

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазири
2025 йил "23" июндаги
№180 сон буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИLMИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

**Республика ихтисослаштирилган
Онкология ва радиология илмий-
амалий тиббиёт маркази директори**

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

"ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	50
«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	69
«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	94

**"ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С47.0-9; С48.0-8; С49-С49.9 юмшоқ тўқима саркомалари бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ юмшоқ тўқима саркомаларини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Юмшоқ тўқима саркомалари нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар) и:**

ХКТ-10	
Коди	Номланиши
С 47.0	– Бош, юз ва бўйин периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси.
С 47.1	– Қўлларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.2	– Оёқларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.3	– Кўкракнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.4	– Қориннинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.5	– Кичик чаноқ периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.6	– Тананинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.8	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг комбинирланган хавфли ўсмаси
С 47.9	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси, ҚАС (БДУ)
С 48.0	– қорин парда орти
С 48.1	– Қорин парданинг алоҳида қисмлари
С 48.2	– Қорин парда, ҚАС (БДУ)

C 48.8	– Қорин парда ортининг комбинирланган зарарланиши
C 49	– Бошқа турдаги бириктирувчи ва юмшоқ тўқималарнинг хавфли ўсмаси.
C 49.0	– Бош ва бўйиннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.1	– Қўлларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.2	– Оёқларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.3	– Кўкракнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.4	– Қориннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.5	– Кичик чаноқнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.6	– Тананинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.8	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималарнинг комбинирланган зарарланиши
C 49.9	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималар, ҚАС (БДУ)
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1342	
ХКТ-11	
Коди	Номланиши
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома

2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B57	Капоши саркомаси, бирламчи ўчоқ
2B57.0	Ўпка Капоши саркомаси
2B57.1	Тери Капоши саркомаси
2B57.2	Ошқозон-ичак тракти Капоши саркомаси
2B57.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B57.Z	Аниқланмаган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B58	Лейомиосаркома, бирламчи ўчоқ
2B58.0	Қорин пардаси ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B58.1	Бачадон лейомиосаркомаси
2B58.2	Ошқозон лейомиосаркомаси
2B58.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги лейомиосаркома

2B58.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги лейомиосаркома
2B59	Липосаркома, бирламчи ўчоқ
2B59.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари липосаркомаси
2B59.1	Қорин пардаси ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B59.2	Эркаклар репродуктив аъзолари липосаркомаси
2B59.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B59.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B5A	Синовиал саркома, бирламчи ўчоқ
2B5A.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари синовиал саркомаси
2B5A.1	Кўкрак қафаси аъзолари синовиал саркомаси
2B5A.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5A.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5E	Периферик нервлар ёки вегетатив нерв тизими ниқобининг хавфли ўсмаси, бирламчи ўчоқ
2B5F	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома, бирламчи ўчоқ
2B5F.0	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган бачадон саркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Эпиплоон миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.2	Бошқа аниқланган жойлашувдаги, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5F.3	Бирламчи ўчоғи номаълум, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5G	Аниқланмаган бачадон бўлими миосаркомаси
2B5H	Юқори даражада дифференцирланган липоматоз ўсма, бирламчи ўчоқ
Юқлаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025-2028 йил.

- Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот: Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази.

- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Абборбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Гофур-Охунов Мирза-Али Алиярович – т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Онкология ва УТТ курси” кафедраси мудири.

2. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими раҳбари.
3. Давлетов Расулбек Рахимбердиевич – РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими мудири;
4. Садриддинов Шукурулла Азадович – РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи мутахассиси;

- Такризчилар:

Республикадан:

Мухамедаминов Шухрат Каримович – т.ф.д., Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Онкология ва УТТ курси” кафедраси профессори.

Ҳориждан:

Мусаев Элмар Расимович – Москва шаҳар 62-онкология шифохонаси қошидаги суяк ва юмшоқ тўқима ўсмалари бўйича илмий-амалий марказ раҳбари, профессор, Россия Фанлар академияси муҳбир аъзоси;

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида **МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**ни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси: ишчи гуруҳнинг 5-сонли йиғилиши 2025 йил 22 майда бўлиб ўтган.

- Онкология тиббиёт йўналишлари кенгашлари йиғилишида **AGREE** усулида муҳокамадан ўтказилганлиги хулосаси ва йиғилиш баённомасидан кўчирма: Илмий Кенгашнинг 5-сонли йиғилиши 2025 йил 23 майда бўлиб ўтган.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

Республикадан:

Исламов Хуршид Жамшидович – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази колопроктология бўлими илмий раҳбари;

Ҳориждан:

Ким Сергей – Сеул Миллий университетининг Бунданг госпитали ташқи алоқалар департаменти профессори.

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирилган Кенгаш йиғилиш баённомасидан кўчирма (сана, №рақам).

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

в/и	–	Вена ичига
т/о	–	Тери остига
м/о	–	Мушак орасига
ПСЯ	–	Прогрессиясиз яшовчанлик
МЮЧ	–	Меъёрнинг юқори чегараси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	–	Грей
ЕД	–	Бирлик
МИТ	–	Меъда ичак тракти
КТ	–	Компьютер томография
мг	–	Миллиграмм
МИ	–	митотик индекс
мл	–	Миллилитр
МРТ	–	Магнит-резонанс томография
МСКТ	–	Мультиспирал компьютер томография
мтс	–	Метастазлар
ЎН	–	Ўсма некрози

ПКВ	–	Пастки кавак вена
ҚУТ	–	Қон умумий таҳлили
ПУТ	–	Пешоб умумий таҳлили
КМ	–	Кўрув майдони
ПЭТ-КТ	–	позитрон-эмиссион компьютер томография
т/о	–	Тери остига
РКТ	–	Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
БМОД	–	Бир марталик ўчоқли доза
ЮТС	–	Юмшоқ тўқима саркомалари
СЎД	–	Суммар-ўчоқли доза
ЭЧТ	–	Эритроцитларни чўкиш тезлиги
ИД	–	Иботланганлик даражаси
УТДГ	–	Ультра товуш доплерография
УТТ	–	Ультратовуш текширув
СЖЕ	–	Сурункали жигар етишмовчилиги
ХТ	–	Химиотерапия
ЭКГ	–	Электрокардиограмма
ЭФГДС	–	Эзофагофиброгастродуоденоскопия
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
ADIC	–	Adriamycin, dacarbazine
AJCC	–	аббревиатура (American joint committee on cancer)
IMRT	–	Интенсив-модуланган нур терапия
MAID	–	mesna, adriamycin, ifosfamide
per os	–	Перорал
SRS	–	Стереотаксик радиотерапия
TNM	–	Tumor Nodulus Metastasis (хавфли ўсмаларни босқичлашнинг халқаро таснифи)
VAC	–	vincristine, doxorubicin, cyclophosphan
VAC/IE	–	vincristine, doxorubicin, cyclophosphan/ etoposide, ifosfamide
VADRIAC	–	vincristine, doxorubicin, cyclophosphan

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Таянч-ҳаракат тизими онкожарроҳлари;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Радиотерапевтлар;
- Кимё терапевтлар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

- **Мазкур нозология бўйича беморларнинг тоифаси:** (18 ёшдан) катталар.

- **Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:**

**1-жадвал. Далилларнинг ишончлилик даражаларини (ДИД) баҳолаш ўлчови
диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун**

ДИД	Батавсил
1	Малумот назорати остида ўтказиладиган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг метатаҳлил ёрдамидаги тизимли текшируви
2	Маълумотларнинг усули ёки алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги алоҳида тадқиқотлар мунтазам равишда кўриб чиқиш, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно
3	Маълумотнома усули билан кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи.
5	Фақат ҳаракат механизми ёки экспертларнинг фикрини асослаш мавжуд.

2-жадвал. Профилактика, даволаш ва реабилитация (профилактика, даволаниш, реабилитация аралашувлари) учун далилларга ишонч даражасини баҳолаш ўлчови

ДИД	Батавсил
------------	-----------------

1	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.
2	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки катор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-контрол» тадқиқотлари.
5	Аралашувнинг ҳаракат механизми учун фақат асос мавжудлиги (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси.

3-жадвал. Профилактика, ташхис, даволаш ва реабилитация усуллари бўйича тавсияларнинг ишонтириш даражасини баҳолаш ўлчови (профилактика, даволаниш, реабилитация аралашувлари)

ДИД	Батавсил
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган).
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган).
С	Заиф тавсия (тегишли сифат далилларининг йўқлиги, кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилмаган).

2. Асосий қисм.

- Кириш

Юмшоқ тўқималар саркомалари – хавфли ўсмалар гуруҳи бўлиб, скелетдан ташқари юмшоқ ва бириктирувчи тўқималарда пайдо бўлади. Бундай ўсмалар гистопатологик хусусиятлари, клиник кўриниши ва ўсма жараёнининг кечишига ўхшашлиги сабабли ягона гуруҳ сифатида қаралади. [1-3]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020204/>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-19.pdf>)

Юмшоқ тўқима саркомалари (ЮТС) – бу бириктирувчи тўқима ўсмаларидир. Боғламлар, пайлар, мушаклар ва ёғ тўқимаси ўсмалари мезодерманинг примитив ҳужайраларидан келиб чиқади. Ушбу гуруҳга шунингдек, примитив эктодерма ҳужайраларидан (шваннома) ва томирларнинг эндотелиал ҳужайраларидан келиб чиққан ўсмалар ҳам киритилади. Ушбу ҳар хил ўсмалар морфологик тузилиши, пайдо бўлиш механизми ва клиник кўриниши ўхшашлиги сабабли бир гуруҳга бирлаштирилган. Висцерал аъзолар саркомаси жуда кам учрайди, асосан буйрак, простата беzi, ўпка ва юракда аниқланади. Алоҳида саркомалар маммологияда ажратиб қаралади. Диагностика, классификация ва даволаш тактикасида микроскопик тузилиш, хавфлилик даражаси ва баъзи ҳолларда орган мансублиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Агар лейомиосаркома ҳақида гап кетса, у силлиқ мушак тўқимасидан келиб чиққан бўлиши эҳтимоли юқори, синовиал саркома эса одатда бўғим капсуласидан келиб чиқмайди.

Юмшоқ тўқима саркомаларининг ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Генетик мойиллик айрим ҳолларда аҳамият касб этади. Нейрофиброматоз (фон Реклингхаузен касаллиги)да тугунларнинг хавфли тус олиши кўп кузатилади. Бу аутом-доминант касаллик бўлиб, кўп сонли нейрофибромалар, гигант невуслар ва невринома нар мавжудлиги билан характерланади. Нейрофиброматоз фонида нейрофибросаркома (10–15%) ва хавфли неврилемома (5%) ривожланиши мумкин. Лимфостаз баъзи юмшоқ тўқима саркомалари ривожланиш хавфини оширади. Хусусан, Стьюарт-Тревес синдроми – ангиосаркома, постмастэктомик қўл шишлари фонида, кўкрак беzi саратони туфайли даволанган аёлларда тасвирланган [16] (https://seyitaligumustas.com/en/soft-tissue-sarcomas-malignant-soft-tissue-tumours?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA6aW6BhBqEiwA6KzDc4H_BqBP2zrp4Gdl2pHb2Z6IUQoSgHaEak1RCDMCn5JedI_gPy9bsBoCpp8QAvD_BwE). Маълум канцерогенларнинг юмшоқ тўқима саркомалари ривожланишига таъсири етарлича ўрганилмаган. Юмшоқ тўқима саркомаларининг нур терапиясидан сўнг пайдо бўлиш эҳтимоли мавжудлиги таъкидланиши лозим. Радиоиндуцирланган саркомалар нурланишдан кейин 6–30 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин (медиа на 10 йил). Умумий нурланиш дозаси, фракциялаштириш режими ва радиация тури касаллик ривожланишига таъсир қилади. Алкилировчи агентлар (циклофосфамид ва ҳ.к.) нур терапияси билан биргаликда қўлланилганида иккинчи даражали хавфли ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади. [17] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11025461/>).

8-тур герпес вирусини фонида ВИЧ-инфекцияли беморларда ривожланган Капоши саркомаси классик ва африка вариантыда ҳам агрессив кечишга эга. [18] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14635020/>)

РИО ва РИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, периферик ва вегетатив нерв тизими ўсмалари (С47), қорин парда орти ва қорин парда (С48)

ҳамда бошқа бириктирувчи тўқималар (C49) ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан мувофиқ равишда 0,1, 0,4 ва 1,2 ни ташкил этган.

2023 йилда биринчи марта жами 31 нафар **периферик ва вегетатив нерв саркомаси (C47)** билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 0% ни ташкил этди. I босқичда 0%, II босқичда 35,5%, III босқичда 19,4%, IV босқичда 12,9% ҳолат қайд этилган. 32,3% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 152 нафар бемор турган ва касалмандлик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,4 ни ташкил этган. Республикада периферик ва вегетатив нерв саркомаларида 5 йиллик яшовчанлик даражаси 28,9%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 23,1% ни ташкил этади.

2023 йилда биринчи марта жами 429 нафар бошқа **юмшоқ тўқима саркомалари (C49)** билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 21,7% ни ташкил этди. I босқичда 9,8%, II босқичда 62,9%, III босқичда 15,6%, IV босқичда 7,2% ҳолат қайд этилган. 4,4% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 2343 нафар бемор турган ва касаллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 6,4 ни ташкил этган. Республикада бошқа юмшоқ тўқима саркомаларида 5 йиллик тирик қолиш даражаси 38,7%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 11,8% ни ташкил этади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда бошқа юмшоқ тўқима саркомалари туфайли 197 нафар бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,5 ўлим кўрсаткичинини ташкил этади.

Клиник таснифи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033286/>)

1.1. Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолатлар гуруҳи)

Ҳалқаро гистологик тасниф

Юмшоқ тўқима саркомаларининг халқаро гистологик классификацияси (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти – ЖССТ, 4-нашр, 2018 й.). [16]: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972507/>).

Параганглиома, хавфли	8680/3
Буйрак усти безидан ташқари параганглиома, хавфли Нехромаффин параганглиома, хавфли	8693/3
Гломангиосаркома, Гломус саркома	8710/3
Гломус ўсмаси, хавфли	8711/3
Саркома, БДУ Мезенхимал ўсма, хавфли	8800/3

Юмшоқ тўқималар саркомаси Юмшоқ тўқималар ўсмаси, хавфли	
Урчуксимон хужайрали саркома	8801/3
Гигант хужайрали саркома (чуюклардан ташқари М-9250/3) Полиморф хужайрали саркома	8802/3
Майда хужайрали саркома Юмалоқ хужайрали саркома	8803/3
Эпителиоид саркома Эпителиоид хужайрали саркома	8804/3
Дифференциаллашмаган саркома	8805/3
Десмопластик майда-юмалоқ-хужайрали ўсма	8806/3
Фибросаркома, БДУ	8810/3
Фибромиксосаркома	8811/3
Фасциал фибросаркома	8813/3
Инфантил фибросаркома Туғма фибросаркома	8814/3
Солидар фиброз ўсма, хавфли	8815/3
Хавфли фиброз гистиоцитома	8830/3
Дерматофибросаркома, БДУ Дерматофибросаркома бўртиб турувчи	8832/3
Пигмент дерматофибросаркома бўртиб турувчи Беднар ўсмаси	8833/3
Миксосаркома	8840/3
Липосаркома, БДУ Фибролипосаркома	8850/3
Липосаркома, юқори дифференциаллашган Липомасимон липосаркома Липосаркома, дифференциаллашган яллиғланишли липосаркома Склерозланувчи липосаркома	8851/3
Миксоид липосаркома Миксолипосаркома	8852/3
Юмалоқ хужайрали липосаркома	8853/3
Плеоморф липосаркома	8854/3
Аралаш липосаркома	8855/3

Фибробластик липосаркома	8857/3
Дедифференциаллашган липосаркома	8858/3
Лейомиосаркома, БДУ	8890/3
Эпителиоид лейомиосаркома	8891/3
Ангиомиосаркома	8894/3
Миосаркома	8895/3
Миксоид лейомиосаркома	8896/3
Рабдомиосаркома, БДУ Рабдосаркома	8900/3
Плеоморфя рабдомиосаркома, катталар тип Плеоморф рабдомиосаркома,	8901/3
Рабдомиосаркома аралаш тип Аралаш эмбрионал рабдомиосаркома ва альвеоляр рабдомиосаркома	8902/3
Эмбрионал рабдомиосаркома, Эмбрионал рабдомиосаркома, плеоморф Ботриоид саркома Инсимон саркома	8910/3
Урчуксимон хужайрали рабдомиосаркома	8912/3
Альвеоляр рабдомиосаркома	8920/3
Ганглийлар дифференцировкаси билан рабдомиосаркома Эктомезенхимома	8921/3
Эндометриал стромал саркома, Эндометриал саркома, Эндометриал стромал саркома юқори даражада хавфли	8930/3
Эндометриал стромал саркома паст даражада хавфли Эндолимфатик стромал миоз Эндометриал строматоз Стромал эндометриоз Стромал миоз,	8931/3
Стромал саркома, БДУ	8935/3
Гастроинтестинал стромал саркома Гастроинтестинал стромал ўсма, хавфли ГИСО (GIST, GastroIntestinal Stromal Tumor), хавфли	8936/3

Аралаш ўсма, хавфли	8940/3
Хавфли рабдоид ўсма Рабдоид саркома Рабдоид ўсма	8963/3
Буйрак ёруғ хужайрали саркомаси	8964/3
Хавфли миоэпителиома Миоэпителиал саратон	8982/3
Мезенхимома, хавфли Аралаш мезенхимал саркома	8990/3
Эмбрионал саркома	8991/3
Баргсимон (филлоид) ўсма, хавфли Баргсимон цистосаркома (филлоид), хавфли	9020/3
Синовииал саркома, Синовииома, БДУ Синовииома, хавфли	9040/3
Синовииал саркома, урчуқсимон хужайрали Синовииал саркома, монофаз фиброз	9041/3
Синовииал саркома, эпителиоид хужайрали	9042/3
Синовииал саркома, бифаз	9043/3
Ёруғ хужайрали саркома, Пай ва апаневрозларнинг ёруғ хужайрали саркомаси Юмшоқ тўқималар меланомаси, хавфли	9044/3
Гемангиосаркома Ангиосаркома	9120/3
Купфер хужайраларидан саркома	9124/3
Гемангиоэндотелиома, хавфли Гемангиоэндотелиал саркома	9130/3
Эпителиоид гемангиоэндотелиома, хавфли Томир ичи бронхиал-альвеоляр ўсма	9133/3
Капоши Саркомаси Кўплаб геморрагик саркома	9140/3
Гемангиоперицитома, хавфли	9150/3
Остеосаркома, Остеоген саркома, Остеобластик саркома	9180/3

Остеохондромсаркома	
Хондромсаркома Фиброхондромсаркома	9220/3
Миксоид хондромсаркома	9231/3
Мезенхимал хондромсаркома	9240/3
Юмшоқ тўқималарнинг хавфли гигант ҳужайрали ўсмаси	9251/3
Хавфли теносиновиал гигант ҳужайрали ўсма Пай қинининг гигант ҳужайрали ўсмаси, хавфли	9252/3
Периферик нейроэктодермал ўсма Нейроэктодермал ўсма Периферик примитив нейроэктодермал ўсма, БДУ ППНЭО (PPNET, Peripheral Primitive NeuroEctodermal Tumor)	9364/3
Аскин ўсмаси	9365/3
Примитив нейроэктодермал ўсма, БДУ ПНЭО (PNET, Primitive NeuroEctodermal Tumor), БДУ Бош миянинг примитив нейроэктодермал ўсмаси, БДУ (C71) ЦНС-ПНЭО (CPNET, Central Primitive NeuroEctodermal Tumor) (C71) Супратенториал ПНЭО (PNET, Primitive NeuroEctodermal tumor)	9473/3
Периферик нервларнинг қобиғи хавфли ўсмаси ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor), БДУ Нейрофибросаркома Нейроген саркома Нейросаркома Эпителиоид ЗООПН (MPNST) Меланотик ЗООПН (MPNST) Меланотик псаммоматоз ЗООПН (MPNST) ЗООПН (MPNST) безли дифференцировка билан ЗООПН (MPNST) мезенхимал дифференцировка билан	9540/3
Периферик нервлар қобиклари хавфли ўсмаси рабдомиобластик дифференцировка билан Хавфли шваннома рабдомиобластик дифференцировка билан ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor) рабдомиобластик дифференцировка билан Тритон ўсмаси, хавфли	9561/3
Периневриома, хавфли Периневрал ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor)	9571/3

Донадор хужайрали ўсма, хавфли	9580/3
Донадор хужайрали хавфли миобластома	
Юмшоқ тўқималар альвеоляр саркомаси	9581/3

4-жадвал. TNM тизми бўйича халқаро тасниф (VIII–чинашр, 2017 й. [4] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35830886/>)).

T	<p>Бирламчи ўсма</p> <p>Tx Бирламчи ўсмани баҳолаш имкони йўқ.</p> <p>Қўл ва оёқ, тана саркомалари:</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 5 см ёки ундан кам.</p> <p>T2 – ўсма энг катта ўлчами 5 см дан катта, лекин 10 см дан кам.</p> <p>T3 – ўсма энг катта ўлчами 10 см дан катта, лекин 15 см дан кам.</p> <p>T4 – ўсма энг катта ўлчами 15 см дан катта.</p> <p>Қорин парда орти саркомалари:</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 5 см ёки ундан кам.</p> <p>T2 – ўсма энг катта ўлчами 5 см дан катта, лекин 10 см дан кам.</p> <p>T3 – ўсма энг катта ўлчами 10 см дан катта, лекин 15 см дан кам.</p> <p>T4 – ўсма энг катта ўлчами 15 см дан катта.</p> <p>Саркомалар (бош ва бўйин)</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 2 см ёки ундан кам.</p> <p>T2 – ўсма энг катта ўлчами 2 см дан катта, лекин 4 см дан кам.</p> <p>T3 – ўсма энг катта ўлчами 4 см дан катта.</p> <p>T4a – ўсма орбита, гавда асоси, қаттиқ мия пардаси, марказий ички хужайралар, юз скелети ёки қанотсимон мушакларга ўтиб кетган.</p> <p>T4b – ўсма бош мия паренхимасига, ички уйқу артериясига, олдинги вертебрал мушакларига ҳужум қилган ёки марказий нерв тизимига периневрал тарқалиш орқали ёйилган.</p> <p>Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи</p> <p>T1 – ўсма фақат бир орган билан чекланган.</p> <p>T2a – ўсма висцерал перитонеумга тарқалган.</p> <p>T2b – ўсма сероза орқали микроскопик чегарадан чиққан.</p> <p>T3 – ўсма бошқа органга ҳужум қилган ёки сероза орқали макроскопик чиқиб кетган.</p> <p>T4a – битта органда иккигача ўсимта ўчоғи мавжуд бўлган мултифокал ўсма.</p> <p>T4b – битта органда иккидан кўп, лекин бештадан кам ўсимта ўчоғи</p>
----------	---

	мавжуд бўлган мултифокал ўсма. T4c – бештадан кўп ўсимта ўчоғи мавжуд бўлган мултифокал ўсма
N	Регионар лимфа тугунлари Nx – регионал лимфа тугунларини баҳолаш имконсиз N0 - регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ N1 - регионар лимфа тугунларида метастазлар бор
M	Узоқ метастазлар M0 – узоқ метастазлар йўқ M1 - узоқ метастазлар бор
МИ	10 ПЗР га 0-9 митоз– 1 балл 10 ПЗР га 10-19 митоз – 2 балл 20 дан кўп митоз – 3 балл
НО	0 – некроз йўқ 50% дан кам ўсма некрози 50% дан кўп ўсма некрози
G	Хавфлиликнинг гистологик даражаси G x – хавфлилик даражасини баҳолаш имконсиз G1 Паст G2 Ўрта G3 Юқори G кўрсаткичи учта параметрдан йиғилади: дифференцировка, митотик фаоллик, некроз даражаси
Эслатма: Скелетдан ташқари Юинг саркомаси ва примитив нейроэктодермал ўсмаси юқори даражада хавфли ўсмалар сифатида таснифланади. Агар хавфлилик даражасини баҳолаб бўлмаса, паст даражадаги хавфлилик белгиланади	

Регионар лимфа тугунлари.

Регионар лимфа тугунлари бирламчи ўсма жойлашган ҳудудга мос келадиган тугунлар ҳисобланади. Регионар лимфа тугунларининг зарарланиши камдан-кам учрайди ва агар уларнинг ҳолатини клиник ёки патологоанатомик жиҳатдан баҳолаш имкони бўлмаса, улар NX ёки pNX ўрнига N0 сифатида таснифланади.

5-жадвал. Босқичлар бўйича гуруҳлаш:

IA босқич	T1	N0	M0	G1, GX Low Grade
IB босқич	T2, T3, T4	N0	M0	G1, GX Low Grade

II босқич	T1	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIA босқич	T2	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIB босқич	T3, T4	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIV босқич	Ҳар қандай T	N1*	M0	Ҳар қандай G
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай G

AJCC N1 ни қўл ва оёқлар ва тананинг юзаки ўсмалари учун IV босқич деб таснифлайди.

