

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

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

**"ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"ҚИЗИЛҲАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

"ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЙ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5
"ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЙ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	56
«ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЙ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	76
«ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЙ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	98

**"ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С15, С16, С16.0 ва 2В70.Z, 2В72.Z, 2В71.Z (КХТ-11) – қизилўнгач ва кардий саратони бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ қизилўнгач ва кардий саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

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

- **КХТ код (лар) и:**

КХТ-10	
Коди	Номланиши
C15	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.0	– Қизилўнгач бўйин қисми хавфли ўсмалари
C15.1	– Қизилўнгач кўкрак қисми хавфли ўсмалари
C15.2	– Қизилўнгач абдоминал қисми хавфли ўсмалари
C15.3	– Қизилўнгач юқори учлиги хавфли ўсмалари
C15.4	– Қизилўнгач ўрта учлиги хавфли ўсмалари
C15.5	– Қизилўнгач пастки учлиги хавфли ўсмалари
C15.8	– юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечта локализациядан чиққан қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.9	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари, аниқлаштирилмаган
C16	– Меъда хавфли ўсмалари
C16.0	– Кардий (қизилўнгач-меъдага ўтувчи қисм)
Ҳавола (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1084	
КХТ-11	
Коди	Номланиши
2В70	Қизилўнгач хавфли ўсмаси
2В70.0	Қизилўнгач аденокарцинома

2B70.00	Барретт аденокарциномаси
2B70.0Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B70.0Z	Қизилўнгач аденокарциномаси, аниқланмаган
2B70.1	Қизилўнгачнинг ясси ҳужайрали саратони
2B70.Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B70.Z	Қизилўнгачнинг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
XA1180	Қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисми
XA2BY3	Қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисми
XA9CB6	Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисми
XA0N03	Қизилўнгачнинг бўйин қисми
XA8JT3	Қизилўнгачнинг кўкрак қафаси қисми
XA0TN5	Қизилўнгачнинг қорин қисми
XA4YW8	Қизилўнгач билан чегарадош соҳалар
XA7SR6	Гастроэзофагеал туташув
2B71	Қизилўнгач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосилалари
2B71.0	Қизилўнгач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.00	Барретт қизилўнгачи билан боғлиқ қизилўнгач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.0Y	Қизилўнгач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B71.0Z	Қизилўнгач-ошқозон туташуви аденокарциномаси, аниқланмаган
2B71.1	Қизилўнгач-ошқозон туташувининг ясси ҳужайрали саратони
2B71.Y	Қизилўнгач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B71.Z	Қизилўнгач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган

Ҳавола (КХТ-11 дан ҳавола): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1027002380>

- **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 Аброрбек 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. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
2. Расулов Абдугаффар Элманович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими мудири;
3. Хайрутдинов Рафик Вахидович – т.ф.д., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;

4. Мадийёров Бахтиёр Ташпулатович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
5. Усманов Бегзод Байматович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
6. Жураев Элёр Эргашбаевич – т.ф.н., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
7. Джуманазаров Темирбек Матчанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
8. Туйчиев Отабек Дилшод угли – РИОваРИАТМ торакал онкожарроҳлик бўлими докторанти.

- Рецензентлар:

Республикадан:

Гофур-Охунов Мирза-Али Алиярович – т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг "Ультратовуш курси билан Онкология" кафедраси мудири.

Хориждан:

Дениш Пендхаркар – профессор, Ҳиндистон онкологлари Ассоциацияси президенти, Сарвадоя институти директори, Фаридобод, Ҳиндистон;

- **Мультидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛни 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;

Хориждан:

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:

АЛТ	–	Аланинтрансаминаза
АСТ	–	Аспартаттрансаминаза
ФҚТВ	–	Фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ОИВ	–	Одам иммун танқис вируси
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
МИЙ	–	Меъда – ичак йўли
ХЎ	–	Хавфли ўсма
ИГТ	–	иммуно гистохимик текширув

ИФА	–	иммунофермент анализ
КТ	–	компьютер томография
мг	–	Миллиграмм
мл	–	Миллилитр
ХММ	–	Ҳалқаро меъёрий муносабатлар
МРТ	–	магнит резонанс томография
МСКТ	–	Мультиспирал компьютер томография
мтс	–	Метастазлар
НСЯҚП	–	Нестероид яллиғланишга қарши препаратлар
ҚУТ	–	Қон умумий таҳлили
ПУТ	–	Пешоб умумий таҳлили
ҚБА	–	Қорин бўшлиғи аъзолари
т/о	–	Тери остига
ПТИ	–	протромбин индекси
ПЗР	–	Полимераз занжир реакцияси
ПЭТ	–	позитрон-эмиссион томография
РКТ	–	Рандомизацияланган клинические текширувлар
БМЎД	–	Бир марталик ўчоқли доза
СЎД	–	Суммар ўчоқли доза
ЭЧТ	–	Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ИД	–	Ишончлилик даражаси
УТДГ	–	Ультратовуш доплерография
УТТ	–	Ультратовуш текшируви
ФЭГДС	–	фиброэзофагогастроуденоскопия
ХТ	–	Химиотерапия
ЭКГ	–	Электрокардиограмма
ЭФГДС	–	Эзофагофиброгастроуденоскопия
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
GIST	–	гастроинтестинал стромал ўсма
per os	–	Перорал

TNM	–	(англ. Tumor, Nodus и Metastasis) саратон ўсмаларини ривожланиш босқичи ҳалқаро таснифи
-----	---	---

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Торакал онкологлар;
- Торкал жарроҳлар;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Гастроэнтерологлар;
- Кимё терапевтлар;
- Радиотерапевтлар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Тез тиббий ёрдам шифокорлари;
- Патологоанатомлар;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Морфологлар;
- Диетологлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

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

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

1-жадвал. Далилларнинг ишончлилиқ 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 қатор 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	<i>Кучли тавсия</i> (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган).
В	<i>Шартли тавсия</i> (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	<i>Заиф тавсия</i> (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

Қизилўнғач ва кардиа саратони — қизилўнғач ва кардиа шиллиқ қаватидан келиб чиққан хавфли ўсма ҳисобланади. Қизилўнғач саратонининг асосий морфологик шакли — яссихужайрали саратон (қоришадиган ёки қоришмайдиган) бўлиб, у ҳолатларнинг 95% ини ташкил этади. Қолган 5% ҳолатларда аденокарсинома кузатилади. (https://www.oncoradjournal.ru/jour/article/view/110?locale=ru_RU).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=6)

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда қизилўнғач саратонининг жами 511 054 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 445 391 киши вафот этган.

Касаллик этиологиясида ҳазм йўли шиллиқ пардасининг доимий кимёвий, механик ёки термик таъсирланиши муҳим аҳамият касб этади, бу эса интраэпителиал неоплазия (эпителий дисплазияси) ривожланишига олиб келади. Бевосита хавф омилларига жуда иссиқ овқат ва ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш киради. Тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар қабул қилиш мустақил хавф омиллари ҳисобланади, аммо улар бошқа омиллар билан биргаликда касаллик ривожланиш хавфини оширади. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316407/>).

Аутосом-доминант касалликка эга бўлган, кафт ва оёқ тагида гиперкератоз билан характерланадиган беморларда қизилўнғач саратон ривожланиш хавфи 37% ни ташкил қилади. Алоҳида ҳолат сифатида Барретт қизилўнғачи касаллиги ажратилади, бу ҳолатда қизилўнғачнинг дистал қисмларида метаплазияланган ичак эпителийи пайдо бўлади. Бундай беморларда қизилўнғач саратон ривожланиш хавфи аҳолига нисбатан тахминан 30 баробар юқори. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474750/>). Барретт қизилўнғачи ривожланиши гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан боғлиқ бўлиб, унинг асорати ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080844/>).

2023 йилда РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, қизилўнғач саратон касалликлари тарқалиши 100 минг аҳолига 2,0 ни ташкил қилган (эркаклар орасида 3,2% (11-ўрин), аёллар орасида 2,4% (11-ўрин)). 2023 йилда биринчи марта жами 732 нафар қизилўнғач саратонли бемор аниқланган. Уларнинг 18,2% профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Қизилўнғач ва кардиа саратон ташхиси морфологик тасдиқланган ҳолатларнинг улуши 96,2% ни ташкил қилган. Касаллик 2,2% ҳолларда I босқичда, 29,5% ҳолларда II босқичда, 46,6% ҳолларда III босқичда ва 18,2% ҳолларда IV босқичда аниқланган. 2,6% ҳолларда касалликнинг босқичини белгилаш имкони бўлмаган. 2024 йил бошида қизилўнғач

саратон ташхиси билан диспансер кузатувида бўлган беморлар сони 1835 нафарни ташкил қилган, касаллик тарқалиши 100 минг аҳолига 5,0 ни ташкил қилган. Республика бўйича қизилўнгач саратонли беморларда 5 йиллик яшовчанлик даражаси 25,3%, 1 йиллик ўлим даражаси эса 25,5% ни ташкил қилган. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида қизилўнгач саратондан 599 нафар бемор вафот этган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 1,6 ни ташкил қилган.

- Клиник таснифи

(<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255148/9785990855700-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Халқаро касалликлар ва соғлиқ билан боғлиқ муаммоларнинг статистик таснифига (КХТ-10) кўра, қизилўнгач ва кардия саратон касалликлари қуйидаги кодларга эга: С15 ва С16.0 – Қизилўнгач ва кардиянинг ёвуз хосили ўсмаси. (<https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm>).

Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолат гуруҳи)

1) Қизилўнгач хавфли ўсмаларининг Халқаро гистологик таснифи

Ўсманинг гистологик варианты халқаро таснифга мувофиқ кўрсатилади. (табл. 4).

4-жадвал. Халқаро гистологик тасниф (2019)

	Ясси ҳужайрали ўсмалар
8077/2	Ясси ҳужайрали интраэпителиал неоплазия (дисплазия) (high grade)
8070/3	Ясси ҳужайрали саратон
8083/3	Базалоид ясси ҳужайрали саратон
8560/3	Аденосквамоз саратон
8074/3	Урчуксимон ҳужайрали (ясси ҳужайрали) саратон
8020/3	Дифференциаллашмаган саратон (ҳар қандай ясси ҳужайрали компоненти бўлганда, ясси ҳужайрали саратон сифатида босқичланади)
8082/3	Лимфаэпителиомасимон саратон
	Аденокарцинома
8148/2	Безли дисплазия (неоплазия) (high grade)
8140/3	Аденокарцинома
8200/3	Аденокистоз саратон
8430/3	Мукоэпидермоид саратон
8020/3	Дифференциаллашмаган саратон (ясси ҳужайрали компонент бутунлай йўқ бўлганда ва безли компонент мавжуд бўлганда)

	аденокарцинома сифатида босқичланади)
	Бошқа гистологик терлари (TNM тизими бўйича босқичлаш амалга оширилади, лекин прогностик гуруҳларга ажратилмайди)
8240/3	Нейроэндокрин ўсма (NET)
8240/3	Нейроэндокрин ўсма (NET) G1
8249/3	Нейроэндокрин ўсма (NET) G2
8249/3	Нейроэндокрин ўсма (NET) G3
8246/3	Нейроэндокрин саратон (NEC)
8013/3	Йирик ҳужайрали нейроэндокрин саратон
8041/3	Майда ҳужайрали нейроэндокрин саратон
8154/3	Аралаш нейроэндокрин-нонейроэндокрин ўсма (MiNEN)
8045/3	Аралаш майда ҳужайрали саратон ва аденокарцинома
8045/3	Аралаш майда ҳужайрали ва ясси ҳужайрали саратон

Ўсманинг дифференциация даражаси, G	Ясси ҳужайрали саратон	Аденокарцинома
Gx	Ўсманинг дифференцировка даражаси баҳоланиши мумкин эмас.	
G1 – юқори дифференциаллашган	Ўсма ҳужайраларида мугузланиш белгилари кузатилади, мугуз маржонлари шаклланиши мавжуд, цитологик атипия белгилари минимал даражада. Митотик фаоллик паст.	>95 % ўсмалар яхши шаклланган безлардан иборат
G2 – ўртача-дифференциаллашган	Энг тоза субтип.	50-95% 50–95% ўсма безлар ва безсимон тузилмалардан ташкил топган. Энг кўп учрайдиган субтип.
G3 – паст-дифференциаллашган	Ажратилган базалсимон ҳужайралар уяларидан ташкил топган бўлиб,	Ўсма асосан ҳужайра уялари ва қатламларидан ташкил топган. Безсимон

	<p>кўпинча марказий некроз билан характерланади. Уялар тош йўллари кўринишида бўлиб, мугузланиш белгиларига эга хужайралар кам учрайди.</p> <p>Ддифференциаллашмаган саратон ташхисини нотўғри қўйишдан эҳтиёт бўлиш керак.</p>	<p>тузилмалар ўсманинг 50% дан кам қисмини ташкил қилади.</p>
--	---	---

Ҳозирги вақтда ривожланган давлатларда қизилўнгачнинг ясси хужайрали саратон касалликлари камайиб, аденокарцинома ҳолатлари кўпаймоқда. Америка саратон регистри маълумотларига кўра, 1980 йилдан 1990 йилгача қизилўнгач аденокарциномаси билан касалланиш икки баравар ошган. Ўзбекистонда энг кўп учрайдиган морфологик шакл ясси хужайрали саратон бўлиб, аденокарцинома камроқ учрайди (асосан, қизилўнгачнинг дистал қисми ва қизилўнгач-ошқозон ўтиш соҳасида). Карциносаркома, майда хужайрали саратон ва меланома жуда кам учрайди

Эндоскопик чегаралар шартли ҳисобланади ва беморнинг конституционал хусусиятларига қараб ўзгариши мумкин. Жарроҳлик даволашни режалаштиришда анатомик чегараларга таяниш лозим (5-жадвалдаги тузилмаларга мувофиқ).

Ўсманинг локализацияси ўсиш эпицентрига нисбатан белгиланади, бироқ даволашни режалаштиришда ўсма зарарланишининг юқори ва пастки чегараларини ҳисобга олиш керак.

Қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми ўсмалари (C16.0): - Эпицентри Z-чизикдан юқори, Z-чизик даражасида ёки Z-чизикдан 2,0 см пастда жойлашган бўлса, ушбу ўсмалар қизилўнгач саратони (Siewert I-II) сифатида таснифланади ва босқичланади. - Эпицентри Z-чизикдан 2 см пастда жойлашган ўсмалар (Siewert III) меъда саратони сифатида таснифланади ва босқичланади, қизилўнгач-ошқозон ўтиш соҳаси жараёнга жалб этилганидан қатъи назар.

5-жадвал. Касалликлар ҳалқаро таснифи (КХТ) кодларига мос равишда топографик тасниф (<https://mkb-10.com/index.php?pid=1084>)

Қизилўнгачнинг анатомик соҳаси	Анатомик код ICD-0-3	Қизилўнгач локализацияси	Анатомик чегаралар		Тишлардан типик масофа, см
		Код ICD-0-3	Номланиш		
			и		

Бўйин қисми	C15.0	C15.3	Юқори учлик	Ҳалқумдан тўшнинг бўйинтурук чуқурчасигача	15-20
Кўкрак қисми	C15.1	C15.3	Юқори учлик	тўшнинг бўйинтурук чуқурчасидан тоқ вена равоғи чеккасигача	20–25
		C15.4	Ўрта учлик	тоқ вена равоғи чеккасидан пастки ўпка венаси пастки чеккасигача	25-30
		C15.5	Пастки учлик	пастки ўпка венаси пастки чеккасидан диафрагманинг қизилўнгач тешигигача	30–40
Абдомина л қисми	C15-2	C15.5	Пастки учлик	диафрагманинг қизилўнгач тешигидан қизилўнгач-меъда ўтиш қисмигача	40–45
		C16.0	EGJ/кардия	Ўсма қизилўнгач-ошқозон ўтиш соҳасини камраб олган бўлиб, унинг эпицентри Z-чизикдан 2 см пастга тушмайди	40–45

2) TNM – Америка саратонга қарши қўмитаси таснифи (AJCC) 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Ушбу стадиялаш қизилўнгачнинг эпителиал ўсмаларига нисбатан қўлланилади, жумладан ясси ҳужайрали саратон, безсимон саратон, аденосквамоз саратон, дифференциаллашмаган саратон, нейроэндокрин саратон ва нейроэндокрин дифференцировкали ўсмалар.

Саркома ва неэпителиал ўсмалар юмшоқ тўқималар саркомаси сифатида босқичланади.

Гастроинтестинал стромал ўсмалар алоҳида босқичлаш тизимига эга.

Босқичлаш 6 континентдаги 33 марказда 22654 беморнинг яшовчанлик маълумотларини таҳлил қилиш асосида амалга оширилган (жадвал 6–8).

- Эрта ўсмалар (T1-2) учун яшовчанлик кўрсаткичларига дифференцировка даражаси (G) катта таъсир кўрсатади.
- Қизилўнгач аденокарциномаси бўлган беморларда ясси ҳужайрали саратонга қараганда яхшироқ прогноз кузатилади, шу сабабли турли морфологик шакллар учун босқичлаш таркиби фарқ қилади.
- Неоадьювант даволаш самарадорлигига боғлиқ равишда яшовчанлик бўйича янги маълумотларни таҳлил қилиш клиник босқич (сTNM), патоморфологик босқич (рTNM) ва неоадьювант терапиядан кейинги морфологик босқич (урTNM) бўйича турлича босқичлаш гуруҳларини шакллантиришга олиб келди.

6-жадвал. TNM 8Ed нинг TNM 7Ed дан асосий фарқлари. Ясси ҳужайрали саратон

Ўзгариш	Ўзгаришни тавсифлаш
Анатомия/ локализация	Қизилўнгач ёки меъда ўсмаси сифатида таснифлаш чегараси: эпицентри қизилўнгач-меъда ўтиш соҳасидан 2 смдан пастда жойлашган ўсмалар ошқозон саратони сифатида таснифланади, ҳатто агар қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми жараёнга жалб этилган бўлса ҳам
Босқичга гуруҳлаш	Босқичлашда рТ1а ва рТ1b бўлинмаси ҳисобга олинади.
Босқичга гуруҳлаш	рТ2-3 I-III стадиялар учун алоҳида ҳисобга олинади (рТ2 ва рТ3 сифатида)
Босқичга гуруҳлаш	сTNM, рTNM ва урTNM учун алоҳида стадиялаш бўлинмалари ажратилган
Аденокарцинома	
Ўзгариш	Ўзгаришни тавсифлаш

Анатомия/ локализация	Қизилўнгач ёки меъда ўсмаси сифатида таснифлаш чегараси: эпицентри қизилўнгач-меъда ўтиш соҳасидан 2 смдан пастда жойлашган ўсмалар ошқозон саратони сифатида таснифланади, ҳатто агар қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми жараёнга жалб этилган бўлса ҳам
Босқичга гуруҳлаш	Босқичлашда pT1a ва pT1b бўлинмаси ҳисобга олинади.
Босқичга гуруҳлаш	cTNM учун алоҳида стадиялаш бўлинмаси ажратилган, pTNM ва ypTNM

Регионар лимфа тугунлари:

- Бўйин паратрахеал (VI даража) – тил ости суягидан бўйинтуруқ чуқурчасигача, умумий каротид артериялари оралиғида.
- Бўйин паратрахеал (VII даража) – бўйинтуруқ чуқурчасидан номсиз венагача, трахея ва курак суягининг дастаси оралиғида.
- Ўнг ва чап пастки бўйин паратрахеал лимфа тугунлари (1L&1R) – ўмров усти соҳасидан ўпка чўққисигача (қайтувчи нерв лимфа тугунлари).
- Ўнг ва чап юқори паратрахеал (2L&2R) – паратрахеал ўпка чўққисидан брахицефал стволни (ўнгда) трахея билан кесишмасигача ёки аорта равоғигача (чапда).
- Ўнг ва чап пастки паратрахеал (трахеобронхиал) (4L&4R) – брахиоцефал томир ва тоқ вена оралиғида ўнгда, аорта равоғи ва қарина оралиғида чапда.
- Бифуркацион (7) – трахея бифуркациясидан пастда.
- Параэзофагеал: юқори, ўрта ва пастки (8U, 8M, 8Lo) – қизилўнгачни уч қисмга бўлишга мос равишда параэзофагеал жойлашган.
- Ўнг ва чап ўпка боғлам лимфа тугунлари (9L&9R).
- Диафрагмал (15) – диафрагма устидан ва диафрагма оёқлари яқинида жойлашган.
- Паракардиал (16) – қизилўнгач-меъда ўтиш қисмига яқин лимфа тугунлари.
- Чап ошқозон артерияси лимфа тугунлари (17).
- Умумий жигар артерияси лимфа тугунлари (18).
- Талоқ артерияси лимфа тугунлари (19).
- Қорин пояси лимфа тугунлари (20).

Надключичная лимфа тугунларига (Vb), бўйин томир тутами лимфа тугунларига (III, IV), талоқ дарвозаси ва жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами лимфа тугунларига метастазлар M1(Lymph) сифатида норегионар лимфа тугунларига метастаз сифатида баҳоланиши керак.

7-жадвал. T мезонлари бўйича стадиялаш – Америка онкология кўмитаси (AJCC) таснифи 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Бирламчи ўсма, T	Тавсифи
Tx	Бирламчи ўсмани баҳолаб бўлмайди
T0	Бирламчи ўсма белгилари мавжуд эмас
Tis	Карцинома in situ / юқори даражали дисплазия
T1	Ўсма қуйидаги тузилмаларни шикастлайди: Шиллик парда (lamina propria), мускул шиллик пардаси ёки хусусий шиллик парда қатламига етиб боради ва Шиллик парда ости қатламига ўтади
T1a	Шиллик парда (lamina propria), мускул шиллик пардаси ёки хусусий шиллик парда қатламига етиб боради
T1b	Ўсма шиллик парда ости қатламига ўтади
T2	Ўсма хусусий мускул қатламига тарқалади
T3	Ўсма қизилўнгач деворидаги адвентицияга ўсади
T4	Ўсма қўшни тузилмаларга ўтади
T4a	Ўсма плевра, перикард, тоқ вена, диафрагма ёки қорин пардани зарарлайди
T4b	Ўсма аорта, умуртқа танаси ёки трахеяга ўтади

8-жадвал. N мезонини босқичлаш Америка онкология кўмитаси (AJCC) таснифи 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Регионар метастазлар, N	Тавсифи
Nx	Регионар лимфа тугунларини баҳолаб бўлмайди.
N0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас.
N1	1–2 та регионар лимфа тугуни зарарланган.
N2	3–6 та регионар лимфа тугуни зарарланган.
N3	7 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунлари зарарланган.

9-жадвал. M мезонни босқичлаш. N мезонини босқичлаш Америка

Узоқ метастазлар, M	тавсифи
Mx	Узоқ метастазларни баҳолаш учун маълумотлар йўқ
M0	Узоқ метастазлар йўқ
M1	Узоқ метастазлар бор

Стадиялаш тартиби клиник (cTNM) ва патоморфологик (pTNM) стадиялаш учун фарқ қилади. Қуйида ясси хужайрали саратон учун стадиялаш тақсимоти келтирилган: (10, 11-жадваллар).

10-жадвал. Касалликнинг клиник босқичлар бўйи ча гуруҳлаш (ясси хужайрали саратон)

cTNM клиник босқичи, ясси хужайрали саратон			
T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1	0-1	0	I
T2	0-1	0	II
T3	0	0	
T1-2	2	0	III
T3	1-2	0	
T4a T4b	0-2	0	IVA
Ҳар қандай	3	0	
Ҳар қандай	Ҳар қандай	1	IVB

11-жадвал. Касалликни патоморфологик босқичи бўйича гуруҳлаш (ясси хужайрали саратон)

T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1a	0	0	IA
T1b	0	0	IB
T2	0	0	IIA
T1	1	0	IIB

T3	0	0	
T1	2	0	IIIA
T2	1	0	
T2	2	0	
T3	1-2	0	IIIB
T4a	0-1	0	
T4a	2	0	
T4b	Ҳар қандай	0	IVA
anyT	3	0	
anyT	Ҳар қандай	1	
			IVB

Қизилўнғачнинг мультифокал зарарланишида ва подслизистик метастазланиш истисно қилинганидан кейин, ҳар бир ўсма алоҳида стадияланади.

12-жадвал. Касалликни клиник стадиялар бўйича гуруҳлаш (қизилўнғач аденокарциномаси). cTNM клиник босқичи, қизилўнғач аденокарциномаси

T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1	0	0	I
T1	1	0	IIA
T2	0	0	IIIB
T2	1	0	III
T3-T4a	0-1	0	
T1-T4a	2	0	IVA
T4b	0-2	0	
Ҳар қандай	3	0	
Ҳар қандай	Ҳар қандай	1	IVB

13-жадвал. Патоморфологик прогностик гуруҳлар бўйича гуруҳлаш (қизилўнғач аденокарциномаси)

T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1a	0	0	IA

T1b	0	0	IB
T2	0	0	IIA
T1	1	0	IIB
T3	0	0	
T1	2	0	IIIA
T2	1	0	
T2	2	0	IIIB
T3	1-2	0	
T4a	0-1	0	
T4a	2	0	IVA
T4b	Ҳар қандай	0	
anyT	3	0	
anyT	Ҳар қандай	1	IVB

3) Прогностик омиллар

Қизилўнғач саратонида прогностик омиллар.

Прогностик омиллар	Ўсма билан боғлиқ	Организм билан боғлиқ	Даволаш билан боғлиқ
Асосий	Инвазиянинг сезиларли чуқурлиги Лимфа тугунларнинг иштироки Лимфоваскуляр инвазиянинг мавжудлиги (ЛВИ)	Самарадорлилик кўрсаткичи Ёши Озиқ-овқат статуси	Операция сифати Мультимодаллик
Қўшимча	Ўсмани баҳолаш, ўсмаларнинг жойлашиши	Экономик статус	Озиқ-овқат қўллаб-қувватлаши
Янги ва перспектив	CEA, VEGF C, HER2		

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

Ташҳислаш мезонлари:

Шикоятлари ва анамнез:

- дискомфортга,
- овқат қабул қилганда тўш ортида ачишиш ҳисси,
- дисфагия,
- тўш ортида оғрик,
- ҳозир еган овқатни кекириш,
- иштаха пасайиши,
- вазн камайиши.

