

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
Илова

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

**"МЕЪДА САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"МЕЪДА САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

МЕЪДА САРАТОНИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	5
МЕЪДА САРАТОНИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	53
МЕЪДА САРАТОНИНИНГ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	73
МЕЪДА САРАТОНИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	92

**"МЕЪДА САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Меъда саратони бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ меъда саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Меъда 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 -10 код (лар) и:

Код	Номланиши
C16	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.0	– Меъданинг кардиал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.1	– Меъда тубининг ҳавfli ўсмаси
C16.2	– Меъда танасининг ҳавfli ўсмаси
C16.3	– Меъда антрал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.4	– Меъданинг пилорик қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.8	– Юқорида айтиб ўтилган локализациялардан бир ёки бир нечтасидан ташқарига чиқадиган меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.9	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси, аниқлаштирилмаган

Юқлаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1093>

- КХТ -11 код (лар) и:

Код	Номланиши
2B72	– Меъданинг ҳавfli ҳосиласи
2B72.0	– Меъда аденокарциномаси
2B72.1	– Меъданинг ҳавfli нейроэндокрин ҳосиласи
2A85.1	– Мукозоассоциирланган лимфома
2B58.2	– Меъда лейомиосаркомаси
2B5B.0	– Меъданинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B72.Y	– Меъданинг бошқа аниқланган ҳавfli ҳосилалари

2B72.Z	– Аниқланмаган меъданинг хавфли ҳосилалари
Скачать (ссылка с МКБ-11): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother	

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025/2028 йил.

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

- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Абборбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Хаётовна – 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. Джураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал бўлими илмий раҳбари;
2. Худоёров Санжар Сарварович – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал бўлими мудири;

- Такризчилар:

Республикадан:

Лигай Р.Б. – т.ф.д., академик В.В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;

Хориждан:

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

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

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

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

Республикадан:

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

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:

ЮҚТ	– Юрак-қон томир тизими
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭГС	– эзофагогастроскопия
ЭКГ	– электрокардиография
GIST	– гастроинтестинал стромал ўсма
XELOX	– кимё терапия схемаси: кселода + оксалиплатин
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – ҳавfli ўсма касалликлари босқичларининг халқаро таснифи
ЖССТ	– Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ECOG	(ингл. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 балли тизим бўйича даволанишдан олдин, даволаниш пайтида ва ундан кейин онкологик беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш шкаласи (онкологик касалликларни ўрганиш учун Шарқий Қўшма гуруҳ томонидан тавсия этилган).
RW	– Вассерман реакцияси
TMB	– (ингл. Tumor Mutation Burden) Ўсма мутациясининг юкламаси
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза

БСЛУ	– Қўриқчи лимфа тугунлари биопсияси
ПСЯ	– Прогрессиясиз яшовчанлик
ОИВ	– Одам иммунтанқислиги вируси
в/и	– Вена ичига
м/о	– Мушак орасига
МЮЧ	– Меъёрнинг юқори чегараси
ГЎТ	– Гормон – ўринбосар терапия
Гр	– Грей
ГРГ	– Гонадотропин-рилизинг гормон
ГТ	– Гормонотерапия
ГЭБ	– Гемато-энцефалик барьер
ҲЎ	– Ҳавfli ўсма
ИГХ	– Иммуногистохимик (текшириш)
КСФ	– Колониестимулловчи факторлар (омиллар)
КТ	– Компьютер томография
ЛД	– Лимфодиссекция
ЛТ	– Нур терапия
ДЖМ	– Даволовчи жисмоний машқ
ҲБ	– Ҳалқаро бирлик
МРТ	– Магнит – резонанс томография
Мтс	– Метастаз
ИҲ	– Исталмаган ҳодисалар
УЯ	– Умумий яшовчанлик
ҚБА	– Қорин бўшлиғи аъзолари
КҚА	– Кўкрак қаси аъзолари
КЧА	– Кичик чаноқ аъзолари
т/о	– Тери остига
БТСЁ	– Бирламчи тиббий санитар ёрдам
ПХТ	– Поликимётерапия
ПЗР	– Полимераз занжир реакцияси

ПЭТ	–	Позитрон-эмиссион томография
БМЎД	–	Бир марталик ўчоқли доза
ПР	–	Прогестерон рецепторлари
ЭР	–	Эстроген рецепторлари
ҚЛТ	–	Қўриқчи лимфа тугуни (тугунлари)
СЎД	–	Суммар ўчоқли доза
УТДГ	–	Ультратовуш доплерография
УТТ	–	Ультратовуш текшириш
ФСГ	–	Фолликулстимулловчи гормон
ХТ	–	Кимё терапия
ИФ	–	Ишқорий фосфатаза
ЭТ	–	Эндокрин терапия
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
CISH	–	in situ хромоген гибридланиш
FISH	–	in situ флуоресцент гибридизация
#	–	Препаратни қўллаш бўйича инструкцияда кўрсатилган қўллаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, фойдаланиш усуллари ва дозаларига мувофиқ ишлатилмайдиган препарат (off-label – офф-лейбл)

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Абдоминал онкологлар;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Кимё терапевтлар;
- Радиотерапевтлар;
- Генетиклар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

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

- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:

**Далилларнинг ишончилилик 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.

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

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

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

ДИД	Батавсил
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий

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

2. Асосий қисм.

- Кириш

Меъда саратони (МС) – меъданинг ҳавфли ўсмаси бўлиб, меъда деворининг ички шиллик қавати ҳужайраларидан ҳосил бўлган ҳавфли ўсматир [1].

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=7&types=1)

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда меъда саратонининг жами 968 784 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 660 175 киши вафот этган.

МС -полиэтиологик касаллик бўлиб; асосий омиллар қаторига қуйидагилар киради:

1) ирсият. Қуйидаги ирсий саратон турлари ва МС ривожланиш хавфини орттирувчи ирсий синдромлар ажратилади:

а. ирсий диффуз МС. Ауосом-доминант синдром бўлиб, унда Е-каргерин молекуласи туфайли ҳужайранинг адгезиясини таъминловчи CDH1 генида мутациялар мавжуд бўлади. Бу узуксимон- ҳужайрали саратоннинг ривожланишига олиб келади ва у 30-50% ҳолларда аниқланади. 80 ёшга келиб МС ривожланиш хавфи эркакларда 67% ва аёлларда 83% га этади. МС аниқланишининг ўртача ёши 37 ёшни ташкил қилади;

б. Линч (Lynch) синдроми (ирсий полипоз бўлмаган йўғон ичак саратони, ННРТК). МС ривожланиш хавфи 1 дан 13 % гача;

с. ювенил полипоз синдроми. МС ривожланиш хавфи 21% га этади;

d. Пейтц–Егерс (Peutz–Jeghers) синдроми. МС ривожланиш хавфи 29% га этади;

е. оилавий аденоматоз полипоз. Унда МС ривожланиш хавфи 1-2% ни ташкил қилади;

2) *Helicobacter pylori* билан инфицирланиш;

3) зарарли одатлар – чекиш;

4) алиментар – спиртли ичимликлар, тузланган, қовурилган, консерваланган, маринацияланган, зираворли овқатларни суиистеъмол қилиш; микотоксинлар билан зарарланган маҳсулотларни истеъмол қилиш; сикроэлементлари ва витаминларнинг етишмаслиги.

Фон касалликлари: сурункали атрофик гиперпластик гастрит, аденоматоз полиплар, зарарли анемия, меъда резекциясидан кейинги ҳолатлар, Менетрие касаллиги (гипертрофик гастропатия, гиперпластик гигант-бурмали гастрит) [1-6]

Ҳар йили республикада меъда саратонининг 2000 дан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади. Ғарбий Европада меъда саратони билан оғриган беморларнинг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 18%, АҚШда - 21%ни ташкил қилади.

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2022 йилда Ўзбекистон Республикасида меъда саратони учраши бўйича саратон касалликлари ичида 2-ўринни эгаллайди ва 100 минг аҳолига нисбатан 5,6 тани ташкил этади. 2022 йилда биринчи марта МС билан касалланган жами 2019 бемор аниқланди. Улардан 10,9% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. МС морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 93,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 1,4%, II босқичида 31,1%, III босқичида 38,9% ва IV босқичида 26,9% ҳолатлар аниқланган. беморларнинг 1,7 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида диспансер назорати остида меъда саратони билан касалланган 4888 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 13,6 ни ташкил этди (эркаклар орасида 1 ўрин). Республикада МС билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 31,2% ва 1 йиллик ўлим даражаси 28,4% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 1409 бемор меъда саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 3,9 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди. Саратондан ўлим бўйича МС эркак аҳоли орасида 1-ўринни (13,8%) ва аёл аҳоли орасида эса 3-ўринни (7,1%) эгаллайди.

- Клиник таснифи

Кейинги йиллардаги дескриптив ва аналитик эпидемиологик тадқиқотлар меъда саратони этиологиясида турмуш тарзи омилларининг ўрни борлигини

кўрсатмоқда. Саратон хавфининг исботланган омили *Helicobacter pylori* ҳисобланади.

1. ХҚТ-0 кодлари билан эпителия ўсмалари ва преинвазив жараёнларнинг халқаро гистологик таснифи (ЖССТ, 2019) [5]:

Ҳавфсиз эпителиал ўсмалар ва преинвазив жараёнлар

8148/0 Паст малигнизацияланиш ҳавфи бўлган безли интраэпителиал ўсма

8148/2 Юқори малигнизацияланиш ҳавфи бўлган безли интраэпителиал ўсма

8213/0 Паст малигнизацияланиш ҳавфи бўлган тишсимон дисплазия *

8213/2 Юқори малигнизацияланиш ҳавфи бўлган тишсимон дисплазия *

Ичак типигадаги дисплазия

Чуқурча типигадаги дисплазия (меъда типигадаги)

Меъда криптлари дисплазияси

8144/0 Паст малигнизацияланиш ҳавфи бўлган ичак типигадаги аденома*

8144/2 Юқори малигнизацияланиш ҳавфи бўлган ичак типигадаги аденома *

Ичак типигадаги спорадик меъда аденомаси

Ичак типигадаги синдром меъда аденомаси

8210/0 Паст малигнизацияланиш ҳавфи бўлган аденоматоз полип*

8210/2 Юқори малигнизацияланиш ҳавфи бўлган аденоматоз полип *

Ҳавфли эпителиал ўсмалар

8140/3 Аденокарцинома ҚТ (қўшимча тушунтиришсиз (рус. - БДУ))

8211/3 Тубуляр аденокарцинома

8214/3 Париетал ҳужайрали саратон

8255/3 Аралаш тузилишдаги аденокарцинома

8260/3 Папилляр аденокарцинома ҚТ

8265/3 Микропапилляр саратон ҚТ

8430/3 Мукоэпидермоид саратон

8480/3 Шилликли (муциноз) аденокарцинома

8490/3 Узуксимон ҳужайрали саратон

8490/3 Диффуз саратон (poorly cohesive carcinoma)

8512/3 лимфоид стромали медуляр саратон

8576/3 Гепатоид аденокарцинома

Панет хужайрали саратон

8070/3 Ясси хужайрали саратон ҚТ

8560/3 Безли-ясси хужайрали саратон

8020/3 Дифференциаллашмаган саратон ҚТ

8014/3 Рабдоид феноменли йирик хужайрали саратон

8022/3 Плеоморф саратон

8033/3 Саркоматоид саратон

8035/3 Остеокластсимон гигант хужайрали саратон

8976/1 Гастробластома*

8240/3 Нейроэндокрин ўсма ҚТ

8240/3 Нейроэндокрин ўсма G1

8249/3 Нейроэндокрин ўсма G2

8249/3 Нейроэндокрин ўсма G3

8153/3 Гастринома ҚТ

8156/3 Соматостатинома ҚТ

8241/3 Энтерохромоаффин хужайрали карциноид

8242/3 ECL-хужайрали карциноид

8246/3 Нейроэндокрин саратон ҚТ

8013/3 Йирик хужайрали нейроэндокрин саратон

8041/3 Майда хужайрали нейроэндокрин саратон

8154/3 Аралаш нейроэндокрин-нонейроэндокрин ўсмалар (MiNEN)

* ЖССТнинг ушбу таснифи (2019) га биринчи бор киритилаётган нозологик бирликлар [8]

2. Инвазив МСни Лаурен (P. Laurén) (1965) бўйича гистологик таснифи [5]:

1. Ичак типи: аденокарцинома турли калибрдаги папилляр ва/ёки безли тузилмалар, шунингдек солид соҳалари билан ифодаланади, шилимшик ҳосил қилишнинг ифодаланганлиги муҳим эмас (прототип – ичак типигади аденокарциномаси).

2. Диффуз тип: аденокарцинома тузилишнинг безли, папилляр ёки солид қисмларини шакллантирмасдан, хужайра ичидаги ва хужайрадан ташқари муцин таркибини ўзгарувчанлиги билан диффуз ўсадиган хужайралар

билан ифодаланади. Ўсма хужайралари ҳам узуксимон, ҳам узуксимон бўлмаган морфологияга эга бўлиши мумкин (прототип - узуксимон хужайрали саратон).

3. Аралаш тип: аденокарцинома ичак ва диффуз турдаги соҳаларнинг турли комбинациялари билан ифодаланади.

4. Таснифланмайдиган тип: Ушбу турга юқорида тавсифланган турларнинг бирортасининг морфологик хусусиятларига эга бўлмаган меъда саратонининг барча турлари киради [3].

Меъда саратонининг бошқа морфологик таснифи (Goseki, Ming ва бошқ.) ҳам қўлланилса бўлади, аммо, гистологик ҳулосанинг мажбурий элементи ҳисобланмайди.

3. МСнинг макроскопик таснифи [5]:

1. «Эрга» МС (Т1N0–3M0):

- 0 тип – юзаки ясси ўсмалар:
- 0-I тип – кўтарилиш (ўсманинг баландлиги шиллик қават қалинлигидан 2 ва ундан кўп кўтарилиб туради);
- 0-II тип – юзаки:
 - 0-IIa – кўтарилган тип;
 - 0-IIb – ясси тип;
 - 0-IIc – чуқурлашган.
- 0-III тип – яраланган (шиллик қаватда ярали дефект).

2. Тарқалган меъда саратони:

- I тип – замбарағсимон ёки полипсимон;
- II тип – ярали, аниқ чизилган чегарали (ликопча шаклида);
- III тип – ярали-инфилтратив;
- IV тип – диффуз-инфилтратив (linitis plastica);
- V тип – таснифланмайдиган ўсмалар.

4. МСни TNM 8 нашр тизими бўйича таснифланиши [5]:

МСни босқичлаш клиник текширув натижаларига асосланади (сTNM) [3]; узок метастазлар бўлмаса, жарроҳлик материални гистологик текшириш натижалари асосида якуний босқич операциядан кейин белгиланади (pTNM). Унда қуйидаги параметрларни баҳолаш керак:

1) меъда деворига ўсма инвазиясининг чуқурлиги ва унинг чегараларидан ташқарида чиқиши ("T"тоифаси);

2) олиб ташланган лимфа тугунлари сони ва метастазлар билан зарарланган лимфа тугунлари сони ("N" тоифаси); "N" тоифасини аниқлаш учун камида 16 та олиб ташланган лимфа тугунларини текшириш керак.

Ўсма комбинацияланган ёки комплекс даволаш пайтида ёки ундан кейин дарҳол баҳоланган ҳолларда, cTNM ёки pTNM тоифаларининг қийматлари "у"префикси билан белгиланади. усTNM ёки урTNM қийматлари текшириш вақтида ўсманинг тарқалишини тавсифлайди.

Қизилўнгач-меъда бирикмаси соҳаси ўсма жараёнида иштирок этганда, маркази қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 2-5 см пастда жойлашганда (Зиверт бўйича III тип), аденокарциномани МС деб таснифланади ва даволанади. Агар қизилўнгач-меъда бирикмаси соҳасини ўз ичига олган аденокарциноманинг маркази тишсимон чизиғи соҳасида жойлашган бўлса, яъни. қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 2 см пастда ва 1 см юқорида бўлса (Зиверт бўйича II тури) ёки қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмида қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 1-5 см юқорида бўлса (Зиверт бўйича I тури), жараён қизилўнгач саратони деб таснифланади ва даволанади.

Зиверт бўйича I ва II тип кардиоэзофагиал соҳа аденокарциномасининг локал шакллари даволаш тактикаси қизилўнгач саратони даволаш тактикасига ўхшаш, тарқалган ва метастатик шакллари даволаш эса тарқалган МСни даволашга ўхшайди [3].

TNM тизими бўйича МС таснифи ва саратон бўйича Америка қўшма қўмитасининг (American Joint Committee on Cancer, AJCC) 8-нашрига кўра босқичлар бўйича гуруҳлаш 2 ва 3 - жадвалларда келтирилган.

1-жадвал. AJCC TNM-таснифи (8-нашр, 2017) [5]:

TNM таснифи	
<i>T – бирламчи ўсманинг хусусиятлари, яъни меъда деворига ўсма инвазиясининг максимал чуқурлиги</i>	
Tx	Бирламчи ўсмани баҳолаш имконсиз
T0	Бирламчи ўсма борлиги ҳақида маълумот йўқ
Tis	in situ карцинома (шиллик қават ичидаги ўсма, хусусий пластинкага инвазиясиз) / оғир дисплазия
T1	Ўсма шиллик қаватнинг хусусий пластинкасини ёки мушак пластинкасини, шиллик ости қаватни эгаллайди
T1a	Ўсма шиллик қаватнинг хусусий пластинкасини ёки мушак пластинкасини эгаллайди

T1b	Ўсма шиллик ости қаватни эгаллайди
T2	Ўсма мушак қаватни эгаллайди
T3	Ўсма висцерал қорин парда ёки қўшни тузилмаларга ўсиб ўтмаган ҳолда субсероз қаватни зарарлайди; бу гуруҳнинг ўсмаларига, бу тузилмаларни қоплайдиган висцерал қорин пардани зарарламаган ҳолда меъда-чамбар ичак ва меъда-жигар бойламларига, катта ва кичик чарвига инвазияси бўлган ўсмалар ҳам киради; меъда бойламларини ва чарвини қоплайдиган қорин парданинг перфорацияси мавжуд бўлганда. ўсма T4 деб таснифланади
T4	Ўсма сероз пардага (висцерал қорин пардага) ёки қўшни тузилмаларга тарқалади (ўсманинг ўн икки бармоқли ичакка ёки қизилўнгачга интрамурал тарқалиши қўшни тузилмаларга тарқалиши ҳисобланмайди, лекин исталган ушбу соҳаларга максимал чуқурлик ҳолатида "T" ни тавсифлаш учун қўлланилади)
T4a	Ўсма сероз қаватга (висцерал қорин пардага) тарқалган
T4b	Ўсма талоқ, кўндаланг чамбар ичак, жигар, диафрагма, меъда ости беши, қорин олд девори, буйрак усти беши, буйрак, ингичка ичак, қорин парда орти соҳа каби қўшни тузилмаларга тарқалади
<i>N – регионар лимфа тугунлари ҳолатининг хусусиятлари (pN ни аниқ баҳолаш учун камида 16 та лимфа тугунларини олиб ташлаш ва текшириш керак)</i>	
Nx	Регионар лимфа тугунларини баҳолаш имконсиз
N0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас
N1	1-2 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши
N2	3-6 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши
N3	7 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларининг шикастланиши: <ul style="list-style-type: none"> • N3a: 7-15 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши • N3b: 16 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларининг шикастланиши
<i>M – узоқ метастазлар тавсифи</i>	
Mx	Узоқ метастазларнинг мавжудлигини аниқлаб бўлмайди
M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
M1	Узоқ метастазлар мавжуд ёки қорин парда ювиндисиди /биоптатларда ўсма ҳужайралари мавжуд

5. Меъда саратонининг босқичлар бўйича таснифланиши:

2-жадвал. Меъда саратони: босқичлар бўйича (прогности гуруҳлар бўйича) гуруҳлаш [5]:

МСни TNM, 8-нашр, 2017 й. бўйича таснифлаш											
клиник				патоморфологик				неoadъювант терапиядан сўнг			
Босқич	cT	cN	cM	Босқич	pT	pN	M	Босқич	ypT	ypN	M
0	Tis	N0	M0	0	Tis	N0	M0	–	–	–	–
I	T1	N0	M0	IA	T1	N0	M0	I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0	IB	T1	N1	M0		T2	N0	M0
					T2	N0	M0		T1	N1	M0
IIA	T1	N1, N2, N3	M0	IIA	T1	N2	M0	II	T3	N0	M0
	T2	N1, N2, N3	M0		T2	N1	M0		T2	N1	M0
					T3	N0	M0		T1	N2	M0
IIB	T3	N0	M0	IIB	T1	N3a	M0		T4a	N0	M0
	T4a	N0	M0		T2	N2	M0		T3	N1	M0
					T3	N1	M0		T2	N2	M0
					T4a	N0	M0	T1	N3	M0	
III	T3	N1,N2 ёки N3	M0	IIIA	T2	N3a	M0	III	T4a	N1	M0
	T4a	N1,N2 ёки N3	M0		T3	N2	M0		T3	N2	M0
					T4a T4b	N1 ёки N2 N0	M0		T2	N3	M0
	IIIB	N1,N2 ёки N3	M0	T1	N3b	M0	T4b		N0	M0	
				T2	N3b	M0	T4b		N1	M0	
				T3 T4a	N3a N3a	M0	T4a		N2	M0	
				T4b	N1 ёки N2	M0	T3		N3	M0	
	IIIC	N1,N2 ёки N3	M0	T3	N3b	M0	T4b		N2	M0	

					T4a	N3b			T4b	N3	
					T4b	N3a ёки N3b	M0		T4a	N3	M0
IVA	T4b	Ҳар қанда й	M0	IV	Ҳар қанда й T	Ҳар қанда й N	M1	IV	Ҳар қанда й T	Ҳар қанда й N	M1
IVB	Ҳар қанд ай T	Ҳар қанда й	M1								

6. Гастроинтестинал стромал ўсма [5] TNM таснифи:

T – Бирламчи ўсма;

TX – Бирламчи ўсмани баҳолаш имконсиз;

TO – Бирламчи ўсма ҳақида маълумот йўқ;

T1 – 2 смдан катта бўлмаган ўсма;

T2 – энг катта ўлчами 2 смдан катта, аммо 5 смдан катта бўлмаган ўсма;

T3 – энг катта ўлчами 5 смдан катта, аммо 10 смдан катта бўлмаган ўсма;

T4 – энг катта ўлчами 10 смдан катта ўсма;

N – Регионал лимфа тугунлари;

NX - Регионал лимфа тугунларини баҳолаш мумкин эмас;

N0 - Регионал лимфа тугунларининг метастазлари йўқ;

N1 - 1-2 регионал лимфа тугунларида метастазлар;

N2 - 3-6 регионал лимфа тугунларида метастазлар;

N3 - 7 ёки ундан ортиқ регионал лимфа тугунларида метастазлар;

N3a - 7-15 регионал лимфа тугунларида метастазлар;

N3b – 16 ёки ундан ортиқ регионал лимфа тугунларида метастазлар;

* GISTда регионал лимфа тугунлар камдан-кам зарарланади, шунинг учун, лимфа тугунларининг ҳолатини клиник ёки морфологик жиҳатдан баҳолаш мумкин бўлмаган ҳолатларда, Nx ёки pNx ўрнига N0 деб ҳисобланади.