R тасниф:

- Даводан сўнг қолдиқ ўсманинг мавжудлиги ёки йўқлиги R символи билан тасвирланади;
- RX – қолдиқ ўсманинг мавжудлигини баҳолаш имконсиз;
- R0 – қолдиқ ўсма йўқ;
- R1 – микроскопик қолдиқ ўсма;
- R2 – макроскопик қолдиқ ўсма.

3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндашувлари ва ташхислаш жараёнлари.

3.1. Ташхислаш мезонлари:

Шикоятлари:

- Юмшоқ тўқималарда ўсма ҳосил бўлиши, периферик лимфа тугунларининг катталашиви;

Анамнез:

- Ўсма ва/ёки ўсма билан боғлиқ бошқа симптомларнинг пайдо бўлган вақти, ўтказилган диагностика ва/ёки даволаш тадбирлари аниқланади;

Физикал кўрик:

- Ўсма жойлашган соҳанинг пальпацияси, ўлчами, зичлиги, ҳаракатчанлиги, оғриқлилиги, қўшни анатомик тузилмалар ва минтақага жалб этилганлигини аниқлаш;
- барча имконли лимфа тугунларни пайпаслаш (бўйин, қўлтиқ ости, чов-сон ва бошқ.).

Лаборатор текширувлар:

- Умумий қон таҳлили – энг хос белгилари: анемиянинг турли даражалари, ЭЧТнинг ошиши.
- Умумий сийдик таҳлили – макро- ёки микро-гематурия, ёки таҳлилда ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин.
- Биокимёвий қон таҳлили (умумий оқсил, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, альбумин, амилаза) – буйрак етишмовчилиги белгилари мавжуд бўлса, креатинин ва мочевина даражасининг ошиши мумкин.
- Коагулограмма – қон ивиш жараёни бузилиш белгилари кузатилиши мумкин.
- Цитологик текширув – ҳужайра ўлчамларининг гигант даражагача катталашини, шакли ва ҳужайра ичи элементларининг миқдори ўзгариши, ядро ўлчамлари ва унинг контурларининг ўзгариши, ядро ва бошқа ҳужайра элементларининг турли даражада етилиш ҳолати, ядроча сони ва шакли ўзгариши.
- Гистологик текширув – кучли ҳужайравий полиморфизм, ҳужайра ўлчамларининг ошиши, яққол гипохромия, йирик ядролар бир ёки бир нечта ядрочани ўз ичига олиши, рак ҳужайраларидан рўзетка кўринишидаги без тузилмаларининг мавжудлиги, митоз ҳолатидаги ҳужайралар сони кўплиги.
- Иммуногистохимик текширув – саркоманинг тўлиқ подтипини аниқлаш учун биопсия ва операция материални таҳлил қилиш.
- Молекуляр-генетик текширув – иммунотерапия имкониятини баҳолаш мақсадида микросателлит ноустуворлигини аниқлаш.

Инструментал текширувлар [16]:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (кичик чаноқда ўсма шубҳаси бўлганда, зарарланган лимфа тугунларини излаш).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳасида метастатик шикастланишларни аниқлаш).
- Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (КТ) –(кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳаси лимфа тугунларини баҳолаш, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни аниқлаш).
- Кичик чаноқ аъзолари Магнит-резонанс томографияси (МРТ) – (кичик чаноқ тўқимасидаги ўсма белгилари – кичик чаноқ аъзоларининг фаолияти бузилиши, ташқи томондан йирик қон томирларни босиш шубҳаси).

- Бош мия магнит-резонанс томографияси (МРТ) – (бош мияга метастатик зарарланиш шубҳасида ўтказилади).
- Экскретор урография – буйраклар ҳолати, шакли, ўлчами, контурлари, буйраклар фаолияти, сийдик йўллари ва қовуқ шакли ва контурларини баҳолаш.
- Цистография – қовуқ шакли, ўлчами ва жойлашувини баҳолаш, ўсманинг қовуққа ўтишини ёки сийдик-қовуқ оқмасини аниқлаш.
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органлари Компьютер томографияси (КТ) (кўкрак қафаси органларидаги метастатик шикастланишларни аниқлаш мажбурий).
- ПЭТ, ПЭК/КТ бутун танани текшириш (юмшоқ тўқима саркомасида ўсма жараёни тарқалишини баҳолаш, касалликнинг авж олиши ёки ўтказилган махсус даволаш самарадорлигини баҳолаш учун).
- Бош мия магнит-резонанс томографияси (МРТ) (КТ ўтказиб бўлмаган ҳолларда), **алвеоляр саркома ва гемангиоперицитомда** (бош мияга метастатик зарарланиш энг кўп кузатилади).

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
12. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти, ичак тутқичи, периферик лимфа тугунлари);
13. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чаноқ МСКТси;

- 14.Кичик чанок МРТси;
- 15.Бош мия МРТси;
- 16.Цистография;
- 17.Ўсмадан мақсадли биопсия;
- 18.Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 19.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 20.Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
- 21.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабилликни молекуляр-генетик текшируви;
- 22.ЭКГ;
- 23.ЭхоКГ;
- 24.Бутун тана ПЭТ/КТси**;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP
9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер
11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Коптокчалар фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
14. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
15. Ортопантомограмма;
16. Бош, бўйин КТси;
17. Фиброэзофагогастроуденоскопия;

18.Бронхоскопия;

19.Колоноскопия;

20.Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;

21.Спирография;

22.Холтер – мониторинг билан ЭКГ

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

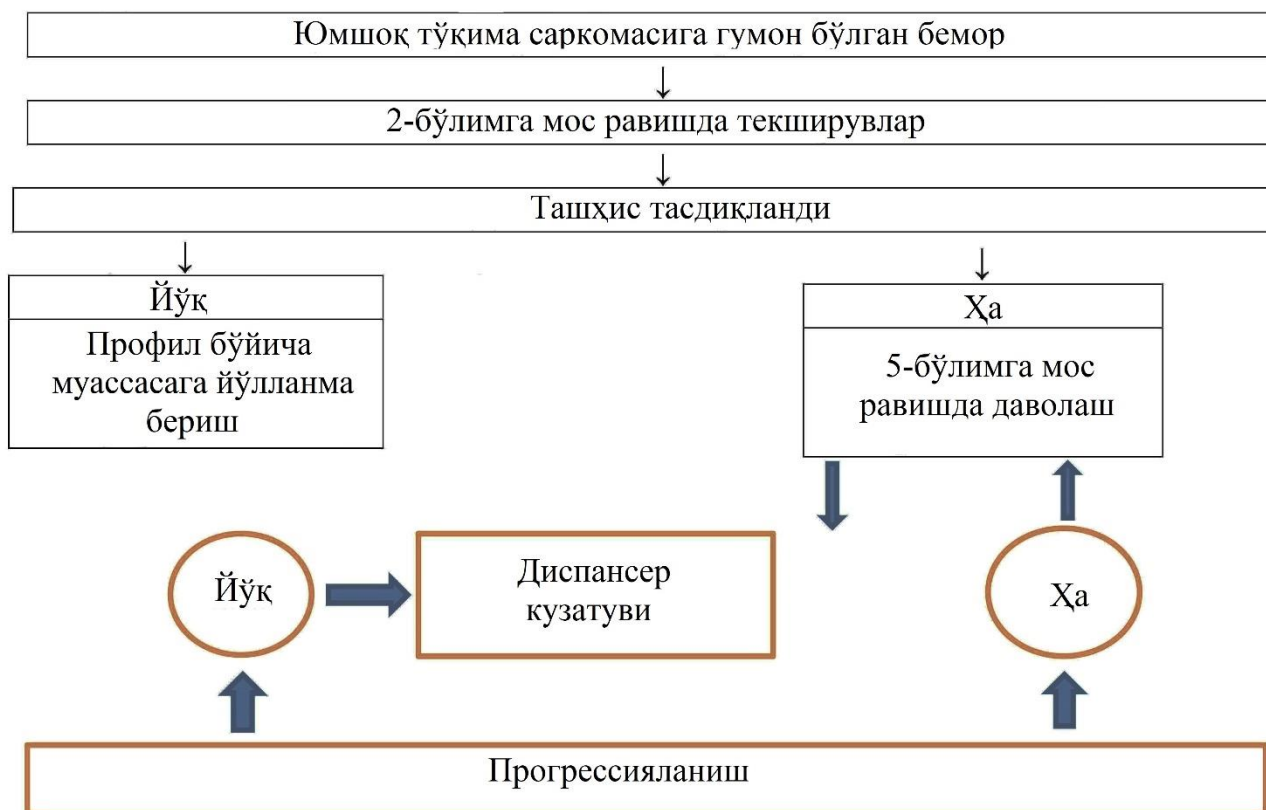
- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Меъда ости беzi саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).
- **фтизиатр кўриги** – агар ўпканинг сил касаллигига шубҳа қилинган бўлса ва

периферик шаклланишлар мавжуд бўлса.

Диагностик алгоритм.

1-схема – Юмшоқ тўқималар саркомаларида диагностик алгоритм.



3.3 Дифференциал диагностика [1, 2].

(https://seyitaligumustas.com/en/soft-tissue-sarcomas-malignant-soft-tissue-tumours?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA6aW6BhBqEiwA6KzDc8FXid4vkhQmowfpHY1D082s5x3SaVDntqnevfJWyu4QbM5HailJjRoCkDUQAvD_BwE)

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020204/>)

Юмшоқ тўқима саркомаларининг дифференциал диагностикаси:

Ташҳис	Дифференциал диагностика учун асослаш	текширув	Ташҳисни истисно қилиш мезони
Фиброма	Фибросаркома	Юмшоқ тўқималар КТ ёки МРТси Юмшоқ тўқималар УТТси Ингичка игнали ёки трепан биопсия	Атроф-атроф тўқималарга инфильтрация йўқлиги Ўсманинг ҳаракатчанлиги Цитограмма ёки гистограммада ўсма хужайраларининг йўқлиги

Липома	Липосаркома	Юмшоқ тўқималар КТ ёки МРТси Юмшоқ тўқималар УТТси Ингичка игнали ёки трепан биопсия	Атроф-атроф тўқималарга инфильтрация йўқлиги Ўсманинг ҳаракатчанлиги Цитограмма ёки гистограммада ўсма хужайраларининг йўқлиги
Гематома	Рабдмиосаркома Ангиосаркома	Юмшоқ тўқималар КТ ёки МРТси Юмшоқ тўқималар УТТси Ингичка игнали ёки трепан биопсия	Атроф-атроф тўқималарга инфильтрация йўқлиги Ўсманинг ҳаракатчанлиги Цитограмма ёки гистограммада ўсма хужайраларининг йўқлиги Патологик қон ацйланишининг йўқлиги

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Прогрессия ҳолатида, ташхиси тасдиқланган ва диспансер ҳисобида турган беморларга таргет даволашни ўтказиш. Иматиниб, Пазопаниб, Сунитиниб, Сорафениб билан таргет даволашни қўллаш 5.3-бандда кўрсатилган. Оғрик қолдирувчи ва бошқа симптоматик даволаш кўрсатмаларга асосан амалга оширилади.

5. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Кундузги ёки туну кун ишлайдиган стационарда кейинги кузатувни талаб қилувчи мураккаб интервенцион ташхисий тиббий аралашувларни бажариш зарурияти.;
- Туну кун ёки кундузги стационарда кузатувни талаб қилувчи махсус хавфли ўсмага қарши даволаш (жарроҳлик аралашуви, дори-дармон билан даволаш ва бошқалар) кўрсатмалари мавжудлиги.

2) Шошилиш ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

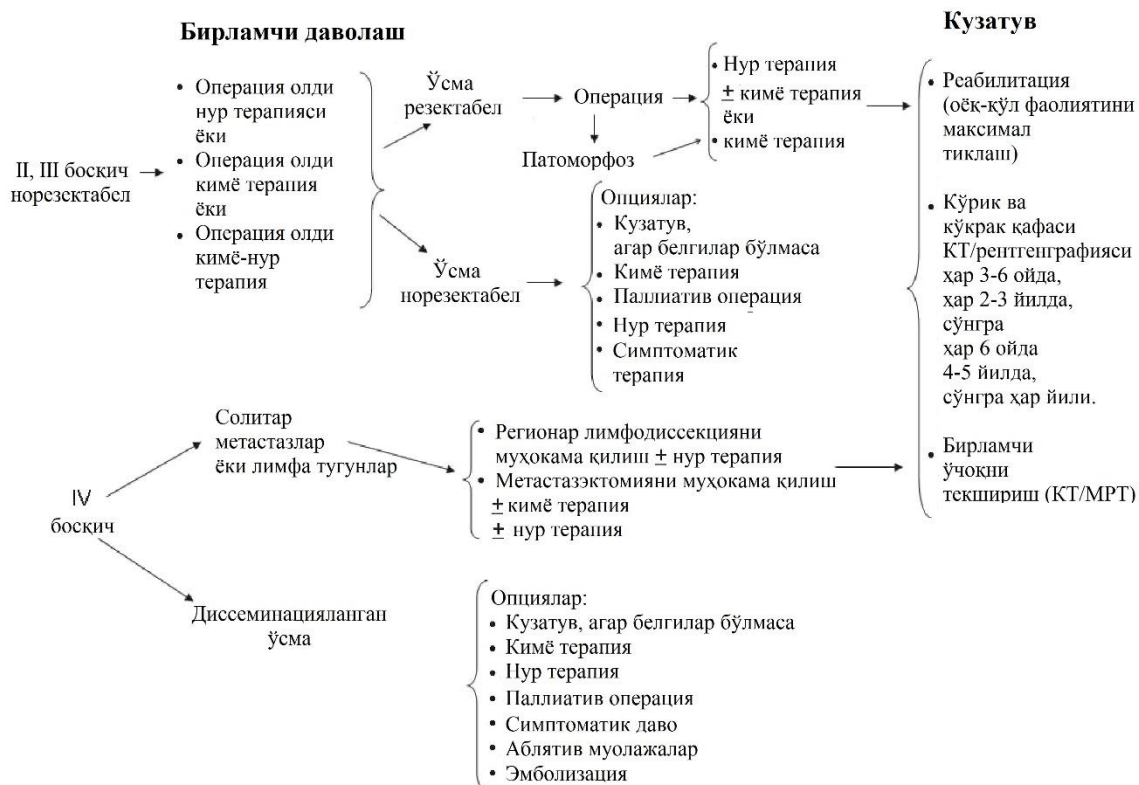
- Онкологик касаллик асоратларининг мавжудлиги, улар бўйича шошилиш ва тез тиббий ёрдам кўрсатишни талаб қилувчи махсус тиббий ёрдам зарурлиги;
- Онкологик касалликни даволаш (жарроҳлик аралашуви, дори-дармон билан даволаш ва бошқалар) асоратларининг мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

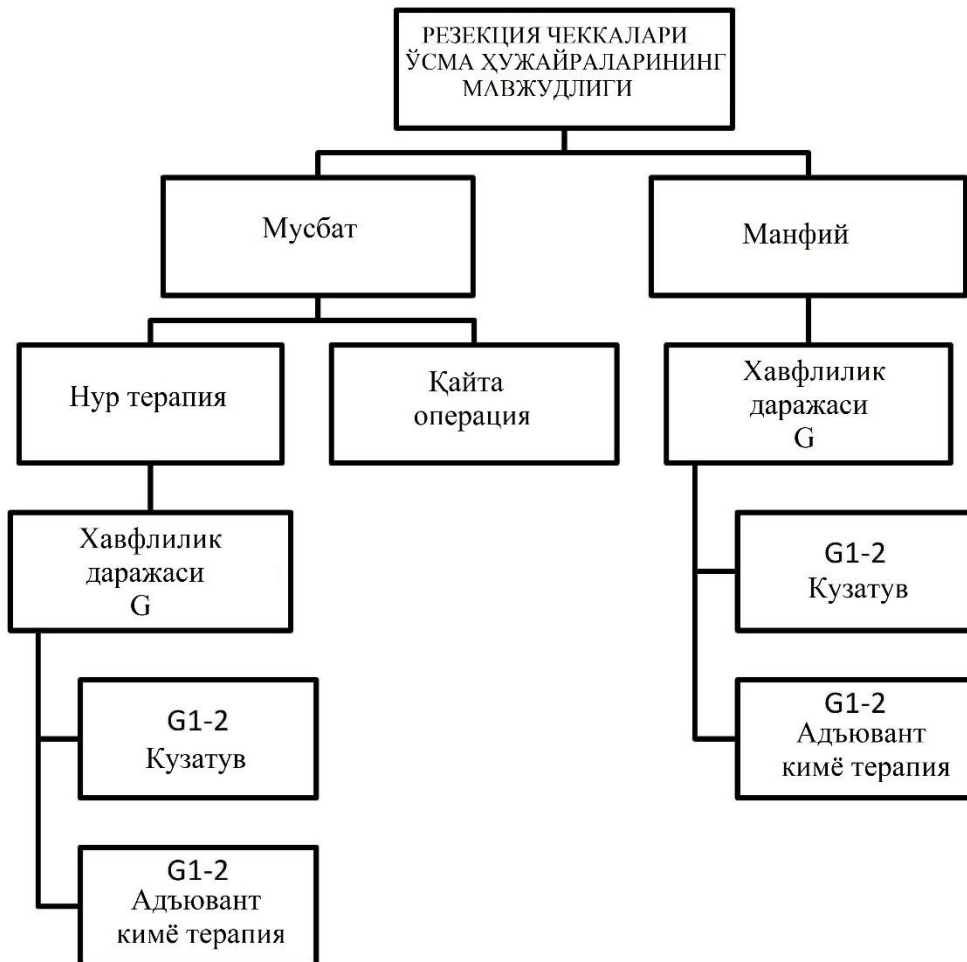
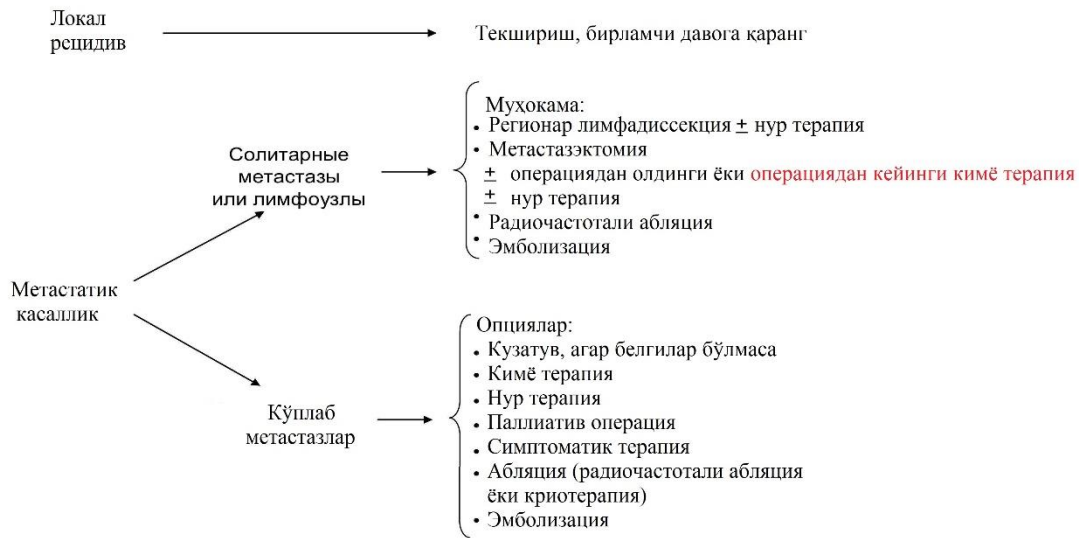
Юмшоқ тўқима саркома беморларини диагностика ва даволаш блок-схемаси



Юмшоқ тўқима саркомалари (маҳаллий-тарқалган, метастатик)



Юмшоқ тўқима саркомалари РЕЦИДИВ



Юмшоқ тўқималар ўсмасини ва мавжуд бўлган тақдирда, худудий метастатик шикастланган лимфа тугунларини олиб ташлаш.

Босқичлар бўйича даволаш [5] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033286/>):

IA босқич (T1a,T1b N0,NX M0 хавфлиликнинг паст даражаси):

- анатомик соҳа чегарасида ўсмани кенг кесиб олиш.

IB босқич (T2a, T2b N0,NX M0 хавфлиликнинг паст даражаси):

- Хирургик йўл билан ўсмани олиб ташлаш (T2a – кенг кесиб олиш, T2b – радикал операция) + жарроҳликдан кейинги нур терапияси курси (зарурияти якуний гистологик текширув натижаларига қараб аниқланади);
- Маҳаллий тарқалган ўсмада, биринчи босқичда радикал жарроҳлик муолажасини ўтказиб бўлмаганда, жарроҳликдан олдинги нур терапияси курси ўтказилади;
- Аъзо сақловчи жарроҳлик аралашувини режалаштиришда неоадьювант даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида даволаш тизимида регионар химиотерапия усуллари (артерия ичига химиотерапевтик дори воситаларини юбориш) киритилади;
- Жарроҳлик йўли билан ўсма олиб ташланганидан сўнг кенг яра дефекти ҳосил бўлиб, уни яра чеккалари бирлаштириш орқали бартараф этиш имкони бўлмаганда, бирламчи пластиканинг қуйидаги бирорта тури амалга оширилади:
 - эркин тери лоскути билан;
 - маҳаллий тўқималар билан;
 - комбинирланган тери пластикаси;
 - томирли оёқчада оролча лоскутларини ўтказиш билан пластика,
 - микрожарроҳлик техникасини қўллаш йўли билан тўқималар комплексларини аутоотрансплантацияси.
- Аъзо сақловчи давони ўтказиб бўлмаганда, бу ўсма жараёнининг маҳаллий тарқалганлиги ва неоадьювант даволашнинг самарасизлиги билан боғлиқ бўлса, қўл-оёқни ампутация қилиш амалга оширилади.

IIA босқич (T1a,T1b N0,NX M0 хавфлиликнинг юқори даражаси):

- операциядан олдинги ва кейинги нур терапия + ўсмани кенг кесиб олиш;
- T1b да қўшимча 3-4 курс адьювант полихимиотерапия ўтказилади;
- Жарроҳлик йўли билан ўсма олиб ташланганидан сўнг кенг яра дефекти ҳосил бўлиб, уни яра чеккалари бирлаштириш орқали бартараф этиш имкони бўлмаганда, бирламчи пластиканинг бирор усули амалга оширилади.

IIВ босқич (T2a N0,NX M0 хавфлиликнинг юқори даражаси),

III босқич (T2b N0,NX M0 хавфлиликнинг юқори даражаси):

- Жарроҳликдан олдинги ёки кейинги нур терапияси (афзаллик маҳаллий СВЧ-гипертермия шароитида нур терапиясини ўтказишга берилди) + ўсмани хирургик олиб ташлаш (T2a – кенг кесиб олиш, T2b – радикал сақловчи операция) + 3–4 курс адъювант полихимиятерапия;
- Неоадъювант даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида ва аъзо сақловчи жарроҳлик аралашувини режалаштиришда даволаш тизимидаги регионар химиятерапия усуллари (вена ичига ёки артерия ичига химиятерапевтик дори воситаларини юбориш) киритилади;
- Кенг яра дефекти ҳосил бўлиб, уни яра чеккалари бирлаштириш орқали бартараф этиш имкони бўлмаганда, бирламчи пластиканинг бирор усули амалга оширилади;
- Аъзо сақловчи давони ўтказиб бўлмаганда, бу ўсманинг маҳаллий тарқалганлиги ва неоадъювант даволашдан кейин клиник таъсир кузатилмаслиги билан боғлиқ бўлса, қўл-оёқни ампутация қилиш амалга оширилади.

IV босқич (ҳар қандай T, N1, M0, хавфлиликнинг ҳар қандай даражаси).

- Комплекс даволаш юмшоқ тўқималар саркомасининг I–III босқичларини даволаш тамойиллари асосида, ўсманинг дифференциялашув даражаси ва маҳаллий тарқалиши ҳисобга олинган ҳолда ўтказилади;
- Жарроҳлик таркибий қисми, бирламчи ўчоқдаги аралашувдан ташқари (аъзо сақловчи ёки аъзо олиб ташловчи операция), шунингдек, бирламчи ўсмадаги операция билан бир вақтда (бир блокда ёки босқичма-босқич) ёки кечиктирилган тартибда (шикастланиш зонаси ва беморнинг умумий ҳолатига боғлиқ ҳолда) амалга ошириладиган типик регионар лимфодиссекцияни ҳам ўз ичига олади.

IV босқич (ҳар қандай T ва N M1 хавфлиликнинг ҳар қандай даражаси)

- Паллиатив ва симптоматик даволаш индивидуал дастурлар асосида, полихимиятерапия ва/ёки нур терапиясини ўз ичига олган ҳолда ўтказилади.
- Жарроҳлик аралашувлари ўсма массасини камайтириш ёки санитария кўрсаткичлари бўйича (қўл-оёқ ампутацияси) амалга оширилади.

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:

- Юмшоқ тўқималар саркомаси билан касалланган барча беморлар даволаш якунланганидан сўнг ўзлари бириктирилган жойдаги онколог шифокор назоратида бўлишлари керак.
- Илк 2 йил давомида – ҳар 3 ойда бир маротаба;

- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда бир маротаба;
- 4-йилдан бошлаб – ҳар 12 ойда бир маротаба (ҳар йили).
- Назорат текшируви доирасига бирламчи ўсма жараёни таъсир қилган зона КТ, ҚБҚ КТ ва ЎҚК КТ/ПЭТ/КТ киритилади.