Физикал текширувлар:

- Кечки босқичдаги қизилўнгач саратонида беморнинг ҳолати кўпинча мажбурий бўлиб, адинамия кучли намоён бўлади.
- Юзни кўздан кечирганда – кўзлар ёрқинлиги ва жонлилиги пасайган бўлиши мумкин.
- Тери рангининг оқариши ички қон кетиш аломати бўлиши мумкин.
- Қизилўнгач саратонининг анча илгари босқичларида терининг қуриши ва унинг тургори пасайиши кузатилади.
- Узоқ муддатли дисфагияда ортиқча озиш, ҳатто кахексия даражасигача етиб бориши мумкин. Бундай ҳолларда беморларда оксилсиз шишлар ҳам пайдо бўлади.
- Кеч босқичларда чап шмов устки соҳасида, юқори тўш-ўмров усти-сўргичсимон мушаги оёқлари орасида, баъзан нотекис юзага эга, теридан ажралган, қаттиқ лимфа тугуни сезилиши мумкин (Вирхов метастази).
- Меъда саратонли беморларнинг оғиз бўшлиғини кўздан кечирганда ўта нохуш ҳид пайдо бўлиши мумкин – бу, одатда, хавфли ўсманинг емирилиши белгиси ҳисобланади.

Лаборатор текширувлар:

- Цитологик текширув (хужайра ҳажмининг катталашиши, ҳатто гигант ҳажмгача етиши, шакли ва ички элементлар миқдорининг ўзгариши, ядро ҳажмининг катталашиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражада етилиш ҳолати, ядрочалар миқдори ва шакли ўзгариши);
- Гистологик текширув (йирик, полигонал ёки тиканак шаклдаги хужайралар, яхши ифодаланган цитоплазма, аниқ ядрочалари юмалоқ ядролар, митоз

жараёнлари мавжудлиги, хужайраларнинг ячейкалар ва боғламлар ҳолида жойлашиши, кератин ҳосил бўлиши ёки бўлмаслиги, қон томирларда ўсма эмболлари мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг яққол кўриниши, ўсма хужайраларининг митотик фаоллиги).

Инструментал текширувлар:

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (шиллик парда нуқсонини кўриш, унинг ўлчами ва хусусиятини аниқлаш, гистологик текширув учун тўқима парчаси олиш имконини беради);
- Қизилўнгачни контраст билан рентгеноскопик текширув (қизилўнгачдаги хавфли ўсманинг тарқалиш ва давомийлик даражасини аниқлаш, шунингдек, жарроҳлик аралашуви тактикасига қарор қилиш имконини беради);
- Комплекс ультратовуш ташхиси (жигар, ўт қопи, ошқозон ости бези, талоқ, буйраклар, юқори кўкрак лимфа тугунлари) (қорин парда ортидаги лимфа тугунларининг эхоген катталашуви, қорин бўшлиғида метастазлар мавжудлиги, шунингдек, ошқозондаги хавфли ўсманинг кўшни тузилмаларга ўтиб кетиши аниқланади);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (ўрта кўкрак лимфа тугунларининг катталашганлигини ва қизилўнгачдаги хавфли ўсманинг кўшни тузилмаларга ўтиб кетишини аниқроқ визуализация қилади);
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг компьютер томографияси (қорин бўшлиғи ва қорин парда ортидаги лимфа тугунларининг катталашганлиги ва метастазлар мавжудлигини аниқроқ кўрсатади);
- Морфологик текширув – қизилўнгач саратонини бошқа касалликлардан ажратиш учун асосий ташхис усули. Биоптатда хавфли хужайраларнинг аниқланиши қизилўнгач саратонини тасдиқлайди, аммо бир марта олинган материалда ўсма белгилари бўлмаслиги бу касалликни инкор этмайди. Фақат бир неча бор ўтказилган таҳлилларда манфий натижалар олинган тақдирда, динамик кузатув билан биргаликда патологик жараённи хавфсиз деб ҳисоблаш мумкин.

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:

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 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. Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
12. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
13. Қизилўнғачни контраст билан рентгеноскопик текшируви;
14. Кўрак қафаси аъзоари компьютер томографияси;
15. Орин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳа компьютер томографияси;
16. Биоптатни цитологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
17. Биоптатни гистологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
18. Фибробронхоскопия (Ўсманинг қизилўнғачни бўйин, юқори ва ўрта кўкрак қисмида жойлашганида);
19. ЭКГ;
20. ЭхоКГ;
21. ПЭТ/КТ всего тела**;

- 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. Биоптатни иммуногистохимик текшируви (ўсмани, лимфа тугунини) *;
 14. Ўсманинг молекуляр-генетик текшируви;
 15. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
 16. Колоноскопия;
 17. Спирография;
 18. Бош ва бўйин КТси;
 19. Буйрак, пастки ковак вена ва қон томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
 20. Бош мия МРТси;
 21. Скелет суякларини радиоизотоп сканирлаш;
 22. Холтер – мониторинг билан;
- * 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 чаноқ аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Номайда ҳужайрали қизилўнгач ва кардий 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** – ўпка туберкулёзига гумон бўлганда ва периферик хосилалар мавжуд бўлганда.

2.2. - Қиёсий ташхис ва кўшимча текширувларни асослаш(https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf).

Қизилўнғач саратонини дифференциал диагностикаси:

<i>Кардиоспазм</i>	<i>Эзофагит, қизилўнғач яраси</i>	<i>Қизилўнғач дивертикуллари</i>	<i>Қизилўнғачнинг чандиқли торайиши</i>
<p>Кардиоспазм ёшлар ва ўрта ёшлиларда узоқ муддат сақланиши билан характерланади. Беморларнинг ҳолати катта руҳий зўриқиш ва ҳаяжондан кейин ёмонлашади, атропинизация ва спазмолитиклар қўлланилганидан кейин яхшиланади. Ахалазия фониди қизилўнғачнинг сийрак ва аниқ четларга эга бўлган қисқарган жойида сезиларли кенгайиши кузатилади. Касаллик қизилўнғачнинг кардиал қисмида чандиқли жароҳатланиш билан тугайди ва жарроҳлик аралашувини</p>	<p>Сурнкали эзофагит узоқ муддатли анамнез билан характерланади. Ярага қарши терапия тавсия этилади, бир ойдан кейин назорат ФЭГДС ўтказилиши керак. Олиб борилган консерватив терапия самарасиз бўлганда, ярали нуқсон четларидан биопсия тавсия этилади.</p>	<p>Қизилўнғач дивертикуллари нисбатан кам учрайди ва даврий дисфагия, тўш ортидаги оғрик, нохуш хидли регургитация, жуда катта вазн йўқотиши билан характерланади. Дивертикуллар одатда туғма ривожланиш аномалияси бўлиб, шу сабабли кўпроқ ёшларда учрайди.</p>	<p>Касаллик узоқ давом этади, тўлқинсимон кечади, дисфагия аломатларининг кучайиши ва сусайиши билан намоён бўлади. Қизилўнғач торайган жойда контурлар аниқ бўлади. Торайган жойдан юқорида қизилўнғачнинг яққол кенгайиши аниқланади. Касалликни аниқлашда анамнез катта аҳамиятга эга бўлиб, ундан чандиқли торғайишлар келиб чиқиш сабаблари аниқланади.</p>

талаб қилади.			
---------------	--	--	--

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

1) Номедикаментоз даво:

- Агар беморда III-IV даражадаги дисфагия мавжуд бўлса, овқат ўтишини яхшилаш мақсадида қизилўнгачни стентлаш тавсия этилади;

2) Медикаментоз даво: йўқ

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

Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Қизилўнгач ва кардиядаги ўсма жараёни гистологик ёки/ва цитологик тасдиқланган бўлиши.;
- Қизилўнгач ва кардийнинг операбел саратони (I-III босқич);

Шошилинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

1) ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилинч ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган саратон касаллигининг асоратлари (тўлиқ дисфагия) мавжудлиги;

2) Қон кетиш;

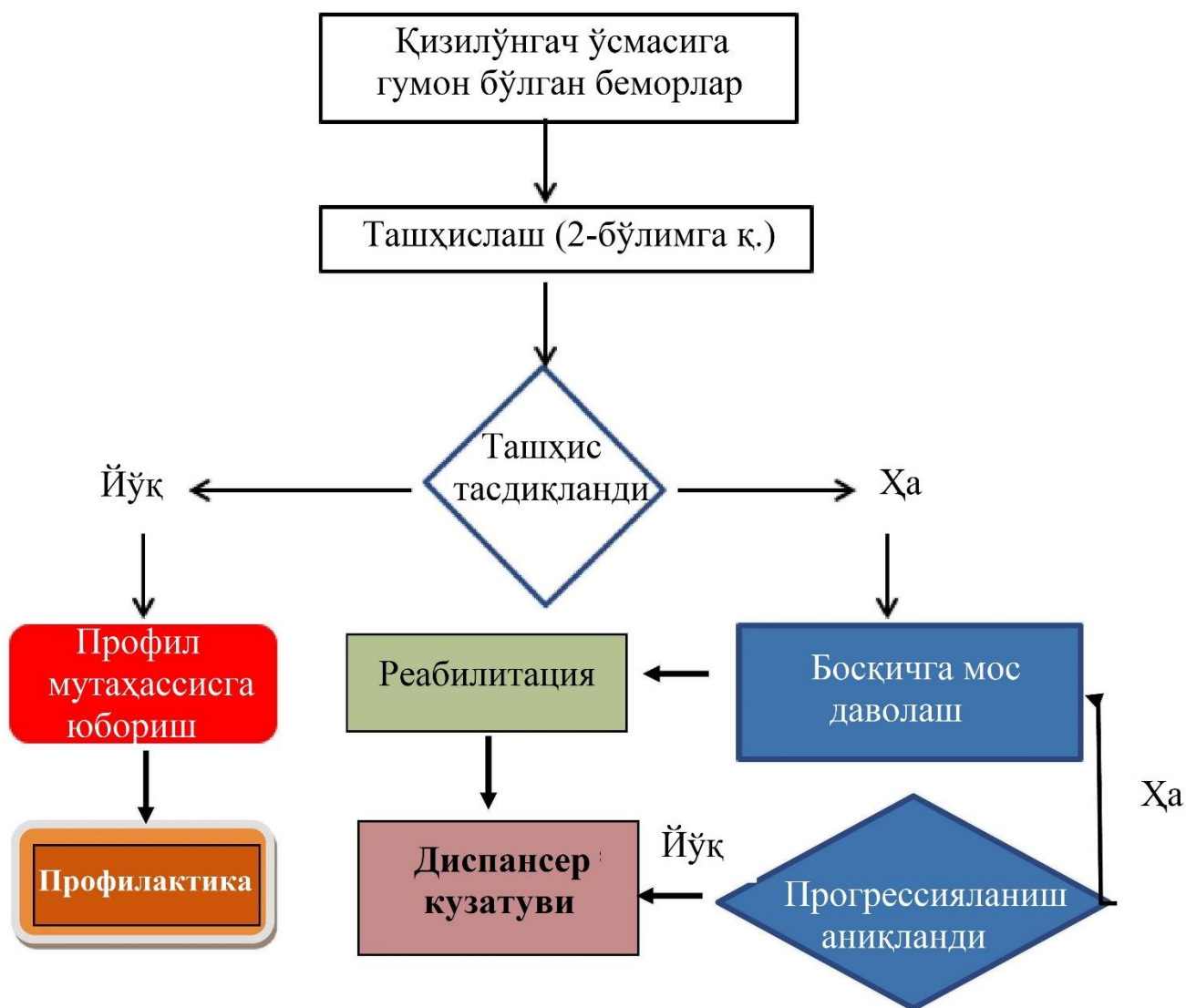
3) онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапияси ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

(<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BF%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%B0-2018/16090>).

6.1 Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:

Шифокорнинг ҳаракат алгоритми



1-схема. Қизилўнгач ва кардий саратони беморларини диагностика ва даволаш блок-схемаси

Ўсма жараёнининг босқичи ва локализациясига қараб қизилўнгач саратогини даволаш:

TNM	Стандарт
Қизилўнгач бўйин қисми	

T0-4b N0-3 MO	Химионур даволаш, нур терапия, полихимиотерапия
T0-3 N0 MO	Агар ўсма қизилўнгач оғзида 5 смдан пастроқ жойлашган бўлса, қизилўнгачни экстирпация қилиш ва орқа медиастинал эзофагогастропластика ёки эзофагоколопластика амалга оширилиши мумкин. Бу жарроҳлик цервикоабдоминотрансхиатал йўл орқали бажарилади ва бўйинда анастомоз яратилади.
Қизилўнгачнинг юқори кўкрак қисми	
TO-3 N0-3 MO	Қизилўнгачни экстирпация қилиш орқа медиастинал эзофагогастропластика ёки эзофагоколопластика билан торакоабдоминоцервикал йўл орқали бажарилади, бўйинда анастомоз яратилади. Икки зонали лимфодиссекция мажбурий тарзда ўтказилади. Агар регионар метастазлар pN1-3 мавжуд бўлса, адъювант полихимиотерапия тавсия этилади.
Қизилўнгачнинг ўрта кўкрак ва пастки кўкрак қисми	
TO-3 N0-3 MO	Субтотал резекция қизилўнгач орқа медиастинал эзофагогастропластика билан абдоминоторакал йўл орқали бажарилади, плевра ичи анастомози яратилади. Икки зонали лимфодиссекция мажбурий тарзда ўтказилади. Агар регионар метастазлар pN1-3 мавжуд бўлса, адъювант полихимиотерапия тавсия этилади.
Қизилўнгачнинг барча қисмлари учун	
T0-4b N0-3 M1	Химио-нур терапия, нур терапияси, полихимиотерапия, брахитерапия дисфагияни бартараф этиш мақсадида амалга оширилади. Шунингдек, гастростома ёки еюностома қўйиш, қизилўнгачни стентлаш тавсия этилади
T4a-b N0-3 MO	Химионур даво, неоадъювант химионур терапия + жарроҳлик давоси
Қизилўнгач барча қисмида жарроҳлик давосидан бош тортиш ва жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда	
T0-4b N0-3 MO	Химионур даво, нур терапия, полихимиотерапия

Изоҳ: агар жарроҳлик муолажасидан бош тортилса, энг самарали усул сифатида химио-нур терапиясига афзаллик берилиши лозим.

Тиббий кўрсатмаларга асосан, агар жарроҳлик муолажасидан воз кечилса, энг самарали усул сифатида химио-нур терапияга устуворлик бериш лозим. Қизилўнгач саратонни даволаш усуллари бир қатор омилларга боғлиқ бўлиб, жумладан, ўсманинг ўлчами, бошқа аъзо ва тўқималарга тарқалиши, лимфа тугунларининг зарарланиши муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, бемордаги ҳамроҳ касалликлар (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) ҳам ҳисобга олинади. Мутахассислар ушбу барча омилларни таҳлил қилиб, ҳар бир бемор учун алоҳида даволаш режасини ишлаб чиқади. Бу режа жарроҳлик муолажаси ва ёки химиотерапия, ёки нур терапияси, ёки уларнинг комбинациясидан иборат бўлиши мумкин.

Радикал жарроҳлик муолажаси (қизилўнгачнинг субтотал резекцияси ёки экстирпацияси ва регионар лимфодиссекция) резектабель саратонни даволашда умумқабул қилинган стандарт ҳисобланади.

Паллиатив жарроҳлик усуллари ҳам бу тоифадаги беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимида муҳим ўрин тутди. Улар, айниқса, дисфагияни бартараф этишда самарали ҳисобланади, чунки бу саратоннинг энг асосий ва оғир белгиси ҳисобланади.

80-90% беморларда ушбу локализациядаги хавфли ўсмалар III-IV босқичда аниқланади, шу сабабли фақат 10-15% беморларга радикал жарроҳлик ёки комбинирланган даволашни қўллаш мумкин бўлади.

Агар ўсма тўлиқ радикал олиб ташланмаган бўлса ёки ўсма тўқималари қизилўнгач кесиш ҳудудида қолган бўлса, жарроҳликдан кейин 50 Гр умумий дозада нур терапияси қўлланилади. Шунингдек, қизилўнгач карциномаси резектабель бўлмаган ҳолларда, узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, жарроҳлик муолажасига қарши кўрсатмалар ёки бемор уни рад этган ҳолларда нур терапияси, полихимиотерапия ва химио-нур терапияси мустақил даволаш усули сифатида муҳим аҳамият касб этади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашган ўсма ҳолатларида нур терапияси ва химио-нур терапияси мустақил даволаш усули сифатида қўлланилиши мумкин.

Паллиатив жарроҳлик усуллари (гастростома ёки еюностома қўйиш, қизилўнгачни стентлаш) ҳаётий кўрсатмаларга кўра амалга оширилади. Улар, айниқса, ўсма жараёни норезектабель бўлган ҳолларда, узоқ метастазлар мавжудлигида, химио-нур терапия самарасиз бўлганида, кахексия ёки қизилўнгач фистуллари ривожланганида қўлланилади. Шунингдек, баъзи ҳолларда операцияга тайёргарлик мақсадида (масалан, еюностомия ёки стентлаш) ушбу усуллардан фойдаланиш мумкин.

2) Номедикаментоз даво:

Кўчириш режимлари шифохоналар ва госпиталларда қуйидаги тўрт тоифага бўлинади:

I — қатъий ётоқ,

II — ётоқ,

III — хонавий ярим ётоқ),

IV — эркин (умумий).

Неoadьювант ёки адьювант химиотерапия ўтказилган беморларга III (хонавий) режим тавсия этилади. Операциядан кейинги эрта даврда I (қатъий ётоқ) режими белгиланади, кейинчалик ҳолат яхшиланиши ва жарроҳлик чоклар битишига қараб II ва III режимларга кенгайтирилади.

Диета. Операциядан кейинги даврда беморларга аввал очлик тавсия этилади, кейин эса №1, 1а парҳез столига ўтказилади. Химиотерапия олаётган беморлар учун ҳам №1, 1а парҳез столи тавсия этилади.

Қизилўнгач саратони бўлган беморлар учун операциядан кейин парҳезга умрбод риоя қилиш тавсия этилади.

Нур терапия:

Қизилўнгач саратонида нур терапиянинг мақсадли вазифаси:

- радикал нур терапия;
- паллиатив нур терапия;
- симптоматик нур терапия.

Мустақил, операциядан олдин ва кейинги режимда.

Нур терапия турлари:

- фотон терапия (юқори энергияларни тормозли нурланиши, гамма терапия);
- корпускуляр терапия (юқори энергияларнинг тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

Нур терапия методлари (вақт давомида дозаларни фракционирлаш режимлари):

А) Классик (стандарт) фракционирлаш режими: БМЎД 1,8-2,4 Гр ҳафтасига 5 фракциягача, бўлинган ёки узлуксиз курс, СЎД 20,0-70,0 Гр гача.

Б) Гипофракционлаштирилган режим – БМЎД >2,5 Гр, ҳафтасига 5 фракциягача, расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД > 15,0 Гр гача.

В) Гиперфракционлаштириш (мультифракционлаштириш) режими – БМЎД 1,0–1,25 Гр кунига 2 марта (4–6 ва 18–20 соат оралиғида), расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД 20–70 Гр гача.

Г) Стереотаксик радиоожароҳлик (SRS) – бир мартада юқори дозада (БМЎД 12 Гр ёки ундан юқори) стереотаксик техника ёрдамида радиоожароҳлик ўтказилади. 3 см гача бўлган ва аниқ чегарага эга ўсмаларда қўлланилади.

Нур терапия усуллари

- Дистанцион НТ:
- 2-х ўлчамли конвенциал (стандарт) нур терапия (2D RT);
- 3-х ўлчамли конформ нур терапия (3D CRT);
- интенсив-модулирланган нур терапия (IMRT);
- суратлар бўйича бошқариладиган нур терапия (IGRT);
- нафас билан синхронлаштирилган нур терапия (4D RT);
- томоаппаратларда томотерапия;
- стереотаксик радиохирургия (SRS);
- стереотаксик радиотерапия (SRT);
- интраоперацион нур терапия (IORT);
- брахитерапия.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

- Рентген симулятори;
- Виртуал симуляция функциясига эга компьютер томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Виртуал симуляция функциясига эга магнит-резонанс томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Со-60 асосидаги дистанцион гамма-терапия аппарати;
- 4-6 Мэв чегаравий энергияга эга паст энергияли чизиқли тезлатгич;
- 6-15-18 Мэв чегаравий энергияга эга юқори энергияли чизиқли тезлатгич;
- Томотерапия аппарати;

- Интраоперацион нур терапияси аппарати;
- Со-60 ёки Ir-192 ионизирловчи манбаларга эга брахитерапия аппарати.

Бош миёга метастазларда нур терапия.

1. С1 бўйин умумртқасигача бош миёни тотал нурлантириш:
 - БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 Гр;
 - БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 Гр;
 - БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 Гр;
 - БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 20 Гр.
2. Бош миёни локал нурлаш
 - стереотаксик радиохирургия (SRS) - БМЎД 10,0 – 30,0 Гр 1 фракция – агар метастаз ўлчами 3 смдан катта бўлмаса.;
 - стереотаксик радиотерапия (SRT) – БМЎД 6,0-10,0 Гр 3-5 фракция – агар метастаз ўлчами 3,0 дан 6,0 смгача бўлса;
 - метастазларни локал нурлантириш БМЎД 2,0-3,0 СЎД 20-60 Гргача.

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

- БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 39-45 Гр;
- БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 Гр;
- БМЎД 8,0 Гр 1-2 фракция.

Нур ва кимё-нур терапия.

Нур терапияси ва химио-нур терапияси мустақил даволаш усули сифатида жарроҳлик муолажасига нисбатан устунликка эга эмас. I-II босқичларда узоқ муддатли яшовчанлик кўрсаткичи фақат 25-30% беморларда ўсманинг тўлиқ йўқолиши билан эришилиши мумкин. Ижобий томони шундаки, бу усул жарроҳликдан кейинги ўлим хавфини олдини олиш ва қизилўнгачни сақлаб қолиш имконини беради. Бироқ, нур терапиясидан кейинги асоратлар (эзофагит, яра, стриктура, фистула) 30-40% ҳолларда ривожланади ва одатда жарроҳлик аралашувини талаб қилади.

Нур терапия методикаси.

Дистанцион нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал нурлантириш методикаси бўйича ўтказилади. Радиотерапиянинг бир марталик дозаси (БМЎД) 1,8-2,0-2,5 Гр бўлиб, ҳафтасига 5 марта берилади. Жами доза (СЎД) 60-70 Гр мустақил режимда, 40-50 Гр операциядан олдин ёки кейин. Нур терапияси узлуксиз ёки бўлинган курсда ўтказилиши мумкин. Нурланиш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизикли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Асосий ўчоқ фақат дистанцион нур терапияси ёки (агар ўсма кичик бўлса ва эндостатлар киритиш имконияти бўлса) контакт нур терапияси (брахитерапия) билан қўшиб даволанади. Бундай ҳолда дистанцион нур терапияси 46-50 Грдан кейин брахитерапия билан давом эттирилади. Қўшма нур терапияси (дистанцион + брахитерапия) қўлланилганда ўсманинг тўлиқ резорбция эҳтимоли дистанцион нур терапиясига нисбатан 2 баробар юқори бўлади.

Нурлантириш ҳажми ва схемаси ўсманинг локализациясига қараб белгиланади. Бирламчи ўсма + юқори ва пастки томонда 5 см нормал тўқима, латерал томонда 2 см. Регионар лимфа тугунлари (N1) ҳам ўсма билан бир хил дозада нурлантирилади. Бўйин қисмида жойлашган ўсмаларда бўйин ва юқори кўкрак қисми ҳамда кўшни лимфа тугунлари (юқори кўкрак ва кўшни ўмров усти лимфа тугунлари) нурлантирилади.

Юқори ва ёки ўрта кўкрак қисмда жойлашган ўсмаларда диафрагмагача бўлган кўкрак қисми ва медиастинал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Қуйи кўкрак қисмида жойлашган ўсмаларда кўкрак ва диафрагмадан паст абдоминал сегмент ҳамда медиастинал ва перигастрал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Нурлантириш майдони баландлиги 11-22 см, эни 5-6 см. Химио-нур терапия дистанцион нур терапияси ютиш суммар дозаси 50 Гргача узлуксиз курс билан (субоптималь доза) 1,8-2 Гр фракциялаш билан ўтказилади. Бошланишида ёки нур терапия тугаши билан полихимиотерапия (цисплатин + фторурацил) биринчи курс нур терапияси олдиан ўтказилади, кейинчалик 28 кун интервал билан яна 12 курс полихимиотерапия ўтказилади. Бир вақтнинг ўзида кимё нур терапия таксанлар препаратлари билан (досетаксел, паклитаксел доза 80 мг/м² метроном режимда (1, 8, 16 ва ҳ.к. кунлар), нур терапияси БМЎД 2,0 Гр, 5 Фр, СЎД 50 Гр + “boost” БМЎД 2 Гр, 5 Фр, СЎД 8-10 Гр узлуксиз курс билан ўтказилади.

Дистанцион нур терапияси ўтказишга қарши кўрсатмалар

қуйидагилардир: Қизилўнғач фистуллари ёки улар юзага келиш хавфи; Ўсма тарқалиши натижасида қон кетиши; Ўсманинг тўлиқ трахея, асосий бронхлар ёки аортага ўтиши; Туберкулёз ва декомпенсацияланган ҳамроҳ касалликлар.

Жарроҳликдан бош тортганда ёки жарроҳликга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда қўшма нур терапияси тавсия этилади.

I босқич – дистанцион нур терапияси, доза 50 Гр, фракция 2 Гр, ҳафтасига 5 марта, давомийлик 5 ҳафта.