M – Узоқ метастазлар;

M0 – Узоқ метастазлар йўқ;

M1 – Узоқ метастазлар бор.

7. pTNM патогистологик тасниф:

pT, pN, pM категорияларни аниқлаш учун талаблар, T, N, M категорияларни аниқлаш талабларига жавоб беради.

Эслатма: pN0 гистологик текширув одатда 15 ёки ундан ортиқ регионал лимфа тугунларини ўз ичига олади.

G – гистопатологик дифференцировка;

GX – Дифференциация даражасини аниқлаб бўлмади;

G1 – юқори дифференциаллашган;

G2 – ўрта дифференциаллашган;

G3 - паст дифференциаллашган;

G4 – дифференциаллашмаган саратон.

8. Прогностик омиллар

3-жадвал. Меъда саратонини прогностик омиллари:

<i>Прогностик омиллар</i>	<i>Ўсма билан боғлиқ</i>	<i>Организм билан боғлиқ</i>	<i>Атроф муҳит билан боғлиқ</i>
Асосий	N категория M категория HER2 статус		Қолдиқ касаллик: R0, R1 or R2
Қўшимча	Ўсма тарафидан: кардиал ёки дистал меъда Гистологи тип Томирларга инфильтрация	Ёши	Резекция даражаси
Янги ва перспектив	Молекуляр профиль	Ирқ: Осиёлик ёки осиелик эмас	

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

Ташхислаш мезонлари [1]:

- Шикоятлари ва анамнез:

Меъда саратонининг патогномоник белгилари аниқланмаган.

Беморнинг шикоятлари турли хил меъда касалликларининг (сурункали гастрит, меъда яраси ва бошқалар.) белгилари билан бир хил бўлиши мумкин.

- Эпигастрал соҳада оғрик;
- Дисфагия;
- Кўнгил айниш;
- Қайт қилиш (шу жумладан «кофе қуйқаси» шаклида);
- Иштаҳа йўқолиши;
- Вазн йўқотиш.

- Физикал текширишлар

- Меъда саратонининг кечки босқичларида кўпинча оғир адинамия ҳисобига бемор мажбурий ҳолатда бўлади.
- Юзни текширганда, кўзнинг порлаши ва тириклиги пасайиши мумкин.
- Терининг рангпарлиги меъда-ичакдан қон кетишни билдириши мумкин. Меъда саратонининг кечки босқичлари бўлган беморларда тери мумсимон ёки тупроқсимон рангли ҳолатга келади.
- Баъзи ҳолларда, қорин бўшлиғининг симпатик тугунларига метастазларнинг ривожланиши натижасида терининг яққол диффуз гиперпигментацияси ҳам кузатилиши мумкин.
- Меъда саратонининг кечки босқичларида терининг қуриши ва унинг тургорининг пасайиши ҳам қайд этилади.
- Кахексия даражасига етган аниқ вазн йўқотиш дистал меъда саратонида кузатилади. Бундай ҳолларда беморларда оксилсиз шиш пайдо бўлади.
- Кейинги босқичларда, чап тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак оёқлари орасидаги ўмров усти соҳасида, қўшни терига ёпишмаган нотекис юзаси бўлган зич лимфа тугунини аниқлаш мумкин (Вирхов метастази).
- Оғиз бўшлиғини текширганда, меъда саратони билан оғриган беморларда оғиздан қўланса хид келиши мумкин – бу меъда ҳавfli ўсмаси парчаланишининг белгиси.
- Эпигастрал соҳада қорин деворининг бўртиб чиқиши меъда саратонининг ўтиб кетган шаклларида кузатилади. Ўткир вазн йўқотишда, баъзи ҳолларда меъда контурларини, унинг кичик ва катта эгрилигини визуал равишда аниқлаш мумкин.

- Пилоруснинг ўсма стенози ривожланида баъзи беморларда қорин олд деворини чекланган жойларда кўтарилиб, эпигастрал соҳа қорин деворининг енгил силкитгандан кейин аниқроқ кўринадиган даврий тўлқинли ҳаракатлар аниқланади.
- Қорин олд деворини палпация қилишда меъда ўсмалари асосан меъданинг дистал қисмларида (антрум, пилорик) жойлашганда аниқ палпация қилинади ва диаметри бир неча сантиметргача етиши мумкин.
- Перкуссия ёрдамида меъданинг пастки чегарасининг ҳолатини аниқлаб олиш мумкин ва Траубе маконидаги ўзгаришларни аниқланади (меъданинг субкардиал қисми саратонида).

Лаборатор текширишлар [20]:

Цитологик текшириш (атипик ҳужайралар ҳажмининг гигант даражагача ўсиши, ҳужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг катталашини, унинг контурлари, ядро ва бошқа ҳужайра элементларининг етуклигининг турли даражаси, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);

Гистологик текшириш: (цитоплазмаси аниқ ифодаланган катта полигонал ёки бошоқ шаклидаги ҳужайралар, митозлар мавжуд бўлган аниқ ядрочали юмалоқ ядролар, ҳужайралар кератин ҳосил қилиб ёки қилмай ячейкалар ва тортишмалар шаклида жойлашади, қон томирларида ўсма эмболи мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг ифодаланганлиги, ўсма ҳужайраларининг митотик фаоллиги):

- HER-2
- Ситокератин 7
- Ситокератин 8/18
- CD45

Беморни комплекс геном профиллаш, клиник кечишига кўра, юқори прогрессияланувчи агрессив ўсмаларда, ананавий ўсмага қарши даводан самара бўлмаган ўсмаларда қўлланилади.

Инструментал текширувлар [ИД-А]:

- Фиброзофагогастроуденоскопия (шиллик қаватдаги нуқсонни кўриш, унинг ҳажми ва табиатини аниқлаш, гистологик текшириш учун тўқималарнинг бир қисмини олиш имконини беради);
- Қизилўнгачни контрастли рентген текшируви, меъдани контрастли рентген

текшируви (икки мартаба контрастлаш) (меъда ҳавфли ўсмаларини тарқалиши ва давомийлигини аниқлашга, шунингдек жарроҳлик аралашув тактикасини белгилашга имкон беради);

- Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт қопи, меъда ости бези, талоқ, буйрақлар, ўмров усти л/тугунлар) (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг катталашган л/тугунларининг эхоген мавжудлиги, қорин бўшлиғида метастазларнинг мавжудлиги, шунингдек, меъда ҳавфли ўсмаларининг қўшни тузилмаларга ўсиб ўтиши);
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг компьютер томографияси (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг катталашган л/тугунлари мавжудлигини аниқроқ кўриш, қорин бўшлиғида метастазлар мавжудлиги, шунингдек, меъда ҳавфли ўсмаларининг қўшни тузилмаларга ўсиши).
- Морфологик текшириш –меъда саратонини бошқа касалликлар билан дифференциал ташхислашнинг асосий усулидир. Биопсияда ҳавфли хужайраларни аниқлаш қизилўнгач саратонини аниқ кўрсатади, гарчи битта олинган материалда ўсма белгиларининг йўқлиги бу касалликни истисно қилмайди. Фақат динамик кузатув давомида такрорий манфий натижалар кузатилганда патологик жараённи ҳавфсиз деб ҳисоблаш мумкин.

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, 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. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Фиброэзофагогастроуденоскопия биопсия билан;
13. Қизилўнгачни контрастли рентген текшируви (икки томонлама контраст);

14. Контрастли меъдани рентгенологик текшириш (икки томонлама контраст);
15. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости беzi, талоқ, буйраклар, ўмров усти лимфа тугунлари);
16. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*;
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
19. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;
22. Бутун тана ПЭТ/КТси**;
23. Контрастлаш билан МСКТ ***;

- 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. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
10. Прокальцитонин
11. Антитромбин III, Д-димер
12. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
13. Миелограмма;
14. Периферик қон ИФТси;
15. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
16. Стандарт –цитогенетик текшириш;
17. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
18. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;

- 19.Ортопантомограмма;
- 20.Кўкрак сегментини компьютер томографияси;
- 21.Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
- 22.Бронхоскопия;
- 23.Колоноскопия;
- 24.Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- 25.Спирография;
- 26.Бош мия МРТси;
- 27.Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, кичик чанок, қовуқ УТТси;
- 28.Холтер – мониторинг билан ЭКГ

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

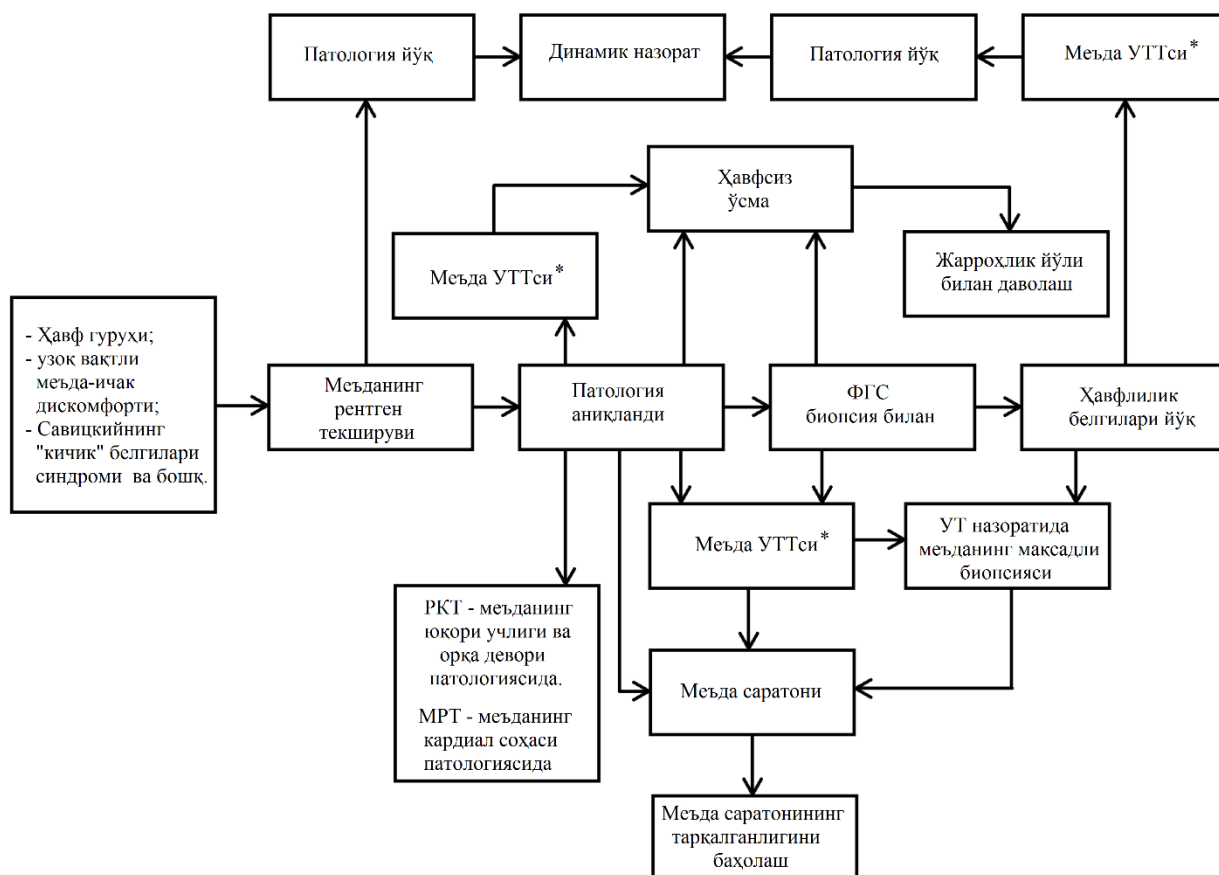
*** ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Меъда 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);

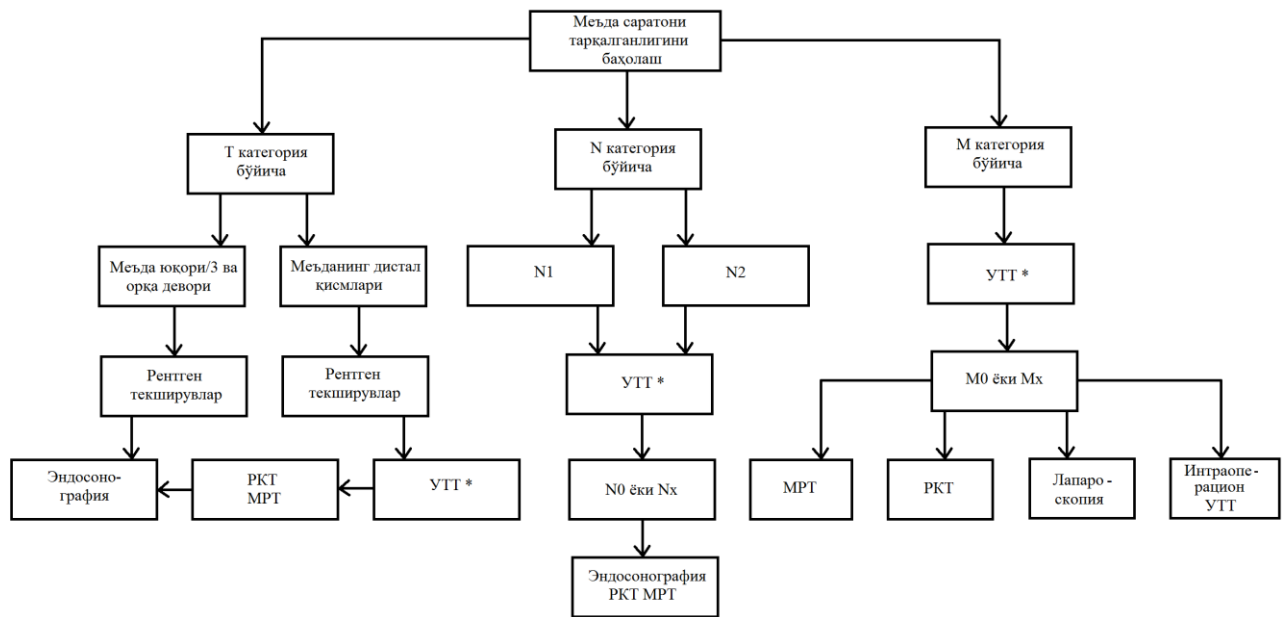
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).

- **Диагностик алгоритм:**



1-расм. Меъда патологиясига гумон қилингандаги диагностик алгоритм

*- УТТ қон оқими ЦДҚси, ЭД, эхоконтрастлаш билан



2-расм. Меъда саратонини тарқалганлигини аниқлашда (TNM бўйича) нур текширишлари алгоритми

*- УТТ қон оқими ЦДКси, ЭД, эхоконтрастлаш билан

- Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш

4-жадвал. Меъда саратонини дифференциал ташхислаш

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асослаш	текшириш	Ташхисни инкор қилиш мезонлари
Яра касаллиги	Ярагинг ҳавfli табиатини истисно қилиш учун нуқсоннинг чеккаларидан ва ярагинг тубидан бир нечта биопсия олиш зарур.	меъда яра касаллиги аниқлангандан 8-12 ҳафта ўтгач, ФГДС ва биопсия қилиш мажбурийдир.	Меъда саратонининг ярали шаклини ярага қарши терапия фонида яра тузалиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик керак.
Меъда полиплари	Полипларнинг ҳавfli табиатини истисно қилиш учун биопсия ўтказиш зарур.	Полипларнинг катталиги кичик бўртиқдан меъда саратонини имитацияловчи катта полипоид	Полиплар, одатда ФГДС ёки рентген текшируви пайтида тасодифий топилма ҳисобланади.

		массаларгача ўзгариши мумкин.	
Меъда лимфомаси	Кўпинча <i>Helicobacter pylori</i> инфекцияси билан боғлиқ бўлади	Умумий қувватсизлик, тез чарчаш, эпигастрал соҳада оғриқ, тез тўйинганлик ҳисси ва анорексия характерлидир.	Типлашни верификация қилиш учун иммуногистокимёвий текширув билан чуқур биопсия ўтказиш зарур, гап кўпинча В-ҳужайрали лимфома ҳақида кетмоқда.
Меъда саркомаси	Кўпинча меъданинг олд ёки орқа деворини эгаллаган лейомиосаркома билан ифодаланади.	Ташҳисни верификация ва типлаш учун биопсия талаб қилинади	Секин ўсиш, яраланиш ва қон кетиш билан тавсифланади; лимфа тугунларининг шикастланиши характерли эмас.

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси.

1) Номедикаментоз даво [16]:

- №1 столга амал қилиш, меъда саратони бюеморлари учун бир умрдир.
- Бандаж тақиш, физик зўриқишни чеклаш – 6 ой давомида;
- Соғлом турмуш тарзига, тўғри овқатланиш, уйку ва дам олиш режимига риоя қилиш.

2) Медикаментоз даво:

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

Кимё терапия – бу махсус препаратлар, цитостатиклар ёрдамида саратон ҳужайраларини йўқ қилиш ёки ўсишини секинлаштиришга қаратилган ҳавфли

саратон ўсмаларини медикаментоз даволашдир. Кимётерапия билан саратонни даволаш индивидуал равишда танланган маълум бир схема бўйича мунтазам равишда амалга оширилади. Одатда, ўсма кимётерапияси схемалари дориларнинг маълум комбинацияларини қабул қилишнинг бир неча курсларидан иборат бўлиб, шикастланган тана тўқималарини тиклаш учун дозалар орасидаги паузалар қилиш билан ўтказилади.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан): йўқ.

5-жадвал. Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлили к даражаси
Фторпиримидинлар	Капецитабин ^d	2000-2500 мг/м ² , 1-14 кунлар, таблетка, ичишга	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17462		

3) **Жарроҳлик аралашуви:** йўқ.

4) **Кейинги даволаш:** йўқ.

5) **Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллари**нинг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари: йўқ.

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

1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 24 соатлик ёки кундузги шифохонада кузатишни талаб қиладиган мураккаб интервенцион диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш зарурати;
- ихтисослашган ўсмага қарши даволаш учун кўрсатмалар (жарроҳлик аралашуви, НТ, шу жумладан контакт НТ, ДНТ ва бошқа НТ турлари, дори терапияси ва бошқалар), 24 соатлик ёки кундузги касалхонада кузатишни талаб қилади.

2) Шошилиш ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилиш ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган саратон касаллигининг асоратлари мавжудлиги;
- онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапияси ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси [5, 9, 16,17].

1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси: йўқ.

2) Даволашдан мақсад:

- ҳавфли ўсмани аъзо билан тўлиқ ёки қисман олиб ташлаш;
- ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессияси, стабилизациясига эришиш.

Меъда саратонини даволаш усулларини танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.

Беморда ҳамроҳ касалликларнинг (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) мавжудлиги муҳим омил ҳисобланади.

Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун индивидуал режа ишлаб чиқилган бўлиб, у жарроҳлик даволаш ва / ёки кимётерапиядан иборат бўлиши мумкин.

Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун жарроҳлик даволаш ва/ёки кимётерапиядан иборат бўлган индивидуал режа ишлаб чиқилади.

Босқичига қараб даволаш:

0, I A, I B, II A, II B босқичларда:

- Дистал субтотал гастрэктомия.
- Проксимал субтотал гастрэктомия.
- Лапароскопик дистал гастрэктомия (тегишли ускулналар мавжуд бўлганда)
- Гастрэктомия (тотал).
- Эндоскопик мукозэктомия (Tis ёки T1a) жарроҳ амалиёт бажариш техникасини эгаллаган бўлса).
- D2 кўламидаги лимфадиссекция стандарт жарроҳлик амалиётларининг мажбурий компоненти ҳисобланади. Касалликнинг T3, N1-2 босқичларида адъювант полихимиотерапия курслари таклиф қилинади.

III A, III B, III C босқичларида:

- Гастрэктомия.
- D2 кўламидаги лимфадиссекция стандарт жарроҳлик амалиётларининг мажбурий компоненти ҳисобланади. Операциядан олдин маҳаллий тарқалган шаклини (T3 - T4) аниқлаш, регионар метастазларнинг мавжудлиги (N1-N2), шунингдек ўсма жараёнининг паст дифференциаллашган гистологик шаклларида, бемор операциядан олдинги даврда дри терапияси ўтказишга рози бўлганда, шунингдек уни ўтказишга қарши кўрсатмалар (ўсма стенози, қон кетиш ва бошқ.) бўлмаганда, неоадювант дори терапияси курсларини (2-3 та) ўз ичига олади.
- Операциядан олдинги дори терапиясига ўсма жавобини ҳисобга олган ҳолда полихимиотерапиянинг адъювант курслари.

IV босқичда

- Паллиатив мақсадда жарроҳлик усулда даволаш, масалан, ўсма обструкцияси, перфорация ёки кучли қон кетишда. Циторедуктив гастрэктомия, гастроэнтероанастомоз амалга бажарилиши мумкин. Лимфодиссекция амалга оширилмайди. Меъда обструкциясида гастростомия ва/ёки еюностомия, шунингдек стентлаш вариантлари кўриб чиқилиши мумкин.
- Адъювант полихимиотерапия курслари;
- Паллиатив полихимиотерапиянинг мустақил курслари.

Рецидив

Жарроҳлик аралашуви (индивидуал):

- радикал ва паллиатив жарроҳлик аралашувларнинг ҳар хил кўламдаги турлари;
- ўсмани эндоскопик парчалаш;
- стентлар ўрнатиш.

Паллиатив химиотерапия (индивидуал).