6.2 Номедикаментоз даво:

- Консерватив даволаш ўтказилаётганда бемор режими – умумий.
- Эрта жарроҳликдан кейинги даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажми ва ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда).
- Жарроҳликдан кейинги даврда – палатали режим.
- Диета: одатда №15, жарроҳлик даволашдан сўнг – №1.

Нур терапия [8-10].

Нур терапия турлари:

- дистанцион нур терапия;
- 3D-конформ нурланиш;
- интенсивлиги модулирланган нур терапия (IMRT);
- томотерапия.

Нур терапияга кўрсатмалар:

- Юмшоқ тўқималар саркомаси радиорезистент хавфли ўсма ҳисобланади. Нур терапиясини тайинлашда ўсманинг гистологик тузилиши ҳисобга олиниши лозим. Нур терапияси комбинирланган ва комплекс даволаш доирасида қўлланилади.
- Нур терапияси чуқур фокусли R-терапия, электрон нури ёки Y-терапия ёрдамида қўлланилади, одатда, жарроҳликдан олдинги ёки кейинги курс сифатида, умумий дозаси (СОД) 50–70 Гр, классик фракциялаш режимида ўтказилади. Нурлантириш манбаси ва электрон нури энергияси ўсманинг жойлашуви ва чуқурлигига қараб танланади.
- Дозани бутун шикастланган зонага бир текис етказиш мақсадида конформли нур терапияси (КФЛТ), интенсив модуляцияли нур терапияси (IMRT) ва кўп майдонли нурлантириш усуллари қўлланилади. Бунда оптимал дозавий майдонларни шакллантириш учун махсус мосламалар ишлатилади. Нурлантириш майдонлари чегаралари ўсма ҳажмидан 3–4 см кенгроқ бўлиши керак. Агар ўсма катта ўлчамда бўлса ёки хавфлилик даражаси юқори бўлса, нурлантириш майдони ўсманинг чегараларидан 10 см гача проксимал ва дистал йўналишларда қамраб

олади. Бундай ҳолларда умумий дозаси (СОД) 45–50 Гр га етганида нурлантириш майдони фақат ўсма ўлчамларигача қисқартирилади.

- Қўл-оёқларда жойлашган ўсмаларда нурли остеонекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириш мақсадида қўшимча қия нурлантириш майдонлари қўлланилади, улар нурлантирилаётган тўқималар ҳудудидан ташқарига чиқади. Идеал ҳолатда фиброз, мушаклар контрактураси ва шиш даражасини камайтириш учун нурлантириш майдонидан қўл-оёқ айланасининг 1/3 қисми чиқариб ташланиши лозим. Нурлантирилмайдиган тўқималарнинг минимал кенглиги: - Биллак соҳасида – 2 см, - Оёқ пастки қисми (тўпикдан юқори) – 3 см, - Сонда – 4 см.

Амалиётдан кейинги нур терапияга қарши кўрсатмаларга киради:

- морфологик тасдиқланган ташҳиснинг йўқлиги;
- қон кейиш хавфи билан ўсманинг парчаланиши, нур терапияга умумий қарши кўрсатмалар.
- Жарроҳликдан кейинги нур терапияси қуйидаги ҳолатларда ўтказилади:
 - Агар гистологик текширувда ўсманинг хавфлилик даражаси юқори ва мультицентрли ўсиш хусусияти аниқланса (ва жарроҳликдан олдин нур терапияси ўтказилмаган бўлса),
 - Агар ўсма шартли радикал ёки норадикал олиб ташланган бўлса.

Нур терапиясини бошлаш муддати – жарроҳлик аралашуви ўтказилганидан кейин кечиктирмасдан, 4 ҳафта ичида..

- Агар жарроҳликдан олдин нур терапияси ўтказилмаган бўлса, нурлантириш майдонига қуйидагилар киритилади:
 - Ўсма олиб ташланган жой (ложа), унинг чегаралари операция вақтида тантал скрепкалар билан белгиланади,
 - Атрофдаги тўқималар, кесиш чегараларидан 2 см масофагача,
 - Жарроҳликдан кейинги чандиқ (умумий дозаси – СОД 60 Гр).

Агар жарроҳликдан сўнг қолдиқ ўсма мавжуд бўлса (операция вақтида титан скрепкалар билан белгиланиши лозим), бу зона қўшимча маҳаллий нурлантирилади, умумий дозаси камида 70 Гр гача етказилади.

- Жарроҳликдан кейинги даврда ўсма ложасида қўшимча брахитерапия қўлланиши мумкин. Агар брахитерапия мустақил равишда ўтказилса, тавсия этилган умумий доза (СОД) 45 Гр бўлиб, у 4–6 кун ичида юборилади.

- Агар ўсмани резекция қилиш мумкин бўлмаса, радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилади, умумий дозаси (СОД) 70 Гр, классик фракциялаш режимида.

6.3 Медикаментоз даво [5, 11-15]:

- Диссеминацияланган юмшоқ тўқималар саркомаларини тизимли даволаш цитотоксик химиятерапия ва/ёки таргетли терапияни ўз ичига олиши мумкин. Цитотоксик химиятерапия, молекуляр нишоннинг чекланган мавжудлиги сабабли, носелекцияланган беморлар популяциясида таргетли терапияга қараганда юқори натижаларни намоён қилиши мумкин. Диссеминацияланган юмшоқ тўқималар саркомасини даволашда ҳам монокимиятерапия, ҳам комплекс химиятерапия қўлланилиши мумкин. Даволашни бошлаш (ёки давом эттириш) учун оптимал химиятерапия режимини танлаш, биринчи навбатда, химиятерапевтик препаратларнинг юмшоқ тўқималар саркомасига таъсир спектрига боғлиқ. Даволаш жараёнида беморлар, одатда, барча мавжуд препаратларни қабул қилиш имконига эга бўладилар, аммо тўлиқ терапевтик самарага эришиш ҳоллари камдан-кам учрайди. Даволаш режасини танлашда асосий мақсадларга эътибор қаратиш лозим, бу қуйида келтирилганидек, айниқса, ўсманинг гистологик подтипига ва беморнинг умумий соматик ҳолатига алоҳида аҳамият бериш талаб этилади.

- Неoadъювант химиятерапия маҳаллий тарқалган юмшоқ тўқималар саркомалари (G3, II–III босқич) билан касалланган беморларга тавсия этилади, агар улар учун аъзо сақловчи жарроҳлик даволаш режалаштирилган бўлса.

- Неoadъювант даволаш учун қуйидаги химиятерапия комбинациялари тавсия этилади:

- Доксорубицин + Ифосфамид – турли дозавий интервал вариантларида.

- Доксорубицин – монотерапия сифатида.

- VАС комбинацияси – Винкристин + Доксорубицин + Циклофосфан.

- VАС/IE комбинацияси – Ифосфамид + Этопозид.

- GemTax комбинацияси – Гемцитабин + Доцетаксел.

- Паклитаксел – монотерапия сифатида (80 мг/м², 1-, 8-, 15-кунлар, ҳар 4 ҳафтада).

Бу схемалар юқори хавфли ва стандарт химиятерапияга сезувчан бўлган юқори даражада хавфли саркома подтиплари бўлган беморлар учун тавсия этилади.

(Қуйида келтирилган аниқ схемаларни қаранг).

- Адъювант (профилактик) химиятерапия юқори хавфли (G3) юмшоқ тўқима саркомалари учун жарроҳлик даволаш босқичидан сўнг ўтказилиши тавсия этилади (СМТнинг химиятерапияга сезувчан бўлмаган подтиплари бундан мустасно). Агар даволаш натижасида патоморфоз 3–4 даражасига эришилган

бўлса, адъювант химиятерапияни ўтказиш тавсия этилади. Бошқа ҳолларда, юқори хавфли ва стандарт химиятерапияга сезувчан саркомалар учун профилактик химиятерапия ўтказиш масаласи тиббий консилиумда муҳокама қилиниши лозим.

- Диссеминацияланган юмшоқ тўқима саркомаларида асосий даволаш усули сифатида химиятерапия қўлланилиши тавсия этилади. Энг кўп қўлланиладиган препаратлар: Доксорубицин, Ифосфамид, Дакарбазин. Биринчи линия стандарти – доксорубицин + ифосфамид комбинацияси. 65 ёшдан катта беморлар учун танлов усули сифатида антрациклинлар билан монотерапия тавсия этилади. Агар беморнинг умумий ҳолати яхши бўлса ва ўсма томонидан кучли жавоб реакцияси кутилаётган бўлса, комбинацияли химиятерапия афзалроқ ҳисобланади. Терапия танлови бир қатор омилларга асосланиши керак: Ўсманинг морфологик тузилиши, Жараённинг локализацияси, Беморнинг ёши, Илгари ўтказилган даволаш муддатлари ва ҳажми.

- Синовиал саркома ва миксоид липосаркома химиятерапияга энг сезувчан саркомалар ҳисобланади: Миксоид липосаркома – доксорубицинга сезувчан, Синовиал саркома – алкилирувчи агентлар, масалан, ифосфамидга сезувчан. Қуйидаги саркома турлари химиятерапияга индивидуал ўзгарувчан сезувчанликка эга: Бачадон лейомиосаркомаси, Эндометриал стромал саркома, Миксофибросаркома, Дедифференцияланган липосаркома, Перефирик нерв қобиғининг хавфли ўсмалари. Бу ўсмаларда доксорубицин + ифосфамид ёки гемцитабин + доцетаксел икки компонентли режимлари қўлланилганда объектив самараларга эришиш мумкин.

Юмшоқ тўқима саркомаларида дори терапияси схемалари.

Монохимиотерапия:

- Доксорубицин 60-75мг/м² в/и ҳафтада 1 марта Доксорубицин 30мг/м² 1-3 кунлар
- Ифосфамид 5 мг/м² в/и ёки в/и инфузия 1-кун ёки 1,6-2,5г/м²/сут 5 кун давомида месна билан 20% + 100% ифосфамид дозаси билан бир вақтда
- Гемцитабин 1200 мг/м² камида 120 минут 1-чи ва 8-чи кунлар ҳар 21 кун инфузиянинг фиксацияланган тезлиги билан 9-10мг/м²/мин
- Трабектидин 1,4 мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида.
- Эрибулин 1,4 мг/м² в/и, 2-5 минут давомида 21-кунлик циклнинг 1,8-кунлари.

Полихимиотерапия схемалари:

- порт-система ўрнатиш.

1. AI

- Доксорубицин 75 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия 1 кун Ифосфамид 2,5г/м² в/и 3 соатлик инфузия 1-4-чи кун.
- Месна ишлатилиши тавсия этилади ифосфамид билан биргаликда геморрагик циститнинг олдини олиш мақсадида: - 1-кун–500 мг/м² ифосфамид билан бир вақтда, Кейинги 4 кун давомида 1500 мг/м² вена ичига, 24 соатлик инфузия шаклида юборилади.
- Интервал 3 ҳафта.

2. СуADIC

- Циклофосфан 500 мг/м² в/и 2 кун.
- Доксорубицин 50 мг/м² в/и 1 кун.
- Дакарбазин 250 мг/м² в/и 1-5 кунлар.

3. ADIC

- Доксорубицин 90 мг/м² в/и – 96 соатлик инфузия.
- Дакарбазин 900 мг/м² в/и - 96-соатлик инфузия, доксорубицин билан эритилган интервал 3-4 ҳафта.

4. MAID

- Доксорубицин 60 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия.
- Ифосфамид 2000 мг/м² в/и 4х соатлик инфузия 1-3-чи кунлар; 6000мг/м² – 72х соатлик инфузия.
- Месна общая доза 8000мг/м² в 96-соатлик инфузия.
- Дакарбазин 900мг/м² – 72 соатлик инфузия, доксорубицин билан бирга эритилган. Интервал 3-4 ҳафта.

5. GemTax

- Гемцитабин – 900 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи кун, Доцетаксел – 100 мг/м² в/и 8-чи кун
- Илгари химиятерапия қабул қилган беморлар учун гемцитабин + доцетаксел дозаларини камайтириш тавсия этилади: Гемцитабин – 675 мг/м² (1- ва 8-кунлар), Доцетаксел – 75 мг/м² (8-кун), Филграстим – 5–15-кунлар, терини остига (п/к).
Терапия интервали – 3 ҳафта.

6. VAI

- Винкристин 2мг в/и 1-чи кун.

- Доксорубицин 75 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия 1-кун, Ифосфамид 2,5г/м²г в/и 3 соатлик инфузия 1-4-чи кун.
- Месна 500мг/м² 1-чи кун ифосфамид билан бирга, сўнгра 1500мг/м² в/и 24-соатлик инфузия 4 кун давомида.

7. VADRIAC

- Винкрестин 1.5мг/м² в/и 1,8,15-чи кунлар дастлабки 2 курсда, кейинчалик фақат 1-чи кун.
- Циклофосфан 600 мг/м² в/и 1,2 кунлар.
- Доксорубицин 60 мг/м² в/и 48 соатлик инфузия интервал 3 ҳафта.
- Ифосфамид 1800мг/м² в/и 1-5-чи кунлар, месна 1-5-чи кунлар, Этопозид 100мг/м² в/и 1-5-чи кунлар. Интервал 3 ҳафта.
- Иринотекан 40мг/м² – 1-5-чи кунлар.

Таргет терапия:

- Дерматофибросаркома ва агрессив фиброматозни даволаш учун иматиниб тавсия этилади, 400 мг/кун, перорал (оғиз орқали), узлуксиз қабул қилиш тавсия қилинади.
- Пазопаниб 800 мг 1 марта кунда, оғиз орқали, узлуксиз қабул қилинади (прогрессиягача давом эттирилади). Қуйидаги ҳолатларда юмшоқ тўқима саркомалари (липосаркома ва GIST бундан мустасно) бўлган беморларга тавсия этилади: Неoadъювант ёки адъювант терапия бошланганидан кейин 12 ой ичида ўсма прогрессияси юз берган ҳолларда, - Метастатик саркома туфайли стандарт химиятерапия қабул қилган беморлар [1, В], [12].

Пазопаниб мультитирозинкиназ ингибитори бўлиб, VEGFR1, 2 ва 3, PDGFR α ва β , c-Kit ретсепторларига таъсир қилади. III фазага мансуб, рандомизацияланган, кўпмарказли, икки томонлама кўр-кўрона PALETTE тадқиқоти пазопанибнинг самарадорлигини плацебо билан солиштириб, унинг тарқалган юмшоқ тўқима саркомаларида (липосаркома ва GIST бундан мустасно) химиятерапия олган беморлар учун фойдали эканини кўрсатди. Пазопаниб қабул қилган беморлар гуруҳида плацебо билан солиштирганда уч марта узоқроқ вақт давомида ўсмасиз ҳаёт кечиришди (медиана 20 ҳафтага қарши 7 ҳафта, $p < 0,0001$) ва ўсма прогрессияси хавфи 65 фоизга камайди. Пазопанибнинг самарадорлиги плацебо гуруҳига нисбатан икки баробар юқори бўлиб, 73 фоизни ташкил этди (6 фоиз қисман жавоб ва 67 фоиз стабилизация) плацебо гуруҳида эса 38 фоиз (0 фоиз объектив жавоб ва 38 фоиз стабилизация) кузатилди. III фаза тадқиқотига кўра, пазопаниб липосаркома ва GISTдан ташқари юмшоқ тўқима саркомаларида 2-

йўналиш ва ундан кейинги босқичларда самарали даволаш усули сифатида тавсия этилади.

- Сунитиниб 37,5 мг ҳар куни қабул қилиш тавсия этилади. У юмшоқ тўқима саркомаларида 3-йўналиш ва ундан кейинги босқичларда қўлланилади. Даволаш самарадорлигини баҳолаш учун 2 ойдан сўнг назорат ўтказилиши керак.
- Сорафениб 400 мг кунига икки марта қабул қилиш тавсия этилади. У юмшоқ тўқима саркомаларида учинчи ва ундан кейинги босқичларда қўлланилади. Даволаш самарадорлигини баҳолаш учун 2 ойдан сўнг назорат ўтказилиши керак.

Десмоид типдаги (агрессив фиброматоз) юмшоқ тўқима ўсмаларининг дори терапияси:

Тамоксифен ± сулиндак

Тамоксифен

Метотрексат + винбластин

Доксорубицин

Иматиниб

Сорафениб

Метотрексат + винорельбин

Липосомал доксорубицин

Айрим кам учрайдиган юмшоқ тўқима саркома турлари стандарт химиятерапия схемаларига сезгир эмас. Бундай ҳолатларда даволашнинг биринчи йўналишида таргетли терапия ва/ёки иммунотерапия тайинлаш тавсия этилади.

Альвеоляр саркома

Сунитиниб

Пазопаниб

Пембролизумаб (NB! Юмшоқ тўқима саркомаларини даволашда Ўзбекистон Республикасида регистрация қилинмаган).

Дерматофибросаркома/бўртиб чиқувчи дерматофибросаркома:

Иматиниб

Агар дерматофибросаркома прогрессияси кузатилса, стандарт схемалар бўйича химиятерапия ўтказилиши тавсия этилади.

Даволаш бошланишидан олдин барча беморлар мултидисциплинар гуруҳ мутахассислари томонидан муҳокама қилиниши керак. Антрациклин асосидаги схемалар неоадъювант ва адъювант режимларда тавсия этилади. [13] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14586155/>).

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида тўловни қоплаш учун асос ҳисобланмайди.

6-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиз эҳтимолга эга)::

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Химиопрепаратлар	Липосомал доксорубицин	вена ичига	А
	Доксорубицин	вена ичига	А
	Циклофосфан	вена ичига	А
	Цисплатин	вена ичига	А
	Ифосфамид	вена ичига	А
	Метотрексат	вена ичига	А
	Кальция фолинат	вена ичига	А
	Этопозид	вена ичига	А
	Винкристин	вена ичига	А
	Карбоплатин	вена ичига	А
	Месна	вена ичига	А
	Гемцитабин	вена ичига	А
	Доцетаксел	вена ичига	А
	Паклитаксел	вена ичига	А
	Блеомицин	вена ичига	А
	Трабектидин	вена ичига	А
	Топотекан	вена ичига	А
	Иринотекан	вена ичига	А
	Тамоксифен	перорал	А
	Эрибулин	вена ичига	В
Дакарбазин	вена ичига	А	
Таргет препаратлар	Пазопаниб	перорал	В

	Иматиниб	перорал	В
	Сунитиниб	перорал	В
	Сорафениб	перорал	В
Иммунопрепаратлар	Пембролизумаб	вена ичига	В
Иммуномодулятор	Филграстим	тери остига	А
Юклаш (хавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%8B-%D0%BC%D1%8F%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85-%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%B9-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17758		

7-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичга	С
	Сульфаметоксозол /триметоприм	Вена ичига Ичга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичга	В
	Итраконазол	Ичга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичга	С
	Позаконазол	Ичга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичга	
	Амлодипин	Ичга	В

	Дротаверин	Вена ичига Ичга	
	Каптоприл	Ичга	В
	Лизиноприл	Ичга	В
	Лактулоза	Ичга	В
	Спиронолактон	Ичга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичга	-
	Фолиевая кислота	Ичга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Юклаш (хавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6.4. Жарроҳлик давоси

Кенг кесиб олиш ўсмани соғлом тўқималар ичида, футлярлик ва зоналик тамойилларини ҳисобга олган ҳолда олиб ташлаш стандарт жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. Янги ўсмадан камида бир сантиметр масофада олиб ташлаш минимал меъёр деб ҳисобланади. Ўсмани мушак фасцияси ёки муфтаси билан бирга олиб ташлашда чегара 1–5 сантиметрдан ортиқ бўлиши лозим. Агар мустаҳкам анатомик тўсиқлар мавжуд бўлса, масалан, мушак фасцияси, уст суяк, ёки мушакнинг пайли қисми, минимал чегарага йўл қўйилиши мумкин. Чекка кесиб олиш фақат айрим истисно ҳолларда кўриб чиқилади. Резекция чегаралари жарроҳлик муолажаси сифати баҳолашнинг асосий услуби бўлиб, уни хирург ва гистолог биргаликда аниқлайди. Биопсия зонаси ва тракти якуний жарроҳлик ҳажмига киритилиши керак.

Интраоперацион белгилаш асосида препарат чегараларини микроскопик ўрганиш мажбурий тавсия этилади.

Жарроҳлик аралашувлари тамойиллари:

- Ўсма билан бирга аввалги биопсия ўтказилган жой ҳам олиб ташланади.
- Саркома очик қолдирилмасдан олиб ташланади.
- Агар регионар лимфа тугунларида шикастланиш белгилари кузатилмаса, улар

олиб ташланмайди.

- Резекция чегаралари металлск скобкалар билан белгиланади (жарроҳликдан кейинги нур терапиясини режалаштириш ва ўсма тўлиқ олиб ташланмаган ҳолларда).

Юмшоқ тўқима саркомаларида асосий жарроҳлик операциялари турлари:

- Оддий кесиб олиш хавфли ўсмаларни морфологик диагностикаси доирасидагина қўлланилади.

- Кенг кесиб олиш. Бу операцияда ўсма анатомик зона доирасида, ягона блокда, псевдокапсула билан бирга ва кўзга кўринган чегарадан 4–6 см ёки ундан ортиқ масофада олиб ташланади. Кенг маҳаллий резекция паст хавфлилик даражасига эга, юзаки жойлашган, тери юзаси фасциясидан юқорида жойлашган ўсмаларда қўлланилади. Бундай ўсмаларга қуйидагилар киради:

- Кичкина фибросаркомалар

- Липосаркомалар

- Десмоидлар

- Дерматофибросаркомалар

Бу операция юқори хавфлилик даражасига эга саркомаларда ўтказилмайди.

- Радикал операция. Бу операция чуқур жойлашган, юқори хавфлилик даражасига эга саркомаларда амалга оширилади. Операция жараёнида ўсма ва уни ўраб турган соғлом тўқималар ягона блокда олиб ташланади, бунда фасциялар ва ўзгаришга учрамаган атроф мушаклари тўлиқ кесилади ва уларнинг маҳкамланиш жойида ажратилади. Зарур ҳолларда қон томирлар, нервлар, суяклар резекция қилиниб, шу заҳоти тегишли реконструктив-пластик операциялар ўтказилади. Бу жарроҳлик аралашуви қон томирлари, нервлар, суяклар ва бўғимларни қайта тиклашни талаб қилиши мумкин. Аъзо сақловчи ва функцияни максимал даражада асраб қолувчи жарроҳлик аралашувлари юмшоқ тўқималарнинг жойли тарқалган хавфли ўсмаларини даволашда фақат қўшма ва комплекс даволаш доирасида ўтказилади.

Операциянинг радикалик даражаси кесилган ўсма чегараларини нормал тўқималардан ажратиш учун тезкор интраоперацион гистологик текширув орқали назорат қилинади.

- Ампутациялар ва экзартикуляциялар. Ампутация ва экзартикуляция қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади: - Радикал аъзо сақловчи операцияни ўтказиш имкони бўлмаганда, бу қўл-оёқдаги катта зарарланиш ҳажми, шу жумладан бўғимлар, суяклар, йирик қон томирлар ва нервларнинг узок масофада ўсма жараёнига жалб қилинганлиги билан боғлиқ бўлса - Неоадьювант даволаш курслари самарасиз

бўлганда

Аъзо сақловчи амалиётларга қарши кўрсатмалар:

- ўсма жараёнига асосий томир-нерв тутами жалб қилинганда;
- патологик синишлар;
- ўсма соҳасидаги тўқималарнинг инфицирланиши;
- мушакларнинг кенг ўсма билан зарарланиши.

6.5 Давомий кузатув ва бошқарув тактикаси.

