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:

- bemorning og‘ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o‘tkir kechiktirib bo‘lmaydigan g‘olalar (miokard infarkti, insult);
- septik holatlar;
- qon ketish xavfi bilan, parchalanish bosqichidagi o‘smalar (nur terapiya uchun);
- psixorgan kasalliklar (shizofreniya, kuchli tutqanoq sindromi bilan epilepsiya);
- Bemorning Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 60%dan kam bo‘lgan og‘ir holati.
- Dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja yoki aralashuvga ko‘rsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi teri saratonining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan so‘ng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan o‘choqsiz) o‘smanning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdig‘ining yo‘qligi, ammo teri saratonining asosiy o‘chog‘ining gistologik tekshiruv mavjudligi.

Medikamentoz (Kimyo va/yoki target, va/yoki immunoterapiya) va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi o‘tkaziladi:

- O‘sma hujayralari yo‘q qilish;
- O‘sma o‘lchamlarini kichraytirish, uni o‘sishtan to‘xtatish;
- jigar saratoni residivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o‘smalar, shu jumladan, teri saratoni uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Mutaxassislar preparatning dozasini diqqat bilan tanlaydilar: agar u juda kichik bo‘lsa, davolanish samaradorligi kamayadi, agar u yuqori bo‘lsa, nojo‘ya ta'sirlar xavfi ortadi.

4) Jarrohlik davolash tamoyillari

Jarrohlik davosiga ko‘rsatmalar:

- gistologik verifikasiyalangan (yoki gistologik verifikasiya qilish maqsadida) operabel teri saratoni;
- jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar yo‘q bo‘lganda.

Jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar:

- Bemorda jarrohlik yo‘li bilan davolash mumkin bo‘lmagan holat va og‘ir hamroh kasalliklarning mavjudligi
- Umumiy anesteziyada ishlatiladigan dori vositalariga allergiya mavjudligi

Keng kesib olish o‘smanni sog‘lom to‘qimalar ichida, futlyarlik va zonalik tamoyillarini hisobga olgan holda olib tashlash standart jarrohlik aralashuvi hisoblanadi. Yangi o‘smadan kamida bir santimetr masofada olib tashlash minimal me'yor deb hisoblanadi. O‘smanni mushak fassiyasi yoki muftasi bilan birga olib tashlashda chegara 1–5 santimetrdan ortiq bo‘lishi lozim. Agar mustahkam anatomik to‘siqlar mavjud bo‘lsa, masalan, mushak fassiyasi, ust suyak, yoki mushakning payli qismi, minimal chegaraga yo‘l qo‘yilishi mumkin. Chekka kesib olish faqat ayrim istisno hollarda ko‘rib chiqiladi. Rezeksiya chegaralari jarrohlik muolajasi sifati baholashning asosiy uslubi bo‘lib, uni xirurg va gistolog birgalikda aniqlaydi. Biopsiya zonasi va trakti yakuniy jarrohlik hajmiga kiritilishi kerak.

Intraoperasion belgilash asosida preparat chegaralarini mikroskopik o‘rganish majburiy tavsiya etiladi.

Jarrohlik aralashuvlari tamoyillari:

- Ekonom kesib olishda o'sma ellipssimon kesik bilan, chegaralaridan 0,5–2,0 sm masofada, narkoz ostida kesib olinadi.
- Teri saratoni qo'l va oyoq barmoqlarida joylashib, biriktiruvchi va suyak to'qimasiga o'sib kirgan hollarda, barmoq amputasiyasi yoki ekzartikulyasiyasi amalga oshiriladi.
- Quloq suprasi terisida, uning yuqori yoki markaziy qismlarida joylashgan o'smalarda quloq uprasini amputasiya qilish o'tkaziladi.
- Sochli bosh qismi terisida joylashgan, bosh suyagiga o'sib kirgan o'smalarda, keng kesib olish bilan birga bosh suyagining zararlangan qismi rezeksiya qilinadi va defekt birlashgan qoplama to'qimalar bilan plastika qilinadi.

Limfodisseksiya limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda o'tkaziladi va birlamchi o'sma o'chog'ini olib tashlash bilan birga yoki metastazlar aniqlanganidan so'ng amalga oshiriladi. Profilaktik limfodisseksiya o'tkazilmaydi.

Teri saratonida regional limfa apparatiga standart xirurgik muolajalar

Limfa apparatida standart xirurgik aralashuvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi: o'mrov osti, qo'ltiq osti-kurak osti, yonbosh-sov-son, klassik radikal bo'yin (Krayl operatsiyasi), modisikasiyalangan radikal bo'yin limfodisseksiya III tapda (futlyar-fassial bo'yin limfodisseksiya). Chov-son limfodisseksiya. Dyuken operatsiyasi

Bosqichlarga qarab jarrohlik davosi

Bazal hujayrali saraton (BHS)

I va II bosqichlar (T1-2N0M0):

- Jarrohlik yo'l bilan o'smani olib tashlash, zarurat tug'ilganda bir vaqtning o'zida jarrohlikdan keyingi defektni teri plastikasi usullaridan biri bilan bartaraf etish.

III bosqich (T3N0M0):

- Keng kesib olish va bir vaqtda jarrohlikdan keyingi defektni teri plastikasi bilan bartaraf etish.
- Agar o'sma qo'l yoki oyoqlarda joylashib, katta hajmli yumshoq to'qimalar, suyak yoki tomir-nerv bog'lamlarining keng zararlanishi kuzatilsa, qo'l va oyoqlarni amputasiya qilish.
- Sochli bosh qismi terisida joylashgan, bosh suyagiga o'sib kirgan o'smalarda, keng kesib olish va bosh suyagining zararlangan qismi rezeksiya qilinadi, defekt birlashgan qoplama to'qimalar bilan plastika qilinadi.

IV bosqich (har qanday T har qanday N M1):

Davolash palliativ yoki simptomatik tarzda individual dasturlar asosida MDG muhokamasidan so'ng amalga oshiriladi (jarrohlik usullari, nur terapiya, tizimli ximioterapiya, elektroximioterapiya qo'llanilishi mumkin).

Yassi hujayrali saraton, metatipik saraton, teri qo'shimchalari saratonini jarrohlik davosi

Kasallikning lokal bosqichlarini (I-II) jarrohlik davolash

- Yassi hujayrali teri saratoni tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga davolash taktikasini tanlashdan oldin ushbu tavsiyalarga muvofiq kasallikning residiv va metastaz berish xavfini baholash **tavsiya etiladi** (1.5.3-bo'limga qarang). [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Xavfi past bo'lgan yassi hujayrali saratonni jarrohlik davolash

- Residiv xavfi past bo'lgan (1.5.3-bo'limga qarang) yassi hujayrali teri saratonli barcha bemorlarga ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm orqali (tersa yog' qatlamini qamrab olgan holda) standart kesib olish tavsiya etiladi (agar o'smaning chiziqli o'lchami 2 smdan kichik bo'lsa) yoki ko'ringan o'sma chegarasidan 6 mm orqali (tersa yog' qatlamini qamrab olgan holda) kesib olish tavsiya etiladi (agar o'smaning chiziqli o'lchami 2 sm yoki undan katta bo'lsa). Shuningdek, jarrohlik yo'li bilan olingan materialning tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasini rejali baholash tavsiya etiladi (defektни yopish usuli jarroh shifokorning tanloviga bog'liq). [29] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401812/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

- Ko'ringan o'sma chegarasidan kamida 6 mm xirurgik chekinib kesib olish tavsiya etiladi, agar uning o'lchami 2 sm yoki undan katta bo'lsa (yuqori xavfli zonalar bundan mustasno, bu holatda kattaroq chekinish – 9 mm talab etilishi mumkin). Shu bilan birga, ba'zan o'smani kuzatib boradigan eritema zonasi yoki qizarish halqasi o'sma tugunchasi elementi sifatida baholanishi **tavsiya etiladi** [28, 29]. Shuningdek, 22-jadvalga qarang.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: Standart jarrohlik ekssiziyasi bajarilganda, olib tashlangan o'smada va bemor tanasida yo'naltiruvchi belgilarni (12 soat nuqtasi bo'yicha) qo'yish tavsiya etiladi. Bu rejali gistologik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o'sma aniqlangan taqdirda, qayta rezeksiyani rejalashtirishda zarur bo'lishi mumkin.

22-jadval. Yassi hujayrali teri saratonida residiv xavfi va birlamchi o'sma o'lchamiga qarab jarrohlik taktikasi [29].

Residiv xavfi (1.5.3-bo'limga qarang)	O'smaning maksimal o'lchami, sm	Jarrohlik taktikasi
Past	< 1 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish
	1,01 – 1,9 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish
	≥2,0 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 6 mm chetlashish
yuqori	< 1 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 4 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini jarrohlik amaliyoti davomida nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli).
	1,01 – 1,9 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 6 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini (periferik va chuqur) jarrohlik amaliyoti davomida morfologik nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli)
	≥2,0 sm	Ko'ringan o'sma chegarasidan 9 mm chetlashish <i>YoKI</i> Barcha rezeksiya chegaralarini (periferik va chuqur) jarrohlik amaliyoti davomida morfologik nazorat qilgan holda o'smani olib tashlash (masalan, Mos usuli). Storoj limfa tuguni biopsiyasini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

• Standart jarrohlik aralashuvidan so'ng, ko'ringan o'sma chegarasidan kamida 6 mm chekinib kesib olingan bemorlarda, agar rejali tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o'sma aniqlansa, qayta rezeksiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu intraoperasion morfologik nazorat bilan (barcha rezeksiya chegaralarini – periferik va chuqur) yoki standart qayta rezeksiya shaklida amalga oshirilishi mumkin. Shuningdek, jarrohlik davolashga nomzod bo'lmagan bemorlarda operatsiyadan keyin nur terapiyasi yoki kompleks davolash (nur terapiyasi va tizimli o'smaga qarshi terapiya) o'tkazish tavsiya etiladi. [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3)

• Har qanday sababga ko'ra (yomon umumiy holat, kutilgan kosmetik natijalardan qoniqmaslik sababli bemorning bosh tortishi va h.k.) jarrohlik davolash

rejalashtirilmagan in situ yassi hujayrali teri saratoni (Bouen kasalligi) tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga, YaHTSni destruktiv usullardan biri bilan davolash **tavsiya etiladi**:

- kyuretaj va elektrokoagulyasiya
- nur terapiya,
- kriodestruksiya,
- fotodinamik terapiya
- yoki o'smaga qarshi qaollikka ega topik vositalar [31]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1)

• Tashxisi qo'yilgan va jarrohlik davolashga nomos qo'yilgan past xavfli YaHTS (1.5.3-bo'limga qarang) bemorlarga kyuretaj va elektrokoagulyasiya o'tkazish tavsiya etiladi (soch o'sadigan joylar – bosh teri qismi, qov va qo'ltiq sohalari, shuningdek, erkaklarda soqol sohasi bundan mustasno). Agar kyuretaj jarayonida yog' qatlamiga etilsa, odatda, jarrohlik yo'li bilan olib tashlash **tavsiya etiladi**. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3)

Izoh: *Kyuretaj va elektrokoagulyasiya onkolog shifokor tomonidan kichik (<2 sm), aniq chegaralangan, agressiv emas gistologiyaga ega yassi hujayrali teri saraton o'choqlari uchun, past xavfli zonalarda qo'llanilishi mumkin. Kyuretaj va elektrokoagulyasiya qayta avj olgan (residiv) YaHTS yoki yuqori xavfli YaHTS uchun tavsiya etilmaydi. Kyuretaj o'tkir kyuretka yordamida sog'lom to'qimalargacha bajarilishi kerak, olingan material tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruvga yuboriladi, shundan keyingina olib tashlangan o'sma lojasiga elektrokoagulyasiya o'tkazilishi tavsiya etiladi.*

• YaHTS in situ (Bouen kasalligi) tashxisi qo'yilgan va jarrohlik davolash uchun mos kelmaydigan bemorlarga birlamchi o'smani kriodestruksiya qilish **tavsiya etiladi**. [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Xavfi yuqori bo'lgan yassi hujayrali saratonni jarrohlik davolash

• YaHTS yuqori xavfli (1.5.3-bo'limga qarang) deb tashxis qo'yilgan barcha bemorlarga o'smani barcha rezeksiya qirralarining (periferik va chuqur) intraoperasion morfologik nazorati bilan olib tashlash **tavsiya etiladi**. Operasion materialni tiriklikda patologo-anatomik tekshirish jarayonida o'rganish zarur. Defektни yopish usuli jarrohning ixtiyoriga bog'liq, biroq morfologik jihatdan rezeksiya qirralarida o'sma yo'qligi tasdiqlanmaguncha, defektlarni ko'chirilgan qoplamlar bilan yopishni kechiktirish ma'qul. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

Izoh: Bunday jarrohlik amaliyotlari tayyorlangan jarroh-onkologlar, plastik jarrohlardan va morfologlar jamoasini talab qiladi hamda maxsus markazlarda amalga oshirilishi mumkin. Intraoperasion gistologik tekshiruv quyidagi usullar bo'yicha kesish, belgilash va preparatlarni tayyorlash talablariga muvofiq o'tkazilishi lozim: Mos usuli (Mohs) va «sekin» Mos usuli (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Barcha hollarda, agar Mos usuli yoki «sekin» Mos usuli bo'yicha intraoperasion gistologik baholash imkoni bo'lmasa, ko'rinib turgan chegaralardan kamida 4 mm masofada tavsiya etilgan etarli cheklanish amalga oshirilishi lozim.

23-jadval. Barcha rezeksiya chegaralarining (periferik va chuqur) intraoperasion morfologik nazorati bilan jarrohlik davolash usullari

	<i>Mos usuli</i>	<i>Mosning «sekin» usuli (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)</i>
<i>Skalpel va to'qimaga nisbatan kesish burchagi</i>	45°	90°
<i>Kesmalarni tayyorlash</i>	<i>Yangi muzlatilgan kriostat kesmalar</i>	<i>parafin bloklari</i>
<i>Javoblarni olish vaqti</i>	20-60 daqiqa	24 soat (tezlashgan gistoprosessorda)

"Non bo'lgi" usuli bo'yicha standart gistologik tekshiruv rezeksiya chegaralarini va o'smani to'liq olib tashlanganligini baholash uchun ishlatilmasligi kerak, chunki bu usulda olib tashlangan to'qima yuzasining 1% dan kam qismi baholanadi.

• YaHTS yuqori xavfli (1.5.3-bo'limga qarang) tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga, agar periferik va chuqur rezeksiya chegaralarini intraoperasion nazorat qilish bilan o'smani olib tashlash imkoni bo'lmasa, standart usulda eng katta mumkin bo'lgan oraliqda (tana va qo'l-oyoqlarda 6 mm, sochli terida 9 mm) vidiy o'sma chegarasidan (teristi yog' pardasi bilan birga) kesib olish va operasion materialning rezeksiya chegarasini hayotlikdagi patologo-anatomik tekshiruvini o'tkazish **tavsiya etiladi** (defektни yopish usuli – jarrohning ixtiyorida). [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: Standart jarrohlik kesib olish amaliyoti bajarilganda, operasion material va bemor terida yo'nalish belgilarini (12 soatlik ko'rsatkich) belgillash tavsiya etiladi. Bu,

rejali gistologik tekshiruvda rezeksiya chegarasida o'sma aniqlangan taqdirda, qayta rezeksiyani rejalashtirish uchun muhim bo'lishi mumkin.

- Standart jarrohlik aralashuvidan so'ng, ko'rinib turgan o'sma chegarasidan kamida 6 mm masofada kesib olish amalga oshirilgan bemorlarda, rejali tiriklikdagi patologo-anatomik tekshiruv jarayonida rezeksiya chegarasida o'sma aniqlansa, intraoperasion morfologik nazorat bilan qayta rezeksiya o'tkazish yoki, agar bemor jarrohlik davolash uchun nomos bo'lsa, nur terapiyasini rejalashtirish **tavsiya etiladi**. [29, 30]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

- Ko'ks oralig'i va metastaz berish xavfi yuqori bo'lgan (1.5.3-bo'limga qarang) bemorlarda, 2 sm yoki undan katta o'lchamdagi terining o'smasi mavjud bo'lganda va hududiy limfa tugunlarining shikastlanishiga oid klinik va instrumental belgilari kuzatilmaganda, kasallik bosqichini to'g'ri aniqlash, uning kechish prognozi va ad'yuvant nur terapiyasiga ko'rsatmalarni belgilash maqsadida qo'riqchi limfa tuguni biopsiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi**. [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

Izoh: *Qo'riqchi limfa tuguni biopsiyasi faqat maxsuslashtirilgan muassasalarda, tegishli jihozlar va malakali xodimlarga ega bo'lgan joylarda amalga oshiriladi.*

Qovoq terisida joylashgan (qovoq yopishmasida ham) xavfi yuqori bo'lgan yassi hujayrali saratonni jarrohlik davolash

YaHTS yuqori xavfli holatlarini davolash tamoyillari, 3.1.2-bo'limda tavsiflangan holda, ushbu bo'lim tezlari bilan to'ldiriladi.

- Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saratonida organni saqlab qolishga qaratilgan muolajani rejalashtirish **tavsiya etiladi**, shu jumladan qovoqlarning yopilishi, o'smaning o'lchami va joylashuvi hisobga olingan holda, mikroxirurgik texnika yoki binokulyar lupa yordamida umumiy anesteziya ostida bajariladi. [47].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Bemorning yoshi va umumiy somatik holati, juft ko'zning holati, mumkin bo'lgan asoratlar va ularning oldini olish choralari hisobga olinishi tavsiya etiladi. O'smaning o'lchami 3 mm gacha bo'lgan hollarda mahalliy anesteziya qo'llash mumkin. Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash, jumladan qovoqlarning yopishmasida, o'smaning lokalizasiyalangan xususiyati va uni tubdan olib tashlashning texnik imkoniyati mavjud bo'lganda tavsiya etiladi. Ko'z qovoqlari terisida joylashgan o'smalarda, ularning o'lchamlarini hisobga olgan holda, jarrohlik otstupi 4 mm etib belgilanishi kerak.*

- Ko'z qovoq terisi yassi hujayrali saraton tugunli shakllarini to'liq kesib olish uchun radioto'lqin yoki SO2 lazer yordamida lazer jarrohligidan foydalanish tavsiya etiladi,

jumladan qovoqlarning yopishmasida ham. Ko‘z qovoq terisi yassi hujayrali saratonning diffuz shakllarida biopsiya o‘tkazish uchun radioto‘lqin yoki SO2 lazer qo‘llash tavsiya etiladi, jumladan qovoqlarning yopishmasida ham.