Даво самарадорлиги мезонлари

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 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

2) Номедикаментоз даво [5, 9, 16, 17]:

Режим:

Шифоҳоналарда, госпиталларда қўлланиладиган ҳаракат режимлари қуйидагича бўлинади: I – қатъий ётоқ режими, II - ётоқ режими, III - палата режими (ярим ётоқ) ва IV - эркин(умумий). Нооадъювант ёки адъювант химиотерапия ўтказилганда - III режим (палата режими). Эрта амалиётдан кейинги даврда – I режим (қатъий ётоқ режими), кейинчалик уни аҳволининг яхшиланиши ва жавроҳатининг битишига қараб, II, III режимгача кенгайтирилади. по мере улучшения состояния и заживления швов.

Пархез:

Амалиётдан кейинги даврда беморлар учун - очлик, кейинчалик 1-, 1а-столга ўтиш билан. Кимё терапия олаётган беморлар учун - №1, 1а.

Амалиётдан кейинги даврда пархезга амал қилиш, меъда саратони беморларига – умр давомида.

3) Медикаментоз даво

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

Кимё терапия.

Кимё терапия – бу махсус препаратлар, цитостатиклар ёрдамида саратон хужайраларини йўқ қилиш ёки ўсишини секинлаштиришга қаратилган ҳавфли саратон ўсмаларини медикаментоз даволашдир. Кимётерапия билан саратонни даволаш индивидуал равишда танланган маълум бир схема бўйича мунтазам равишда амалга оширилади. Одатда, ўсма кимётерапияси схемалари дориларнинг маълум комбинацияларини қабул қилишнинг бир неча курсларидан иборат бўлиб, шикастланган тана тўқималарини тиклаш учун дозалар орасидаги паузалар қилиш билан ўтказилади.

Буюрилиш мақсадига қараб кимё терапиянинг бир неча тури фарқланади:

- ўсмаларнинг неоадъювант кимё терапияси операциядан олдин, операция қилиш учун нооперабел ўсмани кичрайтириш, шунингдек, операциядан кейинги даво учун саратон хужайраларининг дориларга сезгирлигини

аниқлаш учун буюрилади.

- Адьювант кимё терапия метастазнинг олдини олиш ва рецидивлар хавфини камайтириш учун жарроҳлик даволашдан кейин буюрилади.
- Даволовчи кимё терапия метастатик саратон ўсмаларини кичрайтириш учун қўлланилади.

Ўсманинг жойлашиши ва турига қараб, кимётерапия турли схемалар бўйича белгиланади ва ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

Кимё терапияга кўрсатмалар:

- цитологик ва гистологик тасдиқланган меъда саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узок аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати қониқарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар абсолют сони нормал –200 дан ортиқ бўлганда, тромбоцитлар – 100000 дан ортиқ бўлганда;
- жигар, буйраклар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- нооперабел жараённи операбел жараёнга ўтказилганлик эхтимолида;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон фенотипларида (уч карра негатив, Her2-негатив саратонда) узок даволаш натижаларини яхшилаш.

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, буйраклар);
- ўткир инфекцияон касалликларнинг мавжудлиги;

- психик касалликлар;
- битта ёки бир нечта мутахассислар 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.

Амалиётдан олдинги кимё терапия

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД-А):

1. Фторурацил ва оксалиплатин: Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун; Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² услуксиз в/и инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2-кунлар - цикл ҳар 14 кунда.

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-чи кун

Фторурацил 2600 мг/м² в/и услуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун - цикл ҳар 14 кунда;

Капецитабин 1000 мг/м² ичишга 1-14 кунлар; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-чи кун; Цикл ҳар 3 ҳафтада.

2. FLOT (периоператив режима сифатида)

Фторурацил 2600 мг/м² в/и услуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-кун;

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун; Доцетаксел 50 мг/м² в/и 1-чи кун;

Цикл ҳар 14 кунда, 4 цикл операция олди ва 4 цикл операциядан сўнг умумий 8 цикл.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар (ИД-В): 1. Фторурацил ва цисплатин
Фторурацил 2000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 48 соат давомида 1-2 кунлар; Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-чи кун;
Цикл ҳар 14 кунда, операциядан олдин 4-6 цикл ва операциядан сўнг 4-6 цикл - жами 12 курс.

- Фторурацил иштирокидаги режимларда уларнинг мутлақ биоэквивалентлиги туфайли ҳам калций фолинат, ҳам натрий фолинат ва натрий левофолинат қўлланилиши мумкин. Натрий левофолинатдан фойдаланганда фолинат дозаси икки баравар камаяди.

Амалиётдан олдинги кимё-нур терапия

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД - А)

1. Паклитаксел ва карбоплатин

Паклитаксел 50 мг/м² в/и 1-кун; Карбоплатин АУС 2 в/и 1-чи кун; Ҳар ҳафтада 5 ҳафта давомида.

2. Фторурацил ва оксалиплатин.

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² 1-кун;

Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 800 мг/м² узлуксиз в/и инфузияси шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда - 3 цикл нур терапия билан биргаликда ва 3 цикл кейин.

3. Капецитабин ва оксалиплатин

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1, 15 ва 29-кунлар;

Капецитабин 625 мг/м² ичишга, 1-5 кунлар 5 ҳафта давомида.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар (ИД - В):

1. Фторурацил ва цисплатин

Цисплатин 75-100 мг/м² в/и 1 ва 29 кунлар;

Фторурацил 750-1000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида, ҳар куни 1-4 ва 29-32 кунлар;

Цикл 35 кун.

Цисплатин 15 мг/м² в/и ҳар куни 1-5 кунлар;

Фторурацил 800 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-5 кунлар;

Ҳар 21 кунлик интервал билан - 2 курс.

2. Капецитабин ва цисплатин

Цисплатин 30 мг/м² в/и 1-кун;

Капецитабин 800 мг/м² ичишга 1-5 кунлар 5 ҳафта давомида;

3. Паклитаксел ва Фторурацил

Паклитаксел 45-50 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 300 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида ҳар куни 1-5 кунлар;

Ҳар ҳафтада 5 ҳафта давомида.

Паклитаксел 45-50 мг/м² в/и 1-чи кун;

Капецитабин 625-825 мг/м² ичишга, 1-5 кунлар 5 ҳафта давомида.

Амалиётдан кейинги кимё-нур терапия

1. Фторурацил (болюс) ва Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) (ИД - А)

1, 3 ва 4 цикллар (нурланишдан олдин ва кейин)

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 20 мг / м² в/и тез юбориш 1-5 кунларда;

Фторурацил 425 мг/м² в/и тез юбориш ҳар куни 1-5 кунлар;

Цикл ҳар 28 кунда.

2-цикл (нурланиш билан)

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 20 мг/м² в/и тез юбориш 1-4 кунларда ва 31-33 кунларда; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш ҳар куни 1-4 ва 31-33 кунларда;

Цикл ҳар 35 кунда.

1 цикл кимё-нур терапиядан олдин, 2 цикл - кейин:

Капецитабин 750-1000 мг/м² ичишга, 1-14 кунларда. Цикл ҳар 28 кунда.

2 цикл кимё-нур терапиядан олдин ва 4 цикл - кейин:

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 2400 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 46 соат давомида 1-кун давомида;

Цикл ҳар 14 кунда.

Нур терапия билан биргаликда:

Фторурацил 200-250 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни в 1-5 ёки 1-7 кунлар;

Ҳар ҳафтада 5 ҳафта давомида.

Нур терапия билан биргаликда:

Капецитабин 625-825 мг/м² ичишга в 1-5 или 1-7 кунлар 5 ҳафта давомида.

Амалиётдан кейинги кимё терапия

(лимфа тугунларини бирламчи D2 диссекцияси бажарилган беморлар учун).

1. Капецитабин ва оксалиплатин

Капецитабин 1000 мг/м² ичишга 1-14 кунлар; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-чи кун; Цикл ҳар 21 кунда - 8 курс.

Метастатик ёки маҳаллий тарқалган саратонни системали терапияси (локал даво ўтказиш кўрсатилмаган)

Терапиянинг биринчи линияси (ИД - А):

1. Трастузумаб (кимё терапия билан)

Трастузумаб 8 мг/кг в/и 1-чи кунга юклама доза, сўнгра 6 мг/кг в/и, ҳар 21 кунда (HER позитив саратон учун) ёки Трастузумаб 6 мг/кг в/и юклама доза 1-кун, кейинчалик 4 мг/кг в/и ҳар 14 кунда (HER позитив саратон учун). Ушбу режимлар фторпиримидинлар (фторурацил ёки капецитабин) ва платина препаратлари (оксалиплатин ёки цисплатин) билан комбинацияда тавсия этилади.

2. Ниволумаб* (PD-L1 CPS \geq 5), HER-2 неготив вариантда, фторпиримидинлар билан комбинацияда (фторурацил ёки капецитабин) ва оксалиплатин билан.

* Ўзбекистон Республикаси ҳудудида регистрациядан ўтмаган

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД-А):

1. Фторурацил ва цисплатин

Цисплатин 75-100 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 750-1000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-4 кунлар.

Цикл ҳар 28 кунда.

Цисплатин 50 мг/м² в/и ҳар куни 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 2000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун;

Цикл ҳар 14 кунда.

Цисплатин 80 мг/м² в/и ҳар куни 1-кун; Капецитабин 1000 мг/м² ичишга 1-14 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

2. Фторурацил ва оксалиплатин

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксин инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-кун.

Фторурацил 2600 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун;

Цикл ҳар 14 кунда.

Капецитабин 1000 мг/м² ичишга, 1-14 кунларда; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-чи кун; Цикл ҳар 21 кунда.

- Фторурация сакловчи режимларда, улар абсолют биоэквивалент бўлганлиги сабабли, ҳам кальций фолинат, ҳам динатрий фолинат қўлланилиши мумкин. Динатрий левофолинат қўлланилганда фолинат дозаси 2 баробар камайтиради.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар (ИД-В):

1. Паклитаксел цисплатин ёки карбоплатин билан

Паклитаксел 135-200 мг/м² в/и 1-кун;

Цисплатин 75 мг/м² в/и 2-чи кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 90 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Паклитаксел 200 мг/м² в/и 1-кун; Карбоплатин АУС 5 в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

2. Доцетаксел ва цисплатин

Доцетаксел 70-85 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 70-75 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

3. Фторпиримидинлар:

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни

1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

Фторурацил 800 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-5 кунлар;

Цикл ҳар 28 кунда.

Капецитабин 1000-1250 мг/м² ичишга, на 1-14 дни; Цикл ҳар 21 кунда.

4. Таксанлар:

Доцетаксел 75-100 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 135-250 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1-кун, ҳар ҳафтада; Цикл ҳар 28 кунда.

5. Фтороурацил ва иринотекан

Иринотекан 180 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

6. Модификацияланган DCF

Доцетаксел 40 мг/м² в/и 1-чи кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и 1-чи кун;

Фторурацил 1000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цисплатин 40 мг/м² в/и 3-чи кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Доцетаксел 50 мг/м² в/и 1-чи кун; Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

Доцетаксел 75 мг/м² в/и 1-кун; Карбоплатин АУС 6 в/и 2-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-3 кунларда;

Цикл ҳар 21 кунда.

7. ЕСҒ

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 60 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-21 кунларда

Цикл ҳар 21 кунда.

8. Модификацияланган ЕСҒ

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-21 кунларда;

Цикл ҳар 21 кунда.

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 60 мг/м² в/и 1-кун; Капецитабин 625 мг/м² ичишга, 1-21 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-кун; Капецитабин 625 мг/м² ичишга 1-21 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

Терапиянинг иккинчи ва кейинги линияси

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД - А):

1. Рамуцирумаб ва паклитаксел (1-категория)

Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и 1 ва 15 кунлар; Паклитаксел 80 мг/м² 1, 8 ва 15 кунлар;

Цикл ҳар 28 кунда.

2. Таксанлар:

Доцетаксел 75-100 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 135-250 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1-кун, ҳар ҳафтада; Цикл ҳар 28 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1, 8 ва 15 кунлар; Цикл ҳар 28 кунда.

3. Иринотекан

Иринотекан 250-350 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Иринотекан 150-180 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Иринотекан 125 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цикл ҳар 21 кунда.

4. Фторурацил ва иринотекан

Иринотекан 180 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг / м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксин инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

5. Трифлуридина/типирацила 35 мг/м² дозада кунига 2 маҳал 1–5 ва 8–12 кунлар (даволашнинг учинчи ва кейинги линияси (1-категория)

Цикл ҳар 28 кунда

6. Пембролизумаб

(иккинчи линияда ** маълум бир ҳолатларда фойдали: TMB high юқори мутацион юкламасида (мега базага ≥ 10 мутация) ёки MSI-H юқори кўрсаткичида.

** - кўрсатма ЎзРда регистрация қилинмаган).

7. Пембролизумаб

(учинчи ** ёки кейинги линия учун CPS ≥ 1 бўйича PD-L1-мусбат экспрессиясида.

** - кўрсатма ЎзРда регистрация қилинмаган)

Пембролизумаб 200 мг в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар:

1. Рамуцирумаб (1-категория)

Рамуцирумаб 8 мг / кг в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

2. Иринотекан ва цисплатин

Иринотекан 65 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цисплатин 25-30 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цикл ҳар 21 кунда.

3. Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и, FOLFIRI (Иринотекан 150–180 мг/м² в/и, Кальция фолинат 400 мг/м² в/и, 5-фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш + 2400 мг/м² 46–48 соат) 28 кунлик циклинг 1 ва 15 кунларида

4. Рамуцирумаб ва иринотекан (агар бемор аввал таксан қатор препаратлари олган ҳолатларда)

Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и 1 ва 15 кунлар. Иринотекан 150 мг/м² в/и 1 ва 15 кунлар. Цикл ҳар 28 кунда.

5. Доцетаксел ва иринотекан

Доцетаксел 35 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Иринотекан 50 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар;
Цикл ҳар 21 кунда.

6-жадвал

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	75 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	карбоплатин	AUC 5-6 1-чи кун, в/и	
Микронайчалар ингибиторлари – таксанлар	доцетаксел	75 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	паклитаксел	175 мг/м ² 1-чи кун, в/и	
Пиримидин антогонистлари – фторпиримидинлар	капецитабин	2000 мг/м ² , 1- 14дни, таблетка, ичишга	А
Ўсиш омили ва уларнинг рецепторларига моноклонал антитаналар	трастузумаб	Юклама ва қўлловчи дозаси 3 ҳафтада 1 марта прогрессиялани шгача, в/и	А
	рамуцирумаб	8 мг/кг в/и	А
PD-1 рецепторларига моноклонал антитаналар	пембролизумаб	200 мг в/и 1-кун	А
Топоизомераза 1 ингибиторлари	иринотекан	140 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Топоизомераза 11 ингибиторлари	этопозид	100 мг/м ² 1-5 кунлар, в/и	С
Платина комплекс бирикмалари	оксалиплатин	130 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – флеомицинлар	фторурацил	400 мг/м ² в/и болжос юборилиш	А

Соматостатин аналоглари	октреотид	0,1 мг т/о суткада 3 марта	С
	лантреотид	90 мг ҳар 28 кунда 2 ой давомида. 120 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) 60 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта)	С
Иммуносупрессив ва ўсмага қарши таъсирга эга mTOR ингибитори	эверолимус	10 мг ичишга	С
Протеинтирозинкин аза ингибитори	иматиниб	400-800 мг/сут., оғиз орқали, узоқ вақт	А
	сунитиниб	25-50 мг/сут., оғиз орқали, узоқ вақт	А
Бифосфанат гуруҳига мансуб суяк тўқимаси резорбцияси ингибитори	памидрон кислота	90 мг в/и 4 соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В
	золедрон кислота	в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг 3-4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк тўқимаси резорбцияси ингибитори. Моноклонал антитана	деносумаб	120 мг тери остига	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17462		

7-жадвал

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
	кальция фолинат	400 мг/м ² в/и	В

Ўсмага қарши терапия токсиклигини камайтирувчи препаратлар		ёки 200 мг/м ² в/и	
	динатрия фолинат	400 мг/м ² в/и ёки 200 мг/м ² в/и	С
	динатрия левофолинат	200 мг/м ² в/и ёки 100 мг/м ² в/и	С
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelem.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17462		

Фаолиятдаги НЭО G1-G3: соматостатин аналоглари (симптоматик терапия).

Октреотид 0,1 мг т/о суткада 3 марта қисқа ват давомида (таҳминан 2 ҳафта) самарадорлигини ва умумий кўтара олишлигини баҳолаш мақсадида, сўнгра Октреотид 20 мг мушак орасига 28 кунда 1 марта.

Агар 3 ой давомида касаллик клиник белгиларининг ва биологик маркерларининг адекват назорати таъминланса, – октреотид 10 мг мушак орасига 28 кунда 1 марта.

Агар 3 ой давомида касаллик клиник белгиларининг ва биологик маркерларининг қисман назорати таъминланса – октреотид 30 мг мушак орасига ҳар 4 ҳафтада.

Ланреотид дастлабки дозаси 90 мг ни ташкил қилади, ҳар 28 кунда 2 ой давомида. Кейинчалик симптоматиканинг камайишига қараб, доза танланиши керак. Клиник белгиларга («приливлар» ва ичнинг юмшоқ келиши) қараб баҳолаганда жавоб етарли бўлмаганда, доза 120 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) гача кўтарилиши мумкин. Клиник белгиларга («приливлар» ва ичнинг юмшоқ келиши) қараб баҳолаганда жавоб етарли бўлса, доза 60 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) гача туширилиши мумкин.

Фаолият кўрсатмайдиган НЭО Ki67<2-10%, G1/G2:

- 1) соматостатин аналоглари,
- 2) эверолимус 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгача,
- 3) эверолимус 10 мг ичишга ҳар куни октреотид билан комбинацияда 28 кунда 1 марта, прогрессияланишгача.

Ki67 3-20%, G1/G2:

- 1) фторурацил+эверолимус,
- 2) темозоломид+капецитабин,
- 3) соматостатин аналоглари

Ki67>20%, G3:

- 1) карбоплатин/цисплаин+этопозид,
- 2) темозоломид+бевацизумаб,
- 3) темозоломид+капецитабин+бевацизумаб,
- 4) соматостатин аналоглари

Кимё терапия, кимё-таргет, иммунотерапия схемалари:

- 1) Цисплатин - 80 мг/м² в/и томчилаб 1-чи кун. Этопозид - 120 мг/м² в/и томчилаб 1-3-чи кунлар. Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада;
- 2) Карбоплатин – АУС 4-5. Этопозид 100 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар. Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада;
- 3) Дакарбазин – 200 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар Эпирубицин – 25 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар Фторурацил – 250 мг/ м² в/и 1-3-чи кунлар Цикл такрорланиши ҳар 3 ҳафтада;
- 4) Темозоломид - 150 мг/ м² /сут ичишга 7 кун, танаффус 7 кун Бевацизумаб – 5 мг/кг в/и 2 ҳафтада 1 марта
Курс давомийлиги 22 ҳафта;
- 5) Темозоломид - 150 мг/ м² /сут ичишга 1-5-чи кунлар Капецитабин – 2 г/ м² /сут ичишга 1-14-чи кунлар Бевацизумаб – 5 мг/кг в/и 2 ҳафтада 1 марта
Цикл такрорланиши ҳар 28 кунда;
- 6) XELOX: оксалиплатин 130 мг/м² 1-чи кун, капецитабин 2000 мг/м² суткасига (2 та қабулга бўлиб, эрталаб ва кечқурун) 1-14-чи кунлар;

Ноэпителиал ўсмаларнинг махсус бўлимига GIST киради. Улар индивидуал гистологик, иммуногистокимёвий ва молекуляр генетик хусусиятларга эга бўлган яқинда ажратилган мустақил нозологик бирликдир. GIST ларнинг аксарияти (>90%) ҳавфли ўсмалардир. Стромал ўсмаларнинг ташхиси ўсма хужайраларида иммуногистокимёвий усул билан Kit (CD117)ни аниқлаш билан тасдиқланади. Бирламчи операбел GIST ҳолатларида ўсмани тубдан олиб ташлаш кўрсатма ҳиобланади. Адьювант мақсадда ёки прогрессияланишгача 1 йил давомида Иматиниб кунига 400 мг фойдаланиш тавсия этилади.

Иматинибга резистентлик бўлса, препаратнинг дозасини кунига 800 мг гача ошириш мақсадга мувофиқдир. Иматиниб билан даволаш фонида прогрессияланиш кузатилганда иккинчи линия сифатида сунитиниб терапиясининг қўлланилишидан (монорежимда ёки иматиниб билан комбинацияда) таскин берувчи натижалар олинди.

Сунитиниб 50 мг/сут дозада оғиз орқали ҳар куни 4 ҳафта давомида,

кейинчалик 2 ҳафта танаффус ва давони қайта бошлаш.

4) Жарроҳлик аралашуви [5, 9, 16,17].

Жарроҳлик аралашувлари турлари:

- Комбинирланган кенгайтирилган гастрэктомия лимфодиссекция D-2 билан;
- Кардиоэзофагеал саратонда комбинираланган чап томонлама торакофрениколапаротомия кириш йўли билан плевра ичи проксимал субтотал гастрэктомия, қизилўнгач пастки уч қисми резекцияси билан (Osawa- Garlok).
- Меъда проксимал қисми саратони, қизилўнгач абдоминал сегментига ўтишда комбинираланган чап томонлама торакофрениколапаротомия кириш йўли билан плевра ичи гастрэктомия қизилўнгач пастки уч қисми резекцияси билан (Osawa- Garlok).
- Проксимал субтотал гастрэктомия;
- Дистал субтотал гастрэктомия;
- Лапароскопик дистал субтотал гастрэктомия (тегишли ускуна мавжуд бўлган ҳолларда).
- Айланиб ўтувчи эзофаго-гастроанастомоз қўйиш (проксимал норезектабел меъда саратонида гастростаз, юқори ичак тутилиши кузатилганда).
- Гастростомия (меъда норезектабел проксимал саратонида дисфагия кузатилганда)

Жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:

- Меъданинг гистологик тасдиқланган операбел ҳавфли ўсмалари;
- Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса.

Жарроҳлик усулида даволашга қарши кўрсатмалар:

- беморда нооперабеллик белгилари бўлса ва оғир ҳамроҳ патология белгиларининг мавжудлиги;
- узоқ метастаз мавжудлиги (жигар, ўпкалар, бош миёда ва бошқ.);
- бўйин лимфа угунларида узоқ метастазлар мавжудлиги;
- асцит суюқлигида ўсма хужайраларининг мавжудлиги;
- тарқоқ гематоген метастазланиш, ўсма жараёнининг диссеминацияси;

- нафас, юрак қон томир, пешоб ажратиш тизимларининг сурункали декомпенсацияланган ва/ёки ўткир функционал бузилишлари;
- умумий оғриқсизлантиришда қўлланиладиган препаратларга аллергик реакциялар.

