

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" _iyundagi
180-sonli buyrug‘iga
Ilova

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

**"ME'DA SARATONI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT – 2025

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



_____ 2025 yil

"ME'DA SARATONI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT – 2025

Mundarija

ME'DA SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR	5
ME'DA SARATONI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR	53
ME'DA SARATONINING TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR	72
ME'DA SARATONI UCHUN PALLIATIV YORDAM BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR	89

**"ME'DA SARATONI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

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

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

- KXT -10 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
C16	– Me'daning havfli o'smasi
C16.0	– Me'daning kardial qismining havfli o'smasi
C16.1	– Me'da tubining havfli o'smasi
C16.2	– Me'da tanasining havfli o'smasi
C16.3	– Me'da antral qismining havfli o'smasi
C16.4	– Me'daning pilorik qismining havfli o'smasi
C16.8	– Yuqorida aytib o'tilgan lokalizatsiyalardan bir yoki bir nechtasidan tashqariga chiqadigan me'daning havfli o'smasi
C16.9	– Me'daning havfli o'smasi, aniqlashtirilmagan
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1093	

- KXT -11 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
2B72	– Me'daning xavfli hosilasi
2B72.0	– Me'da adenokartsinomasi
2B72.1	– Me'daning xavfli neyroendokrin hosilasi
2A85.1	– Selliksa bog'liq limfoma (mukoassoassotsiirlangan limfoma)
2B58.2	– Me'da leyomiosarkomasi
2B5B.0	– Me'daning gastrointestinal stromal o'smasi
2B72.Y	– Me'daning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B72.Z	– Aniqlanmagan me'daning xavfli hosilalari

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

2025/2028 yil.

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

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

- Multidissiplinar ishchi guruh a’zolari:

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari;
3. Jurayev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo‘limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbayevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
7. Raximov Nodir Maxamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Xayotovna – k.m.n., Toshkent Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Abdukarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a’zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

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

1. Djurayev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi abdominal bo‘limi ilmiy rahbari;
2. Xudoyorov Sanjar Sarvarovich – t.f.d., Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi abdominal bo‘limi mudiri;

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Ligay R.B. – t.f.d., akademik V.V.Voxidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;

Horiждан:

Denish Pendxarkar – professor, Hindiston onkologlari Assotsiatsiyasi prezidenti, Sarvadoya instituti direktori, Faridobod, Hindiston;

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

- **Onkologiya tibbiyot yo‘nalishlari kengashlari yig‘ilishida AGREE usulida muhokamadan o‘tkazilganligi xulosasi va yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma:** Ilmiy Kengashning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 25 mayda bo‘lib o‘tgan.

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

Respublikadan:

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

Horiждан:

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

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

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish

bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

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

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

YUQT	– Yurak-qon tomir tizimi
FEGDS	– fibroezofagogastroduodenoskopiya
EGS	– ezofagogastroskopiya
EKG	– elektrokardiografiya
GIST	– gastrointestinal stromal o‘sma
XELOX	– kimyo terapiya sxemasi: kseloda + oksaliplatin
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – havfli o‘sma kasalliklari bosqichlarining xalqaro tasnifi
JSST	– Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti
ECOG	(ingl. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 balli tizim bo‘yicha davolanishdan oldin, davolanish paytida va undan keyin onkologik bemorning umumiy holatini baholash shkalasi (onkologik kasalliklarni o‘rganish uchun Sharqiy Qo‘shma guruh tomonidan tavsiya etilgan).
RW	– Vasserman reaksiyasi
TMB	– (ingl. Tumor Mutation Burden) O‘sma mutatsiyasining yuklamasi
ALT	– Alaninaminotransferaza
AST	– Aspartataminotransferaza
BSLU	– Qo‘riqchi limfa tugunlari biopsiyasi
PSYA	– Progressiyasiz yashovchanlik
OIV	– Odam immuntanqisligi virusi
v/i	– Vena ichiga
m/o	– Mushak orasiga
MYUCH	– Me‘yorning yuqori chegarasi
GO‘T	– Gormon – o‘rinbosar terapiya

Gr	– Grey
GRG	– Gonadotropin-rilizing gormon
GT	– Gormonoterapiya
GEB	– Gemato-ensefalik barer
HO‘	– Havfli o‘sma
IGX	– Immunogistoximik (tekshirish)
KSF	– Koloniyestimullovchi faktorlar (omillar)
KT	– Kompyuter tomografiya
LD	– Limfodisseksiya
LT	– Nur terapiya
DJM	– Davolovchi jismoniy mashq
HB	– Halqaro birlik
MRT	– Magnit – rezonans tomografiya
Mts	– Metastaz
IH	– Istalmagan hodisalar
UYA	– Umumiy yashovchanlik
QBA	– Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari
KQA	– Ko‘krak qafasi a‘zolari
KCHA	– Kichik chanoq a‘zolari
t/o	– Teri ostiga
BTSYO	– Birlamchi tibbiy sanitar yordam
PXT	– Polikimyoterapiya
PZR	– Polimeraz zanjir reaksiyasi
PET	– Pozitron-emission tomografiya
BMO‘D	– Bir martalik o‘choqli doza
PR	– Progesteron retseptorlari
ER	– Estrogen retseptorlari
QLT	– Qo‘riqchi limfa tuguni (tugunlari)
SO‘D	– Summar o‘choqli doza
UTDG	– Ultratovush dopplerografiya

- UTT – Ultratovush tekshirish
- FSG – Follikulstimullovchi gormon
- XT – Kimyo terapiya
- IF – Ishqoriy fosfataza
- ET – Endokrin terapiya
- ExoKG – Exokardiografiya
- CISH – in situ xromogen gibridlanish
- FISH – in situ fluoressent gibridizatsiya
- # – Preparatni qo‘llash bo‘yicha instruksiyada ko‘rsatilgan qo‘llash uchun ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar, foydalanish usullari va dozalariga muvofiq ishlatilmaydigan preparat (off-label – off-leybl)

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Abdominal onkologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Kimyo terapevtlar;
- Radioterapevtlar;
- Genetiklar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrilar, ordinator va aspirantlar.

- Mazkur nozologiya bo‘yicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.

- Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:

Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash o‘lchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o‘tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi

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

Profilaktika, davolash va reabilitatsiya (profilaktika, davolanish, reabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash o'lchovi

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko'rib chiqish.
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar,
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki
5	qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.

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

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

2. Asosiy qism.

- Kirish

Me'da saratoni (MS) – me'daning havfli o'smasi bo'lib, me'da devorining ichki shilliq qavati hujayralaridan hosil bo'lgan havfli o'smadir [1].

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manbaga havola: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=7&types=1)

Xalqaro Saratonni o'rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda me'da saratonining jami 968 784 yangi holati aniqlangan va ushbu saratondan 660 175 kishi vafot etgan.

MS -polietiologik kasallik bo'lib; asosiy omillar qatoriga quyidagilar kiradi:

1) irsiyat. Quyidagi irsiy saraton turlari va MS rivojlanish xavfini orttiruvchi irsiy sindromlar ajratiladi:

a. irsiy diffuz MS. Auosom-dominant sindrom bo'lib, unda Ye-kargerin molekulasi tufayli hujayraning adgeziyasini ta'minlovchi CDH1 genida mutatsiyalar mavjud bo'ladi. Bu uzuksimon- hujayrali saratonning rivojlanishiga olib keladi va u 30-50% hollarda aniqlanadi. 80 yoshga kelib MS rivojlanish xavfi erkaklarda 67% va ayollarda 83% ga etadi. MS aniqlanishining o'rtacha yoshi 37 yoshni tashkil qiladi;

b. Linch (Lynch) sindromi (irsiy polipoz bo'lmagan yo'g'on ichak saratoni, NNRTK). MS rivojlanish xavfi 1 dan 13 % gacha;

s. yuvenil polipoz sindromi. MS rivojlanish xavfi 21% ga etadi;

d. Peyts–Yegers (Peutz–Jeghers) sindromi. MS rivojlanish xavfi 29% ga etadi;

e. oilaviy adenomatoz polipoz. Unda MS rivojlanish xavfi 1-2% ni tashkil qiladi;

2) *Helicobacter pylori* bilan infitsirlanish;

3) zararli odatlar – chekish;

4) alimantar – spirtli ichimliklar, tuzlangan, qovurilgan, konservalangan, marinatsiyalangan, ziravorli ovqatlarni suiiste'mol qilish; mikitoksinlar bilan zararlangan mahsulotlarni iste'mol qilish; sikroelementlari va vitaminlarning yetishmasligi.

Fon kasalliklari: surunkali atrofik giperplastik gastrit, adenomatoz polioplalar, zararli anemiya, me'da rezeksiyasidan keyingi holatlar, Menetriye kasalligi (gipertrofik gastropatiya, giperplastik gigant-burmali gastrit) [1-6]

Har yili respublikada me'da saratonining 2000 dan ortiq yangi holatlari qayd etiladi. G'arbiy Yevropada me'da saratoni bilan og'rigan bemorlarning 5 yillik yashovchanlik darajasi 18%, AQSHda - 21%ni tashkil qiladi.

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda O'zbekiston Respublikasida me'da saratoni uchrashi bo'yicha saraton kasalliklari ichida 2-o'rinni egallaydi va 100 ming aholiga nisbatan 5,6 tani tashkil etadi. 2022 yilda birinchi marta MS bilan kasallangan jami 2019 bemor aniqlandi. Ulardan 10,9% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. MS morfologik tasdiqlangan tashxisi

bo'lgan bemorlarning ulushi 93,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 1,4%, II bosqichida 31,1%, III bosqichida 38,9% va IV bosqichida 26,9% holatlar aniqlangan. bemorlarning 1,7 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida dispanser nazorati ostida me'da saratoni bilan kasallangan 4888 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 13,6 ni tashkil etdi (erkaklar orasida 1 o'rin). Respublikada MS bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 31,2% va 1 yillik o'lim darajasi 28,4% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 1409 bemor me'da saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 3,9 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi. Saratondan o'lim bo'yicha MS erkak aholi orasida 1-o'rinni (13,8%) va ayol aholi orasida esa 3-o'rinni (7,1%) egallaydi.

- Klinik tasnifi

Keyingi yillardagi deskriptiv va analitik epidemiologik tadqiqotlar me'da saratoni etiologiyasida turmush tarzi omillarining o'rni borligini ko'rsatmoqda. Saraton xavfining isbotlangan omili *Helicobacter pylori* hisoblanadi.

1. HKT-0 kodlari bilan epiteliya o'smalari va preinvaziv jarayonlarning xalqaro gistologik tasnifi (JSST, 2019) [5]:

Havfsiz epiteliyal o'smalar va preinvaziv jarayonlar

8148/0 Past malignizatsiyalanish havfi bo'lgan bezli intraepitelial o'sma

8148/2 Yuqori malignizatsiyalanish havfi bo'lgan bezli intraepitelial o'sma

8213/0 Past malignizatsiyalanish havfi bo'lgan tishsimon displaziya *

8213/2 Yuqori malignizatsiyalanish havfi bo'lgan tishsimon displaziya *

Ichak tipidagi displaziya

Chuqurcha tipidagi displaziya (me'da tipidagi)

Me'da kriptalari displaziyasi

8144/0 Past malignizatsiyalanish havfi bo'lgan ichak tipidagi adenoma*

8144/2 Yuqori malignizatsiyalanish havfi bo'lgan ichak tipidagi adenoma *

Ichak tipidagi sporadik me'da adenomasi

Ichak tipidagi sindrom me'da adenomasi

8210/0 Past malignizatsiyalanish havfi bo'lgan adenomatoz polip*

8210/2 Yuqori malignizatsiyalanish havfi bo'lgan adenomatoz polip *

Havfli epiteliyal o'smalar

8140/3 Adenokarsinoma QT (qo'shimcha tushuntirishsiz (rus. - BDU))

8211/3 Tubulyar adenokarsinoma
8214/3 Pariyetal hujayrali saraton
8255/3 Aralash tuzilishdagi adenokarsinoma
8260/3 Papillyar adenokarsinoma QT
8265/3 Mikropapillyar saraton QT
8430/3 Mukoepidermoid saraton
8480/3 Shilliqli (mutsinoz) adenokarsinoma
8490/3 Uzuksimon hujayrali saraton
8490/3 Diffuz saraton (poorly cohesive carcinoma)
8512/3 limfoid stromali medullyar saraton
8576/3 Gepatoid adenokarsinoma
Panet hujayrali saraton
8070/3 Yassi hujayrali saraton QT
8560/3 Bezli-yassi hujayrali saraton
8020/3 Differensiallashmagan saraton QT
8014/3 Rabdoid fenomenli yirik hujayrali saraton
8022/3 Pleomorf saraton
8033/3 Sarkomatoid saraton
8035/3 Osteoklastsimon gigant hujayrali saraton
8976/1 Gastroblastoma*
8240/3 Neyroendokrin o'sma QT
8240/3 Neyroendokrin o'sma G1
8249/3 Neyroendokrin o'sma G2
8249/3 Neyroendokrin o'sma G3
8153/3 Gastrinoma QT
8156/3 Somatostatinoma QT
8241/3 Enterokromaffin hujayrali karsinoid
8242/3 ECL-hujayrali karsinoid
8246/3 Neyroendokrin saraton QT
8013/3 Yirik hujayrali neyroendokrin saraton
8041/3 Mayda hujayrali neyroendokrin saraton

* JSSTning ushbu tasnifi (2019) ga birinchi bor kiritilayotgan nozologik birliklar [8]

1. Invaziv MSni Lauren (P. Laurén) (1965) bo'yicha gistologik tasnifi [5]:

1. Ichak tipi: adenokarsinoma turli kalibrdagi papillyar va/yoki bezli tuzilmalar, shuningdek solid sohalari bilan ifodalanadi, shilimshiq hosil qilishning ifodalanganligi muhim emas (prototip – ichak tipidagi adenokarsinomasi).

2. Diffuz tip: adenokarsinoma tuzilishning bezli, papillyar yoki solid qismlarini shakllantirmasdan, hujayra ichidagi va hujayradan tashqari mutsin tarkibini o'zgaruvchanligi bilan diffuz o'sadigan hujayralar bilan ifodalanadi. O'sma hujayralari ham uzuksimon, ham uzuksimon bo'lmagan morfologiyaga ega bo'lishi mumkin (prototip - uzuksimon hujayrali saraton).

3. Aralash tip: adenokarsinoma ichak va diffuz turdagi sohalarning turli kombinatsiyalari bilan ifodalanadi.

4. Tasniflanmaydigan tip: Ushbu turga yuqorida tavsiflangan turlarning birortasining morfologik xususiyatlariga ega bo'lmagan me'da saratonining barcha turlari kiradi [3].

Me'da saratonining boshqa morfologik tasnifi (Goseki, Ming va boshq.) ham qo'llanilsa bo'ladi, ammo, gistologik hulosaning majburiy elementi hisoblanmaydi.

2. MSning makroskopik tasnifi [5]:

1. «Erta» MS (T1N0–3M0):

- 0 tip – yuzaki yassi o'smalar:
- 0-I tip – ko'tarilish (o'smaning balandligi shilliq qavat qalinligidan 2 va undan ko'p ko'tarilib turadi);
- 0-II tip – yuzaki:
 - 0-IIa – ko'tarilgan tip;
 - 0-IIb – yassi tip;
 - 0-IIc – chuqurlashgan.
- 0-III tip – yaralangan (shilliq qavatda yarali defekt).

2. Tarqalgan me'da saratoni:

- I tip – zambarag'simon yoki polipsimon;
- II tip – yarali, aniq chizilgan chegarali (likopcha shaklida);
- III tip – yarali-infiltrativ;

- IV tip – diffuz-infiltrativ (linitis plastica);
- V tip – tasniflanmaydigan o‘smalar.

3. MSni TNM 8 nashr tizimi bo‘yicha tasniflanishi [5]:

MSni bosqichlash klinik tekshiruv natijalariga asoslanadi (cTNM) [3]; uzoq metastazlar bo‘lmasa, jarrohlik materialini gistologik tekshirish natijalari asosida yakuniy bosqich operatsiyadan keyin belgilanadi (rTNM). Unda quyidagi parametrlarni baholash kerak:

1) me‘da devoriga o‘sma invaziyasining chuqurligi va uning chegaralaridan tashqarida chiqishi ("T"toifasi);

2) olib tashlangan limfa tugunlari soni va metastazlar bilan zararlangan limfa tugunlari soni ("N" toifasi); "N" toifasini aniqlash uchun kamida 16 ta olib tashlangan limfa tugunlarini tekshirish kerak.

O‘sma kombinatsiyalangan yoki kompleks davolash paytida yoki undan keyin darhol baholangan hollarda, cTNM yoki pTNM toifalarining qiymatlari "u"prefiksi bilan belgilanadi. ycTNM yoki ypTNM qiymatlari tekshirish vaqtida o‘smaning tarqalishini tavsiflaydi.

Qizilo‘ngach-me‘da birikmasi sohasi o‘sma jarayonida ishtirok etganda, markazi qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 2-5 sm pastda joylashganda (Zivert bo‘yicha III tip), adenokarsinomani MS deb tasniflanadi va davolanadi. Agar qizilo‘ngach-me‘da birikmasi sohasini o‘z ichiga olgan adenokarsinomaning markazi tishsimon chizig‘i sohasida joylashgan bo‘lsa, ya‘ni. qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 2 sm pastda va 1 sm yuqorida bo‘lsa (Zivert bo‘yicha II turi) yoki qizilo‘ngachning pastki uchdan bir qismida qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 1-5 sm yuqorida bo‘lsa (Zivert bo‘yicha I turi), jarayon qizilo‘ngach saratoni deb tasniflanadi va davolanadi.

Zivert bo‘yicha I va II tip kardioezofagial soha adenokarsinomasining lokal shakllarini davolash taktikasi qizilo‘ngach saratoni davolash taktikasiga o‘xshash, tarqalgan va metastatik shakllarini davolash esa tarqalgan MSni davolashga o‘xshaydi [3].

TNM tizimi bo‘yicha MS tasnifi va saraton bo‘yicha Amerika qo‘shma qo‘mitasining (American Joint Committee on Cancer, AJCC) 8-nashriga ko‘ra bosqichlar bo‘yicha guruhlash 2 va 3 - jadvallarda keltirilgan.

1-jadval. AJCC TNM-tasnifi (8-nashr, 2017) [5]:

TNM tasnifi

<i>T – birlamchi o‘smaning xususiyatlari, ya’ni me’da devoriga o‘sma invaziyasining maksimal chuqurligi</i>	
Tx	Birlamchi o‘smanni baholash imkonsiz
T0	Birlamchi o‘sma borligi haqida ma’lumot yo‘q
Tis	in situ karsinoma (shilliq qavat ichidagi o‘sma, hususiy plastinkaga invaziyasiz) / og‘ir displaziya
T1	O‘sma shilliq qavatning hususiy plastinkasini yoki mushak plastinkasini, shilliq osti qavatni egallaydi
T1a	O‘sma shilliq qavatning hususiy plastinkasini yoki mushak plastinkasini egallaydi
T1b	O‘sma shilliq osti qavatni egallaydi
T2	O‘sma mushak qavatni egallaydi
T3	O‘sma visseral qorin parda yoki qo‘shni tuzilmalarga o‘sib o‘tmagan holda subseroz qavatni zararlaydi; bu guruhning o‘smalariga, bu tuzilmalarni qoplaydigan visseral qorin pardani zararlamagan holda me’da-chambar ichak va me’da-jigar boylamlariga, katta va kichik charviga invaziyasi bo‘lgan o‘smalar ham kiradi; me’da boylamlarini va charvini qoplaydigan qorin pardaning perforatsiyasi mavjud bo‘lganda. o‘sma T4 deb tasniflanadi
T4	O‘sma seroz pardaga (visseral qorin pardaga) yoki qo‘shni tuzilmalarga tarqaladi (o‘smaning o‘n ikki barmoqli ichakka yoki qizilo‘ngachga intramural tarqalishi qo‘shni tuzilmalarga tarqalishi hisoblanmaydi, lekin istalgan ushbu sohalarga maksimal chuqurlik holatida "T" ni tavsiflash uchun qo‘llaniladi)
T4a	O‘sma seroz qavatga (visseral qorin pardaga) tarqalgan
T4b	O‘sma taloq, ko‘ndalang chamber ichak, jigar, diafragma, me’da osti bezi, qorin old devori, buyrak usti bezi, buyrak, ingichka ichak, qorin parda orti soha kabi qo‘shni tuzilmalarga tarqaladi
<i>N – regional limfa tugunlari holatining xususiyatlari (pN ni aniq baholash uchun kamida 16 ta limfa tugunlarini olib tashlash va tekshirish kerak)</i>	
Nx	Regional limfa tugunlarini baholash imkonsiz
N0	Regional limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas
N1	1-2 regional limfa tugunlarining shikastlanishi
N2	3-6 regional limfa tugunlarining shikastlanishi
N3	7 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarining shikastlanishi:

	<ul style="list-style-type: none"> N3a: 7-15 regional limfa tugunlarining shikastlanishi N3b: 16 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarining shikastlanishi
<i>M – uzoq metastazlar tavsifi</i>	
Mx	Uzoq metastazlarning mavjudligini aniqlab бўлмайди
M0	Uzoq metastazlar mavjud emas
M1	Uzoq metastazlar mavjud ёки қорин парда ювиндисиди /биоптатларда ўсма хужайралари mavjud

4. Me'da saratonining bosqichlar bo'yicha tasniflanishi:

2-jadval. Me'da saratoni: bosqichlar bo'yicha (prognosti guruhlar bo'yicha) guruhlash [5]:

MSni TNM, 8-nashr, 2017 y. bo'yicha tasniflash											
klirik				patomorfologik				neoad'yuvant terapiyadan so'ng			
Bosqich	cT	cN	cM	Bosqich	pT	pN	M	Bosqich	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
				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 yoki N3	M0	IIIA	T2	N3a	M0	III	T4a	N1	M0
	T4a	N1,N2 yoki N3	M0		T3	N2	M0		T3	N2	M0
					T4a	N1	M0		T2	N3	M0

					T4b	yoki N2 N0					
				IIIB	T1	N3b	M0		T4b	N0	M0
					T2	N3b			T4b	N1	
					T3	N3a	M0		T4a	N2	M0
					T4a	N3a					
					T4b	N1 yoki N2	M0		T3	N3	M0
				IIIC	T3	N3b	M0		T4b	N2	M0
					T4a	N3b			T4b	N3	
					T4b	N3a yoki N3b	M0		T4a	N3	M0
IVA	T4b	Har qanday	M0	IV	Har qanday	Har qanday	M1	IV	Har qanday	Har qanday	M1
IVB	Har qanday ay T	Har qanday	M1		T	N			T	N	

5. Gastrointestinal stromal o'sma [5] TNM tasnifi:

T – Birlamchi o'sma;

TX – Birlamchi o'smani baholash imkonsiz;

TO – Birlamchi o'sma haqida ma'lumot yo'q;

T1 – 2 smdan katta bo'lmagan o'sma;

T2 – eng katta o'lchami 2 smdan katta, ammo 5 smdan katta bo'lmagan o'sma;

T3 – eng katta o'lchami 5 smdan katta, ammo 10 smdan katta bo'lmagan o'sma;

T4 – eng katta o'lchami 10 smdan katta o'sma;

N – Regional limfa tugunlari;

NX - Regional limfa tugunlarini baholash mumkin emas;

N0 - Regional limfa tugunlarining metastazlari yo'q;

N1 - 1-2 regional limfa tugunlarida metastazlar;

N2 - 3-6 regional limfa tugunlarida metastazlar;

N3 - 7 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarida metastazlar;

N3a - 7-15 regional limfa tugunlarida metastazlar;

N3b – 16 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarida metastazlar;

* GISTda regional limfa tugunlar kamdan-kam zararlanadi, shuning uchun, limfa tugunlarining holatini klinik yoki morfologik jihatdan baholash mumkin bo‘lmagan holatlarda, Nx yoki pNx o‘rniga N0 deb hisoblanadi.