Даволанган беморларни динамик кузатуви:

- Даволаш тугатилгандан кейин биринчи йил – ҳар 3 ойда бир марта текширув
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта текширув
- Учинчи йилдан бошлаб – ҳар йили бир марта, 3 йил давомида

Текширув усуллари:

- Локал назорат – ҳар бир текширувда
- Регионар лимфа тугунларини пальпация қилиш – ҳар бир текширувда
- Кўкрак қафаси КТси – ҳар 3 ойда (1-йил), ҳар 6 ойда (2-йил), кейин йилига 1 марта (5 йилгача)
- Қорин бўшлиғи УТТси – ҳар 6 ойда (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда)
- Онколог назорати – яшаш жойи бўйича (ўсма олиб ташланган зона ва периферик лимфа тугунларини кўрикдан ўтказиш)
- Регионар лимфа оқими зоналари УТТси – 1-йилда ҳар 3 ойда, 2-йилда ҳар 6 ойда, 3-йилда йилига 1 марта

7. Даво самарадорлиги индикаторлари:

- Ўсмани ва метастазларнинг регрессияси бўйича объектив белгилари
- УЗИ натижаларида метастазлар ва қайталаниш йўқлиги
- КТ натижаларида узоқ метастазлар йўқлиги
- Қон, пешоб ва биохимик кўрсаткичларнинг қониқарли ҳолати

- Жарроҳликдан кейинги яранинг битиши
- Беморнинг нисбатан қониқарли умумий ҳолати

Даво самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта давомида.
- **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.
- **Стабилизация** – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.
- **Прогрессия** – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталашishi ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

**«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10	
Коди	Номланиши
С 47.0	– Бош, юз ва бўйин периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси.
С 47.1	– Қўлларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.2	– Оёқларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.3	– Кўкракнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.4	– Қориннинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.5	– Кичик чанок периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.6	– Тананинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.8	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг комбинирланган хавфли ўсмаси
С 47.9	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси, ҚАС (БДУ)
С 48.0	– қорин парда орти
С 48.1	– Қорин парданинг алоҳида қисмлари
С 48.2	– Қорин парда, ҚАС (БДУ)
С 48.8	– Қорин парда ортининг комбинирланган зарарланиши
С 49	– Бошқа турдаги бириктирувчи ва юмшоқ тўқималарнинг хавфли ўсмаси.
С 49.0	– Бош ва бўйиннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.1	– Қўлларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.2	– Оёқларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.3	– Кўкракнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари

С 49.4	– Қориннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.5	– Кичик чаноқнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.6	– Тананинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.8	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималарнинг комбинирланган зарарланиши
С 49.9	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималар, ҚАС (БДУ)

Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1342>

ХКТ-11

Коди	Номланиши
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ

2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B57	Капоши саркомаси, бирламчи ўчоқ
2B57.0	Ўпка Капоши саркомаси
2B57.1	Тери Капоши саркомаси
2B57.2	Ошқозон-ичак тракти Капоши саркомаси
2B57.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B57.Z	Аниқланмаган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B58	Лейомиосаркома, бирламчи ўчоқ
2B58.0	Қорин пардаси ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B58.1	Бачадон лейомиосаркомаси
2B58.2	Ошқозон лейомиосаркомаси
2B58.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги лейомиосаркома
2B58.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги лейомиосаркома
2B59	Липосаркома, бирламчи ўчоқ
2B59.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари липосаркомаси
2B59.1	Қорин пардаси ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B59.2	Эркактлар репродуктив аъзолари липосаркомаси
2B59.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B59.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B5A	Синовиал саркома, бирламчи ўчоқ
2B5A.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари синовиал саркомаси
2B5A.1	Кўкрак қафаси аъзолари синовиал саркомаси

2B5A.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5A.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5E	Периферик нервлар ёки вегетатив нерв тизими ниқобининг хавфли ўсмаси, бирламчи ўчоқ
2B5F	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома, бирламчи ўчоқ
2B5F.0	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган бачадон саркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Эпиплоон миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.2	Бошқа аниқланган жойлашувдаги, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5F.3	Бирламчи ўчоғи номаълум, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5G	Аниқланмаган бачадон бўлими миосаркомаси
2B5H	Юқори даражада дифференцирланган липоматоз ўсма, бирламчи ўчоқ
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

<https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-19.pdf>):

Юмшоқ тўқималар саркомалари – хавфли ўсмалар гуруҳи бўлиб, скелетдан ташқари юмшоқ ва бириктирувчи тўқималарда пайдо бўлади. Бундай ўсмалар гистопатологик хусусиятлари, клиник кўриниши ва ўсма жараёнининг кечишига ўхшашлиги сабабли ягона гуруҳ сифатида қаралади. [1-3]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020204/>).

Юмшоқ тўқима саркомалари (ЮТС) – бу бириктирувчи тўқима ўсмаларидир. Боғламлар, пайлар, мушаклар ва ёғ тўқимаси ўсмалари мезодерманинг примитив ҳужайраларидан келиб чиқади. Ушбу гуруҳга шунингдек, примитив эктодерма ҳужайраларидан (шваннома) ва томирларнинг эндотелиал ҳужайраларидан келиб чиққан ўсмалар ҳам киритилади. Ушбу ҳар хил ўсмалар морфологик тузилиши, пайдо бўлиш механизми ва клиник кўриниши ўхшашлиги сабабли бир гуруҳга

бирлаштирилган. Висцерал аъзолар саркомаси жуда кам учрайди, асосан буйрак, простата беzi, ўпка ва юракда аниқланади. Алоҳида саркомалар маммологияда ажратиб қаралади. Диагностика, классификация ва даволаш тактикасида микроскопик тузилиш, хавфлилик даражаси ва баъзи ҳолларда орган мансублиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Агар лейомиосаркома ҳақида гап кетса, у силлиқ мушак тўқимасидан келиб чиққан бўлиши эҳтимоли юқори, синовиал саркома эса одатда бўғим капсуласидан келиб чиқмайди.

Юмшоқ тўқима саркомаларининг ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Генетик мойиллик айрим ҳолларда аҳамият касб этади. Нейрофиброматоз (фон Реклингхаузен касаллиги)да тугунларнинг хавфли тус олиши кўп кузатилади. Бу аутосом-доминант касаллик бўлиб, кўп сонли нейрофибромалар, гигант невуслар ва невриногалар мавжудлиги билан характерланади. Нейрофиброматоз фонида нейрофибросаркома (10–15%) ва хавфли неврилемома (5%) ривожланиши мумкин. Лимфостаз баъзи юмшоқ тўқима саркомалари ривожланиш хавфини оширади. Хусусан, Стьюарт-Тревес синдроми – ангиосаркома, постмастэктомик қўл шишлари фонида, кўкрак беzi саратони туфайли даволанган аёлларда тасвирланган [16]

(https://seyitaligumustas.com/en/soft-tissue-sarcomas-malignant-soft-tissue-tumours?gad_source=1&gelid=CjwKCAiA6aW6BhBqEiwA6KzDc4H_BqBP2zrp4GdI2pHb2Z6IUQoSgHaEak1RCDMCn5JedI_gPy9bsBoCpp8QAvD_BwE). Маълум канцерогенларнинг юмшоқ тўқима саркомалари ривожланишига таъсири етарлича ўрганилмаган. Юмшоқ тўқима саркомаларининг нур терапиясидан сўнг пайдо бўлиш эҳтимоли мавжудлиги таъкидланиши лозим. Радиоиндуцирланган саркомалар нурланишдан кейин 6–30 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин (медиана 10 йил). Умумий нурланиш дозаси, фракциялаштириш режими ва радиация тури касаллик ривожланишига таъсир қилади. Алкилировчи агентлар (циклофосфамид ва ҳ.к.) нур терапияси билан биргаликда қўлланилганида иккинчи даражали хавфли ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади. [17] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11025461/>).

8-тур герпес вирусини фонида ВИЧ-инфекцияли беморларда ривожланган Капоши саркомаси классик ва африка вариантыда ҳам агрессив кечишга эга. [18] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14635020/>)

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, периферик ва вегетатив нерв тизими ўсмалари (С47), қорин парда орти ва қорин парда (С48) ҳамда бошқа бириктирувчи тўқималар (С49) ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан мувофиқ равишда 0,1, 0,4 ва 1,2 ни ташкил этган.

2023 йилда биринчи марта жами 31 нафар **периферик ва вегетатив нерв саркомаси** (С47) билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол

аниқланган ҳолатлар 0% ни ташкил этди. I босқичда 0%, II босқичда 35,5%, III босқичда 19,4%, IV босқичда 12,9% ҳолат қайд этилган. 32,3% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 152 нафар бемор турган ва касалмандлик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,4 ни ташкил этган. Республикада периферик ва вегетатив нерв саркомаларида 5 йиллик яшовчанлик даражаси 28,9%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 23,1% ни ташкил этади.

2023 йилда биринчи марта жами 429 нафар бошқа юмшоқ тўқима саркомалари (C49) билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 21,7% ни ташкил этди. I босқичда 9,8%, II босқичда 62,9%, III босқичда 15,6%, IV босқичда 7,2% ҳолат қайд этилган. 4,4% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 2343 нафар бемор турган ва касаллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 6,4 ни ташкил этган. Республикада бошқа юмшоқ тўқима саркомаларида 5 йиллик тирик қолиш даражаси 38,7%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 11,8% ни ташкил этади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда бошқа юмшоқ тўқима саркомалари туфайли 197 нафар бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,5 ўлим кўрсаткичинини ташкил этади.

2. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажа ва ёки жаррохлик амалиётининг қўлланилиши тартиби.

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсмани радикал олиб ташлаш;
- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш;
- ўсмани стабилизацияси, қисман ёки тўлиқ регрессияси;
- умумий ҳолатини яхшилаш;
- умумий яшовчанликни ошириш.

2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- беморнинг оғир ҳолати – ECOG III–IV;
- фаол босқичдаги туберкулез;
- декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касаллик;
- ўткир кечиктириб бўлмайдиган ғолатлар (миокард инфаркти, инсульт);
- септик ҳолатлар;
- қон кетиш хавфи билан, парчаланиш босқичидаги ўсмалар (нур терапия учун);

- психорган касалликлар (шизофрения, кучли тутқаноқ синдроми билан эпилепсия);
- Беморнинг Карновский шкаласи бўйича 60%дан кам бўлган оғир ҳолати.
- Декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касалликлар.

3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар;

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги юмшоқ тўқима саркомаларининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очиқ биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо юмшоқ тўқима саркомаларининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Медикаментоз (Кимё ва/ёки таргет, ва/ёки иммунотерапия) ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- жигар саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, юмшоқ тўқима саркомалари учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

4) Жарроҳлик даволаш тамойиллари

Жарроҳлик давосига кўрсатмалар:

- гистологик верификацияланган (ёки гистологик верификация қилиш мақсадида) операбел юмшоқ тўқима саркомалари;
- жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар йўқ бўлганда.

Юмшоқ тўқималар саркомаларида жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар:

- Беморда жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин бўлмаган ҳолат ва оғир ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги

- Нафас, юрак-қон томир ёки пешоб чиқариш тизимларида сурункали декомпенсацияланган ва/ёки ўткир функционал бузилишлар
- Умумий анестезияда ишлатиладиган дори воситаларига аллергия мавжудлиги

Кенг кесиб олиш ўсмани соғлом тўқималар ичида, футлярлик ва зоналик тамойилларини ҳисобга олган ҳолда олиб ташлаш стандарт жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. Янги ўсмадан камида бир сантиметр масофада олиб ташлаш минимал меъёр деб ҳисобланади. Ўсмани мушак фасцияси ёки муфтаси билан бирга олиб ташлашда чегара 1–5 сантиметрдан ортиқ бўлиши лозим. Агар мустақкам анатомик тўсиқлар мавжуд бўлса, масалан, мушак фасцияси, уст суяк, ёки мушакнинг пайли қисми, минимал чегарага йўл қўйилиши мумкин. Чекка кесиб олиш фақат айрим истисно ҳолларда кўриб чиқилади. Резекция чегаралари жарроҳлик муолажаси сифати баҳолашнинг асосий услуби бўлиб, уни хирург ва гистолог биргаликда аниқлайди. Биопсия зонаси ва тракти якуний жарроҳлик ҳажмига киритилиши керак.

Интраоперацион белгилаш асосида препарат чегараларини микроскопик ўрганиш мажбурий тавсия этилади.

Жарроҳлик аралашувлари тамойиллари:

- Ўсма билан бирга аввалги биопсия ўтказилган жой ҳам олиб ташланади.
- Саркома очик қолдирилмасдан олиб ташланади.
- Агар регионар лимфа тугунларида шикастланиш белгилари кузатилмаса, улар олиб ташланмайди.
- Резекция чегаралари металллик скобкалар билан белгиланади (жарроҳликдан кейинги нур терапиясини режалаштириш ва ўсма тўлиқ олиб ташланмаган ҳолларда).

Юмшоқ тўқима саркомаларида асосий жарроҳлик операциялари турлари:

- Оддий кесиб олиш хавфли ўсмаларни морфологик диагностикаси доирасидагина қўлланилади.
- Кенг кесиб олиш. Бу операцияда ўсма анатомик зона доирасида, ягона блокда, псевдокапсула билан бирга ва кўзга кўринган чегарадан 4–6 см ёки ундан ортиқ масофада олиб ташланади. Кенг маҳаллий резекция паст хавфлилик даражасига эга, юзаки жойлашган, тери юзаси фасциясидан юқорида жойлашган ўсмаларда қўлланилади. Бундай ўсмаларга қуйидагилар киради:

- Кичкина фибросаркомалар
- Липосаркомалар

- Десмоидлар
- Дерматофибросаркомалар

Бу операция юқори хавфлилик даражасига эга саркомаларда ўтказилмайди.

- Радикал операция. Бу операция чуқур жойлашган, юқори хавфлилик даражасига эга саркомаларда амалга оширилади. Операция жараёнида ўсма ва уни ўраб турган соғлом тўқималар ягона блокда олиб ташланади, бунда фасциялар ва ўзгаришга учрамаган атроф мушаклари тўлиқ кесилади ва уларнинг махкамланиш жойида ажратилади. Зарур ҳолларда қон томирлар, нервлар, суяклар резекция қилиниб, шу заҳоти тегишли реконструктив-пластик операциялар ўтказилади. Бу жарроҳлик аралашуви қон томирлари, нервлар, суяклар ва бўғимларни қайта тиклашни талаб қилиши мумкин. Аъзо сақловчи ва функцияни максимал даражада асраб қолувчи жарроҳлик аралашувлари юмшоқ тўқималарнинг жойли тарқалган хавфли ўсмаларини даволашда фақат қўшма ва комплекс даволаш доирасида ўтказилади.

Операциянинг радикаллик даражаси кесилган ўсма чегараларини нормал тўқималардан ажратиш учун тезкор интраоперацион гистологик текширув орқали назорат қилинади.

- Ампутациялар ва экзартикуляциялар. Ампутация ва экзартикуляция куйидаги ҳолатларда тавсия этилади: - Радикал аъзо сақловчи операцияни ўтказиш имкони бўлмаганда, бу қўл-оёқдаги катта зарарланиш ҳажми, шу жумладан бўғимлар, суяклар, йирик қон томирлар ва нервларнинг узоқ масофада ўсма жараёнига жалб қилинганлиги билан боғлиқ бўлса - Неоадьювант даволаш курслари самарасиз бўлганда

Аъзо сақловчи амалиётларга қарши кўрсатмалар:

- ўсма жараёнига асосий томир-нерв тутами жалб қилинганда;
- патологик синишлар;
- ўсма соҳасидаги тўқималарнинг инфицирланиши;
- мушакларнинг кенг ўсма билан зарарланиши.

Юмшоқ тўқима саркомаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг асослантрилиши.

- Маҳаллий тарқалган, паст хавфлилик даражасига эга юмшоқ тўқима саркомалари ва G2-3 даражали, 5 см дан кичик ўсмаларда жарроҳлик аралашуви тавсия этилади. Шунингдек, юқори хавфли жойли кенг тарқалган саркомаларда кўп компонентли даволашнинг мажбурий босқичи сифатида жарроҳлик аралашуви амалга оширилиши керак.

(<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-46.pdf>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

Изоҳлар: ўсмани соғлом тўқималар чегарасида кенг кесиб олиш, футлярлик ва зоналик тамойилларини ҳисобга олган ҳолда олиб ташлаш стандарт жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. Янги ўсмадан камида бир сантиметр масофада олиб ташлаш минимал меъёр деб ҳисобланади. Ўсмани мушак фасцияси ёки муфтаси билан бирга олиб ташлашда чегара 1–5 сантиметрдан ортиқ бўлиши лозим. Агар мустаҳкам анатомик тўсиқлар мавжуд бўлса, масалан, мушак фасцияси, уст суяк ёки мушакнинг пайли қисми, минимал чегарага йўл қўйиши мумкин. Краёвое иссечение фақат айрим истисно ҳолларда кўриб чиқилади. Резекция чегаралари жарроҳлик муолажаси сифати баҳолашнинг асосий услуби бўлиб, уни хирург ва гистолог биргаликда аниқлайди. Биопсия зонаси ва тракти якуний жарроҳлик ҳажмига киритилиши керак [20]

- Интраоперацион белгилаш асосида препарат чегараларини микроскопик ўрганиш мажбурий тавсия этилади [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27891213/>)

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

Изоҳлар: Микроскопик мусбат чегара мавжудлиги қайта кесиб олиш ва/ёки жарроҳликдан кейинги нур терапияси ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади. Ўсма ўрни хирург томонидан кейинги нур терапияси майдонларини аниқлаш мақсадида белгиланиши керак. Жарроҳликдан олдинги ва/ёки кейинги нур терапияси билан қўшиб ўтказилган кенг аъзо сақловчи операциялар юқори дифференцияланган қўлоёқ саркомаларида яхши натижалар беради.

- Интраоперацион нур терапиясини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини айрим клиник ҳолатларда муҳокама қилиш тавсия этилади. [25] (<https://ro-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13014-016-0751-2>). Усулни қўллаш зарурияти тиббий консилиум томонидан аниқланади. Даволаш фақат ихтисослаштирилган онкоортопедик клиникаларда ўтказилиши мумкин.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Кенг қўламли операциялар (ампутация, экзартикуляция ва бошқалар) фақат радикаликка (R0 ёки R1) эришиш техник жиҳатдан имконсиз бўлган ҳолларда ўтказилиши тавсия этилади. [20]

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси -

4)

• Барча беморларда жарроҳлик аралашуви олдидан унинг ҳажмини режалаштириш тавсия этилади. Хусусан, олиб ташланадиган тўқималар чегаралари, мушаклар, суяклар, қон томирлар ва нервларнинг резекция даражаси аниқланиши лозим. Бу радикал аралашувлар сонини оширишга, шунингдек, таянч ва қопловчи тўқималарни қайта тиклаш жараёни ҳажмини олдиндан белгилашга имкон беради. [19]

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4)

Изоҳлар: Бирламчи юмшоқ тўқима саркомаларини радикал жарроҳлик билан даволаш маҳаллий рецидивлар эҳтимолини 15 фоизгача камайтириши имконини беради. Радикал жарроҳликнинг талаблари аралашув ҳажмининг турлича бўлишига асосланади, шу жумладан бир ёки икки мушак-фасциал футлярни олиб ташлаш, йирик қон томир пучкини резекция қилиши, суяк тузилмалари резекцияси, кенг кўкрак ва қорин девори резекцияси, умуртқа тузилмалари, чаноқ суяклари резекцияси ва бошқаларни ўз ичига олади. Ҳар бир аралашувни олдиндан онкоортопед, нейрохирург, пластик жарроҳ, микрохирург, абдоминал ва торакал жарроҳлар, радиолог ва химиятерапевт иштирокида режалаштириши зарур. Барча онкоортопедик жарроҳлик ёрдами тўлиқ ҳажмда фақат йирик саркома марказларида амалга оширилиши мумкин.

• Жарроҳликдан кейин юқори инфекция хавфи мавжуд бўлган ҳолларда, жарроҳлик аралашувидан сўнг 5–7 кун давомида узоқ муддатли антибактериал профилактика ўтказиш тавсия этилади [23] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31966954/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Комментарии: Катта тўқима ҳажмини олиб ташлаш ва реконструктив-пластик босқични талаб қилувчи жарроҳлик, 1000 мл дан ортиқ қон йўқотиши, дренаж найчасининг узоқ вақт туриши, олдинги химиятерапия ва нур терапияси инфекция асоратлар хавфини 12–15 фоизгача оширади. Турли манбаларга кўра, жарроҳликдан кейин 5–7 кун давомида антибиотиклар қўллаш инфекция асоратлар хавфини камайтириши мумкин. Имплантацияланган металл конструкциялар ёки сунъий материаллар (қон томир пластикаси, сетка ёки пластиналар билан тиклаш) қўлланилган беморлар алоҳида гуруҳ сифатида қаралади. Юқори инфекция хавфи мавжуд бўлган ҳолларда, имплант ўрнатилган беморларга юқори хавфли антибактериал профилактика ўтказиш тавсия этилади. [22] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23131428/>). Хавф омиллари

қўйидагиларни ўз ичига олади: юқори хавфли ўсмалар, ўсманинг чуқур жойлашуви, неоадъювант химиятерапиядан кейинги иммунитет сусайиши, олдинги нур терапияси, етарли даражада ўтказилмаган антибиотик профилактикаси, кортикостероидлар қабул қилиши, катта яра юзаси, операция вақтининг узоқ давом этиши (3 соатдан ортиқ), 0,5 ОЦКдан ортиқ қон йўқотиши, яранинг иккинчи даражали битиши, тери некрозлари, қўшимча жарроҳлик манипуляциялари, ҳамроҳ касалликлар (анемия, қандли диабет ва бошқалар).

4) муолажа ва аралашув ўтказётган мутахассисга талаблар:

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг абдоминал онкология, кимётерапевтик ва радиологик бўлимларида ишлайдиган ходимлар зарур ҳужжатлар билан тасдиқланган тегишли билим ва малакага эга бўлиши ва А гуруҳи ходимларига тегишли бўлиши ва операцион блокда ишлаш, радиоактив ва ионлаштирувчи манбалар билан ишлаш имкониятига эга бўлиши, радиация, шунингдек, умумий онкология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «умумий онкология», «Кимё терапия», «нур терапия» (радиацион онкология) мутахассисликлари бўйича сертификати бўлган, ихтисослиги бўйича камида 5 йиллик стажи бўлган, сўнгги 5 йил ичида камида 216 соат давомида абдоминал онкология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширирган мутахассис;

- Нур терапияси учун физика бўйича олий маълумотли ва/ёки олий техник маълумотга эга, мутахассислик бўйича камида 3 йиллик иш тажрибасига эга, чизиқли тезлатгичлар билан ишлаш бўйича камида 2 йиллик тажрибага эга бўлган мутахассис.

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугухини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);

7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
- 10.Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
- 11.Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
- 12.Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти, ичак туткичи, периферик лимфа тугунлари);
- 13.Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чаноқ МСКТси;
- 14.Кичик чаноқ МРТси;
- 15.Бош мия МРТси;
- 16.Цистография;
- 17.Ўсмадан мақсадли биопсия;
- 18.Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 19.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 20.Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
- 21.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабиликни молекуляр-генетик текшируви;
- 22.ЭКГ;
- 23.ЭхоКГ;
- 24.Бутун тана ПЭТ/КТси**;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP

9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер
11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Коптокчалар фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
14. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
15. Ортопантомограмма;
16. Бош, бўйин КТси;
17. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
18. Бронхоскопия;
19. Колоноскопия;
20. Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;
21. Спирография;
22. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Қасалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (умумий онкожарроҳ) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари

Ушбу қоидалар онкологик шифохонанинг (онкологик марказ ва унинг филиаллари), онкологик касалликларга чалинган беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган бошқа тиббий ташкилотнинг (кейинчалик - тиббиёт ташкилотлари) жарроҳлик даволаш усуллари онкологик бўлимлари (кейинчалик - бўлим) фаолиятини ташкил этиш тартибни белгилайди.

Бўлим онкологик касалликларга чалинган беморларга жарроҳлик усуллари мустақил даволаш тури сифатида тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида тиббий ташкилотнинг таркибий бўлинмаси сифатида ташкил этилган бўлиб, "онкология", "умумий онкология", "кимётерапия", "радиология" ишлар (хизматлар) учун тиббий фаолиятни амалга ошириш учун лицензия асосида фаолият юритади.

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

Бўлимлар камида 70 онкологик ётоқ ўринли тиббий ташкилотда ташкил этилади, агар улар мулкый мажмуа ичида жойлашган бўлса, функционал ва технологик жиҳатдан қуйидаги бўлим билан бирлаштирилган бўлса:

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

Бўлим беморларни доимий равишда кузатиб бориш учун онколог ва бўлим ҳамширасидан иборат навбатчи гуруҳ томонидан кечаю кундуз назорат билан таъминланиши керак.

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- Кўрув хонаси;
- Бўлим мудири хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;

- муолажа хонаси;
- хуқнахона;
- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

Нур терапия ўтказиш учун:

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;
- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;

- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;

- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.

- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Бемор томонидан тайёрланган томографик тасвирлар ва кўрсатмалар асосида, шунингдек беморни текшириш натижасида касалликнинг ўчоғи ва тананинг умумий ҳолати аниқланади, кимётерапия ва / ёки нур терапиясининг мақсадга мувофиқлиги ҳисобланади.

Биринчи ташриф куни кимётерапевт ва / ёки нур терапия онкологи томонидан тиббий кўриқдан ўтилади ва керакли текширувларни тайинлайди.

Шифокор беморга унинг касаллигининг хусусиятларини ва даволаш усулини тушунарли тарзда тушунтиради, бемордан симптомлар ҳақида батафсил сўраб суриштиради ва барча мавжуд маълумотларга асосланиб қарор қабул қилади.

Касалликнинг ҳолатига қараб, кимёвий терапия ва/ёки нур терапияси ноўрин деб ҳисобланиши мумкин.

Кимёвий ва/ёкинур терапияси курсини тайинлаш кимётерапевт ва / ёки радиолог томонидан ва беморнинг ёзма розилиги билан ҳал қилинади.

Даволаш режими клиник кўрсатмалар ва тадқиқот протоколларига мувофиқ белгиланади. Терапевтик дозалар ўсманинг гистологик турига, локализациясига, босқичига ва тарқалишига қараб танланади.

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясини ўтказиш тўғрисида қарор беморни кенг қамровли текширувдан, аниқ ташхисдан сўнг қабул қилинади. Жараён олдида бемор премедикация қилинади — организмга қилиниши кутилаётган даволанишни яхши кўтариши учун бир қатор дорилар қўлланилади:

- гепатопротекторлар;
- қайт қилишга қарши дорилар;

- иммуномодуляторлар;
- пробиотиклар ва бошқалар.