II босқич – брахитерапия, дистанцион нур терапиясидан 3 ҳафта кейин, доза 5 Гр * 3 сеанс, интервал 7 кун, ҳисоб нуқтаси радиоактив манбадан 1 см масофада.

Паллиатив нур терапияси (агар ўсма қизилўнғач йўлини тўсиб қўйса) аввал брахитерапия ўтказилади. Кейин қўшма нур терапияси ва полихимиотерапия амалга оширилади.

- Цисплатин 75 мг/м², вена ичига, 1-кун.
- Фторурацил 1000 мг/м² (750 мг/м²), вена ичига, 1, 2, 3, 4-кунлар.

Брахитерапияга қарши кўрсатмалар:

- Қизилўнғач бўйлаб ўсманинг узунлиги 10 смдан ошиши.
- Узоқ метастазлар мавжудлиги.
- Ўпка туберкулёзи.
- Ўсманинг трахея ва асосий бронхларга тарқалиши.
- Ўсманинг қизилўнғачнинг бўйин қисмида жойлашиши.
- Қизилўнғачнинг қаттиқ торғайиши ва эндоскоп ўтказиб бўлмаслиги.

3) Медикаментоз даво:

Клиник протоколга Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини киритиш қафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Кимё терапия.

Кимё терапия хавфли саратон ўсмаларини дори воситалари – цитостатиклар ёрдамида йўқ қилиш ёки ўсишини секинлаштиришга қаратилган медикаментоз даволаш усулидир. Саратонни химиотерапия билан даволаш маълум бир схемага

асосан тизимли равишда амалга оширилади ва ҳар бир бемор учун индивидуал танланади. Оддатда, химиотерапия схемалари бир неча курсдан иборат бўлиб, улар маълум бир дори комбинацияларини қабул қилиш ва организмда шикастланган тўқималарни тиклаш учун танаффуслар билан ўтказилади.

Химиотерапия неoadъювант химио-нур терапияси таркибида операциядан олдин, химио-нур терапия таркибида ёки мустақил равишда қўлланилади. Агар қизилўнгач карциномаси резектабель бўлмаса, узоқ метастазлар мавжуд бўлса, жарроҳлик муолажасига қарши кўрсатмалар ёки бемор операциядан воз кечган ҳолларда, химиотерапия (агар унга қарши кўрсатмалар бўлмаса) мустақил даволаш усули сифатида амалга оширилади.

Химиотерапия бир нечта турга бўлинади ва улар қўлланиш мақсадига кўра фарқ қилади:

- Неoadъювант химиотерапия операциядан олдин буюрилади. Унинг мақсади – жарроҳлик ўтказиш учун имконият яратиш мақсадида резектабель бўлмаган ўсмани кичрайтириш, шунингдек, келгусида операциядан кейин тайинланадиган дори воситаларига саратон хужайраларининг сезгирлигини аниқлаш.
- Адъювант химиотерапия жарроҳлик муолажасидан кейин метастазлар пайдо бўлишининг олдини олиш ва рецидив хавфини камайтириш учун буюрилади.
- Тиббий (паллатив) химиотерапия метастатик саратон ўсмаларини кичрайтириш мақсадида тайинланади.

Химиотерапия ўсманинг жойлашуви ва турига қараб турли схемалар бўйича ўтказилади ва ўзига хос хусусиятларга эга.

Кимё терапияга кўрсатмалар:

- Неoadъювант химиотерапия гистологик тасдиқланган қизилўнгачнинг ёмонсифат ўсмаларида.
- Метастазлар пайдо бўлишининг олдини олиш ва рецидив хавфини камайтириш.
- Резектабель бўлмаган ўсмаларни даволашда.
- Узоқ метастазлар ёки узоқ лимфа тугунларига тарқалиш.
- Ўсманинг рецидиви.
- Беморда қон таҳлили кўрсаткичлари қониқарли: гемоглобин ва гематокрит нормал даражада.

- Жигар, буйрак, нафас олиш тизими ва юрак-томир тизими функциялари сақланган.
- Жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш имкони бўлмаган ўсма жараёнини операциябоп ҳолатга ўтказиш имконияти.
- Беморнинг операциядан воз кечиши.
- Ноқулай гистотипга эга ўсмалар (кам дифференцияланган, дифференцияланмаган) бўлган ҳолларда даволаш самарадорлигини ошириш.

Кимё терапияга қарши кўрсатмалар:

Кимё терапияга қарши кўрсатмаларни иккита гуруҳга бўлиш мумкин: *абсолют* ва *нисбий*.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- Гипертермия $>38^{\circ}\text{C}$.
- Касалликнинг декомпенсация босқичи (юрак-томир тизими, нафас олиш тизими, жигар, буйрак касалликлари).
- Ўткир инфекцион касалликлар мавжудлиги.
- Руҳий касалликлар.
- Ушбу даволаш усулининг самарасизлиги, бир ёки бир нечта мутахассислар томонидан тасдиқланган ҳолат.
- Ўсманинг тарқалиши (қон кетиш хавфи).
- Беморнинг Карновский шкаласи бўйича аҳволи 50% ёки ундан кам (жадвалга қаранг, илова 1).

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- ҳомиладорлик;
- организм интоксикацияси;
- ўпка фаол сили;
- қоннинг турғун патологик ўзгаришлари (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- кахексия.

Монохимиотерапия:

1. Паклитаксел 250 мг/м², вена ичига, 24 соатлик инфузия, 1-кун. Ҳар 21 кунда. (ИД – А) Колония стимуляция қилувчи омиллар билан қўллаб-қувватлаш тавсия этилади.
2. Цисплатин 20 мг/м², 1-кундан 5-кунгача, ҳар 3 ҳафтада ёки 80 мг/м², 1 марта ҳар 3 ҳафтада. (ИД – А)
3. Доксорубицин 40 мг/м², 1- ва 2-кунлар, ҳар 3 ҳафтада. (ИД – В)
4. Эпирубицин 30 мг/м², 1-кундан 3-кунгача, ҳар 3 ҳафтада. (ИД – А)
5. Фторурацил 500 мг/м², 1-кундан 5-кунгача, ҳар 5 ҳафтада. (ИД – А)

Комбинирланган кимё терапия:

1. Цисплатин 75-100 мг/м², вена ичига, 1-кун; Фторурацил 1000 мг/м², узоқ муддатли вена ичига инфузия, 1-кундан 5-кунгача. Курс 1, 5, 8 ва 11-ҳафталарда такрорланади. (ИД – А)
 2. Иринотекан 65 мг/м², вена ичига, ҳафтасига бир марта, 4 ҳафта давомида; Цисплатин 30 мг/м², вена ичига, ҳафтасига бир марта, 4 ҳафта давомида. Курс ҳар 6 ҳафтада такрорланади. (ИД – А)
 3. Паклитаксел 180 мг/м², 3 соатлик инфузия, 1-кун; Цисплатин 60 мг/м², 3 соатлик инфузия, 1-кун. Ҳар 2 ҳафтада такрорланади (максимум 6 курс) ёки Паклитаксел 200 мг/м², 24 соатлик инфузия, 1-кун; Цисплатин 75 мг/м², вена ичига, 2-кун. Ҳар 3 ҳафтада такрорланади. (ИД – А)
- *Колония стимуляция қилувчи омиллар билан қўллаб-қувватлаш тавсия этилади.
4. Карбоплатин АУС 5, 1-кун; Паклитаксел 150 мг/м², 3 соатлик инфузия, 1-кун. Ҳар 3 ҳафтада такрорланади. (ИД – А)
 5. Паклитаксел 175 мг/м², 1-кун; Цисплатин 20 мг/м², 1-кундан 5-кунгача. (ИД – А)
 6. Фторурацил 750 мг/м², узоқ муддатли вена ичига инфузия, 1-кундан 5-кунгача. Ҳар 28 кунда такрорланади, зарур ҳолларда колония стимуляция қилувчи омиллар билан бирга қўлланилади. (ИД – А)
 7. Доцетаксел 75 мг/м², 1-кун; Цисплатин 75 мг/м², 1-кун. Ҳар 3 ҳафтада такрорланади. (ИД – А)
 8. Доцетаксел 75 мг/м², 1-кун; Цисплатин 75 мг/м², 1-кун; Фторурацил 750 мг/м², узоқ муддатли вена ичига инфузия, 1-кундан 5-кунгача.

Ҳар 3 ҳафтада такрорланади, зарур ҳолларда колония стимуляция қилувчи омиллар билан бирга қўлланилади. (ИД – А)

Кимё терапия ўтказишда кўмаклашувчи даво иловада келтирилган.

Паллиатив кимё терапия (индивидуаллаштирилган).

Паллиатив ёрдам:

- Ҳаддан ташқари кучли оғриқ синдроми мавжуд бўлганда, даволаш «Инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликлари ва сурункали оғриқ синдроми билан кечувчи беморларга паллиатив ёрдам» протоколига мувофиқ амалга оширилади
- Қон кетиши мавжуд бўлганда, даволаш «Инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликлари ва қон кетиши билан кечувчи беморларга паллиатив ёрдам» протоколига мувофиқ амалга оширилади..

Ушбу клиник тавсияномада келтирилган дори воситаларининг долзарб йўриқномаларини <http://grls.rosminzdrav.ru> сайтидан олиш мумкин.

14-жадвал. Қизилўнгач саратонини даволашда мустақил шаклда ёки нур терапия билан биргаликда қўлланиладиган кимё терапиянинг асосий режимлари (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf).

Схема	Юир марталик доза	Юборилиш кунлари	Такрорланиш (цикликлик)
Адьювант иммунотерапия			
Ниволумаб¹ [96]	3 мг/кг ёки 240 мг ёки 480 мг	1 кун 1 кун	Ҳар 2 ҳафтада Ҳар 4 ҳафтада, даволаш давомийлиги – 12 ой
Бир вақтлик кимё нур терапия			
Цисплатин** фторурацил** [43]	75 мг/м ² 1000 мг/м ² /сут	1-кун 1-4 кунлар (96 соатлик инфузия)	Ҳар 3-4 ҳафта
#Паклитаксел** #карбоплатин** [35]	50 мг/м ² AUC 2	1-кун 1-кун	Ҳар ҳафта
#Оксалиплатин** #Капецитабин** [44]	85 мг/м ² 1300 мг/м ² /сут.	1, 15, 29 кун ҳар ҳафтанинг 1- 5 кунлари	

FOLFOX: #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [94]	85 мг/м ² 400 мг/м ² 400 мг/м ² в/и оқим билан 1600 мг/м ²	1-кун 1-кун 1-кун 1-2 кунлар (48- соатлик инфузия)	Ҳар 2 ҳафтада
#Паклитаксел** Фторурацил** [95]	45-50 мг/м ² 300 мг/м ² /сут.	1, ҳар ҳафта 1-4 кунлар (96 соатлик инфузия), ҳар ҳафта	
Қизилўнғач пастки учлиги аденокарциномаларида операциядан олдинги ёки атрофи кимё терапияси			
FLOT: #Доцетаксел** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** [34]	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ²	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун, 24-соатлик инфузия	Ҳар 2 ҳафтада (по 4 курс операциядан олдин ва кейин, маъқул режим)
DCF: #Доцетаксел** Цисплатин** Фторурацил** [46]	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут	1-чи кун 1-чи кун 1-дан 5-чи кунгача (120- соатлик инфузия, /сут. 24- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
mDCF: #Доцетаксел** Цисплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [46]	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² (по 1000 мг/м ² /сут.) 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-2-чи кун, 46- соатлик инфузия 1-чи кун	Ҳар 2 ҳафтада
Цисплатин**	75 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада

Фторурацил** [12]	1000 мг/м ² /сут.	1-4 кунлар (96 соатлик инфузия)	
Цисплатин** #Капецитабин** [47]	75-80 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** #Капецитабин** [12]	60-75 мг/м ² 60-75 мг/м ² 1650 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
Паллиатив химиотерапия режимлари			
#Ниволумаб** #Оксалиплатин** #Капецитабин** [97] ²	360 мг 130 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Ниволумаб** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [97] ²	240 мг 85 мг/м ² 400 мг/м ² 2400 мг/м ² 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-кун 1-кун 1-кун 1-кун, 46-соатлик инфузия 1-кун	Ҳар 2 ҳафтада
#Пембролизумаб* * Цисплатин** Фторурацил** [98] ³	200 мг 75-80 мг/м ² 750-800 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-5 кунлар (120- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** Фторурацил** #Филграстим** [46]	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут 5 мкг/кг	1-чи кун 1-чи кун 1-чидан 5-чи кунлар(120- соатлик инфузия) 6-12 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** [34]	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ²	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун, 24- соатлик инфузия	Ҳар 2 ҳафтада (аденокарциномад а)

mDCF: #Доцетаксел** Цисплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [46]	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² (по 1000 мг/м ² /сут.) 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-2-чи кун, 48- соатлик инфузия 1-чи кун	Ҳар 2 ҳафтада
ТС (ясси хужайрали саратон): #Паклитаксел** #Карбоплатин** [48]	175 мг/м ² AUC 5	1-кун 1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
Цисплатин** #Капецитабин** [47]	75-80 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
Цисплатин** Фторурацил** [98]	75-80 мг/м ² 750-800 мг/м ² /сут.	1-кун 1-5 кунлар (120- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
XELOX: #Оксалиплатин** #Капецитабин** [49]	130 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** [50]	75 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** [51]	70 мг/м ² 70 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
#Паклитаксел** Цисплатин** Фторурацил** [12]	175 мг/м ² 75 мг/м ² 750-1000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-4 (96 соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
#Пембролизумаб **4 [42]	2 мг/кг ёки 200 мг 400 мг	1-кун 1-кун	Ҳар 3 ҳафтада Ҳар 6 ҳафтада
#Ниволумаб**5 [92]	3 мг/кг ёки 240 мг	1-кун	Ҳар 2 ҳафтада Ҳар 4 ҳафтада

	480 мг		
--	--------	--	--

¹ Ясси хужайрали саратон ёки аденокарциномага эга беморларда, химио-нур терапиядан сўнг R0 ҳажмида жарроҳлик амалга оширилган, лекин тўлиқ даво патоморфозга эришилмаган ҳолларда.

² изилўнгач ва қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми аденокарциномаси бўлган беморларда, PD-L1 CPS \geq 5 экспрессияси мавжуд бўлган ҳолларда.

³ Биринчи линия терапияси, PD-L1 CPS \geq 10 экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

⁴ Иккинчи ва кейинги терапия линиялари, PD-L1 CPS \geq 10 экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

⁵ Иккинчи ва кейинги терапия линиялари, PD-L1 TPS \geq 1% экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

15-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситалари ХПН	Қўллаш усули	Исботланг аниқ даражаси
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	Цисплатин	75 -100 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC 5-6 1-чи кун, в/и	А
	Оксалиплатин	85-100 мг/м ² в/и	А
Ўсимлик ва табиий келиб чиқишли препаратлар	Паклитаксел	180 ёки 250 мг/м ² 1-чи кун, в/и;	А
	Доцетаксел	75мг/м ² , в/и, томч. 1-кун	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	Доксорубицин	30мг/м ² в/и 2-чи кун	А
	Эпирубицин	30мг/м ² , 1-дан 3-чи кунгача, ҳар 3 ҳафтада	А
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	500мг/м ² , 1-чидан 5-чи кунгача, ҳар 5 ҳафтада	А
Топоизомераза I ингибиторлари	Иринотекан	65мг/м ² , в/и, ҳар ҳафта, 4 ҳафта давомида	В
фолий кислота антогонистлари антидоти,	Кальция фолинат	200 мг/м ² в/и инфузия 2 соат 1-2 кунлар;	В

фторурацила биологик таъсири модификатори		400 мг/м ² в/и инфузия 2 соат 1-кун	
Юклаш (ҳавола)	https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf		

16-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100%дан кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситалари ХПН	Қўллаш усули	Исботланг анлик даражаси
Моноклонал антитана, PD1 ингибитор	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузияси 30 дақиқа давомида ҳар 3 ҳафтада	А
	Ниволумаб	3 мг/кг ёки 240 мг 1-кун, ҳар 2 ҳафтада; 480 мг, 1-кун, ҳар 4 ҳафтада	А
Суюқ резорбцияси ингибиторлари	Памидрон кислота	90мг в/и 3-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В
	Золедрон кислота	4 мг в/и томчилаб 15 дақиқа давомида, 3-4 ҳафтада 1 марта	А
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	С
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Итраконазол	Ичишга	С
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	А
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимида таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С

Бошқа воситалари дори	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий	А
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	В
	Амлодипин	Ичишга	В
	Повидон – йод	ташқи	С
	Тобрамицин	Вена ичига	С
	Фолий кислота	Ичишга	А
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	А
	Хлоргексидин	Ташқи	В
Юклаш (ҳавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

4. Жарроҳлик давоси:

Жарроҳлик муолажаси резектабель қизилўнгач саратонида, регионар лимфа тугунларига метастатик шикастланиш мавжуд ёки мавжуд бўлмаган ҳолларда асосий даволаш усули ҳисобланади. Жарроҳлик муолажаси қизилўнгачнинг резекцияси ёки экстирпациясини, ўсма чегарасидан камида 5 см масофада олиб ташланишини ва икки зонали лимфодиссекциянинг мажбурий бажарилишини ўз ичига олади. Ёш жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Операция ҳажми ўсманнинг локализацияси ва тарқалишига қараб белгиланади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Қизилўнгачнинг субтотал резекцияси, орқа медиастинал гастроэзофагопластика билан абдоминоторакал йўл орқали, плевра ичи анастомоз яратиш билан (Ivor Lewis операцияси). Бу операция очик «анъанавий» ва миниинвазив усулларда бажарилиши мумкин.
- Қизилўнгачнинг экстирпацияси, торакоабдоминоцервикал йўл орқали орқа медиастинал гастроэзофагопластика ёки колоноэзофагопластика билан, бўйинда анастомоз яратиш билан (McKeown операцияси). Бу операция ҳам очик «анъанавий» ва миниинвазив усулларда бажарилиши мумкин.
- Қизилўнгачнинг қуйи кўкрак қисми ва ошқозоннинг проксимал қисмини резекция қилиш, ошқозоннинг кардиал қисмига ўтиш мавжуд ёки мавжуд бўлмаган ҳолларда, комбинирланган чап томонлама торакофренолапаротомик йўл орқали (Osawa-Garlok операцияси). Қизилўнгачнинг кўкрак ичидаги

қисми зарарланганда, регионар лимфодиссекцияни амалга ошириш тавсия этилади: медиастинал ва абдоминал регионар лимфа тугунларини олиб ташлаш.

- Гибрид миниинвазив операция (лапароскопик ошқозон мобилизацияси, торакотомия, қизилўнгачнинг субтотал резекцияси ва икки зонали (2F) лимфодиссекция).
- Тотал миниинвазив эзофагэктомия (лапароскопик ошқозон мобилизацияси, торакоскопик қизилўнгач мобилизацияси, бир вақтнинг ўзида эзофагогастроанастомоз яратиш, тегишли ускуналар мавжуд бўлганда).

Қизилўнгачнинг комбинирланган экстирпацияси трахея, асосий бронхлар, аорта ва бошқа ҳаётий муҳим тузилмаларнинг резекцияси билан бирга амалга оширилганда, эзофаго- ва гастростома шакллантирилгандан кейин кечиктирилган қизилўнгач пластикасини ўтказиш мумкин.

Жарроҳлик аралашувлари лимфодиссекция билан бирга ўтказилади. Бажарилиш даражасига қараб лимфодиссекция турлари қуйидагича бўлинади: стандарт икки зонали (2S), кенгайтирилган икки зонали (2F) ва уч зонали лимфодиссекция.

Рецидив

Жарроҳлик давоси (индивидуаллаштирилган):

- Турли кўламдаги радикал ва паллиатив жарроҳлик амалиётлари;
- Эндоскопик ўсмани парчалаш;
- Стендлар ўрнатиш.

Жарроҳлик давосига кўрсатмалар:

- гистологик верифицирланган операбел қизилўнгач хавфли ўсмалари;
- жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлмаганда.

Қизилўнгач ва кардий саратонида жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар:

- Беморда нооперабеллик белгилари ва оғир ҳамроҳ патология мавжудлиги.
- Узоқ метастазлар (жигар, ўпка, бош мия ва бошқа аъзоларга тарқалиши).
- Бўйин лимфа тугунларида узоқ метастазлар мавжудлиги.
- Асцит суюқлигида ўсма хужайраларининг аниқланиши.
- Кенг ҳажмли гематоген метастазлар, диссеминацияланган ўсма жараёни.

- Нафас олиш, юрак-томир ва чиқариш тизимида сурункали декомпенсацияланган ёки ўткир функционал бузилишлар.
- Анестезияда ишлатилувчи дори воситаларига аллергия бўлиши.

Жарроҳлик муолажаси босқичларга кўра ва тавсиялар ишончлилик даражаси ҳамда далилларнинг ишончлилик даражаси билан.

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (Далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

- Қизилўнғач саратоннинг Tis ва cT1aN0M0 босқичи билан ташхис қўйилган беморларга ҳаёт давомийлигини ошириш мақсадида қизилўнғач шиллик пардасининг эндоскопик резекцияси ва ости шиллик қатламда диссекция ўтказиш тавсия этилади. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19325056/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (Далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Даволаш тактикасини белгилашда прогноз омилларини ҳисобга олиш лозим. Устуворлик эндоскопик ости шиллик қатлам диссекцияси усулига берилиши тавсия этилади.

Негатив прогноз омиллари:

- дифференцировка $\geq G3$;
- резекция четларида ўсма ҳужайраларининг мавжудлиги;
- лимфатик, томирли ва периневрал инвазия;
- инвазия даражаси (қизилўнғач девори шиллик ости қаватининг зарарланиши), $> pT1sm1$. Эндоскопик даволаш ўтказилганда, олиб ташланган тўқиманинг тўлиқ патолого-анатомик таҳлили амалга оширилиши керак, латерал ва вертикал резекция чегаралари тасвирланиши ва ўсманинг максимал инвазия чуқурлиги кўрсатилиши лозим..

Агар радикал эндоскопик даволашни амалга ошириш имконсиз бўлса, Tis ва T1a босқичларида эҳтимолий даволаш вариантлари сифатида эзофагэктомия, химио-нур терапия ва брахитерапия тавсия этилади. Оғир дисплазия ва Tis ҳолатларида эса фотодинамик терапия қўлланилиши мумкин.

- Қизилўнғач саратоннинг cIB-IIA босқичларида (cT1N0M0 ва cT2N0M0 паст хавфли – лимфоваскуляр инвазия мавжуд эмас, ўсма ўлчами 3 смдан кичик, 1-2 даражали хавфлилик) жарроҳлик муолажаси **тавсия этилади**, қўшимча химио-нур терапия ўтказиш тавсия этилмайди [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37015332/>).

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

Изоҳлар: *Асосий даволаш усули жарроҳлик муолажаси ҳисобланади. Фақат жарроҳлик муолажасини ўтказиш имконсиз бўлган ҳолларда (ўсманинг қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашиши, функционал қарши кўрсатмалар мавжудлиги) химио-нур терапия мустақил даволаш усули сифатида тавсия этилади (қўйида қаранг). Бўйин қисми қизилўнгач саратонли ва умумий ҳолати яхши сақланган айрим беморларда, химио-нур терапиядан кейин қолган ўсма мавжуд бўлса, жарроҳлик муолажаси ўтказилиши мумкин. Бу ҳолда энг катта жарроҳлик ҳажми «Ларингофарингоэзофагэктомия, қизилўнгач пластикасининг турли вариантлари ва овоз протезлаш» бўлиши мумкин. Қизилўнгач саратонида асосий операция тури – қизилўнгачнинг субтотал резекцияси бўлиб, у бир вақтнинг ўзида плевра ичи ошқозон ёки йўғон ичак сегменти ёрдамида пластика қилиш ва икки томонлама икки зонали медиастинал лимфодиссекцияни ўз ичига олади. Бу операция лапаротомия ва ўнг томонлама торакотомия йўли билан бажарилади (Льюис операцияси) ва анастомоз ўнг плевра бўшлигининг апертурасида, v.azygosдан юқори даражада шакллантирилади. Агар ўсма трахея бифуркациясидан юқори жойлашган бўлса, қизилўнгачни экстирпация қилиш ва бўйинда анастомоз шакллантириш тавсия этилади.*

Етарли ускуна ва малакали мутахассислар мавжуд бўлган марказларда, агар жарроҳлик ҳажми сақланса, мининвазив усуллар (торакоскопия ва/ёки лапароскопия) қўллаш мумкин. Мининвазив технологиялар операциядан кейинги асоратлар сони ва оғирлигини камайтиришга ёрдам беради.

Қизилўнгач-ошқозон ўтиши қисми ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш усули унинг локализациясига қараб белгиланади:

Siewert 1 ҳолатида Льюис операцияси (очиқ ёки мининвазив усулда) бажарилади. Фақат алоҳида ҳолларда, агар беморга торакотомия ўтказиш мумкин бўлмаса, трансхиатал қизилўнгач резекцияси амалга оширилиши мумкин. Siewert 1 учун радикал операциянинг мажбурий шарти D2 ҳажмида юқори абдоминал лимфодиссекция ва икки томонлама медиастинал лимфодиссекция (2F) бажарилиши ҳисобланади.

Siewert 2 ҳолатида, агар ўсма қизилўнгачга 3 смгача тарқалган бўлса, кенг диафрагматомия ва пастки медиастиnum лимфодиссекцияси билан трансхиатал проксимал ошқозон резекцияси ўтказилади. Анастомоз юқори медиастиnumда шакллантирилади. Альтернатив вариант сифатида торакотомик усуллар қўлланилиши мумкин, аммо бундай операциялар техник жиҳатдан мураккаб ва операциядан кейинги асоратлар хавфини оширади. Ҳозирги кунгача торакотомик операциялар ва лимфодиссекцияни трахея бифуркациясидан юқори даражада кенгайтириш даволаш натижаларини яхшилашни тасдиқловчи аниқ далиллар мавжуд эмас. Siewert 2 ҳолатида, агар ўсма қизилўнгачга 3,0 смдан ортиқ

тарқалган бўлса, жарроҳлик тактикаси Siewert I ўсмали беморлар учун қўлланиладиган усулга ўхшаш бўлади.