Меъдада операция кўламини танлаш:

- Меъда антрал саратонида меъданинг қолган қисмида оғир дисплазия ва *in situ* саратони ўчоқлари бўлмаган тақдирда, **меъдани дистал субтотал резекциясини ўтказиш тавсия этилади** [46-48].

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

Изоҳлар: функционал захиралари паст бўлган беморларда ўсма меъда танасининг пастки учдан бирига тарқалганда, агар у экзофитик ёки аралаш ўсиш шаклларига эга бўлса (*Vorrmann* бўйича I-II турлар) дистал субтотал резекция қилиш жозиздир. Ушбу операция давомида олиб ташланмайдиган лимфа тугунлари (чап паракардиал тугунлар, талоқ дарвозасидаги тугунлар) меъданинг пастки учдан бир қисми саратонида жуда кам ишкастланади [48].

- Проксимал субтотал меъда резекциясини кардиоезофагеал соҳа саратонида, шунингдек, кардиал соҳа ва меъда тубининг кичик ўсмаларининг экзофитик ёки аралаш ўсиш шаклларида ўтказиш тавсия этилади [4,5, 40].

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

- *Linitis plastica* типигаги резектабел меъда саратонида, саратоннинг дифференциаллашмаган шаклларида, ирсий диффуз меъда саратони синдромида, фақат гастрэктомия қилиш тавсия этилади [4, 5, 40].

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

- Меъданинг қолган қисмида оғир дисплази ўчоқлари ва *in situ* саратон бўлмаган меъданинг антрал қисми саратони, кардиоезофагеал соҳа саратони, шунингдек, кардиал қисмининг ёки меъда тубининг экзофитик ёки аралаш ўсиш шаклларида ташқари барча ҳолатда – **гастрэктомия (ГЭ)**, яни меъданинг регионар лимфа тугунлари билан бирга тўла олиб ташлашини бажариш **тавсия этилади** [4, 5, 40].

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

▪ Linitis plastica типигаги дифференциаллашмаган турдаги меъданинг ирсий диффуз саратони синдроми резектабел меъда саратонида фақат гастрэктомия қилиш **тавсия этилади** [4,5,40].

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

Изоҳлар: Меъда саратонида радикал жарроҳлик кўлами қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- шикастланган меъдани (ёки унинг тегишли қисмини) иккала чарви, клетчатка ва регионар соҳаларнинг лимфа тугунлари билан битта блокда олиб ташлаш;

- чегараланган (Воррманн бўйича I-II турлари) ўсиш турида ўсманнинг макроскопик аниқланган четидан камида 5 см масофада кесиш ва ярали-инфилтратив ва диффуз турларидаги саратон касалликларида (Воррманн бўйича III-IV турлари) камида 6-7 см масофада кесиши. Операциянинг радикаллигини тасдиқлаш учун аъзоларнинг кесиш чизиги бўйлаб резекция қирраларини шошилинч морфологик текшируви ўтказилади [4, 5].

Лимфодиссекция

- МСни жарроҳлик усулида даволашда стандарт ҳажмдаги лимфодиссекция – D2 ни бажариш тавсия этилади [4,5,40,46-48,54,55].

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

Изоҳлар: регионар лимфа тугунлари зарарланиши – МСнинг етакчи прогностик омилларидан бири ҳисобланади. МСда лимфоген метастазнинг умумий частотаси инвазия чуқурлигига бевосита боғлиқ. T1 ўсмаларида лимфа тугунларининг шикастланиши 10-15% дан ошмайди ва T4b ўсмаларида эса у 90% га этади. Кўпинча 1 ва 2 – тартибдаги лимфа тугунлари (1-11-сонли) зарарланади – 15,7 ва 20,3% ҳолатларда.

T1 меъда ўсмаларида лимфаденектомиянинг адекват ва етарли ҳажми - перигастрал лимфа тугунларини, шунингдек 7, 8а, 9-гурух лимфа тугунларини олиб ташлашдир (лимфаденектомия D1+) [40].

МСда лимфа тизимига аралашувнинг стандарт ҳажми ҳозирги вақтда 1 ва 2 – даражали лимфа тугунларини олиб ташлаш – лимфадиссекция D2 ҳисобланади. Парааортал лимфаденектомиясини (D3) бажариш мақсадга мувофиқ эмас, чунки у беморнинг ҳаёт давомийлигини яхшиламайди ва аксинча, операциядан кейинги асоратларнинг юқори бўлишига сабаб бўлади) [55].

Ҳозирги вақтда лимфадиссекцияси пайтида олиб ташланадиган лимфа тугунлари гуруҳлари тўплами меъданинг у ёки бу қисмида бирламчи ўсманинг локализацияси билан эмас, балки операция тури билан боғлиқ.

ГЭда лимфодиссекция вариантлари [40]:

- *D1-лимфодиссекция –1–7 – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини олиб ташлаш;*
- *D1+ лимфодиссекция –1–7, 8a, 9, 11p – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини (ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтганида +110 гуруҳларни) олиб ташлаш;*
- *D2-лимфодиссекция –1–7, 8a, 9, 10, 11p, 11d ва 12a гуруҳ лимфа тугунларини олиб ташлаш (ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтганида +19, 20, 110 ва 111 гуруҳларини).*

Меъдани дистал резекциясида лимфадиссекция вариантлари:

- *D1-лимфодиссекция –1, 3, 4sb, 5, 6 ва 7 – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини олиб ташлаш;*
- *D1+ лимфодиссекция –1, 3, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9 – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини олиб ташлаш;*
- *D2-лимфодиссекция –1, 3, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9, 11p ва 12a – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини олиб ташлаш.*

Меъдани проксимал резекциясида лимфадиссекция вариантлари:

- *D1-лимфодиссекция –1, 2, 3a, 4sb, 4sa ва 7 – гуруҳ лимфа тугунлар гуруҳларини олиб ташлаш;*
- *D1+ лимфодиссекция –1, 2, 3a, 4sb, 4sa ва 7 гуруҳларини, шунингдек, 8a, 9 и 11p гуруҳ лимфа тугунларини (ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтганида +110 гуруҳларини) олиб ташлаш;*
- *D2-лимфодиссекция – кўзда тутилмаган*

МСнинг барча ҳолатларида спленектомия бажариши ҳозирда мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисобланади, чунки бу прогнозга таъсир қилмайди, асоратлар ва ўлим ҳолатларини эса оширади [56,57].

- **МСда спленэктомия куйидаги ҳолатларда тавсия этилади:**
- *Ўсманинг бевосита талоққа тарқалганида;*
- *T3-4 ўсманинг меъда танаси юқори учлиги орқа девори ва катта эгрилигида жойлашганда;*
- *интраоперацион травмада;*
- *талоқ дарвозаси лимфатик тугунларида аниқланувчи метастазлар мавжуд бўлганда; меъда ости беши дум қисми ўсманининг талоқ қон томирларига ўсиб*

ўтишида [4,5,56,57].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2).

5) Кейинги даволаш:

Динамик кузатув:

- биринчи йили – 3 ойда 1 марта;
- иккинчи йили – 6 ойда 1 марта;
- кейинчалик, бутун умр – йилига 1 марта.

Текшириш усуллари:

- фиброгастроскопия;
- қзилўнғачнинг, анастомознинг рентгенконтраст текшируви;
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТси;
- ўпкаларнинг рентгенологик 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 қон томирлари ангиографияси;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси МРТси;
- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + бутун тана компьютер томографияси.

б) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- **Даво самарадорлиги мезонлари**

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 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;
- «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг физик ҳолати ҳам киради.

**«МЕЪДА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ -10 код (лар) и:

Код	Номланиши
C16	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.0	– Меъданинг кардиал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.1	– Меъда тубининг ҳавfli ўсмаси
C16.2	– Меъда танасининг ҳавfli ўсмаси
C16.3	– Меъда антрал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.4	– Меъданинг пилорик қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.8	– Юқорида айтиб ўтилган локализациялардан бир ёки бир нечтасидан ташқарига чиқадиган меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.9	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси, аниқлаштирилмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавла): https://mkb-10.com/index.php?pid=1093	

- КХТ -11 код (лар) и:

Код	Номланиши
2B72	– Меъданинг ҳавfli ҳосиласи
2B72.0	– Меъда аденокарциномаси
2B72.1	– Меъданинг ҳавfli нейрoэндокрин ҳосиласи
2A85.1	– Мукозоассоциирланган лимфома
2B58.2	– Меъда лейомиосаркомаси
2B5B.0	– Меъданинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B72.Y	– Меъданинг бошқа аниқланган ҳавfli ҳосилалари
2B72.Z	– Аниқланмаган меъданинг ҳавfli ҳосилалари
Скачать (ссылка с МКБ-11): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother	

1. Асосий қисм.

Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавла: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=7&types=1):

Меъда саратони (МС) – меъданинг ҳавfli ўсмаси бўлиб, меъда деворининг ички шиллиқ қавати ҳужайраларидан ҳосил бўлган ҳавfli ўсмасидир [1].

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда меъда саратонининг жами 968 784 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 660 175 киши вафот этган.

МС -полиэтиологик касаллик бўлиб; асосий омиллар қаторига қуйидагилар киради:

1) ирсият. Қуйидаги ирсий саратон турлари ва МС ривожланиш хавфини орттирувчи ирсий синдромлар ажратилади:

а. ирсий диффуз МС. Ауосом-доминант синдром бўлиб, унда Е-каргерин молекуласи туфайли ҳужайранинг адгезиясини таъминловчи CDH1 генида мутациялар мавжуд бўлади. Бу узуксимон- ҳужайрали саратоннинг ривожланишига олиб келади ва у 30-50% ҳолларда аниқланади. 80 ёшга келиб МС ривожланиш хавфи эркакларда 67% ва аёлларда 83% га этади. МС аниқланишининг ўртача ёши 37 ёшни ташкил қилади;

б. Линч (Lynch) синдроми (ирсий полипоз бўлмаган йўғон ичак саратони, ННРТК). МС ривожланиш хавфи 1 дан 13 % гача;

с. ювенил полипоз синдроми. МС ривожланиш хавфи 21% га этади;

д. Пейтц–Егерс (Peutz–Jeghers) синдроми. МС ривожланиш хавфи 29% га этади;

е. оилавий аденоматоз полипоз. Унда МС ривожланиш хавфи 1-2% ни ташкил қилади;

2) *Helicobacter pylori* билан инфицирланиш;

3) зарарли одатлар – чекиш;

4) алиментар – спиртли ичимликлар, тузланган, қовурилган, консерваланган, маринацияланган, зираворли овқатларни суиистеъмол қилиш; микотоксинлар билан зарарланган маҳсулотларни истеъмол қилиш; сикроэлементлари ва витаминларнинг етишмаслиги.

Фон касалликлари: сурункали атрофик гиперпластик гастрит, аденоматоз полиплар, зарарли анемия, меъда резекциясидан кейинги ҳолатлар, Менетрие касаллиги (гипертрофик гастропатия, гиперпластик гигант-бурмали гастрит) [1-6]

Ҳар йили республикада меъда саратонининг 2000 дан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади. Фарбий Европада меъда саратони билан оғриган беморларнинг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 18%, АҚШда - 21%ни ташкил қилади.

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2022 йилда Ўзбекистон Республикасида меъда саратони учраши бўйича саратон касалликлари ичида 2-ўринни эгаллайди ва 100 минг аҳолига нисбатан 5,6 тани ташкил этади. 2022 йилда биринчи марта МС билан касалланган жами 2019 бемор аниқланди. Улардан 10,9%

ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. МС морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 93,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 1,4%, II босқичида 31,1%, III босқичида 38,9% ва IV босқичида 26,9% ҳолатлар аниқланган. беморларнинг 1,7 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида диспансер назорати остида меъда саратони билан касалланган 4888 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 13,6 ни ташкил этди (эркаклар орасида 1 ўрин). Республикада МС билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 31,2% ва 1 йиллик ўлим даражаси 28,4% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 1409 бемор меъда саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 3,9 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди. Саратондан ўлим бўйича МС эркак аҳоли орасида 1-ўринни (13,8%) ва аёл аҳоли орасида эса 3-ўринни (7,1%) эгаллайди.

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсма ўсишини стабиллаштириш ва оғир ҳамроҳ симптомларни бартараф этиш учун ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессиясига эришиш ва паллиатив даволаниш мақсадида жарроҳлик усули, кимётерапия ва/ёки нур терапияси ўказилади.

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 меъда 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 меъда саратонининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- МС рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, меъда 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.

Жарроҳлик даволаш тамойиллари

Жарроҳлик аралашувлари турлари:

- Комбинирланган кенгайтирилган гастрэктомия лимфодиссекция D-2 билан;
- Кардиоэзофагеал саратонда комбинирланган чап томонлама торакофрениколапаротомия кириш йўли билан плевра ичи проксимал субтотал гастрэктомия, қизилўнгач пастки уч қисми резекцияси билан (Osawa- Garlok).
- Меъда проксимал қисми саратони, қизилўнгач абдоминал сегментига ўтишда комбинирланган чап томонлама торакофрениколапаротомия кириш йўли билан плевра ичи гастрэктомия қизилўнгач пастки уч қисми резекцияси билан (Osawa- Garlok).
- Проксимал субтотал гастрэктомия;
- Дистал субтотал гастрэктомия;
- Лапароскопик дистал субтотал гастрэктомия (тегишли ускуна мавжуд бўлган ҳолларда).
- Айланиб ўтувчи эзофаго-гастроанастомоз қўйиш (проксимал норезектабел меъда саратонида гастростаз, юқори ичак тутилиши кузатилганда).
- Гастростомия (меъда норезектабел проксимал саратонида дисфагия кузатилганда)

Жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:

- Меъданинг гистологик тасдиқланган операбел ҳавфли ўсмалари;
- Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса.

Жарроҳлик усулида даволашга қарши кўрсатмалар:

- беморда нооперабеллик белгилари бўлса ва оғир ҳамроҳ патология белгиларининг мавжудлиги;
- узоқ метастаз мавжудлиги (жигар, ўпкалар, бош миёда ва бошқ.);
- бўйин лимфа угунларида узоқ метастазлар мавжудлиги;
- асцит суюқлигида ўсма хужайраларининг мавжудлиги;
- тарқоқ гематоген метастазланиш, ўсма жараёнининг диссеминацияси;
- нафас, юрак қон томир, пешоб ажратиш тизимларининг сурункали декомпенсацияланган ва/ёки ўткир функционал бузилишлари;
- умумий оғриқсизлантиришда қўлланиладиган препаратларга аллергик реакциялар.

4) муолажа ва аралашув ўтказётган мутахассисга талаблар [8]:

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

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

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик 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. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит В ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Фиброэзофагогастроуденоскопия биопсия билан;
13. Қизилўнгачни контрастли рентген текшируви (икки томонлама контраст);
14. Контрастли меъдани рентгенологик текшириш (икки томонлама контраст);
15. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости беши, талок, буйраклар, ўмров усти лимфа тугунлари);
16. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*;
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
19. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;
22. Бутун тана ПЭТ/КТси**;
23. Контрастлаш билан МСКТ ***;

- 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. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
10. Прокальцитонин
11. Антитромбин III, Д-димер
12. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
13. Миелограмма;
14. Периферик қон ИФТси;
15. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
16. Стандарт –цитогенетик текшириш;
17. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
18. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
19. Ортопантомограмма;
20. Кўкрак сегментини компьютер томографияси;
21. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
22. Бронхоскопия;
23. Колоноскопия;
24. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
25. Спирография;
26. Бош мия МРТси;
27. Плеврал бўшлиқ, периферик лимфа тугунлар, кичик чаноқ, ковуқ УТТси;
28. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

*** ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (онкомаммологик, аёллар репродуктив тизими) 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 тартибini 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", "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 мамография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;

- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

А) Малакали персонал [8].

8-жадвал. Абдоминал онкология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи

Т/р	Лавозим номи	Лавозим сони
1.	Бўлим мудури - шифокор-онколог	1
2.	Шифокор-онколог	10 ўринга 1 та
3.	Палата ҳамшираси	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75
4.	Муолажа хонаси ҳамшираси	Хонага 1 та
5.	Боғлов хонаси ҳамшираси	25 ўринга 1 та
6.	Катта ҳамшира	1
7	Беморларга қаровчи кичик ҳамшира	15 ўринга 1 та
8	Санитар	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75; 1 (муолажа ва боғлов хонасида ишлаш учун); 30 ўринга 1 та 30 ўринга 2 та
9	Хўжалик бекаси	1

9-жадвал. Онкологик муассасанинг жарроҳлик блоканинг тавсия этилган штатлар нормативи

Т/р	Лавозим номи	Лавозим сони
1.	Бўлим мудури - шифокор-онколог, шифокор-хирург	Жарроҳлик блокига 1 та
2.	Катта жарроҳлик ҳамшираси	Жарроҳлик блокига 1 та
3.	Жарроҳлик ҳамшираси	Режали жарроҳлик бўлимига 1,5 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига

		4,75 та
4.	Бўлим бекаси	1
5.	Санитар	1 та режали жарроҳлик бўлимига 1 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига 4,75 та

Б) 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.

В) Жиҳозлашга талаблар:

10-жадвал. Жарроҳлик даволаш усуллариининг онкологик бўлимларининг умумий жиҳозлари

№ т/р	Номенклатура тасниф бўйича тур коди <1>	Номенклатура тасниф бўйича тур номи	Жиҳоз номи	Талаб этиладиган сони, дона
1.	120210	Механик шифохона кровати	3 секцияли функционал кровать	Бўлим ўринлар сонига қараб
	131200	Гидравлик привод билан шифохона кровати		
	136210	Электропривод билан стандарт шифохона кровати		
2.	184150	Кроват олди тумбочкаси	Кроват олди стол/тумбочкаси	Бўлим ўринлар сонига қараб
3.	233890	Ҳолатларни назорат қилиш учун сенсор/огоҳлантириш мосламаси	Палата сигнализация тизими	Бўлимга 1 та
4.	131980	Ультрабинафша бактерицид чирок	Бактерицид нурлантирувчи / ҳаво тозалагич/ҳавони дезинфекциялаш ва (ёки) филтрлаш ва (ёки) сиртларни дезинфекция қилиш учун қурилма	Миқдор хонанинг ҳажми ва усқунанинг хусусиятлари билан белгиланади
	152690	Юқори самарали, мобил ҳаво тозалагич		
	152700	Юқори самарали, стационар филтрлайдиган ҳаво тозалагич		

	292620	Электростатик чўктирувчи ҳаво тозалагич, мобил		
5.	279970	Дори-дармонларни ўз ичига олган биринчи ёрдам тўплами	Бирламчи тиббий ёрдам, шошилинич тиббий ёрдам, ихтисослаштирилган тиббий ёрдам ва паллиатив ёрдам кўрсатиш учун парентерал инфекцияларнинг шошилинич профилактикасини ўрнатиш <2>	1 та муолажа хонасига 1 та боғлов хонасига
6.	258800	Пол тарозилари, электрон	Беморларни тортиш учун тарозилар	Бўлимга 1 та
7.	131950	Вена ичига инфузиялар учун тутқич	Узоқ муддатли инъекция учун штатив	5 ўринга камида 1 та
8.	187250	Текширув / терапевтик муолажалар учун стол, механик	Универсалкийиниш столи	Боғлов хонасига 1 та
	187150	Текшириш/терапевти к муолажалар учун стол, электр тармоғидан қувватланади		
	187220	Текшириш / терапевтик процедура столи, гидравлика билан ишлайди		
9.	129360	Жарроҳлик хонаси чироғи	Чироқ соясиз	Боғлов хонасига 1 та
10.	187150	Текшириш/терапевти к муолажалар учун стол, электр тармоғидан қувватланади	Тиббий кушетка	Муолажа хонасига 1 та
	187220	Текшириш / терапевтик процедура столи, гидравлика билан ишлайди		
	187250	Текширув / терапевтик муолажалар столи, механик		

11.	215850	Фармацевтик совутгич	Тиббий совутгич	Муолажа хонасига 1 та 25 ўринга камида 1 та
12.	137020	Тиббий ёзувларни сақлаш учун шкаф	Ўжжатларни сақлаш учун сейф	Бўлимга 1 та
13.	335210	Гиёҳванд моддаларни сақлаш учун сейф-термостат	Кучли таъсир қилувчи ва психотро дориларни сақлаш учун сейф	Бўлимга 1 та
14.	124530	Умумий мақсадли инфузион насос, механик, қайта фойдаланиш мумкин	Инфузион насос	Бўлимга камида 1 та
	260420	Умумий мақсадли инфузион насос, тармоқдан қувватланади		
	329460	Умумий мақсадли инфузион насос, батарея билан ишлайди		
15.	122850	Қон босимини ўлчаш мосламаси қўлда шишириш билан электрон, портатив	Қон босимини ўлчаш уун ускуна	10 ўринга 1 та
	216350	Автоматик ҳаво помпаси билан қон босимини ўлчаш учун электрон қурилма, стационар		
	216630	Қон босимини ўлчаш учун электрон қурилма автоматик, кўчма, елкасида / билагида манжетли		
16.	239410	Анероид механик қон босимини ўлчаш мосламаси	Портатив пульсоксиметр	Бўлимга камида 1 та
	149980	Пульсоксиметр, батарея билан қувватланувчи		
17.	274560	Ташиш учун ногиронлар аравачаси, йиғма	Кресло-коляска	Камида 1 та
	274580	Ташиш учун ногиронлар аравачаси, йиғилмайдиган		
	207820	Ногиронлар		

	аравачаси, ҳамроҳлик қилувчи шахс томонидан бошқарилади, ёйғма		
208340	Ногиронлар аравачаси, қувватли, ҳамроҳлик қилувчи шахс томонидан бошқариладиган, ёйғма		
208710	Ҳамроҳ одам томонидан бошқариладиган ногиронлар аравачаси, ёйғилмайдиган		
255680	Бутун пластик стандарт ногиронлар аравачаси		

Бошқа ускуналар (жихозланиш)

N т/р	Ускуна номи	Талаб этиладиган сони, дона
1.	Шифокорнинг автоматлаштирилган иш жойи	Шифокор-мутахассисга 1 та
2.	Ўрта тиббий ҳодим автоматлаштирилган иш жойи	1 та катта ҳамширага; 1 та айлана сутка постига; 1 та муолажа ҳамширасига;
3.	Гигрометр	1 та муолажа хонасига 1 та боғлов хонасига