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясининг ҳар бир курсидан олдин бемор бир қатор қон ва сийдик синовларидан ўтади, агар керак бўлса, муайян ҳолатга қараб баъзи органларнинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

- «ўсманинг жавоби» – ўтказилган даводан кейинги ўсманинг регрессияси;

Тўлиқ самара – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта давомида.

Қисман самара – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.

Стабилизация – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.

Прогрессия – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталашishi ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- инсоннинг рухий, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари «ҳаёт сифати» ва бемор организмнинг физик ҳолати.

**«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10	
Коди	Номланиши
С 47.0	– Бош, юз ва бўйин периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси.
С 47.1	– Қўлларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.2	– Оёқларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.3	– Кўкракнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.4	– Қориннинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.5	– Кичик чаноқ периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.6	– Тананинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.8	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг комбинирланган хавфли ўсмаси
С 47.9	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси, ҚАС (БДУ)
С 48.0	– қорин парда орти
С 48.1	– Қорин парданинг алоҳида қисмлари
С 48.2	– Қорин парда, ҚАС (БДУ)
С 48.8	– Қорин парда ортининг комбинирланган зарарланиши
С 49	– Бошқа турдаги бириктирувчи ва юмшоқ тўқималарнинг хавфли ўсмаси.
С 49.0	– Бош ва бўйиннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.1	– Қўлларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.2	– Оёқларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.3	– Кўкракнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари

C 49.4	– Қориннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.5	– Кичик чаноқнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.6	– Тананинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.8	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималарнинг комбинирланган зарарланиши
C 49.9	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималар, ҚАС (БДУ)

Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1342>

ХКТ-11

Коди	Номланиши
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ

2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B57	Капоши саркомаси, бирламчи ўчоқ
2B57.0	Ўпка Капоши саркомаси
2B57.1	Тери Капоши саркомаси
2B57.2	Ошқозон-ичак тракти Капоши саркомаси
2B57.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B57.Z	Аниқланмаган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B58	Лейомиосаркома, бирламчи ўчоқ
2B58.0	Қорин пардаси ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B58.1	Бачадон лейомиосаркомаси
2B58.2	Ошқозон лейомиосаркомаси
2B58.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги лейомиосаркома
2B58.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги лейомиосаркома
2B59	Липосаркома, бирламчи ўчоқ
2B59.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари липосаркомаси
2B59.1	Қорин пардаси ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B59.2	Эркактлар репродуктив аъзолари липосаркомаси
2B59.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B59.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B5A	Синовиал саркома, бирламчи ўчоқ
2B5A.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари синовиал саркомаси
2B5A.1	Кўкрак қафаси аъзолари синовиал саркомаси

2B5A.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5A.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5E	Периферик нервлар ёки вегетатив нерв тизими ниқобининг хавфли ўсмаси, бирламчи ўчоқ
2B5F	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома, бирламчи ўчоқ
2B5F.0	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган бачадон саркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Эпиплоон миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.2	Бошқа аниқланган жойлашувдаги, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5F.3	Бирламчи ўчоғи номаълум, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5G	Аниқланмаган бачадон бўлими миосаркомаси
2B5H	Юқори даражада дифференцирланган липоматоз ўсма, бирламчи ўчоқ
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Юмшоқ тўқималар саркомалари – хавфли ўсмалар гуруҳи бўлиб, скелетдан ташқари юмшоқ ва бириктирувчи тўқималарда пайдо бўлади. Бундай ўсмалар гистопатологик хусусиятлари, клиник кўриниши ва ўсма жараёнининг кечишига ўхшашлиги сабабли ягона гуруҳ сифатида қаралади. [1-3]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020204/>).

Юмшоқ тўқима саркомалари (ЮТС) – бу бириктирувчи тўқима ўсмаларидир. Боғламлар, пайлар, мушаклар ва ёғ тўқимаси ўсмалари мезодерманинг примитив ҳужайраларидан келиб чиқади. Ушбу гуруҳга шунингдек, примитив эктодерма ҳужайраларидан (шваннома) ва томирларнинг эндотелиал ҳужайраларидан келиб чиққан ўсмалар ҳам киритилади. Ушбу ҳар хил ўсмалар морфологик тузилиши, пайдо бўлиш механизми ва клиник кўриниши ўхшашлиги сабабли бир гуруҳга бирлаштирилган. Висцерал аъзолар саркомаси жуда кам учрайди, асосан буйрак,

простата беги, ўпка ва юракда аниқланади. Алоҳида саркомалар маммологияда ажратиб қаралади. Диагностика, классификация ва даволаш тактикасида микроскопик тузилиш, хавфлилик даражаси ва баъзи ҳолларда орган мансублиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Агар лейомиосаркома ҳақида гап кетса, у силлиқ мушак тўқимасидан келиб чиққан бўлиши эҳтимоли юқори, синовиал саркома эса одатда бўғим капсуласидан келиб чиқмайди.

Юмшоқ тўқима саркомаларининг ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Генетик мойиллик айрим ҳолларда аҳамият касб этади. Нейрофиброматоз (фон Реклингхаузен касаллиги)да тугунларнинг хавфли тус олиши кўп кузатилади. Бу аутосом-доминант касаллик бўлиб, кўп сонли нейрофибромалар, гигант невуслар ва невринолалар мавжудлиги билан характерланади. Нейрофиброматоз фонида нейрофибросаркома (10–15%) ва хавфли неврилемома (5%) ривожланиши мумкин. Лимфостаз баъзи юмшоқ тўқима саркомалари ривожланиш хавфини оширади. Хусусан, Стюарт-Тревес синдроми – ангиосаркома, постмастэктомик қўл шишлари фонида, кўкрак беги саратони туфайли даволанган аёлларда тасвирланган [16]

(https://seyitaligumustas.com/en/soft-tissue-sarcomas-malignant-soft-tissue-tumours?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA6aW6BhBqEiwA6KzDc4H_BqBP2zrp4GdI2pHb2Z6IUQoSgHaEak1RCDMCn5JedI_gPy9bsBoCpp8QAvD_BwE). Маълум канцерогенларнинг юмшоқ тўқима саркомалари ривожланишига таъсири етарлича ўрганилмаган. Юмшоқ тўқима саркомаларининг нур терапиясидан сўнг пайдо бўлиш эҳтимоли мавжудлиги таъкидланиши лозим. Радиоиндуцирланган саркомалар нурланишдан кейин 6–30 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин (медиана 10 йил). Умумий нурланиш дозаси, фракциялаштириш режими ва радиация тури касаллик ривожланишига таъсир қилади. Алкилировчи агентлар (циклофосфамид ва ҳ.к.) нур терапияси билан биргаликда қўлланилганида иккинчи даражали хавфли ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади. [17] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11025461/>).

8-тур герпес вируси фонида ВИЧ-инфекцияли беморларда ривожланган Капоши саркомаси классик ва африка вариантида ҳам агрессив кечишга эга. [18] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14635020/>)

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, периферик ва вегетатив нерв тизими ўсмалари (С47), қорин парда орти ва қорин парда (С48) ҳамда бошқа бириктирувчи тўқималар (С49) ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан мувофиқ равишда 0,1, 0,4 ва 1,2 ни ташкил этган.

2023 йилда биринчи марта жами 31 нафар **периферик ва вегетатив нерв саркомаси** (С47) билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 0% ни ташкил этди. I босқичда 0%, II босқичда 35,5%, III

босқичда 19,4%, IV босқичда 12,9% ҳолат қайд этилган. 32,3% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 152 нафар бемор турган ва касалмандлик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,4 ни ташкил этган. Республикада периферик ва вегетатив нерв саркомаларида 5 йиллик яшовчанлик даражаси 28,9%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 23,1% ни ташкил этади.

2023 йилда биринчи марта жами 429 нафар бошқа юмшоқ тўқима саркомалари (C49) билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 21,7% ни ташкил этди. I босқичда 9,8%, II босқичда 62,9%, III босқичда 15,6%, IV босқичда 7,2% ҳолат қайд этилган. 4,4% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 2343 нафар бемор турган ва касаллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 6,4 ни ташкил этган. Республикада бошқа юмшоқ тўқима саркомаларида 5 йиллик тирик қолиш даражаси 38,7%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 11,8% ни ташкил этади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда бошқа юмшоқ тўқима саркомалари туфайли 197 нафар бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,5 ўлим кўрсаткичинини ташкил этади.

2) Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%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) (профилактология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»[53] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир[54] [55].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [56]:

- Индивидуал ва жамоат (ижтимоий);
- Бирламчи, иккиламчи ва учламчи.

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[56].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади[54] [57] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [58], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [59] тадбирларни

ҳам назарда тутати. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [60] [61].

Профилактик чора-тадбирлар соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим таркибий қисми бўлиб, аҳоли ўртасида тиббий-ижтимоий фаоллик ва соғлом турмуш тарзини рағбатлантиришга қаратилган.

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [62] [63].

Тиббий реабилитация (манбани юклаб олиш учун ҳавола: 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) (лот. *rehabilitatio*, тиклаш [64]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [65] [66] [67].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [68].

Тиббий реабилитация реабилитациянинг бошқа турлари — жисмоний, психологик, меҳнат, ижтимоий, иқтисодий турлари билан чамбарчас боғлиқ.

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

Саломатлик ҳолатига, касаллик ёки оғир патология учун хавф омилларининг мавжудлигига қараб, профилактиканинг 3 турини кўриб чиқиш мумкин.

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради [71]. Саломатликни мустаҳкамлаш

тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [71]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [70].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир [69].
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [69].

Пререабилитация (prehabilitation) – ташхис қўйилган пайтдан бошлаб даволаш бошланишигача (жарроҳлик даволаш/кимётерапия/радиотерапия) реабилитация.

Реабилитациянинг I босқичи – асосий касалликнинг профилига мувофиқ тиббий ташкилотларнинг бўлимларида асосий касалликни ихтисослашган давоси (шу жумладан жарроҳлик даволаш / кимётерапия/ радиотерапия) даврида реабилитация қилишдир;

Реабилитациянинг II босқичи – тиббий ташкилотларнинг (реабилитация марказлари, реабилитация бўлимлари) стационар шароитида, касалликнинг эрта тикланиш даврида, кеч реабилитация даврида, касалликнинг қолдиқ белгилари даврида реабилитация.

Реабилитациянинг III босқичи – реабилитация, физиотерапия, физиотерапия, рефлексология, кўлда терапия, психотерапия, тиббий психология бўлимларида (кабинетларда), нутқ терапевтининг (ўқитувчи–дефектолог) хоналари. амбулатория шароитида, кундузги шифохоналарда, шунингдек уйга

борувчи бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт ташкилотлари шароитида) эрта ва кеч реабилитация даврларида, касалликнинг қолдиқ ҳодисалари даврида реабилитация.

2.2 Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунда юмшоқ тўқима саркомасининг профилактикаси тўлиқ ўрганилмаган.

Канцеропревенция бўйича барча чора-тадбирларни шартли равишда учга бўлиш мумкин [72].

— **Бирламчи профилактика:** хавф омилларини бартараф этиш ёки таъсирини камайтириш, организмнинг хавф омилларига нисбатан резистентлигини ошириш.

— **Иккиламчи профилактика:** касалликни (асосан скрининг орқали) эрта доклиник босқичларда аниқлаш ва даволаш.

— **Учламчи профилактика:** радикал даволашдан кейинги реабилитация ва кузатув, шунингдек, метакрон саратонини ўз вақтида аниқлаш.

Юмшоқ тўқима саркомасининг профилактикасини қуйидаги тўрт асосий йўналишда кўриб чиқиш мумкин:

— Турмуш тарзини модификация қилиш.

— Юмшоқ тўқима саркомасини эрта босқичда аниқлаш учун скрининг ўтказиш.

— Илгари аниқланган предсаркоматоз ҳолатларга эга беморларни кузатиш.

— Радикал жарроҳлик даволашидан кейин метакрон юмшоқ тўқима саркомасининг олдини олиш ва эрта ташхис қилиш.

Юмшоқ тўқима саркомасининг предрак ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш.

Юмшоқ тўқима саркомалари иккиламчи профилактикаси — бу предрак ҳолатлари бўлган беморларни кузатишга қаратилган чора-тадбирлар комплекси. Бу тадбирларнинг асосий мақсади — ўсма жараёнининг эрта босқичларида ўсмани аниқлаш.

Бирламчи профилактикадан фарқли ўлароқ, иккинчи профилактика жуда кўп молиявий ресурслар ва тиббий сарф-харажатларни талаб қилади. Бунинг самарадорлиги, асосан, замонавий тиббий технологиялар, шифокорларнинг яхши

тайёргарлиги, радиологик, ультратовушли ва морфологик диагностика учун стандартлаштирилган протоколларнинг мавжудлигига боғлиқ.

Учламчи профилактика:

- Рецидив ва метастазларни олдини олиш, эрта аниқлаш ва даволашдир;
- Тўлиқ овқатланиш режимини қўллаш, витаминлар ва протеинларга бой овқатлар, зарарли одатлардан (тамаки чекмаслик, алкоголь истеъмол қилмаслик) воз кечиш, вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг профилактикаси, онкологда мунтазам профилактик кўриклар, мунтазам диагностика жараёнлари (ўпка рентгенографияси, жигар, буйрак, бўйин лимфа тугунлари УТТси).

Юмшоқ тўқима метакрон саркомаларини профилактикаси ва эрта аниқлаш

Юмшоқ тўқима метакрон ўсмаларани эрта аниқлаш учун регуляр рентгенологик (шу жумладан МСКТ) ва ультратовуш текширув йилига 1-2 марта частотада тавсия қилинади.

3. Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.:

• Юмшоқ тўқималар саркомаси бўйича радикал даволаш тугаганидан кейин кузатувни қуйидаги даврийликда амалга ошириш ва касалликнинг илгарилаб кетишини эрта аниқлаш учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш **тавсия этилади**. [74, 75, 76]:

– Анамнез тўплаш ва жисмоний кўрик – ҳар 3–6 ойда, кейин эса ҳар 6–12 ойда бир марта;

– АФП даражасини аниқлаш (агар дастлаб юқори бўлган бўлса) – дастлабки 2 йил давомида ҳар 3–4 ойда, кейин эса ҳар 6–12 ойда бир марта;

– қорин бўшлиғи аъзолари УТТси – ҳар 3-4 ойда 1 марта;

– Қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ёки МРТ текшируви вена ичига контраст модда юбориш орқали – ҳар 3–6 ойда;

– Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси – ҳар 12 ойда

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳлар: *Кузатувнинг вазифаси – даволаш тугаганидан сўнг касалликнинг илгарилаб кетишини эрта аниқлашдир. Бу резектабел метастатик ўчоқларни*

эрта жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш, рецидив ўсимталарни абляция қилиш ва/ёки химиоэмболизация қилиш ҳамда дори-дармонли ўсимтага қарши даволашни ўз вақтида бошлаш мақсадида амалга оширилади.

• Юмшоқ тўқималар саркомаси бўйича ўсимтага қарши даволанишни ўтаётган беморларни кузатишда касалликнинг илгарилаб кетишини эрта аниқлаш учун қуйидаги даврийликка риоя қилиш ва қуйидаги усуллардан фойдаланиш **тавсия этилади.** [74, 75, 76]:

1) Касаллик ва даволаш анамнезини тўплаш, шунингдек, ҳамроҳ патология ҳақидаги маълумотлар ва физикал кўрик;

2) Тўлиқ клиник қон таҳлили (лейкоцитар формула, тромбоцитлар сони);

3) қон биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, альбумин, глюкоза, АСТ, АЛТ, ишқорий фосфатазани аниқлаш);

4) коагулограмма (Халқаро нормализацияланган нисбат - МНО);

5) АФП миқдорини аниқлаш– ҳар 3-4 ойда;

6) қорин бўшлиғи аъзолари УТТси – ҳар 3-4 ойда;

7) эзофагогастроуденоскопия – ҳар 6 ойда;

8) Мултифазали КТ ёки МРТ текшируви қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичига контраст модда юбориш орқали – ҳар 3–4 ойда.;

9) Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси – ҳар 6 ойда.;

10) бутун тана суяклари сцинтиграфияси – кўрсатмалар асосида.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

2.3. Профилактика усули ва муолажалари:

1) Профилактиканинг мақсади:

Юмшоқ тўқима саркомасининг ривожланишини олдини олиш, унинг пайдо бўлиш хавфини камайтириш ва бартараф этиш, даволашдан кейин касаллик асоратларининг эрта аниқланиши ва олдини олиш.

2) Бирламчи профилактика:

Юмшоқ тўқима саркомаларига махсус профилактика мавжуд эмас. Эрта аниқлаш мақсадида, хавф гуруҳига кирувчи беморлар (1-тип нейрофиброматоз, Ли-Фраумени синдроми, Гарднер синдроми, орган трансплантациясидан кейинги иммуносупрессив терапия, қўл-оёқ лимфедемаси) ҳар йили назорат кўриклардан ўтишлари керак.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Улар барча беморлар учун мўлжалланган, шахсий тарзда ўтказилади, ҳар доим ва ҳар жойда амалга оширилади (хусусан, касаллик ремиссиясида, радикал даволашдан кейин ва хавф омиллари мавжуд бўлган ҳолларда).

3) Юмшоқ тўқима саркомалари скрининги

Кегн кўламли фуқаролик аҳоли скрининг дастурлари юмшоқ тўқима саркомаси учун мавжуд эмас ва оммавий популяцион скрининг рақнинг ўлим даражасини камайтиришга олиб келмайди ва иқтисодий жиҳатдан самарасиздир.

Ўзбекистонда юмшоқ тўқима саркомасига скрининг дастурлари мавжуд эмас.

Иккиламчи профилактика - саркома юмшоқ тўқималарида иккинчи профилактик чора-тадбирлар профилактик кўриқлар, касалликни эрта аниқлаш мақсадида текширувларни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика учун ультратовуш, радиологик (МСКТ/МРТ) текширувлардан фойдаланилади.

Учламчи профилактика ёки саркома юмшоқ тўқималарини реабилитация қилиш:

Даволашдан сўнг беморларнинг реабилитация чора-тадбирлари даволаш курси узунлиги ва рақ даволаш усулларига қараб фарқ қилади. Мажбурий равишда:

- Онкологга мунтазам текширувлар учун бориш.
- Рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори воситаларини қабул қилиш.
- Тўлиқ овқатланиш.
- Зарарли одатлар ва салбий ташқи омиллардан четлашиш.
- Даволаш шифокорининг тавсияларига амал қилиш, саломатлик ҳолатини инобатга олган ҳолда.

б). Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларини қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/sarkoma_mjagkih_tkanej.pdf)

Ҳозирги кунда юмшоқ тўқима саркомалари билан касалланган беморларнинг кузатилишидаги фаоллик ва интенсивлик бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Кузатишнинг асосий мақсадлари қуйидагилар бўлиши керак: касалликнинг қайталанишини эрта аниқлаш (айниқса, узоқ метастазлар), икки хил ўсмани эрта

аниқлаш, шунингдек, беморларга психосоциаль ёрдам кўрсатиш.

● Барча беморларга, кимларга илгари ЮТС диагнози қўйилган бўлса, жарроҳлик аралашуви зонасини ва периферик лимфатик тугунларнинг соҳасини мунтазам равишда ўзига-ўзи текшириш тавсия этилади. Агар қандайдир ўзгаришлар аниқланса, шифокорга вақтинчалик муурожаат қилиш керак [27].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

5.1 ЮТС беморларини текшириш графиги

● Терапиядан сўнг беморни динамик кузатишни қуйидаги график бўйича ўтказиш тавсия этилади:

- 1-чи ва 3-чи ойда онколог шифокорига консултация, операция зонасини, қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТ текшируви;
- 6-чи ойда онколог шифокорига консултация, операция зонасини, қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТси, операция зонасининг МРТ, кўкрак қафаси КТ текшируви;
- 9-чи ойда, 1-чи ва 3-чи ойдаги текширувлар каби;
- 12-чи ойда, 6-чи ойдаги текширувлар каби;
- Кейин 4 йил давомида ҳар йили, йилнинг ўрталарида 1-чи ва 3-чи ойдаги текширувлар, йил охирида эса 12-чи ойдаги текширув каби;
- Кейин ҳар йили бир марта – онколог шифокорига консултация, операция зонасини, қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТ текшируви [27]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

2.4. Реабилитация усули ва муолажалари:

Юмшоқ тўқима саркомалари реабилитациясининг мақсади:

- шикастланган аъзо ёки тизимнинг йўқотилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тикланишва/ёки компенсациялаш;
- Ўткир ривожланган паталогик жараён тугаган вақтда организм функцияларини сақлаш;
- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг функцияларидаги эҳтимолий бузилишларнинг олдини олиш, эрта аниқлаш ва тўғрилаш;

- Мумкин бўлган ногиронлик даражасини олдини олиш ва камайтириш;
- Ҳаёт сифати яхшиланиши;
- Беморнинг иш қобилиятини сақлаб қолиш;
- Беморни жамиятга ижтимоий интеграция қилиш.

1. Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар:

Ҳозирги кунда кўплаб тиббий реабилитация турлари учун саркома юмшоқ тўқималари билан касалланган беморлар иштирокида клиник тадқиқотлар мавжуд эмас. Бу беморлар учун ортопедия/травматологиядаги умумий реабилитация тамойиллари қўлланилади [28]. Ушбу тавсиялар кўплаб тадқиқотлар, шу жумладан мета-талқинлар ва систематик кўрсатмаларга асосланган, у ерда турли тиббий реабилитация усуллари функцияларни тиклашни сезиларли даражада тезлаштиради, операциядан сўнг стационарда вақтни қисқартиради ва асоратлар ва летал ҳолатларнинг камайишини таъминлайди. Ушбу маълумотлар ва тавсиялар болалар онкологиясидан олинган, чунки касалликнинг ривожланиш жараёни ва даволаш усуллари бир хил.

1.1. Предреабилитация

- Барча беморларга функционал тикланишни тезлаштириш, операциядан сўнг стационарда вақтни қисқартириш, асоратлар ва летал ҳолатларнинг камайишини таъминлаш мақсадида предреабилитация ўтказиш тавсия этилади. Предреабилитацияга даволаш жисмоний тарбияси (ЛФК), психологик ва нутритив ёрдам ҳамда беморларни маълумот билан таъминлаш киради [29].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Беморга операциядан 2 ҳафта олдин физик фаолликни оширишни тавсия этиш керак, бу стационарда бўлиш вақтни қисқартиради, жарроҳликдан кейинги асоратлар хавфини камайтиради ва операциядан кейин ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатади [30].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

1.2. Жарроҳлик давосида реабилитация

1.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Онкоортопедияда беморларни реабилитация қилишда мултидисциплинар ёндашув тавсия этилади, бу жисмоний реабилитация, психологик ёрдам, иш терапияси мутахассислари (иш терапияси бўйича инструкторлар) билан ишлашни ўз ичига олади [31]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Барча беморларга, қўл-оёқларга жасалган жарроҳлик аралашувлардан сўнг, операция қилинган аъзо мушакларининг тонусини оширишга қаратилган ЛФК комплексини эрта бошлаш ва тренажёрларда узоқ муддатли пассив ривожланишни амалга ошириш тавсия этилади [33]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳлар: Тикловчи даволаш бўйича куйидаги мақсадлар кўзда тутилади: операция қилинган аъзо қисмида ҳаракат ҳажмини тиклаш, тонусни тиклаш, операция қилинган қўл-оёқ мушакларининг кучини ошириш, мушаклар дисбалансини тўғрилаш, юриш кўникмаларини тиклаш. Тикловчи давони эрта бошлаш операциядан сўнг функционал натижаларни яхшилашга ёрдам беради [32]

- Тавсия этилади, комплекс ЛФК ҳар бир бемор учун алоҳида операциянинг хусусиятлари ва ҳажмини инобатга олган ҳолда ишлаб чиқилиши керак [34].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Барча беморларга даволашни ҳолатга келтириш, ЛФК, операция зонасига криотерапия ва оғриқни йўқотиш мақсадида электротерапияни қўшиб қўллаш тавсия этилади [35].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Барча беморларга қўл-оёқларда жарроҳлик аралашувларидан сўнг ЛФК ҳажмини босқичма-босқич ошириш тавсия этилади. Агар фаол қайтариш имконияти пайдо бўлса, операция қилинган қўл-оёққа тўлиқ юкланишга рухсат берилади [32].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

1.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Қўпол чандиқли ўзгаришлар пайдо бўлиши, шу жумладан, юмшоқ тўқималарнинг чуқур қатламларидаги қўпол чандиқларни олдини олиш учун,

чандикларни мобилизация қилишга қаратилган усулларни қўллаш тавсия этилади: чуқур массаж, чўзилиш машқлари, рубцовий ўзгаришларни ёмшатиш мақсадида ультратовуш терапияси [35]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Лимфедема пайдо бўлганида, тўлиқ шишга қарши терапияни ўтказиш тавсия этилади, бу мануал лимфодренаж, компрессион трикотажини кийиш, ЛФК комплексини бажариш ва терига ғамхўрлик кўрсатишни ўз ичига олади [36].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Тўлиқ шишга қарши терапия билан бирга, камераларда босим 30–60 мм рт. ст. бўлган, камида 1 соат давомида перемежающая пневмокомпрессияни қўллаш тавсия этилади [36]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Тўлиқ шишга қарши терапия билан бирга, паст интенсивликдаги лазер терапиясини қўллаш тавсия этилади [37].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

1.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Хавфли ўсмаларни қўшма даволаш натижаларини яхшилаш ва ҳаёт сифатини ошириш мақсадида, ЛФК комплексини бажариш ва босқичма-босқич аэробик юклама қўшиш тавсия этилади [38]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

- Ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатиш, оғриқ синдроми ва заифликни камайтириш мақсадида тиббий массаж тавсия этилади [37]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

1.3. Кимё терапияда реабилитация

- Химиотерапия давомида жисмоний юкламаларни эрта бошлаш тавсия этилади, бу мушаклар заифлигининг, гипотрофиянинг, жисмоний юкламага толерантликнинг камайишининг олдини олишга ёрдам беради [39]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси –

3).