- Bu usul saratonning o‘lchamini kichraytirish va kompleks davolash doirasida nur terapiyasini o‘tkazish maqsadida tavsiya etiladi. [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4)

Izohlar: *Radioto‘lqin jarrohligi – yuqori chastotali radioto‘lqinlar (3,8 - 4,0 MGs) yordamida yumshoq to‘qimalarni kontaktsiz kesish va koagulyasiya qilish usuli. Radioto‘lqin jarrohligi qo‘llanilganda to‘qimalarning kuchli, erta (3 kundan boshlab) tiklanishi va epitelizasiyasi kuzatiladi, shuningdek, to‘qimalarning to‘liq erta bitishi va yirik chandiq hosil bo‘lmasligi ta‘minlanadi. O‘sma tuguni radioekssiziya qilish ablastika tamoyillariga muvofiq ravishda, ko‘ringan chegaralaridan kamida 3 mm cheklanib o‘tkaziladi va o‘sma o‘rni radiokoagulyator bilan ishlanadi. Xirurgik lazer ta‘siri to‘qimalarda issiqlik, gidrodinamik va fotoximik effektlar orqali destruksiyani keltirib chiqaradi. SO2 lazer yordamida bajarilgan jarrohlik kesimi yuqori aniqlik, bakterisidlik, ablastik ta‘sir, atrofdagi to‘qimalarning minimal shikastlanishi kabi afzalliklarga ega bo‘lib, bu yumshoq chandiq hosil bo‘lishiga va keloid chandiqlarning oldini olishga yordam beradi. Radioto‘lqin jarrohligi va SO2 lazer yordamidagi lazer jarrohligini birgalikda qo‘llash tavsiya etiladi. Radioskalpel va SO2 lazer kombinasiyasi mexanik va issiqlik shikastlanishini minimal darajada ushlab turadigan dozalangan kesishni ta‘minlaydi, qon ketgan qon tomirlarini samarali koagulyasiya qiladi va to‘qimalarning birlamchi bitishiga yordam beradi.*

- Ko‘z qovoqlaridagi yassi hujayrali saratonni olib tashlashdan so‘ng hosil bo‘lgan nuqsonning o‘z-o‘zidan epitelizasiya qilinishi qovoqlarning deformasiyasiga va shu bilan birga ko‘z funksiyalarining buzilishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan hollarda **teri plastikasini** o‘tkazish tavsiya etiladi. Ko‘z qovog‘i terisi plastikasi, shu jumladan qovoqlar yopishmasida, faqat yassi hujayrali saratonni radikal olib tashlash imkoniyati mavjud bo‘lgan hollarda amalga oshiriladi. [49]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izohlar: *Operasiyadan keyingi nuqsonni qoplash uchun ko‘proq quyidagi turdagi plastikalar qo‘llaniladi: mahalliy to‘qimalar bilan plastika, erkin teri plastikasi, yon tomonga siljitish usulidagi plastika va poyasidagi teri yordamida plastika. Kichkina teri nuqsonlarini qoplashda mahalliy to‘qimalar plastikasi keng qo‘llaniladi, Shimanovskiy, Limberg usullari va ularning kombinasiyalari qo‘llaniladi. Ko‘z qovoqlarining, shu jumladan qovoqlar yopishmasining, yuqori va pastki qovoqning hamda tashqi ko‘z burchagining yassi hujayrali saraton o‘sishi aralash tusda bo‘lganda, yaqin fokusli rentgenoterapiya o‘tkazish tavsiya etiladi. Tradision nurlantirish metodikasidan foydalanish tavsiya qilinadi – RTA02 apparati, RIK-10 sharoitida, ASMA-0,5 filtr bilan,*

havodagi dozaning quvvati 440, 1–40; yagona doza 2 Gr, jami dozasi 55–65 Gr. Bunda albatta, qorovul uchun qo‘rg‘oshinli himoya protezidan foydalanish tavsiya etiladi.

- Ko‘z qovog‘ining, shu jumladan qovoqlar yopishmasining, ko‘z chuquriga tarqalgan YaHTS da jarrohlik muolajasini ixtisoslashtirilgan markazlarda o‘tkazish tavsiya etiladi. [49, 47]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- Jarrohlik aralashuvi ablastik usulda, o‘sma atrofidagi yumshoq to‘qimalar va ostidagi suyak devorini ishlov berishda elektro- yoki radiokoagulyasiyadan majburiy foydalangan holda bajarilishi tavsiya etiladi. [49, 47]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Radikal jarrohlik davolash (orbitani suyak parda osti ekzenterasiyasi) ko‘z chuquridagi keng xavfli infiltrativ jarayonlar uchun ko‘rsatilgan bo‘lib qolmoqda. Operasiya vaqtida olib tashlangan barcha patologik material majburiy gistologik tekshiruvdan o‘tkazilishi lozim. Ko‘z chuquri bo‘shlig‘ini yopish uchun teridan loskut ishlatiladi, u elkaning ichki yuzasidan kesib olinib, ko‘z chuquri bo‘shlig‘iga joylashtiriladi va ko‘z chuquri cheti terisiga mustahkamlanadi.*

Regionar limfa tugunlariga metastaz bergan (III-bosqich) yassi hujayrali terining saraton kasalligini jarrohlik davolash.

- Rezektabel metastazli terining saraton kasalligi bo‘lgan barcha bemorlarga regionar limfadenektomiya o‘tkazish **tavsiya etiladi.** [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

4) muolaja va aralashuv o‘tkazayotgan mutahassisga talablar:

Aholiga onkologik yordam ko‘rsatadigan tibbiy muassasalarning abdominal onkologiya, kimyoterapevtik va radiologik bo‘limlarida ishlaydigan xodimlar zarur hujjatlar bilan tasdiqlangan tegishli bilim va malakaga ega bo‘lishi va A guruhi xodimlariga tegishli bo‘lishi va operasion blokda ishlash, radioaktiv va ionlashtiruvchi manbalar bilan ishlash imkoniyatiga ega bo‘lishi, radiasiya, shuningdek, umumiy onkologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiasiya xavfsizligi kurslarini o‘tash muddati o‘tmagan sertifikatlari bor bo‘lishi kerak.

- «Onkologiya», «umumiy onkologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiasion onkologiya) mutahassisliklari bo‘yicha sertifikati bo‘lgan, ixtisosligi bo‘yicha kamida 5 yillik staji bo‘lgan, so‘nggi 5 yil ichida kamida 216 soat davomida abdominal onkologiya va/yoki kimyo - va/yoki nur terapiyasining yuqori texnologiyali usullari bo‘yicha malaka oshirirgan mutahassis;

- Nur terapiyasi uchun fizika bo'yicha oliy ma'lumotli va/yoki oliy texnik ma'lumotga ega, mutaxassislik bo'yicha kamida 3 yillik ish tajribasiga ega, chiziqli tezlatgichlar bilan ishlash bo'yicha kamida 2 yillik tajribaga ega bo'lgan mutaxassis.

5) Asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda majburiy diagnostika choralari ro'yxati:

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti va periferik limfa tugunlari);
12. Zarurat bo'lganda o'sma va metastaz sohasini MSKT va/yoki MRTsi;
13. Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
14. Mikropresipitasiya reaksiyasi
15. Teri o'smasidan biopsiya.
16. O'smani suyakka tarqalganiga gumon bo'lgan taqdirda suyaklar KTsi.
17. Regionar limfa tugunlariga metastazga gumon bo'lgan taqdirda UTT nazoratida Ingichka ignali aspirasion biopsiya.
18. Biopatni sitologik tekshiruvi (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Biopatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *
20. EKG;

21.ExoKG;

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida tekshiruv va molekulyar-genetik tekshiruv;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
- 13.Periferik qon IFTsi;
- 14.Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
- 15.Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash maqsadida mikrosatellit nostabillikni molekulyar-genetik tekshiruv;
- 16.Burun yondosh bo‘shliqlari rentgenografiyasi;
- 17.Skelet suyaklarini radioizotop skanirlash;
- 18.Bosh va bo‘yin, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti, kichik chanoq MSKTsi;
- 19.Bosh miya MRTsi;
- 20.Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
- 21.Bronxoskopiya;
- 22.Kolonoskopiya;
- 23.Oyoqlar tomirlari (vena va/yoki arteriyalar) UZDGsi;
- 24.Spirografiya;
- 25.Xolter – monitorlash bilan EKG
- 26.Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

**** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.**

6) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar:

Onkologik muassasaning jarrohlik (umumiy onkojarroh) bo‘limi faoliyatini tashkil etish qoidalari

Ushbu qoidalar onkologik shifoxonaning (onkologik markaz va uning filiallari), onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatadigan boshqa tibbiy tashkilotning (keyinchalik - tibbiyot tashkilotlari) jarrohlik davolash usullari onkologik bo‘limlari (keyinchalik - bo‘lim) faoliyatini tashkil etish tartibini belgilaydi.

Bo‘lim onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga jarrohlik usullarini mustaqil davolash turi sifatida tibbiy yordam ko‘rsatish maqsadida tibbiy tashkilotning tarkibiy bo‘linmasi sifatida tashkil etilgan bo‘lib, "onkologiya", "umumiy onkologiya", "kimyoterapiya", "radiologiya" ishlar (xizmatlar) uchun tibbiy faoliyatni amalga oshirish uchun lisenziya asosida faoliyat yuritadi.

Bo‘limning yotoq o‘rinlar hajmi 25 dan 50 gacha bo‘lishi kerak.

Bo‘limlar kamida 70 onkologik yotoq o‘rinli tibbiy tashkilotda tashkil etiladi, agar ular mulkiy majmua ichida joylashgan bo‘lsa, funksional va texnologik jihatdan quyidagi bo‘lim bilan birlashtirilgan bo‘lsa:

- Rentgen diagnostikasi bo‘limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo‘limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo‘limi), <1>;
- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimasiya bo‘limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operasion bo‘linma;

- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o'smaga qarshi dori terapiyasi bo'limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

Bo'lim bemorlarni doimiy ravishda kuzatib borish uchun onkolog va bo'lim hamshirasidan iborat navbatchi guruh tomonidan kechayu kunduz nazorat bilan ta'minlanishi kerak.

Bo'lim strukturasi quyidagilar bo'lishi nazarda tutilishi kerak:

- Ko'ruv honasi;
- Bo'lim mudiri xonasi;
- Shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog'lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;
- xuqnaxona;
- hamshiralar xonasi.

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo'lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o'tkazgich (xojaxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo'lish xonasi;
- sterilizasiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo'lsa);

- Katta hamshira xonasi;
- operatsiyadan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun);

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyasiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integrasiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarining standart to‘plami;
- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo‘yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

Bemor tomonidan tayyorlangan tomografik tasvirlar va ko‘rsatmalar asosida, shuningdek bemorni tekshirish natijasida kasallikning o‘chog‘i va tananing umumiy holati aniqlanadi, kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining maqsadga muvofiqligi hisoblanadi.

Birinchi tashrif kuni kimyoterapevt va / yoki nur terapiya onkologi tomonidan tibbiy ko‘rikdan o‘tiladi va kerakli tekshiruvlarni tayinlaydi.

Shifokor bemorga uning kasalligining xususiyatlarini va davolash usulini tushunarli tarzda tushuntiradi, bemordan simptomlar haqida batafsil so‘rab surishtiradi va barcha mavjud ma'lumotlarga asoslanib qaror qabul qiladi.

Kasallikning holatiga qarab, kimyoviy terapiya va/yoki nur terapiyasi noo‘rin deb hisoblanishi mumkin.

Kimyoviy va/yokinur terapiyasi kursini tayinlash kimyoterapevt va / yoki radiolog tomonidan va bemorning yozma roziligi bilan hal qilinadi.

Davolash rejimi klinik ko‘rsatmalar va tadqiqot protokollariga muvofiq belgilanadi. Terapevtik dozalar o‘smaning gistologik turiga, lokalizatsiyasiga, bosqichiga va tarqalishiga qarab tanlanadi.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasini o‘tkazish to‘g‘risida qaror bemorni keng qamrovli tekshiruvdan, aniq tashxisdan so‘ng qabul qilinadi. Jarayon oldidan bemor premedikasiya qilinadi — organizmga qilinishi kutilayotgan davolanishni yaxshi ko‘tarishi uchun bir qator dorilar qo‘llaniladi:

- gepatoprotektorlar;
- qayt qilishga qarshi dorilar;
- immunomodulyatorlar;
- probiotiklar va boshqalar.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining har bir kursidan oldin bemor bir qator qon va siydik sinovlaridan o‘tadi, agar kerak bo‘lsa, muayyan holatga qarab ba’zi organlarning ultratovush tekshiruvi, EKG va boshqa bir qator tekshiruvlardan o‘tadi.

8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko‘rsatkichlari.

- «o‘smaning javobi» – o‘tkazilgan davodan keyingi o‘smaning regressiyasi;

To‘liq samara – barcha shikastlangan o‘choqlarning yo‘qolishi, kamida 4 hafta davomida.

Qisman samara – barcha yoki ayrim o‘smalar hajmining 50% yoki undan ko‘proq kamayishi, boshqa o‘choqlarda progressiya kuzatilmagan holda.

Stabilizasiya – o‘smalar 50% dan kamaymagan yoki 25% dan oshmagan holda o‘smagan, yangi o‘choqlar yo‘q.

Progressiya – bir yoki bir necha o‘smalarning 25% dan ortiq kattalashishi yoki yangi o‘choqlar paydo bo‘lishi.

- residivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik);
- insonning ruhiy, emosional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari «hayot sifati» va bemor organizmining fizik holati.

**«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITASIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2024

- - XKT kod (lar)i:

XKT-10:	
Kod	Nomi
C44	– Teri boshqa xavfli o‘smalari
C44.0	– Lab terisi
C44.1	– Qovoq terisi, qovoq yopishmasi bilan birga
C44.2	– Quloq terisi va tashqi eshitish yo‘li
C44.3	– Yuzning boshqa va aniqlanmagan qismlari terisi
C44.4	– Bosh va bo‘yin sochli qismi terisi
C44.5	– Tana terisi
C44.6	– Qo‘l terisi, elka kamari sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.7	– Oyoqlar terisi, chanoq-son sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.8	– Terining yuqorida sanab o‘tilgan bir yoki bir nechta joylaridan tashqariga chiqib ketgan zararlanishi
C44.9	– Terining aniqlanmagan sohadagi xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
XKT-11:	
Kod	Nomi
2E64	Teri karsinoma in situ si
2C31	Teri yassi hujayrali saratoni
2C31.0	Terining kerrukoz yassi hujayrali karsinomasi
2C31.1	Keratoakantoma
2C81.0	Jinsiy olat yassi hujayrali saratoni
2C31.Z	Teri yassi hujayrali saratoni
2C32	Teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.0	Terining tugunli bazal hujayrali saratoni
2C32.1	Terining sklerozlovchi bazal hujayrali karsinomasi
2C32.2	Terining yuzaki bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Y	Boshqa aniqlashtirilgan teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Z	Teri bazal hujayrali karsinomasi, anialashtirilmagan
2C33	Terining adneksal karsinomasi
2C34	Teri нейроэндокрин карциномasi

2C35	Teri sapkomasi
2C3Y	Terining boshqa aniqlashtirilgan xavfli o'smalari
2C3Z	Terining noma'lum yoki aniqlashtirilmagan tapdagi xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Bazal hujayrali va yassi hujayrali terining saraton kasalligi (ko'pincha nomelanoma terining o'smalari deb ataladi) – epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli terining o'smalari hisoblanadi. Bazal hujayrali teri saratoni (sinonimlari – bazalioma, bazal hujayrali karsinoma) epiteliyning bazal qatlami hujayralaridan rivojlanadi, yassi hujayrali saraton esa teri keratinositlaridan kelib chiqadi. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

Xalqaro Saratonni O'rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 1 234 533 ta nomelanoma teri saratoni holati aniqlangan va 69 416 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

Nomelanoma teri o'smalari rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Sporadik (irsiy bo'lmagan) shakldagi melanomadan tashqari teri o'smalari uchun eng muhim xavf omillaridan biri teriga ultrabinafsha nurlanishining ta'siridir. Bunda teri ultrabinafsha ta'siriga nisbatan sezuvchanlik darajasi odamlarda farq qiladi va 6 turga tasniflanadi, shuningdek, 1 va 2-tur eng yuqori sezuvchanlikka ega (shu bilan birga, quyoshda kuyish ehtimoli katta), 5 va 6-tur esa eng past sezuvchanlikka ega hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Shuningdek, tug'ma yoki orttirilgan immun tanqisligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so'ng yoki immunsupressant qabul qilish zarur bo'lgan boshqa kasalliklarda), pigmentli kseroderma kabi xavf omillarini ham ta'kidlash lozim. Sun'iy ultrabinafsha nurlanishi (shu jumladan, PUVA-terapiya) va melanomadan tashqari teri o'smalari rivojlanish xavfi ortgani o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Mishyak bilan kontaktda bo'lgan shaxslarda ham, ayniqsa, Bouen kasalligi holatida, yassi hujayrali saraton rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Ko'p hollarda melanomadan tashqari teri o'smalari mavjud bo'lgan predo'sma yangi hosilalar (masalan, aktinik keratoz yoki keratoakantoma) fonida rivojlanadi, shuningdek, ular xavfli o'smaga yaqin joylashgan teri uchastkalarida ham ko'p uchraydi. ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgYQ-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgYQ-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#)).

Shuningdek, bazalioma rivojlanishi mumkin bo'lgan bir qator irsiy sindromlar

mavjud: nevoid bazaliomalar sindromi (Gorlin-Gols sindromi deb ham ma'lum), Bazeks sindromi, Rombo sindromi, bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Gorlin-Gols sindromida PTCH gen mutasiyasi aniqlanadi. Bemorlarda ko'p sonli bazaliomalar bilan birga, xos fenotip ham kuzatiladi: burunning keng ildizi, kaftlarda qo'shimcha burmalar, jag'larda kistoz o'zgarishlar, suyak tizimi rivojlanishida nuqsonlar. Bazeks sindromi X-xromosoma bilan bog'liq dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, bu sindromda atrofodermiya, gipotrikoz, gipogidroz va follikulyar atrofiya kuzatiladi. Rombo sindromi autosomal-dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, gipertriaz, vermikulyar atrofodermiya, trixoepteliomalar va periferik vazodilatasiya kabi klinik belgilari mavjud. Bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi bilan tug'ilgan bemorlarda terida komedonlar va epidermal kistalar bilan birga yangi hosilalar kuzatiladi. Mikroskopiyada bazal epiteliyning proliferasiyasi aniqlanadi. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Yassi hujayrali teri saratoni (YaHTS) melanomadan tashqari teri o'smalari (MTTO) ichida tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Kasallanish darajasi yashash joyining kenglikka yaqinligiga qarab keskin farq qiladi va yorug' fototipli teriga ega odamlarda ancha yuqori bo'ladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Shu bois, dunyoda MTTO bo'yicha eng yuqori kasallanish darajasi Avstraliyada kuzatiladi, u erda 70 yoshgacha har ikkinchi odamda shu turdagi o'sma rivojlanadi, eng past ko'rsatkich esa Afrikaning ayrim hududlarida qayd etilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Ikkita yoki undan ko'p MTTO'ga chalingan bemorlarda yangi melanomadan tashqari o'smalar paydo bo'lish xavfi ancha yuqori bo'ladi, shuningdek, bir necha MTTO' holatlari erkaklarda ko'proq uchraydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 yilda RSNPMSOIR statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda teri saratoni bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 2,6 ni tashkil etgan. Erkaklar orasida ushbu kasallik umumiy onkologik kasalliklar tuzilmasida 8-o'rinni egallab, 4% holatni tashkil etgan. Ayollar orasida esa 9-o'rinda bo'lib, 3,2% holat qayd etilgan.

2023 yil davomida birinchi marta 954 nafar teri saratoni bemori aniqlangan, ularning 47,9% profilaktik ko'riklar chog'ida faol aniqlangan. Teri saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 96,1% ni tashkil etgan. Kasallik aniqlangan bosqichlar bo'yicha taqsimot: I bosqichda – 22,3%, II bosqichda – 55,0%, III bosqichda – 13,8%, IV bosqichda – 3,4%. 5,5% holatda kasallik bosqichi aniqlanmagan.

2024 yil boshiga kelib, dispanser kuzatuvda 8768 nafar teri saratoni bilan og'rikan bemorlar ro'yxatga olingan bo'lib, kasallikka chalinish darajasi 100 ming aholiga 23,8 ni

tashkil etgan. 5 yillik yashovchanlik ko‘rsatkichi 51,5%, 1 yillik letallik esa 4,6% bo‘lgan. 2023 yilda O‘zbekistonda 336 nafar teri saratonidan vafot etgan bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi 100 ming aholiga 0,9 ni tashkil etgan.