● Қизилўнгач саратоннинг IIВ-III босқичларида (сТ2N0M0 юқори хавфли – лимфоваскуляр инвазия мавжудлиги, ўсма ўлчами 3 смдан катта, 3-даражали хавфлилик; сТ3N0-3M0; сТ1-2N1-3M0) жарроҳлик муолажасини дори воситалари ва/ёки химио-нур терапия билан қўшиб олиб бориш **тавсия этилади**. Бунинг учун қуйидаги усуллар қўлланилади: Предоперацион химио-нур терапия (ясси ҳужайрали саратон учун афзал); Предоперацион химиотерапия (ясси ҳужайрали саратонда, агар химио-нур терапия ўтказиш мумкин бўлмаса); Периоперацион химиотерапия (аденокарцинома учун); Мустақил химио-нур терапия (жарроҳлик муолажасига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда ёки қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашган ўсмаларда). Ушбу ёндашув даволаш самарадорлигини ва беморларнинг ҳаёт давомийлигини оширишга хизмат қилади [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21684205/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - А (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

5. Кейинги олиб бориш:

Диспансер кузатуви:

- Биринчи йил – 3 ойда 1 марта;
- Иккинчи йил – 6 ойда 1 марта;
- Кейинчалик, бутун умр – йилда 1 марта

Текшириш усуллари:

- фиброгастроскопия;
- қизилўнгач, анастомозни рентген контраст текшириш;
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТси;
- Ўпкалар рентген текшируви;
- Периферик лимфа тугунлари УТТси;
- Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- Гинеколог кўриги (аёлларда);
- Қон умумий таҳлили.

Кўрсатмаларга кўра:

- Фиброколоноскопия;

- Ирригоскопия;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи томирлари ангиографияси;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси МРТси;
- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Бутун тана Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + компьютер томографияси

Профилактик тадбирлар:

- Овқатланиш тартибига риоя қилиш.
- Барретт эзофагити билан касалланган беморларни аниқлаш ва «хавф гуруҳлари»ни шакллантириш.
- Зарарли одатлардан воз кечиш: тамаки чекмаслик, спиртли ичимлик истеъмол қилмаслик.
- 45 ёшдан ошган шахслар ва қизилўнгач ҳамда ошқозон-ичак саратони бўйича оилавий анамнези мавжуд бўлган оила аъзолари учун йилига камида 1 марта эндоскопик текширув ўтказиш.
- А ва В2 гиповитаминозлари, ярали-некротик эзофагитлар билан кечувчи ҳолатлар.
- Термик, кимёвий ва механик омиллар таъсири.

6. Даволаш самарадорлиги индикаторлари ва протоколда ёзилган ташҳислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги:

- «ўсманинг жавоби» – ўтказилган даводан кейинги ўсманинг регрессияси;
- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- инсоннинг руҳий, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари «ҳаёт сифати» ва бемор организмнинг физик ҳолати.

Даволаш самарадорлиги индикаторлари:

Даволаш самарадорлиги ЖССТ мезонларига мувофиқ баҳоланади:

Тўлиқ самара - бу камида 4 ҳафта давомида барча ўчоқларнинг йўқолиши.

Қисман самара - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 30% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 30% дан кам кичрайиши ёки 20% дан кам катталашиси.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 20% дан кўп катталашиси ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

«

**ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ код (лар) и:

КХТ-10	
Коди	Номланиши
C15	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.0	– Қизилўнгач бўйин қисми хавфли ўсмалари
C15.1	– Қизилўнгач кўкрак қисми хавфли ўсмалари
C15.2	– Қизилўнгач абдоминал қисми хавфли ўсмалари
C15.3	– Қизилўнгач юқори учлиги хавфли ўсмалари
C15.4	– Қизилўнгач ўрта учлиги хавфли ўсмалари
C15.5	– Қизилўнгач пастки учлиги хавфли ўсмалари
C15.8	– юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечта локализациядан чиққан қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.9	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари, аниқлаштирилмаган
C16	– Меъда хавфли ўсмалари
C16.0	– Кардий (қизилўнгач-меъдага ўтувчи қисм)
Ҳавола (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1084	
КХТ-11	
Коди	Номланиши
2B70	Қизилўнгач хавфли ўсмаси
2B70.0	Қизилўнгач аденокарцинома
2B70.00	Барретт аденокарциномаси
2B70.0Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B70.0Z	Қизилўнгач аденокарциномаси, аниқланмаган
2B70.1	Қизилўнгачнинг ясси ҳужайрали саратони
2B70.Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B70.Z	Қизилўнгачнинг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
XA1180	Қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисми
XA2BY3	Қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисми
XA9CB6	Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисми
XA0N03	Қизилўнгачнинг бўйин қисми
XA8JT3	Қизилўнгачнинг кўкрак қафаси қисми
XA0TN5	Қизилўнгачнинг қорин қисми

XA4YW8	Қизилўнғач билан чегарадош соҳалар
XA7SR6	Гастроэзофагеал туташув
2B71	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосилалари
2B71.0	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.00	Барретт қизилўнғачи билан боғлиқ қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.0Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B71.0Z	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси, аниқланмаган
2B71.1	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг ясси ҳужайрали саратони
2B71.Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B71.Z	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
Ҳавола (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1027002380	

1. Асосий қисм.

- **Кириш** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=6)

Қизилўнғач ва кардиа саратони — қизилўнғач ва кардиа шиллиқ қаватидан келиб чиққан хавфли ўсма ҳисобланади. Қизилўнғач саратонининг асосий морфологик шакли — яссихужайрали саратон (қоришадиган ёки қоришмайдиган) бўлиб, у ҳолатларнинг 95% ини ташкил этади. Қолган 5% ҳолатларда аденокарсинома кузатилади. (https://www.oncoradjournal.ru/jour/article/view/110?locale=ru_RU).

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда қизилўнғач саратонининг жами 511 054 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 445 391 киши вафот этган.

Касаллик этиологиясида ҳазм йўли шиллиқ пардасининг доимий кимёвий, механик ёки термик таъсирланиши муҳим аҳамият касб этади, бу эса интраэпителиал неоплазия (эпителий дисплазияси) ривожланишига олиб келади. Бевосита хавф омилларига жуда иссиқ овқат ва ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш киради. Тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар қабул қилиш мустақил хавф омиллари ҳисобланади, аммо улар бошқа омиллар билан биргаликда касаллик ривожланиш хавфини оширади. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316407/>).

Аутосом-доминант касалликка эга бўлган, кафт ва оёқ тагида гиперкератоз билан характерланадиган беморларда қизилўнгач саратон ривожланиш хавфи 37% ни ташкил қилади. Алоҳида ҳолат сифатида Барретт қизилўнгачи касаллиги ажратилади, бу ҳолатда қизилўнгачнинг дистал қисмларида метаплазияланган ичак эпителийи пайдо бўлади. Бундай беморларда қизилўнгач саратон ривожланиш хавфи аҳолига нисбатан тахминан 30 баробар юқори. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474750/>). Барретт қизилўнгачи ривожланиши гастрозофагеал рефлюкс касаллиги билан боғлиқ бўлиб, унинг асорати ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080844/>).

2023 йилда РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, қизилўнгач саратон касалликлари тарқалиши 100 минг аҳолига 2,0 ни ташкил қилган (эркаклар орасида 3,2% (11-ўрин), аёллар орасида 2,4% (11-ўрин)). 2023 йилда биринчи марта жами 732 нафар қизилўнгач саратонли бемор аниқланган. Уларнинг 18,2% профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Қизилўнгач ва кардия саратон ташхиси морфологик тасдиқланган ҳолатларнинг улуши 96,2% ни ташкил қилган. Касаллик 2,2% ҳолларда I босқичда, 29,5% ҳолларда II босқичда, 46,6% ҳолларда III босқичда ва 18,2% ҳолларда IV босқичда аниқланган. 2,6% ҳолларда касалликнинг босқичини белгилаш имкони бўлмаган. 2024 йил бошида қизилўнгач саратон ташхиси билан диспансер кузатувида бўлган беморлар сони 1835 нафарни ташкил қилган, касаллик тарқалиши 100 минг аҳолига 5,0 ни ташкил қилган. Республика бўйича қизилўнгач саратонли беморларда 5 йиллик яшовчанлик даражаси 25,3%, 1 йиллик ўлим даражаси эса 25,5% ни ташкил қилган. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида қизилўнгач саратондан 599 нафар бемор вафот этган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 1,6 ни ташкил қилган.

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 ҳолатнинг яхшиланиши;
- умумий яшовчанликнинг ортиши.

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 қизилўнгач ва кардий саратонининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очик биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо қизилўнгач ва кардий саратонининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- ЎС рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, қизилўнгач саратони 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 верифицирланган операбел қизилўнгач хавфли ўсмалари;

- жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлмаганда.

Қизилўнгач ва кардий саратонида жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар:

- Беморда нооперабеллик белгилари ва оғир ҳамроҳ патология мавжудлиги.
- Узоқ метастазлар (жигар, ўпка, бош мия ва бошқа аъзоларга тарқалиши).
- Бўйин лимфа тугунларида узоқ метастазлар мавжудлиги.
- Асцит суюқлигида ўсма хужайраларининг аниқланиши.
- Кенг ҳажмли гематоген метастазлар, диссеминацияланган ўсма жараёни.
- Нафас олиш, юрак-томир ва чиқариш тизимида сурункали декомпенсацияланган ёки ўткир функционал бузилишлар.
- Анестезияда ишлатилувчи дори воситаларига аллергия бўлиши.

Жарроҳлик давосининг ўзига ҳосликлари:

Жарроҳлик муолажаси резектабель қизилўнгач саратонида, регионар лимфа тугунларига метастатик шикастланиш мавжуд ёки мавжуд бўлмаган ҳолларда асосий даволаш усули ҳисобланади. Жарроҳлик муолажаси қизилўнгачнинг резекцияси ёки экстирпациясини, ўсма чегарасидан камида 5 см масофада олиб ташланишини ва икки зонали лимфодиссекциянинг мажбурий бажарилишини ўз ичига олади. Ёш жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Операция ҳажми ўсманинг локализацияси ва тарқалишига қараб белгиланади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Қизилўнгачнинг субтотал резекцияси, орқа медиастинал гастроэзофагопластика билан абдоминоторакал йўл орқали, плевра ичи анастомоз яратиш билан (Ivor Lewis операцияси). Бу операция очик «анъанавий» ва миниинвазив усулларда бажарилиши мумкин.
- Қизилўнгачнинг экстирпацияси, торакоабдоминоцервикал йўл орқали орқа медиастинал гастроэзофагопластика ёки колоноэзофагопластика билан, бўйинда анастомоз яратиш билан (McKeown операцияси). Бу операция ҳам очик «анъанавий» ва миниинвазив усулларда бажарилиши мумкин.
- Қизилўнгачнинг қуйи кўкрак қисми ва ошқозоннинг проксимал қисмини резекция қилиш, ошқозоннинг кардиал қисмига ўтиш мавжуд ёки мавжуд бўлмаган ҳолларда, комбинирланган чап томонлама торакофренолапаротомик йўл орқали (Osawa-Garlok операцияси). Қизилўнгачнинг кўкрак ичидаги қисми зарарланганда, регионар лимфодиссекцияни амалга ошириш тавсия этилади: медиастинал ва абдоминал регионар лимфа тугунларини олиб ташлаш.

- Гибрид миниинвазив операция (лапароскопик ошқозон мобилизацияси, торакотомия, қизилўнғачнинг субтотал резекцияси ва икки зонали (2F) лимфодиссекция).
- Тотал миниинвазив эзофагэктомия (лапароскопик ошқозон мобилизацияси, торакоскопик қизилўнғач мобилизацияси, бир вақтнинг ўзида эзофагогастроанастомоз яратиш, тегишли ускуналар мавжуд бўлганда).

Қизилўнғачнинг комбинирланган экстирпацияси трахея, асосий бронхлар, аорта ва бошқа ҳаётий муҳим тузилмаларнинг резекцияси билан бирга амалга оширилганда, эзофаго- ва гастростома шакллантирилгандан кейин кечиктирилган қизилўнғач пластикасини ўтказиш мумкин.

Жарроҳлик аралашувлари лимфодиссекция билан бирга ўтказилади. Бажарилиш даражасига қараб лимфодиссекция турлари қуйидагича бўлинади: стандарт икки зонали (2S), кенгайтирилган икки зонали (2F) ва уч зонали лимфодиссекция.

Рецидив

Жарроҳлик давоси (индивидуаллаштирилган):

- Турли кўламдаги радикал ва паллиатив жарроҳлик амалиётлари;
- Эндоскопик ўсмани парчалаш;
- Стендлар ўрнатиш.

Жарроҳлик муолажаси босқичларга кўра ва тавсиялар ишончлилик даражаси ҳамда далилларнинг ишончлилик даражаси билан.

Тавсиялар ишончлилик даражаси С (Далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

- Қизилўнғач саратоннинг Tis ва cT1aN0M0 босқичи билан ташхис қўйилган беморларга ҳаёт давомийлигини ошириш мақсадида қизилўнғач шиллиқ пардасининг эндоскопик резекцияси ва ости шиллиқ қатламда диссекция ўтказиш тавсия этилади. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19325056/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (Далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Даволаш тактикасини белгилашда прогноз омилларини ҳисобга олиш лозим. Устуворлик эндоскопик ости шиллиқ қатлам диссекцияси усулига берилиши тавсия этилади.

Негатив прогноз омиллари:

- дифференцировка $\geq G3$;
- резекция четларида ўсма ҳужайралирининг мавжудлиги;

- лимфатик, томирли ва периневрал инвазия;

- инвазия даражаси (қизилўнғач девори шиллиқ ости қаватининг зарарланиши), > pT1sm1. Эндоскопик даволаш ўтказилганда, олиб ташилган тўқиманинг тўлиқ патолого-анатомик таҳлили амалга оширилиши керак, латерал ва вертикал резекция чегаралари тасвирланиши ва ўсманинг максимал инвазия чуқурлиги кўрсатилиши лозим..

Агар радикал эндоскопик даволашни амалга ошириш имконсиз бўлса, Tis ва T1a босқичларида эҳтимолий даволаш вариантлари сифатида эзофагэктомия, химио-нур терапия ва брахитерапия тавсия этилади. Огир дисплазия ва Tis ҳолатларида эса фотодинамик терапия қўлланилиши мумкин.

- Қизилўнғач саратоннинг cIB-IIA босқичларида (cT1N0M0 ва cT2N0M0 паст хавфли – лимфоваскуляр инвазия мавжуд эмас, ўсма ўлчами 3 смдан кичик, 1-2 даражали хавфлилик) жарроҳлик муолажаси **тавсия этилади**, қўшимча химио-нур терапия ўтказиш тавсия этилмайди [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37015332/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Изоҳлар: Асосий даволаш усули жарроҳлик муолажаси ҳисобланади. Фақат жарроҳлик муолажасини ўтказиш имконсиз бўлган ҳолларда (ўсманинг қизилўнғачнинг бўйин қисмида жойлашиши, функционал қарши кўрсатмалар мавжудлиги) химио-нур терапия мустақил даволаш усули сифатида тавсия этилади (қуйида қаранг). Бўйин қисми қизилўнғач саратонли ва умумий ҳолати яхши сақланган айрим беморларда, химио-нур терапиядан кейин қолган ўсма мавжуд бўлса, жарроҳлик муолажаси ўтказилиши мумкин. Бу ҳолда энг катта жарроҳлик ҳажми «Ларингофарингоэзофагэктомия, қизилўнғач пластикасининг турли вариантлари ва овоз протезлаш» бўлиши мумкин. Қизилўнғач саратонида асосий операция тури – қизилўнғачнинг субтотал резекцияси бўлиб, у бир вақтнинг ўзида плевра ичи ошқозон ёки йўгон ичак сегменти ёрдамида пластика қилиш ва икки томонлама икки зонали медиастинал лимфодиссекцияни ўз ичига олади. Бу операция лапаротомия ва ўнг томонлама торакотомия йўли билан бажарилади (Льюис операцияси) ва анастомоз ўнг плевра бўшлигининг апертурасида, v.azygosдан юқори даражада шакллантирилади. Агар ўсма трахея бифуркациясидан юқори жойлашган бўлса, қизилўнғачни экстирпация қилиш ва бўйинда анастомоз шакллантириши тавсия этилади.

Етарли ускуна ва малакали мутахассислар мавжуд бўлган марказларда, агар жарроҳлик ҳажми сақланса, мининвазив усуллар (торакоскопия ва/ёки лапароскопия) қўллаш мумкин. Мининвазив технологиялар операциядан кейинги асоратлар сони ва огирлигини камайтиришига ёрдам беради.

Қизилўнғач-ошқозон ўтиши қисми ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш усули унинг локализациясига қараб белгиланади:

Siewert 1 ҳолатида Льюис операцияси (очиқ ёки миниинвазив усулда) бажарилади. Фақат алоҳида ҳолларда, агар беморга торакотомия ўтказиш мумкин бўлмаса, трансхиатал қизилўнғач резекцияси амалга оширилиши мумкин. Siewert 1 учун радикал операциянинг мажбурий шарти D2 ҳажмида юқори абдоминал лимфодиссекция ва икки томонлама медиастинал лимфодиссекция (2F) бажарилиши ҳисобланади.

Siewert 2 ҳолатида, агар ўсма қизилўнғачга 3 смгача тарқалган бўлса, кенг диафрагматомия ва пастки медиастинал лимфодиссекцияси билан трансхиатал проксимал ошқозон резекцияси ўтказилади. Анастомоз юқори медиастиналда шакллантирилади. Альтернатив вариант сифатида торакотомик усуллар қўлланилиши мумкин, аммо бундай операциялар техник жиҳатдан мураккаб ва операциядан кейинги асоратлар хавфини оширади. Ҳозирги кунгача торакотомик операциялар ва лимфодиссекцияни трахея бифуркациясидан юқори даражада кенгайтириш даволаш натижаларини яхшилашини тасдиқловчи аниқ далиллар мавжуд эмас. Siewert 2 ҳолатида, агар ўсма қизилўнғачга 3,0 смдан ортиқ тарқалган бўлса, жарроҳлик тактикаси Siewert 1 ўсмали беморлар учун қўлланиладиган усулга ўхшаши бўлади.

● Қизилўнғач саратоннинг IIВ-III босқичларида (сT2N0M0 юқори хавфли – лимфоваскуляр инвазия мавжудлиги, ўсма ўлчами 3 смдан катта, 3-даражали хавфлилик; сT3N0-3M0; сT1-2N1-3M0) жарроҳлик муолажасини дори воситалари ва/ёки химио-нур терапия билан қўшиб олиб бориш **тавсия этилади**. Бунинг учун қуйидаги усуллар қўлланилади: Предоперацион химио-нур терапия (ясси хужайрали саратон учун афзал); Предоперацион химиотерапия (ясси хужайрали саратонда, агар химио-нур терапия ўтказиш мумкин бўлмаса); Периоперацион химиотерапия (аденокарцинома учун); Мустақил химио-нур терапия (жарроҳлик муолажасига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда ёки қизилўнғачнинг бўйин қисмида жойлашган ўсмаларда). Ушбу ёндашув даволаш самарадорлигини ва беморларнинг ҳаёт давомийлигини оширишга хизмат қилади [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21684205/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - А (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1).

Нур терапия:

Қизилўнғач саратонида нур терапиянинг мақсадли вазифаси:

- радикал нур терапия;
- паллиатив нур терапия;
- симптоматик нур терапия.

Муस्ताқил, операциядан олдин ва кейинги режимда.

Нур терапия турлари:

- фотон терапия (юқори энергияларни тормозли нурланиши, гамма терапия);
- корпускуляр терапия (юқори энергияларнинг тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

Нур терапия методлари (вақт давомида дозаларни фракционирлаш режимлари):

А) Классик (стандарт) фракционирлаш режими: БМЎД 1,8-2,4 Гр ҳафтасига 5 фракциягача, бўлинган ёки узлуксиз курс, СЎД 20,0-70,0 Гр гача.

Б) Гипофракционлаштирилган режим – БМЎД >2,5 Гр, ҳафтасига 5 фракциягача, расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД > 15,0 Гр гача.

В) Гиперфракционлаштириш (мультифракционлаштириш) режими – БМЎД 1,0–1,25 Гр кунига 2 марта (4–6 ва 18–20 соат оралиғида), расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД 20–70 Гр гача.

Г) Стереотаксик радиожарроҳлик (SRS) – бир мартада юқори дозада (БМЎД 12 Гр ёки ундан юқори) стереотаксик техника ёрдамида радиожарроҳлик ўтказилади. 3 см гача бўлган ва аниқ чегарага эга ўсмаларда қўлланилади.

Нур терапия усуллари

- Дистанцион НТ:
- 2-х ўлчамли конвенциал (стандарт) нур терапия (2D RT);
- 3-х ўлчамли конформ нур терапия (3D CRT);
- интенсив-модулирланган нур терапия (IMRT);
- суратлар бўйича бошқариладиган нур терапия (IGRT);
- нафас билан синхронлаштирилган нур терапия (4D RT);
- томоаппаратларда томотерапия;
- стереотаксик радиохирургия (SRS);
- стереотаксик радиотерапия (SRT);
- интраоперацион нур терапия (IORT);
- брахитерапия.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

- Рентген симулятори;
- Виртуал симуляция функциясига эга компьютер томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Виртуал симуляция функциясига эга магнит-резонанс томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Со-60 асосидаги дистанцион гамма-терапия аппарати;
- 4-6 Мэв чегаравий энергияга эга паст энергияли чизиқли тезлатгич;
- 6-15-18 Мэв чегаравий энергияга эга юқори энергияли чизиқли тезлатгич;
- Томотерапия аппарати;
- Интраоперацион нур терапияси аппарати;
- Со-60 ёки Ir-192 ионизирловчи манбаларга эга брахитерапия аппарати.

Бош мияга метастазларда нур терапия.

2. С1 бўйин умумртқасигача бош мияни тотал нурлантириш:

- БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 Гр;
- БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 Гр;
- БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 Гр;
- БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 20 Гр.

3. Бош мияни локал нурлаш

- стереотаксик радиохирургия (SRS) - БМЎД 10,0 – 30,0 Гр 1 фракция – агар метастаз ўлчами 3 смдан катта бўлмаса.;
- стереотаксик радиотерапия (SRT) – БМЎД 6,0-10,0 Гр 3-5 фракция – агар метастаз ўлчами 3,0 дан 6,0 смгача бўлса;
- метастазларни локал нурлантириш БМЎД 2,0-3,0 СЎД 20-60 Гргача.

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

- БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 39-45 Гр;

- БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 Гр;
- БМЎД 8,0 Гр 1-2 фракция.

Нур ва кимё-нур терапия.

Нур терапияси ва химио-нур терапияси муваққат даволаш усули сифатида жарроҳлик муолажасига нисбатан устунликка эга эмас. I-II босқичларда узок муддатли яшовчанлик кўрсаткичи фақат 25-30% беморларда ўсманинг тўлиқ йўқолиши билан эришилиши мумкин. Ижобий томони шундаки, бу усул жарроҳликдан кейинги ўлим хавфини олдини олиш ва қизилўнгачни сақлаб қолиш имконини беради. Бироқ, нур терапиясидан кейинги асоратлар (эзофагит, яра, стриктура, фистула) 30-40% ҳолларда ривожланади ва одатда жарроҳлик аралашувини талаб қилади.

Нур терапия методикаси.

Дистанцион нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал нурлантириш методикаси бўйича ўтказилади. Радиотерапиянинг бир марталик дозаси (БМЎД) 1,8-2,0-2,5 Гр бўлиб, ҳафтасига 5 марта берилади. Жами доза (СЎД) 60-70 Гр муваққат режимда, 40-50 Гр операциядан олдин ёки кейин. Нур терапияси узлуксиз ёки бўлинган курсда ўтказилиши мумкин. Нурланиш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизикли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Асосий ўчоқ фақат дистанцион нур терапияси ёки (агар ўсма кичик бўлса ва эндостатлар киритиш имконияти бўлса) контакт нур терапияси (брахитерапия) билан қўшиб даволанади. Бундай ҳолда дистанцион нур терапияси 46-50 Грдан кейин брахитерапия билан давом эттирилади. Қўшма нур терапияси (дистанцион + брахитерапия) қўлланилганда ўсманинг тўлиқ резорбция эҳтимоли дистанцион нур терапиясига нисбатан 2 баробар юқори бўлади.

Нурлантириш ҳажми ва схемаси ўсманинг локализациясига қараб белгиланади. Бирламчи ўсма + юқори ва пастки томонда 5 см нормал тўқима, латерал томонда 2 см. Регионар лимфа тугунлари (N1) ҳам ўсма билан бир хил дозада нурлантирилади. Бўйин қисмида жойлашган ўсмаларда бўйин ва юқори кўкрак қисми ҳамда қўшни лимфа тугунлари (юқори кўкрак ва қўшни ўмров усти лимфа тугунлари) нурлантирилади.

Юқори ва/ёки ўрта кўкрак қисмда жойлашган ўсмаларда диафрагмагача бўлган кўкрак қисми ва медиастинал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Қуйи кўкрак қисмида жойлашган ўсмаларда кўкрак ва диафрагмадан паст абдоминал сегмент ҳамда медиастинал ва перигастрал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Нурлантириш майдони баландлиги 11-22 см, эни 5-6 см. Химио-нур терапия дистанцион нур терапияси ютиш суммар дозаси 50 Гргача узбексиз курс билан (субоптимал доза) 1,8-2 Гр фракциялаш билан ўтказилади. Бошланишида ёки нур терапия тугаши билан полихимиотерапия (цисплатин + фторурацил) биринчи курс нур терапияси олдидан ўтказилади, кейинчалик 28 кун интервал билан яна 12 курс полихимиотерапия ўтказилади. Бир вақтнинг ўзида кимё нур терапия таксанлар препаратлари билан (досетаксел, паклитаксел доза 80 мг/м² метроном режимида (1, 8, 16 ва ҳ.к. кунлар), нур терапияси БМЎД 2,0 Гр, 5 Фр, СЎД 50 Гр + “boost” БМЎД 2 Гр, 5 Фр, СЎД 8-10 Гр узлуксиз курс билан ўтказилади.