● Ушбу тавсия турли хавфли ўсмалар билан касалланган беморлар бўйича ўтказилган систематик кўрсатмалар натижаларига асосланиб ишлаб чиқилган. Химиотерапия давомида аэробик юкламаларни қўллаш тавсия этилади, бу гемоглобин, эритроцитлар даражасини оширади, лейко- ва тромбоцитопениянинг давомийлигини камайтиради, шунингдек, белгиланган химиотерапия курсини тугаллаш эҳтимолини оширади [29]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

● Химиотерапия давомида ЛФК ўтказиш тавсия этилади, бу заифлик ва депрессияни камайтиришга ёрдам беради. ЛФК ва психологик ёрдамни бирга қўллаш химиотерапия орқали заифлик ва депрессияни даволашда фақат дори воситалари билан тўғрилашдан кўра самаралироқ ҳисобланади [40].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

● Химиотерапия давомида ЛФК ҳажми ва интенсивлигини беморнинг заифлик даражасига (ёруғ, ўртача, оғир) қараб шахсан танлаш тавсия этилади. Беморнинг умумий ҳолати яхшиланганда ЛФК интенсивлигини ошириш зарур [40].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – 5 (далилларнинг ишончлилик даражаси – С).

● Токсик химиотерапия натижасида полинейропатияга чалинган беморларга полинейропатиянинг клиник белгиларини минималлаштириш мақсадида, умумий реабилитация комплекси доирасида 6 ҳафта давомида спорт пиёда юриши курсини тайинлаш тавсия этилади [41]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

● Химиотерапия давомида периферик полинейропатияни даволашда паст интенсивликдаги лазер терапиясини қўллаш тавсия этилади [42]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

● Химиотерапия давомида периферик полинейропатияни даволашда паст частотали магнитотерапияни қўллаш тавсия этилади [43]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

● Химиотерапия давомида полинейропатияни даволаш учун ҳар куни 20 дақиқа давомида 4 ҳафта давомида тери орқали қисқа импульслы

электростимуляцияни қўллаш тавсия этилади. [44]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

- Химиотерапия давомида оғиз бўшлиғида мукозитларнинг олдини олишда паст интенсивликдаги лазер терапиясини қўллаш тавсия этилади [45].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1).

- Кардиотоксик химиотерапия давомида ва ундан сўнг беморларга ЛФК комплексини ўтказиш тавсия этилади, бу химиотерапия орқали кардиал асоратларнинг ривожланиш жиҳатидан эҳтимолини камайтиради [46]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

1.4. Нур терапияда реабилитация

- Нур терапияси давомида беморларга ЛФК комплексини (аэробик юктамаларни кучли юктамалар билан бирга) бажариш тавсия этилади, бу заифликнинг профилактикасига ёрдам беради ва нур терапияси давомида ҳаёт сифати яхшилашга сабаб бўлади [47]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Нур терапияси давомида, айниқса, суяк метастазлари бўлган беморларда, суяк тўқимаси зичлигини ошириш ва беморнинг чидамлилигини ошириш мақсадида ЛФК комплексини ўтказиш тавсия этилади [48]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

- Нур терапиясининг бошлангандан кейин 3 кун ўтгач, нур дерматитининг профилактикаси учун ҳар ҳафта 3 кун давомида паст интенсивликдаги лазер терапиясини қўшиш тавсия этилади (нур терапиясини қабул қилган беморлар учун) [49]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

1.5. Хавфли ўсма билан касалланган беморларнинг психологик реабилитацияси принциплари

Изоҳ - саркомаларга оид исботланган асослар мавжуд эмаслиги туфайли, айрим адабиёт манбалари хавфли ўсмаларга оид маълумотларни ўз ичига олади (текширишлар фақат юмшоқ тўқима саркомалари билан беморлар бўйича жуда

кам учрайди).

- Беморларни касаллик, психик реакциялар, даволаш жараёнидаги масъулият зонаси, оила аъзолари ва тиббий персонал билан коммуникация усуллари, ўз касаллик ёки ҳолатлари ҳақида қўшимча маълумот олиш усуллари, ижтимоий ёрдам олиш усуллари ҳақида маълумот билан таъминлаш тавсия этилади. Бунинг натижасида ҳаёт сифати яхшиланиб, касалликнинг натижаси яхшилаши мумкин [50]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- Тавсия этилади, даволашга қадар шилқим ва қочиш фикрларининг камайишига олиб келувчи комбинированный самарага эришиш, шунингдек, психологик адаптацияни яхшилаш мақсадида қабул қилинган ижтимоий ёрдамни сезиш, бу 1 ойдан сўнг яхшироқ психологик ҳолатга олиб келади [50]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- , Рухий таълим чора-тадбирлар ва рухий ёрдам тавсия этилади (патологик психик реакцияларни ўз-ўзида ташҳислаш, стресс билан курашиш усуллари, рухий реакциялар ва физик ҳолат ўзаро таъсирини кузатиш), бу стресс ҳолатларини шахсий тажрибага айлантиришнинг асосий механизми сифатида қаралиши мумкин, бу касаллик ва даволаш шартларида ижтимоий ва психик адаптацияни рағбатлантиради [50]

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳ: Жамида, тадқиқотлар кўрсатмоқдаки, муаммога йўналтирилган актив стратегияларни қўллаган беморлар, пассив ёки қочиш стилларини қўллаганларга нисбатан касалликка яхшироқ адаптация кўрсатадилар [51].

Актив-ҳарикат усуллари кўллаган беморлар ўзларини баҳолаш ва энергия даражасининг юқори бўлишини, физик симптомлар сонининг камайишини ва тикилинчлик ҳамда астенизациянинг пасайишини билдирдилар [52].

- Саркома билан боғлиқ психик реакцияларнинг аниқ коррекция қилувчи чора-тадбирларини ўтказиш тавсия этилади (астено-хавотир-депрессив турдаги реакциялар, нарцисстик реакциялар, ПТС доирасидаги реакциялар, ижтимоий изоляция), бунинг натижасида хавотирликни, соғлиқ билан боғлиқ бузилишларни камайтириш ва касалликка қарши курашда ижобий ўзгаришларга эришиш мумкин [52].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

3. 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (улар профилга мувофиқ белгиланади).

Юмшоқ тўқима саркомаларининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали юмшоқ тўқима саркомалари билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика юмшоқ тўқима саркомаларини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда юмшоқ тўқима саркомаларини тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган юмшоқ тўқима саркомалари бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

Самарадорликни баҳолаш ва профилактика режимини тузатиш зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник ва лаборатория профилактик терапиясини кузатиш тавсия этилади. Клиник назоратда профилактик алмаштириш терапиясининг етарли даражада самарадорлиги тўғрисида қарор клиник тест натижалари меъёридан четга чиқиш ва специфик цитостатик терапия пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

3.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари);

- юмшоқ тўқима саркомалари ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус махсус жарроҳлик ва цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

3.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, ҳаёт фаолиятини чеклаш ва соғлиқнинг Халқаро таснифига кўра халқаро шкалалар).

Реабилитацион муолажалар амалга оширилади:

- 1-чи ва 3-чи ойда онколог шифокорига консультация, операция зонасини,

қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТ текшируви;

- 6-чи ойда онколог шифокорига консултация, операция зонасини, қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТси, операция зонасининг МРТ, кўкрак қафаси КТ текшируви;
- 9-чи ойда, 1-чи ва 3-чи ойдаги текширувлар каби;
- 12-чи ойда, 6-чи ойдаги текширувлар каби;
- Кейин 4 йил давомида ҳар йили, йилнинг ўрталарида 1-чи ва 3-чи ойдаги текширувлар, йил охирида эса 12-чи ойдаги текширув каби;
- Кейин ҳар йили бир марта – онколог шифокорига консултация, операция зонасини, қорин бўшлиғи, қорин парда орти худуди ва периферик лимфатик тугунларнинг УТТ текшируви [27]

4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

Юмшоқ тўқима саркомалари беморлари юмшоқ тўқима саркомалари беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, умумий онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўрикдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Юмшоқ тўқима саркомалари билан оғриган беморларнинг диспансер мониторинги қуйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, цитостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, меъда-ичак тракти, МИТ органлари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. юмшоқ тўқима саркомалари билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш

тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган холда ташхислаш тадбирлари:

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

- Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
- Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- Қорин бўшлиғи аъзолари+буйрақлар, қорин парда орти, кичик чанок, периферик лимфа тугунлари УТТси;
- Кўкрак қафаси рентген текшируви;
- Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чанок МСКТси ёки бутун тана ПЭТ/КТси;

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

2) Далиллар даражаси киритилган холда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Қон КИМни аниқлаш;
- Бош ва бўйинни КТси;
- Томирлар (вена ва/ёки артерия) УЗДГси;
- Бош мия МРТси;
- Холтер – мониторинг ЭКГ

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

1) Далиллар даражасини кўрсатиш билан тавсия қилинадиган асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари:

Тўлиқ жавоб МСКТ ва/ёки МРТ ва/ёки ПЭТ/КТ ёрдамида дастлабки терапия тугаганидан 3 ой ўтгач тасдиқланиши керак.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

ТР кузатилиши билан даволашни тугатган юмшоқ тўқима саркомалари беморларига терапия тугаганидан кейин 1 йил давомида ҳар 3 ойда, 2 йил - ҳар 6

ойда ва ундан кейин ҳар йили онколог ёки абдоминал онколог томонидан кузатилиши тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

ҚУТ, қон биокимёвий таҳлилий ёил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалик ҳар йили ўтказиб туриш зарур.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

Бўйин, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзоларининг контрастли КТси биринчи 2 йилда ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга кўра ўтказиб турилади. Агар охириги ПЭТ/КТда тўлиқ регресс кузатилган бўлса, тўла жавобни тасдиқлаш учун, прогрессия/рецидивга гумон бўлса ПЭТ/КТ ўтказилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

2) Далиллар даражасини кўрсатиш билан тавсия қилинадиган кўшимча профилактика ёки реабилитация тадбирлари:

Кўшимча профилактика чораларига рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш, тўғри овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш ва салбий ташқи омилларга таъсир қилиш, соғлиғингиз ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Юмшоқ тўқима саркомалари учун профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидагича:

- Касаллик рецидивининг йўқлиги;
- Касаллик метастазланишининг йўқлиги;
- Цитостатик ва нур терапиянинг кечки асоратларининг йўқлиги;
- Беморнинг ва беморнинг яқин қариндошларининг руҳий ҳолатининг бошланғич позициясига тўлиқ қайтиш;

- Беморнинг зарарли одатлардан воз кечиши, соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, соғлом овқатланиши;
- Беморнинг динамик назоратга ўз вақтида муурожаат қилиши;
- Юмшоқ тўқима саркомалари учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган холатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ
ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10	
Коди	Номланиши
С 47.0	– Бош, юз ва бўйин периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси.
С 47.1	– Қўлларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.2	– Оёқларнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.3	– Кўкракнинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.4	– Қориннинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.5	– Кичик чанок периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.6	– Тананинг периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси
С 47.8	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг комбинирланган хавфли ўсмаси
С 47.9	– Периферик нервлари ва вегетатив нерв тизимининг хавфли ўсмаси, ҚАС (БДУ)
С 48.0	– қорин парда орти
С 48.1	– Қорин парданинг алоҳида қисмлари
С 48.2	– Қорин парда, ҚАС (БДУ)
С 48.8	– Қорин парда ортининг комбинирланган зарарланиши
С 49	– Бошқа турдаги бириктирувчи ва юмшоқ тўқималарнинг хавфли ўсмаси.
С 49.0	– Бош ва бўйиннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.1	– Қўлларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.2	– Оёқларнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
С 49.3	– Кўкракнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари

C 49.4	– Қориннинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.5	– Кичик чаноқнинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.6	– Тананинг бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималари
C 49.8	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималарнинг комбинирланган зарарланиши
C 49.9	– Бириктирувчи тўқима, тери ости ёғ қатлами, шунингдек бошқа юмшоқ тўқималар, ҚАС (БДУ)

Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1342>

ХКТ-11

Коди	Номланиши
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B53.Y	Бошқа аниқланган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.Z	Аниқланмаган фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ

2B54	Номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.0	Теридаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.1	Қорин пардаси ва қорин парда ортидаги номалум классификацияли плеоморф саркома
2B54.Y	Бошқа аниқланган жойлашувдаги номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B54.Z	Аниқланмаган жойлашувдаги, аниқланмаган номалум классификацияли плеоморф саркома, бирламчи ўчоқ
2B53	Фибробластик ёки миофибробластик ўсма, бирламчи ўчоқ
2B53.0	Миксофибросаркома, бирламчи ўчоқ
2B53.1	Теридаги фибробластик ёки миофибробластик ўсма
2B57	Капоши саркомаси, бирламчи ўчоқ
2B57.0	Ўпка Капоши саркомаси
2B57.1	Тери Капоши саркомаси
2B57.2	Ошқозон-ичак тракти Капоши саркомаси
2B57.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B57.Z	Аниқланмаган бирламчи жойлашувдаги Капоши саркомаси
2B58	Лейомиосаркома, бирламчи ўчоқ
2B58.0	Қорин пардаси ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B58.1	Бачадон лейомиосаркомаси
2B58.2	Ошқозон лейомиосаркомаси
2B58.Y	Бошқа аниқланган бирламчи жойлашувдаги лейомиосаркома
2B58.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги лейомиосаркома
2B59	Липосаркома, бирламчи ўчоқ
2B59.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари липосаркомаси
2B59.1	Қорин пардаси ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B59.2	Эркактлар репродуктив аъзолари липосаркомаси
2B59.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B59.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги липосаркома
2B5A	Синовиал саркома, бирламчи ўчоқ
2B5A.0	Қўл-оёқ юмшоқ тўқималари синовиал саркомаси
2B5A.1	Кўкрак қафаси аъзолари синовиал саркомаси

2B5A.Y	Бошқа аниқланган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5A.Z	Аниқланмаган бирламчи ўчоқдаги синовиал саркома
2B5E	Периферик нервлар ёки вегетатив нерв тизими ниқобининг хавфли ўсмаси, бирламчи ўчоқ
2B5F	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома, бирламчи ўчоқ
2B5F.0	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган бачадон саркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Эпиплоон миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга кирмайдиган қорин пардаси ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.2	Бошқа аниқланган жойлашувдаги, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5F.3	Бирламчи ўчоғи номаълум, бошқа рубрикаларга кирмайдиган саркома
2B5G	Аниқланмаган бачадон бўлими миосаркомаси
2B5H	Юқори даражада дифференцирланган липоматоз ўсма, бирламчи ўчоқ
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Юмшоқ тўқималар саркомалари – хавфли ўсмалар гуруҳи бўлиб, скелетдан ташқари юмшоқ ва бириктирувчи тўқималарда пайдо бўлади. Бундай ўсмалар гистопатологик хусусиятлари, клиник кўриниши ва ўсма жараёнининг кечишига ўхшашлиги сабабли ягона гуруҳ сифатида қаралади. [1-3]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020204/>).

2) Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-19.pdf>)

Юмшоқ тўқима саркомалари (ЮТС) – бу бириктирувчи тўқима ўсмаларидир. Боғламлар, пайлар, мушаклар ва ёғ тўқимаси ўсмалари мезодерманинг примитив ҳужайраларидан келиб чиқади. Ушбу гуруҳга шунингдек, примитив эктодерма ҳужайраларидан (шваннома) ва томирларнинг эндотелиал ҳужайраларидан келиб

чиққан ўсмалар ҳам киритилади. Ушбу ҳар хил ўсмалар морфологик тузилиши, пайдо бўлиш механизми ва клиник кўриниши ўхшашлиги сабабли бир гуруҳга бирлаштирилган. Висцерал аъзолар саркомаси жуда кам учрайди, асосан буйрак, простата беzi, ўпка ва юракда аниқланади. Алоҳида саркомалар маммологияда ажратиб қаралади. Диагностика, классификация ва даволаш тактикасида микроскопик тузилиш, хавфлилик даражаси ва баъзи ҳолларда орган мансублиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Агар лейомиосаркома ҳақида гап кетса, у силлиқ мушак тўқимасидан келиб чиққан бўлиши эҳтимоли юқори, синовиал саркома эса одатда бўғим капсуласидан келиб чиқмайди.

Юмшоқ тўқима саркомаларининг ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Генетик мойиллик айрим ҳолларда аҳамият касб этади. Нейрофиброматоз (фон Реклингхаузен касаллиги)да тугунларнинг хавfli тус олиши кўп кузатилади. Бу аутом-доминант касаллик бўлиб, кўп сонли нейрофибромалар, гигант невуслар ва невриномалар мавжудлиги билан характерланади. Нейрофиброматоз фонида нейрофибросаркома (10–15%) ва хавfli неврилемома (5%) ривожланиши мумкин. Лимфостаз баъзи юмшоқ тўқима саркомалари ривожланиш хавфини оширади. Хусусан, Стьюарт-Тревес синдроми – ангиосаркома, постмастэктомик кўл шишлари фонида, кўкрак беzi саратони туфайли даволанган аёлларда тасвирланган [16] (https://seyitaligumustas.com/en/soft-tissue-sarcomas-malignant-soft-tissue-tumours?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA6aW6BhBqEiwA6KzDc4H_BqBP2zrp4GdI2pHb2Z6IUQoSgHaEak1RCDMCn5JedI_gPy9bsBoCp8QAvD_BwE). Маълум канцерогенларнинг юмшоқ тўқима саркомалари ривожланишига таъсири етарлича ўрганилмаган. Юмшоқ тўқима саркомаларининг нур терапиясидан сўнг пайдо бўлиш эҳтимоли мавжудлиги таъкидланиши лозим. Радиоиндуцирланган саркомалар нурланишдан кейин 6–30 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин (медиана 10 йил). Умумий нурланиш дозаси, фракциялаштириш режими ва радиация тури касаллик ривожланишига таъсир қилади. Алкилировчи агентлар (циклофосфамид ва ҳ.к.) нур терапияси билан биргаликда қўлланилганида иккинчи даражали хавfli ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади. [17] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11025461/>).

8-тур герпес вирусини фонида ВИЧ-инфекцияли беморларда ривожланган Капоши саркомаси классик ва африка вариантыда ҳам агрессив кечишга эга. [18] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14635020/>)

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, периферик ва вегетатив нерв тизими ўсмалари (С47), қорин парда орти ва қорин парда (С48) ҳамда бошқа бириктирувчи тўқималар (С49) ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига нисбатан мувофиқ равишда 0,1, 0,4 ва 1,2 ни ташкил этган.

2023 йилда биринчи марта жами 31 нафар **периферик ва вегетатив нерв саркомаси (C47)** билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 0% ни ташкил этди. I босқичда 0%, II босқичда 35,5%, III босқичда 19,4%, IV босқичда 12,9% ҳолат қайд этилган. 32,3% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 152 нафар бемор турган ва касалмандлик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,4 ни ташкил этган. Республикада периферик ва вегетатив нерв саркомаларида 5 йиллик яшовчанлик даражаси 28,9%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 23,1% ни ташкил этади.

2023 йилда биринчи марта жами 429 нафар бошқа **юмшоқ тўқима саркомалари (C49)** билан бемор аниқланган. Профилактик кўриклар давомида фаол аниқланган ҳолатлар 21,7% ни ташкил этди. I босқичда 9,8%, II босқичда 62,9%, III босқичда 15,6%, IV босқичда 7,2% ҳолат қайд этилган. 4,4% беморларда касаллик босқичини аниқлаш имконсиз бўлган. 2025 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 2343 нафар бемор турган ва касаллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига 6,4 ни ташкил этган. Республикада бошқа юмшоқ тўқима саркомаларида 5 йиллик тирик қолиш даражаси 38,7%, 1 йиллик ўлим ҳолати эса 11,8% ни ташкил этади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда бошқа юмшоқ тўқима саркомалари туфайли 197 нафар бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,5 ўлим кўрсаткичинини ташкил этади.

Юмшоқ тўқималар саркомаларини паллиатив даволаш беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, асосий касаллик билан курашиш усуллариининг имкониятлари деярли тугаганида ва тўлиқ даволаниш эҳтимоли минимал бўлганида унинг аҳволини энгиллаштиришга қаратилган. Етарли ва ўз вақтида паллиатив ёрдам касал инсонга бир неча кўшимча ҳаёт йилларини бериши мумкин. Бу беморларнинг 60% дан кўпроғида сезиларли ижобий таъсир кўрсатади, 25-30% эса кузатилган прогрессни муҳим деб тавсифлаш мумкин.

Клиник таснифи (паллиатив ёрдамга тегишли)

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033286/>)

Халқаро гистологик тасниф

Юмшоқ тўқима саркомаларининг халқаро гистологик классификацияси (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти – ЖССТ, 4-нашр, 2018 й.). [16]: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972507/>).

8-жадвал. TNM тизми бўйича халқаро тасниф (VIII–чинашр, 2017 й. [4] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35830886/>).

T	Бирламчи ўсма Tx Бирламчи ўсмани баҳолаш имкони йўқ.
----------	---

	<p>Қўл ва оёқ, тана саркомалари:</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 5 см ёки ундан кам. T2 – ўсма энг катта ўлчами 5 см дан катта, лекин 10 см дан кам. T3 – ўсма энг катта ўлчами 10 см дан катта, лекин 15 см дан кам. T4 – ўсма энг катта ўлчами 15 см дан катта.</p> <p>Қорин парда орти саркомалари:</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 5 см ёки ундан кам. T2 – ўсма энг катта ўлчами 5 см дан катта, лекин 10 см дан кам. T3 – ўсма энг катта ўлчами 10 см дан катта, лекин 15 см дан кам. T4 – ўсма энг катта ўлчами 15 см дан катта.</p> <p>Саркомалар (бош ва бўйин)</p> <p>T1 – ўсма энг катта ўлчами 2 см ёки ундан кам. T2 – ўсма энг катта ўлчами 2 см дан катта, лекин 4 см дан кам. T3 – ўсма энг катта ўлчами 4 см дан катта. T4a – ўсма орбита, гавда асоси, қаттиқ мия пардаси, марказий ички хужайралар, юз скелети ёки қанотсимон мушакларга ўтиб кетган. T4b – ўсма бош мия паренхимасига, ички уйқу артериясига, олдинги вертебрал мушакларига хужум қилган ёки марказий нерв тизимига периневрал тарқалиш орқали ёйилган.</p> <p>Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи</p> <p>T1 – ўсма фақат бир орган билан чекланган. T2a – ўсма висцерал перитонеумга тарқалган. T2b – ўсма сероза орқали микроскопик чегарадан чиққан. T3 – ўсма бошқа органга хужум қилган ёки сероза орқали макроскопик чиқиб кетган. T4a – битта органда иккигача ўсимта ўчоғи мавжуд бўлган мултифокал ўсма. T4b – битта органда иккидан кўп, лекин бештадан кам ўсимта ўчоғи мавжуд бўлган мултифокал ўсма. T4c – бештадан кўп ўсимта ўчоғи мавжуд бўлган мултифокал ўсма</p>
N	<p>Регионар лимфа тугунлари</p> <p>Nx – регионал лимфа тугунарини баҳолаш имконсиз N0 - регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ N1 - регионар лимфа тугунларида метастазлар бор</p>
M	<p>Узоқ метастазлар</p> <p>M0 – узоқ метастазлар йўқ</p>

	M1 - узоқ метастазлар бор
МИ	10 ПЗР га 0-9 митоз– 1 балл 10 ПЗР га 10-19 митоз – 2 балл 20 дан кўп митоз – 3 балл
НО	0 – некроз йўқ 50% дан кам ўсма некрози 50% дан кўп ўсма некрози
G	Хавфлиликнинг гистологик даражаси G x – хавфлилик даражасини баҳолаш имконсиз G1 Паст G2 Ўрта G3 Юқори G кўрсаткичи учта параметрдан йиғилади: дифференцировка, митотик фаоллик, некроз даражаси
Эслатма: Скелетдан ташқари Юинг саркомаси ва примитив нейроэктодермал ўсмаси юқори даражада хавфли ўсмалар сифатида таснифланади. Агар хавфлилик даражасини баҳолаб бўлмаса, паст даражадаги хавфлилик белгиланади	

Регионар лимфа тугунлари.

Регионар лимфа тугунлари бирламчи ўсма жойлашган худудга мос келадиган тугунлар ҳисобланади. Регионар лимфа тугунларининг зарарланиши камдан-кам учрайди ва агар уларнинг ҳолатини клиник ёки патологоанатомик жиҳатдан баҳолаш имкони бўлмаса, улар NX ёки pNX ўрнига N0 сифатида таснифланади.