2) Profilaktika yoki rehabilitasiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) (profilaktologiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»[70] i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir[71] [72].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [73]:

- Individual va jamoat (ijtimoiy);
- Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi.

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spesifik profilaktikasi ham mavjud[73].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[71] [74] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta‘minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigienik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyasiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [75], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta'lim [76] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[77] [78].

Profilaktik chora-tadbirlar sog‘liqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi bo‘lib, aholi o‘rtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sog‘lom turmush tarzini rag‘batlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi [79] [80].

Tibbiy rehabilitasiya (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (lot. *rehabilitatio*, tiklash [81]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki

butunlay yo‘qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat erkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [82][83][84].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitasiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [85].

Tibbiy reabilitasiya reabilitasiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bog‘liq.

2.1. Profilaktika yoki reabilitasiya turlari.

Salomatlik holatiga, kasallik yoki og‘ir patologiya uchun xavf omillarining mavjudligiga qarab, profilaktikaning 3 turini ko‘rib chiqish mumkin.

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta'sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinseksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi [88]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [88]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [87].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir [86].
3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to‘liq ishlash imkoniyatini yo‘qotgan bemorlarni reabilitasiya qilish bo‘yicha chora-tadbirlar

majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o‘z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko‘nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitasiyasiga qaratilgan bo‘ladi [86].

Prereabilitasiya (prehabilitation) – tashxis qo‘yilgan paytdan boshlab davolash boshlanishigacha (jarrohlik davolash/kimyoterapiya/radioterapiya) reabilitasiya.

Reabilitasiyaning I bosqichi – asosiy kasallikning profiliga muvofiq tibbiy tashkilotlarning bo‘limlarida asosiy kasallikni ixtisoslashgan davosi (shu jumladan jarrohlik davolash / kimyoterapiya/ radioterapiya) davrida reabilitasiya qilishdir;

Reabilitasiyaning II bosqichi – tibbiy tashkilotlarning (reabilitasiya markazlari, reabilitasiya bo‘limlari) stasionar sharoitida, kasallikning erta tiklanish davrida, kech reabilitasiya davrida, kasallikning qoldiq belgilari davrida reabilitasiya.

Reabilitasiyaning III bosqichi – reabilitasiya, fizioterapiya, fizioterapiya, refleksologiya, qo‘lda terapiya, psixoterapiya, tibbiy psixologiya bo‘limlarida (kabinetlarda), nutq terapevtining (o‘qituvchi–defektolog) xonalari. ambulatoriya sharoitida, kunduzgi shifoxonalarda, shuningdek uyga boruvchi brigadalar (shu jumladan sanatoriy-kurort tashkilotlari sharoitida) erta va kech reabilitasiya davrlarida, kasallikning qoldiq hodisalari davrida reabilitasiya.

2.2 Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o‘tkazish tamoyillari:

Bugungi kunda teri saratonining profilaktikasi to‘liq o‘rganilmagan.

Kanseroprevensiya bo‘yicha barcha chora-tadbirlarni shartli ravishda uchga bo‘lish mumkin [86].

— **Birlamchi profilaktika:** xavf omillarini bartaraf etish yoki ta'sirini kamaytirish, organizmning xavf omillariga nisbatan rezistentligini oshirish.

— **Ikkilamchi profilaktika:** kasallikni (asosan skrining orqali) erta doklinik bosqichlarda aniqlash va davolash.

— **Uchlamchi profilaktika:** radikal davolashdan keyingi reabilitasiya va kuzatuv, shuningdek, metaxron saratonini o‘z vaqtida aniqlash.

2.3. Profilaktika usuli va muolajalari:

1) Profilaktikaning maqsadi:

Teri saratonining rivojlanishini oldini olish, uning paydo bo‘lish xavfini kamaytirish va bartaraf etish, davolashdan keyin kasallik asoratlarining erta aniqlanishi va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika:

Terining saraton kasalligini oldini olish, avvalo, saratoniga aylanishi mumkin bo'lgan kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va faol davolashni talab qiladi. Bu jarayonda dermatologlar va terapevtlar onkologik hushyorlikka ega bo'lishi lozim.

Agar predsaraton dermatози saratonga aylanayotgani aniqlansa, dermatolog bemorni onkologga yuborishi kerak. Onkolog esa davolash taktikasini belgilaydi.

Aholi o'rtasida o'smalarning klinik ko'rinishlari haqidagi bilimlarni targ'ib qilish muhim ahamiyatga ega, bu esa bemorlarning ilk bosqichda shifokorga murojaat qilishini ta'minlaydi.

Insolyasiyaning zararli oqibatlarini oldini olish:

- Ayniqsa, oq sochli va oq teriga ega odamlar quyosh ta'siridan ehtiyot bo'lishi kerak.
- Terining zararli o'smalari (ZN) bo'lgan bemorlar ultrabinafsha nurlanishidan (UFI) himoyalanihlari lozim.
- Bazalioma va boshqa terining saraton kasalliklarida nur terapiyasini qo'llashni minimal darajaga tushirish kerak, ayniqsa yosh bemorlarda.

Ish joylarida xavfsizlik choralariga rioya qilish:

- Kanserojen moddalar bilan ishlaydigan xodimlar xavfsizlik qoidalariga amal qilishlari shart.
- Bunday ishchilar doimiy tibbiy ko'rikdan o'tishi kerak.

VPCh16 va VPCh18 bilan bog'liq xavf:

- Bu viruslar jinsiy a'zolarining yassi hujayrali saraton kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.
- Shuning uchun genital saratonni oldini olish maqsadida virusologik tekshiruv o'tkazish maqsadga muvofiq.

Quyoshdan himoyalanih qoidalari:

- Ochiq havoda bo'lganda imkon qadar soyada qolish.
- Quyosh nurini o'tkazmaydigan kiyimlar, keng himoya qilishi mumkin bo'lgan shlyapalar kiyish va quyoshdan himoyalovchi kremlar ishlatish.
- Quyosh nurlanishi eng kuchli bo'lgan vaqt – 10:00-15:00. Bu vaqtda quyosh olish zararli.
- Iskanja (solyariy), kafillangan ultrabinafsha nurlari (svarka ishlari, tibbiy UF-terapiya) ham quyosh nurlaridek zarar etkazishi mumkin.

Bu qoidalar ayniqsa bolalar uchun muhim. Ular quyosh ta'siriga nisbatan sezgirroq va o'zlarini himoya qilishga qodir emas.

Davriy dermatologik tekshiruvlar:

- Xavf guruhiga kiruvchi odamlar (masalan, transplantasiyadan keyingi bemorlar, terining saraton kasalligi yoki pred saraton holati bo'lgan shaxslar) muntazam tekshiruvlardan o'tishi lozim.
- Bu o'smalarni erta bosqichda aniqlashga, davolashni engillashtirishga va prognozni yaxshilashga yordam beradi.

3) Ikkilamchi profilaktika:

Terining saraton kasalligiga ikkinchi darajali profilaktika – bu terining pred saraton holatlariga ega bemorlarni kuzatish tadbirlari majmuasi hisoblanadi. Bu chora-tadbirlarning asosiy maqsadi – o'sma jarayonining erta bosqichlarida o'smalarni aniqlashdan iborat.

Ayniqsa, pred saraton kasalliklari yoki xavf omillari mavjud bo'lgan shaxslar o'z vaqtida shifokorga murojaat qilishi juda muhim.

4) Uchlamchi profilaktika:

- Residivlar va metastazlarni erta aniqlash va davolashni ta'minlash kerak.
- Bir marta bazal hujayrali karsinoma (bazalioma) bilan kasallangan shaxslarda yangi o'sma rivojlanish xavfi sezilarli darajada yuqori bo'ladi.
- Taxminan har uchinchi bemorda takroriy kasallik rivojlanadi va ko'p hollarda yangi o'smalar uch yil ichida paydo bo'ladi.

Shuning uchun:

- Klinik tekshiruvlar tarzidagi yillik vrach nazoratlari kamida uch yil davomida o'tkazilishi kerak.
- Bemorlar o'z terisini muntazam kuzatishi, shubhali o'zgarishlar aniqlanganda, zudlik bilan shifokorga murojaat qilishi tavsiya etiladi.

6). Profilaktika va dispanser kuzatuvi, profilaktika usullarini qo'llashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/sarkoma_mjagkih_tkanej.pdf)

Hozirgi kunda YaHTS bilan og'riqan bemorlarni kuzatishning chastotasi va intensivligi bo'yicha yagona fikr mavjud emas. Bemorlarni kuzatishdan maqsad kasallik residivini erta aniqlash, ikkinchi o'smalarni (xususan, yangi YaHTS, shuningdek, YaHTS va teri melanomasini) erta aniqlash hamda bemorlarga psixosozial yordam ko'rsatishdan

iborat bo'lishi kerak.

- Teri melanomasi va NMK (shu jumladan, YaHTS) rivojlanish xavfini kamaytirish, shuningdek, yangi melanomalar yoki boshqa yovvoyi o'smalarni profilaktika qilish maqsadida quyosh kuyishidan yoki sun'iy ultrabinafsha ta'siridan qochish **tavsiya etiladi**. [66] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703311/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 2)

- Oldin "yassi hujayrali teri saraton" tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarini muntazam ravishda o'z-o'zini tekshirish **tavsiya etiladi** hamda har qanday o'zgarishlar aniqlangan taqdirda o'z vaqtida shifokorga murojaat qilish lozim. [67] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25408258/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- 0-I bosqichdagi kasallik va residiv xavfi past bo'lgan bemorlarga davolash tugaganidan so'ng teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini sinchiklab baholash bilan jismoniy tekshiruv har 6 oyda bir marta, dastlabki 3 yil davomida, keyin esa yillik ravishda 10 yil mobaynida o'tkazish **tavsiya etiladi**. Asbob-uskunali tekshiruvlar faqat ko'rsatmalar bo'yicha o'tkazilishi tavsiya etiladi — «Asbob-uskunali diagnostik tadqiqotlar» bo'limida berilgan tavsiyalarga muvofiq. [68] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>) (24-jadvalga qarang)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- I-II bosqichdagi kasallik va residiv xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga davolash tugaganidan so'ng teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini sinchiklab baholash bilan jismoniy tekshiruv har 3 oyda bir marta, dastlabki 3 yil davomida, keyin har 6 oyda bir marta 5 yilgacha, so'ngra yillik ravishda 10 yil mobaynida o'tkazish tavsiya etiladi. Asbob-uskunali tekshiruvlar faqat ko'rsatmalar bo'yicha o'tkazilishi tavsiya etiladi — «Asbob-uskunali diagnostik tadqiqotlar» bo'limida berilgan tavsiyalarga muvofiq. [68] (24-jadvalga qarang) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- III-IV bosqichdagi kasallikka chalingan bemorlarga davolash tugaganidan so'ng teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini sinchiklab baholash bilan jismoniy tekshiruv har 3 oyda bir marta, dastlabki 3 yil davomida, so'ngra yillik ravishda 10 yil mobaynida o'tkazish tavsiya etiladi. Asbob-uskunali tekshiruvlar dastlabki 3 yil davomida har 6 oyda bir marta (yoki ko'rsatmalar bo'yicha zarurat tug'ilsa, tez-tez) o'tkazilishi tavsiya etiladi — «Asbob-uskunali diagnostik tadqiqotlar» bo'limida berilgan tavsiyalarga muvofiq. [68] (24-jadvalga qarang) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- Ko'z qovoq teri yassi hujayrali saraton (YaHTS) bilan kasallangan bemorlar uchun

vrach-ofthalmolog tomonidan umrbod kuzatuv **tavsiya etiladi**, jumladan, qovoqlarning yopishib qolishi holatida. Ushbu guruhdagi bemorlarni davolash tugaganidan soʻng dastlabki 1 yil davomida har 3 oyda bir marta, keyingi uch yil mobaynida har 6 oyda bir marta, soʻngra umrbod ravishda yiliga 1 marta tekshiruvdan oʻtkazish tavsiya etiladi. [69] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299757/>).

Uroven ubeditelnosti rekomendatsii C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

2.4. Reabilitasiya usuli va muolajalari:

Teri saratoni reabilitasiyasining maqsadi:

- shikastlangan a'zo yoki tizimning yoʻqotilgan funksiyalarini toʻliq yoki qisman tiklanishva/yoki kompensasiyalash;
- Oʻtkir rivojlangan patalogik jarayon tugagan vaqtda organizm funksiyalarini saqlash;
- Shikastlangan a'zo yoki tizimning funksiyalaridagi ehtimoliy buzilishlarning oldini olish, erta aniqlash va toʻgʻrilash;
- Mumkin boʻlgan nogironlik darajasini oldini olish va kamaytirish;
- Hayot sifati yaxshilanishi;
- Bemorning ish qobiliyatini saqlab qolish;
- Bemorni jamiyatga ijtimoiy integrasiya qilish.

1. Tibbiy reabilitasiya, reabilitasiya usullarini qoʻllash uchun tibbiy koʻrsatmalar va qarshi koʻrsatmalar:

Ayni paytda koʻpchilik tibbiy reabilitasiya turlari boʻyicha yassi hujayrali teri saraton (YaHTS) bilan kasallangan bemorlar ishtirokida klinik tadqiqotlar mavjud emas. Ushbu tavsiyalar bir qator tadqiqotlar, jumladan, meta-tahlillar (Steffens, D. va boshq., 2018) hamda sistematik sharhlar (Nicole L. Stout va boshq., 2017; R. Segal va boshq., 2017) asosida ishlab chiqilgan. Ushbu tadqiqotlarda tibbiy reabilitasiyaning turli usullari boshqa yovvoyi oʻsma kasalliklariga chalingan bemorlarda funksional tiklanishni tezlashtirishi, jarrohlik amaliyotidan soʻng stasionarda boʻlish muddatini qisqartirishi, asoratlar va letallik darajasini pasaytirishi isbotlangan.

1.1. Predreabilitasiya

- Yassi hujayrali teri saraton (YaHTS) bilan kasallangan barcha bemorlarga funksional tiklanishni tezlashtirish, jarrohlik amaliyotidan keyin stasionarda boʻlish muddatini qisqartirish, asoratlar va letallik xavfini kamaytirish maqsadida

predreabilitasiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. Predreabilitasiya quyidagilarni o‘z ichiga oladi: Jismoniy tayyorgarlik (LFK); Psixologik qo‘llab-quvvatlash; Nutritiv qo‘llab-quvvatlash; Bemorlarni ma'lumot bilan ta'minlash. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: Jarrohlik amaliyotidan keyin stasionarda bo‘lish muddatini qisqartirish, jarrohlikdan keyingi asoratlar xavfini kamaytirish va rehabilitasiya jarayonida hayot sifatini oshirish maqsadida bemorga operatsiyadan 2 hafta oldin jismoniy faollikni oshirish tavsiya etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

1.2. Jarrohlik davosida rehabilitasiya

1.2.1. Rehabilitasiyaning birinchi bosqichi

• Onkodermatologiyada bemorlarni rehabilitasiya qilishda ko‘p tarmoqli yondashuv **tavsiya etiladi**, bu jarayonga harakat rehabilitasiyasi, psixologik qo‘llab-quvvatlash hamda mehnat terapiyasi bo‘yicha mutaxassislar (mehnat terapiyasi instruktorlari) ishtirokini qamrab olishi kerak. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

• Tiklovchi davolash maqsadlari sifatida quyidagilarni hisobga olish **tavsiya etiladi**: jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan tana qismida harakat hajmini tiklash, tonusni tiklash, jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan qo‘l-oyoq mushaklarining kuchini oshirish hamda mushak disbalansini to‘g‘rilash. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

• Tiklovchi davolashni erta boshlash **tavsiya etiladi**, chunki bu onkodermatologiyada jarrohlik amaliyotlaridan so‘ng funksional natijalarni yaxshilaydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

• Har bir holatda LFK kompleksi jarrohlik amaliyotining xususiyatlari va hajmidan kelib chiqib, individual ravishda ishlab chiqilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117349/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

• Og‘riqni kamaytirish maqsadida holat bilan davolash, LFK, jarrohlik amaliyoti sohasiga krioterapiya, tibbiy massaj va elektroterapiyani birgalikda qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

- LFK hajmini bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi**. Faol chetga olib borish imkoniyati paydo bo‘lganda, jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan qo‘l-oyoqqa to‘liq yuklama berishga ruxsat etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

1.2.2. Reabilitasiyaning ikkinchi bosqichi

- Chandiqlik tuzilmalarining qo‘pol o‘zgarishlarini oldini olish uchun chandiqlarni harakatlantirishga qaratilgan usullardan foydalanish **tavsiya etiladi**. Bularga chuqur massaj, cho‘zilish mashqlari, shuningdek, chandiqlik o‘zgarishlarini yumshatish maqsadida ultratovush terapiyasi kiradi. [89].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

- Limfedema paydo bo‘lganda, to‘liqlik shishga qarshi terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. U qo‘l bilan limfodrenaj, kompression trikotaj kiyish, LFK mashqlarini bajarish va teri parvarishini o‘z ichiga oladi. [90].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

1.2.3. Reabilitasiyaning uchinchi bosqichi

- LFK majmuasini bajarish va uni bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi**, aerobik yuklamalarni qo‘shish orqali. Bu xavfli o‘smalarning kompleks davolash natijalarini va hayot sifatini yaxshilaydi. [91].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

- Hayot sifatini yaxshilash, og‘riqlik sindromi va zaiflikni kamaytirish maqsadida tibbiy massaj **tavsiya etiladi**. [92].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

1.3. Kimyo terapiyada reabilitasiya

- Himioterapiya davrida fizik yuklamalarni erta boshlash **tavsiya etiladi**, bu mushak zaifligi, gipotrofiya, fizik yuklamalarga nisbatan to‘liqlikni kamaytirishning profilaktikasiga yordam beradi. [93].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

- Bu tavsiya Nicole L. Stout et al, 2017 i R. Segal et al, (2017) tomonidan olib borilgan tizimli ko‘rib chiqishlar natijalariga asoslanib berilgan. Himioterapiya davrida aerobik yuklama qo‘llash tavsiya etiladi, chunki bu gemoglobin, eritrositlar darajasini oshiradi, leuko- va trombositopeniyaning davomiyligini kamaytiradi va shuningdek, rejalashtirilgan ximioterapiya kursini to‘liqlik amalga oshirish ehtimolini oshiradi. [94].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

- Polineyroptiyani to‘g‘rilash uchun muvozanatni mashq qilish **tavsiya etiladi**, chunki bu chidamlilik va kuch mashqlari bilan birga bajarilgan mashqlarga nisbatan samaraliroqdir. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

- Ximioterapiya fonidagi periferik polineyroptiyani davolashda past intensivli lazeroterapiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. [95].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (Dalillarning ishonchlilik darajasi –2).

- Ximioterapiya fonidagi periferik polineyroptiyani davolashda past chastotali magnitoterapiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. [96].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (Dalillarning ishonchlilik darajasi –2).

- Ximioterapiya fonidagi polineyroptiyani davolash uchun 4 hafta davomida kuniga 20 daqiqa chreskojnaya qisqa impulsli elektrostimulyasiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi –5).

- Ximioterapiya fonida og‘iz bo‘shlig‘idagi mukozitlarning oldini olish uchun past intensivli lazeroterapiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. [97].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

- Ximioterapiya fonida yuzaga keladigan kardial asoratlar rivojlanish chastotasini kamaytirish uchun LFK kompleksi o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [98].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi –5).