Дистанцион нур терапияси ўтказишга қарши кўрсатмалар қуйидагилардир: Қизилўнгач фистуллари ёки улар юзага келиш хавфи; Ўсма тарқалиши натижасида қон кетиши; Ўсманинг тўлиқ трахея, асосий бронхлар ёки аортага ўтиши; Туберкулёз ва декомпенсацияланган ҳамроҳ касалликлар.

Жарроҳликдан бош тортганда ёки жарроҳликга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда қўшма нур терапияси тавсия этилади.

I босқич – дистанцион нур терапияси, доза 50 Гр, фракция 2 Гр, ҳафтасига 5 марта, давомийлик 5 ҳафта.

II босқич – брахитерапия, дистанцион нур терапиясидан 3 ҳафта кейин, доза 5 Гр * 3 сеанс, интервал 7 кун, ҳисоб нуқтаси радиоактив манбадан 1 см масофада.

Паллиатив нур терапияси (агар ўсма қизилўнгач йўлини тўсиб қўйса) аввал брахитерапия ўтказилади. Кейин қўшма нур терапияси ва полихимиотерапия амалга оширилади.

- Цисплатин 75 мг/м², вена ичига, 1-кун.
- Фторурацил 1000 мг/м² (750 мг/м²), вена ичига, 1, 2, 3, 4-кунлар.

Брахитерапияга қарши кўрсатмалар:

- Қизилўнгач бўйлаб ўсманинг узунлиги 10 смдан ошиши.
- Узоқ метастазлар мавжудлиги.
- Ўпка туберкулёзи.
- Ўсманинг трахея ва асосий бронхларга тарқалиши.
- Ўсманинг қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашиши.

- Қизилўнғачнинг қаттиқ торғайиши ва эндоскоп ўтказиб бўлмаслиги.

Муолажа ва аралашув ўтказаетган мутахассисга талаблар:

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг торакал 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, торакал онкология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «Торакал 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 торакал онкология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширган 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 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. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
9. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;

- 11.Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беги, талок, буйраклар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
- 12.Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- 13.Қизилўнгачни контраст билан рентгеноскопик текшируви;
- 14.Кўрак қафаси аъзоари компьютер томографияси;
- 15.Орин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳа компьютер томографияси;
- 16.Биоптатни цитологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
- 17.Биоптатни гистологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
- 18.Фибробронхоскопия (Ўсманинг қизилўнгачни бўйин, юқори ва ўрта кўкрак қисмида жойлашганида);
- 19.ЭКГ;
- 20.ЭхоКГ;
- 21.ПЭТ/КТ всего тела**;

- 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 (микдорий);
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.Биоптатни иммуногистохимик текшируви (ўсмани, лимфа тугунини) *;
- 14.Ўсманинг молекуляр-генетик текшируви;
- 15.Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
- 16.Колоноскопия;

17.Спирография;

18.Бош ва бўйин КТси;

19.Буйрак, пастки ковак вена ва қон томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;

20.Бош мия МРТси;

21.Скелет суякларини радиоизотоп сканирлаш;

22.Холтер – мониторинг билан;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (торакал онкожарроҳлик, абдоминал онкожарроҳлик) 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 тартибини 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", "торакал онкология", "абдоминал 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 мудир хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- 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);

Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари [8]: Ўзбекистон Республикасининг норматив-ҳуқуқий ҳужжатларига мувофиқ жарроҳлик шифохонасининг барча санитария нормалари ва қоидаларига, кимёвий ва радиацион хавфсизликка риоя қилиш.

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 ультратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

- «Ўсманинг жавоби» – даволашдан сўнг ўсманинг регрессияси.
 - **Тўлиқ самара** – барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида тўлиқ йўқолиши.
 - **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмаларнинг 50% ва ундан кўпроқ кичрайиши, бошқа ўчоқларнинг прогрессиясизлиги.
 - **Стабилизация** (ўзгаришларсиз) – ўсманинг 50%дан кам кичрайиши ёки 25%дан кам ўсиши, янги ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
 - **Прогрессия** – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25%дан ортиқ катталаниши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши (УД – А).
- **Рецидивсиз тирик қолиш** (уч ва беш йиллик).
- «**Ҳаёт сифати**» – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари руҳий, эмоционал ва ижтимоий фаоллигини ҳам ўз ичига олади.

**«ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ код (лар) и:

КХТ-10	
Коди	Номланиши
C15	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.0	– Қизилўнгач бўйин қисми хавфли ўсмалари
C15.1	– Қизилўнгач кўкрак қисми хавфли ўсмалари
C15.2	– Қизилўнгач абдоминал қисми хавфли ўсмалари
C15.3	– Қизилўнгач юқори учлиги хавфли ўсмалари
C15.4	– Қизилўнгач ўрта учлиги хавфли ўсмалари
C15.5	– Қизилўнгач пастки учлиги хавфли ўсмалари
C15.8	– юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечта локализациядан чиққан қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.9	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари, аниқлаштирилмаган
C16	– Меъда хавфли ўсмалари
C16.0	– Кардий (қизилўнгач-меъдага ўтувчи қисм)
Ҳавола (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1084	
КХТ-11	
Коди	Номланиши
2B70	Қизилўнгач хавфли ўсмаси
2B70.0	Қизилўнгач аденокарцинома
2B70.00	Барретт аденокарциномаси
2B70.0Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B70.0Z	Қизилўнгач аденокарциномаси, аниқланмаган
2B70.1	Қизилўнгачнинг ясси ҳужайрали саратони
2B70.Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B70.Z	Қизилўнгачнинг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
XA1180	Қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисми
XA2BY3	Қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисми
XA9CB6	Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисми
XA0N03	Қизилўнгачнинг бўйин қисми
XA8JT3	Қизилўнгачнинг кўкрак қафаси қисми
XA0TN5	Қизилўнгачнинг қорин қисми

XA4YW8	Қизилўнғач билан чегарадош соҳалар
XA7SR6	Гастроэзофагеал туташув
2B71	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосилалари
2B71.0	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.00	Барретт қизилўнғачи билан боғлиқ қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.0Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B71.0Z	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси, аниқланмаган
2B71.1	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг ясси ҳужайрали саратони
2B71.Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B71.Z	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
Ҳавола (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1027002380	

1. Асосий қисм.

- Кириш

Қизилўнғач ва кардиа саратони — қизилўнғач ва кардиа шиллиқ қаватидан келиб чиққан хавфли ўсма ҳисобланади. Қизилўнғач саратонининг асосий морфологик шакли — яссихужайрали саратон (қоришадиган ёки қоришмайдиган) бўлиб, у ҳолатларнинг 95% ини ташкил этади. Қолган 5% ҳолатларда аденокарсинома кузатилади. (https://www.oncoradjournal.ru/jour/article/view/110?locale=ru_RU).

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда қизилўнғач саратонининг жами 511 054 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 445 391 киши вафот этган.

Касаллик этиологиясида ҳазм йўли шиллиқ пардасининг доимий кимёвий, механик ёки термик таъсирланиши муҳим аҳамият касб этади, бу эса интраэпителиал неоплазия (эпителлий дисплазияси) ривожланишига олиб келади. Бевосита хавф омилларига жуда иссиқ овқат ва ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш киради. Тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар қабул қилиш мустақил хавф омиллари ҳисобланади, аммо улар бошқа омиллар билан биргаликда касаллик ривожланиш хавфини оширади. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316407/>).

Аутосом-доминант касалликка эга бўлган, кафт ва оёқ тагида гиперкератоз билан характерланадиган беморларда қизилўнғач саратон ривожланиш хавфи 37%

ни ташкил қилади. Алоҳида ҳолат сифатида Барретт қизилўнгачи касаллиги ажратилади, бу ҳолатда қизилўнгачнинг дистал қисмларида метаплазияланган ичак эпителийи пайдо бўлади. Бундай беморларда қизилўнгач саратон ривожланиш хавфи аҳолига нисбатан тахминан 30 баробар юқори. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474750/>). Барретт қизилўнгачи ривожланиши гастрозофагеал рефлюкс касаллиги билан боғлиқ бўлиб, унинг асорати ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080844/>).

2023 йилда РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, қизилўнгач саратон касалликлари тарқалиши 100 минг аҳолига 2,0 ни ташкил қилган (эркаклар орасида 3,2% (11-ўрин), аёллар орасида 2,4% (11-ўрин)). 2023 йилда биринчи марта жами 732 нафар қизилўнгач саратонли бемор аниқланган. Уларнинг 18,2% профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Қизилўнгач ва кардия саратон ташхиси морфологик тасдиқланган ҳолатларнинг улуши 96,2% ни ташкил қилган. Касаллик 2,2% ҳолларда I босқичда, 29,5% ҳолларда II босқичда, 46,6% ҳолларда III босқичда ва 18,2% ҳолларда IV босқичда аниқланган. 2,6% ҳолларда касалликнинг босқичини белгилаш имкони бўлмаган. 2024 йил бошида қизилўнгач саратон ташхиси билан диспансер кузатувида бўлган беморлар сони 1835 нафарни ташкил қилган, касаллик тарқалиши 100 минг аҳолига 5,0 ни ташкил қилган. Республика бўйича қизилўнгач саратонли беморларда 5 йиллик яшовчанлик даражаси 25,3%, 1 йиллик ўлим даражаси эса 25,5% ни ташкил қилган. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида қизилўнгач саратондан 599 нафар бемор вафот этган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 1,6 ни ташкил қилган.

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) (профилактикология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»[29] 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[30] [31].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [32]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[32].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [30] [33] 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 [34], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [35] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [37] [38].

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 [38] [39].

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 [40]) — 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 [41] [42] [43].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [44].

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

3) Профилактика ёки реабилитация турлари.

(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).

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 (дезинсексия, 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[41]. 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 [47]. 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) [46].
- 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 [46].
- 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 [45].

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, қўлда 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:

Барча канцерпревенция профилактика чора-тадбирларини шартли равишда уч қисмга бўлиш мумкин.

— **Бирламчи профилактика:** хавф омилларининг таъсирини бартараф этиш ёки камайтириш, хавф омилларининг таъсирига организм резистентлигини ошириш.

— **Иккиламчи профилактика:** касалликни (асосан скрининг орқали) аниқлаш ва уни клиник олди босқичларида даволаш.

— **Учламчи профилактика:** радикал даволашдан кейинги даволаш ва реабилитация, шунингдек, метахрон саратонни ўз вақтида аниқлаш.

Қизилўнгач саратони профилактикасида тўртта асосий йўналишни ажратиш мумкин:

— турмуш тарзини ўзгартириш, диета;

— қизилўнгач саратонини касалликнинг бошланғич босқичларида аниқлаш мақсадида скрининг ўтказиш;

— аввал аниқланган қизилўнгач ва кардиянинг саратонга олиб келувчи ҳолатларини кузатиб бориш;

— радикал жарроҳлик амалиётидан кейин метахрон қизилўнгач саратонини профилактика қилиш ва уни эрта аниқлаш.

Қизилўнғач саратонга олиб келувчи ҳолатлар билан беморларни кузатиб бориш.

Иккиламчи профилактика қизилўнғач саратонининг саратонга олиб келувчи ҳолатларини аниқлаш ва уларни кузатиб бориш бўйича чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Бу чора-тадбирларнинг асосий мақсади ўсманинг бошланғич босқичларида аниқланишини таъминлашдир.

Бирламчи профилактикадан фарqli равишда, иккиламчи профилактика анча кўп молиявий маблағ ва тиббий ресурслар талаб қилади. Унинг сифати эса замонавий тиббий технологияларнинг мавжудлиги, шифокорлар ва эндоскопистларнинг етарли даражада тайёргарлиги, эндоскопик ва морфологик диагностика учун стандартизиранган протоколларнинг бўлишига боғлиқ.

Учламчи профилактика:

- рецидивлар ва метастазларнинг олдини олиш, уларни эрта аниқлаш ва даволаш;
- витамин ва оқсилларга бой тўлиққонли овқатланиш режимига риоя қилиш;
- қизилўнғач шиллиқ қаватига термик ва механик шикаст етказмаслик, тамаки ва спиртли ичимликлар истеъмолидан воз кечиш, фон ва саратонга олиб келувчи касалликларни ўз вақтида даволаш (Барретт қизилўнғачи, ГЭРБ, кардия ахалазияси, қизилўнғач стриктуралари), шу жумладан, ички ёруғликли эндоскопик аралашувлар орқали даволаш; онколог томонидан мунтазам профилактик текширувлар ўтказиш; доимий диагностик процедураларни бажариш (фиброэзофагогастроуденоскопия, қизилўнғач, ошқозон ва ўпка рентгенологик текширувлари, қорин парда орти, бўйин ва периферик лимфа тугунларини УТТ ўтказиш). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080844/>).

2.3. Методы и процедуры профилактики:

1) Профилактика мақсади:

Қизилўнғач ва кардия саратонининг пайдо бўлишини олдини олиш, уларнинг ривожланиш хавф омилларини бартараф этиш ва йўл қўймаслик, шунингдек, касалликнинг даволашдан кейинги асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

2) Бирламчи профилактика:

Қизилўнғач саратонини профилактикаси мақсадида тавсия этилади: (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199903183401101>):

- овқатланиш режимига риоя қилиш;
- Барретт қизилўнғачи билан оғриган беморларни аниқлаш, «хавф

гуруҳлари»ни шакллантириш;

- зарарли одатлардан воз кечиш: тамаки чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш;
- 45 ёшдан ошган шахслар, шунингдек, қизилўнгач ва ошқозон-ичак тракти саратони билан оилавий анамнезга эга одамлар учун йилда камида 1 марта эндоскопик текширув ўтказиш;
- А ва В2 гиповитаминозлари, яра-некротик эзофагитлар билан кечадиган ҳолатлар;
- термик, кимёвий ва механик омиллар таъсири.

3) Қизилўнгач саратони скрининги (<https://omr.by/profilaktika-raka/rak-mochevogo-puzyrya>)

Скрининг – бу касалликнинг ҳеч қандай белгиларига эга бўлмаган ва аввал ушбу локализацияда саратон аниқланмаган одамларни текширишдан иборат бўлиб, уни эрта аниқлаш мақсадида ўтказилади. Ҳозирги вақтда қизилўнгач саратони учун оммавий скрининг тавсия этилмайди. Кўпчилик беморларга қизилўнгач саратонини эрта аниқлаш учун даврий текширувлар ўтказиш тавсия қилинмайди, чунки бу касаллик энг кенг тарқалган онкологик патологиялар қаторига кирмайди. Скрининг асосан гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРБ) бўлган беморларга тавсия этилади. У эндоскопия (фиброэзофагогастродуоденоскопия) орқали амалга оширилади. Бу усул нафақат ўсмаларни, балки эпителийдаги саратонга олиб келувчи ўзгаришларни ҳам аниқлаш имконини беради. Дисплазия ўчоқлари радиочастотли абляция ёки резекция орқали бартараф этилса, саратон ривожланишининг олди олиниши мумкин.

Ўзбекистонда қизилўнгач саратони учун миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас.

4) Иккиламчи профилактика

Қизилўнгач саратони бўйича иккиламчи профилактика тадбирлари профилактик кўриклар, скрининг ва касалликни эрта аниқлашга қаратилган текширувларни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика учун асосий усул сифатида фиброэзофагогастродуоденоскопия қўлланилади.

5) Учламчи профилактика ёки қизилўнгач саратонидан кейинги реабилитация

Беморларни даволангандан сўнг реабилитация қилиш чора-тадбирлари терапия курси муддати ва танланган даволаш усулларига боғлиқ. Қуйидаги тадбирлар мажбурий ҳисобланади:

- Онколог хузурида мунтазам текширувлардан ўтиш.
- Рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган препаратларни қабул қилиш.
- Тўлиқонли овқатланиш.
- Зарарли одатлар ва салбий ташқи омиллар таъсирини истисно қилиш.
- Шифокор тавсияларига ўз соғлиқ ҳолатидан келиб чиқиб амал қилиш.

б). Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Қизилўнгач саратони ривожланишини профилактика қилиш мақсадида қизилўнгач шиллиқ қаватининг термик ва механик шикастланишини истисно этувчи диетага риоя қилиш, тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмолидан воз кечиш, шунингдек, фон ва саратонга олиб келувчи касалликларни (Барретт қизилўнгачи, ГЭРБ, кардия ахалазияси, қизилўнгач стриктуралари) ўз вақтида даволаш **тавсия этилади**, жумладан, бўшлиқ ичи эндоскопик аралашувлар орқали. [48]
(https://www.researchgate.net/publication/13209820_Symptomatic_Gastroesophageal_Reflux_as_a_Risk_Factor_for_Esophageal_Adenocarcinoma).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4).

Барретт қизилўнгачи ташхиси қўйилган беморларга протон насоси ингибиторлари гуруҳига мансуб препаратлар (масалан, эзомепразол) 40–80 мг/сут дозада узлуксиз қабул қилиш тавсия этилади. Агар Барретт қизилўнгачи эпителиида енгил дисплазия аниқланса, 0,5 йилдан кейин қайта эндоскопик текширув ўтказиш ва агар ташхис тасдиқланса, метаплазия сегментига радиочастотли абляция қилиш тавсия этилади. [49]
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30057104/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - А (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2).

Изоҳлар: *Ясси хужайрали қизилўнгач саратони профилактикасида турли чора-тадбирларнинг аниқ ҳиссасини баҳолаш қийин, чунки йирик ва яхши режалаштирилган популяцион тадқиқотлар мавжуд эмас.*

- Қизилўнгач саратони бўйича даволаш яқунланганидан сўнг, касалликнинг прогрессиясини эрта аниқлаш, рецидив ҳолатида кимё терапиясини ўз вақтида бошлаш, такрорий жарроҳлик амалиётини ўтказиш, шунингдек, метакрон ўсмаларни аниқлаш мақсадида қуйидаги назорат текширувлари даврийлигига

риоя қилиш тавсия этилади:

- Радикал даволаш (жарроҳлик ёки кимё-луч терапияси) дан кейинги беморлар: илк 2 йил давомида ҳар 3-6 ойда бир марта, кейинги 3-5 йил мобайнида ҳар 6-12 ойда бир марта, сўнгра йиллик назорат текширувларидан ўтиш тавсия этилади. [26] (<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/esophageal-patient.pdf>);
- Эрта босқичдаги саратон ташхиси қўйилиб, шиллиқ қават эндоскопик резекцияси ёки ости шиллиқ қавати диссекцияси ўтказилган беморлар: биринчи йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, иккинчи ва учинчи йилларда ҳар 6 ойда бир марта, кейин эса йилда бир марта ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия)дан ўтиш тавсия этилади. [26].

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

Изоҳлар:

Текиширув ҳажми:

1) Анамнез ва физикал текширув;

2) ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия) – бирламчи ўсма резекциясидан 3 ой ўтиб, кейинги 3 йил давомида йилига 2 марта, сўнгра 5 йилгача йилига 1 марта;

3) Қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг УТТ – касаллик прогрессиеси хавфига қараб ҳар 3-6 ойда бир марта;

4) Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси – ҳар 6 ойда бир марта;

5) Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг контрастли КТ – операциядан 6-12 ой ўтиб, прогрессия хавфига қараб бир марта.

2.4. Методы и процедуры реабилитации:

Қизилўнғач ва кардия саратонидан кейинги реабилитациянинг мақсади:

– Шикастланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ёки йўқотилган функцияларни қоплаш;

– Касалликнинг кескин ривожланган патологик жараёни тугаши давомида организм функцияларини қўллаб-қувватлаш;

– Шикастланган аъзо ёки тизимлар функцияларининг эҳтимолий бузилишларини олдини олиш, эрта аниқлаш ва тузатиш;

– Мумкин бўлган ногиронлик ҳолатини олдини олиш ва унинг даражасини пасайтириш;

– Ҳаёт сифатини яхшилаш;

- Беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш;
- Беморни жамиятга ижтимоий мослаштириш.

1. Тиббий реабилитация, реабилитация усулларидан фойдаланишга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

1.1. Препреабилитация

- Барча қизилўнгачда хавфли ўсмаларга эга беморларга функционал тикланишни тезлаштириш, стационарда бўлиш муддатини қисқартириш ва асоратлар учраш эҳтимолини камайтириш мақсадида препреабилитация ўтказиш тавсия этилади. [50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

Изоҳлар: *Имеются данные, что проведение кардио-респираторной подготовки и оптимизация физического состояния могут ускорять функциональное восстановление, сокращать сроки пребывания в стационаре и снижать частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Препреабилитация включает в себя физическую подготовку (ЛФК), психологическую поддержку, коррекцию нутритивного статуса (см. раздел 3.1) и информирование пациентов Мавжуд маълумотларга кўра, кардио-респиратор тайёргарлик ва жисмоний ҳолатни оптималлаштириши функционал тикланишни тезлаштириши, стационарда бўлиш муддатини қисқартириши, шунингдек, онкологик касалликни даволаш жараёнида асоратлар ва леталлик хавфини камайтириши мумкин. Препреабилитация қуйидагиларни ўз ичига олади:*

- Жисмоний тайёргарлик (лечебная физкультура – ЛФК);
- Психологик қўллаб-қувватлаш;
- Нутритив статусни тўзғрилаш (3.1-бўлимга қаранг);
- Беморларни маълумот билан таъминлаш.

- Қизилўнгач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган беморларга даволаш натижаларини яхшилаш ва асоратлар учраш хавфини камайтириш мақсадида, жарроҳлик амалиётидан камида 2 ой олдин тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмолидан воз кечиш зарурлиги ҳақида маълумот бериш тавсия этилади. [51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546448/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - В (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 3)

- ЛФК мутахассиси билан ёки уй шароитида ўртача интенсивликдаги жисмоний машқлар (аэроб ва анаэроб юклама) ҳафтасига 6-7 марта, кунига камида 15 дақиқа бажариш **тавсия этилади**. Шунингдек, кўшимча нутритив қўллаб-қувватлаш ва хавотир ҳамда депрессияни енгиш учун тиббий психолог билан ишлаш тавсия этилади (жарроҳлик амалиётидан камида 14 кун олдин бошлаш керак). [51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546448/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - В (далилларнинг ишончилиги даражаси - 3).

1.2. Жарроҳлик давосида реабилитация

1.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган беморларда жарроҳлик даволашни режалаштириш ва ўтказишда fast track rehabilitation ("тез йўл") ва ERAS (Enhanced Recovery After Surgery – жарроҳликдан кейин тез тикланиш) протоколларига риоя қилиш **тавсия этилади**. Ушбу протоколлар қуйидагиларни ўз ичига олади: Беморни операцияга тайёрлаш ва хабардор қилиш; Далилларга асосланган самаралилиги тасдиқланмаган инвазив процедураларни рутин қўллашдан воз кечиш (ичакни механик тозалаш, операциядан олдин эрта госпитализация қилиш, предоперацион очлик); Комплекс анестезия ва оғриқсизлантириш протоколлари; Катетер ва дренажларни рутин тарзда қўллашдан воз кечиш; Операциядан кейинги биринчи-иккинчи кунлардан бошлаб беморларни фаоллаштириш ва вертикал ҳолатга келтириш (эрта мобилизация). Ушбу протоколлар хавфсиз бўлиб, стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, жарроҳлик билан боғлиқ бўлмаган асоратлар сонини камайтириш ва умумий операциядан кейинги асоратлар сонини оширмаслиги исботланган. [52] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28350805/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - А (далилларнинг ишончилиги даражаси - 2).

- Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган ва жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларга операциядан кейин биринчи 24 соат ичида эрта энтерал озиқланиш **тавсия этилади**. Озиқланиш ҳажми босқичма-босқич оширилиб, 3–6 кун мобайнида оқсил ва энергия қабул қилишнинг мақсадли кўрсаткичларига чиқиш керак. Бу ошқозон-ичак тракти (ОИТ) моторикасининг тезроқ тикланиши ва асоратлар профилактикасига ёрдам беради. [53] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28549015/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - В (далилларнинг ишончилиги даражаси - 2).

Изоҳлар: *Перорал ва назоеюнал озиқланиш ўртасидаги танлов ҳали аниқ эмас. Чекланган сонига эга тадқиқотларда эрта перорал озиқланиш асоратлар сонини*

оширишга ёки стационарда бўлиш муддатини узайтиришга олиб келмаган, шунинг учун бу усулни кўриб чиқиш мумкин. Агар перорал озиқланиш имкони бўлмаса, интраоперацион ўрнатилган зонд ёки еюностома орқали озиқланишни ташкил этиш мумкин. Ҳар қандай усул орқали энтерал озиқланиш парентерал озиқланишдан афзал, чунки бу ошқозон-ичак тракти (ОИТ) моторикасининг тезроқ тикланиши ва асоратлар профилактикасига ёрдам беради. [53] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28549015/>).

- Пациентам с диагнозом рак пищевода и/или кардии **рекомендуется** мультимодальное мультидисциплинарное купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде для улучшения результатов лечения и качества жизни пациента Қизилўнгач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган беморларга жарроҳликдан кейинги дастлабки даврда оғриқ синдромини мультимодал ва мултидисциплинар ёндашув орқали бартараф этиш тавсия этилади. Бу даволаш натижаларини яхшилаш ва беморнинг ҳаёт сифатини оширишга ёрдам беради. [54] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946177/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

Изоҳлар: Оғриқни бартараф этишда оғриқ қолдирувчи фармакотерапия, физиотерапия, ЛФК, тўғри жойлаштириш орқали даволаш, психологик коррекция, тери орқали электр стимуляцияси ва акупунктурани қўллаш яхши натижалар бериш мумкин. Ушбу мультимодал ёндашув оғриқни самарали назорат қилишга ва беморнинг реабилитация жараёнини тезлаштиришга ёрдам беради.