9-жадвал. Босқичлар бўйича гуруҳлаш:

IA босқич	T1	N0	M0	G1, GX Low Grade
IB босқич	T2, T3, T4	N0	M0	G1, GX Low Grade
II босқич	T1	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIA босқич	T2	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIB босқич	T3, T4	N0	M0	G2, G3 High Grade
IIIB босқич	Ҳар қандай T	N1*	M0	Ҳар қандай G
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай G

AJCC N1 ни қўл ва оёқлар ва тананинг юзаки ўсмалари учун IV босқич деб таснифлайди.

R тасниф:

- Даводан сўнг қолдиқ ўсманинг мавжудлиги ёки йўқлиги R символи билан тасвирланади;
- RX – қолдиқ ўсманинг мавжудлигини баҳолаш имконсиз;
- R0 – қолдиқ ўсма йўқ;
- R1 – микроскопик қолдиқ ўсма;
- R2 – макроскопик қолдиқ ўсма.

2. Диагностика ва паллиатив даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

- Паллиатив (симптоматик) амалиёт, паллиатив кимётерапия, таргет даволаш, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш;
- Лимфа тугунининг/экстранодал ҳосиладан бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш ёки трепанобиопсия;
- Амбулатория терапияси билан тузатилмаган асоратларни даволаш;
- Симптоматик даволаш ўтказиш.

2) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш шарт-шароитлари.

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини (паллиатив ёки симптоматик жарроҳлик давоси) ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари:

- Юмшоқ тўқималарда ўсма ҳосил бўлиши, периферик лимфа тугунларининг катталашиши;

Анамнез:

- Ўсма ва/ёки ўсма билан боғлиқ бошқа симптомларнинг пайдо бўлган вақти,

ўтказилган диагностика ва ёки даволаш тадбирлари аниқланади;

Физикал кўрик:

- Ўсма жойлашган соҳанинг пальпацияси, ўлчами, зичлиги, ҳаракатчанлиги, оғриқлилиги, қўшни анатомик тузилмалар ва минтақага жалб этилганлигини аниқлаш;
- барча имконли лимфа тугунларни пайпаслаш (бўйин, қўлтиқ ости, чов-сон ва бошқ.).

Лаборатор текширувлар:

- Умумий қон таҳлили – энг хос белгилари: анемиянинг турли даражалари, ЭЧТнинг ошиши.
- Умумий сийдик таҳлили – макро- ёки микро-гематурия, ёки таҳлилда ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин.
- Биокимёвий қон таҳлили (умумий оқсил, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, альбумин, амилаза) – буйрак етишмовчилиги белгилари мавжуд бўлса, креатинин ва мочевино даражасининг ошиши мумкин.
- Коагулограмма – қон ивиш жараёни бузилиш белгилари кузатилиши мумкин.
- Цитологик текширув – ҳужайра ўлчамларининг гигант даражагача катталаниши, шакли ва ҳужайра ичи элементларининг миқдори ўзгариши, ядро ўлчамлари ва унинг контурларининг ўзгариши, ядро ва бошқа ҳужайра элементларининг турли даражада етилиш ҳолати, ядроча сони ва шакли ўзгариши.
- Гистологик текширув – кучли ҳужайравий полиморфизм, ҳужайра ўлчамларининг ошиши, яққол гипохромия, йирик ядролар бир ёки бир нечта ядрочани ўз ичига олиши, рак ҳужайраларидан рўзетка кўринишидаги без тузилмаларининг мавжудлиги, митоз ҳолатидаги ҳужайралар сони кўплиги.
- Иммуногистохимик текширув – саркоманинг тўлиқ подтипини аниқлаш учун биопсия ва операция материални таҳлил қилиш.
- Молекуляр-генетик текширув – иммунотерапия имкониятини баҳолаш мақсадида микросателлит ноустуворлигини аниқлаш.

Инструментал текширувлар [16]:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (кичик чаноқда ўсма шубҳаси бўлганда, зарарланган лимфа тугунларини излаш).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳасида метастатик шикастланишларни аниқлаш).

- Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (КТ) –(кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳаси лимфа тугунларини баҳолаш, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни аниқлаш).
- Кичик чаноқ аъзолари Магнит-резонанс томографияси (МРТ) – (кичик чаноқ тўқимасидаги ўсма белгилари – кичик чаноқ аъзоларининг фаолияти бузилиши, ташқи томондан йирик қон томирларни босиш шубҳаси).
- Бош мия магнит-резонанс томографияси (МРТ) – (бош мияга метастатик зарарланиш шубҳасида ўтказилади).
- Экскретор урография – буйраклар ҳолати, шакли, ўлчами, контурлари, буйраклар фаолияти, сийдик йўллари ва қовуқ шакли ва контурларини баҳолаш.
- Цистография – қовуқ шакли, ўлчами ва жойлашувини баҳолаш, ўсманинг қовуққа ўтишини ёки сийдик-қовуқ оқмасини аниқлаш.
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органлари Компьютер томографияси (КТ) (кўкрак қафаси органларидаги метастатик шикастланишларни аниқлаш мажбурий).
- ПЭТ, ПЭК/КТ бутун танани текшириш (юмшоқ тўқима саркомасида ўсма жараёни тарқалишини баҳолаш, касалликнинг авж олиши ёки ўтказилган махсус даволаш самарадорлигини баҳолаш учун).
- Бош мия магнит-резонанс томографияси (МРТ) (КТ ўтказиб бўлмаган ҳолларда), **алвеоляр саркома ва гемангиоперицитома**да (бош мияга метастатик зарарланиш энг кўп кузатилади).

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

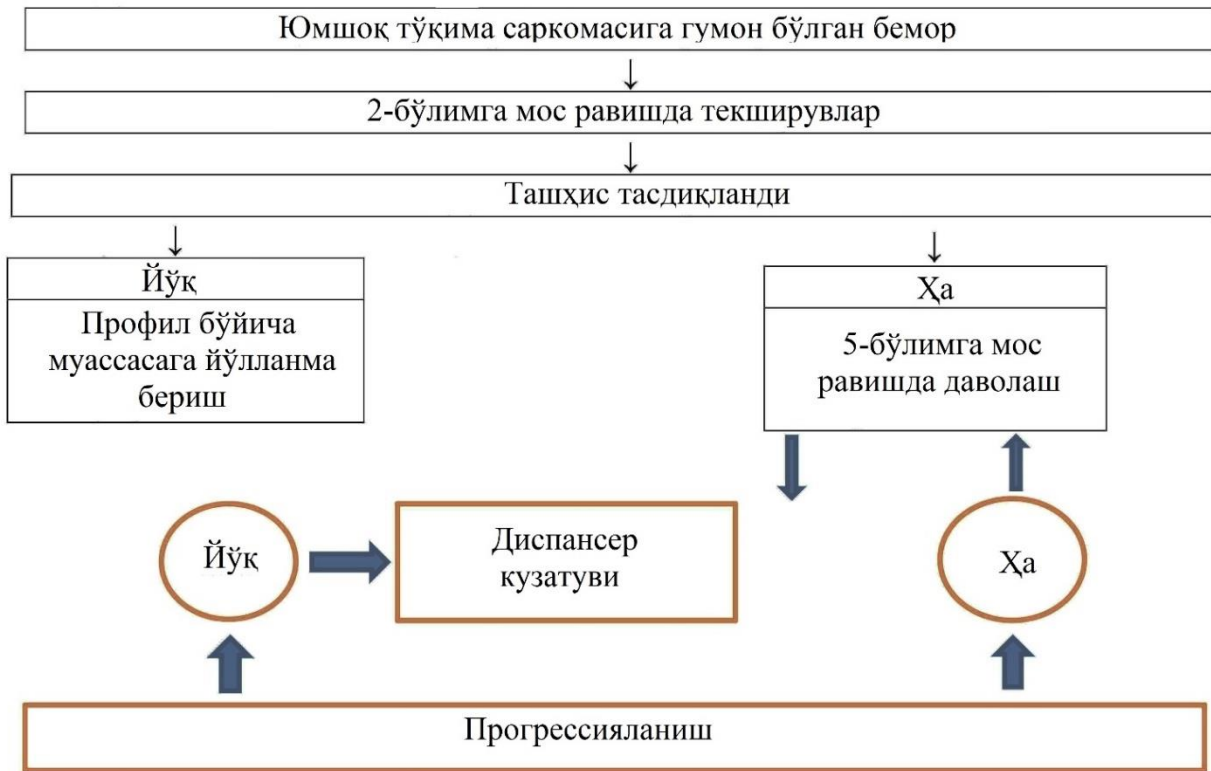
- ✓ Оғрик, қон кетиш, механик ва паренхиматоз сариклик, портал гипертензия ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини енгиш учун;

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

- ўсма ўқоғи ва метастазларни кичрайтириш;
- ўсма жараёни қисман регрессияси ёки стабилизациясига эришиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ҳаёт давомийлигини узайтириш.

1) Паллиатив ёрдамда беморни кузатиш картаси ва маршрутизацияси:

2-схема – Юмшоқ тўқималар саркомаларида диагностик алгоритм.

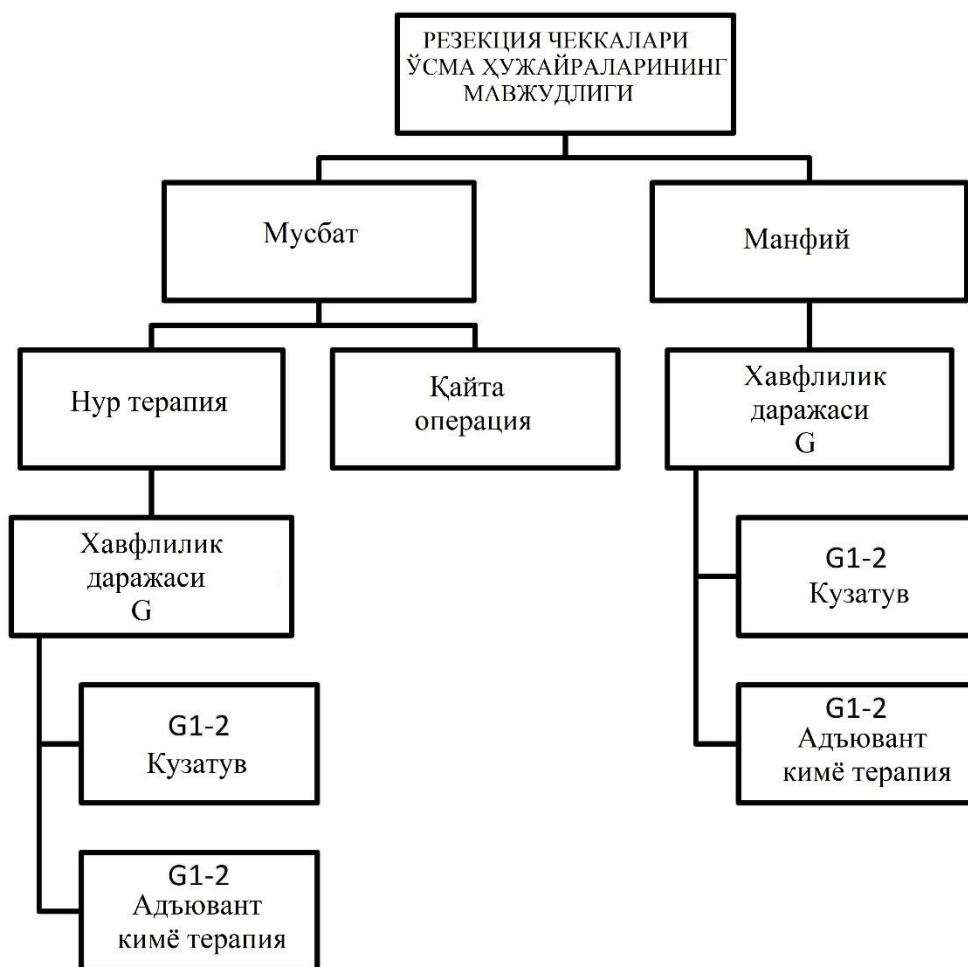
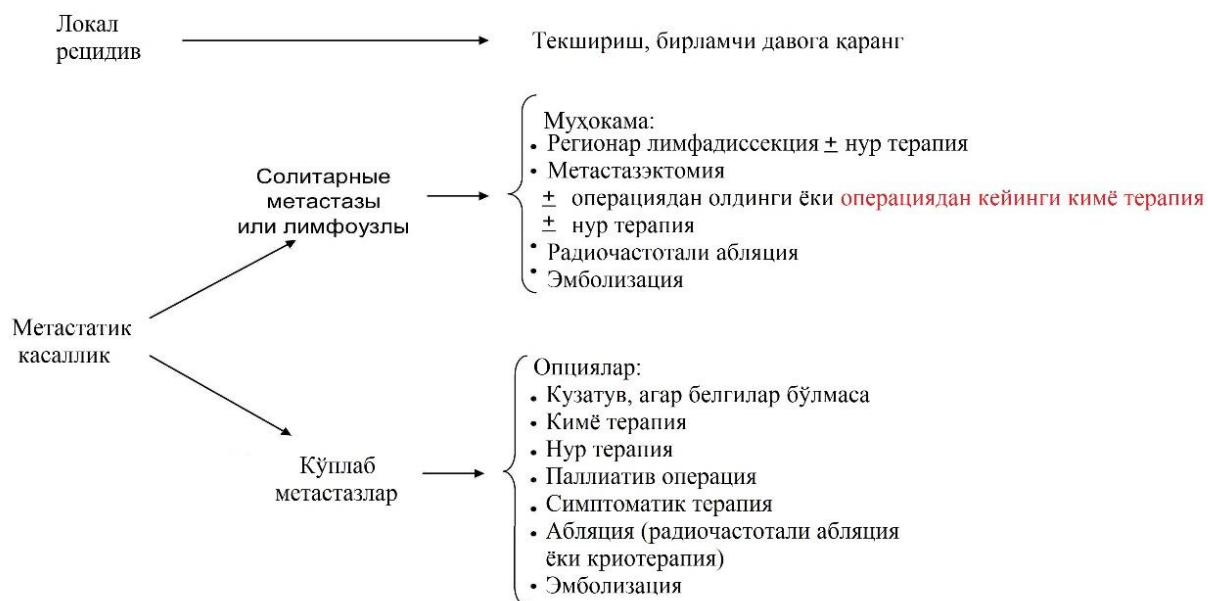


Юмшоқ тўқима саркомаларини диагностика ва паллиатив даволаш (кечки босқичларни) блок-схемаси

Юмшоқ тўқима саркомалари (маҳаллий-тарқалган, метастатик)



Юмшоқ тўқима саркомалари РЕЦИДИВ



Босқичлар бўйича даволаш [5] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033286/>):

IV босқич (ҳар қандай T, N1, M0, хавфлиликнинг ҳар қандай даражаси).

- Комплекс даволаш юмшоқ тўқималар саркомасининг I–III босқичларини даволаш тамойиллари асосида, ўсманинг дифференциялашув даражаси ва маҳаллий тарқалиши ҳисобга олинган ҳолда ўтказилади;
- Жарроҳлик таркибий қисми, бирламчи ўчоқдаги аралашувдан ташқари (аъзо сақловчи ёки аъзо олиб ташловчи операция), шунингдек, бирламчи ўсмадаги операция билан бир вақтда (бир блокда ёки босқичма-босқич) ёки кечиктирилган тартибда (шикастланиш зонаси ва беморнинг умумий ҳолатига боғлиқ ҳолда) амалга ошириладиган типик регионар лимфодиссекцияни ҳам ўз ичига олади.

IV босқич (ҳар қандай T ва N M1 хавфлиликнинг ҳар қандай даражаси)

- Паллиатив ва симптоматик даволаш индивидуал дастурлар асосида, полихимиятерапия ва/ёки нур терапиясини ўз ичига олган ҳолда ўтказилади.
- Жарроҳлик аралашувлари ўсма массасини камайтириш ёки санитария кўрсаткичлари бўйича (қўл-оёқ ампутацияси) амалга оширилади.

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:

- Юмшоқ тўқималар саркомаси билан касалланган барча беморлар даволаш якунланганидан сўнг ўзлари бириктирилган жойдаги онколог шифокор назоратида бўлишлари керак.
- Илк 2 йил давомида – ҳар 3 ойда бир маротаба;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда бир маротаба;
- 4-йилдан бошлаб – ҳар 12 ойда бир маротаба (ҳар йили).
- Назорат текшируви доирасига бирламчи ўсма жараёни таъсир қилган зона КТ, ҚБҚ КТ ва ЎҚК КТ/ПЭТ/КТ киритилади.

2) Паллиатив номедикаментоз даволаш (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

- Консерватив даволаш ўтказилаётганда бемор режими – умумий.
- Эрта жарроҳликдан кейинги даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажми ва ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда).
- Жарроҳликдан кейинги даврда – палатали режим.
- Диета: одатда №15, жарроҳлик даволашдан сўнг – №1.

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.
- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.
- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

Эритроцитар масса/аралашма:

- Тўқималарнинг кислородга бўлган эҳтиёжини қондириш учун одатдаги захиралар ва компенсация механизмлари етарли бўлса, гемоглобин даражасини ошириш шарт эмас;
- Сурункали анемияларда эритроцитларни сақловчи воситаларни қуйиш учун фақат битта кўрсатма мавжуд – симптоматик анемия (тахикардия, нафас қисилиши, стенокардия, сенкоп, de novo депрессияси ёки ST элевацияси билан намоён бўлади);
- Гемоглобин даражасининг 30 г/л.дан кам бўлиши, эритроцитлар трансфузияси учун абсолют кўрсатма бўлади;
- Юрак-қон томир тизими ва ўпканинг декомпенсацияланган касалликлари бўлмаса, сурункали анемияда эритроцитларни профилактик қуйиш учун кўрсатма бўлиши мумкин бўлган гемоглобин даражаси:

– Ёши (ёш)	– Нв (г/л) триггер даражаси
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

Тромбоцитлар концентрати:

- Тромбоцитлар даражасининг 10×10^9 /л.дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;

- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам (20 x10⁹/л) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморрагик синдром (бурун, милкдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, тромбоцитлар концентратини қуйиш даволаш мақсадида амалга оширилади.

Янги музлатилган плазма:

- ЯМПни трансфузияси қон кетишли беморларда ёки инвазив муолажалар ўтказишдан олдин ўтказилади.
- МНО ≥ 2.0 бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида ≥ 1.5) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун кандидат сифатида кўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки ичишга буюрилиши мумкин.

Нур терапия [8-10].

Нур терапия турлари:

- дистанцион нур терапия;
- 3D-конформ нурланиш;
- интенсивлиги модулирланган нур терапия (IMRT);
- томотерапия.

Нур терапияга кўрсатмалар:

- Юмшоқ тўқималар саркомаси радиорезистент хавфли ўсма ҳисобланади. Нур терапиясини тайинлашда ўсманинг гистологик тузилиши ҳисобга олиниши лозим. Нур терапияси комбинирланган ва комплекс даволаш доирасида қўлланилади.
- Нур терапияси чуқур фокусли R-терапия, электрон нури ёки Y-терапия ёрдамида қўлланилади, одатда, жарроҳликдан олдинги ёки кейинги курс сифатида, умумий дозаси (СОД) 50–70 Гр, классик фракциялаш режимида ўтказилади. Нурлантириш манбаси ва электрон нури энергияси ўсманинг жойлашуви ва чуқурлигига қараб танланади.
- Дозани бутун шикастланган зонага бир текис етказиш мақсадида конформли нур терапияси (КФЛТ), интенсив модуляцияли нур терапияси (IMRT) ва кўп майдонли нурлантириш усуллари қўлланилади. Бунда оптимал дозавий

майдонларни шакллантириш учун махсус мосламалар ишлатилади. Нурлантириш майдонлари чегаралари ўсма ҳажмидан 3–4 см кенгроқ бўлиши керак. Агар ўсма катта ўлчамда бўлса ёки хавфлилик даражаси юқори бўлса, нурлантириш майдони ўсманинг чегараларидан 10 см гача проксимал ва дистал йўналишларда қамраб олади. Бундай ҳолларда умумий дозаси (СОД) 45–50 Гр га етганида нурлантириш майдони фақат ўсма ўлчамларигача қисқартирилади.

- Қўл-оёқларда жойлашган ўсмаларда нурли остеонекроз ривожланиш эҳтимолини камайтириш мақсадида қўшимча қия нурлантириш майдонлари қўлланилади, улар нурлантирилаётган тўқималар ҳудудидан ташқарига чиқади. Идеал ҳолатда фиброз, мушаклар контрактураси ва шиш даражасини камайтириш учун нурлантириш майдонидан қўл-оёқ айланасининг 1/3 қисми чиқариб ташланиши лозим. Нурлантирилмайдиган тўқималарнинг минимал кенглиги: - Биллак соҳасида – 2 см, - Оёқ пастки қисми (тўпикдан юқори) – 3 см, - Сонда – 4 см.

Амалиётдан кейинги нур терапияга қарши кўрсатмаларга киради:

- морфологик тасдиқланган ташҳиснинг йўқлиги;
- қон кейиш хавфи билан ўсманинг парчаланиши, нур терапияга умумий қарши кўрсатмалар.
- Жарроҳликдан кейинги нур терапияси қуйидаги ҳолатларда ўтказилади:
 - Агар гистологик текширувда ўсманинг хавфлилик даражаси юқори ва мультицентрли ўсиш хусусияти аниқланса (ва жарроҳликдан олдин нур терапияси ўтказилмаган бўлса),
 - Агар ўсма шартли радикал ёки норадикал олиб ташланган бўлса.

Нур терапиясини бошлаш муддати – жарроҳлик аралашуви ўтказилганидан кейин кечиктирмасдан, 4 ҳафта ичида..

- Агар жарроҳликдан олдин нур терапияси ўтказилмаган бўлса, нурлантириш майдонига қуйидагилар киритилади:
 - Ўсма олиб ташланган жой (ложа), унинг чегаралари операция вақтида тантал скрепкалар билан белгиланади,
 - Атрофдаги тўқималар, кесиш чегараларидан 2 см масофагача,
 - Жарроҳликдан кейинги чандиқ (умумий дозаси – СОД 60 Гр).

Агар жарроҳликдан сўнг қолдиқ ўсма мавжуд бўлса (операция вақтида титан скрепкалар билан белгиланиши лозим), бу зона қўшимча маҳаллий нурлантирилади, умумий дозаси камида 70 Гр гача етказилади.

- Жарроҳликдан кейинги даврда ўсма ложасида қўшимча брахитерапия қўлланиши мумкин. Агар брахитерапия мустақил равишда ўтказилса, тавсия этилган умумий доза (СОД) 45 Гр бўлиб, у 4–6 кун ичида юборилади.
- Агар ўсмани резекция қилиш мумкин бўлмаса, радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилади, умумий дозаси (СОД) 70 Гр, классик фракциялаш режимида.

6.3. Паллиатив медикаментоз даво

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

- Диссеминацияланган юмшоқ тўқималар саркомаларини тизимли даволаш цитотоксик химиятерапия ва/ёки таргетли терапияни ўз ичига олиши мумкин. Цитотоксик химиятерапия, молекуляр нишоннинг чекланган мавжудлиги сабабли, носелекцияланган беморлар популяциясида таргетли терапияга қараганда юқори натижаларни намоён қилиши мумкин. Диссеминацияланган юмшоқ тўқималар саркомасини даволашда ҳам монокимиятерапия, ҳам комплекс химиятерапия қўлланилиши мумкин. Даволашни бошлаш (ёки давом эттириш) учун оптимал химиятерапия режимини танлаш, биринчи навбатда, химиятерапевтик препаратларнинг юмшоқ тўқималар саркомасига таъсир спектрига боғлиқ. Даволаш жараёнида беморлар, одатда, барча мавжуд препаратларни қабул қилиш имконига эга бўладилар, аммо тўлиқ терапевтик самарага эришиш ҳоллари камдан-кам учрайди. Даволаш режасини танлашда асосий мақсадларга эътибор қаратиш лозим, бу қуйида келтирилганидек, айниқса, ўсманинг гистологик подтипи ва беморнинг умумий соматик ҳолатига алоҳида аҳамият бериш талаб этилади.
- Диссеминацияланган юмшоқ тўқима саркомаларида асосий даволаш усули сифатида химиятерапия қўлланилиши тавсия этилади. Энг кўп қўлланиладиган препаратлар: Доксорубицин, Ифосфамид, Дакарбазин. Биринчи линия стандарти – доксорубицин + ифосфамид комбинацияси. 65 ёшдан катта беморлар учун танлов усули сифатида антрациклинлар билан монотерапия тавсия этилади. Агар беморнинг умумий ҳолати яхши бўлса ва ўсма томонидан кучли жавоб реакцияси кутилаётган бўлса, комбинацияли химиятерапия афзалроқ ҳисобланади. Терапия танлови бир қатор омилларга асосланиши керак: Ўсманинг морфологик тузилиши, Жараённинг локализацияси, Беморнинг ёши, Илгари ўтказилган даволаш муддатлари ва ҳажми.

- Синовиал саркома ва миксоид липосаркома химиятерапияга энг сезувчан саркомалар ҳисобланади: Миксоид липосаркома – доксорубицинга сезувчан, Синовиал саркома – алкилиривчи агентлар, масалан, ифосфамидга сезувчан. Қуйидаги саркома турлари химиятерапияга индивидуал ўзгарувчан сезувчанликка эга: Бачадон лейомиосаркомаси, Эндометриал стромал саркома, Миксофибросаркома, Дедифференцияланган липосаркома, Периферик нерв қобиғининг хавфли ўсмалари. Бу ўсмаларда доксорубицин + ифосфамид ёки гемцитабин + доцетаксел икки компонентли режимлари қўлланилганда объектив самараларга эришиш мумкин.