M – Uzoq metastazlar;

M0 – Uzoq metastazlar yo‘q;

M1 – Uzoq metastazlar bor.

6. pTNM patogistologik tasnif:

pT, pN, pM kategoriyalarni aniqlash uchun talablar, T, N, M kategoriyalarni aniqlash talablariga javob beradi.

Eslatma: pN0 gistologik tekshiruv odatda 15 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarini o‘z ichiga oladi.

G – gistopatologik differensirovka;

GX – Differensiatsiya darajasini aniqlab bo‘lmaydi;

G1 – yuqori differensiallashgan;

G2 – o‘rta differensiallashgan;

G3 - past differensiallashgan;

G4 – differensiallashmagan saraton.

7. Prognostik omillar

3-jadval. Me‘da saratonini prognostik omillari:

<i>Prognostik omillar</i>	<i>O‘sma bilan bog‘liq</i>	<i>Organizm bilan bog‘liq</i>	<i>Atrof muhit bilan bog‘liq</i>
Asosiy	N kategoriya M kategoriya HER2 status		Qoldiq kasallik: R0, R1 or R2
Qo‘shimcha	O‘sma tarafidan: kardial yoki distal me‘da Gistologi tip Tomirlarga	Yoshi	Rezeksiya darajasi

	infiltratsiya		
Yangi va perspektiv	Molekular profil	Irq: Osiyolik yoki osiyolik emas	

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

Tashhislash mezonlari [1]:

- Shikoyatlari va anamnez:

Me'da saratonining patognomonik belgilari aniqlanmagan.

Bemorning shikoyatlari turli xil me'da kasalliklarining (surunkali gastrit, me'da yarasi va boshqalar.) belgilari bilan bir hil bo'lishi mumkin.

- Epigastral sohada og'riq;
- Disfagiya;
- Ko'ngil aynish;
- Qayt qilish (shu jumladan «kofe quyqasi» shaklida);
- Ishtaha yo'qolishi;
- Vazn yo'qotish.

- Fizikal tekshirishlar

- Me'da saratonining kechki bosqichlarida ko'pincha og'ir adinamiya hisobiga bemor majburiy holatda bo'ladi.
- Yuzni tekshirganda, ko'zning porlashi va tirikligi pasayishi mumkin.
- Terining rangparligi me'da-ichakdan qon ketishni bildirishi mumkin. Me'da saratonining kechki bosqichlari bo'lgan bemorlarda teri mumsimon yoki tuproqsimon rangli holatga keladi.
- Ba'zi hollarda, qorin bo'shlig'ining simpatik tugunlariga metastazlarning rivojlanishi natijasida terining yaqqol diffuz giperpigmentatsiyasi ham kuzatilishi mumkin.
- Me'da saratonining kechki bosqichlarida terining qurishi va uning turgorining pasayishi ham qayd etiladi.
- Kaxeziya darajasiga yetgan aniq vazn yo'qotish distal me'da saratonida kuzatiladi.

Bunday hollarda bemorlarda oqsilsiz shish paydo bo'ladi.

- Keyingi bosqichlarda, chap to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak oyoqlari orasidagi o'mrov usti sohasida, qo'shni teriga yopishmagan notekis yuzasi bo'lgan zich limfa tugunini aniqlash mumkin (Virxov metastazi).
- Og'iz bo'shlig'ini tekshirganda, me'da saratoni bilan og'rigan bemorlarda og'izdan ko'lansa hid kelishi mumkin – bu me'da havfli o'smasi parchalanishining belgisi.
- Epigastral sohada qorin devorining bo'rtib chiqishi me'da saratonining o'tib ketgan shakllarida kuzatiladi. O'tkir vazn yo'qotishda, ba'zi hollarda me'da konturlarini, uning kichik va katta egriligini vizual ravishda aniqlash mumkin.
- Pilorusning o'sma stenozi rivojlanida ba'zi bemorlarda qorin old devorini cheklangan joylarda ko'tarilib, epigastral soha qorin devorining yengil silkitgandan keyin aniqroq ko'rinadigan davriy to'lqinli harakatlar aniqlanadi.
- Qorin old devorini palpatsiya qilishda me'da o'smalari asosan me'daning distal qismlarida (antrum, pilorik) joylashganda aniq palpatsiya qilinadi va diametri bir necha santimetrgacha yetishi mumkin.
- Perkussiya yordamida me'daning pastki chegarasining holatini aniqlab olish mumkin va Traube makonidagi o'zgarishlarni aniqlanadi (me'daning subkardial qismi saratonida).

Laborator tekshirishlar [20]:

Sitologik tekshirish (atipik hujayralar hajmining gigant darajagacha o'sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o'zgarishi, yadro hajmining kattalashishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining yetukligining turli darajasi, yadrochalar soni va shaklining o'zgarishi);

Gistologik tekshirish: (sitoplazmasi aniq ifodalangan katta poligonal yoki boshqoq shaklidagi hujayralar, mitozlar mavjud bo'lgan aniq yadrochali yumaloq yadrolar, hujayralar keratin hosil qilib yoki qilmay yacheykalar va tortishmalar shaklida joylashadi, qon tomirlarida o'sma emboli mavjudligi, limfotsitar-plazmotsitar infiltratsiyaning ifodalanganligi, o'sma hujayralarining mitotik faolligi):

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

Bemorni kompleks genom profillash, klinik kechishiga ko'ra, yuqori progressiyalanuvchi agressiv o'smalarda, ananaviy o'smaga qarshi davodan samara bo'lmagan o'smalarda qo'llaniladi.

Instrumental tekshiruvlar [ID-A]:

- Fibroezofagogastroduodenoskopiya (shilliq qavatdagi nuqsonni ko‘rish, uning hajmi va tabiatini aniqlash, gistologik tekshirish uchun to‘qimalarning bir qismini olish imkonini beradi);
- Qizilo‘ngachni kontrastli rentgen tekshiruvi, me‘dani kontrastli rentgen tekshiruvi (ikki marotaba kontrastlash) (me‘da havfli o‘smalarini tarqalishi va davomiyligini aniqlashga, shuningdek jarrohlik aralashuv taktikasini belgilashga imkon beradi);
- Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o‘t qopi, me‘da osti bezi, taloq, buyraklar, o‘mrov usti l/tugunlar) (qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti sohaning kattalashgan l/ tugunlarining exogen mavjudligi, qorin bo‘shlig‘ida metastazlarning mavjudligi, shuningdek, me‘da havfli o‘smalarining qo‘shni tuzilmalarga o‘sib o‘tishi);
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti sohaning kompyuter tomografiyasi (qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti sohaning kattalashgan l/tugunlari mavjudligini aniqroq ko‘rish, qorin bo‘shlig‘ida metastazlar mavjudligi, shuningdek, me‘da havfli o‘smalarining qo‘shni tuzilmalarga o‘sishi).
- Morfologik tekshirish –me‘da saratonini boshqa kasalliklar bilan differensial tashxislashning asosiy usulidir. Biopsiyada havfli hujayralarni aniqlash qizilo‘ngach saratonini aniq ko‘rsatadi, garchi bitta olingan materialda o‘sma belgilarining yo‘qligi bu kasallikni istisno qilmaydi. Faqat dinamik kuzatuv davomida takroriy manfiy natijalar kuzatilganda patologik jarayonni havfsiz deb hisoblash mumkin.

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo‘yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha filtratsiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);

- 10.V va C virusli hepatitlari uchun PZR (sifatli)
- 11.Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
- 12.Fibroezoqogastroduodenoskopiya biopsiya bilan;
13. Qizilo'ngachni kontrastli rentgen tekshiruvi (ikki tomonlama kontrast);
14. Kontrastli me'dani rentgenologik tekshirish (ikki tomonlama kontrast);
- 15.Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, o'mrov usti limfa tugunlari);
- 16.Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi kompyuter tomografiyasi;
- 17.Bioptatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*;
- 18.Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
- 19.Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
- 20.EKG;
- 21.ExoKG;
- 22.Butun tana PET/KTsi**;
23. Kontrastlash bilan MSKT ***;

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. V va C hepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
- 13.Miyelogramma;
- 14.Periferik qon IFTsi;
- 15.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;

16. Standart –sitogenetik tekshirish;
17. FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
18. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
19. Ortopantomogramma;
20. Ko‘krak segmentini kompyuter tomografiyasi;
21. Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
22. Bronxoskopiya;
23. Kolonoskopiya;
24. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
25. Spirografiya;
26. Bosh miya MRTsi;
27. Plevral bo‘shliq, periferik limfa tugunlar, kichik chanoq, qovuq UTTsi;
28. Xolter – monitorlash bilan EKG

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

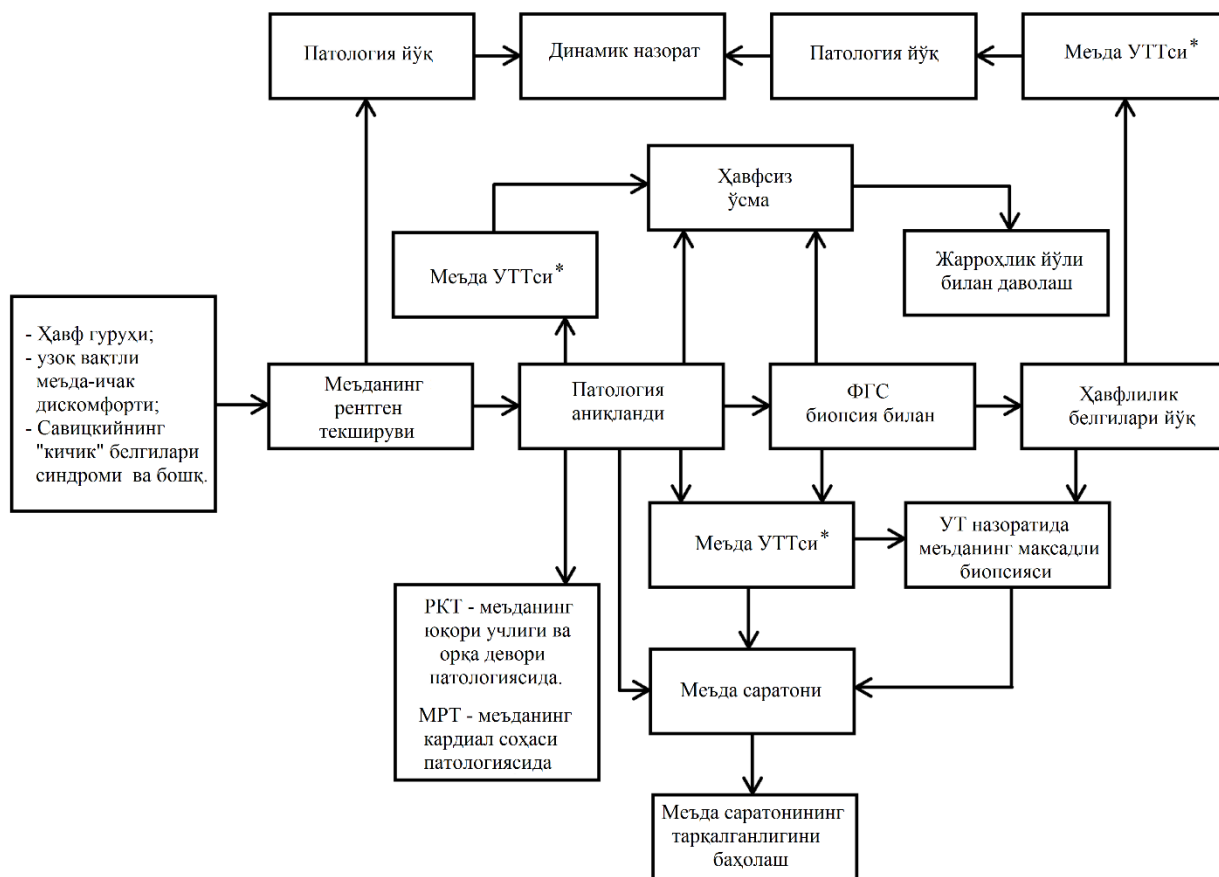
*** PET/KT o‘tkazish mumkin bo‘lmagan hollarda.

- Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

- **Kardilog ko‘rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YUQT da patologiyasi bo‘lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko‘rigi** (kichik chanoq a‘zolarida hajmli hosila belgilari bo‘lgan ayollarda, oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);
- Me‘da saratonini davolash boshlanishidan oldin **akusher-ginekolog/reproduktologning maslahati** zarur, agar bemor kelajakda farzand ko‘rishni xohlasa, yordamchi reproduktiv texnologiyalarning mumkin bo‘lgan variantlarini muhokama qilish, shuningdek, tug‘ish yoshidagi bemorlarda o‘smaga qarshi dori terapiyasi davrida, yaqin kelajakda va undan keyin istalmagan homiladorlikning oldini olish uchun ishonchli kontratseptiv vositalardan foydalanish masalasida [5];
- **nevropatolog ko‘rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo‘qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko‘rigi** (endokrin a‘zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo‘lgan taqdirda);

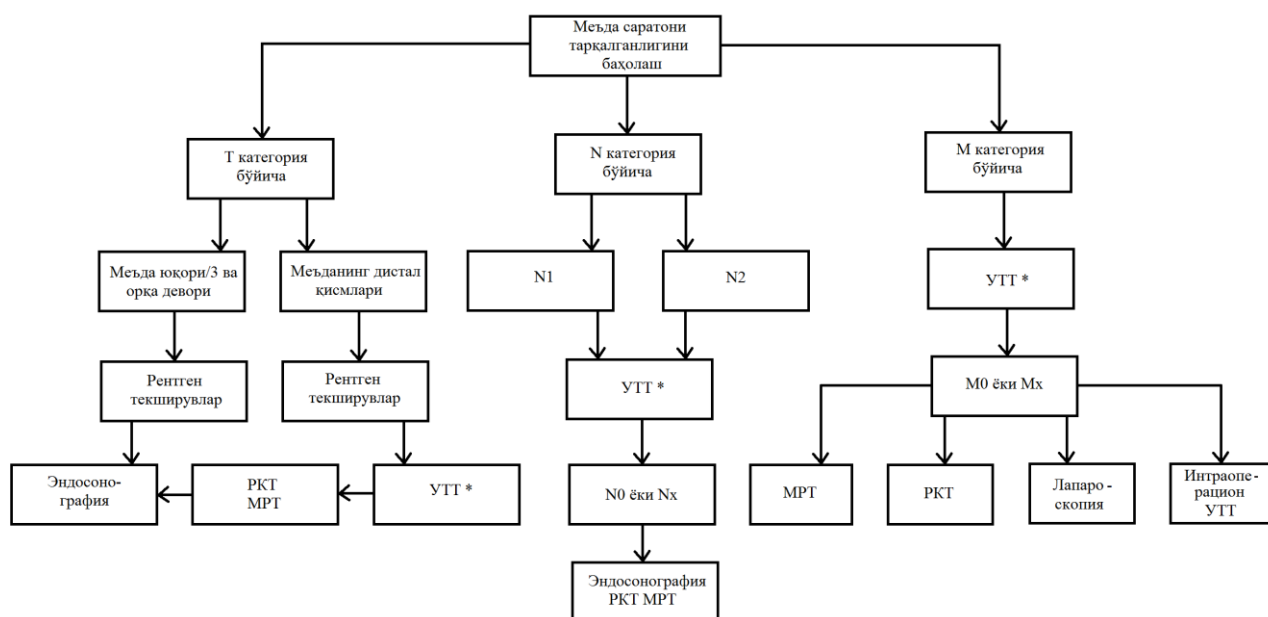
- **qon-tomir jarrohi ko‘rigi** (varikoz kasallik, tug‘ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo‘lgan hollarda);
- **pulmonolog ko‘rigi** (o‘pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo‘lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig‘lanish jarayonidan keyin).
- **hamroh patologiyalar mavjud bo‘lganda, boshqa mutaxassislar ko‘riklari:** ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo‘lsa), yuqumli kasalliklar bo‘yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo‘lsa) va boshqalar.
- **nefrolog ko‘rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo‘lganda).

- **Diagnostik algoritm:**



1-rasm. Me'da patologiyasiga gumon qilingandagi diagnostik algoritm

*- UTT qon oqimi SDKsi, ED, exokontrastlash bilan



2-rasm. Me'da saratonini tarqalganligini aniqlashda (TNM bo'yicha) nur tekshirishlari algoritmi

*- UTT qon oqimi SDKsi, ED, exokontrastlash bilan

- Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

4-jadval. Me‘da saratonini differensial tashhislash

Tashhis	Qiyosiy tashhis uchun asoslash	tekshirish	Tashhisni inkor qilish mezonlari
Yara kasalligi	Yaraning havfli tabiatini istisno qilish uchun nuqsonning chekkalaridan va yaraning tubidan bir nechta biopsiya olish zarur.	me‘da yara kasalligi aniqlangandan 8-12 hafta o‘tgach, FGDS va biopsiya qilish majburiydir.	
Me‘da poliplari	Poliplarning havfli tabiatini istisno qilish uchun biopsiya o‘tkazish zarur.	Poliplarning kattaligi kichik bo‘rtiqdan me‘da saratonini imitatsiyalovchi katta polipoid massalargacha o‘zgarishi mumkin.	Poliplar, odatda FGDS yoki rentgen tekshiruvi paytida tasodifiy topilma hisoblanadi.
Me‘da limfomasi	Ko‘pincha Helicobacter pylori infeksiyasi bilan bog‘liq bo‘ladi	Umumiy quvvatsizlik, tez charchash, epigastral sohada og‘riq, tez to‘yinganlik hissi va anoreksiya xarakterlidir.	Tiplashni verifikatsiya qilish uchun immunogistokimyoviy tekshiruv bilan chuqur biopsiya o‘tkazish zarur, gap ko‘pincha V-hujayrali limfoma haqida ketmoqda.
Me‘da sarkomasi	Ko‘pincha me‘daning old yoki orqa devorini egallagan leyomiosarkoma bilan ifodalanadi.	Tashhisni verifikatsiya va tiplash uchun biopsiya talab qilinadi	Sekin o‘sish, yaralanish va qon ketish bilan tavsiflanadi; limfa tugunlarining shikastlanishi xarakterli emas.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi.

1) Nomedikamentoz davo [16]:

- №1 stolga amal qilish, me'da saratoni buyuymorlari uchun bir umrdir.
- Bandaj taqish, fizik zo'riqishni cheklash – 6 oy davomida;
- Sog'lom turmush tarziga, to'g'ri ovqatlanish, uyqu va dam olish rejimiga rioya qilish.

2) Medikamentoz davo:

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

Kimyo terapiya – bu maxsus preparatlar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarini yo'q qilish yoki o'sishini sekinlashtirishga qaratilgan havfli saraton o'smalarini medikamentoz davolashdir. Kimyoterapiya bilan saratonni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo'yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. Odatda, o'sma kimyoterapiyasi sxemalari dorilarning ma'lum kombinatsiyalarini qabul qilishning bir necha kurslaridan iborat bo'lib, shikastlangan tana to'qimalarini tiklash uchun dozalar orasidagi pauzalar qilish bilan o'tkaziladi.

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan): yo'q.

5-jadval. Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Ftorpirimidinlar	Kapetsitabind	2000-2500 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletka, ichishga	A
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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) Jarrohlik aralashuvi: yo'q.

4) Keyingi davolash: yo'q.

5) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari: yo'q.

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

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

- 24 soatlik yoki kunduzgi shifoxonada kuzatishni talab qiladigan murakkab intervension diagnostik tibbiy aralashuvlarni amalga oshirish zarurati;
- ixtisoslashgan o‘smaga qarshi davolash uchun ko‘rsatmalar (jarrohlik aralashuvi, NT, shu jumladan kontakt NT, DNT va boshqa NT turlari, dori terapiyasi va boshqalar), 24 soatlik yoki kunduzgi kasalxonada kuzatishni talab qiladi.

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

- ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni shoshilinch va kechiktirib bo‘lmaydigan turlarini talab qiladigan saraton kasalligining asoratlari mavjudligi;
- onkologik kasalliklarni davolash (jarrohlik aralashuvi, NT, dori terapiyasi va boshqalar) ning asoratlari mavjudligi.

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi [5, 9, 16,17].

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi: yo‘q.

2) Davolashdan maqsad:

- havfli o‘smanni a‘zo bilan to‘liq yoki qisman olib tashlash;
- o‘sma jarayonining to‘liq yoki qisman regressiyasi, stabilizatsiyasiga erishish.

Me‘da saratonini davolash usullarini tanlash ko‘plab omillarga, shu jumladan o‘smaning o‘lchamlariga, boshqa a‘zo, to‘qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog‘liq.

Bemorda hamroh kasalliklarning (og‘ir yurak, o‘pka, buyrak kasalliklari) mavjudligi muhim omil hisoblanadi.

Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun individual reja ishlab chiqilgan bo‘lib, u jarrohlik davolash va / yoki kimyoterapiyadan iborat bo‘lishi mumkin.

Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun jarrohlik davolash va/yoki kimyoterapiyadan iborat bo‘lgan individual reja ishlab chiqiladi.

Bosqichiga qarab davolash:

0, I A, I V, IIA, IIV bosqichlarda:

- Distal subtotal gastrektomiya.
- Proksimal subtotal gastrektomiya.
- Laparoskopik distal gastrektomiya (tegishli uskunnalar mavjud bo'lganda)
- Gastrektomiya (total).
- Endoskopik mukozektomiya (Tis yoki T1a) jarroh amaliyot bajarish texnikasini egallagan bo'lsa).
- D2 ko'lamidagi limfadiisseksiya standart jarrohlik amaliyotlarining majburiy komponenti hisoblanadi. Kasallikning T3, N1-2 bosqichlarida ad'yuvant poliximioterapiya kurslari taklif qilinadi.

IIIA, IIIV, IIIS bosqichlarida:

- Gastrektomiya.
- D2 ko'lamidagi limfadiisseksiya standart jarrohlik amaliyotlarining majburiy komponenti hisoblanadi. Operatsiyadan oldin mahalliy tarqalgan shaklni (T3 - T4) aniqlash, regional metastazlarning mavjudligi (N1-N2), shuningdek o'sma jarayonining past differensiallashgan gistologik shakllarida, bemor operatsiyadan oldingi davrda dori terapiyasi o'tkazishga rozi bo'lganda, shuningdek uni o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar (o'sma stenozi, qon ketish va boshq.) bo'lmaganda, neoadyuvant dori terapiyasi kurslarini (2-3 ta) o'z ichiga oladi.
- Operatsiyadan oldingi dori terapiyasiga o'sma javobini hisobga olgan holda poliximioterapiyaning ad'yuvant kurslari.

IV bosqichda

- Palliativ maqsadda jarrohlik usulda davolash, masalan, o'sma obstruksiyasi, perforatsiya yoki kuchli qon ketishda. Sitoreduktiv gastrektomiya, gastroenteroanastomoz amalga bajarilishi mumkin. Limfodisseksiya amalga oshirilmaydi. Me'da obstruksiyasida gastrostomiya va/yoki yeyunostomiya, shuningdek stentlash variantlari ko'rib chiqilishi mumkin.
- Ad'yuvant poliximioterapiya kurslari;
- Palliativ poliximioterapiyaning mustaqil kurslari.

Retsidiv

Jarrohlik aralashuvi (individual):

- radikal va palliativ jarrohlik aralashuvlarning har xil ko'lamdagi turlari;
- o'smani endoskopik parchalash;
- stentlar o'rnatish.

Palliativ ximioterapiya (individual).

Davo samaradorligi mezonlari

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

To'liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o'choqlarning yo'qolishi.

Qisman samara - boshqa o'choqlari progressiyaning yo'qligida barcha yoki alohida o'smalarining 50% yoki undan ko'p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizatsiya - (o'zgarishsiz) boshqa yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holda, o'smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 25% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

2) Nomedikamentoz davo [5, 9, 16, 17]:

Rejim:

Shifohonalarda, gospitallarda qo'llaniladigan harakat rejimlari quyidagicha bo'linadi: I – qat'iy yotoq rejimi, II- yotoq rejimi, III-palata rejimi (yarim yotoq) va IV- erkin(umumiy). Nooad'yuvant yoki ad'yuvant ximioterapiya o'tkazilganda - III rejim (palata rejimi). Erta amaliyotdan keyingi davrda – I rejim (qat'iy yotoq rejimi), keyinchalik uni ahvolining yahshilanishi va javrohatining bitishiga qarab, II, III rejimgacha kengaytiriladi. po mere uluchsheniya sostoyaniya i zajivleniya shvov.

Parxez:

Amaliyotdan keyingi davrda bemorlar uchun - ochlik, keyinchalik 1-, 1a-stolga o'tish bilan. Kimyo terapiya olayotgan bemorlar uchun - №1, 1a.

Amaliyotdan keyingi davrda parxezga amal qilish, me'da saratoni bemorlariga – umr davomida.

3) Medikamentoz davo

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

Kimyo terapiya.

Kimyo terapiya – bu maxsus preparatlar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarini yo'q qilish yoki o'sishini sekinlashtirishga qaratilgan havfli saraton o'smalarini medikamentoz davolashdir. Kimyoterapiya bilan saratonni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo'yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. Odatda, o'sma

kimyoterapiyasi sxemalari dorilarning ma'lum kombinatsiyalarini qabul qilishning bir necha kurslaridan iborat bo'lib, shikastlangan tana to'qimalarini tiklash uchun dozalar orasidagi pauzalar qilish bilan o'tkaziladi.

Buyurilish maqsadiga qarab kimyo terapiyaning bir necha turi farqlanadi:

- o'smalarning neoad'yuvant kimyo terapiyasi operatsiyadan oldin, operatsiya qilish uchun nooperabel o'smani kichraytirish, shuningdek, operatsiyadan keyingi davo uchun saraton hujayralarining dorilarga sezgirlikini aniqlash uchun buyuriladi.
- Ad'yuvant kimyo terapiya metastazning oldini olish va retsidivlar xavfini kamaytirish uchun jarrohlik davolashdan keyin buyuriladi.
- Davolovchi kimyo terapiya metastatik saraton o'smalarini kichraytirish uchun qo'llaniladi. Ўсманинг жойлашиши ва турига қараб, кимётерапия турли схемалар бўйича белгиланади ва ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

Kimyo terapiyaga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan me'da saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a'zolarida (o'pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o'sma retsidivlari;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar absolyut soni normal –200 dan ortiq bo'lganda, trombotsitlar –100000 dan ortiq bo'lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o'tkazilganlik extimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'smaning yomon fenotiplarida (uch karra negativ, Her2-negativ saratonda) uzoq davolash natijalarini yaxshilash.

Kimyo terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

Kimyo terapiyaga qarshi ko'rsatmalar ikki guruhga bo'lish mumkin: absolyut va nisbiy.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;

- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o‘tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samarasizligi;
- o‘smi parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 50% va unldan kam bemor umumiy ahvoning og‘irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;
- organizm intoksikatsiyasi;
- faol o‘pka tuberkulezi;
- qon tarkibining turg‘un patologik o‘zgarishlari (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya);
- kaxeksiya.

Amaliyotdan oldingi kimyo terapiya

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID-A):

1. Ftoruratsil va oksaliplatin: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun; Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² usluksiz v/i infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2-kunlar - sikl har 14 kunda.

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-chi kun

Ftoruratsil 2600 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun - sikl har 14 kunda;

Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga 1-14 kunlar; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-chi kun; Sikl har 3 haftada.

2. FLOT (perioperativ rejima sifatida)

Ftoruratsil 2600 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun; Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-kun;

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun; Dots.taksel 50 mg/m² v/i 1-chi kun;

Sikl har 14 kunda, 4 sikl operatsiya oldi va 4 sikl operatsiyadan so‘ng umumiy 8 sikl.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar (ID-V): 1. Ftoruratsil va sisplatin

Ftoruratsil 2000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 48 soat davomida 1-2 kunlar;
Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-chi kun;

Sikl har 14 kunda, operatsiyadan oldin 4-6 sikl va operatsiyadan so‘ng 4-6 sikl - jami 12 kurs.

- Ftoruratsil ishtirokidagi rejimlarda ularning mutlaq bioekvivalentligi tufayli ham kalsiy folinat, ham natriy folinat va natriy levofolinat qo‘llanilishi mumkin. Natriy levofolinatdan foydalanganda folinat dozasi ikki baravar kamayadi.

Amaliyotdan oldingi kimyo-nur terapiya

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID - A)

1. Paklitaksel va karboplatin

Paklitaksel 50 mg/m² v/i 1-kun; Karboplatin AUC 2 v/i 1-chi kun; Har haftada 5 hafta davomida.

2. Ftoruratsil va oksaliplatin.

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² 1-kun;

Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 800 mg/m² uzluksiz v/i infuziyasi shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda - 3 sikl nur terapiya bilan birgalikda va 3 sikl keyin.

3. Kapetsitabin va oksaliplatin

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1, 15 va 29-kunlar;

Kapetsitabin 625 mg/m² ichishga, 1-5 kunlar 5 hafta davomida.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar (ID - V):

1. Ftoruratsil va sisplatin

Sisplatin 75-100 mg/m² v/i 1 va 29 kunlar;

Ftoruratsil 750-1000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida, har kuni 1-4 va 29-32 kunlar;

Sikl 35 kun.

Sisplatin 15 mg/m² v/i har kuni 1-5 kunlar;

Ftoruratsil 800 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-5 kunlar;

Har 21 kunlik interval bilan - 2 kurs.

2. Kapetsitabin va sisplatin

Sisplatin 30 mg/m² v/i 1-kun;

Kapetsitabin 800 mg/m² ichishga 1-5 kunlar 5 hafta davomida;

3. Paklitaksel va Ftoruratsil

Paklitaksel 45-50 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 300 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida har kuni 1-5 kunlar; Har haftada 5 hafta davomida.

Paklitaksel 45-50 mg/m² v/i 1-chi kun;

Kapetsitabin 625-825 mg/m² ichishga, 1-5 kunlar 5 hafta davomida.

Amaliyotdan keyingi kimyo-nur terapiya

1. Ftoruratsil (bolyus) va Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) (ID - A)

1, 3 va 4 sikllar (nurlanishdan oldin va keyin)

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 20 mg / m² v/i tez yuborish 1-5 kunlarda;

Ftoruratsil 425 mg/m² v/i tez yuborish har kuni 1-5 kunlar;

Sikl har 28 kunda.

2-sikl (nurlanish bilan)

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 20 mg/m² v/i tez yuborish 1-4 kunlarda va 31-33 kunlarda; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish har kuni 1-4 va 31-33 kunlarda;

Sikl har 35 kunda.

1 sikl kimyo-nur terapiyadan oldin, 2 sikl - keyin:

Kapetsitabin 750-1000 mg/m² ichishga, 1-14 kunlarda. Sikl har 28 kunda.

2 sikl kimyo-nur terapiyadan oldin va 4 sikl - keyin:

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 2400 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 46 soat davomida 1-kun davomida;

Sikl har 14 kunda.

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.

Amaliyotdan keyingi kimyo terapiya

(limfa tugunlarini birlamchi D2 disseksiyasi bajarilgan bemorlar uchun).

1. Kapetsitabin va oksaliplatin

Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga 1-14 kunlar; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-chi kun; Sikl har 21 kunda - 8 kurs.

Metastatik yoki mahalliy tarqalgan saratonni sistemali terapiyasi (lokal davo o'tkazish ko'rsatilmagan)

Terapiyaning birinchi liniyasi (ID - A):

1. Trastuzumab (kimyo terapiya bilan)

Trastuzumab 8 mg/kg v/i 1-chi kunga yuklama doza, soʻngra 6 mg/kg v/i, har 21 kunda (HER pozitiv saraton uchun) yoki Trastuzumab 6 mg/kg v/i yuklama doza 1-kun, keyinchalik 4 mg/kg v/i har 14 kunda (HER pozitiv saraton uchun). Ushbu rejimlar ftorpirimidinlar (ftoruratsil yoki kapetsitabin) va platina preparatlari (oksaliplatin yoki sisplatin) bilan kombinatsiyada tavsiya etiladi.

2. Nivolumab* (PD-L1 CPS \geq 5), HER-2 negativ variantda, ftorpirimidinlar bilan kombinatsiyada (ftoruratsil yoki kapetsitabin) va oksaliplatin bilan.

* Oʻzbekiston Respublikasi hududida registratsiyadan oʻtmagan

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID-A):

1. Ftoruratsil va sisplatin

Sisplatin 75-100 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 750-1000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-4 kunlar.

Sikl har 28 kunda.

Sisplatin 50 mg/m² v/i har kuni 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 2000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Sisplatin 80 mg/m² v/i har kuni 1-kun; Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga 1-14 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

2. Ftoruratsil va oksaliplatin

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksin infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-kun.

Ftoruratsil 2600 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga, 1-14 kunlarda; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-chi kun; Sikl har 21 kunda.

- Ftoruratsiya saqllovchi rejimlarda, ular absolyut bioekvivalent bo'lganligi sababli, ham kalsiy folinat, ham dinatriy folinat qo'llanilishi mumkin. Dinatriy levofolinat qo'llanilganda folinat dozasi 2 barobar kamaytiriladi.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar (ID-V):

1. Paklitaksel sisplatin yoki karboplatin bilan

Paklitaksel 135-200 mg/m² v/i 1-kun;

Sisplatin 75 mg/m² v/i 2-chi kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 90 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Paklitaksel 200 mg/m² v/i 1-kun; Karboplatin AUC 5 v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

2. Dots.taksel va sisplatin

Dots.taksel 70-85 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 70-75 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

3. Ftorpirimidinlar:

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Ftoruratsil 800 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-5 kunlar;

Sikl har 28 kunda.

Kapetsitabin 1000-1250 mg/m² ichishga, na 1-14 dni; Sikl har 21 kunda.

4. Taksanlar:

Dots.taksel 75-100 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 135-250 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1-kun, har haftada; Sikl har 28 kunda.

5. Ftorouratsil va irinotekan

Irinotekan 180 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

6. Modifikatsiyalangan DCF

Dots.taksel 40 mg/m² v/i 1-chi kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i 1-chi kun;

Ftoruratsil 1000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sisplatin 40 mg/m² v/i 3-chi kun; Sikl har 14 kunda.

Dots.taksel 50 mg/m² v/i 1-chi kun; Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Dots.taksel 75 mg/m² v/i 1-kun; Karboplatin AUC 6 v/i 2-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-3 kunlarda;

Sikl har 21 kunda.

7. ECF

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 60 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-21 kunlarda

Sikl har 21 kunda.

8. Modifikatsiyalangan ECF

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-21 kunlarda;

Sikl har 21 kunda.

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 60 mg/m² v/i 1-kun; Kapetsitabin 625 mg/m² ichishga, 1-21 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-kun; Kapetsitabin 625 mg/m² ichishga 1-21 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

Terapiyaning ikkinchi va keyingi liniyasi

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID - A):

1. Ramutsirumab va paklitaksel (1-kategoriya)

Ramutsirumab 8 mg/kg v/i 1 va 15 kunlar; Paklitaksel 80 mg/m² 1, 8 va 15 kunlar; Sikl har 28 kunda.

2. Taksanlar:

Dots.taksel 75-100 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 135-250 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1-kun, har haftada; Sikl har 28 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1, 8 va 15 kunlar; Sikl har 28 kunda.

3. Irinotekan

Irinotekan 250-350 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Irinotekan 150-180 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Irinotekan 125 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

4. Ftoruratsil va irinotekan

Irinotekan 180 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg / m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/iuzluksin infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

5. Trifluridina/tipiratsila 35 mg/m² dozada kuniga 2 mahal 1–5 va 8–12 kunlar (davolashning uchinchi va keyingi liniyasi (1-kategoriya)

Sikl har 28 kunda

6. Pembrolizumab

(ikkinchi liniyada ** ma'lum bir holatlarda foydali: TMB high yuqori mutatsion yuklamasida (mega bazaga ≥ 10 mutatsiya) yoki MSI-H yuqori ko'rsatkichida.

** - ko'rsatma O'zRda registratsiya qilinmagan).

7. Pembrolizumab

(uchinchi ** yoki keyingi liniya uchun SPS ≥ 1 bo'yicha PD-L1-musbat ekspressiyasida. ** - ko'rsatma O'zRda registratsiya qilinmagan)

Pembrolizumab 200 mg v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar:

1. Ramutsirumab (1-kategoriya)

Ramutsirumab 8 mg / kg v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

2. Irinotekan va sisplatin

Irinotekan 65 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sisplatin 25-30 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

3. Ramutsirumab 8 mg/kg v/i, FOLFIRI (Irinotekan 150–180 mg/m² v/i, Kalsiya folinat 400 mg/m² v/i, 5- fluoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish + 2400 mg/m² 46–48 soat) 28 kunlik siklning 1 va 15 kunlarida

4. Ramutsirumab va irinotekan (agar bemor avval taksan qator preparatlari olgan holatlarda)

Ramutsirumab 8 mg/kg v/i 1 va 15 kunlar. Irinotekan 150 mg/m² v/i 1 va 15 kunlar. Sikl har 28 kunda.

5. Dots.taksel va irinotekan

Dots.taksel 35 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Irinotekan 50 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

6-jadval

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	karboplatin	AUC 5-6 1-chi kun, v/i	
Mikronaychalar ingibitorlari – taksanlar	dots.taksel	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	paklitaksel	175 mg/m ² 1-chi kun, v/i	
Pirimidin antogonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14dni, tabletka, ichishga	A
O‘shish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	trastuzumab	Yuklama va qo‘llovchi dozasi 3 haftada 1 marta progressiyalan ishgacha, v/i	A

	ramutsirumab	8 mg/kg v/i	A
PD-1 retseptorlariga monoklonal antitanalar	pembrolizumab	200 mg v/i 1-kun	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	etopozid	100 mg/m ² 1-5 kunlar, v/i	C
Platina kompleks birikmalari	oksaliplatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	ftoruratsil	400 mg/m ² v/i bolyus yuborilish	A
Somatostatin analogi	oktreotid	0,1 mg t/o sutkada 3 marta	C
	lantreotid	90 mg har 28 kunda 2 oy davomida. 120 mg har 28 kunda (4 hafta) 60 mg har 28 kunda (4 hafta)	C
Immunosuppressiv va o'smaga qarshi ta'sirga ega mTOR ingibitori	everolimus	10 mg ichishga	C
Proteintirozinkinaza ingibitori	imatinib	400-800 mg/sut., og'iz orqali, uzoq vaqt	A
	sunitinib	25-50 mg/sut., og'iz orqali, uzoq vaqt	A
Bifosfanat guruhiga	pamidron kislota	90 mg v/i 4	B

mansub suyak to‘qimasi rezorbsiyasi ingibitori		soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	
	zoledron kislota	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B
Suyak to‘qimasi rezorbsiyasi ingibitori. Monoklonal antitana	denosumab	120 mg teri ostiga	A
Ma’lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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-jadval

Qo‘shimcha dori-vositalarning ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
O‘smaga qarshi terapiya toksikligini kamaytiruvchi preparatlar	kalsiya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	B
	dinatriya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	C
	dinatriya levofolinat	200 mg/m ² v/i yoki 100 mg/m ² v/i	C
Ma’lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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		

Faoliyatdagi NEO G1-G3: somatostatin analoglari (simptomatik terapiya).

Oktreotid 0,1 mg t/o sutkada 3 marta qisqa vat davomida (tahminan 2 hafta)

samaradorligini va umumiy ko'tara olishligini baholash maqsadida, so'ngra Oktreotid 20 mg mushak orasiga 28 kunda 1 marta.

Agar 3 oy davomida kasallik klinik belgilarining va biologik markerlarining adekvat nazorati ta'minlansa, – oktreotid 10 mg mushak orasiga 28 kunda 1 marta.

Agar 3 oy davomida kasallik klinik belgilarining va biologik markerlarining qisman nazorati ta'minlansa – oktreotid 30 mg mushak orasiga har 4 haftada.

Lanreotid dastlabki dozasi 90 mg ni tashkil qiladi, har 28 kunda 2 oy davomida. Keyinchalik simptomatikaning kamayishiga qarab, doza tanlanishi kerak. Klinik belgilarga («prilivlar» va ichning yumshoq kelishi) qarab baholaganda javob yetarli bo'lmaganda, doza 120 mg har 28 kunda (4 hafta) gacha ko'tarilishi mumkin. Klinik belgilarga («prilivlar» va ichning yumshoq kelishi) qarab baholaganda javob yetarli bo'lsa, doza 60 mg har 28 kunda (4 hafta) gacha tushirilishi mumkin.

Faoliyat ko'rsatmaydigan NEO Ki67<2-10%, G1/G2:

- 1) somatostatin analoglari,
- 2) everolimus 10 mg ichishga har kuni progressiyalanishgacha,
- 3) everolimus 10 mg ichishga har kuni oktreotid bilan kombinatsiyada 28 kunda 1 marta, progressiyalanishgacha.

Ki67 3-20%, G1/G2:

- 1) ftoruratsil+everolimus,
- 2) temozolomid+kapetsitabin,
- 3) somatostatin analdoglari

Ki67>20%, G3:

- 1) karboplatin/sisplain+etopozid,
- 2) temozolomid+bevatsizumab,
- 3) temozolomid+kapetsitabin+bevatsizumab,
- 4) somatostatin analoglari

Kimyo terapiya, kimyo-target, immunoterapiya sxemalari:

- 1) Sisplatin - 80 mg/m² v/i tomchilab 1-chi kun. Etopozid - 120 mg/m² v/i tomchilab 1-3-chi kunlar. Sikl takrorlanishi har 4 haftada;
- 2) Karboplatin – AUC 4-5. Etopozid 100 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar. Sikl takrorlanishi

har 4 haftada;

3) Dakarbazin – 200 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar Epirubitsin – 25 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar Ftoruratsil – 250 mg/ m² v/i 1-3-chi kunlar Sikl takrorlanishi har 3 haftada;

4) Temozolomid - 150 mg/ m² /sut ichishga 7 kun, tanaffus 7 kun Bevatsizumab – 5 mg/kg v/i 2 haftada 1 marta

Kurs davomiyligi 22 hafta;

5) Temozolomid -150 mg/ m² /sut ichishga 1-5-chi kunlar Kapetsitabin –2 g/ m² /sut ichishga 1-14-chi kunlar Bevatsizumab – 5 mg/kg v/i 2 haftada 1 marta

Sikl takrorlanishi har 28 kunda;

6) XELOX: oksaliptatin 130 mg/m² 1-chi kun, kapetsitabin 2000 mg/m² sutkasiga (2 ta qabulga bo‘lib, ertalab va kechqurun) 1-14-chi kunlar;

Noepitelial o‘smalarning maxsus bo‘limiga GIST kiradi. Ular individual gistologik, immunogistokimyoviy va molekular genetik xususiyatlarga ega bo‘lgan yaqinda ajratilgan mustaqil nozologik birlikdir. GIST larning aksariyati (>90%) havfli o‘smalardir. Stromal o‘smalarning tashxisi o‘sma hujayralarida immunogistokimyoviy usul bilan Kit (CD117)ni aniqlash bilan tasdiqlanadi. Birlamchi operabel GIST holatlarida o‘smani tubdan olib tashlash ko‘rsatma hioblanadi. Ad‘yuvant maqsadda yoki progressiyalanishgacha 1 yil davomida Imatinib kuniga 400 mg foydalanish tavsiya etiladi.