1.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- **Рекомендуется** выполнение комплексов ЛФК по 15–30 минут в день 3–5 раз в неделю с постепенным увеличением длительности после проведения радикального хирургического лечения по поводу рака пищевода, аэробные нагрузки длительностью до 150 минут в неделю по рекомендации специалиста, работа с медицинским психологом (в том числе групповые занятия) для оптимизации восстановления физической формы и улучшения качества жизни пациента Радикал жарроҳлик даволашидан сўнг беморларга кунига 15–30 дақиқа, ҳафтасига 3–5 марта ЛФК машқларини бажариш ва уларнинг давомийлигини босқичма-босқич ошириш **тавсия этилади**. Шунингдек, мутахассис тавсиясига мувофиқ ҳафтасига 150 дақиқача аэроб юкламалар қўллаш, жисмоний ҳолатни тиклаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун тиббий психолог билан ишлаш (шу жумладан, гуруҳли машғулотлар) тавсия этилади. [66] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24335923/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - В (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 2).

1.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

● У пациентов с диагнозом рак пищевода и/или кардии, находящихся в ремиссии, **рекомендовано** применение комплексной программы, включающей поддержание стабильной массы тела, нутритивную поддержку, занятия с медицинским психологом, активный образ жизни и регулярные занятия ЛФК (аэробные нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением до аэробной нагрузки умеренной интенсивности) с целью улучшения кардиореспираторной выносливости и качества жизни. Имеются данные, что это может способствовать увеличению общей выживаемости

Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган ва ремиссия ҳолатида бўлган беморларга комплекс дастурни амалга ошириш тавсия этилади. Ушбу дастур қуйидагиларни ўз ичига олади:

- барқарор тана вазнини сақлаш;
- нутритив қўллаб-қувватлаш;
- тиббий психолог билан ишлаш;
- фаол турмуш тарзи;
- мунтазам ЛФК машғулоти (илк босқичда паст интенсивликдаги аэроб юкламалар, кейинчалик ўртача интенсивликдаги аэроб машқларга ўтиш).

Ушбу ёндашув кардио-респиратор чидамлиликини ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради. Мавжуд маълумотларга кўра, бу умумий тирик қолиш муддатини оширишга ҳам ҳисса қўшиши мумкин. [56] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731549/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 4).

● Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган, доимий етарли озикланиш имконияти чекланган ва назорат қилинмайдиган мальабсорбция ҳолатида бўлган беморларга даволаш натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида уй шароитида нутритив қўллаб-қувватлашни давом эттириш **тавсия этилади**. [57] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27637832/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

1.3. Кимё терапияда реабилитация

- Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган ва адъювант кимё терапияси олаётган беморларга заифликни камайтириш, ҳаёт сифатини ва психологик ҳолатни яхшилаш мақсадида юклама билан машқлар бажариш **тавсия этилади**. [68].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - А (далилларнинг ишончилиги даражаси - 1).

Изоҳлар: *Кимё терапияси давомида жисмоний фаолликни эрта бошлаш мушак заифлигининг олдини олиш, саркопениянинг ривожланиши ва прогрессиясини тўхтатиш, шунингдек, жисмоний юкламаларга толерантликни оширишга ёрдам беради.*

- Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган беморларга заифликни камайтириш, ҳаёт сифатини ва психологик ҳолатни яхшилаш мақсадида ЛФКни психологик қўллаб-қувватлаш билан биргаликда қўллаш **тавсия этилади**. [58] (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557289/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - А (далилларнинг ишончилиги даражаси - 1).

- Қизилўнғач ва/ёки кардия саратони ташхиси қўйилган ва кимё терапияси олаётган беморларга 6 ҳафталик спортча юриш курси **тавсия этилади**. Кўп марказли рандомизацияланган тадқиқотлар маълумотларига кўра, бу усул полинейропатиянинг клиник намоён бўлишларини назорат қилишга ёрдам беради. [59].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - В (далилларнинг ишончилиги даражаси - 2).

- Қизилўнғач ва кардия саратони ташхиси қўйилган ва кимё терапияси олаётган беморларга, агар тиббий кўрсатмалар ва техник имкониятлар мавжуд бўлса, кимё терапияси фонанда оғиз бўшлиғида мукозитларнинг олдини олиш учун паст интенсивликдаги лазеротерапия ўтказиш **тавсия этилади**. [60].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - А (далилларнинг ишончилиги даражаси - 1).

- Қизилўнғач ва кардия саратони ташхиси қўйилган ва кимё терапияси олаётган беморларга, агар тиббий кўрсатмалар ва техник имкониятлар мавжуд бўлса, кимё терапияси фониди алопециянинг олдини олиш учун краниоцеребрал гипотермия аппаратида фойдаланиш **тавсия этилади**. [61] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315539/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - В (далилларнинг ишончилиги даражаси - 3).

3. Уч турдаги профилактика ва реабилитация ўтказиш кўрсатмалари (касаллик профилига мувофиқ аниқланади):

Первичная профилактика рака пищевода приводит к уменьшению вероятности заболеть с раком путем предотвращения факторов риска, излечения от хронических инфекционных и предопухолевых, доброкачественных заболеваний и осложнений.

Бирламчи профилактика қизилўнгач саратони ривожланиш эҳтимолини камайтиради, хавф омилларини олдини олиш, саратонга олиб келувчи ва сурункали инфекция ҳамда хавфсиз (бенинг) касалликлар ва уларнинг асоратларини даволаш орқали амалга оширилади.

Вторичная профилактика приводит к раннему выявлению рака пищевода и кардии в бессимптомных и предклинических стадиях, при которых вероятность полного излечения от рака пищевода и кардии высока.

Иккиламчи профилактика қизилўнгач ва кардия саратонини симптомсиз ва клиник олди босқичларида эрта аниқлашга ёрдам беради, бу босқичларда қизилўнгач ва кардия саратонидан тўлиқ тузалиш эҳтимоли юқори бўлади.

Третичная – реабилитационная профилактическая терапия проводится всем больным раком пищевода, которые получают и/или завершили хирургическую и медикаментозную терапию независимо от возраста, стадии гистологического вида.

Учламчи профилактика – реабилитацион профилактика терапияси қизилўнгач саратони ташхиси кўйилган ва жарроҳлик ёки дори-дармон воситалари билан даволанган барча беморларга, уларнинг ёши, босқичи ва гистологик туридан қатъи назар, ўтказилади.

Профилактика самарадорлигини баҳолаш ва уни тузатиш заруратини аниқлаш учун клиник ва лаборатор назорат ўтказиш тавсия этилади. Клиник назорат давомида, агар таҳлил натижалари нормадан оғишса ёки жарроҳлик амалиёти ва махсус цитостатик терапия давомида ёки ундан кейин беморнинг соматик ҳолати ёмонлашса (ёхуд яхшиланмаса), профилактик ўринбосар терапиянинг самарасизлиги ҳақида қарор қабул қилинади.

Турли хил профилактика турларини ўтказиш мезонлари (халқаро стандартлар ва далилларга асосланган тиббиёт маълумотларига мувофиқ):

- – Бирламчи профилактика – қизилўнгач саратони ривожланишининг олдини олиш мақсадида барча аҳоли қатламлари учун тавсия этилади. *Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – С (далиллар ишончлилиқ даражаси – 4).*

- – Иккиламчи профилактика – хавф омилларига эга шахслар учун профилактик текширувлар (ЭГДС) ўтказиш тавсия этилади. *Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).*
- – Учламчи (реабилитацион) профилактика – махсус жарроҳлик ва дори-дармон терапиясидан кейин барча беморларга ўтказиш тавсия этилади. *Тавсиялар ишончлилик даражаси – В (далиллар ишончлилик даражаси – 4).*

3.2. Реабилитация жараёни босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари (Халқаро фаолият, ҳаёт фаолияти чекловлари ва соғлиқ классификациясига мувофиқ халқаро шкалалар).

Реабилитацион муолажалар ўтказилади:

Терапия тугагандан кейинги 1-йил (ҳар 3 ойда):

- Кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин ҳолати, ахлат);
- Умумий қон таҳлили + СОЭ;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- Қорин бўшлиғи, кичик чанок ва қорин парда орти аъзоларининг УТТ;
- ЭГДС.

Терапия тугагандан кейинги 2-йил (ҳар 6 ойда):

- Кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин ҳолати, ахлат);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- Қорин бўшлиғи, кичик чанок ва қорин парда орти аъзоларининг УТТ;
- ЭГДС.
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи КТси в/и контрастлаш билан

Терапия тугагандан кейинги 3-йил (ҳар 12 ойда):

- Кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин ҳолати, ахлат);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- Қорин бўшлиғи, кичик чанок ва қорин парда орти аъзоларининг УТТ;
- ЭГДС (ҳар 6 ойда).
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи КТси в/и контрастлаш билан (хавф омиллари мавжудлигига қараб)

Терапия тугагандан кейинги 4-йил (ҳар 12 ойда):

- Кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин ҳолати, ахлат);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси;
- Қорин бўшлиғи, кичик чанок ва қорин парда орти аъзоларининг УТТ;
- ЭГДС.
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи КТси в/и контрастлаш билан (хавф

омиллари мавжудлигига қараб)

Терапия тугагандан кейинги 5 йил:

- Катамнестик хазматга кузатувга ўтказиш

4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

Қизилўнгач ва кардий саратони беморлари қизилўнгач ва кардий саратони беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, торакал 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.

Қизилўнгач ва кардий саратони 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. Қизилўнгач ва кардий саратони 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:

Все ниже перечисленные методы исследования проводится и в районном, городском медицинском учреждении, в частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах:

- Фиброгастроскопия ;
- рентгенконтрастное исследование пищевода, анастомоза - ;

- УЗИ органов брюшной полости;
- Рентгенологическое исследование легких;
- УЗИ периферических лимфатических узлов;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- осмотр гинеколога (у женщин);
- общий анализ крови.

По показаниям, следующие методы исследования проводятся:

- Фиброколоноскопия - и в районном, городском медицинском учреждении, в частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах;
- Ирригоскопия - и в районном, городском медицинском учреждении, в частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах;
- КТ органов брюшной полости и грудной клетки и в районном, городском медицинском учреждении, в частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах;
- Ангиография сосудов брюшной полости - и в многопрофильных клиниках, частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах;
- МРТ органов брюшной полости и грудной клетки - и в многопрофильных клиниках, частных клиниках, РСНПМЦОиР и его филиалах;
- Сцинтиграфия костей скелета – проводится в РСНПМЦ эндокринологии, РСНПМЦ хирургии;
- Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела – проводится только в РСНПМЦОиР и в частных клиниках.

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

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

Тўлиқ жавоб инициал терапия яқунгланганидан сўнг 3 ой ўтгач МСКТ ва/ёки МРТ ва/ёки ПЭТ/КТ ёрдамида тасдиқланиши керак.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

• Физикал текширувлар, шу жумладан кўкрак қафаси МСКТси в/и контрастлаш билан / қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти УТТси —

даслабки 2 йилда ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йил давомида ҳар 6 ойда, сўнгра — ҳар йили.

• ҚУТ, қон биокимёвий таҳлили— дастлабки 1 йил ичида ҳар 3 ойда, 2-йил давомида - ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили.

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

МСКТ/МРТ қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари – терапия тугалланганидан кейин илк 2 йил давомида ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга мувофиқ. ПЭТ/КТ – агар сўнгги ПЭТ/КТда тўлиқ жавоб тасдиқланган бўлса ёки касалликнинг прогрессияси/рецидивига шубҳа туғилса, ўтказилади.

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

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

Қўшимча 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. Қизилўнғач ва кардий саратони 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 мурожаат қилиши;

- Қизилўнгач ва кардий саратони учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА КАРДИЯ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ
ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ код (лар) и:

КХТ-10	
Коди	Номланиши
C15	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.0	– Қизилўнгач бўйин қисми хавфли ўсмалари
C15.1	– Қизилўнгач кўкрак қисми хавфли ўсмалари
C15.2	– Қизилўнгач абдоминал қисми хавфли ўсмалари
C15.3	– Қизилўнгач юқори учлиги хавфли ўсмалари
C15.4	– Қизилўнгач ўрта учлиги хавфли ўсмалари
C15.5	– Қизилўнгач пастки учлиги хавфли ўсмалари
C15.8	– юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечта локализациядан чиққан қизилўнгач хавфли ўсмалари
C15.9	– Қизилўнгач хавфли ўсмалари, аниқлаштирилмаган
C16	– Меъда хавфли ўсмалари
C16.0	– Кардий (қизилўнгач-меъдага ўтувчи қисм)
Ҳавола (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1084	
КХТ-11	
Коди	Номланиши
2B70	Қизилўнгач хавфли ўсмаси
2B70.0	Қизилўнгач аденокарцинома
2B70.00	Барретт аденокарциномаси
2B70.0Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B70.0Z	Қизилўнгач аденокарциномаси, аниқланмаган
2B70.1	Қизилўнгачнинг ясси ҳужайрали саратони
2B70.Y	Қизилўнгачнинг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B70.Z	Қизилўнгачнинг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
XA1180	Қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисми
XA2BY3	Қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисми
XA9CB6	Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисми
XA0N03	Қизилўнгачнинг бўйин қисми
XA8JT3	Қизилўнгачнинг кўкрак қафаси қисми
XA0TN5	Қизилўнгачнинг қорин қисми

XA4YW8	Қизилўнғач билан чегарадош соҳалар
XA7SR6	Гастроэзофагеал туташув
2B71	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосилалари
2B71.0	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.00	Барретт қизилўнғачи билан боғлиқ қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси
2B71.0Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган аденокарциномаси
2B71.0Z	Қизилўнғач-ошқозон туташуви аденокарциномаси, аниқланмаган
2B71.1	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг ясси ҳужайрали саратони
2B71.Y	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2B71.Z	Қизилўнғач-ошқозон туташувининг хавфли янги ҳосиласи, аниқланмаган
Ҳавола (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1027002380	

1. Асосий қисм.

- Кириш

Қизилўнғач ва кардиа саратони — қизилўнғач ва кардиа шиллиқ қаватидан келиб чиққан хавфли ўсма ҳисобланади. Қизилўнғач саратонининг асосий морфологик шакли — яссихужайрали саратон (қоришадиган ёки қоришмайдиган) бўлиб, у ҳолатларнинг 95% ини ташкил этади. Қолган 5% ҳолатларда аденокарсинома кузатилади. (https://www.oncoradjournal.ru/jour/article/view/110?locale=ru_RU).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=6)

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда қизилўнғач саратонининг жами 511 054 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 445 391 киши вафот этган.

Касаллик этиологиясида ҳазм йўли шиллиқ пардасининг доимий кимёвий, механик ёки термик таъсирланиши муҳим аҳамият касб этади, бу эса интраэпителиал неоплазия (эпителий дисплазияси) ривожланишига олиб келади. Бевосита хавф омилларига жуда иссиқ овқат ва ичимликларни мунтазам истеъмол қилиш киради. Тамаки чекиш ва спиртли ичимликлар қабул қилиш мустақил хавф

омиллари ҳисобланади, аммо улар бошқа омиллар билан биргаликда касаллик ривожланиш хавфини оширади. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316407/>).

Аутосом-доминант касалликка эга бўлган, кафт ва оёқ тагида гиперкератоз билан характерланадиган беморларда қизилўнгач саратон ривожланиш хавфи 37% ни ташкил қилади. Алоҳида ҳолат сифатида Барретт қизилўнгачи касаллиги ажратилади, бу ҳолатда қизилўнгачнинг дистал қисмларида метаплазияланган ичак эпителийи пайдо бўлади. Бундай беморларда қизилўнгач саратон ривожланиш хавфи аҳолига нисбатан тахминан 30 баробар юқори. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474750/>). Барретт қизилўнгачи ривожланиши гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан боғлиқ бўлиб, унинг асорати ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10080844/>).

2023 йилда РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, қизилўнгач саратон касалликлари тарқалиши 100 минг аҳолига 2,0 ни ташкил қилган (эркаклар орасида 3,2% (11-ўрин), аёллар орасида 2,4% (11-ўрин)). 2023 йилда биринчи марта жами 732 нафар қизилўнгач саратонли бемор аниқланган. Уларнинг 18,2% профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Қизилўнгач ва кардия саратон ташхиси морфологик тасдиқланган ҳолатларнинг улуши 96,2% ни ташкил қилган. Касаллик 2,2% ҳолларда I босқичда, 29,5% ҳолларда II босқичда, 46,6% ҳолларда III босқичда ва 18,2% ҳолларда IV босқичда аниқланган. 2,6% ҳолларда касалликнинг босқичини белгилаш имкони бўлмаган. 2024 йил бошида қизилўнгач саратон ташхиси билан диспансер кузатувида бўлган беморлар сони 1835 нафарни ташкил қилган, касаллик тарқалиши 100 минг аҳолига 5,0 ни ташкил қилган. Республика бўйича қизилўнгач саратонли беморларда 5 йиллик яшовчанлик даражаси 25,3%, 1 йиллик ўлим даражаси эса 25,5% ни ташкил қилган. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида қизилўнгач саратондан 599 нафар бемор вафот этган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 1,6 ни ташкил қилган.

Клиник таснифи (паллиатив ёрдамга талукли)

(<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255148/9785990855700-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Халқаро касалликлар ва соғлиқ билан боғлиқ муаммоларнинг статистик таснифига (КХТ-10) кўра, қизилўнгач ва кардия саратон касалликлари қуйидаги кодларга эга: C15 ва C16.0 – Қизилўнгач ва кардиянинг ёвуз хосили ўсмаси. (<https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm>).

Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолат гуруҳи)

Ҳозирги вақтда ривожланган давлатларда қизилўнгачнинг ясси хужайрали саратон касалликлари камайиб, аденокарцинома ҳолатлари кўпаймоқда. Америка саратон регистри маълумотларига кўра, 1980 йилдан 1990 йилгача қизилўнгач аденокарциномаси билан касалланиш икки баравар ошган. Ўзбекистонда энг кўп

учрайдиган морфологик шакл ясси хужайрали саратон бўлиб, аденокарцинома камроқ учрайди (асосан, қизилўнгачнинг дистал қисми ва қизилўнгач-ошқозон ўтиш соҳасида). Карциносаркома, майда хужайрали саратон ва меланома жуда кам учрайди

Эндоскопик чегаралар шартли ҳисобланади ва беморнинг конституционал хусусиятларига қараб ўзгариши мумкин. Жарроҳлик даволашни режалаштиришда анатомик чегараларга таяниш лозим (5-жадвалдаги тузилмаларга мувофиқ).

Ўсманинг локализацияси ўсиш эпицентрига нисбатан белгиланади, бироқ даволашни режалаштиришда ўсма зарарланишининг юқори ва пастки чегараларини ҳисобга олиш керак.

Қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми ўсмалари (C16.0): - Эпицентри Z-чизикдан юқори, Z-чизик даражасида ёки Z-чизикдан 2,0 см пастда жойлашган бўлса, ушбу ўсмалар қизилўнгач саратони (Siewert I-II) сифатида таснифланади ва босқичланади. - Эпицентри Z-чизикдан 2 см пастда жойлашган ўсмалар (Siewert III) меъда саратони сифатида таснифланади ва босқичланади, қизилўнгач-ошқозон ўтиш соҳаси жараёнга жалб этилганидан қатъи назар.

2) TNM – Америка саратонга қарши қўмитаси таснифи (AJCC) 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Ушбу стадиялаш қизилўнгачнинг эпителиал ўсмаларига нисбатан қўлланилади, жумладан ясси хужайрали саратон, безсимон саратон, аденосквამоз саратон, дифференциаллашмаган саратон, нейроэндокрин саратон ва нейроэндокрин дифференцировкали ўсмалар.

Саркома ва ноэпителиал ўсмалар юмшоқ тўқималар саркомаси сифатида босқичланади.

Гастроинтестинал стромал ўсмалар алоҳида босқичлаш тизимига эга.

Босқичлаш 6 континентдаги 33 марказда 22654 беморнинг яшовчанлик маълумотларини таҳлил қилиш асосида амалга оширилган (жадвал 6–8).

- Эрта ўсмалар (T1-2) учун яшовчанлик кўрсаткичларига дифференцировка даражаси (G) катта таъсир кўрсатади.
- Қизилўнгач аденокарциномаси бўлган беморларда ясси хужайрали саратонга қараганда яхшироқ прогноз кузатилади, шу сабабли турли морфологик шакллар учун босқичлаш таркиби фарқ қилади.
- Неoadъювант даволаш самарадорлигига боғлиқ равишда яшовчанлик бўйича янги маълумотларни таҳлил қилиш клиник босқич (сTNM), патоморфологик босқич (рTNM) ва неoadъювант терапиядан кейинги морфологик босқич (урTNM) бўйича турлича босқичлаш гуруҳларини шакллантиришга олиб келди.

17-жадвал. TNM 8Ed нинг TNM 7Ed дан асосий фарқлари. Ясси хужайрали саратон

Ўзгариш	Ўзгаришни тавсифлаш
Анатомия/ локализация	Қизилўнгач ёки меъда ўсмаси сифатида таснифлаш чегараси: эпицентри қизилўнгач-меъда ўтиш соҳасидан 2 смдан пастда жойлашган ўсмалар ошқозон саратони сифатида таснифланади, ҳатто агар қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми жараёнга жалб этилган бўлса ҳам
Босқичга гуруҳлаш	Босқичлашда pT1a ва pT1b бўлинмаси ҳисобга олинади.
Босқичга гуруҳлаш	pT2-3 I-III стадиялар учун алоҳида ҳисобга олинади (pT2 ва pT3 сифатида)
Босқичга гуруҳлаш	cTNM, pTNM ва upTNM учун алоҳида стадиялаш бўлинмалари ажратилган
Аденокарцинома	
Ўзгариш	Ўзгаришни тавсифлаш
Анатомия/ локализация	Қизилўнгач ёки меъда ўсмаси сифатида таснифлаш чегараси: эпицентри қизилўнгач-меъда ўтиш соҳасидан 2 смдан пастда жойлашган ўсмалар ошқозон саратони сифатида таснифланади, ҳатто агар қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми жараёнга жалб этилган бўлса ҳам
Босқичга гуруҳлаш	Босқичлашда pT1a ва pT1b бўлинмаси ҳисобга олинади.
Босқичга гуруҳлаш	cTNM учун алоҳида стадиялаш бўлинмаси ажратилган, pTNM ва upTNM

Регионар лимфа тугунлари:

- Бўйин паратрахеал (VI даража) – тил ости суягидан бўйинтуруқ чуқурчасигача, умумий каротид артериялари оралиғида.
- Бўйин паратрахеал (VII даража) – бўйинтуруқ чуқурчасидан номсиз венагача, трахея ва курак суягининг дастаси оралиғида.
- Ўнг ва чап пастки бўйин паратрахеал лимфа тугунлари (1L&1R) – ўмров усти соҳасидан ўпка чўққисигача (қайтувчи нерв лимфа тугунлари).

- Ўнг ва чап юқори паратрахеал (2L&2R) – паратрахеал ўпка чўққисидан брахицефал стволни (ўнгда) трахея билан кесишмасигача ёки аорта равоғигача (чапда).
- Ўнг ва чап пастки паратрахеал (трахеобронхиал) (4L&4R) – брахиоцефал томир ва тоқ вена оралиғида ўнгда, аорта равоғи ва қарина оралиғида чапда.
- Бифуркацион (7) – трахея бифуркациясидан пастда.
- Параэзофагеал: юқори, ўрта ва пастки (8U, 8M, 8Lo) – қизилўнгачни уч қисмга бўлишга мос равишда параэзофагеал жойлашган.
- Ўнг ва чап ўпка боғлам лимфа тугунлари (9L&9R).
- Диафрагмал (15) – диафрагма устидан ва диафрагма оёқлари яқинида жойлашган.
- Паракардиал (16) – қизилўнгач-меъда ўтиш қисмига яқин лимфа тугунлари.
- Чап ошқозон артерияси лимфа тугунлари (17).
- Умумий жигар артерияси лимфа тугунлари (18).
- Талоқ артерияси лимфа тугунлари (19).
- Қорин пояси лимфа тугунлари (20).

Надключичная лимфа тугунларига (Vb), бўйин томир тутами лимфа тугунларига (III, IV), талоқ дарвозаси ва жигар-ўн икки бармоқ ичак боғлами лимфа тугунларига метастазлар M1(Lymph) сифатида норегионар лимфа тугунларига метастаз сифатида баҳоланиши керак.

18-жадқал. T мезонлари бўйича стадиялаш – Америка онкология қўмитаси (AJCC) таснифи 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Бирламчи ўсма, T	Тавсифи
Tx	Бирламчи ўсмани баҳолаб бўлмайд
T0	Бирламчи ўсма белгилари мавжуд эмас
Tis	Карцинома in situ / юқори даражали дисплазия
T1	Ўсма қуйидаги тузилмаларни шикастлайди: Шиллик парда (lamina propria), мускул шиллик пардаси ёки хусусий шиллик парда қатламига етиб боради ва Шиллик парда ости қатламига ўтади
T1a	Шиллик парда (lamina propria), мускул шиллик пардаси ёки хусусий шиллик парда қатламига етиб боради
T1b	Ўсма шиллик парда ости қатламига ўтади

T2	Ўсма хусусий мускул қатламига тарқалади
T3	Ўсма қизилўнгач деворидаги адвентицияга ўсади
T4	Ўсма қўшни тузилмаларга ўтади
T4a	Ўсма плевра, перикард, тоқ вена, диафрагма ёки қорин пардани зарарлайди
T4b	Ўсма аорта, умуртқа танаси ёки трахеяга ўтади

19-жадвал. N мезонини босқичлаш Америка онкология қўмитаси (AJCC) таснифи 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Регионар метастазлар, N	Тавсифи
Nx	Регионар лимфа тугунларини баҳолаб бўлмайди.
N0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас.
N1	1–2 та регионар лимфа тугуни зарарланган.
N2	3–6 та регионар лимфа тугуни зарарланган.
N3	7 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунлари зарарланган.