- Ximioterapiya fonida alopesiyaning oldini olish uchun bosh teri terisini sovutish tizimlaridan foydalanish **tavsiya etiladi**. [99].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi –5).

1.4. Nur terapiya

- Nur terapiyasi fonida kuchsizlikning oldini olish va hayot sifatini yaxshilash uchun aerobik yuklama va kuch mashqlarini o‘z ichiga olgan LFK kompleksi o‘tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- Nur terapiyasi fonida, ayniqsa suyak metastazlari bo‘lgan bemorlarda, suyak to‘qimasi zichligini va bemorning chidamliligini oshirish uchun LFK kompleksi o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [100].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (Dalillarning ishonchlilik darajasi –2).

• Nur terapiyasi boshlanganidan 3 kun o'tgandan so'ng, nurli dermatitning oldini olish uchun haftasiga 3 kun davomida past intensivli lazeroterapiyani qo'llash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi –5).

1.5. Teridagi xavfli o'smalar bilan kasallangan bemorlarning psixologik reabilitasiya prinsiplari.

• Bemorlarga kasallik, ruhiy reaksiyalar, davolash jarayonidagi mas'uliyat sohasi, qarindoshlar va tibbiy xodimlar bilan muloqot usullari, o'z kasalligi yoki holati haqida qo'shimcha ma'lumot olish yo'llari, ijtimoiy qo'llab-quvvatlash usullari haqida ma'lumot berish **tavsiya etiladi**. Bu hayot sifatini va kasallik natijasini yaxshilashga olib keladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

• Enguvchan xulq-atvor va his qilinadigan ijtimoiy qo'llab-quvvatlashning majmuaviy ta'siriga erishish **tavsiya etiladi**. Bu davolashdan oldin majburiy va qochishga moyil fikrlar sonining kamayishiga hamda davolashdan 1 oy o'tgach yaxshiroq psixologik moslashuvga olib keladi. [101].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

• Ruhiy-ta'lim tadbirlari va psixologik qo'llab-quvvatlash (patologik ruhiy reaksiyalarni o'z-o'zini tashxis qilish, stressni engish usullari, ruhiy reaksiyalar va jismoniy holat o'zaro ta'sirini kuzatib borish) enguvchan xulq-atvorni shakllantirishning asosiy mexanizmi sifatida qaralishi mumkin. Bu esa stressli holatlarni shaxsiy tajribaga aylantirishga yordam beradi hamda kasallik va davolash jarayonida ijtimoiy va ruhiy moslashuvni rag'batlantiradi. [102]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi –5)

Izoh: Onkopsixologiya sohasidagi ilmiy tadqiqotlarda melanoma va teri nomelanom o'smalari bilan kasallangan bemorlarda eng ko'p uchraydigan 3 ta enguvchan xulq-atvor uslubi kuzatiladi:

1) *Emosional, jismoniy va ijtimoiy qiyinchiliklarni, kasallik va davolash jarayoni bilan bog'liq muammolarni faol xatti-harakatlar orqali engish.*

2) *Faol bilim olishga asoslangan engish – bu kasallik haqidagi munosabat, ishonch va mulohazalarni o'z ichiga oladi.*

3) *Qochishga asoslangan engish – muammolarni faol ravishda chetlab o'tish yoki diqqatni chalg'itish orqali hissiy zo'riqishni pasaytirishga qaratilgan harakatlar.*

Umuman olganda, tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, muammoga yo'naltirilgan faol enguvchan strategiyalardan foydalanadigan bemorlar kasallikka yaxshiroq

moslashadi. Ularga nisbatan passiv yoki qochishga asoslangan engish uslublarini qoʻllaydigan bemorlar kamroq moslashuv koʻrsatadi. [103]

Faol-xulqiy muammolarni engish usullaridan foydalangan bemorlar oʻzlarida yuqoriroq oʻz-oʻzini baholash va energiya darajasini, kamroq jismoniy alomatlar mavjudligini hamda asabiylik va asteniyaning pasayganligini qayd etganlar. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

Bunga qarshi ravishda, melanoma va teri nomelanoma oʻsmalarining boshlangʻich bosqichlaridagi bemorlarda qochishga asoslangan engish usullari bilan xavotir, depressiya, sarosima va beqaror kayfiyat foni oʻrtasida ijobiy korrelyasiya kuzatilgan. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>)

Boesen va hamkasblari olib borgan tadqiqotlar shuni koʻrsatdiki, ruhiy-ta'lim qoʻllab-quvvatlashini taklif etuvchi tuzilgan aralashuvlar distress va kayfiyat buzilishlarini kamaytirishga yordam beradi hamda melanoma va teri nomelanoma oʻsmalari bilan kasallangan bemorlarda enguvchanlik strategiyalarini faolroq qoʻllashga olib keladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089864/>).

- Teri nomelanoma oʻsmalari bilan bogʻliq ruhiy reaksiyalarni (asteno-xavotirli-depressiv turdagi reaksiyalar, narsissik reaksiyalar, PTS doirasidagi reaksiyalar, ijtimoiy yakkalanish) maqsadli ruhiy tuzatish tadbirlarini oʻtkazish **tavsiya etiladi**. Bu xavotirlikni kamaytirishga, sogʻliq bilan bogʻliq buzilishlarni engillashtirishga hamda kasallikka qarshi kurashda ijobiy oʻzgarishlarga olib keladi. [104].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (Dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: Ruhiy tuzatish tadbirlari natijalari melanoma va teri nomelanoma oʻsmalari bilan kasallangan bemorlarda depressiya, ong xiralashishi, asteniya, apatiya va umumiy kayfiyat pasayishining past darajada ekanligini koʻrsatadi [103]. Shuningdek, koʻplab tadqiqotlar bu aralashuvlarning immun tizimi funksiyalariga ijobiy ta'sir koʻrsatishini, jumladan, ba'zi turdagi tabiiy qotil (NK) hujayralar sonining oshishi va ularning oʻsmalarga qarshi kurashish salohiyatining ortishi bilan bogʻliqligini tasdiqlaydi [104]. 5 yillik kuzatuv davomida tadqiqotchilar psixologik va biologik oʻzgarishlar oʻz navbatida residiv koʻrsatkichlari va yashovchanlik bilan bogʻliq ekanligini namoyon qildilar. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

3. 3-turdagi profilaktika yoki reabilitasiyani oʻtkazishga koʻrsatmalar (ular profilga muvofiq belgilanadi).

Teri saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali Teri saratoni bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika Teri saratoninisimptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda Teri saratonini to‘liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi reabilitasion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko‘rinish bosqichidan qat’i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan teri saratonining bo‘lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

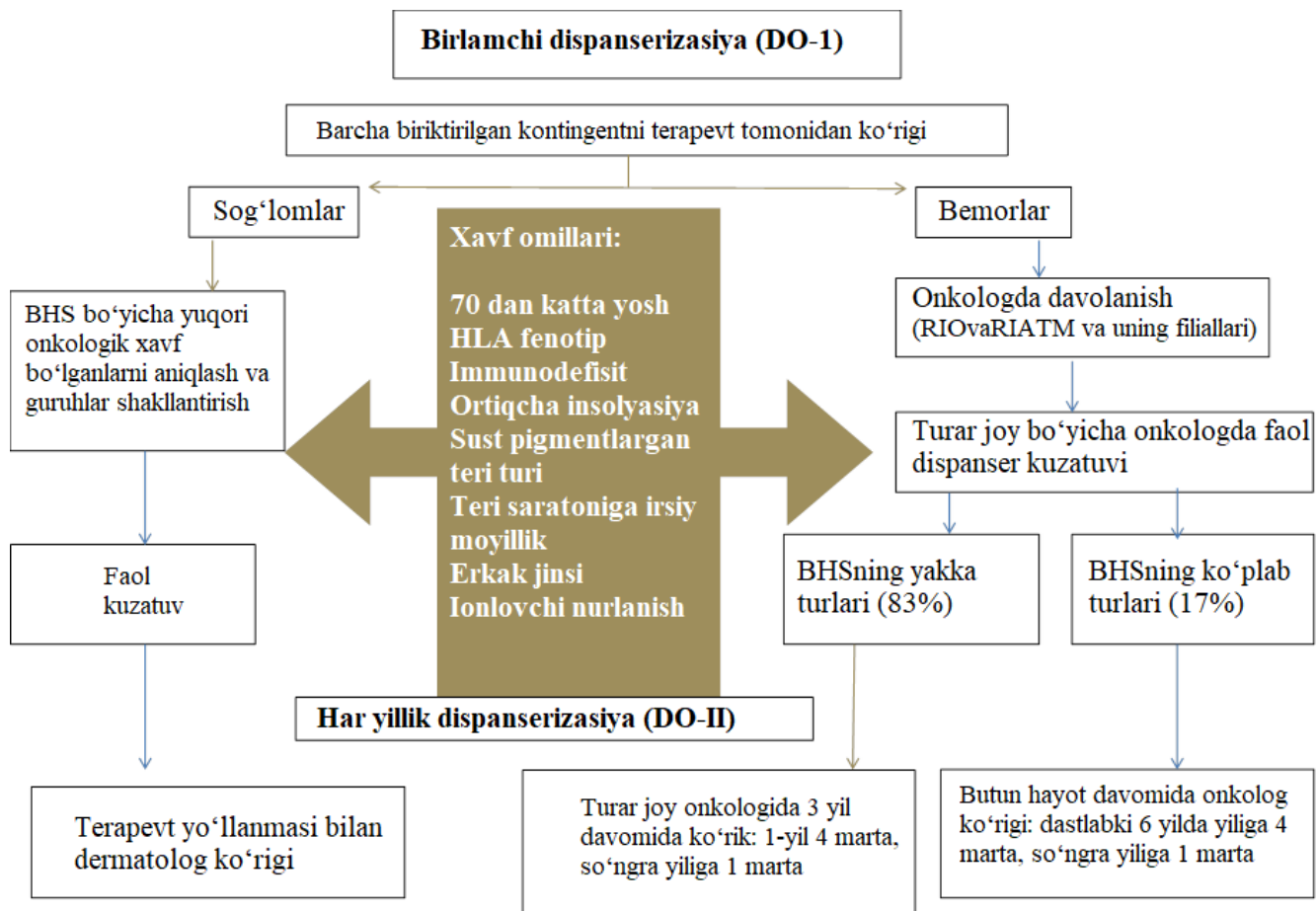
Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to‘g‘risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining etarli darajada samaradorligi to‘g‘risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spesifik sitostatik terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

3.1. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari (xalqaro standartlarga muvofiq, dalillarga asoslangan tibbiyot instituti ma'lumotlari);

- Teri saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*
- Ikkilamchi profilaktika maqsadida, ayniqsa xavf omillariga ega bo‘lgan shaxslar uchun, mahalliy shifokor tomonidan profilaktik tekshiruvlardan o‘tish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*
- Maxsus maxsus jarrohlik va sitostatik terapiya tugagandan so‘ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitasiya profilaktikasini o‘tkazish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*

3.2. Reabilitasiya muolajalarining bosqichi va ko‘lamini aniqlash mezonlari (faoliyat, xayot faoliyatini cheklash va sog‘liqning Xalqaro tasnifiga ko‘ra xalqaro shkalalar).

Birlamchi sanitariya va davolash muassasasida teri BHS bemorlarini faol dispanser kuzatuvi dasturi



BKR bo'yicha davolangan bemorlar residivni barvaqt aniqlash va mumkin bo'lgan davolash maqsadida (DO-11) doirasida faol dispanser kuzatuviga olinadi.

Xavf omillari mavjud bo'lmagan bemorlarning kuzatuv muddati 3 yildan oshmasligi maqsadga muvofiq. Bu muddat prognozni aniqlash va ehtimoliy residivni aniqlash uchun etarli hisoblanadi. Bunda tekshiruvlar birinchi 2 yilda yiliga 4 marta, 3-yilda esa 1 marta o'tkaziladi.

Birlamchi-ko'p sonli residivli saraton tashxisi qo'yilgan bemorlar umrbod faol kuzatuvga olinishi tavsiya etiladi. Chunki birlamchi-ko'p sonli shakllarga ega bemorlarda o'sma davolangan joyda residivlar soni yakka o'smali bemorlarga nisbatan 7,8 baravar ko'p kuzatilgan. Yalg'iz o'sma shaklidagi bemorlarda saraton olib tashlangan joyda residivlar asosan kuzatuvning birinchi 3 yilida rivojlangan bo'lsa, ko'p sonli o'sma shaklidagi bemorlarda ular 3-5 yillarda yuzaga kelgan. Bu guruhdagi bemorlar uchun har yili chuqurlashtirilgan dispanserizasiya o'tkazilishi maqsadga muvofiq bo'lib, u turli lokalizatsiyadagi onkologik kasalliklarni erta aniqlashga qaratilgan.

Yassi hujayrali, metatipik saraton va teri qo'shimchalarining saraton kasalligi bo'yicha davolangan bemorlarni reabilitatsiya qilish, jarrohlik aralashuvlari va/yoki ximioterapiyadan keyingi reabilitatsiyaning umumiy prinsiplariga asoslanishi tavsiya etiladi.

Tuzalgan bemorlarni dispanser kuzatuv

Teri saratoni bo'yicha davolanish tugatilgandan so'ng, quyidagi kuzatuv davriyligi va usullariga rioya qilish tavsiya etiladi:

1-2 yil mobaynida har 3 oyda bir marta jismoniy ko'rik va shikoyatlarni to'plash tavsiya etiladi, 3-yilda – har 6 oyda bir marta, 4-yildan boshlab – yiliga bir marta yoki shikoyatlar paydo bo'lgan taqdirda tezroq tekshiruvdan o'tish mumkin. Residiv xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda tekshiruvlar oralig'i qisqartirilishi mumkin.

Tekshiruv hajmi:

1. Anamnez, lokal ko'rik va jismoniy tekshiruv.

2. Periferik limfa tugunlari, qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolarining UTT: - 1-2 yilda – har 3 oyda bir marta; - 3-yilda – har 6 oyda bir marta; - 4-yildan boshlab – yiliga bir marta.

3. Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi: - 1-2 yilda – har 3 oyda bir marta; - 3-yilda – har 6 oyda bir marta; - 4-yildan boshlab – yiliga bir marta.

Kuzatuvning asosiy vazifasi – kasallikning avj olishi va residivlarni erta aniqlash, rezektabel metastatik o'choqlar va residiv o'smalarni barvaqt jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki ximioterapiyani o'z vaqtida boshlash, shuningdek, metaxron o'smalarni aniqlashdan iborat.

4. Reabilitasiya bosqichlari va ko'lam:

24-jadvalda avvalroq tashxis qo'yilgan bemor uchun dispanser kuzatuv doirasida tavsiya etiladigan tekshiruvlar grafigi keltirilgan. Ushbu jadval «Diagnostika» bo'limida berilgan tavsiyalar va kasallikning avj olish xavflariga asosan tuzilgan.

Kasallik bosqichi (yoki ekvivalent)	Fizikal ko'rik			Limfa tugunlari UTTsi			To'liq ko'lamda nur diagnostikasi		
	Kuzatuv yillari			Kuzatuv yillari			Kuzatuv yillari		
	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10
0–I (past xavf [1])	Har 6 oyda	Har 12 oyda	Har 12 oyda	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida
I-II (yuqori xavf)	Har 3 oy	Har 6 oy	Har 12 oy	Har 3 oyda	Har 6 oyda	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida	Ko'rsatmalar asosida

[2])	da	da	oy da						
III-IV	Har 6 oy da	Har 12 oy da	Har 12 oy da	Har 3 oyda	Har 6 oyda	Ko'rsat malar asosida	Har 6 oyda	Ko'rsat malar asosida	Ko'rsat malar asosida

5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitasiya darajasini ko'rsatadigan xolda tashxislash tadbirlari:

1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:

- Trombositlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- Qorin bo'shlig'i a'zolari+buyraklar, qorin parda orti, kichik chanoq, periferik limfa tugunlari UTTsi;
- Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi;

Tavsiya ishonchliligi darajasi C (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)

2) Dalillar darajasi kiritilgan xolda qo'shimcha tashxislash tadbirlari:

- Qon KIMni aniqlash;
- Bosh va bo'yinni KTsi;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriya) UZDGsi;
- Bosh miya MRTsi;
- Xolter – monitoring EKG

Tavsiya ishonchliligi darajasi C (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)

6. Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitasiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlari:

TR kuzatilishi bilan davolashni tugatgan teri saratoni bemorlariga terapiya tugaganidan keyin 1 yil davomida har 3 oyda, 2 yil - har 6 oyda va undan keyin har yili onkolog yoki abdominal onkolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

QUT, qon biokimyoviy tahliliyo yil davomida har 3 oyda o‘tkazilishi, keyin 2 yil davomida har 6 oyda va keyinchalik har yili o‘tkazib turish zarur.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

2) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan qo‘shimcha profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlari:

Qo‘shimcha profilaktika choralariga residiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, to‘g‘ri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillarga ta’sir qilish, sog‘lig‘ingiz holatini hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

7. Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitasiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Teri saratoni uchun profilaktika va reabilitasiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik residivining yo‘qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo‘qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarning yo‘qligi;
- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang‘ich pozitsiyasiga to‘liq qaytish;
- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog‘lom turmush tarziga rioya qilish, sog‘lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o‘z vaqtida murojaat qilishi;
- Teri saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan xolatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash.

**«TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2024

- - XKT kod (lar)i:

XKT-10:	
Kod	Nomi
C44	– Teri boshqa xavfli o‘smalari
C44.0	– Lab terisi
C44.1	– Qovoq terisi, qovoq yopishmasi bilan birga
C44.2	– Quloq terisi va tashqi eshitish yo‘li
C44.3	– Yuzning boshqa va aniqlanmagan qismlari terisi
C44.4	– Bosh va bo‘yin sochli qismi terisi
C44.5	– Tana terisi
C44.6	– Qo‘l terisi, elka kamari sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.7	– Oyoqlar terisi, chanoq-son sohasini o‘z ichiga olgan holda
C44.8	– Terining yuqorida sanab o‘tilgan bir yoki bir nechta joylaridan tashqariga chiqib ketgan zararlanishi
C44.9	– Terining aniqlanmagan sohadagi xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
XKT-11:	
Kod	Nomi
2E64	Teri karsinoma in situ si
2C31	Teri yassi hujayrali saratoni
2C31.0	Terining kerrukoz yassi hujayrali karsinomasi
2C31.1	Keratoakantoma
2C81.0	Jinsiy olat yassi hujayrali saratoni
2C31.Z	Teri yassi hujayrali saratoni
2C32	Teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.0	Terining tugunli bazal hujayrali saratoni
2C32.1	Terining sklerozlovchi bazal hujayrali karsinomasi
2C32.2	Terining yuzaki bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Y	Boshqa aniqlashtirilgan teri bazal hujayrali karsinomasi
2C32.Z	Teri bazal hujayrali karsinomasi, anialashtirilmagan
2C33	Terining adneksal karsinomasi
2C34	Teri нейроэндокрин карциномasi

2C35	Teri sapkomasi
2C3Y	Terining boshqa aniqlashtirilgan xavfli o'smalari
2C3Z	Terining noma'lum yoki aniqlashtirilmagan tapdagi xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Bazal hujayrali va yassi hujayrali terining saraton kasalligi (ko'pincha nomelanoma terining o'smalari deb ataladi) – epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli terining o'smalari hisoblanadi. Bazal hujayrali teri saratoni (sinonimlari – bazalioma, bazal hujayrali karsinoma) epiteliyning bazal qatlami hujayralaridan rivojlanadi, yassi hujayrali saraton esa teri keratinositlaridan kelib chiqadi. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

2) Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)

Xalqaro Saratonni O'rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 1 234 533 ta nomelanoma teri saratoni holati aniqlangan va 69 416 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

Nomelanoma teri o'smalari rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Sporadik (irsiy bo'lmagan) shakldagi melanomadan tashqari teri o'smalari uchun eng muhim xavf omillaridan biri teriga ultrabinafsha nurlanishining ta'siridir. Bunda teri ultrabinafsha ta'siriga nisbatan sezuvchanlik darajasi odamlarda farq qiladi va 6 turga tasniflanadi, shuningdek, 1 va 2-tur eng yuqori sezuvchanlikka ega (shu bilan birga, quyoshda kuyish ehtimoli katta), 5 va 6-tur esa eng past sezuvchanlikka ega hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Shuningdek, tug'ma yoki orttirilgan immun tanqisligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so'ng yoki immunsupressant qabul qilish zarur bo'lgan boshqa kasalliklarda), pigmentli kseroderma kabi xavf omillarini ham ta'kidlash lozim. Sun'iy ultrabinafsha nurlanishi (shu jumladan, PUVA-terapiya) va melanomadan tashqari teri o'smalari rivojlanish xavfi ortgani o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Mishyak bilan kontaktda bo'lgan shaxslarda ham, ayniqsa, Bouen kasalligi holatida, yassi hujayrali saraton rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Ko'p hollarda melanomadan tashqari teri o'smalari mavjud bo'lgan predo'sma yangi hosilalar (masalan, aktinik keratoz yoki keratoakantoma) fonida rivojlanadi, shuningdek, ular xavfli o'smaga yaqin joylashgan teri uchastkalarida ham ko'p uchraydi. (<https://www.who.int/news->

[room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#](http://room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#).