Imatinibga rezistentlik bo‘lsa, preparatning dozasini kuniga 800 mg gacha oshirish maqsadga muvofiqdir. Imatinib bilan davolash fonida progressiyalanish kuzatilganda ikkinchi liniya sifatida sunitinib terapiyasining qo‘llanilishidan (monorejimda yoki imatinib bilan kombinatsiyada) taskin beruvchi natijalar olindi.

Sunitinib 50 mg/sut dozada og‘iz orqali har kuni 4 hafta davomida, keyinchalik 2 hafta tanaffus va davoni qayta boshlash.

4) Jarrohlik aralashuvi [5, 9, 16,17].

Jarrohlik aralashuvlari turlari:

- Kombinirlangan kengaytirilgan gastrektomiya limfodisseksiya D-2 bilan;
- Kardioezofageal saratonda kombinirlangan chap tomonlama torakofrenikolaparotomiya kirish yo‘li bilan plevra ichi proksimal subtotal gastrektomiya, qizilo‘ngach pastki uch qismi rezeksiyasi bilan (Osawa- Garlok).
- Me‘da proksimal qismi saratoni, qizilo‘ngach abdominal segmentiga o‘tishda kombinirlangan chap tomonlama torakofrenikolaparotomiya kirish yo‘li bilan plevra ichi gastrektomiya qizilo‘ngach pastki uch qismi rezeksiyasi bilan (Osawa-

Garlok).

- Proksimal subtotal gastrektomiya;
- Distal subtotal gastrektomiya;
- Laparoskopik distal subtotal gastrektomiya (tegishli uskuna mavjud bo'lgan hollarda).
- Aylanib o'tuvchi ezofago-gastroanastomoz qo'yish (proksimal norezektabel me'da saratonida gastrostaz, yuqori ichak tutilishi kuzatilganda).
- Gastrostomiya (me'da norezektabel proksimal saratonida disfagiya kuzatilganda)

Jarrohlik usulida davolashga ko'rsatmalar:

- Me'daning gistologik tasdiqlangan operabel havfli o'smalari;
- Jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa.

Jarrohlik usulida davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorda nooperabellik belgilari bo'lsa va og'ir hamroh patologiya belgilarining mavjudligi;
- uzoq metastaz mavjudligi (jigar, o'pkalar, bosh miyada va boshq.);
- bo'yin limfa ugunlarida uzoq metastazlar mavjudligi;
- assit suyuqligida o'sma hujayralarining mavjudligi;
- tarqoq gematogen metastazlanish, o'sma jarayonining disseminatsiyasi;
- nafas, yurak qon tomir, peshob ajratish tizimlarining surunkali dekompensatsiyalangan va/yoki o'tkir funksional buzilishlari;
- umumiy og'riqsizlantirishda qo'llaniladigan preparatlarga allergik reaksiyalar.

Me'dada operatsiya ko'lamini tanlash:

▪ Me'da antral saratonida me'daning qolgan qismida og'ir displaziya va in situ saratoni o'choqlari bo'lmagan taqdirda, **me'dani distal subtotal rezeksiyasini o'tkazish tavsiya etiladi** [46-48].

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

***Izohlar:** funksional zaxiralari past bo'lgan bemorlarda o'sma me'da tanasining pastki uchdan biriga tarqalganda, agar u ekzofitik yoki aralash o'sish shakllariga ega bo'lsa (Borrmann bo'yicha I-II turlar) distal subtotal rezeksiya qilish joizdir. Ushbu*

operatsiya davomida olib tashlanmaydigan limfa tugunlari (chap parakardial tugunlar, taloq darvozasidagi tugunlar) me'daning pastki uchdan bir qismi saratonida juda kam shikastlanadi [48].

▪ Proksimal subtotal me'da rezeksiyasini kardioyezofageal soha saratonida, shuningdek, kardial soha va me'da tubining kichik o'smalarining ekzofitik yoki aralash o'sish shakllarida o'tkazish **tavsiya etiladi** [4, 5, 40].

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

▪ Linitis plastica tipidagi rezektabel me'da saratonida, saratonning differensiallashmagan shakllarida, irsiy diffuz me'da saratoni sindromida, faqat gastrektomiya qilish **tavsiya etiladi** [4, 5, 40].

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

▪ Me'daning qolgan qismida og'ir displazi o'choqlari va in situ saraton bo'lmagan me'daning antral qismi saratoni, kardioezofagial soha saratoni, shuningdek, kardial qismning yoki me'da tubining ekzofitik yoki aralash o'sish shakllaridan tashqari barcha holatda – gastrektomiya (GE), yani me'daning regional limfa tugunlari bilan birga to'la olib tashlashini bajarish **tavsiya etiladi** [4, 5, 40].

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

▪ Linitis plastica tipidagi differensiallashmagan turdagi me'daning irsiy diffuz saratoni sindromi rezektabel me'da saratonida faqat gastrektomiya qilish **tavsiya etiladi** [4,5,40].

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

Izohlar: Me'da saratonida radikal jarrohlik ko'lami quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak:

▪ shikastlangan me'dani (yoki uning tegishli qismini) ikkala charvi, kletchatka va regional sohalarning limfa tugunlari bilan bitta blokda olib tashlash;

▪ chegaralangan (Borrmann bo'yicha I-II turlari) o'sish turida o'smaning makroskopik aniqlangan chetidan kamida 5 sm masofada kesish va yarali-infiltrativ va diffuz turlaridagi saraton kasalliklarida (Borrmann bo'yicha III-IV turlari) kamida 6-7 sm masofada kesishi. Operatsiyaning radikalligini tasdiqlash uchun a'zolarning kesish chizig'i bo'ylab rezeksiya qirralarini shoshilinch morfologik tekshiruvini o'tkaziladi [4, 5].

Limfodisseksiya

- MSni jarrohlik usulida davolashda standart hajmdagi limfodisseksiya – D2 ni bajarish tavsiya etiladi [4,5,40,46-48,54,55].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2).

Izohlar: *regionar limfa tugunlari zararlanishi – MSning yetakchi prognostik omillaridan biri hisoblanadi. MSda limfogen metastazning umumiy chastotasi invaziya chuqurligiga bevosita bog‘liq. T1 o‘smalarida limfa tugunlarining shikastlanishi 10-15% dan oshmaydi va T4b o‘smalarida esa u 90% ga etadi. Ko‘pincha 1 va 2 – tartibdagi limfa tugunlari (1-11-sonli) zararlanadi – 15,7 va 20,3% holatlarda.*

T1 me‘da o‘smalarida limfadenektomiyaning adekvat va yetarli hajmi - perigastral limfa tugunlarini, shuningdek 7, 8a, 9-guruh limfa tugunlarini olib tashlashdir (limfadenektomiya D1+) [40].

MSda limfa tizimiga aralashuvning standart hajmi hozirgi vaqtda 1 va 2 – darajali limfa tugunlarini olib tashlash – limfadiisseksiya D2 hisoblanadi. Paraaortal limfadenektomiyasini (D3) bajarish maqsadga muvofiq emas, chunki u bemorning hayot davomiyligini yaxshilamaydi va aksincha, operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori bo‘lishiga sabab bo‘ladi) [55].

Hozirgi vaqtda limfadiisseksiyasi paytida olib tashlanadigan limfa tugunlari guruhleri to‘plami me‘daning u yoki bu qismida birlamchi o‘smaning lokalizatsiyasi bilan emas, balki operatsiya turi bilan bog‘liq.

GEda limfodisseksiya variantlari [40]:

- *D1-limfodisseksiya –1–7 – guruh limfa tugunlar guruhlarini olib tashlash;*
- *D1+ limfodisseksiya –1–7, 8a, 9, 11p – guruh limfa tugunlar guruhlarini (o‘smaning qizilo‘ngachga o‘sib o‘tganida +110 guruhlarini) olib tashlash;*
- *D2-limfodisseksiya –1–7, 8a, 9, 10, 11r, 11d va 12a guruh limfa tugunlarini olib tashlash (o‘smaning qizilo‘ngachga o‘sib o‘tganida +19, 20, 110 va 111 guruhlarini).*

Me‘dani distal rezeksiyasida limfadiisseksiya variantlari:

- *D1-limfodisseksiya –1, 3, 4sb, 5, 6 va 7 – guruh limfa tugunlar guruhlarini olib tashlash;*
- *D1+ limfodisseksiya –1, 3, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9 – guruh limfa tugunlar guruhlarini olib tashlash;*
- *D2-limfodisseksiya –1, 3, 4sb, 5, 6, 7, 8a, 9, 11r va 12a – guruh limfa tugunlar guruhlarini olib tashlash.*

Me‘dani proksimal rezeksiyasida limfadiisseksiya variantlari:

- *D1-limfodisseksiya –1, 2, 3a, 4sb, 4sa va 7 – guruh limfa tugunlar guruhlarini olib tashlash;*
- *D1+ limfodisseksiya –1, 2, 3a, 4sb, 4sa va 7 guruhlarini, shuningdek, 8a, 9 i 11p guruh limfa tugunlarini (o‘smaning qizilo‘ngachga o‘sib o‘tganida +110 guruhlarini) olib tashlash;*

- *D2-limfodisseksiya – ko‘zda tutilmagan*

MSning barcha holatlarida splenektomiya bajarish hozirda maqsadga muvofiq emas deb hisoblanadi, chunki bu prognozga ta‘sir qilmaydi, asoratlar va o‘lim holatlarini esa oshiradi [56,57].

- MSda splenektomiya quyidagi holatlarda **tavsiya etiladi**:
- O‘smaning bevosita taloqqa tarqalganida;
- T3-4 o‘smaning me‘da tanasi yuqori uchligi orqa devori va katta egriligida joylashganda;
- intraoperatsion travmada;
- taloq darvozasi limfatik tugunlarida aniqlanuvchi metastazlar mavjud bo‘lganda; me‘da osti bezi dum qismi o‘smasining taloq qon tomirlariga o‘sib o‘tishida [4,5,56,57].

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

5) Keyingi davolash:

Dinamik kuzatuv:

- birinchi yili – 3 oyda 1 marta;
- ikkinchi yili – 6 oyda 1 marta;
- keyinchalik, butun umr – yiliga 1 marta.

Tekshirish usullari:

- fibrogastroskopiya;
- qzilo‘ngachning, anastomozning rentgenkontrast tekshiruvi;
- qorin bo‘shlig‘i a‘zolari UTTsi;
- o‘pkalarning rentgenologik tekshiruvi;
- periferik limfa tugunlari UTTsi;
- to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- ginekolog ko‘rigi (ayollarda);
- qon umumiy tahlili.

Ko‘rsatmalarga ko‘ra:

- Fibrokolonoskopiya;
- Irrigoskopiya;

- Qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi KTsi;
- Qorin bo'shlig'i qon tomirlari angiografiyasi;
- Qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi MRTsi;
- Skelet suyaklari ssintigrafiyasi;
- Pozitron-emission tomografiya (PET) + butun tana kompyuter tomografiyasi.

6) Indikatori effektivnosti lecheniya i bezopasnosti metodov diagnostiki i lecheniya, opisannix B protokole:

- **Davo samaradorligi mezonlari**

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

To'liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o'choqlarning yo'qolishi.

Qisman samara - boshqa o'choqlari progressiyaning yo'qligida barcha yoki alohida o'smalarning 50% yoki undan ko'p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizatsiya - (o'zgarishsiz) boshqa yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holda, o'smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 25% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

- Retsidivsiz (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emotsional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining fizik holati ham kiradi.

**«ME'DA SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- KXT -10 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
C16	– Me’daning havfli o’smasi
C16.0	– Me’daning kardial qismining havfli o’smasi
C16.1	– Me’da tubining havfli o’smasi
C16.2	– Me’da tanasining havfli o’smasi
C16.3	– Me’da antral qismining havfli o’smasi
C16.4	– Me’daning pilorik qismining havfli o’smasi
C16.8	– Yuqorida aytib o‘tilgan lokalizatsiyalardan bir yoki bir nechtasidan tashqariga chiqadigan me’daning havfli o’smasi
C16.9	– Me’daning havfli o’smasi, aniqlashtirilmagan

Yuklab olish (XKT-10 dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1093>

- KXT -11 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
2B72	– Me’daning xavfli hosilasi
2B72.0	– Me’da adenokartsinomasi
2B72.1	– Me’daning xavfli neyroendokrin hosilasi
2A85.1	– Selliksa bog‘liq limfoma (mukoassoassotsiirlangan limfoma)
2B58.2	– Me’da leyomiosarkomasi
2B5B.0	– Me’daning gastrointestinal stromal o’smasi
2B72.Y	– Me’daning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B72.Z	– Aniqlanmagan me’daning xavfli hosilalari

Yuklab olish (XKT-11 dan havola):<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother>

1. Asosiy qism.

- **Kirish** (foydalanilgan manbaga havola:

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

Me’da saratoni (MS) – me’daning havfli o’smasi bo‘lib, me’da devorining ichki shilliq qavati hujayralaridan hosil bo‘lgan havfli o’smadir [1].

Xalqaro Saratonni o‘rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda me‘da saratonining jami 968 784 yangi holati aniqlangan va ushbu saratondan 660 175 kishi vafot etgan.

MS -polietilogik kasallik bo‘lib; asosiy omillar qatoriga quyidagilar kiradi:

1) irsiyat. Quyidagi irsiy saraton turlari va MS rivojlanish xavfini orttiruvchi irsiy sindromlar ajratiladi:

a. irsiy diffuz MS. Autosom-dominant sindrom bo‘lib, unda Ye-kargerin molekulasi tufayli hujayraning adgeziyasini ta‘minlovchi CDH1 genida mutatsiyalar mavjud bo‘ladi. Bu uzuksimon- hujayrali saratonning rivojlanishiga olib keladi va u 30-50% hollarda aniqlanadi. 80 yoshga kelib MS rivojlanish xavfi erkaklarda 67% va ayollarda 83% ga etadi. MS aniqlanishining o‘rtacha yoshi 37 yoshni tashkil qiladi;

b. Linch (Lynch) sindromi (irsiy polipoz bo‘lmagan yo‘g‘on ichak saratoni, NNRTK). MS rivojlanish xavfi 1 dan 13 % gacha;

s. yuvenil polipoz sindromi. MS rivojlanish xavfi 21% ga etadi;

d. Peyts–Yegers (Peutz–Jeghers) sindromi. MS rivojlanish xavfi 29% ga etadi;

e. oilaviy adenomatoz polipoz. Unda MS rivojlanish xavfi 1-2% ni tashkil qiladi;

2) Helicobacterpylori bilan infitsirlanish;

3) zararli odatlar – chekish;

4) alimantar – spirtli ichimliklar, tuzlangan, qovurilgan, konservalangan, marinatsiyalangan, ziravorli ovqatlarni suiiste‘mol qilish; mikotoksinlar bilan zararlangan mahsulotlarni iste‘mol qilish; sikroelementlari va vitaminlarning yetishmasligi.

Fon kasalliklari: surunkali atrofik giperplastik gastrit, adenomatoz poliplar, zararli anemiya, me‘da rezeksiyasidan keyingi holatlar, Menetriye kasalligi (gipertrofik gastropatiya, giperplastik gigant-burmali gastrit) [1-6]

Har yili respublikada me‘da saratonining 2000 dan ortiq yangi holatlari qayd etiladi. G‘arbiy Yevropada me‘da saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 5 yillik yashovchanlik darajasi 18%, AQSHda - 21%ni tashkil qiladi.

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda O‘zbekiston Respublikasida me‘da saratoni uchrashi bo‘yicha saraton kasalliklari ichida 2-o‘rinni egallaydi va 100 ming aholiga nisbatan 5,6 tani tashkil etadi. 2022 yilda birinchi marta MS bilan kasallangan jami 2019 bemor aniqlandi. Ulardan 10,9% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. MS morfologik tasdiqlangan tashxisi bo‘lgan bemorlarning ulushi 93,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 1,4%, II bosqichida 31,1%, III bosqichida 38,9% va IV bosqichida 26,9% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 1,7 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida

dispanser nazorati ostida me'da saratoni bilan kasallangan 4888 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 13,6 ni tashkil etdi (erkaklar orasida 1 o'rin). Respublikada MS bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 31,2% va 1 yillik o'lim darajasi 28,4% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 1409 bemor me'da saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 3,9 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi. Saratondan o'lim bo'yicha MS erkak aholi orasida 1-o'rinni (13,8%) va ayol aholi orasida esa 3-o'rinni (7,1%) egallaydi.

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

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'sma o'sishini stabillashtirish va og'ir hamroh simptomlarni bartaraf etish uchun o'sma jarayonining to'liq yoki qisman regressiyasiga erishish va palliativ davolanish maqsadida jarrohlik usuli, kimyoterapiya va/yoki nur terapiyasi o'tkaziladi.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

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

3) Muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar:

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

Kimyo va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi o'tkaziladi:

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

Jarrohlik davolash tamoyillari

Jarrohlik aralashuvlari turlari:

- Kombinirlangan kengaytirilgan gastrektomiya limfodisseksiya D-2 bilan;
- Kardioezofageal saratonda kombinirlangan chap tomonlama torakofrenikolaparotomiya kirish yo'li bilan plevra ichi proksimal subtotal gastrektomiya, qizilo'ngach pastki uch qismi rezeksiyasi bilan (Osawa- Garlok).
- Me'da proksimal qismi saratoni, qizilo'ngach abdominal segmentiga o'tishda kombinirlangan chap tomonlama torakofrenikolaparotomiya kirish yo'li bilan plevra ichi gastrektomiya qizilo'ngach pastki uch qismi rezeksiyasi bilan (Osawa-Garlok).
- Proksimal subtotal gastrektomiya;
- Distal subtotal gastrektomiya;
- Laparoskopik distal subtotal gastrektomiya (tegishli uskuna mavjud bo'lgan hollarda).
- Aylanib o'tuvchi ezofago-gastroanastomoz qo'yish (proksimal norezektabel me'da saratonida gastrostaz, yuqori ichak tutilishi kuzatilganda).
- Gastrostomiya (me'da norezektabel proksimal saratonida disfagiya kuzatilganda)

Jarrohlik usulida davolashga ko'rsatmalar:

- Me'daning gistologik tasdiqlangan operabel havfli o'smalari;
- Jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa.

Jarrohlik usulida davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorda nooperabellik belgilari bo'lsa va og'ir hamroh patologiya belgilarining mavjudligi;

- uzoq metastaz mavjudligi (jigar, o'pkalar, bosh miyada va boshq.);
- bo'yin limfa ugunlarida uzoq metastazlar mavjudligi;
- assit suyuqligida o'sma hujayralarining mavjudligi;
- tarqoq gematogen metastazlanish, o'sma jarayonining disseminatsiyasi;
- nafas, yurak qon tomir, peshob ajratish tizimlarining surunkali dekompensatsiyalangan va/yoki o'tkir funksional buzilishlari;
- umumiy og'riqsizlantirishda qo'llaniladigan preparatlarga allergik reaksiyalar.

4) muolaja va aralashuv o'tkazayotgan mutahassisga talablar [8]:

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

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

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

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

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

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;

4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha filtratsiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. V va C virusli hepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
12. Fibroezofagogastroduodenoskopiya biopsiya bilan;
13. Qizilo'ngachni kontrastli rentgen tekshiruvi (ikki tomonlama kontrast);
14. Kontrastli me'dani rentgenologik tekshirish (ikki tomonlama kontrast);
15. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, o'mrov usti limfa tugunlari);
16. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi kompyuter tomografiyasi;
17. Bioplatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*;
18. Bioplatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
19. Bioplatni immunogistokimyoviy tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
20. EKG;
21. ExoKG;
22. Butun tana PET/KTsi**;
23. Kontrastlash bilan MSKT ***;

- Muolaja va aralashuvga tayёрlashda қўшимча текшириш усуллари:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. V va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP

- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
- 13.Miyelogramma;
- 14.Periferik qon IFTsi;
- 15.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 16.Standart –sitogenetik tekshirish;
- 17.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- 18.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 19.Ortopantomogramma;
- 20.Ko‘krak segmentini kompyuter tomografiyasi;
- 21.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- 22.Bronxoskopiya;
- 23.Kolonoskopiya;
- 24.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- 25.Spirografiya;
- 26.Bosh miya MRTsi;
- 27.Plevral bo‘shliq, periferik limfa tugunlar, kichik chanoq, qovuq UTTsi;
- 28.Xolter – monitorlash bilan EKG
- 29.Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.
 - ** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.
 - *** PET/KT o‘tkazish mumkin bo‘lmagan hollarda.

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

Onkologik muassasaning jarrohlik (onkomammologik, ayollar reproduktiv tizimi) bo‘limi faoliyatini tashkil etish qoidalari

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

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo‘limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo‘limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo‘limi), <1>;
- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimatsiya bo‘limlari yeanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo‘linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabinetini <3>;

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

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

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

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojaxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- sterilizatsiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- Katta hamshira xonasi;
- operatsiyadan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun);

A) Malakali personal [8].