20-жадвал. M мезонни босқичлаш. N мезонини босқичлаш Америка онкология қўмитаси (AJCC) таснифи 8Ed – 2017 (<https://medvis.vidar.ru/jour/article/download/488/442>)

Узоқ метастазлар, M	тавсифи
Mx	Узоқ метастазларни баҳолаш учун маълумотлар йўқ
M0	Узоқ метастазлар йўқ
M1	Узоқ метастазлар бор

Стадиялаш тартиби клиник (cTNM) ва патоморфологик (pTNM) стадиялаш учун фарқ қилади. Қуйида ясси хужайрали саратон учун стадиялаш тақсимоти келтирилган: (10, 11-жадваллар).

21-жадвал. Касалликнинг клиник босқичлар бўйи ча гуруҳлаш (ясси хужайрали саратон)

cTNM клиник босқичи, ясси хужайрали саратон			
T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1	0-1	0	I

T2	0-1	0	II
T3	0	0	
T1-2	2	0	III
T3	1-2	0	
T4a T4b	0-2	0	IVA
Ҳар қандай	3	0	
Ҳар қандай	Ҳар қандай	1	IVB

22-жадвал. Касалликни патоморфологик босқичи бўйича гуруҳлаш (ясси хужайрали саратон)

T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1a	0	0	IA
T1b	0	0	IB
T2	0	0	IIA
T1	1	0	IIB
T3	0	0	
T1	2	0	IIIA
T2	1	0	
T2	2	0	IIIB
T3	1-2	0	
T4a	0-1	0	
T4a	2	0	IVA
T4b	Ҳар қандай	0	
anyT	3	0	
anyT	Ҳар қандай	1	IVB

Қизилўнгачнинг мультифокал зарарланишида ва подслизистик метастазланиш истисно қилинганидан кейин, ҳар бир ўсма алоҳида стадияланади.

23-жадвал. Касалликни клиник стадиялар бўйича гуруҳлаш (қизилўнгач аденокарциномаси). cTNM клиник босқичи, қизилўнгач аденокарциномаси

T	N	M	Стадия
---	---	---	--------

Tis	0	0	0
T1	0	0	I
T1	1	0	IIA
T2	0	0	IIIB
T2	1	0	III
T3-T4a	0-1	0	
T1-T4a	2	0	IVA
T4b	0-2	0	
Ҳар қандай	3	0	
Ҳар қандай	Ҳар қандай	1	IVB

24-жадвал. Патоморфологик прогностик гуруҳлар бўйича гуруҳлаш (қизилўнгач аденокарциномаси)

T	N	M	Стадия
Tis	0	0	0
T1a	0	0	IA
T1b	0	0	IB
T2	0	0	IIA
T1	1	0	IIIB
T3	0	0	
T1	2	0	IIIA
T2	1	0	
T2	2	0	IIIB
T3	1-2	0	
T4a	0-1	0	
T4a	2	0	IVA
T4b	Ҳар қандай	0	
anyT	3	0	
anyT	Ҳар қандай	1	IVB

3) Прогностик омиллар

Қизилўнғач саратонида прогностик омиллар.

Прогностик омиллар	Ўсма билан боғлиқ	Организм билан боғлиқ	Даволаш билан боғлиқ
Асосий	Инвазиянинг сезиларли чуқурлиги Лимфа тугунларнинг иштироки Лимфоваскуляр инвазиянинг мавжудлиги (ЛВИ)	Самарадорлилик кўрсаткичи Ёши Озиқ-овқат статуси	Операция сифати Мультимодаллик
Қўшимча	Ўсмани баҳолаш, ўсмаларнинг жойлашиши	Экономик статус	Озиқ-овқат қўллаб-қувватлаши
Янги ва перспектив	CEA, VEGF C, HER2		

2. Диагностика ва 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 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 ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи (тўлиқ дисфагия) ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари ва анамнез:

- дискомфортга,
- овқат қабул қилганда тўш ортида ачишиш ҳисси,
- дисфагия,
- тўш ортида оғрик,
- ҳозир еган овқатни кекириш,
- иштаха пасайиши,
- вазн камайиши.

Физикал текширувлар:

- Кечки босқичдаги қизилўнгач саратонида беморнинг ҳолати кўпинча мажбурий бўлиб, адинамия кучли намоён бўлади.
- Юзни кўздан кечирганда – кўзлар ёрқинлиги ва жонлилиги пасайган бўлиши мумкин.
- Тери рангининг оқариши ички қон кетиш аломати бўлиши мумкин.
- Қизилўнгач саратонининг анча илгари босқичларида терининг қуриши ва унинг турғори пасайиши кузатилади.
- Узоқ муддатли дисфагияда ортиқча озиш, ҳатто кахексия даражасигача етиб бориши мумкин. Бундай ҳолларда беморларда оқсилсиз шишлар ҳам пайдо бўлади.
- Кеч босқичларда чап щмров устки соҳасида, юқори тўш-ўмров усти-сўрғичсимон мушаги оёқлари орасида, баъзан нотекис юзага эга, теридан ажралган, қаттиқ лимфа тугуни сезилиши мумкин (Вирхов метастази).
- Меъда саратонли беморларнинг оғиз бўшлиғини кўздан кечирганда ўта нохуш ҳид пайдо бўлиши мумкин – бу, одатда, хавфли ўсманинг емирилиши белгиси ҳисобланади.

Лаборатор текширувлар:

- Цитологик текширув (хужайра ҳажмининг катталашиши, ҳатто гигант ҳажмгача етиши, шакли ва ички элементлар миқдорининг ўзгариши, ядро ҳажмининг катталашиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражада етилиш ҳолати, ядрочалар миқдори ва шакли ўзгариши);
- Гистологик текширув (йирик, полигонал ёки тиканак шаклдаги хужайралар, яхши ифодаланган цитоплазма, аниқ ядрочалари юмалоқ ядролар, митоз жараёнлари мавжудлиги, хужайраларнинг ячейкалар ва боғламлар ҳолида жойлашиши, кератин ҳосил бўлиши ёки бўлмаслиги, қон томирларда ўсма эмболлари мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг яққол

кўриниши, ўсма хужайраларининг митотик фаоллиги).

Инструментал текширувлар:

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (шиллик парда нуқсонини кўриш, унинг ўлчами ва хусусиятини аниқлаш, гистологик текширув учун тўқима парчаси олиш имконини беради);
- Қизилўнгачни контраст билан рентгеноскопик текширув (қизилўнгачдаги хавфли ўсманинг тарқалиш ва давомийлик даражасини аниқлаш, шунингдек, жарроҳлик аралашуви тактикасига қарор қилиш имконини беради);
- Комплекс ультратовуш ташхиси (жигар, ўт қоғи, ошқозон ости беши, талоқ, буйраклар, юқори кўкрак лимфа тугунлари) (қорин парда ортидаги лимфа тугунларининг эхоген катталашуви, қорин бўшлиғида метастазлар мавжудлиги, шунингдек, ошқозондаги хавфли ўсманинг кўшни тузилмаларга ўтиб кетиши аниқланади);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (ўрта кўкрак лимфа тугунларининг катталашганлигини ва қизилўнгачдаги хавфли ўсманинг кўшни тузилмаларга ўтиб кетишини аниқроқ визуализация қилади);
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг компьютер томографияси (қорин бўшлиғи ва қорин парда ортидаги лимфа тугунларининг катталашганлиги ва метастазлар мавжудлигини аниқроқ кўрсатади);
- Морфологик текширув – қизилўнгач саратонини бошқа касалликлардан ажратиш учун асосий ташхис усули. Биоптатда хавфли хужайраларнинг аниқланиши қизилўнгач саратонини тасдиқлайди, аммо бир марта олинган материалда ўсма белгилари бўлмадлиги бу касалликни инкор этмайди. Фақат бир неча бор ўтказилган таҳлилларда манфий натижалар олинган тақдирда, динамик кузатув билан биргаликда патологик жараённи хавфсиз деб ҳисоблаш мумкин.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғриқ, хансираш, йўтал, хаво етишмаслиги, қон туфлаш 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 енгиллаштириш 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) Беморни кузатув картаси, бемор маршрутизацияси:

6.1 Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:

Шифокорнинг ҳаракат алгоритми



1-схема. Қизилўнғач ва кардий саратони беморларини диагностика ва даволаш блок-схемаси

Ўсма жараёнининг босқичи ва локализациясига қараб қизилўнғач саратогнини даволаш:

TNM	Стандарт
Қизилўнғач бўйин қисми	
T0-4b N0-3 MO	Химионур даволаш, нур терапия, полихимиотерапия

T0-3 N0 MO	Агар ўсма қизилўнгач оғзида 5 смдан пастроқ жойлашган бўлса, қизилўнгачни экстирпация қилиш ва орқа медиастинал эзофагогастропластика ёки эзофагоколопластика амалга оширилиши мумкин. Бу жарроҳлик цервикоабдоминотрансхиатал йўл орқали бажарилади ва бўйинда анастомоз яратилади.
Қизилўнгачнинг юқори кўкрак қисми	
T0-3 N0-3 MO	Қизилўнгачни экстирпация қилиш орқа медиастинал эзофагогастропластика ёки эзофагоколопластика билан торакоабдоминоцервикал йўл орқали бажарилади, бўйинда анастомоз яратилади. Икки зонали лимфодиссекция мажбурий тарзда ўтказилади. Агар регионар метастазлар рN1-3 мавжуд бўлса, адъювант полихимиотерапия тавсия этилади.
Қизилўнгачнинг ўрта кўкрак ва пастки кўкрак қисми	
T0-3 N0-3 MO	Субтотал резекция қизилўнгач орқа медиастинал эзофагогастропластика билан абдоминоторакал йўл орқали бажарилади, плевра ичи анастомози яратилади. Икки зонали лимфодиссекция мажбурий тарзда ўтказилади. Агар регионар метастазлар рN1-3 мавжуд бўлса, адъювант полихимиотерапия тавсия этилади.
Қизилўнгачнинг барча қисмлари учун	
T0-4b N0-3 M1	Химио-нур терапия, нур терапияси, полихимиотерапия, брахитерапия дисфагияни бартараф этиш мақсадида амалга оширилади. Шунингдек, гастростома ёки еюностома қўйиш, қизилўнгачни стентлаш тавсия этилади
T4a-b N0-3 MO	Химионур даво, неоадъювант химионур терапия + жарроҳлик давоси
Қизилўнгач барча қисмида жарроҳлик давосидан бош тортиш ва жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда	
T0-4b N0-3 MO	Химионур даво, нур терапия, полихимиотерапия

Изоҳ: агар жарроҳлик муолажасидан бош тортилса, энг самарали усул сифатида химио-нур терапиясига афзаллик берилиши лозим.

Тиббий кўрсатмаларга асосан, агар жарроҳлик муолажасидан воз кечилса, энг самарали усул сифатида химио-нур терапияга устуворлик бериш лозим. Қизилўнгач саратонни даволаш усуллари бир қатор омилларга боғлиқ бўлиб,

жумладан, ўсманинг ўлчами, бошқа аъзо ва тўқималарга тарқалиши, лимфа тугунларининг зарарланиши муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, бемордаги ҳамроҳ касалликлар (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) ҳам ҳисобга олинади. Мутахассислар ушбу барча омилларни таҳлил қилиб, ҳар бир бемор учун алоҳида даволаш режасини ишлаб чиқадилар. Бу режа жарроҳлик муолажаси ва/ёки химиотерапия, ёки нур терапияси, ёки уларнинг комбинациясидан иборат бўлиши мумкин.

Паллиатив жарроҳлик усуллари ҳам бу тоифадаги беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимида муҳим ўрин тутади. Улар, айниқса, дисфагияни бартараф этишда самарали ҳисобланади, чунки бу саратоннинг энг асосий ва оғир белгиси ҳисобланади.

80-90% беморларда ушбу локализациядаги хавфли ўсмалар III-IV босқичда аниқланади, шу сабабли фақат 10-15% беморларга радикал жарроҳлик ёки комбинирланган даволашни қўллаш мумкин бўлади.

Агар ўсма тўлиқ радикал олиб ташланмаган бўлса ёки ўсма тўқималари қизилўнгач кесиш ҳудудида қолган бўлса, жарроҳликдан кейин 50 Гр умумий дозада нур терапияси қўлланилади. Шунингдек, қизилўнгач карциномаси резектабель бўлмаган ҳолларда, узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, жарроҳлик муолажасига қарши кўрсатмалар ёки бемор уни рад этган ҳолларда нур терапияси, полихимиотерапия ва химио-нур терапияси мустақил даволаш усули сифатида муҳим аҳамият касб этади.

Қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашган ўсма ҳолатларида нур терапияси ва химио-нур терапияси мустақил даволаш усули сифатида қўлланилиши мумкин.

Паллиатив (симптоматик) жарроҳлик усуллари (гастростома ёки еюностома қўйиш, қизилўнгачни стентлаш) ҳаётий кўрсатмаларга кўра амалга оширилади. Улар, айниқса, ўсма жараёни норезектабель бўлган ҳолларда, узоқ метастазлар мавжудлигида, химио-нур терапия самарасиз бўлганида, кахексия ёки қизилўнгач фистуллари ривожланганида қўлланилади. Шунингдек, баъзи ҳолларда операцияга тайёргарлик мақсадида (масалан, еюностомия ёки стентлаш) ушбу усуллардан фойдаланиш мумкин.

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

Кўчириш режимлари шифохоналар ва госпиталларда қуйидаги тўрт тоифага бўлинади:

I — қатъий ётоқ,

II — ётоқ,

III — хонавий ярим ётоқ),

IV — эркин (умумий).

Неoadъювант ёки адъювант химиотерапия ўтказилган беморларга III (хонавий) режим тавсия этилади. Операциядан кейинги эрта даврда I (қатъий ётоқ) режими белгиланади, кейинчалик ҳолат яхшиланиши ва жарроҳлик чоклар битишига қараб II ва III режимларга кенгайтирилади.

Диета. Операциядан кейинги даврда беморларга аввал очлик тавсия этилади, кейин эса №1, 1а парҳез столига ўтказилади. Химиотерапия олаётган беморлар учун ҳам №1, 1а парҳез столи тавсия этилади.

Қизилўнғач саратони бўлган беморлар учун операциядан кейин парҳезга умрбод риоя қилиш тавсия этилади.

Беморда дисфагии – III-IV даража бўлганда, овқат ўтишини яхшилаш мақсадида стендлашни ўтказилади.

Паллиатив нур терапия:

Нур терапия турлари:

- фотон терапия (юқори энергияларни тормозли нурланиши, гамма терапия);
- корпускуляр терапия (юқори энергияларнинг тез электронлари, протон, ион, нейтрон).

Нур терапия методлари (вақт давомида дозаларни фракционирлаш режимлари):

А) Классик (стандарт) фракционирлаш режими: БМЎД 1,8-2,4 Гр ҳафтасига 5 фракциягача, бўлинган ёки узлуксиз курс, СЎД 20,0-70,0 Гр гача.

Б) Гипофракционлаштирилган режим – БМЎД >2,5 Гр, ҳафтасига 5 фракциягача, расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД > 15,0 Гр гача.

В) Гиперфракционлаштириш (мультифракционлаштириш) режими – БМЎД 1,0–1,25 Гр кунига 2 марта (4–6 ва 18–20 соат оралиғида), расщепланган ёки узлуксиз курс, СЎД 20–70 Гр гача.

Г) Стереотаксик радиоjarроҳлик (SRS) – бир мартада юқори дозада (БМЎД 12 Гр ёки ундан юқори) стереотаксик техника ёрдамида радиоjarроҳлик ўтказилади. 3 см гача бўлган ва аниқ чегарага эга ўсмаларда қўлланилади.

Нур терапия усуллари

- Дистанцион НТ:
- 2-х ўлчамли конвенциал (стандарт) нур терапия (2D RT);
- 3-х ўлчамли конформ нур терапия (3D CRT);
- интенсив-модулирланган нур терапия (IMRT);
- сурашлар бўйича бошқариладиган нур терапия (IGRT);
- нафас билан синхронлаштирилган нур терапия (4D RT);
- томоаппаратларда томотерапия;
- стереотаксик радиохирургия (SRS);
- стереотаксик радиотерапия (SRT);
- интраоперацион нур терапия (IORT);
- брахитерапия.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

- Рентген симулятори;
- Виртуал симуляция функциясига эга компьютер томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Виртуал симуляция функциясига эга магнит-резонанс томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Со-60 асосидаги дистанцион гамма-терапия аппарати;
- 4-6 Мэв чегаравий энергияга эга паст энергияли чизиқли тезлатгич;
- 6-15-18 Мэв чегаравий энергияга эга юқори энергияли чизиқли тезлатгич;
- Томотерапия аппарати;
- Интраоперацион нур терапияси аппарати;
- Со-60 ёки Ir-192 ионизирловчи манбаларга эга брахитерапия аппарати.

Бош мияга метастазларда нур терапия.

3. С1 бўйин умумртқасигача бош мияни тотал нурлантириш:
 - БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 Гр;
 - БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 Гр;
 - БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 Гр;
 - БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 20 Гр.

4. Бош мияни локал нурлаш

- стереотаксик радиохирургия (SRS) - БМЎД 10,0 – 30,0 Гр 1 фракция – агар метастаз ўлчами 3 смдан катта бўлмаса.;
- стереотаксик радиотерапия (SRT) – БМЎД 6,0-10,0 Гр 3-5 фракция – агар метастаз ўлчами 3,0 дан 6,0 смгача бўлса;
- метастазларни локал нурлантириш БМЎД 2,0-3,0 СЎД 20-60 Гргача.

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

- БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 40-50 Гр;
- БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 39-45 Гр;
- БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 3-5 фракция СЎД 20-40 Гр;
- БМЎД 8,0 Гр 1-2 фракция.

Нур терапия методикаси.

Дистанцион нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал нурлантириш методикаси бўйича ўтказилади. Радиотерапиянинг бир марталик дозаси (БМЎД) 1,8-2,0-2,5 Гр бўлиб, ҳафтасига 5 марта берилади. Жами доза (СЎД) 60-70 Гр мустақил режимда, 40-50 Гр операциядан олдин ёки кейин. Нур терапияси узлуксиз ёки бўлинган курсда ўтказилиши мумкин. Нурланиш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизикли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Асосий ўчоқ фақат дистанцион нур терапияси ёки (агар ўсма кичик бўлса ва эндостатлар киритиш имконияти бўлса) контакт нур терапияси (брахитерапия) билан қўшиб даволанади. Бундай ҳолда дистанцион нур терапияси 46-50 Грдан кейин брахитерапия билан давом эттирилади. Қўшма нур терапияси (дистанцион + брахитерапия) қўлланилганда ўсманинг тўлик резорбция эҳтимоли дистанцион нур терапиясига нисбатан 2 баробар юқори бўлади.

Нурлантириш ҳажми ва схемаси ўсманинг локализациясига қараб белгиланади. Бирламчи ўсма + юқори ва пастки томонда 5 см нормал тўқима, латерал томонда 2 см. Регионар лимфа тугунлари (N1) ҳам ўсма билан бир хил дозада нурлантирилади. Бўйин қисмида жойлашган ўсмаларда бўйин ва юқори кўкрак қисми ҳамда қўшни лимфа тугунлари (юқори кўкрак ва қўшни ўмров усти лимфа тугунлари) нурлантирилади.

Юқори ва/ёки ўрта кўкрак қисмда жойлашган ўсмаларда диафрагмагача бўлган кўкрак қисми ва медиастинал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Қуйи кўкрак қисмида жойлашган ўсмаларда кўкрак ва диафрагмадан паст абдоминал сегмент ҳамда медиастинал ва перигастрал лимфа тугунлари нурлантирилади.

Нурлантириш майдони баландлиги 11-22 см, эни 5-6 см. Химио-нур терапия дистанцион нур терапияси ютиш суммар дозаси 50 Гргача узбексиз курс билан (субоптимал доза) 1,8-2 Гр фракциялаш билан ўтказилади. Бошланишида ёки нур терапия тугаши билан полихимиотерапия (цисплатин + фторурацил) биринчи курс нур терапияси олдидан ўтказилади, кейинчалик 28 кун интервал билан яна 12 курс полихимиотерапия ўтказилади. Бир вақтнинг ўзида кимё нур терапия таксанлар препаратлари билан (досетаксел, паклитаксел доза 80 мг/м² метроном режимида (1, 8, 16 ва ҳ.к. кунлар), нур терапияси БМЎД 2,0 Гр, 5 Фр, СЎД 50 Гр + “boost” БМЎД 2 Гр, 5 Фр, СЎД 8-10 Гр узлуксиз курс билан ўтказилади.

Дистанцион нур терапияси ўтказишга қарши кўрсатмалар қуйидагилардир: Қизилўнгач фистуллари ёки улар юзага келиш хавфи; Ўсма тарқалиши натижасида қон кетиши; Ўсманинг тўлиқ трахея, асосий бронхлар ёки аортага ўтиши; Туберкулёз ва декомпенсацияланган ҳамроҳ касалликлар.

Жарроҳликдан бош тортганда ёки жарроҳликга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда қўшма нур терапияси тавсия этилади.

Паллиатив нур терапияси (агар ўсма қизилўнгач йўлини тўсиб қўйса) аввал брахитерапия ўтказилади. Кейин қўшма нур терапияси ва полихимиотерапия амалга оширилади.

- Цисплатин 75 мг/м², вена ичига, 1-кун.
- Фторурацил 1000 мг/м² (750 мг/м²), вена ичига, 1, 2, 3, 4-кунлар.

Брахитерапияга қарши кўрсатмалар:

- Қизилўнгач бўйлаб ўсманинг узунлиги 10 смдан ошиши.
- Узок метастазлар мавжудлиги.
- Ўпка туберкулёзи.
- Ўсманинг трахея ва асосий бронхларга тарқалиши.
- Ўсманинг қизилўнгачнинг бўйин қисмида жойлашиши.
- Қизилўнгачнинг қаттиқ торғайиши ва эндоскоп ўтказиб бўлмаслиги.

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 мавжИД – 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 ($20 \times 10^9/\text{л}$) 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.
- $\text{МНО} \geq 2.0$ 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.

3) Паллиатив медикаментоз даволаш

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.

Паллиатив кимё терапия.

Паллиатив кимё терапияси кимё-луч терапияси таркибида ёки мустақил равишда қуйидаги ҳолатларда ўтказилади: қизилўнгач карциномаси бошидан жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш имконияти бўлмаганда, узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар бўлганда (кимё терапиясига қарши кўрсатмалар йўқ ҳолда), шунингдек, бемор операциядан воз кечган ҳолларда.

Паллиатив кимё терапия метастатик ўсмаларни кичрайтириш уун қўлланилади.

Кимё терапия ўсманинг локализацияси ва турига қараб турли схемаларда буюрилади ва ўз ҳусусиятларига эга.

Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:

- гистологик тасдиқланган қизилўнгач ва кардий саратони;

- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узоқ аъзоларда метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати кўрсаткичлари қониқарли бўлиши;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон гистотипларида (паст дифференциаллашган, диффеернциаллашмаган) даволашнинг узоқ натижаларини яхшилаш.

Паллиатив кимё терапияга қарши кўрсатмалар:

Кимё терапияга қарши кўрсатмалар икки гуруҳга бўлиш мумкин: абсолют ва нисбий.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- гипертермия >38 градус;
- декомпенсация босқичидаги касалликлар (юрак-қон томир , нафас олиш тизими, жигар, буйрақлар);
- ўткир инфекцияон касалликларнинг мавжудлиги;
- психик касалликлар;
- битта ёки бир нечта мутаҳассислар томонидан тасдиқланган, ушбу давонинг самарасизлиги;
- ўсмани парчаланиши (қон кетиш ҳавфи);
- Карновский шкаласи бўйича 50% ва ундан кам бемор умумий аҳволининг оғирлиги (1-иловага қаранг).

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- 16-18 ҳафталик ҳомиладорлик;
- организм интоксикацияси;
- фаол ўпка туберкулези;
- қон таркибининг турғун патологик ўзгаришлари (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- кахексия.

Паллиатив кимё терапия (индивидуаллаштирилган).

Паллиатив ёрдам:

- Ҳаддан ташқари кучли оғриқ синдроми мавжуд бўлганда, даволаш «Инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликлари ва сурункали оғриқ синдроми билан кечувчи беморларга паллиатив ёрдам» протоколига мувофиқ амалга оширилади
- Қон кетиши мавжуд бўлганда, даволаш «Инкурабел босқичдаги сурункали прогрессив касалликлари ва қон кетиши билан кечувчи беморларга паллиатив ёрдам» протоколига мувофиқ амалга оширилади..

Ушбу клиник тавсияномада келтирилган дори воситаларининг долзарб йўриқномаларини <http://grls.rosminzdrav.ru> сайтидан олиш мумкин.

25-жадвал. Қизилўнгач саратонини даволашда мустақил шаклда ёки нур терапия билан биргаликда қўлланиладиган кимё терапиянинг асосий режимлари (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf).