Shuningdek, bazalioma rivojlanishi mumkin bo'lgan bir qator irsiy sindromlar mavjud: nevoid bazaliomalar sindromi (Gorlin-Gols sindromi deb ham ma'lum), Bazeks sindromi, Rombo sindromi, bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Gorlin-Gols sindromida PTCH gen mutasiyasi aniqlanadi. Bemorlarda ko'p sonli bazaliomalar bilan birga, xos fenotip ham kuzatiladi: burunning keng ildizi, kaftlarda qo'shimcha burmalar, jag'larda kistoz o'zgarishlar, suyak tizimi rivojlanishida nuqsonlar. Bazeks sindromi X-xromosoma bilan bog'liq dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, bu sindromda atrofodermiya, gipotrikoz, gipogidroz va follikulyar atrofiya kuzatiladi. Rombo sindromi autosomal-dominant usulda irsiyat orqali o'tadi. Ko'p sonli bazaliomalardan tashqari, gipertriaz, vermikulyar atrofodermiya, trixoepteliomalar va periferik vazodilatatsiya kabi klinik belgilari mavjud. Bir tomonlama bazal hujayrali nevus sindromi bilan tug'ilgan bemorlarda terida komedonlar va epidermal kistalar bilan birga yangi hosilalar kuzatiladi. Mikroskopiyada bazal epitelining proliferatsiyasi aniqlanadi. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Yassi hujayrali teri saratoni (YaHTS) melanomadan tashqari teri o'smalari (MTTO) ichida tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Kasallanish darajasi yashash joyining kenglikka yaqinligiga qarab keskin farq qiladi va yorug' fototipli teriga ega odamlarda ancha yuqori bo'ladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Shu bois, dunyoda MTTO bo'yicha eng yuqori kasallanish darajasi Avstraliyada kuzatiladi, u erda 70 yoshgacha har ikkinchi odamda shu turdagi o'sma rivojlanadi, eng past ko'rsatkich esa Afrikaning ayrim hududlarida qayd etilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Ikkita yoki undan ko'p MTTO'ga chalingan bemorlarda yangi melanomadan tashqari o'smalar paydo bo'lish xavfi ancha yuqori bo'ladi, shuningdek, bir necha MTTO holatlari erkaklarda ko'proq uchraydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 yilda RSNPMSOIR statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekistonda teri saratoni bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 2,6 ni tashkil etgan. Erkaklar orasida ushbu kasallik umumiy onkologik kasalliklar tuzilmasida 8-o'rinni egallab, 4% holatni tashkil etgan. Ayollar orasida esa 9-o'rinda bo'lib, 3,2% holat qayd etilgan.

2023 yil davomida birinchi marta 954 nafar teri saratoni bemori aniqlangan, ularning 47,9% profilaktik ko'riklar chog'ida faol aniqlangan. Teri saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 96,1% ni tashkil etgan. Kasallik aniqlangan bosqichlar

bo'yicha taqsimot: I bosqichda – 22,3%, II bosqichda – 55,0%, III bosqichda – 13,8%, IV bosqichda – 3,4%. 5,5% holatda kasallik bosqichi aniqlanmagan.

2024 yil boshiga kelib, dispanser kuzatuvda 8768 nafar teri saratoni bilan og'rikan bemorlar ro'yxatga olingan bo'lib, kasallikka chalinish darajasi 100 ming aholiga 23,8 ni tashkil etgan. 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichi 51,5%, 1 yillik letallik esa 4,6% bo'lgan. 2023 yilda O'zbekistonda 336 nafar teri saratonidan vafot etgan bo'lib, o'lim ko'rsatkichi 100 ming aholiga 0,9 ni tashkil etgan.

Klinik tasnifi (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Skin-Tumours-2018>)

TNM tizimi bo'yicha xalqaro tasnifi (VIII–nashr, 2017 y.)
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/>)

Melanomadan tashqari teri o'smalarini bosqichlash jarayonida morfologik tasdiqlash majburiy hisoblanadi. Bosqichni aniqlash uchun limfa tugunlarining holati klinik ko'rik va instrumental tadqiqotlar yordamida baholanadi.

T mezon birlamchi o'smaning tarqalish darajasini aks ettiradi [*]:

- pTX – birlamchi o'smani baholash uchun ma'lumot etarli emas;
- T0 – birlamchi o'sma mavjud emas;
- Tis – Karsinoma in situ;
- T1 – o'sma eng katta o'lchami bo'yicha 2 sm yoki undan kam;
- T2 – o'sma eng katta o'lchami bo'yicha 2 sm dan katta;
- T3 – har qanday o'lchamdagi o'sma, quyidagi tuzilmalarga o'sib kirishi bilan (masalan, mushak, suyak, xryash, jag' va boshqalar);
- T4 – har qanday o'lchamdagi o'sma, perinevral invaziya yoki qo'shni tuzilmalarga, masalan, bosh suyagining asosiy suyaklariga yoki o'q skeletiga to'g'ridan-to'g'ri o'sib kirishi bilan.

Izoh: agar birlamchi-ko'plab sinxron o'smalar mavjud bo'lsa, tasniflash eng katta o'lchamga ega o'sma bo'yicha amalga oshiriladi, shuningdek, qavs ichida jami teri o'smalari soni ko'rsatiladi, masalan: T2 (5).

N mezoni regional limfa tugunlarida metastazlarning mavjudligi yoki yo'qligini ko'rsatadi [6].

Regional limfa tugunlari deb asosan tananing bir tomonida (chap yoki o'ng) joylashgan o'smalar uchun quyidagi limfa tugunlari hisoblanadi:

- Bosh va bo‘yin: ipsilateral (o‘sma tomonidagi) quloq oldi, pastki jag‘, bo‘yin va o‘mrov usti limfa tugunlari;
- Ko‘krak devori: ipsilateral qo‘ltiq osti limfa tugunlari;
- Qo‘llar: ipsilateral tirsak va qo‘ltiq osti limfa tugunlari;
- Qorin, bel va dumbalar: ipsilateral chov limfa tugunlari;
- Oyoqlar: ipsilateral tizza orti va chov limfa tugunlari;
- Anus chetlari va perianal sohaning teri qismi: ipsilateral chov limfa tugunlari.

Agar o‘sma chegaraviy zonalarda joylashgan bo‘lsa, ikki tomonlama limfa tugunlari ham regional hisoblanadi [6]. 25-jadvalda 4 sm kenglikdagi chegaraviy zonalarni aniqlash uchun anatomik orientirlar keltirilgan.

25-jadval. Regional limfa basseynlarini aniqlash uchun chegaraviy zonalarning anatomik orientirlari

Sohalar	Chegara liniyasi (4 sm kenglikda)
Chap va o‘ng yarim	Tananing o‘rta chizig‘i
Bosh va bo‘yin/ko‘krak qafasi	O‘mrov – akromion – elkaning yuqori chekkasi
Ko‘krak devori / yo‘llar	Elka – qo‘ltiq osti chuqurchasi - elka
Ko‘krak devori / qorin, bel yoki dumba	Oldindan: kindik va qovurg‘a ravog‘i orasidagi masofa o‘rtasi; Orqadan: ko‘krak umurtqasi pastki chegarasi (ko‘ndalang o‘siq)
Qorin, beli yoki dumba / oyoqlar	Chov burmasi – Katta yumaloq suyak (katta troxanter) –dumba chuqurchasi

Agar metastazlar yuqorida ko‘rsatilgan regional sohalardan tashqaridagi limfa tugunlarida aniqlansa, ular uzoq metastazlar sifatida tasniflanishi lozim

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – regional limfa tugunlarini baholash uchun ma'lumot etarli emas.
- N0 – regional limfa tugunlari zararlanmagan.
- N1 – bir dona regional limfa tugunida metastaz, eng katta o‘lchami 3 sm yoki undan kam.
- N2 – bir dona regional limfa tugunida metastaz, eng katta o‘lchami 3 sm dan

katta, lekin 6 sm dan oshmagan; yoki bir necha regional limfa tugunlarida metastazlar, har birining eng katta o'lchami 6 sm dan oshmagan [†].

- N3 – bir yoki bir necha regional limfa tugunlarida metastazlar, eng katta o'lchami 6 sm dan katta.

M mezoni uzoq metastazlar bor yoki yo'qligini bildiradi

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – uzoq metastazlar yo'q;
- M1 – uzoq metastazlar bor.

G mezoni o'smaning differensiasiya darajasini bildiradi (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – differensiasiya darajasini aniqlash imkonsiz;
- G1 – yuqori differensiallashgan o'sma;
- G2 – o'rta differensiallashgan o'sma;
- G3 – past differensiallashgan o'sma;
- G4 – differensiallashmagan o'sma.

Ayrim yomon prognoz omillari 26-jadvalda jamlangan. AJCC tasnifiga ko'ra, bunday omillarning mavjudligi kasallik bosqichini I dan II ga oshirishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

26-jadval. Teri saratonining noqulay prognoz omillari (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Mikrostrukturalarga shikastlanish/invaziya chuqurligi	Breslou bo'yicha o'sma qalinligi 4 mm dan ortiq
	Klark bo'yicha invaziya darajasi 4
	Perinevral invaziya
	Angiolimfatik invaziya
Anatomik lokalizasiya	Birlamchi lokalizasiya – quloq suprasida
	Birlamchi lokalizasiya – labning qizil chizig'ida
Differensirovka	Past differensiyalangan yoki

	differentiyalanmagan o'sma
--	----------------------------

Bosqichlar bo'yicha guruhlash 27-jadvalda keltirilgan:

27-jadval. Teri nomelanom o'smalarining bosqichlar bo'yicha guruhlash

([https://www.wiley.com/en-](https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579)

[es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579](https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579))

Bosqich	pT	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1,2,3	1	0
IV	4	0	0
	1,2,3	2,3	0
	Har qanday	Har qanday	1

Qovoq terisi saratonini (S44.1) UICC TNM bo'yicha bosqichlash (8-nashr, 2018)

Ko'z qovoq teri saratonini bosqichlash jarayonida gistologik tasdiqlash majburiy hisoblanadi. Bosqichni aniqlash uchun limfa tugunlarining holati klinik ko'rik va instrumental tadqiqotlar yordamida baholanadi.

T mezonni birlamchi o'smaning tarqalish darajasini aks ettiradi:

- TX – birlamchi o'smani baholash uchun ma'lumot etarli emas (shu jumladan, o'z-o'zidan regressiya holatlari yoki xirurgik olib tashlashdagi xatolar);
- T0 – birlamchi o'sma mavjud emas;
- Tis – Karsinoma in situ;
- T1 – o'sma 5 mm yoki undan kam, xryash plastinasi yoki ko'z qovoq chetiga o'tmagan;
- T2a – o'sma 5 mm dan katta, lekin 10 mm dan oshmagan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, xryash plastinasi yoki ko'z qovoq chetiga o'sib kirgan;
- T2b – o'sma 10 mm dan katta, lekin 20 mm dan oshmagan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, qovoq to'qimalarini to'liq qamrab olgan;
- T3a – o'sma 20 mm dan katta, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, ko'z yoki ko'z chuquriga yondosh tuzilmalarga o'sib kirgan, yoki har qanday o'lchamdagi o'sma, perinevral invaziyaga ega;

- T3b – o'sma, uni to'liq olib tashlash uchun ko'z enukleasiyasi, orbita ekzenterasiyasi yoki suyak rezeksiyasi talab qilinadi;
- T4 – o'sma juda keng tarqalgan, ko'z, ko'z chuquri, yuz suyaklari yoki bosh miya tuzilmalariga sezilarli darajada shikast etkazgan, rezeksiya qilish imkoniyati yo'q.

N mezoni metastazlarning regional limfa tugunlarida mavjudligi yoki yo'qligini aks ettiradi:

- NX – regional limfa tugunlarini baholash uchun ma'lumot etarli emas;
- N0 – regional limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas;
- N1 – regional limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

M mezoni uzoq metastazlar mavjudligi yoki yo'qligini aks ettiradi:

- M0 – uzoq metastazlar mavjud emas;
- M1 – uzoq metastazlar mavjud.

28-jadvalda qovoq terisi saratonini bosqichlar bo'yicha guruhlash keltirilgan

28-jadval. qovoq terisi saratonini bosqichlar bo'yicha guruhlash

Bosqich	T	N	M
0	Is	0	0
IA	1	0	0
IB	2a	0	0
IS	2b	0	0
II	3a	0	0
IIIA	3b	0	0
IIIB	Har qanday T	1	0
IIIC	4	Har qanday N	0
IV	Har qanday T	Har qanday N	1

2. Diagnostika va palliativ davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

1) Palliativ yordam ko'rsatish uchun kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari;

- Palliativ (simptomatik) amaliyot, palliativ kimyoterapiya, target davolash, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o‘tkazish;
- Limfa tugunining/ekstranodal hosiladan birlamchi yoki takroriy biopsiyasini o‘tkazish yoki trepanobiopsiya;
- Ambulatoriya terapiyasi bilan tuzatilmagan asoratlarni davolash;
- Simptomatik davolash o‘tkazish.

2) Palliativ yordam ko‘rsatish uchun kasalxonaga yotqizish shart-sharoitlari.

- Palliativ kimyoterapiya, target davolash, nur terapiya va davolash boshqa turlarini (palliativ yoki simptomatik jarrohlik davosi) o‘tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo‘lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

Shikoyatlari va anamnez:

Teri bazal hujayrali saratoni:

Yuzagi shakli cheklangan, qipiqulanuvchi, qizg‘ish dog‘ paydo bo‘lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik dog‘ aniq chegaralarga ega bo‘lib, o‘choqning chetlarida mayda, zich, yaltiraq tugunchalar paydo bo‘ladi. Bu tugunchalar birlashib, teri sathidan balandroq bo‘lgan valiksimon chegara hosil qiladi. Og‘riq o‘choqlari yagona yoki ko‘p sonli bo‘lishi mumkin. Yuzagi shakllari ichida o‘z-o‘zidan chantiqlanuvchi yoki Pedjetoid bazalioma ajratiladi.

Pigmentli shakl qo‘ng‘ir yoki qora-jigarrang tusli, bir xil bo‘lmagan pigmentasiyaga ega bo‘lib, unda yarim shaffof, "perlamutrsimon" uchastkalar va yuzagi teleangiektaziyalar kuzatiladi. Ushbu shakl tugun yoki blyashka ko‘rinishida bo‘lib, melanositar nevuslar (murakkab yoki derma ichidagi nevuslar)ga o‘xshashi mumkin. Tugunli melanoma ham klinik jihatdan bazaliomani eslatishi mumkin, lekin bazalioma zichroq konsistensiyaga ega. Yaralanib ketgan pigmentli bazalioma esa melanoma bilan adashtirilishi mumkin, shuning uchun morfologik tadqiqotlar aniq tashhis qo‘yishda muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, bazalioma asosan yuzda joylashgan bo‘lsa, melanoma teridagi istalgan joyda paydo bo‘lishi mumkin.

O‘sma shakli tugunchadan boshlanadi, u astalik bilan kattalashib boradi. O‘smaning sathi silliq, teleangiektaziyalar aniq ko‘rinadi, ba'zan kulrang pushti po‘st bilan qoplangan bo‘lishi mumkin. Ba'zida markaziy qismi yaralanib, zich qobiqlar bilan qoplanadi. O‘lchamiga qarab, mayda va yirik tugunli bazalioma shakllari ajratiladi.

Yarali shakl uchun voronkasimon yara va atrofda zich, quyidagi to‘qimalar bilan spayka hosil qilgan infiltrat xos bo‘lib, uning chegaralari aniq emas va jarahat o‘lchamidan kattaroq bo‘ladi.

Sklerodermasimon (chandiqlik-atrofik) shakl aniq chegaralangan, kichik o'choq bilan xarakterlanadi. Bu shakl infiltrativ o'sish va bo'lakli to'qima (stroma) rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Sekin o'sadi. Og'riqlik o'chog'i oqargan, sklerozlangan teri uchastkalaridan iborat bo'lib, atrofida "perlamutrsimon" papulalar, markazida esa teleangiektaziyalar kuzatiladi.

Pinkus fibroepitelial o'smasi bazalioma turlaridan biri hisoblansa-da, ancha xavfsizroq kechadi. Klinik jihatdan teri rangidagi uzal yoki blyashka ko'rinishida bo'lib, zich-elastik konsistensiyaga ega, eroziyaga deyarli uchramaydi. Katta teridan chiqib turgan o'sma yoki fibromani eslatishi mumkin. Sekin o'sadi, asosan bel va qorinning pastki qismida joylashadi.

Yassi hujayrali teri saratoni:

Yuzaki shakli – teri saratonining eng ko'p uchraydigan varianti. U bir yoki bir necha birlashuvchi, og'riqsiz tugunlar bilan boshlanadi, ularning o'lchami o't gugurt boshchasiga teng yoki biroz kattaroq bo'ladi. Tugun teri sathidan biroz baland, zich konsistensiyali, sarg'ish yoki oppoq-mamparrang tusda bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan o'sma kattalashib, og'riqsiz, sarg'ish yoki kulrang-oq blyashka ko'rinishiga ega bo'ladi, teridan biroz baland, silliq yoki notekis yuzali bo'ladi. Chetlari notekis, chuqurliklari bor, zich valiksimon tuzilishga ega. Keyinchalik blyashkaning markaziy qismi cho'kib, tangacha yoki qobiqlik bilan qoplangan jarayon rivojlanadi. Qobiqlik olib tashlansa, qon tomchisi paydo bo'ladi. O'smaning kattalashishi bilan cho'kish jarayoni eroziyalangan yuzaga aylanadi, zich va notekis chetlar esa baland, tekis kesilgan valiksimon tuzilma hosil qiladi.