Юмшоқ тўқима саркомаларида дори терапияси схемалари.

Монохимиотерапия:

- Доксорубицин 60-75мг/м² в/и ҳафтада 1 марта Доксорубицин 30мг/м² 1-3 кунлар
- Ифосфамид 5 мг/м² в/и ёки в/и инфузия 1-кун ёки 1,6-2,5г/м²/сут 5 кун давомида месна билан 20% + 100% ифосфамид дозаси билан бир вақтда
- Гемцитабин 1200 мг/м² камида 120 минут 1-чи ва 8-чи кунлар ҳар 21 кун инфузиянинг фиксацияланган тезлиги билан 9-10мг/м²/мин
- Трабектидин 1,4 мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида.
- Эрибулин 1,4 мг/м² в/и, 2-5 минут давомида 21-кунлик циклнинг 1,8-кунлари.

Полихимиотерапия схемалари:

- порт-система ўрнатиш.

1.АI

- Доксорубицин 75 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия 1кун Ифосфамид 2,5г/м²г в/и 3 соатлик инфузия 1-4-чи кун.
- Меснаишлатилиши тавсия этилади ифосфамид билан биргаликдагеморрагик циститнинг олдини олиш мақсадида: - 1-кун–500 мг/м² ифосфамид билан бир вақтда, Кейинги 4 кун давомида 1500 мг/м² вена ичига, 24 соатлик инфузия шаклида юборилади.
- Интервал 3 ҳафта.

2. СуADIC

- Циклофосфан 500 мг/м² в/и 2 кун.
- Доксорубицин 50 мг/м² в/и 1 кун.
- Дакарбазин 250 мг/м² в/и 1-5 кунлар.

3. ADIC

- Доксорубицин 90 мг/м² в/и – 96 соатлик инфузия.
- Дакарбазин 900 мг/м² в/и - 96-соатлик инфузия, доксорубицин билан эритилган интервал 3-4 ҳафта.

4. MAID

- Доксорубицин 60 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия.
- Ифосфамид 2000 мг/м² в/и 4х соатлик инфузия 1-3-чи кунлар; 6000мг/м² – 72х соатлик инфузия.
- Месна общая доза 8000мг/м² в 96-соатлик инфузия.
- Дакарбазин 900мг/м² – 72 соатлик инфузия, доксорубицин билан бирга эритилган. Интервал 3-4 ҳафта.

5. GemTax

- Гемцитабин – 900 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи кун, Доцетаксел – 100 мг/м² в/и 8-чи кун
- Илгари химиятерапия қабул қилган беморлар учун гемцитабин + доцетаксел дозаларини камайтириш тавсия этилади: Гемцитабин – 675 мг/м² (1- ва 8-кунлар), Доцетаксел – 75 мг/м² (8-кун), Филграстим – 5–15-кунлар, терини остига (п/к).
Терапия интервали – 3 ҳафта.

6. VAI

- Винкристин 2мг в/и 1-чи кун.
- Доксорубицин 75 мг/м² в/и 72 соатлик инфузия 1-кун, Ифосфамид 2,5г/м² в/и 3 соатлик инфузия 1-4-чи кун.
- Месна 500мг/м² 1-чи кун ифосфамид билан бирга, сўнгра 1500мг/м² в/и 24-соатлик инфузия 4 кун давомида.

7. VADRIAC

- Винкристин 1.5мг/м² в/и 1,8,15-чи кунлар дастлабки 2 курсда, кейинчалик фақат 1-чи кун.
- Циклофосфан 600 мг/м² в/и 1,2 кунлар.
- Доксорубицин 60 мг/м² в/и 48 соатлик инфузия интервал 3 ҳафта.
- Ифосфамид 1800мг/м² в/и 1-5-чи кунлар, месна 1-5-чи кунлар, Этопозид 100мг/м² в/и 1-5-чи кунлар. Интервал 3 ҳафта.
- Иринотекан 40мг/м² – 1-5-чи кунлар.

Таргет терапия:

- Дерматофибросаркома ва агрессив фиброматозни даволаш учун иматиниб тавсия этилади, 400 мг/кун, перорал (оғиз орқали), узлуксиз қабул қилиш тавсия қилинади.
- Пазопаниб 800 мг 1 марта кунда, оғиз орқали, узлуксиз қабул қилинади (прогрессиягача давом эттирилади). Қуйидаги ҳолатларда юмшоқ тўқима саркомалари (липосаркома ва GIST бундан мустасно) бўлган беморларга тавсия этилади: Неоадъювант ёки адъювант терапия бошланганидан кейин 12 ой ичида ўсма прогрессияси юз берган ҳолларда, - Метастатик саркома туфайли стандарт химиятерапия қабул қилган беморлар [1, В], [12].

Пазопаниб мультитирозинкиназ ингибитори бўлиб, VEGFR1, 2 ва 3, PDGFR α ва β , c-Kit ретсепторларига таъсир қилади. III фазага мансуб, рандомизацияланган, кўпмарказли, икки томонлама кўр-кўрона PALETTE тадқиқоти пазопанибнинг самарадорлигини плацебо билан солиштириб, унинг тарқалган юмшоқ тўқима саркомаларида (липосаркома ва GIST бундан мустасно) химиятерапия олган беморлар учун фойдали эканини кўрсатди. Пазопаниб қабул қилган беморлар гуруҳида плацебо билан солиштирганда уч марта узоқроқ вақт давомида ўсмасиз ҳаёт кечиришди (медиана 20 ҳафтага қарши 7 ҳафта, $p < 0,0001$) ва ўсма прогрессияси хавфи 65 фоизга камайди. Пазопанибнинг самарадорлиги плацебо гуруҳига нисбатан икки баробар юқори бўлиб, 73 фоизни ташкил этди (6 фоиз қисман жавоб ва 67 фоиз стабилизация) плацебо гуруҳида эса 38 фоиз (0 фоиз объектив жавоб ва 38 фоиз стабилизация) кузатилди. III фаза тадқиқотига кўра, пазопаниб липосаркома ва GISTдан ташқари юмшоқ тўқима саркомаларида 2-йўналиш ва ундан кейинги босқичларда самарали даволаш усули сифатида тавсия этилади.

- Сунитиниб 37,5 мг ҳар куни қабул қилиш тавсия этилади. У юмшоқ тўқима саркомаларида 3-йўналиш ва ундан кейинги босқичларда қўлланилади. Даволаш самарадорлигини баҳолаш учун 2 ойдан сўнг назорат ўтказилиши керак.
- Сорафениб 400 мг кунига икки марта қабул қилиш тавсия этилади. У юмшоқ тўқима саркомаларида учинчи ва ундан кейинги босқичларда қўлланилади. Даволаш самарадорлигини баҳолаш учун 2 ойдан сўнг назорат ўтказилиши керак.

Десмоид типдаги (агрессив фиброматоз) юмшоқ тўқима ўсмаларининг дори терапияси:

Тамоксифен ± сулиндак

Тамоксифен

Метотрексат + винбластин

Доксорубицин

Иматиниб

Сорафениб

Метотрексат + винорельбин

Липосомал доксорубицин

Айрим кам учрайдиган юмшоқ тўқима саркома турлари стандарт химиятерапия схемаларига сезгир эмас. Бундай ҳолатларда даволашнинг биринчи йўналишида таргетли терапия ва/ёки иммунотерапия тайинлаш тавсия этилади.

Альвеоляр саркома

Сунитиниб

Пазопаниб

Пембролизумаб (NB! Юмшоқ тўқима сааркомаларини даволашда Ўзбекистон Республикасида регистрация қилинмаган).

Дерматофибросаркома/бўртиб чиқувчи дерматофибросаркома:

Иматиниб

Агар дерматофибросаркома прогрессияси кузатилса, стандарт схемалар бўйича химиятерапия ўтказилиши тавсия этилади.

Даволаш бошланишидан олдин барча беморлар мултидисциплинар гуруҳ мутахассислари томонидан муҳокама қилиниши керак. Антрациклин асосидаги схемалар неoadъювант ва адъювант режимларда тавсия этилади. [13] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14586155/>).

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида тўловни қоплаш учун асос ҳисобланмайди.

10-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиз эҳтимолга эга)::

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
---------------------------------	------------------------------	---------------------	-----------

Химиопрепаратлар	Липосомал доксорубицин	вена ичига	A
	Доксорубицин	вена ичига	A
	Циклофосфан	вена ичига	A
	Цисплатин	вена ичига	A
	Ифосфамид	вена ичига	A
	Метотрексат	вена ичига	A
	Кальция фолинат	вена ичига	A
	Этопозид	вена ичига	A
	Винкристин	вена ичига	A
	Карбоплатин	вена ичига	A
	Месна	вена ичига	A
	Гемцитабин	вена ичига	A
	Доцетаксел	вена ичига	A
	Паклитаксел	вена ичига	A
	Блеомицин	вена ичига	A
	Трабектидин	вена ичига	A
	Топотекан	вена ичига	A
	Иринотекан	вена ичига	A
	Тамоксифен	перорал	A
	Эрибулин	вена ичига	B
Дакарбазин	вена ичига	A	
Таргет препаратлар	Пазопаниб	перорал	B
	Иматиниб	перорал	B
	Сунитиниб	перорал	B
	Сорафениб	перорал	B
Иммунопрепаратлар	Пембролизумаб	вена ичига	B
Иммуномодулятор	Филграстим	тери остига	A
Юклаш (хавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%81%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%8B-%D0%BC%D1%8F%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85-%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%B9-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17758		

11-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
	Офлоксацин	Вена ичига	С

Антибактериал воситалар	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичга	С
	Сульфаметоксозол /триметоприм	Вена ичига Ичга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичга	В
	Итраконазол	Ичга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичга	С
	Позаконазол	Ичга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичга	
	Амлодипин	Ичга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичга	
	Каптоприл	Ичга	В
	Лизиноприл	Ичга	В
	Лактулоза	Ичга	В
	Спиринолактон	Ичга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичга	-
	Фолиевая кислота	Ичга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Юклаш (хавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6. Паллиатив жарроҳлик давоси.

Юмшоқ тўқима саркомаларида асосий жарроҳлик операциялари турлари

- Оддий кесиб олиш хавфли ўсмаларни морфологик диагностикаси доирасидагина қўлланилади.
- Кенг кесиб олиш. Бу операцияда ўсма анатомик зона доирасида, ягона блокда, псевдокапсула билан бирга ва кўзга кўринган чегарадан 4–6 см ёки ундан ортик масофада олиб ташланади. Кенг маҳаллий резекция паст хавфлилик даражасига эга, юзаки жойлашган, тери юзаси фасциясидан юқорида жойлашган ўсмаларда қўлланилади. Бундай ўсмаларга қуйидагилар киради:
 - Кичкина фибросаркомалар
 - Липосаркомалар
 - Десмоидлар
 - Дерматофибросаркомалар

Бу операция юқори хавфлилик даражасига эга саркомаларда ўтказилмайди.

- Ампутациялар ва экзартикуляциялар. Ампутация ва экзартикуляция қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади: - Радикал аъзо сақловчи операцияни ўтказиш имкони бўлмаганда, бу қўл-оёқдаги катта зарарланиш ҳажми, шу жумладан бўғимлар, суяклар, йирик қон томирлар ва нервларнинг узоқ масофада ўсма жараёнига жалб қилинганлиги билан боғлиқ бўлса - Неоадъювант даволаш курслари самарасиз бўлганда

7. Кейинги даволаш:

Вояга етган беморлар, агар юмшоқ тўқима саркомалари учун кимё-нур терапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, шифокор-онколог кузатуви ва аналгетик (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади [3].

УҚТ, қон биокимёвий таҳлили агар керак бўлса ёки ички органларнинг дисфункцияси белгилари мавжуд бўлса ўтказилади.

Юмшоқ тўқима саркомаларининг рентгенконтраст текшируви, периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзолари УТТси, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқни контрастли КТси клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади.

Даволанган беморларни динамик кузатуви:

- Даволаш тугатилгандан кейин биринчи йил – ҳар 3 ойда бир марта текширув

- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта текширув
- Учинчи йилдан бошлаб – ҳар йили бир марта, 3 йил давомида

Текширув усуллари:

- Локал назорат – ҳар бир текширувда
- Регионар лимфа тугунларини пальпация қилиш – ҳар бир текширувда
- Кўкрак қафаси КТси – ҳар 3 ойда (1-йил), ҳар 6 ойда (2-йил), кейин йилига 1 марта (5 йилгача)
- Қорин бўшлиғи УТТси – ҳар 6 ойда (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда)
- Онколог назорати – яшаш жойи бўйича (ўсма олиб ташланган зона ва периферик лимфа тугунларини кўрикдан ўтказиш)
- Регионар лимфа оқими зоналари УТТси – 1-йилда ҳар 3 ойда, 2-йилда ҳар 6 ойда, 3-йилда йилига 1 марта

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- Ўсмани ва метастазларнинг регрессияси бўйича объектив белгилари
- УЗИ натижаларида метастазлар ва қайталаниш йўқлиги
- КТ натижаларида узоқ метастазлар йўқлиги
- Қон, пешоб ва биохимик кўрсаткичларнинг қониқарли ҳолати
- Жарроҳликдан кейинги яранинг битиши
- Беморнинг нисбатан қониқарли умумий ҳолати

Даво самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта давомида.
- **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.
- **Стабилизация** – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.
- **Прогрессия** – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталаниши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

9. Иловалар

1-илова

Карновский индекси/ ECOG-ЖССТ бўйича бемор ахволи оғирлигини баҳолаш шкаласи

Оригинал номланиши: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Association Performance Status (ECOG/WHO PS)

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт): <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

Тип: баҳолаш шкаласи

Қўлланилиши: ўзи тўғрисида қайғуриш, кундалик фаоллик ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқ.) нуқтаи назаридан бемор фаолияти даражасини баҳолаш.

Таркиби:

Б а л л	Б а т а в с и л
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани беморлигидан аввалгидек бажара олади (Карновский шкаласи бўйича 90-100%)
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, аммо енгил, ўририб қилинувчи ишларни бажара олади (масалан, енгил уй ва канцеллярый ишларини, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор даволанади, ўз-ўзига хизмат кўрсата олади, лекин ишлай олмайди. 50% дан ортиқ вақтинтик оёқда, вертикал ҳолатда ўтказади (Карновский шкаласи бўйича 50-60 %)

3	Бемор фақатгина чегараланган ўз-ўзига хизмат қила олади, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки ётиқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30-40 %)
4	Ногирон, ўз-ўзига хизмат қилишга умуман лаёқатсиз, кресло ёки ётоққа бутунлай миҳланиб қолган (Карновский шкаласи бўйича 10-20 %)

Карновский шкаласи

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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.

Тип: баҳолаш шкаласи.

Буюрилиши: ўзи тўғрисида қайғуриш, кундалик фаоллик ва жисмоний қобилиятлари (юриш, ишлаш ва бошқ.) нуқтаи назаридан бемор фаолияти даражасини баҳолаш.

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

90— Меъёрий фаолият юритади, касалликнинг сезиларсиз симптом ва белгилари мавжуд.

80—Зўриқиш билан нормал фаолият, касалликнинг бироз симптом ва белгилари мавжуд.

70— Ўзига мустақил хизмат қилади, лекин нормал фаолиятга ёки фаол меҳнатга лаёқатсиз.

60— Баъзан у ёрдамга муҳтож, лекин у эҳтиёжларининг кўп қисмини ўзи қондира олади.

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

40— Ногирон, махсус ёрдамга, шу жумладан тиббий ёрдамга муҳтож.

30— Оғир ногиронлик, касалхонага ётқизиш кўрсатилади, гарчи ўлим кутилмаётган бўлса ҳам.

20 — Оғир бемор. Фаол даволаниш ва касалхонага ётқизишга муҳтож.

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

10. Қўлланилган адабиётлар рўйхати

- 1) Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022; 72:7-33. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35020204>.
- 2) Risk Factors for Soft Tissue Sarcomas. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/causes-risksprevention/risk-factors.html>. Accessed April 12, 2022.
- 3) TNM классификация злокачественных опухолей, 8-ой пересмотр, 2016 год.
- 4) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Soft tissue sarcoma. Version 2. March, 2023.
- 5) Coens C, van der Graaf WT, Blay JY, et al. Health-related quality of life results from PALETTE: A randomized, double-blind, phase 3 trial of pazopanib versus placebo in patients with soft tissue sarcoma whose disease has progressed during or after prior chemotherapy—a European Organization for research and treatment of cancer soft tissue and bone sarcoma group global network study (EORTC 62072). *Cancer* 2018; 121:2933-2941. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033286>.
- 6) Al-Refaie WB, Habermann EB, Jensen EH, et al. Surgery alone is adequate treatment for early stage soft tissue sarcoma of the extremity. *Br J Surg* 2018; 97:707-713. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20235085>.
- 7) Pohar S, Haq R, Liu L, et al. Adjuvant high-dose-rate and low-dose-rate brachytherapy with external beam radiation in soft tissue sarcoma: a comparison of outcomes. *Brachytherapy* 2017; 6:53-57. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284387>.
- 8) Leibel SA, Fuks Z, Zelefsky MJ, et al. Intensity-modulated radiotherapy. *Cancer J* 2019;8:164-176. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12004802>.
- 9) Li XA, Chen X, Zhang Q, et al. Margin reduction from image guided radiation therapy for soft tissue sarcoma: Secondary analysis of Radiation Therapy Oncology Group 0630 results. *Pract Radiat Oncol* 2018; 6:e135-140. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26852173>.
- 10) ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up//*Annals of Oncology*. – 2018. – Т. 23. – №. suppl_7. – С. vii92-vii99.
- 11) Le Cesne, Axel, et al. "Doxorubicin-based adjuvant chemotherapy in soft tissue sarcoma: pooled analysis of two STBSG-EORTC phase III clinical trials." *Annals of Oncology* 25.12 (2014): 2425-2432.
- 12) Tierney JF, Mosseri V, Stewart LA, et al. Adjuvant chemotherapy for soft-tissue sarcoma: review and meta-analysis of the published results of randomised clinical trials. *Br J Cancer* 2018; 72:469-475. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7640234>.

13) Frustaci S, De Paoli A, Bidoli E, et al. Ifosfamide in the adjuvant therapy of soft tissue sarcomas. *Oncology* 2018; 65 Suppl 2:80-84. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586155>.

14) Bramwell VH, Anderson D, Charette ML, Sarcoma Disease Site Group. Doxorubicin-based chemotherapy for the palliative treatment of adult patients with locally advanced or metastatic soft tissue sarcoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2020:CD003293. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917960>.

15) Coffin C.M.1, Davis J.L., Borinstein S.C. Syndrome-associated soft tissue tumours. *Histopathology*. 2014 Jan; 64 (1): 68–87.

16) Enzinger F.M., Weiss S.W. *Soft Tissue Tumors*. 5. St. Louis: Mosby. Angiosarcoma. 2008, p. 703–720.

17) Inoue Y.Z., Frassica F.J., Sim F.H., Unni K.K., Petersen I.A., McLeod R.A. Clinicopathologic features and treatment of postirradiation sarcoma of bone and soft tissue. *J. Surg. Oncol.* 2000; 75: 42–50.

18) Martro E., Bulterys M., Stewart J.A., Spira T.J., Cannon M.J., Thacher T.D., Bruns R., Pellett P.E., Dollard S.C. Comparison of human herpesvirus 8 and epstein-barr virus seropositivity among children in areas endemic and non-endemic for kaposi's sarcoma. *J. Med. Virol.* 2004; 72: 126–131.

19) Алиев М.Д., Сушенцов Е.А. Современная онкоортопедия. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012 - №4. – стр. 3-10.

20) Алиев М.Д. Бохян Б.Ю. Буров Д.А Прогностическая роль края резекции в хирургии сарком мягких тканей . Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи №1, 2013г стр 60-66

21) Буйденюк Ю. В «Рекомендации по лечению последствий экстравазации противоопухолевых препаратов »: DOI: 10.18 027 / 2224–5057–2018–8–3s2–610–616, <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-46.pdf>

22) Ji T., Guo W., Yang RL., Tang XD., Wang YF. Modular hemipelvic endoprosthesis reconstruction--experience in 100 patients with mid-term follow-up results. *Eur J Surg Oncol.* 2013 Jan;39(1):53-60

23) Daniel Mьller, Dominik Kaiser, Kati Sairanen, Thorsten Studhalter, İlker Uzkey Antimicrobial Prophylaxis for the Prevention of Surgical Site Infections in Orthopaedic Oncology - A Narrative Review of Current Concepts *J Bone Jt Infect* 2019; 4(6):254-263.

24) T.Baad Hansen et al Is there consensus regarding surgical treatment of bone sarcomas September 2018 *World Journal of Orthopaedics* 9(9):173-179

25) Falk Roeder and Robert Krempien Intraoperative radiation therapy (IORT) in soft-tissue sarcoma. *Radiat Oncol.* 2017; 12: 20

26) Adam Dangoor, Beatrice Seddon, Craig Gerrand, Robert Grimer, Jeremy Whelan, and Ian Judson UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas *Clin Sarcoma Res.* 2016; 6: 20. Published online 2016 Nov 15

- 27) Саркома мягких тканей /Клинические рекомендации, Ассоциация онкологов России, 2020. - 99 с.
- 28) Харатишвили Т.К. Петроченко Н.С Бохян Б.Ю. Сравнительное изучение клинической эффективности и безопасности метода изолированной перфузии конечностей с гипертермией у больных с саркомами мягких тканей Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи (№4, 2016г)
- 29) Segal R1, Zwaal C2, Green E3, Tomasone JR4, Loblaw A5, Petrella T6; Exercise for People with Cancer Guideline Development Group. Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Curr Oncol.* 2017 Feb;24(1):40-46. doi: 10.3747/co.24.3376.
- 30) Silver JK, Baima J: Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2013, 92(8):715-727.
- 31) Siegel GW, Biermann JS, Chugh R, Jacobson JA, Lucas D, Feng M, Chang AC, Smith SR, Wong SL, Hasen J: The multidisciplinary management of bone and soft tissue sarcoma: an essential organizational framework. *J Multidiscip Healthc* 2015, 8:109-115.
- 32) Shehadeh A, El Dahleh M, Salem A, Sarhan Y, Sultan I, Henshaw RM, Aboulafia AJ: Standardization of rehabilitation after limb salvage surgery for sarcomas improves patients' outcome. *Hematol Oncol Stem Cell Ther* 2013, 6(3-4):105-111.
- 33) Marchese VG, Spearing E, Callaway L, Rai SN, Zhang L, Hinds PS, Carlson CA, Neel MD, Rao BN, Ginsberg J: Relationships among range of motion, functional mobility, and quality of life in children and adolescents after limb-sparing surgery for lower-extremity sarcoma. *Pediatr Phys Ther* 2006, 18(4):238-244.
- 34) Cox CL, Montgomery M, Oeffinger KC, Leisenring W, Zeltzer L, Whitton JA, Mertens AC, Hudson MM, Robison LL: Promoting physical activity in childhood cancer survivors: results from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer* 2009, 115(3):642-654.
- 35) Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI, Committee EG: Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018, 29(Suppl 4):iv166-iv191
- 36) Oren R, Zagury AI, Katzir O, Kollender Y, Meller I: Musculoskeletal Cancer Surgery. In., edn. Edited by Malawer. Dordrecht: Springer; 2013: 583-593.
- 37) Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.
- 38) Baxter GD, Liu L, Petrich S, Gisselman AS, Chapple C, Anders JJ, Tumilty S: Low level laser therapy (Photobiomodulation therapy) for breast cancer-related lymphedema: a systematic review. *BMC cancer* 2017, 17(1):833.

39) 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.

40) Bland KA, Zadavec K, Landry T, Weller S, Meyers L, Campbell KL: Impact of exercise on chemotherapy completion rate: A systematic review of the evidence and recommendations for future exercise oncology research. *Crit Rev Oncol Hematol* 2019, 136:79-85.

41) Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, Mohile NA, Heckler CE, Culakova E, Fung C, Janelsins MC, Asare M, Lin PJ et al: Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018, 26(4):1019-1028.

42) 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.

43) 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.

44) Kilinc M, Livanelioglu A, Yildirim SA, Tan E: Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. *J Rehabil Med* 2014, 46(5):454-460.

45) 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.

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

47) 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.

48) 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.

49) Bensadoun RJ, Nair RG: Low-Level Laser Therapy in the Management of Mucositis and Dermatitis Induced by Cancer Therapy. *Photomed Laser Surg* 2015, 33(10):487-491

50) Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986, 50(3):571-579.

51) 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.

52) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N, Fahey JL: A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psychiatry 1990, 47(8):729-735.

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

54) ↑ [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.

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

56) ↑ [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.

57) ↑ [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

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

59) ↑ [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.

60) ↑ [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.

61) ↑ [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.

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

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

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

65) ↑ 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.

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

67) ↑ [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.).

68) ↑ 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)

69) 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

70) ↑ [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*)

71) ↑ [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.](#)

72) Seaman E., Goluboff E.T., Ross S., Sawczuk I.S. Association of radionuclide bone scan and serum alkaline phosphatase in patients with metastatic renal cell carcinoma. Urol 1996;48(5):692–5.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.