8-jadval. Abdominal onkologiya bo‘limining tavsiya etiladigan shtatlar normativi

T/r	Lavozim nomi	Lavozim soni
1.	Bo'lim mudiri - shifokor-onkolog	1
2.	Shifokor-onkolog	10 o'ringa 1 ta
3.	Palata hamshirasi	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o'ringa 4,75
4.	Muolaja xonasi hamshirasi	Xonaga 1 ta
5.	Bog'lov xonasi hamshirasi	25 o'ringa 1 ta
6.	Katta hamshira	1
7	Bemorlarga qarovchi kichik hamshira	15 o'ringa 1 ta
8	Sanitar	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o'ringa 4,75; 1 (muolaja va bog'lov xonasida ishlash uchun); 30 o'ringa 1 ta 30 o'ringa 2 ta
9	Xo'jalik bekasi	1

9-jadval. Onkologik muassasaning jarrohlik blokining tavsiya etilgan shtatlar normativi

T/r	Lavozim nomi	Lavozim soni
1.	Bo'lim mudiri - shifokor-onkolog, shifokor-xirurg	Jarrohlik blokiga 1 ta
2.	Katta jarrohlik hamshirasi	Jarrohlik blokiga 1 ta
3.	Jarrohlik hamshirasi	Rejali jarrohlik bo'limiga 1,5 ta Aylana sutka jarrohlik bo'limiga 4,75 ta
4.	Bo'lim bekasi	1
5.	Sanitar	1 ta rejali jarrohlik bo'limiga 1 ta Aylana sutka jarrohlik bo'limiga 4,75 ta

B) Xavfsizlik choralariga rioya qilish talablari [8]:

O‘zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalariga, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

V) Jihzlashga talablar:

10-jadval. Jarrohlik davolash usullarining onkologik bo‘limlarining umumiy jihzlari

N t/r	Nomenklatura tasnif bo‘yicha tur kodi <1>	Nomenklatura tasnif bo‘yicha tur nomi	Jihoz nomi	Talab etiladigan soni, dona
1.	120210	Mexanik shifoxona krovati	3 seksiyali funksional krovat	Bo‘lim o‘rinlar soniga qarab
	131200	Gidravlik privod bilan shifoxona krovati		
	136210	Elektroprivod bilan standart shifoxona krovati		
2.	184150	Krovat oldi tumbochkasi	Krovat oldi stol/tumbochkasi	Bo‘lim o‘rinlar soniga qarab
3.	233890	Xolatlarni nazorat qilish uchun sensor/ogohlantirish moslamasi	Palata signalizatsiya tizimi	Bo‘limga 1 ta
4.	131980	Ultrabinafsha bakteritsid chiroq	Bakteritsid nurlantiruvchi / havo tozalagich/havoni dezinfeksiyalash va (yoki) filtrlash va (yoki) sirtlarni dezinfeksiya qilish uchun qurilma	Miqdor xonaning hajmi va uskunaning xususiyatlari bilan belgilanadi
	152690	Yuqori samarali, mobil havu tozalagich		
	152700	Yuqori samarali, statsionar filtrlaydigan havu tozalagich		
	292620	Elektrostatik cho‘ktiruvchi havu tozalagich, mobil		
5.	279970	Dori-darmonlarni o‘z ichiga olgan birinchi yordam to‘plami	Birlamchi tibbiy yordam, shoshilinch tibbiy yordam, ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam va palliativ yordam ko‘rsatish uchun parenteral infeksiyalarning shoshilinch profilaktikasini o‘rnatish <2>	1 ta muolaja xonasiga 1 ta bog‘lov xonasiga
6.	258800	Pol tarozilari, elektron	Bemorlarni tortish	Bo‘limga 1 ta

			uchun tarozilar	
7.	131950	Vena ichiga infuziyalar uchun tutqich	Uzoq muddatli in'eksiya uchun shtativ	5 o'ringa kamida 1 ta
8.	187250	Tekshiruv / terapevtik muolajalar uchun stol, mexanik	Universal kiyinish stoli	Bog'lov xonasiga 1 ta
	187150	Tekshirish/terapevtik muolajalar uchun stol, yelektr tarmog'idan quvvatlanadi		
	187220	Tekshirish / terapevtik protsedura stoli, gidravlika bilan ishlaydi		
9.	129360	Jarrohlik honasi chirog'i	Chiroq soyasiz	Bog'lov xonasiga 1 ta
10.	187150	Tekshirish/terapevtik muolajalar uchun stol, yelektr tarmog'idan quvvatlanadi	Tibbiy kushetka	Muolaja xonasiga 1 ta
	187220	Tekshirish / terapevtik protsedura stoli, gidravlika bilan ishlaydi		
	187250	Tekshiruv / terapevtik muolajalar stoli, mexanik		
11.	215850	Farmatsevtik sovutgich	Tibbiy sovutgich	Muolaja xonasiga 1 ta 25 o'ringa kamida 1 ta
12.	137020	Tibbiy yozuvlarni saqlash uchun shkaf	Hujjatlarni saqlash uchun seyf	Bo'limga 1 ta
13.	335210	Giyohvand moddalarni saqlash uchun seyf-termostat	Kuchli ta'sir qiluvchi va psixotro dorilarni saqlash uchun seyf	Bo'limga 1 ta
14.	124530	Umumiy maqsadli infuzion nasos, mexanik, qayta foydalanish mumkin	Infuzion nasos	Bo'limga kamida 1 ta
	260420	Umumiy maqsadli infuzion nasos, tarmoqdan quvvatlanadi		
	329460	Umumiy maqsadli infuzion nasos, batareya bilan ishlaydi		
15.	122850	Qon bosimini o'lchash moslamasi qo'lda shishirish bilan	Qon bosimini o'lchash uchun uskuna	10 o'ringa 1 ta

		elektron, portativ		
	216350	Avtomatik havo pompasi bilan qon bosimini o'lchash uchun elektron qurilma, statsionar		
	216630	Qon bosimini o'lchash uchun elektron qurilma avtomatik, ko'chma, yelkasida / bilagida manjetli		
16.	239410	Aneroid mexanik qon bosimini o'lchash moslamasi	Portativ pulsoksimetr	Bo'limga kamida 1 ta
	149980	Pulsoksimetr, batareya bilan quvvatlanuvchi		
17.	274560	Tashish uchun nogironlar aravachasi, yig'ma	Kreslo-kolyaska	Kamida 1 ta
	274580	Tashish uchun nogironlar aravachasi, yig'ilmaydigan		
	207820	Nogironlar aravachasi, hamrohlik qiluvchi shaxs tomonidan boshqariladi, yig'ma		
	208340	Nogironlar aravachasi, quvvatli, hamrohlik qiluvchi shaxs tomonidan boshqariladigan, yig'ma		
	208710	Hamroh odam tomonidan boshqariladigan nogironlar aravachasi, yig'ilmaydigan		
	255680	Butun plastik standart nogironlar aravachasi		

Boshqa uskunalar (jihazlanish)

N T/p	Uskuna nomi	Talab etiladigan soni, dona
1.	Shifokorning avtomatlashtirilgan ish joyi	Shifokor-mutahassisga 1 ta

2.	O'rta tibbiy hodim avtomatlashtirilgan ish joyi	1 ta katta hamshiraga; 1 ta aylana sutka postiga; 1 ta muolaja hamshirasiga;
3.	Gigrometr	1 ta muolaja xonasiga 1 ta bog'lov xonasiga

11-jadval. Abdominal onkologiya bo'limi uchun qo'shimcha uskunalar standarti

N t/r	Nomenklatura tasnifi turi kodi <1>	Nomenklatura tasnifi turi nomi	Uskuna nomi	Talab etiladigan miqdori, dona
1.	248650	Ko'p marta qo'llaniluvchi rektoskop	Uskunalar jamlanmasi bilan rektoskop	Bo'limga kamida 1 ta
2.	151540	Ginekologik, elektromexanik operatsion stol	Ginekologik kreslo	1
	151550	Ko'rik/terapevtik muolajalar uchun ginekologik stol, mexanik		
	151570	Ginekologik, elektrogidravlik privod bilan operatsion stol		
3.	141820	Bir martalik anoskop	Anoskop	1
4.	136780	Tibbiy gaz va vakuumlar truboprovodlar tizimi	Tibbiy gaz, siqilgan gaz va vakuumlar simlar tizimi	Bo'limga 1 ta tizim

12-jadval. Onkologik bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatadigan onkologik muassasaning jarrohlik bo'limi uchun uskunalar standarti

N t/p	Nomenklatura tasnifi turi kodi <1>	Nomenklatura tasnifi turi nomi	Uskuna nomi	Talab etiladigan miqdori, dona
1.	162210	Universal operatsion stol, elektromexanik	Operatsion stol jarrohlik ko'p funksiyali universal	
	162290	Universal operatsion stol, gidravlik privod bilan		
	162400	Universal operatsion stol, elektrogidravlik		
	162410	Universal operatsion stol, elektromexanik, tarmoqdan		

		quvvatlanadi		
2.	129360	Jarrohlik chirog'i	Shiftdagi soyasiz jarrohlik chirog'i statsionar (ship konsolida)	Jarrohlik xona uchun 1 ta
3.	290450	Elektr adeyaloga asoslangan butun tanani isitish tizimi	Bemorlar uchun isitish tizimi	Jarrohlik xona uchun 1 ta
4.	260140	Elektrojarrohlik tizimi generatori	Elektrojarrohlik generatori	Jarrohlik xona uchun 1 ta
5.	127500	Yumshoq to'qimalar uchun ultratovush jarrohlik tizimi	Ultratovush aspirator-destruktor	Jarrohlik xona uchun 1 ta (o'rinlar soni 250 dan ko'p bo'lganda)
6.	151310	Qon avtotransfuziyasi tizimi, avtomatik	Qonni tejash va reinfuziya uchun qurilma	Jarrohlik xona uchun 1 ta (o'rinlar soni 250 dan ko'p bo'lganda)
	151300	Qon avtotransfuziyasi tizimi, qo'lda		
	148120	Avtotransfuziya uchun qon tayyorlash tizimi		
7.	182740	Aspiratsiya/irrigatsiya uchun jarrohlik tizimi	Kamida 40 l/min quvvatga ega tibbiy vakuumli so'rish moslamasi.	Jarrohlik xona uchun 1 ta
8.	191060	Gamma-kamera statsionar	Intraoperatsion gamma detektori	Jarrohlik xona uchun 1 ta (radioizotop diagnostika usullari qo'llanilganda)
	209240	Gamma-kamera mobil		
9.	260250	Ultratovush vizualizatsiya tizimi universal	Ochiq va laparoskopik jarrohlik uchun intraoperatsion sensorli ultratovush diagnostika moslamasi	Jarrohlik xona uchun 1 ta
10.	320570	Tibbiy tasvirni qayta ishlash tizimi	Kompyuter ma'lumotlarini yig'ish va arxivlash tizimi (PACS tizimi)	Notibbiy tashkilot uchun 1 ta
	129970	Nur terapiyasi tizimi ish stansiyasi, universal		
	129850	Nur davolash nur rejalashtirish uchun ish stansiyasi		
	232620	Diagnostik raqamli rentgen tasvirlash tizimi uchun ish stansiyasi		
	240290	Radiologik tasvirni arxivlash va uzatish tizimining ish stansiyasi		
	129610	Operatsiya xonasi uchun		

		audio-vizual axborot tizimi		
11.	236940	Radiochastota ablyatsiya tizimi	To'qima ichi termoablyatsiya uchun apparat	Jarrohlik xona uchun 1 ta (o'rinlar soni 250 dan ko'p bo'lganda)
12.	127500	Yumshoq to'qimalar uchun ultratovush jarrohlik tizimi	Ultratovush garmonik skalpel uchun generator	Jarrohlik xona uchun 1 ta
	127230	Ultratovush jarrohlik tizimi generatori		
13.	259980	Qayta ishlatiladigan dori-darmonlarni o'z ichiga olmaydigan umumiy jarrohlik muolajalar uchun to'plam	Qon tomir jarrohlik asboblari to'plami	Jarrohlik xona uchun 1 ta
	191880	Kardiorakal jarrohlik amaliyoti uchun to'plam, dori-darmonsiz, qayta ishlatilishi mumkin		
	327760	Bir martalik foydalanish uchun dori-darmonlarni o'z ichiga olmaydigan kardiorakal jarrohlik amaliyoti uchun to'plam		
14.	209250	Umumiy maqsadli floroskopik rentgen mobil, analog tizim	Mobil rentgen jarrohlik qurilmasi C-duga	Jarrohlik xona uchun kamida 1 ta
	209270	Floroskopik rentgen umumiy maqsadli mobil, raqamli tizim		
15.	130080	Radiatsiyadan himoya to'sig'i, stasionar	Rentgen nurlanishidan shaxsiy himoya vositalari (komplekt)	Rentgen uskunasi 1 ta
	130100	Radiatsiyadan himoya qiluvchi ko'zoynaklar		
	130190	Radiatsiyadan himoya qilish uchun argon		
	130210	Radiatsiyadan himoya qilish uchun parda		
	130400	Radiatsiyadan himoya qilish uchun yoqa		
	130410	Radiatsiyadan himoya qilish uchun shapka		
	130290	Radiatsiyadan himoya qilish uchun ko'krak yopinchiq		
	130340	Radiatsiyadan himoya qilish uchun adeyalo		
	107060	Yuzingizni nurlanishdan himoya qiluvchi ekran		

	145220	Gonadalarni nurlanishdan himoya qilish uchun qurilma		
16.	259590	Plazma neytral jarrohlik koagulyatori	Argonoplazmali koagulyator	Jarrohlik xona uchun kamida 1 ta

24-jadval. Abdominal onkologiya bo‘limida onkologik bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatadigan onkologik muassasaning jarrohlik bo‘limi uchun qo‘shimcha uskunalar standarti

N t/r	Nomenklatura tasnifi turi kodi <1>	Nomenklatura tasnifi turi nomi	Uskuna nomi	Talab etiladigan miqdori, dona
1.	271790	Endoskopik vizualizatsiya tizimi	Abdominal amaliyotlar bajarish uchun endovideoskopik kompleks	Operatsion blokka 1 ta
	271500	Endoskop uchun ishchi stansiya		
	268350	Ko‘p marta qo‘llaniluvchi laparoskopik sistema		
	282950	Endoskopik diatermik elektroxirurgiya sistemasi		
2.	282110	Transanal endoskopik mikroxirurgiya/transanal endoskopik operatsiyalar uchun rektoskop, optik	Uskunalar jamlanmasi bilan rektoskop	Kamida 1 ta

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfeld birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarining standart to‘plami;

- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo'yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

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

- gepatoprotektorlar;
- qayt qilishga qarshi dorilar;

- immunomodulyatorlar;
- probiotiklar va boshqalar.

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

8) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

To'liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o'choqlarning yo'qolishi.

Qisman samara - boshqa o'choqlari progressiyaning yo'qligida barcha yoki alohida o'smalarning 50% yoki undan ko'p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizatsiya - (o'zgarishsiz) boshqa yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holda, o'smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 25% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

- Retsidivsiz (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emotsional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining fizik holati ham kiradi.

**«ME'DA SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- KXT -10 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
C16	– Me'daning havfli o'smasi
C16.0	– Me'daning kardial qismining havfli o'smasi
C16.1	– Me'da tubining havfli o'smasi
C16.2	– Me'da tanasining havfli o'smasi
C16.3	– Me'da antral qismining havfli o'smasi
C16.4	– Me'daning pilorik qismining havfli o'smasi
C16.8	– Yuqorida aytib o'tilgan lokalizatsiyalardan bir yoki bir nechtasidan tashqariga chiqadigan me'daning havfli o'smasi
C16.9	– Me'daning havfli o'smasi, aniqlashtirilmagan

Yuklab olish (XKT-10 dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1093>

- KXT -11 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
2B72	– Me'daning xavfli hosilasi
2B72.0	– Me'da adenokartsinomasi
2B72.1	– Me'daning xavfli neyroendokrin hosilasi
2A85.1	– Selliksa bog'liq limfoma (mukoassoassotsiirlangan limfoma)
2B58.2	– Me'da leyomiosarkomasi
2B5B.0	– Me'daning gastrointestinal stromal o'smasi
2B72.Y	– Me'daning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B72.Z	– Aniqlanmagan me'daning xavfli hosilalari

Yuklab olish (XKT-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother>

1. Asosiy qism.

- Kirish

Me'da saratoni (MS) – me'daning havfli o'smasi bo'lib, me'da devorining ichki shilliq qavati hujayralaridan hosil bo'lgan havfli o'smadir [1].

Xalqaro Saratonni o'rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda me'da saratonining jami 968 784 yangi holati aniqlangan va ushbu saratondan 660 175 kishi vafot etgan.

MS -polietologik kasallik bo‘lib; asosiy omillar qatoriga quyidagilar kiradi:

1) irsiyat. Quyidagi irsiy saraton turlari va MS rivojlanish xavfini orttiruvchi irsiy sindromlar ajratiladi:

a. irsiy diffuz MS. Autosom-dominant sindrom bo‘lib, unda Ye-kargerin molekulasi tufayli hujayraning adgeziyasini ta‘minlovchi CDH1 genida mutatsiyalar mavjud bo‘ladi. Bu uzuksimon- hujayrali saratonning rivojlanishiga olib keladi va u 30-50% hollarda aniqlanadi. 80 yoshga kelib MS rivojlanish xavfi erkaklarda 67% va ayollarda 83% ga etadi. MS aniqlanishining o‘rtacha yoshi 37 yoshni tashkil qiladi;

b. Linch (Lynch) sindromi (irsiy polipoz bo‘lmagan yo‘g‘on ichak saratoni, NNRTK). MS rivojlanish xavfi 1 dan 13 % gacha;

s. yuvenil polipoz sindromi. MS rivojlanish xavfi 21% ga etadi;

d. Peyts–Yegers (Peutz–Jeghers) sindromi. MS rivojlanish xavfi 29% ga etadi;

e. oilaviy adenomatoz polipoz. Unda MS rivojlanish xavfi 1-2% ni tashkil qiladi;

2) Helicobacterpylori bilan infitsirlanish;

3) zararli odatlar – chekish;

4) alimantar – spirtli ichimliklar, tuzlangan, qovurilgan, konservalangan, marinatsiyalangan, ziravorli ovqatlarni suiiste‘mol qilish; miktoksinlar bilan zararlangan mahsulotlarni iste‘mol qilish; sikroelementlari va vitaminlarning yetishmasligi.

Fon kasalliklari: surunkali atrofik giperplastik gastrit, adenomatoz poliplar, zararli anemiya, me‘da rezeksiyasidan keyingi holatlar, Menetriye kasalligi (gipertrofik gastropatiya, giperplastik gigant-burmali gastrit) [1-6]

Har yili respublikada me‘da saratonining 2000 dan ortiq yangi holatlari qayd etiladi. G‘arbiy Yevropada me‘da saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 5 yillik yashovchanlik darajasi 18%, AQSHda - 21%ni tashkil qiladi.

RIOvaRIATM statistik ma‘lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda O‘zbekiston Respublikasida me‘da saratoni uchrashi bo‘yicha saraton kasalliklari ichida 2-o‘rinni egallaydi va 100 ming aholiga nisbatan 5,6 tani tashkil etadi. 2022 yilda birinchi marta MS bilan kasallangan jami 2019 bemor aniqlandi. Ulardan 10,9% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. MS morfologik tasdiqlangan tashxisi bo‘lgan bemorlarning ulushi 93,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 1,4%, II bosqichida 31,1%, III bosqichida 38,9% va IV bosqichida 26,9% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 1,7 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida dispanser nazorati ostida me‘da saratoni bilan kasallangan 4888 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 13,6 ni tashkil etdi (erkaklar orasida 1 o‘rin). Respublikada MS bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 31,2% va 1 yillik o‘lim darajasi 28,4% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2022 yilda 1409 bemor me‘da

saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 3,9 o‘limni tashkil etadi va ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi. Saratondan o‘lim bo‘yicha MS erkak aholi orasida 1-o‘rinni (13,8%) va ayol aholi orasida esa 3-o‘rinni (7,1%) egallaydi.

- Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) (profilaktologiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»[31] i λόγος — «ta’limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir[32][33].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [34]:

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

Профилактика doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud[34].

Профилактика tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[32] [35] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta‘minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [36], me‘moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta‘lim [7] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[38] [39].

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

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi[40][41].

Tibbiy rehabilitatsiya (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D

[0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\)](#)

(lot. rehabilitatio, tiklash[48]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo‘qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyolarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma‘lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [49] [50] [51].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [52].

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

2.1. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari.

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

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta‘sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinfeksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi[17]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma‘lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [17]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [16].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir.

3. Ba'zi profilaktika mutaxassisleri "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) rehabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi [15].

2.2. Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o'tkazish tamoyillari:

Bugungi kunda me'da saratoni kanserprevensiyaning ko'p qirrali tizimini yaratish uchun "mos keluvchi" kasallik deb tan olingan. Ushbu kasallikning asosiy havf omillari ma'lum. Shifokor arsenalida me'da adenokarsinomasining birlamchi profilaktika va erta aniqlash usullari mavjud [55].

Barcha kanserprevensiya chora-tadbirlarini shartli ravishda uchta bo'limga bo'lish mumkin [55].

– **Birlamchi profilaktika:** xavf omillari ta'sirini yo'q qilish yoki kamaytirish, organizmning xavf omillari ta'siriga chidamliligini oshirish.

– **Ikkilamchi profilaktika:** kasallikning dastlabki preklirik bosqichlarida tashxislash (asosan skrining yordamida) va davolash.

– **Uchlamchi profilaktika:** radikal davolanishdan keyin davolash va rehabilitatsiya, shuningdek metaxron saratonni o'z vaqtida tashxislash.

Nokardial saratonni profilaktikasida potensial beshta asosiy yo'nalishlarni ajratish mumkin [56]:

– Hayot tarzini modifikatsiya qilish;

– H. pylori eradikatsiyasi;

– me'da saratonini dastlabki bosqichlarida aniqlash uchun skrining;

– me'da shilliq qavatining avval aniqlangan saraton oldi holatlari bo'lgan bemorlarni kuzatish;

– radikal jarrohlik (rezeksiya) yoki endoskopik davolanishdan so'ng metaxron me'da saratonining oldini olish va erta tashxislash.

Me'da shilliq qavatining saraton oldi holati bo'lgan bemorlarni kuzatish.

Me'da saratonining **ikkilamchi profilaktikasi** shilliq qavatning saraton oldi holati bo'lgan bemorlarni kuzatish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasidir. Ushbu chora-tadbirlarning asosiy maqsadi me'da adenokarsinomasini o'sma jarayonining dastlabki bosqichlarida aniqlashdir.

Birlamchi profilaktikadan farqli o'laroq, ikkilamchi profilaktika sezilarli darajada ko'proq moliyaviy harajatlar va tibbiy resurslarni talab qiladi. Uning sifati ko'p jihatdan zamonaviy endoskopik texnologiyalarning mavjudligiga, endoskopistlarning yaxshi tayyorgarligiga, endoskopik va morfologik diagnostika uchun standartlashtirilgan protokollarga bog'liq [57-60].

Me'daning saraton oldi patologiyasi bo'lgan bemorlarni boshqarish bo'yicha Yevropa klinik ko'rsatmalariga muvofiq, me'daning antral va tanasining keng tarqalgan atrofiyasi va ichak metaplaziyasi bo'lgan bemorlarga har 3 yilda 1 marta endoskopik monitoring tavsiya etilishi kerak. Dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtayi nazaridan me'da antral qismining atrofik bo'lmagan gastriti, yengil/o'rtacha atrofiyasi va ichak metaplaziyasi bilan og'riq odamlarni endoskopik kuzatish zarurligini ko'rsatadigan dalillar yo'q [54].