Infiltrativ shakli chuqur yaranib ketgan, notekis, dumaloq, nekroz massalari bilan qoplangan tubiga ega va zich valiksimon chetlardan tashkil topgan. O'sma tezda atrof to'qimalarga o'tgan holda o'sadi va harakatsiz bo'lib qoladi. Gistologik jihatdan bu shakl ko'pincha yassi hujayrali saraton sifatida tasniflanadi. Papillyar shakli kam uchraydi. Zich, teri sathidan baland, oson qon ketadigan, keng asosda joylashgan tugun ko'rinishida bo'ladi. Yuzasi nohamvor, qobiqlik bilan qoplangan, ko'pincha gulkaramsimon tuzilishga o'xshash.

Metatipik saraton odatda yarali o'sma o'chog'i ko'rinishida bo'lib, 95% holatda 1-3 sm diametrida bo'ladi. Yara notekis shaklda, chetlari notekis, bukilib yoki tagidan yulib tushgandek ko'rinadi. Yara tubi notekis, yorqin qizil yuzaga ega bo'lib, nekrotik massalar bilan qoplangan.

Fizikal ko'rik:

• Bemor birinchi marta teri yangi hosilasi bo'yicha shikoyat bilan murojaat qilganda, ko'rik zonasini kengaytirish va barcha teri qoplamlarining holatini baholash (shu jumladan, sochli bosh qismi va oyoq tagini) qat'iy tavsiya etiladi [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIA)

Izohlar: *Birlamchi-ko‘p sonli sinxron teri o‘smalari va teri o‘sma oldi kasalliklari bemorlarning 5-10% ida aniqlanishi mumkin. Shuningdek, nomelanoma teri o‘smalari bilan kasallangan bemorlarda teri melanomasi rivojlanish xavfi yuqori bo‘ladi. [24].*

• Epilyuminissent mikroskopiya (dermatoskopiya) va optik kogerent tomografiyadan foydalanish tavsiya etiladi, chunki bu usullar noinvaziv tashhis qo‘yish aniqligini sezilarli darajada oshirishi va biopsiyaga bo‘lgan ehtiyojni kamaytirishi mumkin. Biroq, bu usullar faqat ushbu metodika bo‘yicha maxsus o‘qitilgan mutaxassislar tomonidan qo‘llanilishi mumkin. [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIB)

• Regionar limfa tugunlar holatini baholash tavsiya etiladi [24].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIB)

• Qabul jarayonida shikoyatlar, anamnez va fizik tekshiruv natijalari tahliliga asoslanib, yangi hosilaning invaziv tashhisi (biopsiya) maqsadga muvofiqligini aniqlash tavsiya etiladi. [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A (dalillarning ishonchlilik darajasi - Ia)

Laborator tekshiruvlar:

• Morfologik tasdiqdan oldin laborator tashhis tavsiya etilmaydi, faqat interkurrent patologiya yoki bemorning umumiy holati biopsiyaning xavfsiz o‘tkazilishini ta‘minlash uchun zarur bo‘lgan hollar bundan mustasno. Tashhis tasdiqlanganidan so‘ng quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish tavsiya etiladi: Klinik qon tahlili, bioximik qon tahlili (Shuningdek, Jadval 28 ga qarang). [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - III)

Instrumental tekshiruvlar:

Agar tegishli ko‘rsatmalar (simptomlar) mavjud bo‘lsa, tashhis chora-tadbirlari (shu jumladan, nur tashhisi) kasallik bosqichidan qat‘i nazar to‘liq hajmda o‘tkazilishi lozim. Agar simptomlar mavjud bo‘lmasa, Bazal hujayrali saraton (BHS)ning regionar va uzoq metastazlar berish ehtimoli pastligi, shuningdek, yassi hujayrali saraton (YaHS)da regionar metastazlar uchrash ehtimoli biroz yuqoriroq ekanligi inobatga olinib, yashirin metastazlarni aniqlash maqsadida tashhis testlari turli hajmda o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Bu hajm kasallik bosqichi (klinik ko‘rik va gistologik xulosa asosida belgilangan) ga bog‘liq holda tanlanadi.

Biopsiya natijalariga asoslanib, teri saratoni tashhisi tasdiqlangan hollarda tavsiya etilgan tashhis chora-tadbirlari 29-jadvalda keltirilgan. [24, 26]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

29-jadval. Teri o‘smasi biopsiyasi natijalari va klinik ko‘rikka asosan tekshiruv rejasini

Kasallik bosqichi	Fizikal ko‘rik	Instrumental tekshiruvlar
0, I, II	Ha	<ul style="list-style-type: none"> • Regionar limfa tugunlar UTTsi • Nur diagnostika tavsiya etilmaydi, agar simptomlar bo‘lmasa
III va IV	Ha	<ul style="list-style-type: none"> • Regionar limfa tugunlar UTTsi • To‘la ko‘lamda nur diagnostika

- Morfologik tasdiqdan oldin instrumental tashhis tavsiya etilmaydi, faqat interkurrent patologiya yoki bemorning umumiy holati biopsiyani xavfsiz o‘tkazish uchun zarur bo‘lgan hollar bundan mustasno. [24, 26].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

Izoh: Biopsiya natijalari olinmaguncha davolash va tekshiruv rejasini tuzish tavsiya etilmaydi.

- Ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a'zolari holatini baholash uchun tavsiya etilgan optimal nur tashhis hajmi – ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a'zolarining kompyuter tomografiyasidir (KT). Venadan kontrast modda yuborish barcha hollarda tavsiya etiladi, faqat yod saqllovchi kontrast moddalar yuborishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmagan taqdirda. Agar bunday qarshi ko‘rsatmalar aniqlansa, vena ichida kontrastlash bilan KT o‘rniga magnit-rezonans tomografiya (MRT) qo‘llash mumkin. O‘pkalarda metastatik zararlanishni istisno etish yoki uning dinamikasini baholash uchun vena ichida kontrastlash talab qilinmaydi. Alternativ tashhis usuli – FDG bilan PET-KT (butun tana rejimida) bo‘lishi mumkin. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

- Agar optimal nur tashhisi tashhis qo‘yilgandan keyingi 2 hafta ichida o‘tkazib bo‘lmasa, quyidagi alternativ usullar tavsiya etiladi: Ko‘krak qafasi a'zolarining KT o‘rniga – ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, qorin va kichik chanoq a'zolarining KT (vena ichi kontrast bilan) o‘rniga – UTT (ultratovush tekshiruvi)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

- Katta birlamchi o‘smalar, so‘yak to‘qimalarining zararlanishi yoki perinevral invaziya belgilari mavjud bo‘lganda, o‘sma tarqalishini baholash uchun magnit-rezonans tomografiya (MRT) tavsiya etiladi, va KTga nisbatan afzalroq usul hisoblanadi. [24].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

- Agar KT yoki MRT ma'lumotlariga asosan metastazlarga shubha paydo bo'lsa, va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasiga jiddiy ta'sir ko'rsatsa, UTT yoki KT nazorati ostida biopsiya o'tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - IV)

Biopsiya

- Tashhisni tasdiqlash, shuningdek, keyingi tekshiruv va davolash rejasini belgilash uchun birinchi bosqichda shubhali teri o'smasini ekssizion biopsiya qilish mumkin. Bunda chetga chekinish 5 mm dan oshmasligi kerak (1-3 mm (0,1 – 0,3 sm) chekinish qabul qilinishi mumkin). Har doim teri to'qimasining to'liq qalinligini qamrab oluvchi biopsiyaga afzallik berish lozim, masalan: elliptik ekssiziya, insizion panch-biopsiya. Bu usullar yassi (britvali) rezeksiyaga nisbatan maqbulroq hisoblanadi, shu jumladan, ekzofit o'smalar uchun ham. [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - IIa)

- Xirurgik yo'l bilan olib tashlangan o'sma to'qimasining gistologik tekshiruvi tavsiya etiladi, va morfologik xulosada quyidagi parametrlarni aks ettirish lozim [24, 26]:

1. Teri saratonining gistologik turini JSST (VOZ) 2018 yilgi xalqaro teri o'smalari tasnifiga muvofiq aniqlash;

2. Differensiyalanish darajasini ko'rsatish;

3. Breslou bo'yicha o'sma maksimal qalinligini (mm) aniqlash;

4. Klark bo'yicha invaziya darajasini belgilash;

5. O'sma tugunining radial va vertikal o'lchamlarini ko'rsatish;

6. Rezeksiyaning periferik va chuqur chegaralarini baholash va ularda o'sma hujayralarining mavjudligini aniqlash.

7. Perinevral invaziya;

8. Desmoplaziya;

9. Angiolimfatik invaziya.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A (dalillarning ishonchlilik darajasi – Ia)

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

- ✓ Og'riq, qon ketish, mexanik va parenximatoz sariqlik, portal gipertenziya va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini engillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish hayot sifatini yaxshilash;

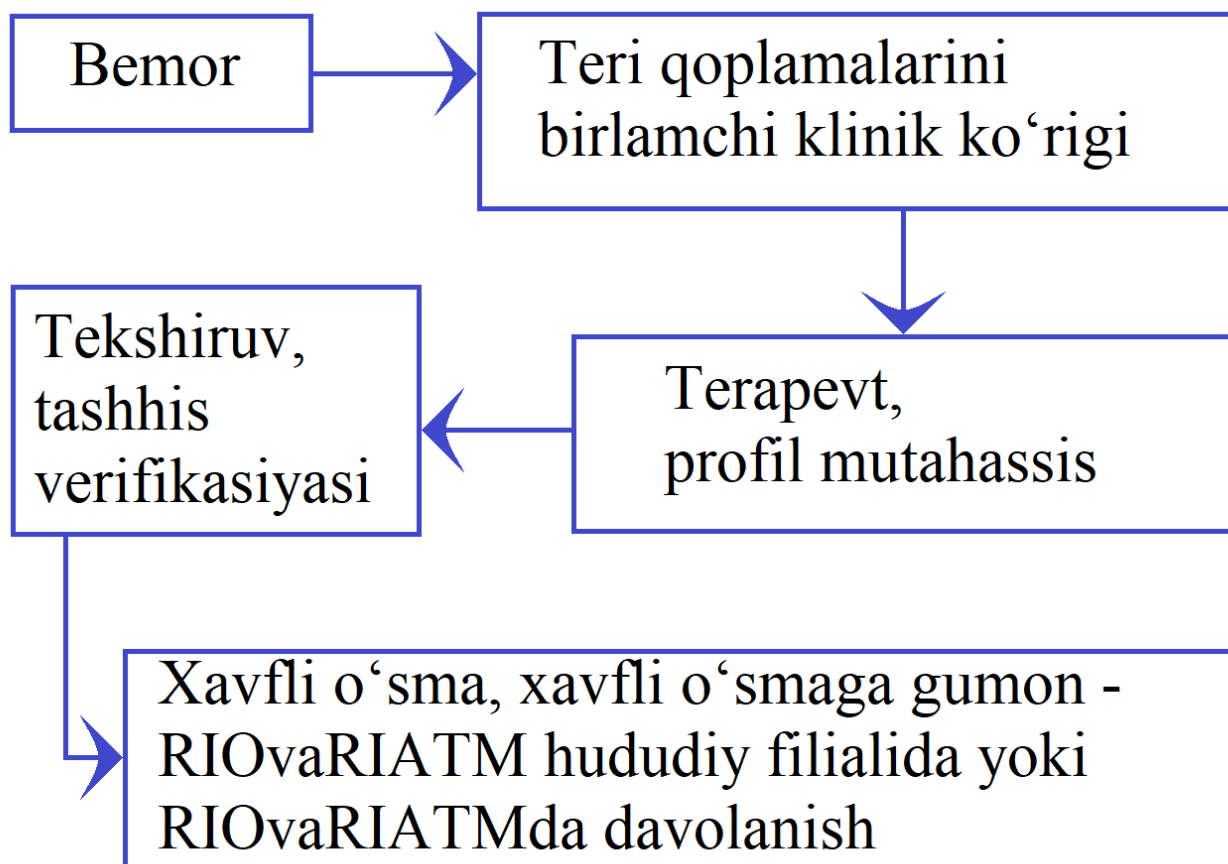
- ✓ Psixologik, ijtimoiy, ma'naviy qo'llab-quvvatlash, psixosomatik tomonidan qo'llab-quvvatlash;
- ✓ O'smaga qarshi davolashning nojo'ya ta'sirini engish uchun;

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

- o'sma o'qog'i va metastazlarni kichraytirish;
- o'sma jarayoni qisman regressiyasi yoki stabilizatsiyasiga erishish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- hayot davomiyligini uzaytirish.

1) Bemorni kuzatish kartasi va marshrutizasiyasi:

2-sxema – Teri saratonida diagnostik algoritm.



2) Palliativ nomedikamentoz davolash (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/nacziionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

Konservativ davolash vaqtida bemor rejimi – umumiy.

Operasiyadan keyingi dastlabki davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operasiya hajmi va hamroh kasalliklarga bog'liq holda).

Keyingi operasiyadan keyingi davrda – palatali rejim.

Dieta:

№15 stol (yoki hamroh kasallikka qarab boshqa parhez).

Xirurgik davolashdan keyin – №15 stol (yoki hamroh kasallikka qarab boshqa parhez).

Palliativ nur terapiya

Palliativ nur terapiyaga ko'rsatmalar:

Metastatik bosh miya shikastlanishlarida palliativ maqsadda nur terapiyasini o'tkazish. Pallativ nur terapiyasi shuningdek, bosh miyaning ko'plab shikastlanishlarida yoki

"simptomatik" suyaklar, yumshoq to'qimalar va limfa tugunlarining zararlanishida ham tayinlanishi mumkin.

Nur terapiya turlari:

- Distansion nur terapiya;
- 3D-konform nurlantirish;
- intensivligi bo'yicha modulirlangan nur terapiya (IMRT).
- tomoapparatlarda tomoterapiya; tomoterapiyada $ROD < 2,5$ Gr bo'lganda kipofraktsiyalashga urg'u beriladi.
- Bosh miyada 3 sm gacha bo'lgan yagona metastaz mavjud bo'lganda stereotaksik nur terapiyasini (SRT) o'tkazish. 3 sm dan katta o'choqlari bo'lgan, bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatsiz bo'limlarida joylashgan, metastatik shikastlanish ta'sirini hisobga olmagan holda kutilgan umr davomiyligi 3 oydan ko'proq bo'lgan bemorlarda ochiq jarrohlik amaliyoti SRTdan ustunlikka ega. Jarrohlik muolajasidan keyin lokal nazoratni yaxshilash maqsadida operatsiya bo'lgan bo'shliqqa qo'shimcha ravishda stereotaksik nur terapiyasi seansini o'tkazish mumkin. Bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatli bo'limlari shikastlangan hollarda afzallik SRTga berilishi mumkin. Bosh miyaning oligometastatik shikastlanishida (har biri 3 sm gacha bo'lgan 3–10 ta o'choq) stereotaksik nur terapiyasi dori-darmon bilan davolash yoki butun bosh miyani nurlantirishga nisbatan afzallikka ega bo'lishi mumkin. Bosh miyaning ko'plab metastazlari yoki uning pardalari zararlanishi holatida nur terapiyasining roli haqidagi ma'lumotlar ziddir. Ushbu muolaja bosh miyada ko'plab metastazlar mavjud bo'lganda nevrologik simptomlarni engillashtirish maqsadida bemorga taklif etilishi mumkin.

Regionar metastazlarni palliativ NTsi.

Ko'rsatmalar bo'lishi mumkin: norezektabel tugunlar, satellitlar, qoldiq o'sma.

Dozali rejimlar. Optimal doza belgilanmagan, lekin potensial to'g'ri dozalar mavjud:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 20 Gr 5 fraksiyada 1 hafta davomida

- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Simptomli ekstrakranial metastazlar uchun palliativ nur terapiyasi.

Rejimni tanlash lokalizasiya yoki klinik simptomlarga bog'liq. Simptomlarni engillashtirish maqsadida yuqori dozalar va/yoki gipofraktsiyalangan rejimlar qo'llanilishi mumkin. Dozaviy rejimlar:

- 24-27 Gr fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Bosh miyaga metastazlarda NT

SRX va SRT miya va orqa miya metastazlari uchun yuqori dozali radiyasiyani aniq mo'ljalga yo'naltirib, atrofidagi to'qimalarga minimal ta'sir ko'rsatish uchun qo'llaniladi:

- Eng katta diametri 20 mm gacha bo'lgan o'choq – 24 Gr gacha
- Eng katta diametri 21-30 mm bo'lgan o'choq – 18 Gr gacha
- Eng katta diametri 31-40 mm bo'lgan o'choq – 15 Gr gacha

Yirik o'choqlar fraksionirlangan SRT bilan davolanishi mumkin:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada
- 25-26 Gr 5 fraksiyada.

Transfuzion qo'llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko'rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko'rinishlar bilan belgilanadi.
- Ko'rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo'lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo'llaniladi.

- Transfuziyalarga ko‘rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog‘liq – keyingi bir necha kun ichida ko‘rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrositar massa/aralashma:

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensasiya mexanizmlari etarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrositlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevasiyasi bilan namoyon bo‘ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo‘lishi, eritrositlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;
- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrositlarni profilaktik quyish uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin bo‘lgan gemoglobin darajasi:

– Yoshi (yosh)	– Hb (g/l) trigger darajasi
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

Trombositlar konsentrati:

- Trombositlar darajasining $10 \times 10^9/l$.dan pasayishi yoki terida gemorragik toshmalarning paydo bo‘lishida (petexiyalar, ko‘karishlar) aferez trombositlar bilan profilaktik transfuziya o‘tkaziladi;
- Isitma bilan, invaziv aralashuv rejalashtirilayotgan bemorlarga yuqoriroq darajada ham ($20 \times 10^9/l$) aferez trombositlar bilan profilaktik transfuziya o‘tkazilishi mumkin;
- Petexial-dog‘li tipdagi gemorragik sindrom (burun, milkdan qon ketish, meno-, metrorragiya, boshqa lokalizasiya qon ketishlari) mavjud bo‘lganda, trombositlar konsentratini quyish davolash maqsadida amalga oshiriladi.

Yangi muzlatilgan plazma:

- YaMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o‘tkazishdan oldin o‘tkaziladi.

- MNO ≥ 2.0 bo'lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YaMP quyish uchun kandidat sifatida ko'riladi. Rejali amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo'lmagan dozada vena ichiga yoki ichishga buyurilishi mumkin.

3). Palliativ medikamentoz davo

O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida xarajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.

3.3 Metastatik va norezektabel teri yassi hujayrali saratoni bemorlarini davolash (III norezktabel va IV bosqichlar)

- Algoritm va bemorlarni boshqarish taktikasi metastatik va rezektabel bo'lmagan YaHTS bilan multidissiplinar konsilium doirasida, jarroh shifokor, onkolog shifokor va radioterapevt shifokor ishtirokida, pasientning umumiy holatini (shu jumladan, ESOG shkalasi bo'yicha baholash) hisobga olgan holda aniqlash **tavsiya qilinadi**. [28].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Pasientlarga metastatik va rezektabel bo'lmagan YaHTSda, agar qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa, programmangan o'lim reseptori (PD-1) va uning ligandlari o'rtasidagi o'zaro ta'sirni bloklovchi monoklonal antitanalar bilan terapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Rejimlar Tablisa 17 da keltirilgan. [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 3)

Izoh: Hozirgi vaqtda PD-1 MKA-blokatorlari sinfiga mansub dori vositasi yaxshi tashkil etilgan tadqiqotda o'rganilgan va yassi hujayrali teri saratoni bo'lgan bemorlarda samaradorlik namoyon etgan [56]. Ro'yxatdan o'tkazilgan dori vositalari (pembrolizumab, nivolumab) bo'yicha ushbu patologiyada samaradorlik to'g'risidagi ma'lumotlar kichik norandomizirlangan tadqiqotlar yoki alohida klinik kuzatuvlardan olingan.