Схема	Юир марталик доза	Юборилиш кунлари	Такрорланиш (цикликлик)
Адьювант иммунотерапия			
Ниволумаб¹ [96]	3 мг/кг ёки 240 мг ёки 480 мг	1 кун 1 кун	Ҳар 2 ҳафтада Ҳар 4 ҳафтада, даволаш давомийлиги – 12 ой
Бир вақтлик кимё нур терапия			
Цисплатин** фторурацил** [43]	75 мг/м ² 1000 мг/м ² /сут	1-кун 1-4 кунлар (96 соатлик инфузия)	Ҳар 3-4 ҳафта
#Паклитаксел** #карбоплатин** [35]	50 мг/м ² AUC 2	1-кун 1-кун	Ҳар ҳафта
#Оксалиплатин** #Капецитабин** [44]	85 мг/м ² 1300 мг/м ² /сут.	1, 15, 29 кун ҳар ҳафтанинг 1- 5 кунлари	

FOLFOX: #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [94]	85 мг/м ² 400 мг/м ² 400 мг/м ² в/и оқим билан 1600 мг/м ²	1-кун 1-кун 1-кун 1-2 кунлар (48- соатлик инфузия)	Ҳар 2 ҳафтада
#Паклитаксел** Фторурацил** [95]	45-50 мг/м ² 300 мг/м ² /сут.	1, ҳар ҳафта 1-4 кунлар (96 соатлик инфузия), ҳар ҳафта	
Қизилўнғач пастки учлиги аденокарциномаларида операциядан олдинги ёки атрофи кимё терапияси			
FLOT: #Доцетаксел** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** [34]	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ²	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун, 24-соатлик инфузия	Ҳар 2 ҳафтада (по 4 курс операциядан олдин ва кейин, маъқул режим)
DCF: #Доцетаксел** Цисплатин** Фторурацил** [46]	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут	1-чи кун 1-чи кун 1-дан 5-чи кунгача (120- соатлик инфузия, /сут. 24- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
mDCF: #Доцетаксел** Цисплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [46]	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² (по 1000 мг/м ² /сут.) 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-2-чи кун, 46- соатлик инфузия 1-чи кун	Ҳар 2 ҳафтада
Цисплатин**	75 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада

Фторурацил** [12]	1000 мг/м ² /сут.	1-4 кунлар (96 соатлик инфузия)	
Цисплатин** #Капецитабин** [47]	75-80 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** #Капецитабин** [12]	60-75 мг/м ² 60-75 мг/м ² 1650 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
Паллиатив химиотерапия режимлари			
#Ниволумаб** #Оксалиплатин** #Капецитабин** [97] ²	360 мг 130 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Ниволумаб** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [97] ²	240 мг 85 мг/м ² 400 мг/м ² 2400 мг/м ² 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-кун 1-кун 1-кун 1-кун, 46-соатлик инфузия 1-кун	Ҳар 2 ҳафтада
#Пембролизумаб* * Цисплатин** Фторурацил** [98] ³	200 мг 75-80 мг/м ² 750-800 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-5 кунлар (120- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** Фторурацил** #Филграстим** [46]	75 мг/м ² 75 мг/м ² 750 мг/м ² /сут 5 мкг/кг	1-чи кун 1-чи кун 1-чидан 5-чи кунлар(120- соатлик инфузия) 6-12 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** #Оксалиплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** [34]	50 мг/м ² 85 мг/м ² 200 мг/м ² 2600 мг/м ²	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун, 24- соатлик инфузия	Ҳар 2 ҳафтада (аденокарциномад а)

mDCF: #Доцетаксел** Цисплатин** #Кальция фолинат** Фторурацил** Фторурацил** [46]	40 мг/м ² 40 мг/м ² 400 мг/м ² 2000 мг/м ² (по 1000 мг/м ² /сут.) 400 мг/м ² в/и оқим билан	1-чи кун 1-чи кун 1-чи кун 1-2-чи кун, 48- соатлик инфузия 1-чи кун	Ҳар 2 ҳафтада
ТС (ясси хужайрали саратон): #Паклитаксел** #Карбоплатин** [48]	175 мг/м ² AUC 5	1-кун 1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
Цисплатин** #Капецитабин** [47]	75-80 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
Цисплатин** Фторурацил** [98]	75-80 мг/м ² 750-800 мг/м ² /сут.	1-кун 1-5 кунлар (120- соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
XELOX: #Оксалиплатин** #Капецитабин** [49]	130 мг/м ² 2000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-14 кунлар	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** [50]	75 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
#Доцетаксел** Цисплатин** [51]	70 мг/м ² 70 мг/м ²	1-кун	Ҳар 3 ҳафтада
#Паклитаксел** Цисплатин** Фторурацил** [12]	175 мг/м ² 75 мг/м ² 750-1000 мг/м ² /сут.	1-кун 1-кун 1-4 (96 соатлик инфузия)	Ҳар 3 ҳафтада
#Пембролизумаб **4 [42]	2 мг/кг ёки 200 мг 400 мг	1-кун 1-кун	Ҳар 3 ҳафтада Ҳар 6 ҳафтада
#Ниволумаб**5 [92]	3 мг/кг ёки 240 мг	1-кун	Ҳар 2 ҳафтада Ҳар 4 ҳафтада

	480 мг		
--	--------	--	--

¹ Ясси хужайрали саратон ёки аденокарциномага эга беморларда, химио-нур терапиядан сўнг R0 ҳажмида жарроҳлик амалга оширилган, лекин тўлиқ даво патоморфозга эришилмаган ҳолларда.

² изилўнгач ва қизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми аденокарциномаси бўлган беморларда, PD-L1 CPS \geq 5 экспрессияси мавжуд бўлган ҳолларда.

³ Биринчи линия терапияси, PD-L1 CPS \geq 10 экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

⁴ Иккинчи ва кейинги терапия линиялари, PD-L1 CPS \geq 10 экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

⁵ Иккинчи ва кейинги терапия линиялари, PD-L1 TPS \geq 1% экспрессиясига эга ясси хужайрали саратон бўлган беморларда.

26-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситалари ХПН	Қўллаш усули	Исботланг аниқ даражаси
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	Цисплатин	75 -100 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC 5-6 1-чи кун, в/и	А
	Оксалиплатин	85-100 мг/м ² в/и	А
Ўсимлик ва табиий келиб чиқишли препаратлар	Паклитаксел	180 ёки 250 мг/м ² 1-чи кун, в/и;	А
	Доцетаксел	75мг/м ² , в/и, томч. 1-кун	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	Доксорубицин	30мг/м ² в/и 2-чи кун	А
	Эпирубицин	30мг/м ² , 1-дан 3-чи кунгача, ҳар 3 ҳафтада	А
Фторпиримидинлар	5-фторурацил	500мг/м ² , 1-чидан 5-чи кунгача, ҳар 5 ҳафтада	А
Топоизомераза I ингибиторлари	Иринотекан	65мг/м ² , в/и, ҳар ҳафта, 4 ҳафта давомида	В
фолий кислота антогонистлари антидоти,	Кальция фолинат	200 мг/м ² в/и инфузия 2 соат 1-2 кунлар;	В

фторурацила биологик таъсири модификатори		400 мг/м ² в/и инфузия 2 соат 1-кун	
Юклаш (ҳавола)	https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf		

27-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100%дан кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситалари ХПН	Қўллаш усули	Исботланг анлик даражаси
Моноклонал антитана, PD1 ингибитор	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузияси 30 дақиқа давомида ҳар 3 ҳафтада	А
	Ниволумаб	3 мг/кг ёки 240 мг 1-кун, ҳар 2 ҳафтада; 480 мг, 1-кун, ҳар 4 ҳафтада	А
Суюқ резорбцияси ингибиторлари	Памидрон кислота	90мг в/и 3-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В
	Золедрон кислота	4 мг в/и томчилаб 15 дақиқа давомида, 3-4 ҳафтада 1 марта	А
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	С
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Итраконазол	Ичишга	С
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	А
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимида таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С

Бошқа воситалари дори	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий	А
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	В
	Амлодипин	Ичишга	В
	Повидон – йод	ташқи	С
	Тобрамицин	Вена ичига	С
	Фолий кислота	Ичишга	А
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	А
	Хлоргексидин	Ташқи	В
Юклаш (ҳавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6. Паллиатив жарроҳлик давоси [1,2,4].

Қизилўнгач саратони беморларида паллиатив амалиётлар:

Кўрсатмалар:

- 1) Ҳаёт учун хавфли касаллик асоратлари (тўлиқ дисфагия);
- 2) Ҳамроҳ касалликлар (юрак-қон томир тизими касалликлари, эндокрин бузилишлар ва бошқалар), радикал жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкониятини чекловчи ҳолатлар.

Рецидивларда жарроҳлик тактикаси

Жарроҳлик аралашувлари (индивидуаллаштирилган):

- Турли кўламдаги радикал ва паллиатив жарроҳлик амалиётлари;
- Ўсмани эндоскопик парчалаш;
- Стентлар ўрнатиш.

Кимё терапияси умумий ҳолати қониқарли бўлган беморларга (ЕСОГ шкаласи бўйича 0–2 балл) ва оғир (III–IV даражали) дисфагия мавжуд бўлмаган ҳолларда тавсия этилади. Агар дисфагия беморнинг тўғри озиқланишига халақит берса, биринчи босқичда қизилўнгач ўтказувчанлигини тиклаш (стентлаш, реканализация) тавсия этилади.

Симптоматик ва кўмаклашувчи терапия

- Операция қилиб бўлмайдиган ва ўсма стенози мавжуд бўлган беморларда даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириш мақсадида қизилўнгач стенози соҳасига нитинол қопламали стент-эндопротез ўрнатиш, тери орқали эндоскопик гастростомия ёки жарроҳлик йўли билан гастростомия ўтказиш тавсия этилади. [62] (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4789952/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

- **Изоҳ:** Химио-нур терапияси режалаштирилган беморларда дисфагияни тузатиш учун озиклантирувчи энтеростома ёки еюностома шакллантириш масаласини кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ, чунки стент ўрнатиш асоратлар хавфини ошириши мумкин. Дисфагияни бартараф этиш даволашнинг барча босқичларида долзарб бўлиб, турли ёндашувлар орқали амалга оширилади: эндоскопик процедуралар (баллонли дилатация, электро-, аргон-плазмали ёки лазерли деструкция, нитинол қопламали қизилўнгач стент-эндопротезини ўрнатиш), нур терапияси (дистанцион ёки брахитерапия). Эндоскопик реканализациялар тез, лекин қисқа муддатли самара беради ва яқин вақт ичида самарали даволаш (жарроҳлик, кимё терапияси, нур терапияси) бошланиши кутилган ҳолларда мос келади.

- Ўсма стенози мавжуд бўлган ва химио-нур терапияси режалаштирилган беморларда **стент ўрнатиш тавсия этилмайди**, чунки бу перфорация хавфини оширади. Бундай ҳолатларда дисфагияни тузатиш учун қуйидаги вариантлар кўриб чиқилиши мумкин: а) аргон-плазмали коагуляция; б) тери орқали эндоскопик гастростомия; в) 1-2 курс неoadъювант кимё терапияси ўтказиш [62] (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4789952/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиги даражаси - 5).

Изоҳлар: *Радикал жарроҳлик даволаш ёки мустақил химио-нур терапияси (ХНТ) режалаштирилмаган ҳолларда дисфагияни тузатиш учун энг оптимал вариантлар қизилўнгачни стентлаш ёки брахитерапия ҳисобланади. Бевосита таққослаш тадқиқоти натижаларига кўра, стентлаш тезроқ самара беради, бироқ узоқ муддатли кузатувларда асоратлар (стент миграцияси, оғриқ, перфорация, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси) юқори, дисфагиясизлик эса бироз камроқ кузатилган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10524414/>). Қизилўнгач-бронхиал ёки медиастинал фистулалар ривожланган ҳолларда қопламали нитинол стент-эндопротезлар ўрнатиш ушбу асоратларни 70–100% беморларда бартараф этишга ёрдам беради.*

7. Кейинги даво:

Взрослым пациентам, при наличии противопоказаний на продолжения паллиативных курсов медикаментозной терапии рака пищевода и кардии, рекомендуется диспансерное наблюдение у врача-онколога и проведение обезболивающей (при необходимости наркотической), симптоматической терапии.

Диспансер кузатуви:

- Биринчи йил – 3 ойда 1 марта;
- Иккинчи йил 6 ойда 1 марта;
- Кейинчалик, бутун ҳаёти давомида – йилда 1 марта.

Текширув усуллари:

- фиброгастроскопия;
- Қизилўнғач, анастомознинг контраст рентген текшируви;
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТси;
- Ўпкалар рентген текшируви;
- Периферик лимфа тугунлари УТТси;
- Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- Гинеколог кўриги (аёлларда);
- Қон умумий таҳлили.

Кўрсатмаларга кўра:

- Фиброколоноскопия;
- Ирригоскопия;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи томирлари ангиографияси;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси МРТси;
- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Бутун тана Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + компьютер томографияси

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- «ўсманинг жавоби» – ўтказилган даводан кейинги ўсманинг регрессияси;
- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);

- инсоннинг руҳий, эмоционал ва ижтимоий фаолиятдан ташқари «ҳаёт сифати» ва бемор организмнинг физик ҳолати.

Даволаш самарадорлиги индикаторлари:

Даволаш самарадорлиги ЖССТ мезонларига мувофиқ баҳоланади:

Тўлиқ самара - бу камида 4 ҳафта давомида барча ўчоқларнинг йўқолиши.

Қисман самара - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 30% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 30% дан кам кичрайиши ёки 20% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 20% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

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.

Маълумот бемор учун

Бемор қизилўнгач саратонининг клиник белгилари ҳақида хабардор қилинади, даволашнинг турли усуллари, уларнинг эҳтимолий натижалари ва асоратлари билан таништирилади.

Беморга қизилўнгач саратонининг белгилари ва асоратлари ҳақида маълумот бериш керак. Айниқса, **умуртқа поғонасига метастатик шикастланишга эга беморларни орқа мияни сиқилиш хавфи** ҳақида огоҳлантириш ва бу асорат юзага келганда зудлик билан шифокорга мурожаат қилиш зарурлигини тушунтириш муҳим.

Беморни қизилўнгач саратонини даволашдан кейинги кузатувнинг хусусиятлари ва мунтазам текширувларнинг аҳамияти ҳақида хабардор қилиш керак.

Метастатик қизилўнгач саратони ташхиси қўйилган беморларга **Ўзбекистон Республикасида ушбу касалликнинг ушбу босқичи учун амалга оширилаётган клиник тадқиқотлар** ҳақида маълумот бериш зарур.

Касалликнинг кечишини бемор мустақил назорат қила олмайди; шифокорга ташрифлар частотаси ҳар бир ҳолат учун индивидуал белгиланади.

Кимё терапияси асоратларида тавсиялар – шифокорга мурожаат қилиш!

1. **Ҳарорат 38°C ва ундан юқори бўлганда** – шифокор тавсиясига мувофиқ антимикроб терапия ўтказиш.
2. **Стоматитда:**
 - Диета – механик ва термик жиҳатдан юмшоқ овқат.
 - Оғиз бўшлиғини тез-тез чайқаш (ҳар соатда) – ромашка, дуб пўсти, шалфей дамламалари.
 - Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини шифокор тавсиясига кўра ишлов бериш, облепиха ёғи ёки шафтоли ёғи билан суртиш.
3. **Диареяда:**
 - Диета – ёғли, аччиқ, тамакиланган, ширин, сутли маҳсулотлар ва клетчаткани истеъмол қилишни чеклаш. Кам ёғли гўшт, нон маҳсулотлари, қатиқ ва гуруч дамламаси истеъмол қилиш мумкин. Кўп суюқлик ичиш.
 - Шифокор тавсиясига мувофиқ дори воситалари қабул қилиш.
4. **Кўнгил айнишда:**
 - Шифокор тавсиясига мувофиқ дори воситалари қабул қилиш.

**Карновский индекси/ ECOG-ЖССТ бўйича бемор аҳволи оғирлигини
баҳолаш шкаласи**

Оригинал номланиши: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health
Аъзоization 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	Б е м о р т ў л и қ ф а о л , ҳ а м м а н а р с а н и б е м о р л и г и д а н а в в а л г и д е к б а ж а р а о л а д и (К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 90-100%)
1	Б е м о р о ғ и р и ш л а р н и б а ж а р а о л м а й д и , а м м о е н г и л , ў р и р и б қ и л и н у в ч и и ш л а р н и б а ж а р а о л а д и (м а с а л а н , е н г и л у й в а к а н ц е л л я р и й и ш л а р и н и , К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 70-80 %)
2	Б е м о р а м б у л а т о р д а в о л а н а д и , ў з - ў з и г а х и з м а т к ў р с а т а о л а д и , л е к и н и ш л а й о л м а й д и . 50% д а н о р т и қ в а қ т и н и т и к о ё қ д а , в е р т и к а л ҳ о л а т д а ў т к а з а д и (К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 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 %)

NRS-2002 Нутритив статусини баҳолаш шкаласи

NRS-2002 шкаласи – нутритив хавфни скрининг баҳолаш шкаласи

Оригинал номи: NRS-2002

Манба: Kondrup J., Allison S.P., Elia M., Vellas B., Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002 Clinical Nutrition (2003) 22(4): 415–421 [75].

Тури: баҳолаш шкаласи

Мақсад: Европанинг парентерал ва энтерал озиқланиш бўйича жамияти (ESPEN) тавсиясига кўра, **NRS-2002** шкаласи нутритив хавфни скрининг баҳолаш учун қўлланилади, икки босқичдан иборат.

Таркиби (шаблон): Г1 ва Г2 жадваллари.

Калит (интерпретация): NRS-2002

Жадвал Г1. Бирламчи скрининг

1 Тананинг масса индекси 20,5 дан камми?	ҲА ЙЎҚ
2 Сўнгги 3 ой ичида вазн йўқотилиши кузатилганми?	ҲА ЙЎҚ
3 Ўтган ҳафта давомида овқатланиш камайганми?	ҲА ЙЎҚ
4 Бемор оғир касалликка чалинганми (масалан, реанимация ёки саратонга қарши терапия олмақдами)?	ҲА ЙЎҚ

Хулоса	
Барча саволларга “йўқ” жавобини бериш – такрорий скрининг бир ҳафтадан сўнг ўтказилади	Ҳар қандай саволга “ҳа” жавобини бериши скринингни кейинги блок бўйича давом эттирилади

Г2-жадвал. Финал скрининг

Озиқланиш статусининг бузилиши		Касалликнинг оғирлиги	
Бузилишлар йўқ – 0 балл	Меъёрий озиқланиш статуси	Бузилишлар йўқ – 0 балл	Нутриентларга меъёрий талаб
1 балл – енгил	Сўнгги 3 ой ичида тана массасининг 5% дан ортиқ йўқотилиши ёки ўтган ҳафта давомида одатий меъёрнинг 50–75% ҳажмида овқатланиш.	1 балл – енгил	Онкологик касаллик, сон суяги бўйни синиши, жигар циррози, ХОБЛ, сурункали гемодиализ, диабет.
2 балл – ўртача	Сўнгги 2 ой ичида тана массасининг 5% дан ортиқ йўқотилиши ёки ИМТ 18,5–20,5 + умумий ҳолатнинг ёмонлашиши ёки ўтган ҳафта давомида одатий меъёрнинг 25–60% ҳажмида овқатланиш – 2 балл (ўртача).	2 балл – ўртача	Инсульт, оғир пневмония, радикал абдоминал хирургия, гемобластоз
3 балла – оғир	Сўнгги 1 ой ичида тана массасининг 5% дан ортиқ йўқотилиши ёки ИМТ 18,5 + умумий ҳолатнинг ёмонлашиши ёки ўтган ҳафта давомида одатий меъёрнинг 0–25% ҳажмида овқатланиш.	3 балл – кучли	Бош-мия жароҳати, суяк кўмиги трансплантацияси, интенсив терапия (АРАСНЕ-II шкаласи бўйича баҳолаш >10).
Балларнинг умумий йиғиндиси:			

Изоҳлар:

1. Бемор ёши 70 ёш ва ундан юқори бўлса, умумий баллга 1 балл қўшилади.
2. 3 баллдан кўп – юқори нутритив етишмовчилик хавфи, нутритив қўллаб-қувватлаш дастурини ишлаб чиқиш талаб қилинади.

3. 3 баллдан кам – ҳар ҳафта қайта скрининг ўтказиш. Агар жарроҳлик амалиёти режалаштирилган бўлса, предоперацион тайёргарлик дастури зарур.

Тушунтиришлар: мавжуд эмас.

10. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И. Переводчиковой, В.А. Горбуновой. Москва 2015г;
2. Tu Lai-Hui, Wu Tao, Jian-Ming Acad. J. Second Mil. Med. Univ.-2003;
3. Xue Zhi-giang, Wang Ru-wen. Chin. J. Clin. Thorac. And Cardiol. Surg.-2003.
4. Okumura Meinoshi, Ohta Mitsunori Jap.J. Thorac. and Cardio. Surg.-2001.
5. American Joint Committee on Cancer (AJCC). AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed. Давыдов М.И., Тер-Аванесов М.Д., «Клиническая онкология», стр. 384, 2005г.
6. Soetikno R, Kaltenbac T, Yeh R. Gotoda T. Endoscopic mucosal resection for early cancers of the upper gastrointestinal tract. J Clin Oncol 2005;23:4490-4498.
7. ESMO (клинические рекомендации, г.Барселона)
8. Bethesda Handbook of Clinical Oncology (James Abraham, James L.Gulley, Carmen J.Allegra, 2010)
9. Oxford Handbook of Oncology (Jim Cassidy, Donald Bisset, Roy A.J.Spence, Miranda Payne, 2010)
10. Pocket Guide to Chemotherapy Protocols (Edward Chu, 2008)
11. Principles and Practice of Gastrointestinal Oncology (D.Kelsen et al., 2009)
12. NCCN guidelines 2015 <http://www.nccn.org/professionals/physician>
13. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Accessed November 4th, 2014.
14. Blot WJ, Devesa SS, Kneller RW, Fraumeni JF. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. JAMA 1991;265:1287-1289.
15. Johnston BJ, Reed PI. Changing pattern of oesophageal cancer in a general hospital in the UK. Eur J Cancer Prev;1:23-25.
16. Yao JC, et al. Gastrointestinal Cancers Symposium; January 20-22, 2011; San Francisco, CA. Abstract 159
17. ESMO Upper Gastrointestinal Cancers Guidelines 2014/ Ann Oncol 2013: 24 (Suppl): vi57-63
18. American Joint Committee on Cancer (AJCC). AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed. Edge S.B., Byrd D.R., Carducci M.A. et al., eds. New York: Springer; 2009.
19. Murphy B.A Carcinoma of the head and neck. In: Handbook of cancer chemotherapy. Skeel R.T., Khleif S.N.(eds). 8 th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.2011: 69-63.

20. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под редакцией Н.И. Переводчиковой, В.А. Горбуновой. 4-е издание, расширенное и дополненное. Практическая медицина. Москва 2015г.

21. Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения // Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87.

22. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности от 3 февраля 2012 года № 202

23. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности», № 202 от 03.02.2012.

24. Huang TC, Hsu CH, Lin CC, Tu YK. Systematic review and network meta-analysis: neoadjuvant chemoradiotherapy for locoregional esophageal cancer. Jpn J Clin Oncol. 2015 Aug 5. pii: hyv119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26246479>.

25. Source: UICC Manual of Clinical Oncology, Ninth Edition. Edited by Brian O'Sullivan, James D. Brierley, Anil K. D'Cruz, Martin F. Fey, Raphael Pollock, Jan B. Vermorken and Shao Hui Huang. © 2015 UICC. Published 2015 by John Wiley & Sons, Ltd.

26. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers Version 1.2019 - March 14, 2019. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf.

27. Kim T.J., Kim H.Y., Lee K.W., et al. Multimodality assessment of esophageal cancer: preoperative staging and monitoring of response to therapy. Radiographics 2009;29:403-21.

28. Sjoquist K.M., Burmeister B.H., Smithers B.M., et al. Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma: an updated meta-analysis. Lancet Oncol. 2011 Jul;12(7):681-92.

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

30. ↑ [Перейти обратно:](#) ¹ [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.

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

32. ↑ [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.

33. ↑ [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

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

35. ↑ [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.

36. ↑ [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.

37. ↑ [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.

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

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

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

41. ↑ [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.

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

43. ↑ [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](#)).

44. ↑ 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)

45. 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

46. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) *Алексеев 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*)

47. ↑ [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.

48. Lagergren J., Bergstrom R., Lindgren A., Nyren O. Symptomatic gastroesophageal re- flux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. The New England Journal of Medicine, 1999; 340(11): 825–831.

49. Jankowski J.A.Z., de Caestecker J., Love S.B., et al. Esomeprazole and aspirin in Barrett's oesophagus (AspECT): a randomised factorial trial. Lancet. 2018 Aug 4;392(10145):400-408.

50. Silver J.A., 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 2103; 92: 715-727.

51. Luther A., Gabriel J., Watson R.P., Francis N.K. The Impact of Total Body Prehabilitation on Post-Operative Outcomes After Major Abdominal Surgery: A Systematic Review. World J Surg. 2018 Sep;42(9):2781-2791.

52. Pisarska M., Mańczak P., Major P., Wysocki M., Budzyński A., Pędziwiatr M. Enhanced recovery after surgery protocol in oesophageal cancer surgery: Systematic review and meta-analysis. PLoSONE. 2017; 12(3): e0174382.

53. Early Oral Feeding Following McKeown Minimally Invasive Esophagectomy An Open-label, Randomized, Controlled, Noninferiority Trial Annals of Surgery: March 2018. - Volume 267. - Issue 3. - P. 435–442. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002304.

54. Swarm R.A., Abernethy A.P., Angheliescu D.L., Benedetti C., Buga S., Cleeland C., et al. Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw. 2013;11(8):992-1022.

55. Bourke L., Homer K.E., Thaha M.A., Steed L., Rosario D.J., Robb K.A. Interventions to improve exercise behaviour in sedentary people living with and beyond cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2014; 110: 831–841.
56. Rice T.W., Apperson-Hansen C., DiPaola LM et al. Worldwide Esophageal Cancer Collaboration: clinical staging data. *Dis Esophagus*. 2016;7:707-14.
57. Arends J., et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition* (2016).
58. Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C., et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3:961-968.
59. Kleckner I.R., Kamen C., Gewandter J.S., et al: Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018;26:1019-1028.
60. 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. *Send to PLoS One*. 2014 Sep 8;9(9):e107418.
61. Ross M., Fischer-Carlidge E. Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 (1);21(2):P. 226-233.
62. Rabenstein T. Palliative Endoscopic Therapy of Esophageal Cancer. *Viszeralmedizin*. 2015 Oct; 31(5): 354–359.

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.