Me'daning past darajadagi intraepitelial neoplaziyasi (displaziyasi) va shilliq qavatida endoskopik ko'rinadigan o'choqli patologik o'zgarishlar bo'lmasa, takroriy endoskopik va gistologik tekshiruvlarni bir yildan keyin o'tkazilishi kerak. Ko'rinadigan patologik soha aniqlangan taqdirda, aniqroq gistologik tashxis qo'yish uchun, shilliq qavatni rezeksiya qilish yoki shilliq osti qatlamda disseksiya bilan rezeksiya qilish orqali uni endoskopik olib tashlash ko'rsatma bo'ladi. Me'da shilliq qavatida ko'rinadigan o'choqli o'zgarishlarsiz yuqori darajadagi intraepitelial neoplaziya (displaziya) bo'lsa, ko'plab biopsiya bilan darhol takroriy endoskopik tekshiruv ko'rsatma bo'ladi. Takroriy tekshirishlar 6-12 oydan keyin o'tkazilishi kerak [54].

Uchlamchi profilaktika:

- retsidivlar, metastazlarning oldini olish, erta tashxis qo'yish va davolash;
- vitaminlar, oqsillarga boy to'liq diyetadan foydalanish, zararli odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish), virusli infeksiyalar va hamroh kasalliklarning oldini olish, onkolog tomonidan muntazam profilaktik tekshiruvlar ,muntazam diagnostika muolajalardan (o'pka rentgenogrammasi, jigar, buyraklar, bo'yin limfa tugunlarining ultratovush tekshiruvi) o'tib turish.

Me'daning metaxron saratonini profilaktikasi va erta aniqlash

O'smani jarrohlik yoki endoskopik rezeksiya qilish hajmida me'da saratonini muvaffaqiyatli radikal davolashdan so'ng, qolgan shilliq qavat metaxron me'da saratoni rivojlanishi uchun platsdarm bo'lib xizmat qilishi mumkin. Shilliq qavatning endoskopik rezeksiyasidan so'ng, metaxron me'da saratoni bilan kasallanish turli ma'lumotlarga ko'ra 2,7 dan 15,6% gacha kuzatiladi. Bunday bemorlarga ushbu kasallikning uchinchi darajali profilaktikasi choralari tavsiya qilish kerak [61].

Me'daning metaxron o'smalarini erta aniqlash uchun, yiliga 1-2 marta regulyar endoskopik tekshiruvdan o'tib turish ko'rsatma bo'ladi [62].

H. pylori infeksiyasi mavjud boʻshganda, ushbu kategoriya bemorlarining barchasiga uning eradikatsiyasi tavsiya etiladi [53]. Meʼdaning uchinchi darajali profilaktikasi chorasi sifatida antihelikobacter terapiyasining kanseroprotektiv taʼsiri haqidagi maʼlumotlar bugungi kunda biroz qarama-qarshi boʻlib qolmoqda. Oʻtgan istiqbolli randomizatsiyalangan sinovlarning natijalari esa noaniq [63, 64]. Shu bilan birga, istiqbolli va retrospektiv tadqiqotlarning meta-tahlili H. pylori yoʻq qilinganidan keyin metaxron meʼda saratoni rivojlanish xavfi sezilarli darajada kamayganligini koʻrsatdi (OSH=0,39; 95% DI 0,25—0,59) [65].

2.3. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) profilaktikaning maqsadi:

Meʼda saratoni paydo boʻlishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yoʻq qilish, davolanishdan keyin kasallikning asoratlarini erta aniqlash va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika –

Meʼda saratonining spetsifik profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Quyidagi tavsiyalarga rioya qilish ushbu patologiyani rivojlanish xavfini kamaytirishga yordam beradi:

- Zararli odatlardan voz kechish, sogʻlom turmush tarzini olib borish.
- Kamroq tuz qoʻshilgan ovqatni isteʼmol qilish
- Asbest taʼsiridan himoyalanih
- Proton nasos ingibitorlarini asossiz qabul qilishdan saqlanish
- Surunkali kasalliklarni davolash (autoimmun atrofik gastrit va V12 tanqisligi anemiyasi).
- H. pylori ni eradikatsiyasi;
- Emlash, immunitetni mustahkamlash choralari;
- Profilaktik tekshiruvlardan oʻtish;
- Agar shubhali alomatlar paydo boʻlsa, ayniqsa xavf ostida boʻlgan bemorlar uchun qorin boʻshligʻi onkojarrohiga va/yoki onkologga murojat qilish;
- Har 3 yilda bir marta meʼda-ichak traktining endoskopik yoki rentgenologik tekshiruvlaridan oʻtish

Ular har bir kishi uchun mo'ljallangan, individual ravishda, hamma joyda va har doim amalga oshiriladi (ayniqsa, radikal davolanishdan keyin va xavf omillari mavjud bo'lganda kasallik remissiyaga uchragan taqdirda).

3). Profilaktika va dispanser nazorati, profilaktika usullarini qo'llash bo'yicha tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

- MSning oldini olish uchun me'da shilliq qavatining termik va mexanik shikastlanishini oldini oluvchi parxez, chekish va spirtli ichimliklardan voz kechish, fon va saraton oldi kasalliklarni, shu jumladan bo'shliq ichi endoskopik aralashuvlardan foydalangan holda o'z vaqtida davolash tavsiya yetiladi [83]. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*
- CDH1 geni mutatsiyasi bilan kuzatiladigan irsiy saratonda har 6-12 oyda tekshirish bilan faol kuzatuv **tavsiya etiladi** [81-82]
- MSni davolash tugagandan so'ng, dori terapiyasini erta boshlash uchun kasallikning progressiyalanishini erta aniqlash, o'smaning retsidivida qayta operatsiya o'tkazish, shuningdek metaxron o'smalar aniqlanganda quyidagicha nazorat tekshiruvlar davriyligiga amal qilish **tavsiya etiladi**:

Radikal operatsiyalar bajarilgandan so'ng – dastlabki 1-2 yil ichida bemorlarni fizik tekshiruvdan o'tkazish va shikoyatlarni yig'ish har 3-6 oyda, 3-5 yil davomida – har 6-12 oyda bir marta amalga oshiriladi. Operatsiya qilingan kundan boshlab 5 yil o'tgach, tashriflar har yili yoki shikoyatlar paydo bo'lganda amalga oshiriladi. Retsidivlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda tekshiruvlar orasidagi intervalni qisqartirish mumkin [79-80];

- **Shilliq qavatni endoskopik rezeksiyasi yoki shilliq osti qavat disseksiyasidan so'ng** – EGDFS birinchi yilda har 3 oyda, ikkinchi va uchinchi yillarda har 6 oyda, so'ngra har yili bajariladi [79-80].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Izohlar: Tashriflarda tekshirishlar ko'lami quyidagicha:

1. Anamnez yig'ish, fizikal tekshiruvlar.
2. Umumiy (klinik) kengaytirilgan qon tahlili va biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili (klinik ko'rsatmalarga muvofiq).
3. EGDFS (rejaga muvofiq – yuqoriga qarang).
4. Qorin bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvi yoki kompyuter tomografiyasi (klinik ko'rsatmalarga muvofiq);

5. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi (klinik ko'rsatmalarga muvofiq):
6. Nutritiv status nazorati, nutritiv yetishmovchiligini davolash bo'yicha tavsiyalar.

4) Tibbiy reabilitatsiya, reabilitatsiya usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

Reabilitatsiyaning birinchi bosqichi (operatsiyadan keyingi reabilitatsiya)

- **Tavsiya etiladi** – xirurgik davolashni rejalashtirganda va bajarilganda *fast-track rehabilitation* («tezkor yo'l») va *ERAS (Enhanced recovery after surgery – operatsiyadan so'ng tezkor tiklanish)* protokollariga amal qilish kerak. Bunlarga bemorni operatsiyaga xabardor qilish va tayyorlash bo'yicha chora-tadbirlar, samaradorligi tasdiqlanmagan invaziv muolajalardan muntazam foydalanishni rad etish (ichakni mexanik tozalash, erta kasalxonaga yotqizish, operatsiyadan oldingi ochlik), kompleks og'riqsizlantirish, anesteziologik yordam ko'rsatish uchun maxsus protokollar, kateterlar va drenajlardan muntazam foydalanishni rad etish, bemorlarni operatsiyadan keyingi birinchi va ikkinchi kunlarda erta mobilizatsiya qilish (faollashtirish va vertikalizatsiya) kiradi [66-69]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).

Izohlar: ushbu protokollar xavfsiz bo'lib, statsionarda qolish muddatini qisqartiradi, jarrohlik bo'lmagan asoratlar sonini kamaytiradi va operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy sonini ko'paytirmaydi.

- Erta enteral ovqatlantirish (dastlabki 24 soat ichida), hajmning asta-sekin o'sishi va 3-6-kunlarda oqsil va energiya iste'mol qilish maqsadlariga erishish **tavsiya etiladi** [70-71]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).

Izohlar: peroral yoki nazoyeyunal ovqatlanish o'rtasidagi tanlov hali aniq emas. Cheklangan miqdordagi tadqiqotlarda erta og'iz orqali ovqatlanish asoratlar sonining ko'payishiga yoki kasalxonaga yotqizish davomiyligiga olib kelmadi, shuning uchun uni qo'llashni ko'rib chiqish mumkin [72-74]. Agar yetarli ovqatlanishni ta'minlashning iloji bo'lmasa, operatsiya davomida o'rnatilgan zond yoki mikroyeyunostomiya orqali enteral ovqatlanishni tashkil qilish mumkin. Har qanday kirish orqali enteral ovqatlanish me'da-ichak motorikasini tiklashni tezlashtirish va asoratlarni oldini olish nuqtayi nazaridan parenteral ovqatlanishdan afzalliklarga ega [71-74].

Reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi

- Mutaxassisning tavsiyasi bilan me'da saratonini radikal jarrohlik davolashdan so'ng mashg'ulotlar davomiyligini bosqichma– bosqich oshirish bilan kuniga 15-20 daqiqa davomida haftasiga 2 marta davolovchi fizikultura mashqlari terapiyasi komplekslarini bajarish tavsiya etiladi, past va keyin o'rta intensivlikdagi aerobik mashqlar haftasiga 150 daqiqagacha davom ettiriladi, jismoniy mashqlar bilan jismoniy tayyorgarlikni tiklash va bemorning hayot sifatini yaxshilashni optimallashtirish uchun psixolog bilan ishlash. (individual/guruh mashg'ulotlari) **tavsiya etiladi** [75-77]. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).*

Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi

- Remissiya holatida bo'lgan bemorlarda tana vaznini barqaror saqlash, ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash, psixolog bilan mashg'ulotlar, faol hayot tarzi va kardiorespirator chidamlilik va hayot sifatini oshirish maqsadida muntazam mashqlar terapiyasini (past intensivlikdagi aerobik mashqlar, asta-sekin o'rtacha intensivlikka ko'tarilishi bilan ayerobik mashqlar) o'z ichiga olgan keng qamrovli dasturdan foydalanish **tavsiya etiladi**. Bu umumiy yashovchanlikning oshishiga hissa qo'shishi mumkinligi haqida dalillar mavjud [77-78]. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

5) Skrining:

Me'da saratoni skriningi

Simptomsiz populyatsiyada keng ko'lamlı milliy populyatsion me'da saratoni skrining dasturlari faqat Yaponiya va Janubiy Koreyada mavjud. Skrining 40 yosh (Koreya) va 50 yoshdan (Yaponiya) boshlab 2-3 yil interval bilan ezofagogastroduodenoskopiya (EGDFS) o'tkazishni o'z ichiga oladi [84, 85].

Me'da saratoni kam uchraydigan mamlakatlarda, xususan AQSHda, ommaviy populyatsion saraton skrining o'lim kamayishiga olib kelmaydi va iqtisodiy samarasiz [86].

O'zbekistonda me'da saratoni bo'yicha milliy skrining dasturlari mavjud emas. Bunday dasturlarni yaratish va amalga oshirish sog'liqni saqlash tizimining katta resurslarini, tibbiy yordamning barcha darajalarida yaxshi tashkil etilgan fanlararo hamkorlik tizimini talab qiladi. Ideal holda, ularning maqsadga muvofiqligi regional tajriba tekshiruvlari bilan tasdiqlanishi kerak [87].

Hozirgi vaqtda mahalliy klinikalarda tizimli bo'lmagan opportunistik skrining elementlari qo'llaniladi, bu ma'lum bir bemor uchun foydali bo'lishi mumkin, ammo o'z-o'zidan, ehtimol, aholi darajasida vaziyatni o'zgartira olmaydi. Shunga qaramay, amaliyotchilar ushbu imkoniyatni yodda tutishlari kerak, ayniqsa me'da saratoni uchun

eng muhim xavf omillari (H. pylori infeksiyasi, ilgari aniqlangan atrofik gastrit, og‘ir oilaviy anamnez) bilan og‘rigan bemorlarni davolashda.

6) Ikkilamchi profilaktika - me‘da saratoni bo‘yicha ikkilamchi profilaktika choralariga profilaktik ko‘riklardan o‘tish, skrining, kasallikni erta aniqlash maqsadida tekshiruvlar qilish kiradi.

- Bemorlarda dinamik, endoskopik tekshiruvlarga qaratilgan chora-tadbirlar, shu jumladan xavf guruhlari orasida ham (atrofik gastrit, me‘da poliplari va polipoz, me‘da yarasi, og‘ir irsiyat va boshqalar.)
- Palliativ terapiya
- Oz miqdorda ovqatlanish
- Anastomozning shilliq qavatiga shikast yetkazmaslik uchun ovqatni yaxshilab chaynash
- Kuniga kamida 6 marta ovqatlanish
- 5-sonli parhez - yumshoq rejimga rioya qilish
- Menu turli xil va muvozanatli tarzda tanlanadi, shu jumladan barcha kerakli mahsulotlar: parhez go‘sht, kurka, tovuq, baliq, yog‘siz mol go‘shti va pyure shaklida, tuxum, tvorog, pishloqlar, yangi sabzavotlar, mevalar, gaz hosil bo‘lishining ko‘payishiga olib kelmaydigan yong‘oqlar, o‘simlik yog‘i, yangi siqilgan sharbatlar va na‘matak qaynatmasi. Istisnolar: non mahsulotlari, issiq xamirdan pishirilgan mahsulotlar, marinadlar, dudlangan, konservalar.
- Vitamin terapiyasi - vitamin va mineralkomplekslariga boy ovqat qo‘shimchalari bilan V12 (siyanokobalamin) preparati bilan o‘tkazish zarur.
- Gimnastika tanani tiklash uchun juda zarur.
- Mashq qilish terapiyasi me‘da-ichak traktining sekretor refleks funksiyalarini faollashtirishni rag‘batlantiradi
- Qorin bo‘shlig‘i mushaklarining yurak-qon tomir va motor tizimlarini mustahkamlash
- Mushak-skelet tizimining funksiyasini yaxshilash

7) Uchlamchi profilaktika yoki me‘da saratonining rehabilitatsiyasi:

Davolanishdan keyin bemorlarni rehabilitatsiya qilish choralari kurs davomiyligiga va saraton terapiyasining tanlangan usullariga bog‘liq. Quyidagilar juda zarur:

- Muntazam tekshiruvlar uchun onkologga tashrif buyurib turish.

- Retsidiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish.
- Yaxshi ovqatlanish.
- Zararli odatlarni va salbiy tashqi omillarning ta'sirini yo'q qilish.
- Sog'liq holatini hisobga olib, davolovchi shifokor tavsiyalariga amal qilish.

2.4. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

Me'da saratoni reabilitatsiyaning maqsadi:

- Shikastlangan a'zo yoki tizimning buzilgan funksiyalarini va/yoki yo'qolgan faoliyatini to'la yoki qisman tiklash;
- o'tkir rivojlangan patologik jarayon tugashi bilan tana funksiyalari qo'llab quvvatlash;
- zarar ko'rgan organlar yoki tana tizimlarining mumkin bo'lgan funksional buzilishlarini oldini olish, erta tashxislash va tuzatish;
- mumkin bo'lgan nogironlikning oldini olish va kamaytirish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- bemorning mehnat qobiliyatini saqlab qolish;
- bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

3. 3-turdagi profilaktika yoki reabilitatsiyani o'tkazishga ko'rsatmalar (ular profilga muvofiq belgilanadi).

Me'da saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali MS bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika me'da saratonini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda MSni to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi reabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan me'da saratoni bo'lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining yetarli darajada samaradorligi to'g'risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spetsifik sitostatik

terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

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

- Me'da saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi [1, 3].
Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Me'da saratoni va / yoki kasallikning og'ir klinik turlari bo'lgan barcha bemorlarga nogironlik va bemorlarning o'limini rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun maxsus terapiya asoratlarining oldini olish tavsiya etiladi [4, 11].
Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Maxsus sitostatik terapiya tugagandan so'ng, barcha bemorlarga uchlamchi rehabilitatsiya profilaktikasini o'tkazish tavsiya etiladi [20, 27]. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*

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

Rehabilitatsiya muolajalari amalga oshiriladi:

Davo yakunlanganidan 1 yil keyin (har 3 oyda):

- ko'rik (bo'y/vazn, teri qoplamlari, qorin ko'rinishi, stul)
- Qon umumiy tahlili + ECHT
- Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi.
- Qorin bo'shlig'i, kichik chanoq va qorin parda orti sohalari UTTsi.
- I-II bosqichda qorin/kichik chanoq KTsi har 6 oyda, III-IV bosqichda qorin/kichik chanoq KTsi har 3 oyda.
- EGDFS

Davo yakunlanganidan 2 yil keyin (har 6 oyda):

- ko'rik (bo'y/vazn, teri qoplamlari, qorin ko'rinishi, stul)
- Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi.
- Qorin bo'shlig'i, kichik chanoq va qorin parda orti sohalari UTTsi.

- Qorin/kichik chanoq KTsi.
- EGDFS

Davo yakunlanganidan 3 yil keyin (har 12 oyda):

- ko‘rik (bo‘y/vazn, teri qoplamlari, qorin ko‘rinishi, stul)
- Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi.
- Qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va qorin parda orti sohalari UTTsi.
- Qorin/kichik chanoq KTsi.
- EGDFS

Davo yakunlanganidan 4 yil keyin (har 12 oyda):

- ko‘rik (bo‘y/vazn, teri qoplamlari, qorin ko‘rinishi, stul)
- Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi.
- Qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va qorin parda orti sohalari UTTsi.
- Qorin/kichik chanoq KTsi.
- EGDFS

Davo yakunlangandan keyin 5 yil:

- Katamnestik xizmatga kuzatuvga o‘tish

4. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

(tibbiy reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari, shuningdek ularni amalga oshiradigan tibbiy tashkilotlar profilga muvofiq ko‘rsatilgan).

Me‘da saratoni bemorlari me‘da saratoni bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, amdominal onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak [1,24]. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo‘lsa. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish maqsadga muvofiqdir [1,6].

Me‘da saratoni bilan og‘rigan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o‘z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko‘tara olishligi monitoringi, virusli kontamizatsiya, kasallikning

o'zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og'iz gigiyenasi, me'da-ichak trakti, MIT organlari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislariga murojaat qilish. Me'da saratoni bilan og'rigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro'yxatdan o'tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi [1,3]. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

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

1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:

- Trombotsitlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- QBA + buyraklar, kichik chanoq, qovuq va periferik limfa tugunlar UTTsi;
- EGDFS;
- Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi;
- Ko'krak qafasi MSKTsi yoki butun tana PET/KTsi;

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

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

- Gepatit V, C viruslariga PZR (miqdoriy)
- Qon KIX va gazlarini aniqlash;
- Orqa miya suyuqligini tekshirish: likvor umumiy tahlili +/- virusologik, bakteriologik tekshirish;
- Fertil yoshdagi ayollar uchun - homiladorlik testi, XGCH ni aniqlash;
- T-limfotrop odam virusi I/II-IgG ga antitanalarni aniqlash
- Standart sitogenetik tekshirish;
- FISH, PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- Bosh, bo'yn, qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'ini kontrastli KTsi;
- Bronxoskopiya;

- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Spirografiya.
- Bosh miya MRTsi;
- Plevra bo‘shliqlari UTTsi;
- Xolter – monitorlovchi EKG
- Kontrastli KT

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

6. Darajasi ko‘rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

To‘liq javob PET/KT yordamida dastlabki terapiya tugaganidan 3 oy o‘tgach tasdiqlanishi kerak [6] *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

TR kuzatilishi bilan davolashni tugatgan me‘da saratoni bemorlariga terapiya tugaganidan keyin 1 yil davomida har 3 oyda, 2 yil - har 6 oyda va undan keyin har yili onkolog yoki abdominal onkolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi [3] *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

QUT, qon biokimyoviy tahliliyo yil davomida har 3 oyda o‘tkazilishi, keyin 2 yil davomida har 6 oyda va keyinchalik har yili o‘tkazib turish zarur *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

Bo‘yin hududida nur terapiyasi (NT) o‘tkazilgan bo‘lsa, kamida har yili TTG ni kuzatib turish tavsiya etiladi [6] *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

Bo‘yin, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq a‘zolarining kontrastli KTsi birinchi 2 yilda har 6 oyda yoki klinik ko‘rsatmalarga ko‘ra o‘tkazib turiladi. Agar ohirgi PET/KTda to‘liq regress kuzatilgan bo‘lsa, to‘la javobni tasdiqlash uchun, progressiya/retsdivga gumon bo‘lsa PET/KT o‘tkaziladi [6] *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

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

Qo‘shimcha profilaktika choralari retsdiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, to‘g‘ri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillarga ta’sir qilish, sog‘lig‘ingiz holatini

hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

7. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitatsiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Me'da saratoni uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari quyidagicha:

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

**«ME'DA SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- KXT -10 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
C16	– Me’daning havfli o’smasi
C16.0	– Me’daning kardial qismining havfli o’smasi
C16.1	– Me’da tubining havfli o’smasi
C16.2	– Me’da tanasining havfli o’smasi
C16.3	– Me’da antral qismining havfli o’smasi
C16.4	– Me’daning pilorik qismining havfli o’smasi
C16.8	– Yuqorida aytib o‘tilgan lokalizatsiyalardan bir yoki bir nechtasidan tashqariga chiqadigan me’daning havfli o’smasi
C16.9	– Me’daning havfli o’smasi, aniqlashtirilmagan

Yuklab olish (XKT-10 dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1093>

- KXT -11 kod (lar) i:

Kod	Nomlanishi
2B72	– Me’daning xavfli hosilasi
2B72.0	– Me’da adenokartsinomasi
2B72.1	– Me’daning xavfli neyroendokrin hosilasi
2A85.1	– Selliksa bog‘liq limfoma (mukoassoassotsiirlangan limfoma)
2B58.2	– Me’da leyomiosarkomasi
2B5B.0	– Me’daning gastrointestinal stromal o’smasi
2B72.Y	– Me’daning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B72.Z	– Aniqlanmagan me’daning xavfli hosilalari

Yuklab olish (XKT-11 dan havola):<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1397617262%2Fother>

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Me’da saratoni (MS) – me’daning havfli o’smasi bo‘lib, me’da devorining ichki shilliq qavati hujayralaridan hosil bo‘lgan havfli o’smadir [1].

2) Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manbaga havola: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=7&types=1)

Xalqaro Saratonni o‘rganish Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda me‘da saratonining jami 968 784 yangi holati aniqlangan va ushbu saratondan 660 175 kishi vafot etgan.

MS -polietilogik kasallik bo‘lib; asosiy omillar qatoriga quyidagilar kiradi:

1) irsiyat. Quyidagi irsiy saraton turlari va MS rivojlanish xavfini orttiruvchi irsiy sindromlar ajratiladi:

a. irsiy diffuz MS. Autosom-dominant sindrom bo‘lib, unda Ye-kargerin molekulasi tufayli hujayraning adgeziyasini ta‘minlovchi CDH1 genida mutatsiyalar mavjud bo‘ladi. Bu uzuksimon- hujayrali saratonning rivojlanishiga olib keladi va u 30-50% hollarda aniqlanadi. 80 yoshga kelib MS rivojlanish xavfi erkaklarda 67% va ayollarda 83% ga etadi. MS aniqlanishining o‘rtacha yoshi 37 yoshni tashkil qiladi;

b. Linch (Lynch) sindromi (irsiy polipoz bo‘lmagan yo‘g‘on ichak saratoni, NNRTK). MS rivojlanish xavfi 1 dan 13 % gacha;

s. yuvenil polipoz sindromi. MS rivojlanish xavfi 21% ga etadi;

d. Peyts–Yegers (Peutz–Jeghers) sindromi. MS rivojlanish xavfi 29% ga etadi;

e. oilaviy adenomatoz polipoz. Unda MS rivojlanish xavfi 1-2% ni tashkil qiladi;

2) Helicobacterpylori bilan infitsirlanish;

3) zararli odatlar – chekish;

4) alimentar – spirtli ichimliklar, tuzlangan, qovurilgan, konservalangan, marinatsiyalangan, ziravorli ovqatlarni suiiste‘mol qilish; mikotoksinlar bilan zararlangan mahsulotlarni iste‘mol qilish; sikroelementlari va vitaminlarning yetishmasligi.

Fon kasalliklari: surunkali atrofik giperplastik gastrit, adenomatoz poliplar, zararli anemiya, me‘da rezeksiyasidan keyingi holatlar, Menetriye kasalligi (gipertrofik gastropatiya, giperplastik gigant-burmali gastrit) [1-6]

Har yili respublikada me‘da saratonining 2000 dan ortiq yangi holatlari qayd etiladi. G‘arbiy Yevropada me‘da saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 5 yillik yashovchanlik darajasi 18%, AQSHda - 21%ni tashkil qiladi.

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda O‘zbekiston Respublikasida me‘da saratoni uchrashi bo‘yicha saraton kasalliklari ichida 2-o‘rinni egallaydi va 100 ming aholiga nisbatan 5,6 tani tashkil etadi. 2022 yilda birinchi marta MS bilan kasallangan jami 2019 bemor aniqlandi. Ulardan 10,9% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. MS morfologik tasdiqlangan tashxisi bo‘lgan bemorlarning ulushi 93,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 1,4%, II bosqichida 31,1%, III bosqichida 38,9% va IV bosqichida 26,9% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 1,7 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida

dispanser nazorati ostida me'da saratoni bilan kasallangan 4888 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 13,6 ni tashkil etdi (erkaklar orasida 1 o'rin). Respublikada MS bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 31,2% va 1 yillik o'lim darajasi 28,4% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 1409 bemor me'da saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 3,9 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi. Saratondan o'lim bo'yicha MS erkak aholi orasida 1-o'rinni (13,8%) va ayol aholi orasida esa 3-o'rinni (7,1%) egallaydi.

Me'da saratonini palliativ davolash bemorning hayot sifatini yaxshilashga, asosiy kasallik bilan kurashish usullarining imkoniyatlari deyarli tugaganida va to'liq davolanish ehtimoli minimal bo'lganida uning ahvolini yengillashtirishga qaratilgan. Yetarli va o'z vaqtida palliativ yordam kasal insonga bir necha qo'shimcha hayot yillarini berishi mumkin. Bu bemorlarning 60% dan ko'prog'ida sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatadi, 25-30% esa kuzatilgan progressni muhim deb tavsiflash mumkin.

3) Tasnifi (Palliativ yordamga hos)

MSning makroskopik tasnifi [5]:

1. «Erta» MS (T1N0–3M0):

- 0 tip – yuzaki yassi o'smalar:
- 0-I tip – ko'tarilish (o'smaning balandligi shilliq qavat qalinligidan 2 va undan ko'p ko'tarilib turadi);
- 0-II tip – yuzaki:
 - 0-IIa – ko'tarilgan tip;
 - 0-IIb – yassi tip;
 - 0-IIc – chuqurlashgan.
 - 0-III tip – yaralangan (shilliq qavatda yarali defekt).

2. Tarqalgan me'da saratoni:

- I tip – zambarag'simon yoki polipsimon;
- II tip – yarali, aniq chizilgan chegarali (likopcha shaklida);
- III tip – yarali-infiltrativ;
- IV tip – diffuz-infiltrativ (linitis plastica);
- V tip – tasniflanmaydigan o'smalar.

MSni TNM 8 nashr tizimi bo'yicha tasniflanishi [5]:

MSni bosqichlash klinik tekshiruv natijalariga asoslanadi (cTNM) [3]; uzoq

metastazlar bo‘lmasa, jarrohlik materialini gistologik tekshirish natijalari asosida yakuniy bosqich operatsiyadan keyin belgilanadi (rTNM). Unda quyidagi parametrlarni baholash kerak:

1) me‘da devoriga o‘sma invaziyasining chuqurligi va uning chegaralaridan tashqarida chiqishi ("T"toifasi);

2) olib tashlangan limfa tugunlari soni va metastazlar bilan zararlangan limfa tugunlari soni ("N" toifasi); "N" toifasini aniqlash uchun kamida 16 ta olib tashlangan limfa tugunlarini tekshirish kerak.

O‘sma kombinatsiyalangan yoki kompleks davolash paytida yoki undan keyin darhol baholangan hollarda, cTNM yoki pTNM toifalarining qiymatlari "u"prefiksi bilan belgilanadi. ycTNM yoki ypTNM qiymatlari tekshirish vaqtida o‘smaning tarqalishini tavsiflaydi.

Qizilo‘ngach-me‘da birikmasi sohasi o‘sma jarayonida ishtirok etganda, markazi qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 2-5 sm pastda joylashganda (Zivert bo‘yicha III tip), adenokarsinomani MS deb tasniflanadi va davolanadi. Agar qizilo‘ngach-me‘da birikmasi sohasini o‘z ichiga olgan adenokarsinomaning markazi tishsimon chizig‘i sohasida joylashgan bo‘lsa, ya’ni. qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 2 sm pastda va 1 sm yuqorida bo‘lsa (Zivert bo‘yicha II turi) yoki qizilo‘ngachning pastki uchdan bir qismida qizilo‘ngach-me‘da birikmasining anatomik chegarasidan 1-5 sm yuqorida bo‘lsa (Zivert bo‘yicha I turi), jarayon qizilo‘ngach saratoni deb tasniflanadi va davolanadi.

Zivert bo‘yicha I va II tip kardioezofagial soha adenokarsinomasining lokal shakllarini davolash taktikasi qizilo‘ngach saratoni davolash taktikasiga o‘xshash, tarqalgan va metastatik shakllarini davolash esa tarqalgan MSni davolashga o‘xshaydi [3].

TNM tizimi bo‘yicha MS tasnifi va saraton bo‘yicha Amerika qo‘shma qo‘mitasining (American Joint Committee on Cancer, AJCC) 8-nashriga ko‘ra bosqichlar bo‘yicha guruhlash 2 va 3 - jadvallarda keltirilgan.

14-jadval. AJCC TNM-tasnifi (8-nashr, 2017) [5]:

TNM tasnifi	
<i>T – birlamchi o‘smaning xususiyatlari, ya’ni me‘da devoriga o‘sma invaziyasining maksimal chuqurligi</i>	
Tx	Birlamchi o‘smanni baholash imkonsiz
T0	Birlamchi o‘sma borligi haqida ma’lumot yo‘q
Tis	in situ karsinoma (shilliq qavat ichidagi o‘sma, hususiy plastinkaga invaziyasiz) / og‘ir displaziya

T1	O'sma shilliq qavatning hususiy plastinkasini yoki mushak plastinkasini, shilliq osti qavatni egallaydi
T1a	O'sma shilliq qavatning hususiy plastinkasini yoki mushak plastinkasini egallaydi
T1b	O'sma shilliq osti qavatni egallaydi
T2	O'sma mushak qavatni egallaydi
T3	O'sma visseral qorin parda yoki qo'shni tuzilmalarga o'sib o'tmagan holda subseroz qavatni zararlaydi; bu guruhning o'smalariga, bu tuzilmalarni qoplaydigan visseral qorin pardani zararlamagan holda me'da-chambar ichak va me'da-jigar boylamlariga, katta va kichik charviga invaziyasi bo'lgan o'smalar ham kiradi; me'da boylamlarini va charvini qoplaydigan qorin pardaning perforatsiyasi mavjud bo'lganda. o'sma T4 deb tasniflanadi
T4	O'sma seroz pardaga (visseral qorin pardaga) yoki qo'shni tuzilmalarga tarqaladi (o'smaning o'n ikki barmoqli ichakka yoki qizilo'ngachga intramural tarqalishi qo'shni tuzilmalarga tarqalishi hisoblanmaydi, lekin istalgan ushbu sohalarga maksimal chuqurlik holatida "T" ni tavsiflash uchun qo'llaniladi)
T4a	O'sma seroz qavatga (visseral qorin pardaga) tarqalgan
T4b	O'sma taloq, ko'ndalang chamber ichak, jigar, diafragma, me'da osti bezi, qorin old devori, buyrak usti bezi, buyrak, ingichka ichak, qorin parda orti soha kabi qo'shni tuzilmalarga tarqaladi
<i>N – regional limfa tugunlari holatining xususiyatlari (pN ni aniq baholash uchun kamida 16 ta limfa tugunlarini olib tashlash va tekshirish kerak)</i>	
Nx	Regional limfa tugunlarini baholash imkonsiz
N0	Regional limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas
N1	1-2 regional limfa tugunlarining shikastlanishi
N2	3-6 regional limfa tugunlarining shikastlanishi
N3	7 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarining shikastlanishi: <ul style="list-style-type: none"> • N3a: 7-15 regional limfa tugunlarining shikastlanishi • N3b: 16 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarining shikastlanishi
<i>M – uzoq metastazlar tavsifi</i>	
Mx	Узоқ метастазларнинг мавжудлигини аниқлаб бўлмайди
M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас

M1	Узоқ метастазлар мавжуд ёки қорин парда ювиндисидида /биоптатларда ўсма хужайралари мавжуд
----	--

Me'da saratonining bosqichlar bo'yicha tasniflanishi:

15-jadval. Me'da saratoni: bosqichlar bo'yicha (prognosti guruhlar bo'yicha) guruhlash [5]:

MSni TNM, 8-nashr, 2017 y. bo'yicha tasniflash											
klirik				patomorfologik				neoad'yuvant terapiyadan so'ng			
Bosqich	cT	cN	cM	Bosqich	pT	pN	M	Bosqich	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 yoki N3	M0	IIIA	T2	N3a	M0	III	T4a	N1	M0
	T4a	N1,N2 yoki N3	M0		T3	N2	M0		T3	N2	M0
					T4a	N1	M0		T2	N3	M0
					T4b	N2					
				N0							
	IIIB	T1	N3b	M0	T4b	N0	M0				
		T2	N3b		T4b	N1					
		T3	N3a	M0	T4a	N2	M0				
T4a		N3a		T3	N3	M0					
T4b	N1 yoki	M0									

						N2					
				III C	T3	N3b	M0		T4b	N2	M0
					T4a	N3b			T4b	N3	
					T4b	N3a yoki N3b	M0		T4a	N3	M0
IVA	T4b	Har qanday	M0	IV	Har qanday	Har qanday	M1	IV	Har qanday	Har qanday	M1
IVB	Har qanday ay T	Har qanday	M1		T	N			T	N	

pTNM patogistologik tasnif:

pT, pN, pM kategoriyalarni aniqlash uchun talablar, T, N, M kategoriyalarni aniqlash talablariga javob beradi.

Eslatma: pN0 gistologik tekshiruv odatda 15 yoki undan ortiq regional limfa tugunlarini o'z ichiga oladi.

G – gistopatologik differensirovka;

GX – Differensiatsiya darajasini aniqlab bo'lmaydi;

G1 – yuqori differensiallashgan;

G2 – o'rta differensiallashgan;

G3 - past differensiallashgan;

G4 – differensiallashmagan saraton.

16-jadval. Me'da saratonini prognostik omillari:

<i>Prognostik omillar</i>	<i>O'sma bilan bog'liq</i>	<i>Organizm bilan bog'liq</i>	<i>Atrof muhit bilan bog'liq</i>
Asosiy	N kategoriya M kategoriya HER2 status		Qoldiq kasallik: R0, R1 or R2
Qo'shimcha	O'sma tarafidan: kardial yoki distal me'da Gistologi tip	Yoshi	Rezeksiya darajasi

	Tomirlarga infiltratsiya		
Yangi va perspektiv	Molekular profil	Irq: Osiyolik yoki osiyolik emas	

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

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

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

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

- Palliativ kimyoterapiya, target davolash, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o'tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo'lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

1) Shikoyatlar va anamnez:

Me'da saratonining patognomonik belgilari aniqlanmagan.

Bemorning shikoyatlari turli xil me'da kasalliklarining (surunkali gastrit, me'da yarasi va boshqalar.) belgilari bilan bir hil bo'lishi mumkin.

- Epigastral sohada og'riq;
- Disfagiya;
- Ko'ngil aynish;
- Qayt qilish (shu jumladan «kofe quyqasi» shaklida);
- Ishtaha yo'qolishi;
- Vazn yo'qotish.

2) Umumiy, fizikal tekshirishlar:

- Me'da saratonining kechki bosqichlarida ko'pincha og'ir adinamiya hisobiga

bemor majburiy holatda bo‘ladi.

- Yuzni tekshirganda, ko‘zning porlashi va tirikligi pasayishi mumkin.
- Terining rangparligi me‘da-ichakdan qon ketishni bildirishi mumkin. Me‘da saratonining kechki bosqichlari bo‘lgan bemorlarda teri mumsimon yoki tuproqsimon rangli holatga keladi.
- Ba‘zi hollarda, qorin bo‘shlig‘ining simpatik tugunlariga metastazlarning rivojlanishi natijasida terining yaqqol diffuz giperpigmentatsiyasi ham kuzatilishi mumkin.
- Me‘da saratonining kechki bosqichlarida terining qurishi va uning turgorining pasayishi ham qayd etiladi.
- Kaxeziya darajasiga yetgan aniq vazn yo‘qotish distal me‘da saratonida kuzatiladi. Bunday hollarda bemorlarda oqsilsiz shish paydo bo‘ladi.
- Keyingi bosqichlarda, chap to‘sh-o‘mrov-so‘rg‘ichsimon mushak oyoqlari orasidagi o‘mrov usti sohasida, qo‘shni teriga yopishmagan notekis yuzasi bo‘lgan zich limfa tugunini aniqlash mumkin (Virxov metastazi).
- Og‘iz bo‘shlig‘ini tekshirganda, me‘da saratoni bilan og‘rigan bemorlarda og‘izdan ko‘lansa hid kelishi mumkin – bu me‘da havfli o‘smasi parchalanishining belgisi.
- Epigastral sohada qorin devorining bo‘rtib chiqishi me‘da saratonining o‘tib ketgan shakllarida kuzatiladi. O‘tkir vazn yo‘qotishda, ba‘zi hollarda me‘da konturlarini, uning kichik va katta egriligini vizual ravishda aniqlash mumkin.
- Pilorusning o‘sma stenozini rivojlanida ba‘zi bemorlarda qorin old devorini cheklangan joylarda ko‘tarilib, epigastral soha qorin devorining yengil silkitgandan keyin aniqroq ko‘rinadigan davriy to‘lqinli harakatlar aniqlanadi.
- Qorin old devorini palpatsiya qilishda me‘da o‘smalari asosan me‘daning distal qismlarida (antrum, pilorik) joylashganda aniq palpatsiya qilinadi va diametri bir necha santimetrgacha yetishi mumkin.
- Perkussiya yordamida me‘daning pastki chegarasining holatini aniqlab olish mumkin va Traube makonidagi o‘zgarishlarni aniqlanadi (me‘daning subkardial qismi saratonida).

3) Laborator tekshirishlar, sindromni aniqlash uchun zarur, palliativ yordam tashkilotida kasalxonaga yotqizishdan oldin amalga oshiriladi:

Sitologik tekshirish (atipik hujayralar hajmining gigant darajagacha o‘sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o‘zgarishi, yadro hajmining kattalashishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining yetukligining turli darajasi, yadrochalar soni va shaklining o‘zgarishi);

Gistologik tekshirish: (sitoplazmasi aniq ifodalangan katta poligonal yoki boshqoq shaklidagi hujayralar, mitozlar mavjud bo'lgan aniq yadrochali yumaloq yadrolar, hujayralar keratin hosil qilib yoki qilmay yacheykalar va tortishmalar shaklida joylashadi, qon tomirlarida o'sma emboli mavjudligi, limfotsitar-plazmotsitar infiltratsiyaning ifodalanganligi, o'sma hujayralarining mitotik faolligi):

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

Bemorni kompleks genom profillash, klinik kechishiga ko'ra, yuqori progressiyalanuvchi agressiv o'smalarda, ananaviy o'smaga qarshi davodan samara bo'lmagan o'smalarda qo'llaniladi.

4) Instrumental tekshiruvlar, sindromni aniqlash uchun zarur, palliativ yordam tashkilotida kasalxonaga yotqizishdan oldin amalga oshiriladi:

- Fibroezofagogastroduodenoskopiya (shilliq qavatdagi nuqsonni ko'rish, uning hajmi va tabiatini aniqlash, gistologik tekshirish uchun to'qimalarning bir qismini olish imkonini beradi);
- Qizilo'ngachni kontrastli rentgen tekshiruvi, me'dani kontrastli rentgen tekshiruvi (ikki marotaba kontrastlash) (me'da havfli o'smalarini tarqalishi va davomiyligini aniqlashga, shuningdek jarrohlik aralashuv taktikasini belgilashga imkon beradi);
- Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, o'mrov usti l/tugunlar) (qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohaning kattalashgan l/ tugunlarining exogen mavjudligi, qorin bo'shlig'ida metastazlarning mavjudligi, shuningdek, me'da havfli o'smalarining qo'shni tuzilmalarga o'sib o'tishi);
- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohaning kompyuter tomografiyasi (qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohaning kattalashgan l/tugunlari mavjudligini aniqroq ko'rish, qorin bo'shlig'ida metastazlar mavjudligi, shuningdek, me'da havfli o'smalarining qo'shni tuzilmalarga o'sishi).
- Morfologik tekshirish –me'da saratonini boshqa kasalliklar bilan differensial tashxislashning asosiy usulidir. Biopsiyada havfli hujayralarni aniqlash qizilo'ngach saratonini aniq ko'rsatadi, garchi bitta olingan materialda o'sma belgilarining yo'qligi bu kasallikni istisno qilmaydi. Faqat dinamik kuzatuv davomida takroriy manfiy natijalar kuzatilganda patologik jarayonni havfsiz deb hisoblash mumkin.

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

- ✓ Og‘riq va boshqa og‘riqli alomatlarning oldini olish va yo‘q qilish, bemorning azobini yengillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish hayot sifatini yaxshilash;
- ✓ Psixologik, ijtimoiy, ma’naviy qo‘llab-quvvatlash, psixosomatik tomonidan qo‘llab-quvvatlash;
- ✓ O‘smaga qarshi davolashning nojo‘ya ta’sirini yengish uchun;

5. Palliativ tibbiy yordam ko‘rsatish taktikasi:

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

1) Palliativ yordam ko‘rsatishda bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi: yo‘q.

Bosqichiga qarab davolash:

IV bosqichda

- Palliativ maqsadda jarrohlik usulda davolash, masalan, o‘sma obstruksiyasi, perforatsiya yoki kuchli qon ketishda. Sitoreduktiv gastrektomiya, gastroenteroanastomoz amalga bajarilishi mumkin. Limfodisseksiya amalga oshirilmaydi. Me‘da obstruksiyasida gastrostomiya va/yoki yeyunostomiya, shuningdek stentlash variantlari ko‘rib chiqilishi mumkin.
- Ad’yuvant poliximioterapiya kurslari;
- Palliativ poliximioterapiyaning mustaqil kurslari.

Retsidiv

Jarrohlik aralashuvi (individual):

- radikal va palliativ jarrohlik aralashuvlarning har xil ko‘lamdagi turlari;
- o‘smanni endoskopik parchalash;
- stentlar o‘rnatish.

Palliativ ximioterapiya (individual).

2) Palliativ nomedikamentoz davо [5, 9, 16, 17]:

Rejim:

Shifohonalarda, gospitallarda qo'llaniladigan harakat rejimlari quyidagicha bo'linadi: I – qat'iy yotoq rejimi, II- yotoq rejimi, III-palata rejimi (yarim yotoq) va IV-erkin(umumiy). Nooad'yuvant yoki ad'yuvant ximioterapiya o'tkazilganda - III rejim (palata rejimi). Erta amaliyotdan keyingi davrda – I rejim (qat'iy yotoq rejimi), keyinchalik uni ahvolining yahshilanishi va javrohatining bitishiga qarab, II, III rejimgacha kengaytiriladi. po mere uluchsheniya sostoyaniya i zajivleniya shvov.

Parxez:

Amaliyotdan keyingi davrda bemorlar uchun - ochlik, keyinchalik 1-, 1a-stolga o'tish bilan. Kimyo terapiya olayotgan bemorlar uchun - №1, 1a.