Tablisa 17. Metastatik yoki norezektabel yassi hujayrali teri saratonida o'smaga qarshi dori vositalarini qo'llash rejimlari.

Dori preparatlari	Bir martalik doza	Yuborilish yo'li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	havola
#Nivolumab**	3 mg/kg tana vazniga	v/i tomchilab 30–60 daqiqa	14 kunda 1 marta	Uzoq vaqt [1]	[57]

#Pembrolizumab**	2 mg/kg tana vazniga (lekin 200 mgdan ko'p emas)	v/i tomchilab 30 min	21 kunda 1 marta	Uzoq vaqt1	[58]
------------------	--------------------------------------------------	----------------------	------------------	------------	------

• Bemorlarga, MKA-blokatorlari PD1 bilan monoterapiyaga javob bermagan yoki ularga MKA-blokatorlari PD1 terapiyasini o'tkazish qarshi ko'rsatilgan hollarda, agar qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa, ximioterapiya yoki MKA-blokatorlari EGFR terapiyasini nur terapiyasi bilan birgalikda yoki mustaqil rejimda o'tkazish tavsiya etiladi. [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (30 va 31-jadvallarga qarang)

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

30-jadval. Nur terapiyasi bilan birgalikda qo'llaniladigan ximioterapiya rejimlari (norezektabel mahalliy tarqalgan yassi hujayrali saraton uchun).

Dori preparatlari	Bir martalik (sutkalik) doza	Yuborilish yo'li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	Distansion nur terapiya rejim va dozalari	havola
#Sisplatin**	75 - 100 mg/ m2	v/i tomchilab	1-kuni, har 21 kunda	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[52]
#Sisplatin**	40 mg/m2	v/i tomchilab	har hafta (6 hafta)	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[60]
Karboplatin**	AUC=2	v/i tomchilab	har hafta (6 hafta)	NT kursi yakunlanguncha	70 Gr 7 haftada	[60]
#Setuksimab**	400 mg/m2	v/i tomchilab	Nur terapiyadan 4-5 kun oldin			[61]
#Setuksimab**	250 mg/m2	v/i tomchilab	har hafta	Nur terapiya vaqtida	70 Gr 7 haftada	

31-jadval. Mustaqil rejimda qo'llaniladigan kimyo terapiya rejimlari

Dori preparatlari	Bir martalik doza	Yuborilish yo'li	Yuborishlar orasidagi interval	Rejadagi davo davomiyligi	havola
#Sisplatin**	50 – 60 mg/m2	v/i tomchilab	1-kun, har 21 – 28 kunda	Uzoq vaqt [2]	[61]
#Doksorubisin**	50 mg/m2 1-kun				
#Sisplatin**	75 mg/m2	v/i tomchilab	1-kun, har 21 kunda	uzoq vaqt1	
#Doksorubisin**	50 mg/m2 1-kun				
#Karboplatin**	AUC = 2	v/i tomchilab	har hafta	6 hafta	[62]
#Paklitaksel**	80 mg/m2				
#Sisplatin**	60 mg/m2	v/i tomchilab	1-kun har 21 – 28 kunda	uzoq vaqt1	[63]
#Kapesitabin**	1000 mg/m2 sutkada 2 qabul				
#Sisplatin**	75-100 mg/m2	v/i tomchilab	1-kun, har 21 kunda	uzoq vaqt1	[59]

Ftorurasil**	1000 mg/m ²	uzluksiz infuziya	1-dan 5-kungacha, har 21 kunda		
#Setuksimab**	birinchi doza 400 mg/ m ² , so'ngra 250 mg/m ²	v/i tomchilab	har hafta	Uzoq vaqt1	[64]
#Panitumumab**	6 mg/kg tana vazniga	v/i tomchilab	har 14 kunda	terapiyaning 9 kursidan ko'p emas	[59]

• O'smaga qarshi dori-darmonli davolashni o'tkazishda, preparat dozasi tana yuzasi yoki vazniga qarab hisoblashda, haqiqiy dozani hisoblangan dozaning 5 % ichida yumaloqlash tavsiya etiladi. [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

32-jadval. Asosiy dori vositalari ro'yxati (100 % qo'llash ehtimoliga ega bo'lgan):

Farmako-terapevtik guruh	Dori vositasi HPN	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Alkillovchi agentlar – platina birikmalari kompleksi	Sisplatin	25 mg/m ² 1-5 kunlar, 75-100 mg/m ² 1-kun, v/i	A
	Karboplatin	AUC=2, v/i, toch. har hafta (6 hafta)	A
O'simlik va tabiiy kelib chiqishli preparatlar.	Paklitaksel	80 mg/m ² , v/i tomch., har hafta	A
	Dosetaksel	50 mg/m ² , v/i, tomch. 1 kun	A
Antimetabolitlar – antifolatlar	Metotreksat	15 mg/m ² v/i 1, 8, 15-chi kunlar, v/i	A
Boshqa o'smaga qarshi antibiotiklar	Bleomisin	15mg v/i 1,3,5,8,10,12-chi kunlar	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	Etopozid	100mg/m ² 1-3 kunlar	A
Hedgehog signal yo'li ingibitori	Vismodegib (tolko pri bazalno-kletochnom rake)	Ichishga, 150 mg sutkada 1 marta	B
Monoklonal antitana	Nivolumab	3 mg/kg tana vazniga, v/i tomch. 30–60 daqiqa, 14 kunda 1 marta	C

	Pembrolizumab	2 mg/kg tana vazniga (lekin 200 mgdan ko‘p emas), v/i tomch. 30 daq., 21 kunda 1 marta	C
	Setuksimab	400 mg/m ² , v/i, tomch., Nur terapiyadan 4-5 kun oldin	C
	Panitumumab	6 mg/kg tana vazniga, v/i tomch., har 14 kunda	C
Antrasiklin antibiotigi	Doksorubisin	50 mg/m ² 1-kun, v/i tomch., 1-kun, har 21 kunda	C
Antimetabolit, pirimidinlar antagonisti	Kapesitabin	1000 mg/m ² sutkada 2 qabul, ichishga, kuniga 2 mahal 1-dan 14-kungacha, har 21 – 28 kunda	C
	Ftorurasil	1000 mg/m ² , uzluksiz, 1-dan 5-kungacha, har 21 kunda	C
Yuklash (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198 https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf		

33-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilishi 100 foizdan kam ehtimolga ega):

Farmako-terapevtik guruh	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
Immunomodulyator, immun javob modifikatori	Imiximod	5% krem, 1max/sut, 7kun/hafta * 6 hafta, mahalliy	C
Antibakterial vositalar	Ofloksasin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichga	A
	Levofloksasin	Vena ichiga Ichga	-
	Siprofloksasin	Vena ichiga Ichga	C
	Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichga	A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichga	B
	Itrakonazol	Ichga	B

	Flukonazol	Vena ichiga Ichga	C
	Pozakonazol	Ichga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Asiklovir	Vena ichiga Ichga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo'llash	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichga	
	Amlodipin	Ichga	B
	Drotaverin	Vena ichiga Ichga	
	Kaptopril	Ichga	B
	Lizinopril	Ichga	B
	Laktuloza	Ichga	B
	Spironolakton	Ichga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramisin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichga	-
	Folievaya kislota	Ichga	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichga	-
Xlorgeksidin	Tashqi	-	
Yuklash (havola)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6. Palliativ jarrohlik davosi.

Teri saratonida palliativ jarrohlik amaliyotlari o'smadan biopsiya olish uchun bir qismni kesib olish, yoki o'smani keng kesib olish mumkin. Ayniqsa bunday amaliyot asosiy o'sma asoratlangan bo'lsa (qonash, emirilish, yiringlash va boshq.). Teri saratoni qo'l va oyoq barmoqlarida joylashib, biriktiruvchi va suyak to'qimasiga o'sib kirgan hollarda, barmoq amputasiyasi yoki ekzartikulyasiyasi amalga oshirilishi mumkin. Quloq supراسi terisida, uning yuqori yoki markaziy qismlarida joylashgan o'smalarda quloq supراسini amputasiya qilish o'tkaziladi. Profilaktik limfodisseksiya o'tkazilmaydi. Agar o'sma

limfa tugunlarga metastaz bergan bo'lsa, biopsiya uchun limfadenektomiya amaliyoti ham bajarilishi mumkin.

7. Keyingi davolash:

Voyaga etgan bemorlar, agar teri saratoni uchun kimyo-nur terapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, shifokor-onkolog kuzatuv va analgetik (agar kerak bo'lsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

UQT, qon biokimyoviy tahlili agar kerak bo'lsa yoki ichki organlarning disfunktsiyasi belgilari mavjud bo'lsa o'tkaziladi.

Teri saratonining rentgenkontrast tekshiruv, periferik limfa tugunlari, qorin bo'shlig'i, kichik chanoq a'zolari UTTsi, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, kichik chanoqni kontrastli KTsi klinik ko'rsatmalarga ko'ra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan so'ng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/residiviga gumon bo'lsa bajariladi.

Davolangan bemorlarni dinamik kuzatuv:

- Davolash tugatilgandan keyin birinchi yil – har 3 oyda bir marta tekshiruv
- Ikkinchi yil – har 6 oyda bir marta tekshiruv
- Uchinchi yildan boshlab – har yili bir marta, 3 yil davomida

Tekshiruv usullari:

1. Anamnez, lokal ko'rik va jismoniy tekshiruv.
2. Periferik limfa tugunlari, qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolarining UTT:
 - 1-2 yilda – har 3 oyda bir marta,
 - 3-yilda – har 6 oyda bir marta,
 - 4-yildan boshlab – yiliga bir marta.
3. Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi:
 - 1-2 yilda – har 3 oyda bir marta,
 - 3-yilda – har 6 oyda bir marta,
 - 4-yildan boshlab – yiliga bir marta.

Kuzatuvning asosiy vazifasi – kasallikning avj olishi va residivlarni erta aniqlash, rezektabel metastatik o'choqlar va residiv o'smalarni barvaqt jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki ximioterapiyani o'z vaqtida boshlash, shuningdek, metaxron o'smalarni aniqlashdan iborat.

8. Palliativ davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

- O‘smi va metastazlarning regressiyasi bo‘yicha ob'ektiv belgilari
- UZI natijalarida metastazlar va qaytalanish yo‘qligi
- KT natijalarida uzoq metastazlar yo‘qligi
- Qon, peshob va bioximik ko‘rsatkichlarning qoniqarli holati
- Jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi
- Bemorning nisbatan qoniqarli umumiy holati

Davo samaradorligi mezonlari:

- **To‘liq samara** – barcha shikastlangan o‘choqlarning yo‘qolishi, kamida 4 hafta davomida.
- **Qisman samara** – barcha yoki ayrim o‘smalar hajmining 50% yoki undan ko‘proq kamayishi, boshqa o‘choqlarda progressiya kuzatilmagan holda.
- **Stabilizasiya** – o‘smalar 50% dan kamaymagan yoki 25% dan oshmagan holda o‘smagan, yangi o‘choqlar yo‘q.
- **Progressiya** – bir yoki bir necha o‘smalarning 25% dan ortiq kattalashishi yoki yangi o‘choqlar paydo bo‘lishi.

Bemorlar uchun informasiya

Melanoma va boshqa teri o‘smalarining rivojlanishida asosiy xavf omillari: Asosiy xavf omili — ultrabinafsha shikastlanishi, bu tabiiy sabablar (quyosh yonishi) yoki sun'iy omillar (maxsus mehnat sharoitlari yoki solyariylarga tashrif) natijasida yuzaga keladi.

Teri turlari ultrabinafsha nurlanishining bir xil dozasiga turlicha javob beradi. Ayrim insonlarda (och teriga ega, I fototip deb ataladigan guruh) hatto minimal ultrabinafsha ta'siri ham doimo quyosh yonishini (boshlang'ich bosqich — teri qizarishi) keltirib chiqaradi. Boshqa kishilarda esa (sumbul yoki to‘q teriga ega shaxslar) quyosh nurlarining zararli ta'siri minimal bo‘ladi.

Rossiya aholisining katta qismi I yoki II fototip (ya'ni "och teri") guruhiga kiradi, shu sababli ular quyosh yonishlariga juda sezgir.

Quyosh yonishining oldini olish va melanomaning birlamchi profilaktikasi:

Quyosh yonishining oldini olish birlamchi profilaktikaning asosiy omili hisoblanadi. Bolalik va o‘smirlik davridagi quyosh yonishlari, ayniqsa, nemelanoma teri o‘smalari rivojlanish xavfini oshirishda jiddiy ahamiyatga ega.

Umumiy tavsiyalar quyidagi sodda qoidalarga asoslanadi:

- Plyajda faqat soat 11:00 gacha va 16:00 dan keyin bo‘lish tavsiya etiladi.
- Keng spektrli quyoshdan himoyalovchi kremlar (A va B turdagi ultrabinafsha ta'sirining oldini oluvchi) ishlatish zarur. Kremning himoya darajasi (SPF – Sun Protecting Factor) teri fototipiga mos tanlanishi kerak. Och teriga ega shaxslar uchun yuqori SPF talab etiladi. I va II fototiplar uchun SPF 30 va undan yuqori kremlar tavsiya etiladi.
- Quyoshdan himoyalovchi ko‘zoynak va bosh kiyim taqish tavsiya etiladi.
- Bolalar uchun qo‘shimcha ravishda UF-zashitaga ega maxsus kiyimlar tavsiya etiladi.

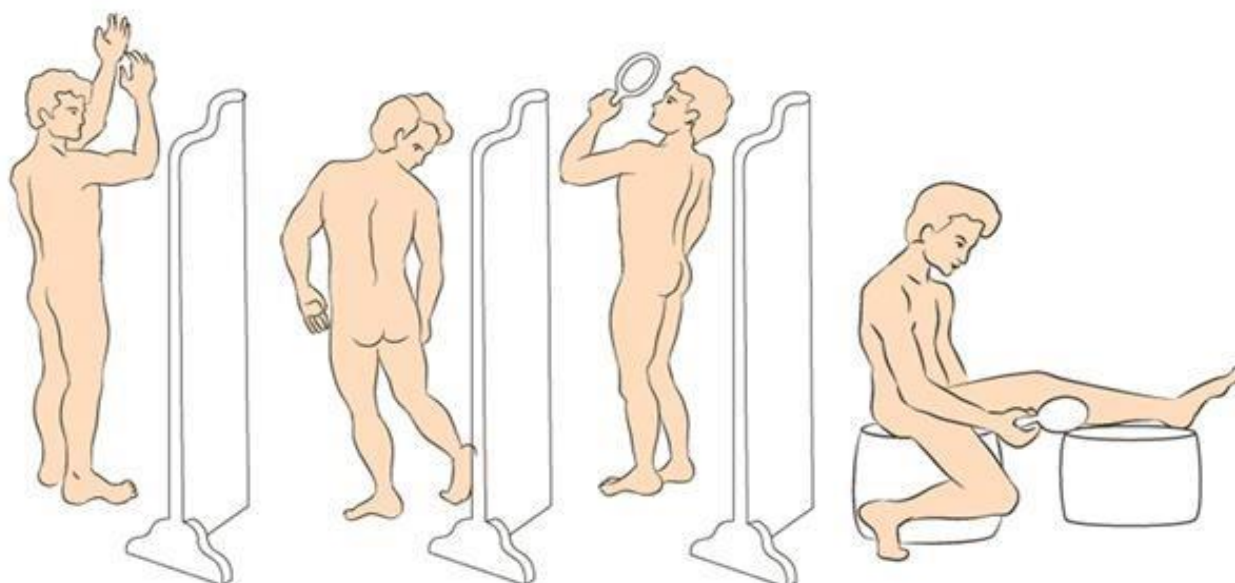
Teri ko‘rigi

Teri o‘smalarini barvaqt aniqlash uchun o‘z-o‘zini tekshirish tavsiyalari

- Muntazam ravishda (har 3–6 oyda bir martadan kam bo‘lmagan holda) o‘zingiz teri yuzasini to‘liq tekshirish tavsiya etiladi, buning uchun ham "panoramali", ham qo‘l oynalaridan foydalanish mumkin. Tekshirish algoritmi 1-rasmda sxemali tarzda keltirilgan.
- Tekshirishda alohida e'tibor berish lozim:

- 4-5 mm va undan katta o'ldhamli pigmentli dog'lar
- Shakli yoki rang asimmetriyasi
- Noadekvat, "to'ldqinsimon" chegaralar
- Rangining noxolisligi (turli tusdagi qahvarang soyalar)
- Agar pigmentli dog'larda ushbu belgilardan 2 tasi yoki ko'prog'i mavjud bo'lsa, dermatolog yoki onkologga murojaat qilish kerak. Bu albatta, o'sma yovvoyi (xavfli) ekanini anglatmaydi, ammo uning holatini baholashni shifokorga topshirish zarur.
- Shakli o'zgarayotgan teri hosilalariga alohida e'tibor berish kerak:
 - Pigmentli dog'ning kengayishi
 - "Mo'g'illoq" (xol) qavatining qalinlashishi
 - Holning ma'lum qismi rangsizlashib, yo'qolib borishi
 - Bunday o'zgarishlar mavjud bo'lsa, teri o'smalari erta tashxisi bo'yicha mutaxassis shifokorga murojaat qilish zarur.
- Boshqa teri hosilalariga ham e'tibor berish kerak:
 - Uzoq muddat davomida saqlanib kelayotgan qizg'ish dog'lar
 - Zich tugunchalar, yaralar
 - Teridagi yangi hosilalar, qon ketishi yoki oqish kuzatiladigan yuza hosilalari
 - Bunday hollarda ham mutaxassis shifokorga murojaat qilish zarur.

1-rasm. Terini ko'rish algoritmi (https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf)



Nomelanoma teri o'smalaridagi ma'lum prognostik omillar, qayd etilishi tavsiya etilgan, 34-jadval va 35-jadvalda keltirilgan.

34-jadval. Nomelanoma teri o'smalaridagi prognostik omillar (TNM 8-tahrir tasnifi bo'yicha [47]).

Omillar toifasi	Prognostik omillar		
	O'sma bilan assosiirlangan	Bemor bilan assosiirlangan	Atrof muhit bilan assosiirlangan
Baholash uchun zarur	<ul style="list-style-type: none"> • TNM • O'smaning morfologik turi • Lokalizatsiyasi • Qalinligi (mm da) • Perinevral invaziya (klinik baholangan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Immunosupressiya • Kasallik residivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezeksiya chetlari • Avval o'tkazilgan nur terapiya
Qo'shimcha	<ul style="list-style-type: none"> • O'sma chetlari • Differensirovka darajasi • O'sish tezligi • Limfovaskulyar invaziya • Perinevral invaziya (instrumental baholangan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Genetik omillar (albinizm, pigment kseroderma) • Yoshi • Surunkali yallig'lanish • Chandiqlar • Kuyishlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Chekish (yassi hujayrali saraton uchun)
Yangi va istiqbolli	<ul style="list-style-type: none"> • BSLU bo'yicha mikrometastazlar • Molekulyar-genetik testlar 		<ul style="list-style-type: none"> • Virus etiologiyali • Yuqori konform NT • Ximionur terapiya • Target terapiya • O'sma ichi terapiyasi

35-jadval. Qovoq va qovoq burchagi nomelanoma teri o'smalaridagi prognostik omillar (TNM 8-tahrir tasnifi bo'yicha).