11-жадвал. Абдоминал онкология бўлими учун қўшимча ускуналар стандарти

N т/р	Номенклатура таснифи тури коди <1>	Номенклатура таснифи тури номи	Ускуна номи	Талаб этиладиган миқдори, дона
1.	248650	Кўп марта қўлланилувчи ректоскоп	Ускуналар жамланмаси билан ректоскоп	Бўлимга камида 1 та
2.	151540	Гинекологик, электромеханик операцион стол	Гинекологик кресло	1
	151550	Кўрик/терапевтик		

		муолажалар учун гинекологик стол, механик		
	151570	Гинекологик, электрогидравлик привод билан операцион стол		
3.	141820	Бир марталик аноскоп	Аноскоп	1
4.	136780	Тиббий газ ва вакуумлар трубопроводлар тизими	Тиббий газ, сиқилган газ ва вакуумлар симлар тизими	Бўлимга 1 та тизим

12-жадвал. Онкологик беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган онкологик муассасанинг жарроҳлик бўлими учун ускуналар стандарти

N т/р	Номенклатура таснифи тури коди <1>	Номенклатура таснифи тури номи	Ускуна номи	Талаб этиладиган микдори, дона
1.	162210	Универсал операцион стол, электромеханик	Операцион стол жарроҳлик кўп функционали универсал	Жарроҳлик хона учун 1 та
	162290	Универсал операцион стол, гидравлик привод билан		
	162400	Универсал операцион стол, электрогидравлик		
	162410	Универсал операцион стол, электромеханик, тармоқдан қувватланади		
2.	129360	Жарроҳлик чироғи	Шифтдаги соясиз жарроҳлик чироғи стационар (шип консолида)	Жарроҳлик хона учун 1 та
3.	290450	Электр адеялога асосланган бутун танани иситиш тизими	Беморлар учун иситиш tizими	Жарроҳлик хона учун 1 та
4.	260140	Электрожарроҳлик tizими генератори	Электрожарроҳлик генератори	Жарроҳлик хона учун 1 та
5.	127500	Юмшоқ тўқималар учун ультратовуш жарроҳлик tizими	Ультратовуш аспиратор- деструктор	Жарроҳлик хона учун 1 та (ўринлар sони 250 дан кўп бўлганда)
6.	151310	Қон автотрансфузияси tizими, автоматик	Қонни тежаш ва реинфузия учун курулма	Жарроҳлик хона учун 1 та (ўринлар sони 250 дан кўп
	151300	Қон автотрансфузияси		

		тизими, кўлда		бўлганда)
	148120	Автотрансфузия учун қон тайёрлаш тизими		
7.	182740	Аспирация/ирригация учун жарроҳлик тизими	Камида 40 л/мин қувватга эга тиббий вакуумли сўриш мосламаси.	Жарроҳлик хона учун 1 та
8.	191060	Гамма-камера стационар	Интраоперацион гамма детектори	Жарроҳлик хона учун 1 та (радиоизотоп диагностика усуллари қўлланилганда)
	209240	Гамма-камера мобил		
9.	260250	Ультратовуш визуализация тизими универсал	Очиқ ва лапароскопик жарроҳлик учун интраоперацион сенсорли ультратовуш диагностика мосламаси	Жарроҳлик хона учун 1 та
10.	320570	Тиббий тасвирни қайта ишлаш тизими	Компютер маълумотларини йиғиш ва архивлаш тизими (PACS тизими)	Нотиббий ташкилот учун 1 та
	129970	Нур терапияси тизими иш станцияси, универсал		
	129850	Нур даволаш нур режалаштириш учун иш станцияси		
	232620	Диагностик рақамли рентген тасвирлаш тизими учун иш станцияси		
	240290	Радиологик тасвирни архивлаш ва узатиш тизимининг иш станцияси		
	129610	Операция хонаси учун аудио-визуал ахборот тизими		
11.	236940	Радиочастота абляция тизими	Тўқима ичи термоабляция учун аппарат	Жарроҳлик хона учун 1 та (ўринлар сони 250 дан кўп бўлганда)
12.	127500	Юмшоқ тўқималар учун ультратовуш жарроҳлик тизими	Ультратовуш гармоник скальпел учун генератор	Жарроҳлик хона учун 1 та
	127230	Ультратовуш жарроҳлик тизими генератори		
13.	259980	Қайта ишлатиладиган дори-дармонларни ўз ичига олмайдиган умумий жарроҳлик	Қон томир жарроҳлик асбоблари тўплами	Жарроҳлик хона учун 1 та

		муолажалар учун тўплам		
	191880	Кардиоторакал жарроҳлик амалиёти учун тўплам, дори-дармонсиз, қайта ишлатилиши мумкин		
	327760	Бир марталик фойдаланиш учун дори-дармонларни ўз ичига олмайдиган кардиоторакал жарроҳлик амалиёти учун тўплам		
14.	209250	Умумий мақсадли флороскопик рентген мобил, analog тизим	Мобил рентген жарроҳлик қурилмаси С-дуга	Жарроҳлик хона учун камида 1 та
	209270	Флороскопик рентген умумий мақсадли мобил, рақамли тизим		
15.	130080	Радиациядан ҳимоя тўсиғи, стационар	Рентген нурланишидан шахсий ҳимоя воситалари (комплект)	Рентген ускунасига 1 та
	130100	Радиациядан ҳимоя қилувчи кўзойнақлар		
	130190	Радиациядан ҳимоя қилиш учун аргон		
	130210	Радиациядан ҳимоя қилиш учун парда		
	130400	Радиациядан ҳимоя қилиш учун ёқа		
	130410	Радиациядан ҳимоя қилиш учун шапка		
	130290	Радиациядан ҳимоя қилиш учун кўкрак ёпинчиқ		
	130340	Радиациядан ҳимоя қилиш учун адеяло		
	107060	Юзингизни нурланишдан ҳимоя қилувчи экран		
	145220	Гонадаларни нурланишдан ҳимоя қилиш учун қурилма		
16.	259590	Плазма нейтрал жарроҳлик коагулятори	Аргоноплазмали коагулятор	Жарроҳлик хона учун камида 1 та

24-жадвал. Абдоминал онкология бўлимида онкологик беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган онкологик муассасанинг жарроҳлик бўлими учун кўшимча ускуналар стандарти

№ т/р	Номенклатура таснифи тури коди <1>	Номенклатура таснифи тури номи	Ускуна номи	Талаб этиладиган миқдори, дона
1.	271790	Эндоскопик визуализация тизими	Абдоминал амалиётлар бажариш учун эндовидеоскопик комплекс	Операцион блокка 1 та
	271500	Эндоскоп учун ишчи станция		
	268350	Кўп марта қўлланилувчи лапароскопик система		
	282950	Эндоскопик диатермик электрохирургия системаси		
2.	282110	Трансанал эндоскопик микрохирургия/трансанал эндоскопик операциялар учун ректоскоп, оптик	Ускуналар жамланмаси билан ректоскоп	Камида 1 та

Нур терапия ўтказиш учун:

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;
- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.
- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;

- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

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

- гепатопротекторлар;
- қайт қилишга қарши дорилар;
- иммуномодуляторлар;
- пробиотиклар ва бошқалар.

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

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

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 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;
- «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг физик ҳолати ҳам киради.

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

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ -10 код (лар) и:

Код	Номланиши
C16	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.0	– Меъданинг кардиал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.1	– Меъда тубининг ҳавfli ўсмаси
C16.2	– Меъда танасининг ҳавfli ўсмаси
C16.3	– Меъда антрал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.4	– Меъданинг пилорик қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.8	– Юқорида айтиб ўтилган локализациялардан бир ёки бир нечтасидан ташқарига чиқадиган меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.9	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси, аниқлаштирилмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1093	

- КХТ -11 код (лар) и:

Код	Номланиши
2B72	– Меъданинг ҳавfli ҳосиласи
2B72.0	– Меъда аденокарциномаси
2B72.1	– Меъданинг ҳавfli нейроэндокрин ҳосиласи
2A85.1	– Мукозоассоциирланган лимфома
2B58.2	– Меъда лейомиосаркомаси
2B5B.0	– Меъданинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B72.Y	– Меъданинг бошқа аниқланган ҳавfli ҳосилалари
2B72.Z	– Аниқланмаган меъданинг ҳавfli ҳосилалари
Скачать (ссылка с МКБ-11): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother	

1. Асосий қисм.

- Кириш

Меъда саратони (МС) – меъданинг ҳавfli ўсмаси бўлиб, меъда деворининг ички шиллиқ қавати ҳужайраларидан ҳосил бўлган ҳавfli ўсмасидир [1].

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда меъда саратонининг жами 968 784 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 660 175 киши вафот этган.

МС -полиэтиологик касаллик бўлиб; асосий омиллар қаторига қуйидагилар киради:

1) ирсият. Қуйидаги ирсий саратон турлари ва МС ривожланиш хавфини орттирувчи ирсий синдромлар ажратилади:

а. ирсий диффуз МС. Ауосом-доминант синдром бўлиб, унда Е-каргерин молекуласи туфайли ҳужайранинг адгезиясини таъминловчи CDH1 генида мутациялар мавжуд бўлади. Бу узуксимон- ҳужайрали саратоннинг ривожланишига олиб келади ва у 30-50% ҳолларда аниқланади. 80 ёшга келиб МС ривожланиш хавфи эркакларда 67% ва аёлларда 83% га этади. МС аниқланишининг ўртача ёши 37 ёшни ташкил қилади;

б. Линч (Lynch) синдроми (ирсий полипоз бўлмаган йўғон ичак саратони, ННРТК). МС ривожланиш хавфи 1 дан 13 % гача;

с. ювенил полипоз синдроми. МС ривожланиш хавфи 21% га этади;

д. Пейтц–Егерс (Peutz–Jeghers) синдроми. МС ривожланиш хавфи 29% га этади;

е. оилавий аденоматоз полипоз. Унда МС ривожланиш хавфи 1-2% ни ташкил қилади;

2) *Helicobacter pylori* билан инфицирланиш;

3) зарарли одатлар – чекиш;

4) алиментар – спиртли ичимликлар, тузланган, қовурилган, консерваланган, маринацияланган, зираворли овқатларни суиистеъмол қилиш; микотоксинлар билан зарарланган маҳсулотларни истеъмол қилиш; сикроэлементлари ва витаминларнинг етишмаслиги.

Фон касалликлари: сурункали атрофик гиперпластик гастрит, аденоматоз полиплар, зарарли анемия, меъда резекциясидан кейинги ҳолатлар, Менетрие касаллиги (гипертрофик гастропатия, гиперпластик гигант-бурмали гастрит) [1-6]

Ҳар йили республикада меъда саратонининг 2000 дан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади. Ғарбий Европада меъда саратони билан оғриган беморларнинг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 18%, АҚШда - 21%ни ташкил қилади.

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2022 йилда Ўзбекистон Республикасида меъда саратони учраши бўйича саратон касалликлари ичида 2-ўринни эгаллайди ва 100 минг аҳолига нисбатан 5,6 тани ташкил этади. 2022 йилда биринчи марта МС билан касалланган жами 2019 бемор аниқланди. Улардан 10,9% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. МС морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 93,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 1,4%, II босқичида 31,1%, III босқичида 38,9% ва IV босқичида 26,9% ҳолатлар аниқланган. беморларнинг 1,7 фоизида

касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида диспансер назорати остида меъда саратони билан касалланган 4888 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 13,6 ни ташкил этди (эркаклар орасида 1 ўрин). Республикада МС билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 31,2% ва 1 йиллик ўлим даражаси 28,4% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 1409 бемор меъда саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 3,9 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди. Саратондан ўлим бўйича МС эркак аҳоли орасида 1-ўринни (13,8%) ва аёл аҳоли орасида эса 3-ўринни (7,1%) эгаллайди.

- Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) (профилактология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»[31] и λόγος — «таълим, 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[32][33].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [34]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[34].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади[32] [35] 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 [36], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [7] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлиliga асосланган[38] [39].

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[40][41].

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[48]) — 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 [49] [50] [51].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [52].

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

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[17]. 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 [17]. 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) [16].

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 кўриқдир.
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 [15].

2.2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунда меъда саратони канцерпревенциянинг кўп қиррали тизимини яратиш учун “мос келувчи” касаллик деб тан олинган. Ушбу касалликнинг асосий хавф омиллари маълум. Шифокор арсеналида меъда аденокарциномасининг бирламчи профилактика ва эрта аниқлаш усуллари мавжуд [55].

Барча канцерпревенция чора-тадбирларини шартли равишда учта бўлимга бўлиш мумкин [55].

— **Бирламчи профилактика:** хавф омиллари таъсирини йўқ қилиш ёки камайтириш, организмнинг хавф омиллари таъсирига чидамлилигини ошириш.

— **Иккиламчи профилактика:** касалликнинг дастлабки прекlinik босқичларида ташхислаш (асосан скрининг ёрдамида) ва даволаш.

— **Учламчи профилактика:** радикал даволанишдан кейин даволаш ва реабилитация, шунингдек метахрон саратонни ўз вақтида ташхислаш.

Нокардиал саратонни профилактикасида потенциал бешта асосий йўналишларни ажратиш мумкин [56]:

- Ҳаёт тарзини модификация қилиш;
- *H. pylori* эрадикацияси;
- меъда саратонини дастлабки босқичларида аниқлаш учун скрининг;
- меъда шиллиқ қаватининг аввал аниқланган саратон олди ҳолатлари бўлган

беморларни кузатиш;

— радикал жарроҳлик (резекция) ёки эндоскопик даволанишдан сўнг метахрон меъда саратонининг олдини олиш ва эрта ташхислаш.

Меъда шиллиқ қаватининг саратон олди ҳолати бўлган беморларни кузатиш.

Меъда саратонининг **иккиламчи профилактикаси** шиллиқ қаватнинг саратон олди ҳолати бўлган беморларни кузатиш бўйича чора-тадбирлар мажмуасидир. Ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади меъда аденокарциномасини ўсма жараёнининг дастлабки босқичларида аниқлашдир.

Бирламчи профилактикадан фарқли ўлароқ, иккиламчи профилактика сезиларли даражада кўпроқ молиявий ҳаражатлар ва тиббий ресурсларни талаб қилади. Унинг сифати кўп жihatдан замонавий эндоскопик технологияларнинг мавжудлигига, эндоскопистларнинг яхши тайёргарлигига, эндоскопик ва морфологик диагностика учун стандартлаштирилган протоколларга боғлиқ [57-60].

Меъданинг саратон олди патологияси бўлган беморларни бошқариш бўйича Европа клиник кўрсатмаларига мувофиқ, меъданинг антрал ва танасининг кенг тарқалган атрофияси ва ичак метаплазияси бўлган беморларга ҳар 3 йилда 1 марта эндоскопик мониторинг тавсия этилиши керак. Далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан меъда антрал қисмининг атрофик бўлмаган гастрити, енгил/ўртача атрофияси ва ичак метаплазияси билан оғриган одамларни эндоскопик кузатиш зарурлигини кўрсатадиган далиллар йўқ [54].

Меъданинг паст даражадаги интраэпителиал неоплазияси (дисплазияси) ва шиллиқ қаватида эндоскопик кўринадиган ўчоқли патологик ўзгаришлар бўлмаса, такрорий эндоскопик ва гистологик текширувларни бир йилдан кейин ўтказилиши керак. Кўринадиган патологик соҳа аниқланган тақдирда, аниқроқ гистологик ташхис қўйиш учун, шиллиқ қаватни резекция қилиш ёки шиллиқ ости қатламда диссекция билан резекция қилиш орқали уни эндоскопик олиб ташлаш кўрсатма бўлади. Меъда шиллиқ қаватида кўринадиган ўчоқли ўзгаришларсиз юқори даражадаги интраэпителиал неоплазия (дисплазия) бўлса, кўплаб биопсия билан дарҳол такрорий эндоскопик текширув кўрсатма бўлади. Такрорий текширишлар 6-12 ойдан кейин ўтказилиши керак [54].

Учламчи профилактика:

- рецидивлар, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва даволаш;
- витаминлар, оқсилларга бой тўлиқ диетадан фойдаланиш, зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, онколог томонидан

мунтазам профилактик текширувлар ,мунтазам диагностика муолажалардан (ўпка рентгенограммаси, жигар, буйраклар, бўйин лимфа тугунларининг ультратовуш текшируви) ўтиб туриш.

Меъданинг метахрон саратонини профилактикаси ва эрта аниқлаш

Ўсмани жарроҳлик ёки эндоскопик резекция қилиш ҳажмида меъда саратонини муваффақиятли радикал даволашдан сўнг, қолган шиллиқ қават метахрон меъда саратони ривожланиши учун плацдарм бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шиллиқ қаватнинг эндоскопик резекциясидан сўнг, метахрон меъда саратони билан касалланиш турли маълумотларга кўра 2,7 дан 15,6% гача кузатилади. Бундай беморларга ушбу касалликнинг учинчи даражали профилактикаси чораларини тавсия қилиш керак [61].

Меъданинг метахрон ўсмаларини эрта аниқлаш учун, йилига 1-2 марта регуляр эндоскопик текширувдан ўтиб туриш кўрсатма бўлади [62].

H. pylori инфекцияси мавжуд бўшганда, ушбу категория беморларининг барчасига унинг эрадикацияси тавсия этилади [53]. Меъданинг учинчи даражали профилактикаси чораси сифатида антихеликобастер терапиясининг канцеропротектив таъсири ҳақидаги маълумотлар бугунги кунда биров қарама-қарши бўлиб қолмоқда. Ўтган истиқболли рандомизацияланган синовларнинг натижалари эса ноаниқ [63, 64]. Шу билан бирга, истиқболли ва ретроспектив тадқиқотларнинг мета-таҳлили *H. pylori* йўқ қилинганидан кейин метахрон меъда саратони ривожланиш хавфи сезиларли даражада камайганлигини кўрсатди (ОШ=0,39; 95% ДИ 0,25—0,59) [65].

2.3. Профилактика усуллари ва муолажалари:

1) профилактиканинг мақсади:

Меъда саратони пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилиш, даволанишдан кейин касалликнинг асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

2) Бирламчи профилактика –

Меъда саратонининг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Қуйидаги тавсияларга риоя қилиш ушбу патологияни ривожланиш хавфини камайтиришга ёрдам беради:

- Зарарли одатлардан воз кечиш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш.
- Камроқ туз қўшилган овқатни истеъмол қилиш
- Асбест таъсиридан ҳимояланиш

- Протон насос ингибиторларини асоссиз қабул қилишдан сақланиш
- Сурункали касалликларни даволаш (аутоиммун атрофик гастрит ва В12 танқислиги анемияси).
- *H. pylori* ни эрадикацияси;
- Эмлаш, иммунитетни мустаҳкамлаш чоралари;
- Профилактик текширувлардан ўтиш;
- Агар шубҳали аломатлар пайдо бўлса, айниқса хавф остида бўлган беморлар учун қорин бўшлиғи онкожарроҳига ва/ёки онкологга мурожат қилиш;
- Ҳар 3 йилда бир марта меъда-ичак трактининг эндоскопик ёки рентгенологик текширувларидан ўтиш

Улар ҳар бир киши учун мўлжалланган, индивидуал равишда, ҳамма жойда ва ҳар доим амалга оширилади (айниқса, радикал даволанишдан кейин ва хавф омиллари мавжуд бўлганда касаллик ремиссияга учраган тақдирда).

3). Профилактика ва диспансер назорати, профилактика усулларини қўллаш бўйича тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

- МСнинг олдини олиш учун меъда шиллиқ қаватининг термик ва механик шикастланишини олдини олувчи пархез, чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш, фон ва саратон олди касалликларни, шу жумладан бўшлиқ ичи эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда ўз вақтида даволаш тавсия этилади [83]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*
- CDH1 гени мутацияси билан кузатиладиган ирсий саратонда ҳар 6-12 ойда текшириш билан фаол кузатув **тавсия этилади** [81-82]
- МСни даволаш тугагандан сўнг, дори терапиясини эрта бошлаш учун касалликнинг прогрессияланишини эрта аниқлаш, ўсманинг рецидивда қайта операция ўтказиш, шунингдек метахрон ўсмалар аниқланганда қуйидагича назорат текширувлар даврийлигига амал қилиш **тавсия этилади**:
- **Радикал операциялар бажарилгандан сўнг** – дастлабки 1-2 йил ичида беморларни физик текширувдан ўтказиш ва шикоятларни йиғиш ҳар 3-6 ойда, 3-5 йил давомида – ҳар 6-12 ойда бир марта амалга оширилади. Операция қилинган кундан бошлаб 5 йил ўтгач, ташрифлар ҳар йили ёки

шикоятлар пайдо бўлганда амалга оширилади. Рецидивланиш хавфи юқори бўлган беморларда текширувлар орасидаги интервални қисқартириш мумкин [79-80];

- **Шиллик қаватни эндоскопик резекцияси ёки шиллик ости қават диссекциясидан сўнг** – ЭГДФС биринчи йилда ҳар 3 ойда, иккинчи ва учинчи йилларда ҳар 6 ойда, сўнгра ҳар йили бажарилади [79-80].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

Изоҳлар: Таширифларда текширишлар кўлами қуйидагича:

1. Анамнез йиғиш, физикал текширувлар.
2. Умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлили ва биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили (клиник кўрсатмаларга мувофиқ).
3. ЭГДФС (режага мувофиқ – юқорига қаранг).
4. Қорин бўшлигини ултратовуш текшируви ёки компьютер томографияси (клиник кўрсатмаларга мувофиқ);
5. Кўкрак қафаси рентгенограммаси (клиник кўрсатмаларга мувофиқ):
6. Нутритив статус назорати, нутритив етишмовчилигини даволаш бўйича тавсиялар.

4) Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари кўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Реабилитациянинг биринчи босқичи (операциядан кейинги реабилитация)

- **Тавсия этилади** – хирургик даволашни режалаштирганда ва бажарилганда fast-track rehabilitation («тезкор йўл») ва ERAS (Enhanced recovery after surgery – операциядан сўнг тезкор тикланиш) протоколларига амал қилиш керак. Бунларга беморни операцияга хабардор қилиш ва тайёрлаш бўйича чоратадбирлар, самарадорлиги тасдиқланмаган инвазив муолажалардан мунтазам фойдаланишни рад этиш (ичакни механик тозалаш, эрта касалхонага ётқизиш, операциядан олдинги очлик), комплекс оғриқсизлантириш, анестезиологик ёрдам кўрсатиш учун махсус протоколлар, катетерлар ва дренажлардан мунтазам фойдаланишни рад этиш, беморларни операциядан кейинги биринчи ва иккинчи кунларда эрта мобилизация қилиш (фаоллаштириш ва вертикализация) киради [66-69]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).*

Изоҳлар: ушбу протоколлар хавфсиз бўлиб, стационарда қолиш муддатини қисқартиради, жарроҳлик бўлмаган асоратлар сонини камайтиради ва операциядан кейинги асоратларнинг умумий сонини кўпайтирмайди.