Amaliyotdan keyingi davrda parxezga amal qilish, me'da saratoni bemorlariga – umr davomida.

Transfuzion qo'llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko'rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko'rinishlar bilan belgilanadi.
- Ko'rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo'lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo'llaniladi.
- Transfuziyalarga ko'rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog'liq – keyingi bir necha kun ichida ko'rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrotsitar massa/aralashma:

- To'qimalarning kislorodga bo'lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensatsiya mexanizmlari yetarli bo'lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrotsitlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko'rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevatsiyasi bilan namoyon bo'ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo'lishi, eritrotsitlar transfuziyasi uchun absolyut ko'rsatma bo'ladi;

- Yurak-qon tomir tizimi va o'pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo'lmasa, surunkali anemiyada eritrotsitlarni profilaktik quyish uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin bo'lgan gemoglobin darajasi:

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

Trombotsitlar konsentrati:

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

Yangi muzlatilgan plazma:

- YAMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o'tkazishdan oldin o'tkaziladi.
- $MNO \geq 2.0$ bo'lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YAMP quyish uchun kandidat sifatida ko'riladi. Rejali amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo'lmagan dozada vena ichiga yoki ichishga buyurilishi mumkin.

3) Palliativ medikamentoz davolash.

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

Palliativ kimyo terapiya.

Kimyo terapiya – bu maxsus preparatlar, sitostatiklar yordamida saraton

hujayralarini yo‘q qilish yoki o‘rishini sekinlashtirishga qaratilgan havfli saraton o‘smalarini medikamentoz davolashdir. Kimyoterapiya bilan saratonni davolash individual ravishda tanlangan ma‘lum bir sxema bo‘yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. Odatda, o‘sma kimyoterapiyasi sxemalari dorilarning ma‘lum kombinatsiyalarini qabul qilishning bir necha kurslaridan iborat bo‘lib, shikastlangan tana to‘qimalarini tiklash uchun dozalar orasidagi pauzalar qilish bilan o‘tkaziladi.

Buyurilish maqsadiga qarab kimyo terapiyaning bir necha turi farqlanadi: tarqalgan turlarida palliativya ximioterapiya qo‘llaniladi.

Palliativ kimyo terapiya metastatik saraton o‘smalarini kichraytirish uchun qo‘llaniladi.

O‘smaning joylashishi va turiga qarab, kimyoterapiya turli sxemalar bo‘yicha belgilanadi va o‘ziga xos xususiyatlarga ega bo‘ladi.

Palliativ kimyo terapiyaga ko‘rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan me‘da saratoni;
- mahalliy tarqalgan o‘smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a‘zolarida (o‘pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o‘sma retsidivlari;
- bemorda qon surati qoniqarli bo‘lishi: gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar absolyut soni normal –200 dan ortiq bo‘lganda, trombotsitlar –100000 dan ortiq bo‘lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o‘smaning yomon fenotiplarida (uch karra negativ, Her2-negativ saratonda) uzoq davolash natijalarini yaxshilash.

Paliativ kimyo terapiyaga qarshi ko‘rsatmalar:

Kimyo terapiyaga qarshi ko‘rsatmalar ikki guruhga bo‘lish mumkin: absolyut va nisbiy.

Absolyut qarshi ko‘rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi,

jigar, buyraklar);

- o‘tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- ruhiy kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samarasizligi;
- o‘smi parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 50% va undan kam bemor umumiy ahvolidning og‘irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;
- organizm intoksikatsiyasi;
- faol o‘pka tuberkulezi;
- qon tarkibining turg‘un patologik o‘zgarishlari (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya);
- kaxeksiya.

Metastatik yoki mahalliy tarqalgan saratonni sistemali terapiyasi (*lokal davo o‘tkazish ko‘rsatilmagan*)

Terapiyaning birinchi liniyasi (ID - A):

1. Trastuzumab (kimyo terapiya bilan)

Trastuzumab 8 mg/kg v/i 1-chi kunga yuklama doza, so‘ngra 6 mg/kg v/i, har 21 kunda (HER pozitiv saraton uchun) yoki Trastuzumab 6 mg/kg v/i yuklama doza 1-kun, keyinchalik 4 mg/kg v/i har 14 kunda (HER pozitiv saraton uchun). Ushbu rejimlar ftorpirimidinlar (ftoruratsil yoki kapetsitabin) va platina preparatlari (oksaliplatin yoki sisplatin) bilan kombinatsiyada tavsiya etiladi.

2. Nivolumab* (PD-L1 CPS \geq 5), HER-2 negativ variantda, ftorpirimidinlar bilan kombinatsiyada (ftoruratsil yoki kapetsitabin) va oksaliplatin bilan.

* O‘zbekiston Respublikasi hududida registratsiyadan o‘tmagan

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID-A):

1. Ftoruratsil va sisplatin

Sisplatin 75-100 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 750-1000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-4 kunlar.

Sikl har 28 kunda.

Sisplatin 50 mg/m² v/i har kuni 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 2000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Sisplatin 80 mg/m² v/i har kuni 1-kun; Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga 1-14 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

2. Ftoruratsil va oksaliplatin

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksin infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 200 mg/m² v/i 1-kun.

Ftoruratsil 2600 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Kapetsitabin 1000 mg/m² ichishga, 1-14 kunlarda; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-chi kun; Sikl har 21 kunda.

- Ftoruratsiya saqllovchi rejimlarda, ular absolyut bioekvivalent bo'lganligi sababli, ham kalsiy folinat, ham dinatriy folinat qo'llanilishi mumkin. Dinatriy levofolinat qo'llanilganda folinat dozasi 2 barobar kamaytiriladi.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar (ID-V):

1. Paklitaksel sisplatin yoki karboplatin bilan

Paklitaksel 135-200 mg/m² v/i 1-kun;

Sisplatin 75 mg/m² v/i 2-chi kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 90 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Paklitaksel 200 mg/m² v/i 1-kun; Karboplatin AUC 5 v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

2. Dots.taksel va sisplatin

Dots.taksel 70-85 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 70-75 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

3. Ftorpirimidinlar:

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Ftoruratsil 800 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-5 kunlar;

Sikl har 28 kunda.

Kapetsitabin 1000-1250 mg/m² ichishga, na 1-14 dni; Sikl har 21 kunda.

4. Taksanlar:

Dots.taksel 75-100 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 135-250 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1-kun, har haftada; Sikl har 28 kunda.

5. Ftorouratsil va irinotekan

Irinotekan 180 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

6. Modifikatsiyalangan DCF

Dots.taksel 40 mg/m² v/i 1-chi kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg/m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i 1-chi kun;

Ftoruratsil 1000 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sisplatin 40 mg/m² v/i 3-chi kun; Sikl har 14 kunda.

Dots.taksel 50 mg/m² v/i 1-chi kun; Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 1-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

Dots.taksel 75 mg/m² v/i 1-kun; Karboplatin AUC 6 v/i 2-chi kun;

Ftoruratsil 1200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-3 kunlarda;

Sikl har 21 kunda.

7. ECF

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 60 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-21 kunlarda

Sikl har 21 kunda.

8. Modifikatsiyalangan ECF

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-kun;

Ftoruratsil 200 mg/m² v/i uzluksiz infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1-21 kunlarda;

Sikl har 21 kunda.

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Sisplatin 60 mg/m² v/i 1-kun; Kapetsitabin 625 mg/m² ichishga, 1-21 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

Epirubitsin 50 mg/m² v/i 1-kun; Oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-kun; Kapetsitabin 625 mg/m² ichishga 1-21 kunlarda; Sikl har 21 kunda.

Terapiyaning ikkinchi va keyingi liniyasi

Maqsadga muvofiq rejimlar (ID - A):

1. Ramutsirumab va paklitaksel (1-kategoriya)

Ramutsirumab 8 mg/kg v/i 1 va 15 kunlar; Paklitaksel 80 mg/m² 1, 8 va 15 kunlar; Sikl har 28 kunda.

2. Taksanlar:

Dots.taksel 75-100 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 135-250 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1-kun, har haftada; Sikl har 28 kunda.

Paklitaksel 80 mg/m² v/i 1, 8 va 15 kunlar; Sikl har 28 kunda.

3. Irinotekan

Irinotekan 250-350 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Irinotekan 150-180 mg/m² v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

Irinotekan 125 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

4. Ftoruratsil va irinotekan

Irinotekan 180 mg/m² v/i 1-kun;

Kalsiya folinat (yoki natriya folinat) 400 mg / m² v/i 1-chi kun; Ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish 1-chi kun;

Ftoruratsil 200 mg/m² v/iuzluksin infuziya shaklida 24 soat davomida har kuni 1- va 2- kunlar;

Sikl har 14 kunda.

5. Trifluridina/tipiratsila 35 mg/m² dozada kuniga 2 mahal 1–5 va 8–12 kunlar (davolashning uchinchi va keyingi liniyasi (1-kategoriya)

Sikl har 28 kunda

6. Pembrolizumab

(ikkinchi liniyada ** ma'lum bir holatlarda foydali: TMB high yuqori mutatsion yuklamasida (mega bazaga ≥ 10 mutatsiya) yoki MSI-H yuqori ko'rsatkichida.

** - ko'rsatma O'zRda registratsiya qilinmagan).

7. Pembrolizumab

(uchinchi ** yoki keyingi liniya uchun SPS ≥ 1 bo'yicha PD-L1-musbat ekspressiyasida. ** - ko'rsatma O'zRda registratsiya qilinmagan)

Pembrolizumab 200 mg v/i 1-kun; Sikl har 21 kunda.

Boshqa tavsiya etiladigan rejimlar:

1. Ramutsirumab (1-kategoriya)

Ramutsirumab 8 mg / kg v/i 1-kun; Sikl har 14 kunda.

2. Irinotekan va sisplatin

Irinotekan 65 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sisplatin 25-30 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

3. Ramutsirumab 8 mg/kg v/i, FOLFIRI (Irinotekan 150–180 mg/m² v/i, Kalsiya folinat 400 mg/m² v/i, 5-ftoruratsil 400 mg/m² v/i tez yuborish + 2400 mg/m² 46–48 soat) 28 kunlik siklning 1 va 15 kunlarida

4. Ramutsirumab va irinotekan (agar bemor avval taksan qator preparatlari olgan holatlarda)

Ramutsirumab 8 mg/kg v/i 1 va 15 kunlar. Irinotekan 150 mg/m² v/i 1 va 15 kunlar. Sikl har 28 kunda.

5. Dots.taksel va irinotekan

Dots.taksel 35 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Irinotekan 50 mg/m² v/i 1 va 8 kunlar; Sikl har 21 kunda.

Suyak strukturalarining metastatik shikastlanishida osteomodifikatsiyalovchi preparatlar

1. Bisfosfonatlar:

- Zoledron kislota 4 mg v/i, 15 daqiqa davomida har 4 haftada yoki har 3 oyda;
- Pamidron kislota 90 mg v/i, 2-4 soat davomida har 4 haftada yoki har 3 oyda.

Bifosfonatlardan foydalanish suyak metastazlari mavjudligini aniqlash va rentgenologik tasdiqlashdan soʻng darhol boshlanishi va buyrak funksiyasini muntazam kuzatib borish (preparatni keyingi yuborishdan oldin kreatinin darajasini aniqlash) bilan tolerantlikka qarab cheksiz davom etishi kerak. Gipokalsiyemiyaning oldini olish uchun oldindan mavjud boʻlgan gipokalsiyemiya va D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi, shuningdek, terapiya paytida Ca va D vitamini preparatlaridan foydalanish tavsiya etiladi.

2. Denosumab

Tavsiya etiladigan doza 120 mg har 4 haftada 1 marta teri ostiga qorin, yelka yoki son sohasiga. Terapiya dastlabki oyi davomida qoʻshimcha ravishda preparat 120mg dozada t/o 8-chi va 15-kunlar yuboriladi. Davo kurs davomida qoʻshimcha ravishda kalsiy va vitamin D preparatlarini qabul qilish tavsiya qilinadi.

17-jadval

Asosiy dori-vositalarning roʻyxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-voitasining XPN	Qoʻllash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	karboplatin	AUC 5-6 1-chi kun, v/i	
Mikronaychalar ingibitorlari – taksanlar	dots.taksel	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	paklitaksel	175 mg/m ² 1-chi kun, v/i	
Pirimidin antogonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14dni, tabletka, ichishga	A

O'sish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	trastuzumab	Yuklama va qo'llovchi dozasi 3 haftada 1 marta progressiyalan ishgacha, v/i	A
	ramutsirumab	8 mg/kg v/i	A
PD-1 retseptorlariga monoklonal antitanalar	pembrolizumab	200 mg v/i 1-kun	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	etopozid	100 mg/m ² 1-5 kunlar, v/i	C
Platina kompleks birikmalari	oksalipatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	ftoruratsil	400 mg/m ² v/i bolyus yuborilish	A
Somatostatin analogi	oktreotid	0,1 mg t/o sutkada 3 marta	C
	lantreotid	90 mg har 28 kunda 2 oy davomida. 120 mg har 28 kunda (4 hafta) 60 mg har 28 kunda (4 hafta)	C
Immunosuppressiv va o'smaga qarshi ta'sirga ega mTOR ingibitori	everolimus	10 mg ichishga	C
Proteintirozinkinaza	imatinib	400-800	A

ingibitori		mg/sut., og‘iz orqali, uzoq vaqt	
	sunitinib	25-50 mg/sut., og‘iz orqali, uzoq vaqt	A
Bifosfanat guruhiga mansub suyak to‘qimasi rezorbsiyasi ingibitori	pamidron kislota	90 mg v/i 4 soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	B
	zoledron kislota	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B
Suyak to‘qimasi rezorbsiyasi ingibitori. Monoklonal antitana	denosumab	120 mg teri ostiga	A
Ma’lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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-jadval

Qo‘shimcha dori-vositalarning ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
O‘smaga qarshi terapiya toksikligini kamaytiruvchi preparatlar	kalsiya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	B
	dinatriya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	C
	dinatriya levofolinat	200 mg/m ² v/i yoki 100 mg/m ² v/i	C

Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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
--	---

Faoliyatdagi NEO G1-G3: somatostatin analoglari (simptomatik terapiya).

Oktreotid 0,1 mg t/o sutkada 3 marta qisqa vat davomida (tahminan 2 hafta) samaradorligini va umumiy ko'tara olishligini baholash maqsadida, so'ngra Oktreotid 20 mg mushak orasiga 28 kunda 1 marta.

Agar 3 oy davomida kasallik klinik belgilarining va biologik markerlarining adekvat nazorati ta'minlansa, – oktreotid 10 mg mushak orasiga 28 kunda 1 marta.

Agar 3 oy davomida kasallik klinik belgilarining va biologik markerlarining qisman nazorati ta'minlansa – oktreotid 30 mg mushak orasiga har 4 haftada.

Lanreotid dastlabki dozasi 90 mg ni tashkil qiladi, har 28 kunda 2 oy davomida. Keyinchalik simptomatikaning kamayishiga qarab, doza tanlanishi kerak. Klinik belgilarga («prilivlar» va ichning yumshoq kelishi) qarab baholaganda javob yetarli bo'lmaganda, doza 120 mg har 28 kunda (4 hafta) gacha ko'tarilishi mumkin. Klinik belgilarga («prilivlar» va ichning yumshoq kelishi) qarab baholaganda javob yetarli bo'lsa, doza 60 mg har 28 kunda (4 hafta) gacha tushirilishi mumkin.

Faoliyat ko'rsatmaydigan NEO Ki67<2-10%, G1/G2:

- 1) somatostatin analoglari,
- 2) everolimus 10 mg ichishga har kuni progressiyalanishgacha,
- 3) everolimus 10 mg ichishga har kuni oktreotid bilan kombinatsiyada 28 kunda 1 marta, progressiyalanishgacha.

Ki67 3-20%, G1/G2:

- 1) ftoruratsil+everolimus,
- 2) temozolomid+kapetsitabin,
- 3) somatostatin analdoglari

Ki67>20%, G3:

- 1) karboplatin/sisplain+etopozid,
- 2) temozolomid+bevatsizumab,
- 3) temozolomid+kapetsitabin+bevatsizumab,
- 4) somatostatin analoglari

Kimyo terapiya, kimyo-target, immunoterapiya sxemalari:

- 1) Sisplatin - 80 mg/m² v/i tomchilab 1-chi kun. Etopozid - 120 mg/m² v/i tomchilab 1-3-chi kunlar. Sikl takrorlanishi har 4 haftada;
- 2) Karboplatin – AUC 4-5. Etopozid 100 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar. Sikl takrorlanishi har 4 haftada;
- 3) Dakarbazin – 200 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar Epirubitsin – 25 mg/m² v/i 1-3-chi kunlar Ftoruratsil – 250 mg/ m² v/i 1-3-chi kunlar Sikl takrorlanishi har 3 haftada;
- 4) Temozolomid - 150 mg/ m² /sut ichishga 7 kun, tanaffus 7 kun Bevatsizumab – 5 mg/kg v/i 2 haftada 1 marta

Kurs davomiyligi 22 hafta;

- 5) Temozolomid -150 mg/ m² /sut ichishga 1-5-chi kunlar Kapetsitabin –2 g/ m² /sut ichishga 1-14-chi kunlar Bevatsizumab – 5 mg/kg v/i 2 haftada 1 marta

Sikl takrorlanishi har 28 kunda;

- 6) XELOX: oksaliplatin 130 mg/m² 1-chi kun, kapetsitabin 2000 mg/m² sutkasiga (2 ta qabulga bo‘lib, ertalab va kechqurun) 1-14-chi kunlar;

Noepitelial o‘smalarning maxsus bo‘limiga GIST kiradi. Ular individual gistologik, immunogistokimyoviy va molekular genetik xususiyatlarga ega bo‘lgan yaqinda ajratilgan mustaqil nozologik birlikdir. GIST larning aksariyati (>90%) havfli o‘smalardir. Stromal o‘smalarning tashxisi o‘sma hujayralarida immunogistokimyoviy usul bilan Kit (CD117)ni aniqlash bilan tasdiqlanadi. Birlamchi operabel GIST holatlarida o‘smani tubdan olib tashlash ko‘rsatma hioblanadi. Ad’yuvant maqsadda yoki progressiyalanishgacha 1 yil davomida Imatinib kuniga 400 mg foydalanish tavsiya etiladi.

Imatinibga rezistentlik bo‘lsa, preparatning dozasini kuniga 800 mg gacha oshirish maqsadga muvofiqdir. Imatinib bilan davolash fonida progressiyalanish kuzatilganda ikkinchi liniya sifatida sunitinib terapiyasining qo‘llanilishidan (monorejimda yoki imatinib bilan kombinatsiyada) taskin beruvchi natijalar olindi.

Sunitinib 50 mg/sut dozada og‘iz orqali har kuni 4 hafta davomida, keyinchalik 2 hafta tanaffus va davoni qayta boshlash.

6. Jarrohlik aralashuvi [5, 9, 16,17].

Metastatik MSni jarrohlik usulida davolash

Palliativ jarrohlik aralashuvlari turlari:

- Hayot uchun havf soluvchi holatlarda (hayot uchun havf soluvchi takrorlanuvchi me‘dadan qon ketishda) odatiy yoki kengaytirilgan gastrektomiya, Osawa- Garlok

amaliyoti, proksimal yoki distal subtotal gastrektomiya (o'smaning me'dada joylashishiga qarab), laparoskopik distal subtotal gastrektomiya (tegishli uskuna mavjud bo'lganda).

- Aylanib o'tuvchi ezofago-gastroanastomoz qo'yish (proksimal norezektabel me'da saratonida gastrostaz, yuqori ichak tutilishi kuzatilganda).
- Gastrostomiya (me'da norezektabel proksimal saratonida disfagiya kuzatilganda)

Jarrohlik usulida davolashga ko'rsatmalar:

- Me'dadan qon ketish, disfagiya, gastrostaz, yuqori ichak tutilishi kabi asoratlari bo'lgan me'daning gistologik tasdiqlangan nooperabel havfli o'smalari.

Jarrohlik usulida davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- nafas, yurak qon tomir, peshob ajratish tizimlarining surunkali dekompensatsiyalangan va/yoki o'tkir funksional buzilishlari;
- umumiy og'riqsizlantirishda qo'llaniladigan preparatlarga allergik reaksiyalar.

7. Keyingi nazorat:

Voyaga yetgan bemorlar, agar me'da saratoni uchun kemyoradioterapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, shifokor-onkolog kuzatuv va analgetik (agar kerak bo'lsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

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

Bo'yin, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, kichik chanoqni kontrastli KTsi klinik ko'rsatmalarga ko'ra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan so'ng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/retsividiga gumon bo'lsa bajariladi [6]

Tekshirish usullari:

- fibrogastroskopiya;
- qzilo'ngachning, anastomozning rentgenkontrast tekshiruvi;
- qorin bo'shlig'i a'zolari UTTsi;
- o'pkalarning rentgenologik tekshiruvi;
- periferik limfa tugunlari UTTsi;
- to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- ginekolog ko'rigi (ayollarda);
- qon umumiy tahlili.

Ko'rsatmalarga ko'ra:

- Fibrokolonoskopiya;
- Irrigoskopiya;
- Qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi KTsi;
- Qorin bo'shlig'i qon tomirlari angiografiyasi;
- Qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi MRTsi;
- Skelet suyaklari ssintigrafiyasi;
- Pozitron-emission tomografiya (PET) + butun tana kompyuter tomografiyasi.

8. Palliativ davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

To'liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o'choqlarning yo'qolishi.

Qisman samara - boshqa o'choqlari progressiyaning yo'qligida barcha yoki alohida o'smalarning 50% yoki undan ko'p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizatsiya - (o'zgarishsiz) boshqa yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holda, o'smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 25% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

- Retsidivsiz (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emotsional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining fizik holati ham kiradi.

9. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И.Переводчиковой, В.А. Горбуновой. Москва 2015г;
2. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C. 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 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.
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.Allegria, 2010)
11. Oxford Handbook of Oncology (Jim Cassidy, Donald Bisset, Roy A.J.Spence, Miranda Payne, 2010)
12. LeeS.W., EtohT., OhyamaT. et al. 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, et al. 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 (1I) 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: 69-63.
20. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под редакцией Н.И. Переводчиковой, В.А. Горбуновой. 4-е издание, расширенное и дополненное. Практическая медицина. Москва 2015г.

21. Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения
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/standarts/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 (EHSO), 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 Gastric Cancer 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. Kılınç 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.

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