Omillar toifasi	Prognostik omillar		
	O'sma bilan assosiirlangan	Bemor bilan assosiirlangan	O'sma bilan assosiirlangan
Baholash uchun zarur	<ul style="list-style-type: none"> • TNM • Lokalizatsiya (eng yomon prognoz orbita yoki sinuslar zararlanganda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Immunosupressiya • Quloq oldi yoki bo'yin limfa tugunlarida metastazlarning mavjudligi • Tashhishlash vaqtida tizimli metastatik kasallik 	

Qo‘shimcha	<ul style="list-style-type: none"> • BHTS va YaHTSga qaraganda yog‘ bezlaridan chiqqan o‘smalar yomon prognozga ega 		
Yangi va istiqbolli	<ul style="list-style-type: none"> • Lokal nazorat tizimli residivga nisbatan yaxshi prognozga ega 		

G mezoni o‘smanning differensiyalashuv darajasini tavsiflaydi:

GX – differensiyalashuv darajasini aniqlab bo‘lmaydi;

G1 – yuqori darajada differensiyalashgan o‘sma;

G2 – o‘rtacha darajada differensiyalashgan o‘sma;

G3 – past darajada differensiyalashgan o‘sma;

G4 – differensiyalashmagan o‘sma.

Karnovskiy indeksi/ ECOG-JSST bo'yicha bemor ahvoli og'irligini baholash shkalasi

Original nomlanishi: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health A'zoization Performance Status (ECOG/WHO PS)

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982, 5(6):649-655

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi:

Ball	Batavsil
0	Bemor to'liq faol, hamma narsani bemorligidan avvalgidek bajara oladi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 90-100%)
1	Bemor og'ir ishlarni bajara olmaydi, ammo engil, o'ririb qilinuvchi ishlarni bajara oladi (masalan, engil uy va kansellyariy ishlarini, Karnovskiy shkalasi bo'yicha 70-80 %)
2	Bemor ambulator davolanadi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata oladi, lekin ishlay olmaydi. 50% dan ortiq vaqtini tik oyoqda, vertikal holatda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50-60 %)
3	Bemor faqatgina chegaralangan o'z-o'ziga xizmat qila oladi, uyg'oq vaqtining 50% dan ortig'ini kresloda yoki yotiqda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 30-40 %)
4	Nogiron, o'z-o'ziga xizmat qilishga umuman layoqatsiz, kreslo yoki yotoqqa butunlay mixlanib qolgan (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 10-20 %)

Karnovskiy shkalasi

Original nomlanishi (agar bo'lsa): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

Tip: baholash shkalasi.

Buyurilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

90— Me'yoriy faoliyat yuritadi, kasallikning sezilarsiz simptom va belgilari mavjud.

80— Zo'riqish bilan normal faoliyat, kasallikning biroz simptom va belgilari mavjud.

70— O'ziga mustaqil xizmat qiladi, lekin normal faoliyatga yoki faol mehnatga layoqatsiz.

60— Ba'zan u yordamga muhtoj, lekin u ehtiyojlarining ko'p qismini o'zi qondira oladi.

50— Kuchli yordam va tibbiy xizmat ko'rsatishgaa muhtoj.

40— Nogiron, maxsus yordamga, shu jumladan tibbiy yordamga muhtoj.

30— Og'ir nogironlik, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi, garchi o'lim kutilmayotgan bo'lsa ham.

20 — Og'ir bemor. Faol davolanish va kasalxonaga yotqizishga muhtoj.

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

10. Qo'llanilgan adabiyotlar ro'yhati

1. Онкодерматология И.А. Ламоткин Москва 2017г
2. Дерматоонкология под редакцией Г.А. Галил-Олгы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев, Москва 2005г, стр 322
3. Фрадкин С.З. Залуцкий И.В. Меланома кожи: Практическое руководство для врачей. – Минск, Беларусь, 2000. – 221с.
4. Клинические рекомендации ESMO 2014
5. Клинические рекомендации ASCO 2014
6. Онкология. Клинические рекомендации. 2-е исправленное издание. Под редакцией В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьялова. Москва. 2009.
7. "Медицинский справочник" (Alexander D. Belyaev) 2008г.
8. В.И.Чиссов, С.Л.Дарьялова «Онкология. 2-е издание, исправленное и дополненное»
9. Клиническая онкология том 2. Под редакцией Абисатова Х.А. Алматы 2007г.
10. TNM classification of malignant tumours - 8TH EDITION 2018
11. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И.переводчиковой, В.А.Горбуновой. Москва. 2015г.
12. Navari RM, Reinhardt RR, Gralla RJ, et al. Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist. *New Engl J Med.* 1999;340 (3):190-195.
13. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Ann Oncol.* 1996;7 (2):189-195.
14. Osaba D, Zee B, Warr D, Kaizer L, Latreille J, Pater J. Quality of life studies in chemotherapy-induced emesis. *Oncology.* 1996;53 (suppl 1):92-95.
15. Morrow GR, Roscoe JA, Kirshner JJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ. Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT₃ antiemetics. *Support Care Cancer.* 1998;6:244-247.
16. Bilgrami S, Fallon BG. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Postgrad Med.* 1993;94 (5):55-58, 62-64.
17. Адаптировано из 1 - Berger AM, Clark-Snow RA. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:2515–2523; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998;9:811–819.

18. 7. J.D. Hainsworth “Nausea and vomiting”, *Abeloff’s Clinical Oncology* (Fifth Edition), 2014, 626-634
19. Roila F et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Clinical practice guidelines. Annals of Oncology* 27: B 119-133, 2016.
20. Antiemetic guidelines: MASCC/ESMO 2016
http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc_antiemetic_guidelines_english_2016_v.1.2.pdf
21. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2017 – March 2018, 2017
22. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf
23. P. Hesketh, M. G. Kris, et al. “Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update”. *Journal of Clinical Oncology*. Volume 35 (28), October 1, 2017 <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2017.74.4789>
- 24 Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017 Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2017: 43.
25. Castro LG, Messina MC, Loureiro W, Macarengo RS, Duprat Neto JP, Di Giacomo TH, Bittencourt FV, Bakos RM, Serpa SS, Stolf HO et al: Guidelines of the Brazilian Dermatology Society for diagnosis, treatment and follow up of primary cutaneous melanoma--Part I. *An Bras Dermatol* 2015, 90 (6):851-861
26. Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017. Basal Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2016.
27. Coit DG, Thompson JA, Albertini M, Algazi A, Andtbacka R, Bichakjian C, Carson WE, 3rd, Daniels GA, DiMaio D, Fields RC et al: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Melanoma. Version 1.2017 In.: National Comprehensive Cancer Network, Inc; 2016: 161.
28. Shmults CD, Blitzblau R, Aasi SA, Alam M, Andersen JS, Bordeaux J, Bowen GM, Carson W, Chen P-L, Contreras CM et al: NCCN Guidelienes Version 1.2020. Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2019.
29. Brinkman JN, Hajder E, van der Holt B, Den Bakker MA, Hovius SE, Mureau MA: The Effect of Differentiation Grade of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma on Excision Margins, Local Recurrence, Metastasis, and Patient Survival: A Retrospective Follow-Up Study. *Ann Plast Surg* 2015, 75(3):323-326.

30. Khan AA, Potter M, Cubitt JJ, Khoda BJ, Smith J, Wright EH, Scerri G, Crick A, Cassell OC, Budny PG: Guidelines for the excision of cutaneous squamous cell cancers in the United Kingdom: the best cut is the deepest. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013, 66(4):467-471.
31. Bath-Hextall FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J: Interventions for cutaneous Bowen's disease. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013(6):CD007281.
32. Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J: Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and po
33. Veness MJ, Delishaj D, Barnes EA, Bezugly A, Rembielak A: Current Role of Radiotherapy in Non-melanoma Skin Cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2019, 31(11):749-758. oled analysis of observational studies. *BMJ* 2013, 347:f6153.
34. Overmark M, Koskenmies S, Pitkanen S: A Retrospective Study of Treatment of Squamous Cell Carcinoma In situ. *Acta Derm Venereol* 2016, 96(1):64-67.
35. Clark C, Bryden A, Dawe R, Moseley H, Ferguson J, Ibbotson SH: Topical 5-aminolaevulinic acid photodynamic therapy for cutaneous lesions: outcome and
36. Церковский ДА, Мазуренко АН, Петровская НА, Артемьева ТП: Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотолон. *Biomedical Photonics* 2017, 6(1):12-19.
37. Love WE, Bernhard JD, Bordeaux JS: Topical imiquimod or fluorouracil therapy for basal and squamous cell carcinoma: a systematic review. *Arch Dermatol* 2009, 145(12):1431-1438.
38. Rosen T, Harting M, Gibson M: Treatment of Bowen's disease with topical 5% imiquimod cream: retrospective study. *Dermatol Surg* 2007, 33(4):427-431; discussion 431-422.
39. Peris K, Micantonio T, Fagnoli MC, Lozzi GP, Chimenti S: Imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease and invasive squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2006, 55(2):324-327.
40. Maruyama H, Tanaka R, Fujisawa Y, Nakamura Y, Ito S, Fujimoto M: Availability of sentinel lymph node biopsy for cutaneous squamous cell carcinoma. *J Dermatol* 2017, 44(4):431-437.
41. Hauschild A, Breuninger H, Kaufmann R, Kortmann RD, Klein M, Werner J, Reifemberger J, Dirschka T, Garbe C: Brief S2k guidelines--Basal cell carcinoma of the skin. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013, 11 Suppl 3:10-15, 11-16.

42. Tsao MN, Tsang RW, Liu FF, Panzarella T, Rotstein L: Radiotherapy management for squamous cell carcinoma of the nasal skin: the Princess Margaret Hospital experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002, 52(4):973-979.
43. Dundar Y, Cannon RB, Hunt JP, Monroe M, Suneja G, Hitchcock YJ: Radiotherapy regimens in patients with nonmelanoma head and neck skin cancers. *Int J Dermatol* 2018, 57(4):441-448.
44. Jambusaria-Pahlajani A, Miller CJ, Quon H, Smith N, Klein RQ, Schmults CD: Surgical monotherapy versus surgery plus adjuvant radiotherapy in high-risk cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of outcomes. *Dermatol Surg* 2009, 35(4):574-585.
45. Veness MJ, Morgan GJ, Palme CE, Gebiski V: Surgery and adjuvant radiotherapy in patients with cutaneous head and neck squamous cell carcinoma metastatic to lymph nodes: combined treatment should be considered best practice. *Laryngoscope* 2005, 115(5):870-875.
46. Wray J, Amdur RJ, Morris CG, Werning J, Mendenhall WM: Efficacy of elective nodal irradiation in skin squamous cell carcinoma of the face, ears, and scalp. *Radiat Oncol* 2015, 10:199.
47. Тимофеев ЛВ, Саакян СВ, Волошин СВ, Архипов АЮ: Аппликаторы для офтальмоонкологии. Стронций-90 + Иттрий-90. Москва; 2019.
48. Chopdar A: Carbon-dioxide laser treatment of eye lid lesions. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1985, 104 (Pt 2):176-180.
49. Важенина ДА, Васильев СА, Дудник СН: Рецидивирующий базальноклеточный рак кожи век (особенности клинического течения, лечения). *Российский медицинский журнал* 2016, 11:36-43.
50. Lescuona K, Stannard C, Hart G, Rice J, Cook C, Wetter J, Duffield M: The treatment of carcinoma in situ and squamous cell carcinoma of the conjunctiva with fractionated strontium-90 radiation in a population with a high prevalence of HIV. *Br J Ophthalmol* 2015, 99(9):1158-1161.
51. Hinerman RW, Indelicato DJ, Amdur RJ, Morris CG, Werning JW, Vaysberg M, Kirwan J, Mendenhall WM: Cutaneous squamous cell carcinoma metastatic to parotid-area lymph nodes. *Laryngoscope* 2008, 118(11):1989-1996.
52. Apisarnthanarax S, Dhruva N, Ardeshirpour F, Tepper JE, Shores CG, Rosenman JG, Shockley WW, Hayward MC, Hayes DN: Concomitant radiotherapy and chemotherapy for high-risk nonmelanoma skin carcinomas of the head and neck. *Int J Surg Oncol* 2011, 2011:464829.

53. Kwan W, Wilson D, Moravan V: Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004, 60(2):406-411.
54. Balamucki CJ, Mancuso AA, Amdur RJ, Kirwan JM, Morris CG, Flowers FP, Stoer CB, Cognetta AB, Mendenhall WM: Skin carcinoma of the head and neck with perineural invasion. *Am J Otolaryngol* 2012, 33(4):447-454.
55. Choi FD, Kraus CN, Elsensohn AN, Carley SK, Lehmer LM, Nguyen RT, Linden KG, Shiu J: Programmed cell death 1 protein and programmed death-ligand 1 inhibitors in the treatment of nonmelanoma skin cancer: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2019.
56. Markham A, Duggan S: Cemiplimab: First Global Approval. *Drugs* 2018, 78(17):1841-1846.
57. Ferris RL, Blumenschein G, Jr., Fayette J, Guigay J, Colevas AD, Licitra L, Harrington KJ, Kasper S, Vokes EE, Even C et al: Nivolumab vs investigator's choice in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 2-year long-term survival update of CheckMate 141 with analyses by tumor PD-L1 expression. *Oral Oncol* 2018, 81:45-51.
58. Maubec E, Helfen S, Scheer-Senyarich I, Boubaya M, Schischmanoff O, Alloux C, Deschamps L, Petrow P, Lopez I, Tibi A et al: CARSKIN: Pembrolizumab as first line therapy in patients with unresectable cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2017, 35(15_suppl):TPS9596-TPS9596.
59. Foote MC, McGrath M, Guminski A, Hughes BG, Meakin J, Thomson D, Zarate D, Simpson F, Porceddu SV: Phase II study of single-agent panitumumab in patients with incurable cutaneous squamous cell carcinoma. *Ann Oncol* 2014, 25(10):2047-2052.
60. Nottage MK, Lin C, Hughes BG, Kenny L, Smith DD, Houston K, Francesconi A: Prospective study of definitive chemoradiation in locally or regionally advanced squamous cell carcinoma of the skin. *Head Neck* 2017, 39(4):679-683.
61. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Cohen RB, Jones CU, Sur RK, Raben D, Baselga J, Spencer SA, Zhu J et al: Radiotherapy plus cetuximab for locoregionally advanced head and neck cancer: 5-year survival data from a phase 3 randomised trial, and relation between cetuximab-induced rash and survival. *The Lancet Oncology* 2010, 11(1):21-28.
62. Petre A, Dalban C, Karabajakian A, Neidhardt EM, Roux PE, Poupart M, Deneuve S, Zrounba P, Fayette J: Carboplatin in combination with weekly Paclitaxel as first-line therapy in patients with recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma unfit to EXTREME schedule. *Oncotarget* 2018, 9(31):22038-22046.

63. Muzaffar J, Khushalani NI, Russell JS, Parameswaran J, Kirtane K, Iglesia JDL, Slebos R, Chung CH: A phase II study of capecitabine (Cape) or 5-fluorouracil (5-FU) with pegylated interferon alpha-2b (Peg-IFNA-2b) in unresectable/metastatic cutaneous squamous cell carcinoma (CSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2019, 37(15_suppl):e21020-e21020.

64. Maubec E, Petrow P, Scheer-Senyarich I, Duvillard P, Lacroix L, Gelly J, Certain A, Duval X, Crickx B, Buffard B et al: Phase II study of cetuximab as first-line single-drug therapy in patients with unresectable squamous cell carcinoma of the skin. *J Clin Oncol* 2011, 29(25):3419-3426.

65. Gurney H: How to calculate the dose of chemotherapy. *Br J Cancer* 2002, 86(8):1297- 1302.

66. Sample A, He YY: Mechanisms and prevention of UV-induced melanoma. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2018, 34(1):13-24.

67. Badertscher N, Meier M, Rosemann T, Braun R, Cozzio A, Tag B, Wensing M, Tandjung R: The role of skin self-examination at the Swiss skin cancer day. *BMC Health Serv Res* 2014, 14:581.

68. Flohil SC, van der Leest RJ, Arends LR, de Vries E, Nijsten T: Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior keratinocyte carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2013, 49(10):2365-2375.

69. Aryasit O, Preechawai P, Hajeewaming N: Clinicopathologic Characteristics and Predictors Affecting Survival Outcome of Eyelid Malignancy. *J Craniofac Surg* 2019, 30(5):1516-1519.

70. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А. М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

71. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Профилактика](#) / [Лисицын Ю. П.](#), [Трофимов В. В.](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

72. ↑ [Профилактика \(в медицине\)](#) // [Большая советская энциклопедия](#). — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — ([Большая советская энциклопедия](#) : [в 30 т.] / гл. ред. [А. М. Прохоров](#) ; 1969—1978).

73. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Профилактика](#) : [[арх.](#) 19 октября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#). — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.

74. ↑ [Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Wayback Machine](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова](#)» Минздрава России, научная статья, DOI:

10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320

75. ↑ [Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды](#) [Архивная копия](#) от 13 ноября 2018 на [Wayback Machine](#) // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года

76. ↑ [Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

77. ↑ [Статистика санитарная](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

78. ↑ [Социальная гигиена](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

79. ↑ [А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему»](#) // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. [Архивировано](#) 28 октября 2021 года.

80. ↑ [Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной](#) // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко

81. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А.М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

82. ↑ [Реабилитация в медицине](#) / Турович Е. А., Скобля Е. С. // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.

83. ↑ [Реабилитация](#) [Архивная копия](#) от 12 мая 2022 на [Wayback Machine](#) // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте [ВОЗ](#).

84. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [арх. 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017. ([Реабилитация больных и инвалидов](#) // Пустырник — Румчерод. — М. : Большая российская энциклопедия, 2015. — С. 277-278. — ([Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#) ; 2004—2017, т. 28). — [ISBN 978-5-85270-365-1](#).)

85. ↑ Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)

86. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005

87. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. [ISBN 978-5-91327-352-9](#). ([Текст в электронном виде](#) [Архивная копия](#) от 26 января 2021 на [Wayback Machine](#) на сайте *monographies.ru*)

88. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) Katz. D., Ater. A. "[«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»](#)" (PDF). [Архивировано](#) (PDF) 27 августа 2010. Дата обращения: 20 июля 2020.

89. Oren R, Zagury AI, Katzir O, Kollender Y, Meller I: Musculoskeletal Cancer Surgery. In., edn. Edited by Malawer. Dordrecht: Springer; 2013: 583-593.

90. Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.

91. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T, Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017, 24(4):e290-e315.

92. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W, Evidence for Massage Therapy Working G: The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016, 17(8):1553-1568.

93. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J: A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *PM R* 2017, 9(9S2):S347- S384.

94. Hu M, Lin W: Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. *Acta Haematol* 2012, 127(3):156-164.

95. Lee JM, Look RM, Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans L, Kirchner S, Dashkoff C et al: Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Oncology* 2012, 30(15_suppl):9019-9019.

96. Rick O, von Hehn U, Mikus E, Dertinger H, Geiger G: Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. *Bioelectromagnetics* 2017, 38(2):85-94.

97. Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L: Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9(9):e107418.

98. Westphal JG, Schulze PC: Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018, 10(Suppl 35):S4391-S4399.

99. Ross M, Fischer-Carlidge E: Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017, 21(2):226-233.

100. Rief H, Omlor G, Akbar M, Welzel T, Bruckner T, Rieken S, Haefner MF, Schlamp I, Gioules A, Habermehl D et al: Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. *BMC Cancer* 2014, 14:67.

101. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L: The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology* 2003, 12(5):453-462.

102. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986, 50(3):571-579.

103. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D: A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47(8):720-725.

104. McLoone J, Menzies S, Meiser B, Mann GJ, Kasparian NA: Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psychooncology* 2013, 22(7):1444- 1456.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.