- Эрта энтерал овқатлантириш (дастлабки 24 соат ичида), ҳажмнинг аста-секин ўсиши ва 3-6-кунларда оқсил ва энергия истеъмол қилиш мақсадларига эришиш **тавсия этилади** [70-71]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).*

Изоҳлар: перорал ёки назоеюнал овқатланиш ўртасидаги танлов ҳали аниқ эмас. Чекланган миқдордаги тадқиқотларда эрта оғиз орқали овқатланиш асоратлар сонининг кўпайишига ёки касалхонага ётқизиш давомийлигига олиб келмади, шунинг учун уни қўллашни кўриб чиқиш мумкин [72-74]. Агар етарли овқатланишни таъминлашнинг иложи бўлмаса, операция давомида ўрнатилган зонд ёки микроюностомия орқали энтерал овқатланишни ташкил қилиш мумкин. Ҳар қандай кириш орқали энтерал овқатланиш меъда-ичак моторикасини тиклашни тезлаштириш ва асоратларни олдини олиш нуқтаи назаридан парэнтерал овқатланишдан афзалликларга эга [71-74].

Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Мутахассиснинг тавсияси билан меъда саратонини радикал жарроҳлик даволашдан сўнг машғулотлар давомийлигини босқичма– босқич ошириш билан кунига 15-20 дақиқа давомида ҳафтасига 2 марта даволовчи физкультура машқлари терапияси комплексларини бажариш тавсия этилади, паст ва кейин ўрта интенсивликдаги аэробик машқлар ҳафтасига 150 дақиқагача давом эттирилади, жисмоний машқлар билан жисмоний тайёргарликни тиклаш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашни оптималлаштириш учун психолог билан ишлаш. (индивидуал/гуруҳ машғулотлари) **тавсия этилади** [75-77]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).*

Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Ремиссия ҳолатида бўлган беморларда тана вазнини барқарор сақлаш, овқатланишни қўллаб-қувватлаш, психолог билан машғулотлар, фаол ҳаёт тарзи ва кардиореспиратор чидамлилики ва ҳаёт сифатини ошириш мақсадида мунтазам машқлар терапиясини (паст интенсивликдаги аэробик машқлар, аста-секин ўртача интенсивликка кўтарилиши билан аэробик машқлар) ўз ичига олган кенг қамровли дастурдан фойдаланиш **тавсия этилади**. Бу

умумий яшовчанликнинг ошишига ҳисса қўшиши мумкинлиги ҳақида далиллар мавжуд [77-78]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

5) Скрининг:

Меъда саратони скрининги

Симптомсиз популяцияда кенг қўламли миллий популяцион меъда саратони скрининг дастурлари фақат Япония ва Жанубий Кореяда мавжуд. Скрининг 40 ёш (Корея) ва 50 ёшдан (Япония) бошлаб 2-3 йил интервал билан эзофагогастроуденоскопия (ЭГДФС) ўтказишни ўз ичига олади [84, 85].

Меъда саратони кам учрайдиган мамлакатларда, хусусан АҚШда, оммавий популяцион саратон скрининг ўлим камайишига олиб келмайди ва иқтисодий самарасиз [86].

Ўзбекистонда меъда саратони бўйича миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас. Бундай дастурларни яратиш ва амалга ошириш соғлиқни сақлаш тизимининг катта ресурсларини, тиббий ёрдамнинг барча даражаларида яхши ташкил этилган фанлараро ҳамкорлик тизимини талаб қилади. Идеал ҳолда, уларнинг мақсадга мувофиқлиги регионал тажриба текширувлари билан тасдиқланиши керак [87].

Ҳозирги вақтда маҳаллий клиникаларда тизимли бўлмаган оппортунистик скрининг элементлари қўлланилади, бу маълум бир бемор учун фойдали бўлиши мумкин, аммо ўз-ўзидан, эҳтимол, аҳоли даражасида вазиятни ўзгартира олмайди. Шунга қарамай, амалиётчилар ушбу имкониятни ёдда тутишлари керак, айниқса меъда саратони учун энг муҳим хавф омиллари (*H. pylori* инфекцияси, илгари аниқланган атрофик гастрит, оғир оилавий анамнез) билан оғриган беморларни даволашда.

б) Иккиламчи профилактика - меъда саратони бўйича иккиламчи профилактика чораларига профилактик кўриклардан ўтиш, скрининг, касалликни эрта аниқлаш мақсадида текширувлар қилиш киради.

- Беморларда динамик, эндоскопик текширувларга қаратилган чоратадбирлар, шу жумладан хавф гуруҳлари орасида ҳам (атрофик гастрит, меъда полиплари ва полипоз, меъда яраси, оғир ирсият ва бошқалар.)
- Паллиатив терапия
- Оз миқдорда овқатланиш

- Анастомознинг шиллик қаватига шикаст етказмаслик учун овқатни яхшилаб чайнаш
- Кунига камида 6 марта овқатланиш
- 5-сонли парҳез - юмшоқ режимга риоя қилиш
- Меню турли хил ва мувозанатли тарзда танланади, шу жумладан барча керакли маҳсулотлар: парҳез гўшт, курка, товуқ, балиқ, ёғсиз мол гўшти ва пюре шаклида, тухум, творог, пишлоқлар, янги сабзавотлар, мевалар, газ ҳосил бўлишининг кўпайишига олиб келмайдиган ёнғоқлар, ўсимлик ёғи, янги сиқилган шарбатлар ва наъматак қайнатмаси. Истиснолар: нон маҳсулотлари, иссиқ хамирдан пиширилган маҳсулотлар, маринадлар, дудланган, консервалар.
- Витамин терапияси - витамин ва минералкомплексларига бой овқат кўшимчалари билан В12 (цианокобаламин) препарати билан ўтказиш зарур.
- Гимнастика танани тиклаш учун жуда зарур.
- Машқ қилиш терапияси меъда-ичак трактининг секретор рефлекс функцияларини фаоллаштиришни рағбатлантиради
- Қорин бўшлиғи мушакларининг юрак-қон томир ва мотор тизимларини мустаҳкамлаш
- Мушак-скелет тизимининг функциясини яхшилаш

7) Учламчи профилактика ёки меъда саратонининг реабилитацияси:

Даволанишдан кейин беморларни реабилитация қилиш чоралари курс давомийлигига ва саратон терапиясининг танланган усулларига боғлиқ. Қуйидагилар жуда зарур:

- Мунтазам текширувлар учун онкологга ташриф буюриб туриш.
- Рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш.
- Яхши овқатланиш.
- Зарарли одатларни ва салбий ташқи омилларнинг таъсирини йўқ қилиш.
- Соғлиқ ҳолатини ҳисобга олиб, даволовчи шифокор тавсияларига амал қилиш.

2.4. Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Меъда саратони реабилитациянинг мақсади:

- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини ва/ёки йўқолган фаолиятини тўла ёки қисман тиклаш;

- ўткир ривожланган патологик жараён тугаши билан тана функциялари қўллаб қувватлаш;
- зарар кўрган органлар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган функционал бузилишларини олдини олиш, эрта ташхислаш ва тузатиш;
- мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва камайтириш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

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

Меъда саратонининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали МС билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика меъда саратонини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда МСни тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

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

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

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

- Меъда саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади [1, 3]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

- Меъда саратони ва / ёки касалликнинг оғир клиник турлари бўлган барча беморларга ногиронлик ва беморларнинг ўлимини ривожланишига йўл қўймаслик учун махсус терапия асоратларининг олдини олиш тавсия этилади [4, 11]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади [20, 27]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

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

Реабилитация муолажалари амалга оширилади:

Даво якунланганидан 1 йил кейин (ҳар 3 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин кўриниши, стул)
- Қон умумий таҳлили + ЭЧТ
- Кўкрак қафаси рентген текшируви.
- Қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳалари УТТси.
- I-II босқичда қорин/кичик чаноқ КТси ҳар 6 ойда, III-IV босқичда қорин/кичик чаноқ КТси ҳар 3 ойда.
- ЭГДФС

Даво якунланганидан 2 йил кейин (ҳар 6 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин кўриниши, стул)
- Кўкрак қафаси рентген текшируви.
- Қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳалари УТТси.
- Қорин/кичик чаноқ КТси.
- ЭГДФС

Даво якунланганидан 3 йил кейин (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин кўриниши, стул)
- Кўкрак қафаси рентген текшируви.
- Қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳалари УТТси.

- Қорин/кичик чаноқ КТси.
- ЭГДФС

Даво яқунланганидан 4 йил кейин (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин кўриниши, стул)
- Кўкрак кафаси рентген текшируви.
- Қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳалари УТТси.
- Қорин/кичик чаноқ КТси.
- ЭГДФС

Даво яқунлангандан кейин 5 йил:

- Катамнестик хизматга кузатувга ўтиш

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

(тиббий реабилитация босқичлари ва ҳажмлари, шунингдек уларни амалга оширадиган тиббий ташкилотлар профилга мувофиқ кўрсатилган).

Меъда саратони беморлари меъда саратони беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, амдоминал онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак [1,24]. 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 кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир [1,6].

Меъда 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.

Меъда саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади [1,3].
Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

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

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

- Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
- Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- ҚБА + буйраклар, кичик чанок, қовуқ ва периферик лимфа тугунлар УТТси;
- ЭГДФС;
- Кўкрак қафаси рентген текшируви;
- Кўкрак қафаси МСКТси ёки бутун тана ПЭТ/КТси;

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

2) Далиллар даражаси киритилган холда кўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Гепатит В, С вирусларига ПЗР (миқдорий)
- Қон КИХ ва газларини аниқлаш;
- Орқа мия суюқлигини текшириш: ликвор умумий таҳлили +/- вирусологик, бактериологик текшириш;
- Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ХГЧ ни аниқлаш;
- Т-лимфотроп одам вируси I/II-IgG га антитаналарни аниқлаш
- Стандарт цитогенетик текшириш;
- FISH, ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
- Бош, бўйн, қорин бўшлиғи, қорин бўшлиғини контрастли КТси;
- Бронхоскопия;
- Колоноскопия;
- Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- Спирография.

- Бош мия МРТси;
- Плевра бўшлиқлари УТТси;
- Холтер – мониторловчи ЭКГ
- Контрастли КТ

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

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

Тўлиқ жавоб ПЕТ/КТ ёрдамида дастлабки терапия тугаганидан 3 ой ўтгач тасдиқланиши керак [6] *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).*

ТР кузатилиши билан даволашни тугатган меъда саратони беморларига терапия тугаганидан кейин 1 йил давомида ҳар 3 ойда, 2 йил - ҳар 6 ойда ва ундан кейин ҳар йили онколог ёки абдоминал онколог томонидан кузатилиши тавсия этилади [3] *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).*

ҚУТ, қон биокимёвий таҳлилиё йил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалик ҳар йили ўтказиб туриш зарур *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).*

Бўйин худудида нур терапияси (НТ) ўтказилган бўлса, камида ҳар йили ТТГ ни кузатиб туриш тавсия этилади [6] *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).*

Бўйин, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзоларининг контрастли КТси биринчи 2 йилда ҳар 6 ойда ёки клиник кўрсатмаларга кўра ўтказиб турилади. Агар охириги ПЭТ/КТда тўлиқ регресс кузатилган бўлса, тўла жавобни тасдиқлаш учун, прогрессия/рецидивга гумон бўлса ПЭТ/КТ ўтказилади [6] *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).*

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

Кўшимча профилактика чораларига рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш, тўғри

овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш ва салбий ташқи омилларга таъсир қилиш, соғлиғингиз ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради. *Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).*

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Меъда саратони учун профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари куйидагича:

- 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;
- Меъда саратони учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«МЕЪДА САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- КХТ -10 код (лар) и:

Код	Номланиши
C16	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.0	– Меъданинг кардиал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.1	– Меъда тубининг ҳавfli ўсмаси
C16.2	– Меъда танасининг ҳавfli ўсмаси
C16.3	– Меъда антрал қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.4	– Меъданинг пилорик қисмининг ҳавfli ўсмаси
C16.8	– Юқорида айтиб ўтилган локализациялардан бир ёки бир нечтасидан ташқарига чиқадиган меъданинг ҳавfli ўсмаси
C16.9	– Меъданинг ҳавfli ўсмаси, аниқлаштирилмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1093	

- КХТ -11 код (лар) и:

Код	Номланиши
2B72	– Меъданинг ҳавfli ҳосиласи
2B72.0	– Меъда аденокарциномаси
2B72.1	– Меъданинг ҳавfli нейроэндокрин ҳосиласи
2A85.1	– Мукозоассоциирланган лимфома
2B58.2	– Меъда лейомиосаркомаси
2B5B.0	– Меъданинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B72.Y	– Меъданинг бошқа аниқланган ҳавfli ҳосилалари
2B72.Z	– Аниқланмаган меъданинг ҳавfli ҳосилалари
Скачать (ссылка с МКБ-11): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Меъда саратони (МС) – меъданинг ҳавfli ўсмаси бўлиб, меъда деворининг ички шиллик қавати ҳужайраларидан ҳосил бўлган ҳавfli ўсмасидир [1].

2) **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=7&types=1)

Халқаро Саратонни ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда меъда саратонининг жами 968 784 янги ҳолати аниқланган ва ушбу саратондан 660 175 киши вафот этган.

МС -полиэтиологик касаллик бўлиб; асосий омиллар қаторига қуйидагилар киради:

1) ирсият. Қуйидаги ирсий саратон турлари ва МС ривожланиш хавфини орттирувчи ирсий синдромлар ажратилади:

а. ирсий диффуз МС. Ауосом-доминант синдром бўлиб, унда Е-каргерин молекуласи туфайли ҳужайранинг адгезиясини таъминловчи CDH1 генида мутациялар мавжуд бўлади. Бу узуксимон- ҳужайрали саратоннинг ривожланишига олиб келади ва у 30-50% ҳолларда аниқланади. 80 ёшга келиб МС ривожланиш хавфи эркакларда 67% ва аёлларда 83% га этади. МС аниқланишининг ўртача ёши 37 ёшни ташкил қилади;

б. Линч (Lynch) синдроми (ирсий полипоз бўлмаган йўғон ичак саратони, ННРТК). МС ривожланиш хавфи 1 дан 13 % гача;

с. ювенил полипоз синдроми. МС ривожланиш хавфи 21% га этади;

д. Пейтц–Егерс (Peutz–Jeghers) синдроми. МС ривожланиш хавфи 29% га этади;

е. оилавий аденоматоз полипоз. Унда МС ривожланиш хавфи 1-2% ни ташкил қилади;

2) *Helicobacter pylori* билан инфицирланиш;

3) зарарли одатлар – чекиш;

4) алиментар – спиртли ичимликлар, тузланган, қовурилган, консерваланган, маринацияланган, зираворли овқатларни суиистеъмол қилиш; микотоксинлар билан зарарланган маҳсулотларни истеъмол қилиш; сикроэлементлари ва витаминларнинг етишмаслиги.

Фон касалликлари: сурункали атрофик гиперпластик гастрит, аденоматоз полиплар, зарарли анемия, меъда резекциясидан кейинги ҳолатлар, Менетрие касаллиги (гипертрофик гастропатия, гиперпластик гигант-бурмали гастрит) [1-6]

Ҳар йили республикада меъда саратонининг 2000 дан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади. Фарбий Европада меъда саратони билан оғриган беморларнинг 5 йиллик яшовчанлик даражаси 18%, АҚШда - 21%ни ташкил қилади.

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2022 йилда Ўзбекистон Республикасида меъда саратони учраши бўйича саратон касалликлари ичида 2-ўринни эгаллайди ва 100 минг аҳолига нисбатан 5,6 тани ташкил этади. 2022 йилда биринчи марта МС билан касалланган жами 2019 бемор аниқланди. Улардан 10,9%

ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. МС морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 93,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 1,4%, II босқичида 31,1%, III босқичида 38,9% ва IV босқичида 26,9% ҳолатлар аниқланган. беморларнинг 1,7 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида диспансер назорати остида меъда саратони билан касалланган 4888 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 13,6 ни ташкил этди (эркаклар орасида 1 ўрин). Республикада МС билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 31,2% ва 1 йиллик ўлим даражаси 28,4% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 1409 бемор меъда саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 3,9 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди. Саратондан ўлим бўйича МС эркак аҳоли орасида 1-ўринни (13,8%) ва аёл аҳоли орасида эса 3-ўринни (7,1%) эгаллайди.

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

3) Таснифи (Паллиатив ёрдамга ҳос)

МСнинг макроскопик таснифи [5]:

1. «Эрта» МС (T1N0–3M0):

- 0 тип – юзаки ясси ўсмалар:
- 0-I тип – кўтарилиш (ўсманинг баландлиги шиллик қават қалинлигидан 2 ва ундан кўп кўтарилиб туради);
- 0-II тип – юзаки:
 - 0-IIa – кўтарилган тип;
 - 0-IIb – ясси тип;
 - 0-IIc – чуқурлашган.
 - 0-III тип – яраланган (шиллик қаватда ярали дефект).

2. Тарқалган меъда саратони:

- I тип – замбарағсимон ёки полипсимон;
- II тип – ярали, аниқ чизилган чегарали (ликопча шаклида);

- III тип – ярали-инфилтратив;
- IV тип – диффуз-инфилтратив (linitis plastica);
- V тип – таснифланмайдиган ўсмалар.

МСни TNM 8 нашр тизими бўйича таснифланиши [5]:

МСни босқичлаш клиник текширув натижаларига асосланади (сTNM) [3]; узок метастазлар бўлмаса, жарроҳлик материални гистологик текшириш натижалари асосида якуний босқич операциядан кейин белгиланади (pTNM). Унда қуйидаги параметрларни баҳолаш керак:

1) меъда деворига ўсма инвазиясининг чуқурлиги ва унинг чегараларидан ташқарида чиқиши ("T" тоифаси);

2) олиб ташланган лимфа тугунлари сони ва метастазлар билан зарарланган лимфа тугунлари сони ("N" тоифаси); "N" тоифасини аниқлаш учун камида 16 та олиб ташланган лимфа тугунларини текшириш керак.

Ўсма комбинацияланган ёки комплекс даволаш пайтида ёки ундан кейин дарҳол баҳоланган ҳолларда, сTNM ёки pTNM тоифаларининг қийматлари "у" префикси билан белгиланади. усTNM ёки урTNM қийматлари текшириш вақтида ўсманинг тарқалишини тавсифлайди.

Қизилўнгач-меъда бирикмаси соҳаси ўсма жараёнида иштирок этганда, маркази қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 2-5 см пастда жойлашганда (Зиверт бўйича III тип), аденокарциномани МС деб таснифланади ва даволанади. Агар қизилўнгач-меъда бирикмаси соҳасини ўз ичига олган аденокарциноманинг маркази тишсимон чизиги соҳасида жойлашган бўлса, яъни. қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 2 см пастда ва 1 см юқорида бўлса (Зиверт бўйича II тури) ёки қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмида қизилўнгач-меъда бирикмасининг анатомик чегарасидан 1-5 см юқорида бўлса (Зиверт бўйича I тури), жараён қизилўнгач саратони деб таснифланади ва даволанади.

Зиверт бўйича I ва II тип кардиоэзофагиал соҳа аденокарциномасининг локал шаклларини даволаш тактикаси қизилўнгач саратони даволаш тактикасига ўхшаш, тарқалган ва метастатик шаклларини даволаш эса тарқалган МСни даволашга ўхшайди [3].

TNM тизими бўйича МС таснифи ва саратон бўйича Америка қўшма қўмитасининг (American Joint Committee on Cancer, AJCC) 8-нашрига кўра босқичлар бўйича гуруҳлаш 2 ва 3 - жадвалларда келтирилган.

14-жадвал. AJCC TNM-таснифи (8-нашр, 2017) [5]:

TNM таснифи

T – бирламчи ўсманинг хусусиятлари, яъни меъда деворига ўсма инвазиясининг максимал чуқурлиги

Tx	Бирламчи ўсмани баҳолаш имконсиз
T0	Бирламчи ўсма борлиги ҳақида маълумот йўқ
Tis	in situ карцинома (шиллик қават ичидаги ўсма, хусусий пластинкага инвазиясиз) / оғир дисплазия
T1	Ўсма шиллик қаватнинг хусусий пластинкасини ёки мушак пластинкасини, шиллик ости қаватни эгаллайди
T1a	Ўсма шиллик қаватнинг хусусий пластинкасини ёки мушак пластинкасини эгаллайди
T1b	Ўсма шиллик ости қаватни эгаллайди
T2	Ўсма мушак қаватни эгаллайди
T3	Ўсма висцерал қорин парда ёки қўшни тузилмаларга ўсиб ўтмаган ҳолда субсероз қаватни зарарлайди; бу гуруҳнинг ўсмаларига, бу тузилмаларни қоплайдиган висцерал қорин пардани зарарламаган ҳолда меъда-чамбар ичак ва меъда-жигар бойламларига, катта ва кичик чарвига инвазияси бўлган ўсмалар ҳам киради; меъда бойламларини ва чарвини қоплайдиган қорин парданинг перфорацияси мавжуд бўлганда. ўсма T4 деб таснифланади
T4	Ўсма сероз пардага (висцерал қорин пардага) ёки қўшни тузилмаларга тарқалади (ўсманинг ўн икки бармоқли ичакка ёки қизилўнгачга интрамурал тарқалиши қўшни тузилмаларга тарқалиши ҳисобланмайди, лекин исталган ушбу соҳаларга максимал чуқурлик ҳолатида "T" ни тавсифлаш учун қўлланилади)
T4a	Ўсма сероз қаватга (висцерал қорин пардага) тарқалган
T4b	Ўсма талоқ, қўндаланг чамбар ичак, жигар, диафрагма, меъда ости бези, қорин олд девори, буйрак усти бези, буйрак, ингичка ичак, қорин парда орти соҳа каби қўшни тузилмаларга тарқалади
<i>N – регионар лимфа тугунлари ҳолатининг хусусиятлари (pN ни аниқ баҳолаш учун камида 16 та лимфа тугунларини олиб ташлаш ва текшириши керак)</i>	
Nx	Регионар лимфа тугунларини баҳолаш имконсиз
N0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас
N1	1-2 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши

N2	3-6 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши
N3	7 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларининг шикастланиши: <ul style="list-style-type: none"> • N3a: 7-15 регионар лимфа тугунларининг шикастланиши • N3b: 16 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларининг шикастланиши
<i>M – узоқ метастазлар тавсифи</i>	
Mx	Узоқ метастазларнинг мавжудлигини аниқлаб бўлмайди
M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
M1	Узоқ метастазлар мавжуд ёки қорин парда ювиндисиди /биоптатларда ўсма хужайралари мавжуд

Меъда саратонининг босқичлар бўйича таснифланиши:

15-жадвал. Меъда саратони: босқичлар бўйича (прогности гуруҳлар бўйича) гуруҳлаш [5]:

МСни TNM, 8-нашр, 2017 й. бўйича таснифлаш												
клиник				патоморфологик				неoadъювант терапиядан сўнг				
Босқич	cT	cN	cM	Босқич	pT	pN	M	Босқич	ypT	ypN	M	
0	Tis	N0	M0	0	Tis	N0	M0	–	–	–	–	
I	T1	N0	M0	IA	T1	N0	M0	I	T1	N0	M0	
	T2	N0	M0		IB	T1	N1		M0	T2	N0	M0
						T2	N0		M0	T1	N1	M0
IIA	T1	N1, N2, N3	M0	IIA	T1	N2	M0	II	T3	N0	M0	
	T2		N1, N2, N3		M0	T2	N1		M0	T2	N1	M0
							T3		N0	M0	T1	N2
IIB	T3	N0	M0	IIB	T1	N3a	M0	II	T4a	N0	M0	
	T4a	N0	M0		T2	N2	M0		T3	N1	M0	
					T3	N1	M0		T2	N2	M0	
					T4a	N0	M0		T1	N3	M0	
III	T3	N1,N2 ёки N3	M0	IIIA	T2	N3a	M0	III	T4a	N1	M0	

	T4a	N1,N2 ёки N3	M0		T3	N2	M0		T3	N2	M0
					T4a T4b	N1 ёки N2 N0	M0		T2	N3	M0
				IIIВ	T1 T2	N3b N3b	M0		T4b T4b	N0 N1	M0
					T3 T4a	N3a N3a	M0		T4a	N2	M0
					T4b	N1 ёки N2	M0		T3	N3	M0
					IIIС	T3 T4a	N3b N3b	M0		T4b T4b	N2 N3
				T4b		N3a ёки N3b	M0		T4a	N3	M0
IVA	T4b	Ҳар қанда й	M0	IV	Ҳар қанда й Т	Ҳар қанда й N	M1	IV	Ҳар қанда й Т	Ҳар қанда й N	M1
IVB	Ҳар қанд ай Т	Ҳар қанда й	M1								

pTNM патогистологик тасниф:

pT, pN, pM категорияларни аниқлаш учун талаблар, T, N, M категорияларни аниқлаш талабларига жавоб беради.

Эслатма: pN0 гистологик текширув одатда 15 ёки ундан ортиқ регионал лимфа тугунларини ўз ичига олади.

G – гистопатологи дифференцировка;

GX – Дифференциация даражасини аниқлаб бўлмайд;

G1 – юкори дифференциаллашган;

G2 – ўрта дифференциаллашган;

G3 - паст дифференциаллашган;

G4 – дифференциаллашмаган саратон.

16-жадвал. Меъда саратонини прогностик омиллари:

<i>Прогностик омиллар</i>	<i>Ўсма билан боғлиқ</i>	<i>Организм билан боғлиқ</i>	<i>Атроф муҳит билан боғлиқ</i>
Асосий	N категория M категория HER2 статус		Қолдиқ касаллик: R0, R1 or R2
Қўшимча	Ўсма тарафидан: кардиал ёки дистал меъда Гистологи тип Томирларга инфильтрация	Ёши	Резекция даражаси
Янги ва перспектив	Молекуляр профиль	Ирқ: Осиёлик ёки осиелик эмас	

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

- Паллиатив кимётерапия, таргет даволаш, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш;
- Лимфа тугунининг/экстранодал ҳосилдан 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 ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

1) Шикоятлар ва анамнез:

Меъда саратонининг патогномоник белгилари аниқланмаган.

Беморнинг шикоятлари турли хил меъда касалликларининг (сурункали гастрит,

меъда яраси ва бошқалар.) белгилари билан бир ҳил бўлиши мумкин.

- Эпигастрал соҳада оғриқ;
- Дисфагия;
- Кўнгил айниш;
- Қайт қилиш (шу жумладан «кофе қуйқаси» шаклида);
- Иштаҳа йўқолиши;
- Вазн йўқотиш.

2) Умумий, физикал текширишлар:

- Меъда саратонининг кечки босқичларида кўпинча оғир адинамия ҳисобига бемор мажбурий ҳолатда бўлади.
- Юзни текширганда, кўзнинг порлаши ва тириклиги пасайиши мумкин.
- Терининг рангпарлиги меъда-ичакдан қон кетишни билдириши мумкин. Меъда саратонининг кечки босқичлари бўлган беморларда тери мумсимон ёки тупроқсимон рангли ҳолатга келади.
- Баъзи ҳолларда, қорин бўшлиғининг симпатик тугунларига метастазларнинг ривожланиши натижасида терининг яққол диффуз гиперпигментацияси ҳам кузатилиши мумкин.
- Меъда саратонининг кечки босқичларида терининг қуриши ва унинг тургорининг пасайиши ҳам қайд этилади.
- Кахексия даражасига етган аниқ вазн йўқотиш дистал меъда саратонида кузатилади. Бундай ҳолларда беморларда оқсилсиз шиш пайдо бўлади.
- Кейинги босқичларда, чап тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак оёқлари орасидаги ўмров усти соҳасида, қўшни терига ёпишмаган нотекис юзаси бўлган зич лимфа тугунини аниқлаш мумкин (Вирхов метастази).
- Оғиз бўшлиғини текширганда, меъда саратони билан оғриган беморларда оғиздан кўланса ҳид келиши мумкин – бу меъда ҳавfli ўсмаси парчаланишининг белгиси.
- Эпигастрал соҳада қорин деворининг бўртиб чиқиши меъда саратонининг ўтиб кетган шаклларида кузатилади. Ўткир вазн йўқотишда, баъзи ҳолларда меъда контурларини, унинг кичик ва катта эгрилигини визуал равишда аниқлаш мумкин.
- Пилоруснинг ўсма стенози ривожланида баъзи беморларда қорин олд деворини чекланган жойларда кўтарилиб, эпигастрал соҳа қорин деворининг энгил силкитгандан кейин аниқроқ кўринадиган даврий тўлқинли ҳаракатлар

аниқланади.

- Қорин олд деворини палпация қилишда меъда ўсмалари асосан меъданинг дистал қисмларида (антрум, пилорик) жойлашганда аниқ палпация қилинади ва диаметри бир неча сантиметргача етиши мумкин.
- Перкуссия ёрдамида меъданинг пастки чегарасининг ҳолатини аниқлаб олиш мумкин ва Траубе маконидаги ўзгаришларни аниқланади (меъданинг субкардиал қисми саратонида).

3) Лаборатор текширишлар, синдромни аниқлаш учун зарур, паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизишдан олдин амалга оширилади:

Цитологик текшириш (атипик ҳужайралар ҳажмининг гигант даражагача ўсиши, ҳужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг катталашиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа ҳужайра элементларининг етуклигининг турли даражаси, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);

Гистологик текшириш: (цитоплазмаси аниқ ифодаланган катта полигонал ёки бошоқ шаклидаги ҳужайралар, митозлар мавжуд бўлган аниқ ядрочали юмалоқ ядролар, ҳужайралар кератин ҳосил қилиб ёки қилмай ячейкалар ва тортишмалар шаклида жойлашади, қон томирларида ўсма эмболи мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг ифодаланганлиги, ўсма ҳужайраларининг митотик фаоллиги):

- HER-2
- Цитокератин 7
- Цитокератин 8/18
- CD45

Беморни комплекс геном профиллаш, клиник кечишига кўра, юқори прогрессияланувчи агрессив ўсмаларда, ананавий ўсмага қарши даводан самара бўлмаган ўсмаларда қўлланилади.

4) Инструментал текширувлар, синдромни аниқлаш учун зарур, паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизишдан олдин амалга оширилади:

- Фиброэзофагогастродуоденоскопия (шиллик қаватдаги нуқсонни кўриш, унинг ҳажми ва табиатини аниқлаш, гистологик текшириш учун тўқималарнинг бир қисмини олиш имконини беради);
- Қизилўнгачни контрастли рентген текшируви, меъдани контрастли рентген

текшируви (икки мартаба контрастлаш) (меъда ҳавфли ўсмаларини тарқалиши ва давомийлигини аниқлашга, шунингдек жарроҳлик аралашув тактикасини белгилашга имкон беради);

- Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт қоғи, меъда ости беzi, талоқ, буйрақлар, ўмров усти л/тугунлар) (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг катталашган л/тугунларининг эхоген мавжудлиги, қорин бўшлиғида метастазларнинг мавжудлиги, шунингдек, меъда ҳавфли ўсмаларининг қўшни тузилмаларга ўсиб ўтиши);
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг компьютер томографияси (қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳанинг катталашган л/тугунлари мавжудлигини аниқроқ кўриш, қорин бўшлиғида метастазлар мавжудлиги, шунингдек, меъда ҳавфли ўсмаларининг қўшни тузилмаларга ўсиши).
- Морфологик текшириш –меъда саратонини бошқа касалликлар билан дифференциал ташхислашнинг асосий усулидир. Биопсияда ҳавфли хужайраларни аниқлаш қизилўнғач саратонини аниқ кўрсатади, гарчи битта олинган материалда ўсма белгиларининг йўқлиги бу касалликни истисно қилмайди. Фақат динамик кузатув давомида такрорий манфий натижалар кузатилганда патологик жараёни ҳавфсиз деб ҳисоблаш мумкин.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

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

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

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

1) Паллиатив ёрдам кўрсатишда беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси: йўқ.

Босқичига қараб даволаш:

IV босқичда

- Паллиатив мақсадда жарроҳлик усулда даволаш, масалан, ўсма обструкцияси, перфорация ёки кучли қон кетишда. Циторедуктив гастрэктомия, гастроэнтероанастомоз амалга бажарилиши мумкин. Лимфодиссекция амалга оширилмайди. Меъда обструкциясида гастростомия ва/ёки еюностомия, шунингдек стентлаш вариантлари кўриб чиқилиши мумкин.
- Адъювант полихимиотерапия курслари;
- Паллиатив полихимиотерапиянинг мустақил курслари.

Рецидив

Жарроҳлик аралашуви (индивидуал):

- радикал ва паллиатив жарроҳлик аралашувларнинг ҳар хил кўламдаги турлари;
- ўсмани эндоскопик парчалаш;
- стентлар ўрнатиш.

Паллиатив химиотерапия (индивидуал).

2) Паллиатив номедикаментоз даво [5, 9, 16, 17]:

Режим:

Шифоҳоналарда, госпиталларда қўлланиладиган ҳаракат режимлари қуйидагича бўлинади: I – қатъий ётоқ режими, II - ётоқ режими, III - палата режими (ярим ётоқ) ва IV - эркин(умумий). Нооадъювант ёки адъювант химиотерапия ўтказилганда - III режим (палата режими). Эрта амалиётдан кейинги даврда – I режим (қатъий ётоқ режими), кейинчалик уни аҳволининг яқшиланиши ва жавроҳатининг битишига қараб, II, III режимгача кенгайтирилади. по мере улучшения состояния и заживления швов.

Пархез:

Амалиётдан кейинги даврда беморлар учун - очлик, кейинчалик 1-, 1а- столга ўтиш билан. Кимё терапия олаётган беморлар учун - №1, 1а.

Амалиётдан кейинги даврда пархезга амал қилиш, меъда саратони беморларига – умр давомида.

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

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

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

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

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

Янги музлатилган плазма:

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

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.

Кимё терапия – бу махсус препаратлар, цитостатиклар ёрдамида саратон хужайраларини йўқ қилиш ёки ўсишини секинлаштиришга қаратилган ҳавфли саратон ўсмаларини медикаментоз даволашдир. Кимётерапия билан саратонни даволаш индивидуал равишда танланган маълум бир схема бўйича мунтазам равишда амалга оширилади. Одатда, ўсма кимётерапияси схемалари дориларнинг маълум комбинацияларини қабул қилишнинг бир неча курсларидан иборат бўлиб, шикастланган тана тўқималарини тиклаш учун дозалар орасидаги паузалар қилиш билан ўтказилади.

Буюрилиш мақсадига қараб кимё терапиянинг бир неча тури фарқланади: тарқалган турларида **паллиативия химиотерапия** қўлланилади.

Паллиатив кимё терапия метастатик саратон ўсмаларини кичрайтириш учун қўлланилади.

Ўсманинг жойлашиши ва турига қараб, кимётерапия турли схемалар бўйича

белгиланади ва ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:

- цитологик ва гистологик тасдиқланган меъда саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узок аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати қониқарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар абсолют сони нормал –200 дан ортиқ бўлганда, тромбоцитлар – 100000 дан ортиқ бўлганда;
- жигар, буйраклар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон фенотипларида (уч қарра негатив, Her2-негатив саратонда) узок даволаш натижаларини яхшилаш.

Палиатив 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, буйраклар);
- ўткир инфекцияон касалликларнинг мавжудлиги;
- руҳий касалликлар;
- битта ёки бир нечта мутахассислар 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.

Метастатик ёки маҳаллий тарқалган саратонни системали терапияси (локал даво ўтказиш кўрсатилмаган)

Терапиянинг биринчи линияси (ИД - А):

1. Трастузумаб (кимё терапия билан)

Трастузумаб 8 мг/кг в/и 1-чи кунга юклама доза, сўнгра 6 мг/кг в/и, ҳар 21 кунда (HER позитив саратон учун) ёки Трастузумаб 6 мг/кг в/и юклама доза 1-кун, кейинчалик 4 мг/кг в/и ҳар 14 кунда (HER позитив саратон учун). Ушбу режимлар фторпиримидинлар (фторурацил ёки капецитабин) ва платина препаратлари (оксалиплатин ёки цисплатин) билан комбинацияда тавсия этилади.

2. Ниволумаб* (PD-L1 CPS \geq 5), HER-2 неготив вариантда, фторпиримидинлар билан комбинацияда (фторурацил ёки капецитабин) ва оксалиплатин билан.

* Ўзбекистон Республикаси ҳудудида регистрациядан ўтмаган

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД-А):

1. Фторурацил ва цисплатин

Цисплатин 75-100 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 750-1000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-4 кунлар.

Цикл ҳар 28 кунда.

Цисплатин 50 мг/м² в/и ҳар куни 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-кун;

Фторурацил 2000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун;

Цикл ҳар 14 кунда.

Цисплатин 80 мг/м² в/и ҳар куни 1-кун; Капецитабин 1000 мг/м² ичишга 1-14 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

2. Фторурацил ва оксалиплатин

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-кун;
Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксин инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;
Цикл ҳар 14 кунда.

Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-кун;
Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 200 мг/м² в/и 1-кун.
Фторурацил 2600 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида 1-кун;
Цикл ҳар 14 кунда.

Капецитабин 1000 мг/м² ичишга, 1-14 кунларда; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-чи кун; Цикл ҳар 21 кунда.

- Фторурация сақловчи режимларда, улар абсолют биоэквивалент бўлганлиги сабабли, ҳам кальций фолинат, ҳам динатрий фолинат қўлланилиши мумкин. Динатрий левофолинат қўлланилганда фолинат дозаси 2 баробар камайтиради.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар (ИД-В):

1. Паклитаксел цисплатин ёки карбоплатин билан
Паклитаксел 135-200 мг/м² в/и 1-кун;
Цисплатин 75 мг/м² в/и 2-чи кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 90 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Паклитаксел 200 мг/м² в/и 1-кун; Карбоплатин АУС 5 в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

2. Доцетаксел ва цисплатин

Доцетаксел 70-85 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 70-75 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

3. Фторпиримидинлар:

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

Фторурацил 800 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-5 кунлар;

Цикл ҳар 28 кунда.

Капецитабин 1000-1250 мг/м² ичишга, на 1-14 дни; Цикл ҳар 21 кунда.

4. Таксанлар:

Доцетаксел 75-100 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 135-250 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1-кун, ҳар ҳафтада; Цикл ҳар 28 кунда.

5. Фтороурацил ва иринотекан

Иринотекан 180 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

6. Модификацияланган DCF

Доцетаксел 40 мг/м² в/и 1-чи кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг/м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и 1-чи кун;

Фторурацил 1000 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цисплатин 40 мг/м² в/и 3-чи кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Доцетаксел 50 мг/м² в/и 1-чи кун; Оксалиплатин 85 мг/м² в/и 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

Доцетаксел 75 мг/м² в/и 1-кун; Карбоплатин АУС 6 в/и 2-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1-3 кунларда;

Цикл ҳар 21 кунда.

7. ECF

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 60 мг/м² в/и 1-кун;
Фторурацил 200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни
1-21 кунларда
Цикл ҳар 21 кунда.

8. Модификацияланган ЕСФ

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-кун;
Фторурацил 200 мг/м² в/и узлуксиз инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни
1-21 кунларда;
Цикл ҳар 21 кунда.

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Цисплатин 60 мг/м² в/и 1-кун; Капецитабин 625
мг/м² ичишга, 1-21 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

Эпирубицин 50 мг/м² в/и 1-кун; Оксалиплатин 130 мг/м² в/и 1-кун; Капецитабин
625 мг/м² ичишга 1-21 кунларда; Цикл ҳар 21 кунда.

Терапиянинг иккинчи ва кейинги линияси

Мақсадга мувофиқ режимлар (ИД - А):

1. Рамуцирумаб ва паклитаксел (1-категория)

Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и 1 ва 15 кунлар; Паклитаксел 80 мг/м² 1, 8 ва 15 кунлар;
Цикл ҳар 28 кунда.

2. Таксанлар:

Доцетаксел 75-100 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 135-250 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1-кун, ҳар ҳафтада; Цикл ҳар 28 кунда.

Паклитаксел 80 мг/м² в/и 1, 8 ва 15 кунлар; Цикл ҳар 28 кунда.

3. Иринотекан

Иринотекан 250-350 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Иринотекан 150-180 мг/м² в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

Иринотекан 125 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цикл ҳар 21 кунда.

4. Фторурацил ва иринотекан

Иринотекан 180 мг/м² в/и 1-кун;

Кальция фолинат (ёки натрия фолинат) 400 мг / м² в/и 1-чи кун; Фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш 1-чи кун;

Фторурацил 1200 мг/м² в/и узлуксин инфузия шаклида 24 соат давомида ҳар куни 1- ва 2- кунлар;

Цикл ҳар 14 кунда.

5. Трифлуридина/типирацила 35 мг/м² дозада кунига 2 маҳал 1–5 ва 8–12 кунлар (даволашнинг учинчи ва кейинги линияси (1-категория)

Цикл ҳар 28 кунда

6. Пембролизумаб

(иккинчи линияда ** маълум бир ҳолатларда фойдали: TMB high юқори мутацион юкламасида (мега базага ≥ 10 мутация) ёки MSI-H юқори кўрсаткичида.

** - кўрсатма ЎЗРда регистрация қилинмаган).

7. Пембролизумаб

(учинчи ** ёки кейинги линия учун CPS ≥ 1 бўйича PD-L1-мусбат экспрессиясида.

** - кўрсатма ЎЗРда регистрация қилинмаган)

Пембролизумаб 200 мг в/и 1-кун; Цикл ҳар 21 кунда.

Бошқа тавсия этиладиган режимлар:

1. Рамуцирумаб (1-категория)

Рамуцирумаб 8 мг / кг в/и 1-кун; Цикл ҳар 14 кунда.

2. Иринотекан ва цисплатин

Иринотекан 65 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цисплатин 25-30 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Цикл ҳар 21 кунда.

3. Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и, FOLFIRI (Иринотекан 150–180 мг/м² в/и, Кальция фолинат 400 мг/м² в/и, 5-фторурацил 400 мг/м² в/и тез юбориш + 2400 мг/м² 46–48 соат) 28 кунлик циклнинг 1 ва 15 кунларида

4. Рамуцирумаб ва иринотекан (агар бемор аввал таксан қатор препаратлари олган ҳолатларда)

Рамуцирумаб 8 мг/кг в/и 1 ва 15 кунлар. Иринотекан 150 мг/м² в/и 1 ва 15 кунлар. Цикл ҳар 28 кунда.

5. Доцетаксел ва иринотекан

Доцетаксел 35 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар; Иринотекан 50 мг/м² в/и 1 ва 8 кунлар;

Цикл ҳар 21 кунда.

Суяк структураларининг метастатик шикастланишида остеомодификацияловчи препаратлар

1. Бисфосфонатлар:

- Золедрон кислота 4 мг в/и, 15 дақиқа давомида ҳар 4 ҳафтада ёки ҳар 3 ойда;
- Памидрон кислота 90 мг в/и, 2-4 соат давомида ҳар 4 ҳафтада ёки ҳар 3 ойда.

Бисфосфонатлардан фойдаланиш суяк метастазлари мавжудлигини аниқлаш ва рентгенологик тасдиқлашдан сўнг дарҳол бошланиши ва буйрак функциясини мунтазам кузатиб бориш (препаратни кейинги юборишдан олдин креатинин даражасини аниқлаш) билан толерантликка қараб чексиз давом этиши керак. Гипокальциемиянинг олдини олиш учун олдиндан мавжуд бўлган гипокальциемия ва D витамини етишмовчилигини коррекцияси, шунингдек, терапия пайтида Ca ва D витамини препаратларидан фойдаланиш тавсия этилади.

2. Деносумаб

Тавсия этиладиган доза 120 мг ҳар 4 ҳафтада 1 марта тери остига қорин, елка ёки сон соҳасига. Терапия дастлабки ойи давомида қўшимча равишда препарат 120мг дозада т/о 8-чи ва 15-кунлар юборилади. Даво курс давомида қўшимча равишда кальций ва витамин D препаратларини қабул қилиш тавсия қилинади.

17-жадвал

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	75 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	карбоплатин	АУС 5-6 1-чи кун, в/и	
Микронайчалар ингибиторлари – таксанлар	доцетаксел	75 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	паклитаксел	175 мг/м ² 1-чи кун, в/и	
Пиримидин антогонистлари – фторпиримидинлар	капецитабин	2000 мг/м ² , 1- 14дни, таблетка, ичишга	А
Ўсиш омили ва уларнинг рецепторларига	трастузумаб	Юклама ва қўлловчи дозаси 3 ҳафтада 1	А

моноклонал антитаналар		марта прогрессиялани шгача, в/и	
	рамуцирумаб	8 мг/кг в/и	А
PD-1 рецепторларига моноклонал антитаналар	пембролизумаб	200 мг в/и 1-кун	А
Топоизомераза 1 ингибиторлари	иринотекан	140 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Топоизомераза 11 ингибиторлари	этопозид	100 мг/м ² 1-5 кунлар, в/и	С
Платина комплекс бирикмалари	оксалиплатин	130 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – флеомицинлар	фторурацил	400 мг/м ² в/и болюс юборилиш	А
Соматостатин аналоги	октреотид	0,1 мг т/о суткада 3 марта	С
	лантреотид	90 мг ҳар 28 кунда 2 ой давомида. 120 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) 60 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта)	С
Иммуносупрессив ва ўсмага қарши таъсирга эга mTOR ингибитори	эверолимус	10 мг ичишга	С
Протеинтирозинкин аза ингибитори	иматиниб	400-800 мг/сут., оғиз орқали, узоқ вақт	А
	сунитиниб	25-50 мг/сут., оғиз орқали, узоқ вақт	А
Бифосфанат гуруҳига мансуб суяк тўқимаси	памидрон кислота	90 мг в/и 4 соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В

резорбцияси ингибитори	золедрон кислота	в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг 3- 4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк тўқимаси резорбцияси ингибитори. Моноклонал антитана	деносумаб	120 мг тери остиға	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17462		

18-жадвал

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Дори- воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлилик даражаси
Ўсмага қарши терапия токсиклигини камайтирувчи препаратлар	кальция фолинат	400 мг/м ² в/и ёки 200 мг/м ² в/и	В
	динатрия фолинат	400 мг/м ² в/и ёки 200 мг/м ² в/и	С
	динатрия левофолинат	200 мг/м ² в/и ёки 100 мг/м ² в/и	С
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17462		

Фаолиятдаги НЭО G1-G3: соматостатин аналоглари (симптоматик терапия).

Октреотид 0,1 мг т/о суткада 3 марта қисқа ват давомида (таҳминан 2 ҳафта) самарадорлигини ва умумий кўтара олишлигини баҳолаш мақсадида, сўнгра Октреотид 20 мг мушак орасига 28 кунда 1 марта.

Агар 3 ой давомида касаллик клиник белгиларининг ва биологик маркерларининг адекват назорати таъминланса, – октреотид 10 мг мушак орасига 28 кунда 1 марта.

Агар 3 ой давомида касаллик клиник белгиларининг ва биологик маркерларининг қисман назорати таъминланса – октреотид 30 мг мушак орасига ҳар 4 ҳафтада.

Ланреотид дастлабки дозаси 90 мг ни ташкил қилади, ҳар 28 кунда 2 ой давомида.

Кейинчалик симптоматиканинг камайишига қараб, доза танланиши керак. Клиник белгиларга («приливлар» ва ичнинг юмшоқ келиши) қараб баҳолаганда жавоб етарли бўлмаганда, доза 120 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) гача кўтарилиши мумкин. Клиник белгиларга («приливлар» ва ичнинг юмшоқ келиши) қараб баҳолаганда жавоб етарли бўлса, доза 60 мг ҳар 28 кунда (4 ҳафта) гача туширилиши мумкин.

Фаолият кўрсатмайдиган НЭО Кi67<2-10%, G1/G2:

- 1) соматостатин аналоглари,
- 2) эверолимус 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгача,
- 3) эверолимус 10 мг ичишга ҳар куни октреотид билан комбинацияда 28 кунда 1 марта, прогрессияланишгача.

Кi67 3-20%, G1/G2:

- 1) фторурацил+эверолимус,
- 2) темозоломид+капецитабин,
- 3) соматостатин аналоглари

Кi67>20%, G3:

- 1) карбоплатин/цисплатин+этопозид,
- 2) темозоломид+бевацизумаб,
- 3) темозоломид+капецитабин+бевацизумаб,
- 4) соматостатин аналоглари

Кимё терапия, кимё-таргет, иммунотерапия схемалари:

- 1) Цисплатин - 80 мг/м² в/и томчилаб 1-чи кун. Этопозид - 120 мг/м² в/и томчилаб 1-3-чи кунлар. Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада;
- 2) Карбоплатин – АУС 4-5. Этопозид 100 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар. Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада;
- 3) Дакарбазин – 200 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар Эпирубицин – 25 мг/м² в/и 1-3-чи кунлар Фторурацил – 250 мг/ м² в/и 1-3-чи кунлар Цикл такрорланиши ҳар 3 ҳафтада;
- 4) Темозоломид - 150 мг/ м² /сут ичишга 7 кун, танаффус 7 кун Бевацизумаб – 5 мг/кг в/и 2 ҳафтада 1 марта

Курс давомийлиги 22 ҳафта;

- 5) Темозоломид - 150 мг / м² /сут ичишга 1-5-чи кунлар Капецитабин – 2 г/ м²

/сут ичишга 1-14-чи кунлар Бевацизумаб – 5 мг/кг в/и 2 ҳафтада 1 марта

Цикл такрорланиши ҳар 28 кунда;

6) XELOX: оксалиплатин 130 мг/м² 1-чи кун, капецитабин 2000 мг/м² суткасига (2 та қабулга бўлиб, эрталаб ва кечқурун) 1-14-чи кунлар;

Ноэпителиал ўсмаларнинг махсус бўлимига GIST кириди. Улар индивидуал гистологик, иммуногистохимёвий ва молекуляр генетик хусусиятларга эга бўлган яқинда ажратилган мустақил нозологик бирликдир. GIST ларнинг аксарияти (>90%) ҳавфли ўсмалардир. Стромал ўсмаларнинг ташхиси ўсма хужайраларида иммуногистохимёвий усул билан Kit (CD117)ни аниқлаш билан тасдиқланади. Бирламчи операбел GIST ҳолатларида ўсмани тубдан олиб ташлаш кўрсатма ҳиобланади. Адьювант мақсадда ёки прогрессияланишгача 1 йил давомида Иматиниб кунига 400 мг фойдаланиш тавсия этилади.

Иматинибга резистентлик бўлса, препаратнинг дозасини кунига 800 мг гача ошириш мақсадга мувофиқдир. Иматиниб билан даволаш фонида прогрессияланиш кузатилганда иккинчи линия сифатида сунитиниб терапиясининг қўлланилишидан (монорежимда ёки иматиниб билан комбинацияда) таскин берувчи натижалар олинди.

Сунитиниб 50 мг/сут дозада оғиз орқали ҳар куни 4 ҳафта давомида, кейинчалик 2 ҳафта танаффус ва давони қайта бошлаш.

6. Жарроҳлик аралашуви [5, 9, 16,17].

Метастатик МСни жарроҳлик усулида даволаш

Паллиатив жарроҳлик аралашувлари турлари:

- Ҳаёт учун ҳавф солувчи ҳолатларда (ҳаёт учун ҳавф солувчи такрорланувчи меъдадан қон кетишда) одатий ёки кенгайтирилган гастрэктомия, Osawa-Garlok амалиёти, проксимал ёки дистал субтотал гастрэктомия (ўсманинг меъдада жойлашишига қараб), лапароскопик дистал субтотал гастрэктомия (тегишли ускуна мавжуд бўлганда).
- Айланиб ўтувчи эзофаго-гастроанастомоз қўйиш (проксимал норезектабел меъда саратонида гастростаз, юқори ичак тутилиши кузатилганда).
- Гастростомия (меъда норезектабел проксимал саратонида дисфагия кузатилганда)

Жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:

- Меъдадан қон кетиш, дисфагия, гастростаз, юқори ичак тутилиши каби асоратлари бўлган меъданинг гистологик тасдиқланган нооперабел ҳавфли ўсмалари.

Жарроҳлик усулида даволашга қарши кўрсатмалар:

- нафас, юрак қон томир, пешоб ажратиш тизимларининг сурункали декомпенсацияланган ва/ёки ўткир функционал бузилишлари;
- умумий оғриқсизлантиришда қўлланиладиган препаратларга аллергик реакциялар.

7. Кейинги назорат:

Вояга етган беморлар, агар меъда саратони учун кемёрадиотерапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, шифокор-онколог кузатуви ва аналгетик (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади [3].

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

Бўйин, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқни контрастли КТси клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади [6]

Текшириш усуллари:

- фиброгастроскопия;
- қзилўнгачнинг, анастомознинг рентгенконтраст текшируви;
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТси;
- ўпкаларнинг рентгенологик 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 қон томирлари ангиографияси;
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси МРТси;

- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + бутун тана компьютер томографияси.

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

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 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;
- «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг физик ҳолати ҳам киради.

9. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И.Переводчиковой, В.А. Горбуновой. Москва 2015г;
2. Brierley JD, Gospodarowicz МК, Wittekind С. TNM Classification of malignant tumours. Eighth edition. – 2019:63;
3. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М.. Энциклопедия хирургии рака желудка: Давыдов М.И. (ed.). М.; ЭКСМО, 2016. – С. 536.
4. Bartley A.N., Washington M.K., Colasacco С. et al. HER2 testing and clinical decision making in gastroesophageal adenocarcinoma: guideline from the College of American Pathologists, American Society of Clinical Pathology, and American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2017; 35(4):446–64.
5. Поддубная И.В., Каприн А.Д., Лядов В.К. Классификация опухолей TNM. 8-я ред. Руководство и атлас. Т. I: Опухоли торакоабдоминальной локализации. М.; Практическая медицина, 2018. – 424 с.
6. Spolverato G., Ejaz A., Kim Y. et al. Use of endoscopic ultrasound in the preoperative staging of gastric cancer: a multi-institutional study of the US gastric cancer collaborative. J Am Coll Surg 2015;220(1):48–56.

7. Bartley A.N., Washington M.K., Colasacco C. et al. HER2 testing and clinical decision making in gastroesophageal adenocarcinoma: guideline from the College of American Pathologists, American Society of Clinical Pathology, and American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2017; 35(4):446–64.
8. Leake P.A., Cardoso R., Seevaratnam R. et al. A systematic review of the accuracy and indications for diagnostic laparoscopy before curative-intent resection of gastric cancer. *Gastric Cancer* 2019;15(Suppl. 1):S38–47.
9. ESMO (клинические рекомендации, г.Барселона, 2019 г.)
10. Bethesda Handbook of Clinical Oncology (James Abraham, James L.Gulley, Carmen J.Allegra, 2010)
11. Oxford Handbook of Oncology (Jim Cassidy, Donald Bisset, Roy A.J.Spence, Miranda Payne, 2010)
12. LeeS.W., EtohT., OhyamaT. etal. Short-term outcomes from a multi-institutional, phase III study of laparoscopic versus open дистал gastrectomy with D2 lymph node dissection for locally advanced gastric cancer (JLSSG0901). *J Clin Oncol* 35;15_suppl:4029–29. DOI: 10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.4029.
13. NCCN guidelines 2021
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf
14. GLOBOCAN 2018: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2017. Accessed November 4th, 2018.
15. Yao JC, etal. Gastrointestinal Cancers Symposium; January20-22, 2011; San Francisco, CA. Abstract 159
16. Pavel ME, Hainsworth JD, Baudin E, et al. Everolimus plus octreotide long-acting repeatable for the treatment of advanced neuroendocrine tumours associated with carcinoid syndrome (Radianr -2): a randomized, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet* 2011;378:2005-2012.Available at: <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/22119496>.
17. ESMO Upper Gastrointestinal Cancers Guidelines 2014/ *Ann Oncol* 2013: 24 (Suppl): vi57-63
18. Moehler M., Shitara K., Garrido M., Salman P., Shen L., Wyrwicz L., et al. Nivolumab (NIVO) plus chemotherapy (chemo) versus chemo as first-line (11) treatment for advanced gastric cancer/gastroesophageal junction cancer (GC/GEJC)/esophageal adenocarcinoma (EAC): First results of the CheckMate 649 study. *Annals of Oncology*, Volume 31 Supplement 4, September 2020.Abstract LBA6_PR.
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-

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
22. Клинические протоколы по диагностики и лечения рак желудка в Республике казахстан/ 2022 г.
23. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности от 3 февраля 2012 года № 202 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности», №202 от 03.02.2012
24. Ge L, Wang HJ, Yin D, Lei C, Zhu JF, Cai XH, Zhang GQ. Effectiveness of 5-fluorouracil-based neoadjuvant chemotherapy in locally-advanced gastric/gastroesophageal cancer: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2012 Dec 28;18(48):7384-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23326149>
25. Nagaraja V, Eslick GD. HER2 expression in gastric and oesophageal cancer: a meta-analytic review J Gastrointest Oncol. 2015 Apr; 6(2):143-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25830034>
26. Gu J, Zheng L, Wang Y, Zhu M, Wang Q, Li X. Prognostic significance of HER2 expression based on trastuzumab for gastric cancer (ToGA) criteria in gastric cancer: an updated meta-analysis. Tumour Biol. 2014 Jun;35(6):5315-21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2455754>
27. Sano T, Coit D, Kim HH, et al. for the IGCA Staging Project. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer
28. Association Staging Project. Gastric Cancer 2016; in press.
29. Kohei Shitara, Toshihiko Doi, Mikhail Dvorkin, Trifluridine/tipiracil versus placebo in patients with heavily pretreated metastatic gastric cancer (TAGS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial Lancet Oncology 2018; 19: 1437-1448 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355453/>
30. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии 2020г. <https://rosoncweb.ru/стандартs/RUSSCO/2020/2020-21.pdf>.
31. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
32. 1 2 Профилактика / Лисицын Ю. П., Трофимов В. В. // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская

энциклопедия, 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

33. Профилактика (в медицине) // Большая советская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978).
34. Перейти обратно:1 2 Профилактика // Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю. С. Осипов. — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.
35. 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
36. Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды Архивная копия от 13 ноября 2018 на Wayback Machine // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему» // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. Архивировано 28 октября 2021 года.
41. Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
42. Число центров медицинской профилактики сокращается // Статья от 08.11.2019 г. «Медвестник». Р. Шевченко
43. Профилактику НИЗ вменяют в обязанность всем медицинским работникам // Статья от 20.01.2020 г. «Медвестник»
44. Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний / Глава 3. Основы

медицинской профилактики. Организационно-правовые основы оказания профилактической помощи населению // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9

45. 1 2 3 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. 1 2 Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9. (Текст в электронном виде Архивная копия от 26 января 2021 на Wayback Machine на сайте monographies.ru)
47. 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. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
49. 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.
50. Реабилитация Архивная копия от 12 мая 2022 на Wayback Machine // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте ВОЗ.
51. Реабилитация больных и инвалидов // 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.).
52. 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).
53. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, Bazzoli F, Gasbarrini A, Atherton J, Graham DY, Hunt R, Moayyedi P, Rokkas T, Ruge M, Selgrad M, Suerbaum S, Sugano K, El-Omar EM; European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/ Florence consensus report. *Gut*. 2016;66:6-30. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302084>
54. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, Marcos-Pinto R, Monteiro-Soares M, O’Connor A, Pereira C, Pimentel-Nunes P, Correia R, Ensari A, Dumonceau JM, Machado JC, Macedo G, Malfertheiner P, Matysiak-Budnik T, Megraud F, Miki K,

- O'Morain C, Peek RM, Ponchon T, Ristimaki A, Rembacken B, Carneiro F, Kuipers EJ; European Society of Gastrointestinal Endoscopy; European *Helicobacter* Study Group; European Society of Pathology; Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSB), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*. 2012;44:74-94. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1291491>
55. Lin JT. Screening of gastric cancer: who, when, and how. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12(1):135-138. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.09.064>
 56. Fock KM. Review article: the epidemiology and prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(3):250-260. <https://doi.org/10.1111/apt.12814>
 57. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis: the updated Sydney System-International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol*. 1996;20:1161-1181. https://journals.lww.com/ajsp/Abstract/1996/10000/Classification_and_Grading_of_Gastritis_The.1.aspx Ссылка активна на 06.05.18. Accessed 06.05.18
 58. Kikuste I, Marques-Pereira R, Monteiro-Soares M, Pimentel-Nunes P, Areia M, Leja M, Dinis-Ribeiro M. Systematic review of the diagnosis of gastric premalignant conditions and neoplasia with high-resolution endoscopic technologies. *Scand J Gastroenterol*. 2013;48:1108-1117. <https://doi.org/10.3109/00365521.2013.825315>
 59. Yao K. The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. *Ann Gastroenterol*. 2013;26(1):11-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959505/pdf/AnnGastroenterol-26-11.pdf> Ссылка активна на 06.05.18. Accessed 06.05.18
 60. Muto M, Yao K, Kaise M, Kato M, Uedo N, Yagi K, Tajiri H. Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer (MESDA-G). *Dig Endosc*. 2016;28(4):379-393. <https://doi.org/10.1111/den.12638>
 61. Abe S, Oda I, Minagawa T, Sekiguchi M, Nonaka S, Suzuki H, Yoshinaga S, Bhatt A, Saito Y. Metachronous gastric cancer following curative endoscopic resection of early gastric cancer. *Clin Endosc*. 2017. <https://doi.org/10.5946/ce.2017.104>
 62. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*. 2011;14(2):113-123. <https://doi.org/10.1007/s10120-011-0042-4>
 63. Fukase K, Kato M, Kikuchi S, Inoue K, Uemura N, Okamoto S, Terao S, Amagai K, Hayashi S, Asaka M; Japan Gast Study Group. Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of

early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;372:392-397. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61159-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61159-9)

64. Chon I, Choi C, Shin CM, Park YS, Kim N, Lee DH. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on subsequent dysplasia development after endoscopic resection of gastric dysplasia. *Korean J Gastroenterol*. 2013;61:307-312. <http://pdf.medrang.co.kr/Kjg/061/Kjg061-06-03.pdf> Ссылка активна на 06.05.18. Accessed 06.05.18
65. Jung DH, Kim J-H, Chung HS, Park JC, Shin SK, Lee SK, Lee YC. *Helicobacter pylori* eradication on the prevention of metachronous lesions after endoscopic resection of gastric neoplasm: a metaanalysis. *PLoS ONE*. 2015;10(4):e0124725. <https://doi.org/10.1111/hel.12146>
66. Затевахин И.И., Лядов К.В., Пасечник И.Н. (eds.). Программа ускоренного выздоровления хирургических больных Fast track. М.; ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 208 с.
67. Gemmill E.H., Humes D.J., Catton J.A. Systematic review of enhanced recovery after gastro-oesophageal cancer surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2015;97:173–9.
68. Feng F., Ji G., Li J.P. et al. Fast-track surgery could improve postoperative recovery in radical total gastrectomy patients. *World J Gastroenterol* 2013;19(23):3642–8.
69. Almeida E.P.M., Almeida J.P., Landoni G. et al. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *Brit J Anaesth* 2017;119(5):900–7.
70. Jo DH, Jeong O, Sun JW, Jeong MR, Ryu SY, Park YK. Feasibility study of early oral intake after gastrectomy for gastric carcinoma. *J Gastric Cancer*. 2011 Jun;11(2):101-8.
71. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al; Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Group. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Br J Surg*. 2014 Sep;101(10):1209-29.
72. Álvarez-Sarrado E. et al. Feeding Jejunostomy after esophagectomy cannot be routinely recommended. Analysis of nutritional benefits and catheter-related complications. *Am J Surg* 217;1:114–20.
73. Sun H.B., Li Y., Liu X.B. et al. Early Oral Feeding Following McKeown Minimally Invasive Esophagectomy: An Open-label, Randomized, Controlled, Noninferiority Trial. *Ann Surg* 2018;267(3):435–42.
74. Steenhagen E., van Vulpen J.K., van Hillegersberg R. et al. Nutrition in perioperative esophageal cancer management. *Expert Review of Gastroenterology Hepatology* 2017;11(7):663–72.
75. Shin K.Y., Guo Y., Konzen B. et al. In patient cancer rehabilitation: the experience of a national comprehensive cancer center. *Am J Phys Med Rehabil* 2011; 90(5):63–8.
76. Bourke L., Homer K.E., Thaha M.A. et al. Interventions to improve exercise behavior in sedentary people living with and beyond cancer: a systematic review. *Br J Cancer* 2014;110:831–41.
77. Arends J., Bachmann P., Baracos V. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11–48.

78. Ajani JA, D'Amico TA, Almhanna K, Bentrem DJ, Chao J, Das P, Denlinger CS, et al. Gastric Cancer, Version 3.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016 Oct;14(10):1286-1312.
79. Smyth E.C., Verheij M., Allum W. E. et al. Gastric Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2016; 27(suppl. 5):v38–v49, <https://www.esmo.org/Guidelines/Gastro-intestinal-Cancers/Pan-Asian-adapted-ESMO> Clinical-Practice-Guidelines-for-the-management-of-patients-with-metastatic-gastric-cancer (accessed on October 10, 2019).
80. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Gastric Cancer Version 2.2019. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf (accessed on July 7, 2019).
81. Kılınc M1, Livanelioğlu A, Yıldırım SA, Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. J Rehabil Med. 2014 May;46(5):454-60. doi: 10.2340/16501977-1271.
82. Oberoi S., Zamperlini-Netto G., Beyene J. et al. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014;9(9):e107418.
83. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. — М.:ИМАПРЕСС, 2009. — с. 29-35
84. Kang J.H., Lee S.I., Lim D.H. et al. Salvage chemotherapy for pretreated gastric cancer: a randomized phase III trial comparing chemotherapy plus best supportive care with best supportive care alone. J Clin Oncol. 2012;30(13):1513–8.
85. Инструкция по применению лекарственного препарата Опдиво (Opdivo). Утверждена Минздравом России: ЛП -004026 от 19.09.2019. [http://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/0001448198/%D0%9B%D0%9F-004026\[2019\]_0.pdf](http://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/0001448198/%D0%9B%D0%9F-004026[2019]_0.pdf)
86. Kim Y.I., Choi I.J. Endoscopic management of tumor bleeding from inoperable gastric cancer. ClinEndosc 2015;48(2):121–7. doi: 10.5946/ce.2015.48.2.121.
87. Imbesi J.J., Kurtz R.C. A multidisciplinary approach to gastrointestinal bleeding in cancer patients. J Support Oncol 2005;3(2):101–10.

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.

