

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

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

**"ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ,  
ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

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

**М. Н. Тилляшайхов**



**2025 йил**

**"ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ,  
ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## МУНДАРИЖА

"ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ҶСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	5
«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ҶСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	56
«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ҶСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	72
«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК НЕЙРОЭНДОКРИН ҶСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	90

**"ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ  
СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК  
НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С17.0-9, С24.1 - ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар) и:**

<b>КХТ-10:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
C17.0	– ўн икки бармоқ ичак саратони
C17.1	– оч ичак саратони
C17.2	– ёнбош ичак саратони (илеоцекал клапан саратони истисно C18.0)
C17.8	– бир ёки кўпроқ локализациядан ташқари ингичка ичак саратони
C17.9	– Номмаълум жойлашувли ингичка ичак саратони.
C24.1	– Фатер сўрагичи ампуласи саратони.
Юклаб олиш (ХК-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1103">https://mkb-10.com/index.php?pid=1103</a>	
<b>КХТ -11:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
2B80	Ингичка ичакнинг хавфли ўсмаси
2B80.0	Ўн икки бармоқли ичакнинг хавфли ўсмалари
2B80.00	Ўн икки бармоқли ичакнинг аденокарциномаси
2B80.01	Ўн икки бармоқли ичакнинг нейроэндокрин ўсмалари
2B80.0Y	Ўн икки бармоқли ичакнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2B80.0Z	Аниқланмаган ўн икки бармоқли ичак хавфли ўсмалари
2B80.1	Оч ёки ёнбош ичакнинг хавфли ўсмалари

2B80.10	Оч ёки ёнбош ичакнинг аденокарциномаси
2B80.11	Оч ёки ёнбош ичакнинг нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.1Y	Оч ёки ёнбош ичакнинг бошқа аниқланган хавфли ҳосилалари
2B80.1Z	Оч ёки ёнбош ичакнинг аниқланмаган хавфли ҳосилалари
2B80.2	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавфли ҳосилалари
2B80.20	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак аденокарциномаси
2B80.21	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.2Y	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавфли ҳосилалари, аниқланмаган
2B5B.1	Ингичка ичакнинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B80.Y	Ингичка ичакнинг бошқа аниқланган хавфли ҳосиласи
2B80.Z	Ингичка ичакнинг аниқланмаган хавфли ҳосиласи
Юклаб олиш (ХК-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574</a>	

**- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:**

2025/2028 йил.

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

**- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:**

**- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Абборбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;

6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Хаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

**- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, кўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:**

1. Джураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал бўлими илмий раҳбари;
2. Худоёров Санжар Сарварович – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази абдоминал бўлими мудири;

**- Такризчилар:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

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

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

**Республикадан:**

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

**Хориждан:**

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

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

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

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

**ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:**

АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза
БСЛУ	– Қўриқчи лимфа тугунлари биопсияси
ПСЯ	– Прогрессиясиз яшовчанлик
ОИВ	– Одам иммунтанқислиги вируси
в/и	– Вена ичига
м/о	– Мушак орасига

МЮЧ	– Меъёрнинг юқори чегараси
ГЎТ	– Гормон – ўринбосар терапия
Гр	– Грей
ГРГ	– Гонадотропин-релизинг гормон
ГТ	– Гормонотерапия
ГЭБ	– Гемато-энцефалик барьер
ҲЎ	– Ҳавfli ўсма
ИГХ	– Иммуногистохимик (текшириш)
КСФ	– Колониестимулловчи факторлар (омиллар)
КТ	– Компьютер томография
ЛД	– Лимфодиссекция
ЛТ	– Нур терапия
ДЖМ	– Даволовчи жисмоний машқ
ҲБ	– Ҳалқаро бирлик
МРТ	– Магнит – резонанс томография
Мтс	– Метастаз
ИҲ	– Исталмаган ҳодисалар
НЭЎ	– Нейроэндокрин ўсмалар
УЯ	– Умумий яшовчанлик
ҚБА	– Қорин бўшлиғи аъзолари
КҚА	– Кўкрак қафаси аъзолари
КЧА	– Кичик чаноқ аъзолари
т/о	– Тери остига
БТСЁ	– Бирламчи тиббий санитар ёрдам
ПХТ	– Поликимётерапия
ПЗР	– Полимераз занжир реакцияси
ПЭТ	– Позитрон-эмиссион томография
БМЎД	– Бир марталик ўчоқли доза
ПР	– Прогестерон рецепторлари
ЭР	– Эстроген рецепторлари

ҚЛТ	– Қўриқчи лимфа тугуни (тугунлари)
СЎД	– Суммар ўчоқли доза
ЮҚТТ	– Юрак қон томир тизими
УТДГ	– Ультратовуш доплерография
УТТ	– Ультратовуш текшириш
ФСГ	– Фолликулстимулловчи гормон
ХТ	– Кимё терапия
ИФ	– Ишқорий фосфатаза
ЭГС	– эзофагогастроскопия
ЭКГ	– Электрокардиография
ЭТ	– Эндокрин терапия
ЭхоКГ	– Эхокардиография
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ESOG	(ингл. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 балли тизим бўйича даволанишдан олдин, даволаниш пайтида ва ундан кейин онкологик беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш шкаласи (онкологик касалликларни ўрганиш учун Шарқий Қўшма гуруҳ томонидан тавсия этилган).
GIST	– гастроинтестинал стромал ўсма
TNM	– Tumor Nodulus Metastasis – хавfli ўсмалар босқичларининг халқаро таснифи
CISH	– in situ хромоген гибридизация
RW	– Вассерман реакцияси
TMB	– (англ. Tumor Mutation Burden) ўсма мутацион юкламаси
FISH	– in situ флуоресцент гибридизацияси
XELOX	– Кимё терапия схемаси: кселода + оксалиплатин
#	– Препаратни қўллаш бўйича инструкцияда кўрсатилган қўллаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, фойдаланиш усуллари ва дозаларига мувофиқ ишлатилмайдиган препарат (off-label – офф-лейбл)

**- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:**

- Шифокор-онкологлар;

- Абдоминал онкологлар;
  - Шифокор- катталар жарроҳлари;
  - Кимё терапевтлар;
  - Радиотерапевтлар;
  - Генетиклар;
  - Умумий амалиёт шифокорлари;
  - Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
  - Шифокор-терапевтлар;
  - ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.
- **Мазкур нозология бўйича беморларнинг тоифаси:** (18 ёшдан) катталар.
  - **Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:**

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

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

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

ДИД	Батавсил
1	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.

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

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

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

## 2. Асосий қисм.

### - Кириш

Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

<https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>)

Ингичка ичакнинг хавфли ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ (меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавфли ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Фатеров сўргичи ампуласининг ўсмалари (ампуллар ўсмалари) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, аммо аслида карциномаларнинг 40% гача аралаш келиб чиқиши, бу уларнинг иммунофенотипига таъсир қилади. Ампуллар ичак саратони панкреатобилиар саратонга қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Перива интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида ингичка ичак саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 0,3 тани ташкил этади. 2023 йилда биринчи марта ингичка ичак саратони билан касалланган жами 124 бемор аниқланди. Улардан 0,3% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. Ингичка ичак саратони морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 91,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 2,4%, II босқичида 43,5%, III босқичида 29,0% ва IV босқичида 22,6% ҳолатлар аниқланган. Беморларнинг 2,4 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2025 йил бошида диспансер назорати остида ингичка ичак саратони билан касалланган 406 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 1,1 ни ташкил этди. Республикада ингичка ичак саратони билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 23,6% ва 1 йиллик ўлим даражаси 22,5% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда 53 бемор ингичка ичак саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 0,1 ўлимни ташкил этади.

**Клиник таснифи** (<https://www.wiley.com/en->



Оч ва ёнбош ичак учун регионар лимфа тугунларга киради:

- юқори тутқич;
- тутқич;
- ёнбош-чамбар (ёнбош ичакнинг терминал қисми учун);
- кўр ичак атроф тугунлари (ёнбош ичакнинг терминал қисми учун).

Ўзак ва парааортал тугунлар узоқ метастаз белгиси ҳисобланади- M1.

### **M — узоқ метастазлар:**

M0 — узоқ метастазлар йўқ;

M1 — узоқ метастазлар бор.

Ингичка ичак саратонининг босқичлар бўйича гуруҳланиши 4-жадвалда келтирилган.

**4-жадвал.** Ингичка ичак саратонининг босқичлар бўйича гуруҳланиши.

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0 босқич	Tis	N0	M0
I босқич	T1-2	N0	M0
IIA босқич	T3	N0	M0
IIВ босқич	T4	N0	M0
IIIA босқич	Ҳар қандай T	N1	M0
IIIV босқич	Ҳар қандай T	N2	M0
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

### **1.2. Фатеров сўргичи саратонини босқичлаш**

#### **T — бирламчи ўсма:**

TX — Бошланғич ўсма ҳолига баҳо бериш учун маълумот етишмайди;

T0 — бошланғич ўсма аниқланмайди;

Tis —in situ саратон;

T1- Ўсма Фатер сўрагичи ампуласи ёки Одди сфинктери билан чегараланган ёки Одди сфинктерига ва/ёки 12 бармоқ ичакнинг шиллик ости қатламига кириб боради;

T1a — Ўсимта Фатер сўрагичи ампуласи ёки Одди сфинктери билан чегараланган;

T1b — ўсма одди сфинктерига ва/ёки 12 бармоқ ичакнинг шиллик ости

қатламига кириб боради;

T2 — ўсма 12 бармоқ ичакнинг мушак қафатига ўсиб киради;

T3 — ўсма бевосита меъда ости безига инвазияланади (0,5 смгача) ёки меъда ости бези бўйлаб 0,5 смдан ошиқ тарқалади, ёки перипанкреатик ёки перидуоденал тўқимага ёки қорин пояси ёки юқори тутқич артериясини зарарламаган ҳолда 12 бармоқ ичакнинг сероз қоватига ўсиб ўтади;

T3a — ўсма бевосита меъда ости безига бевосита ўсиб ўтади (0,5 смгача);

T3b — ўсма меъда ости бези бўйлаб 0,5 смдан ошиқ тарқалади, ёки перипанкреатик ёки перидуоденал тўқимага ёки қорин пояси ёки юқори тутқич артериясини зарарламаган ҳолда 12 бармоқ ичакнинг сероз қоватига ўсиб ўтади;

T4 — ўсма ўлчамидан қатъий назар қорин пояси, юқори тутқич артерияси ва/ёки умумий жигар артериясини зарарлайди

#### **N — регионар лимфа тугунлари:**

NX — Лимфа тугунларини зарарланишини баҳолаш учун маълумот етарли эмас;

N0 — регионар лимфа тугунларининг метастатик зарарланиш белгилари йўқ;

N1 — бир-учта регионар лимфа тугунининг зарарланиши;

N2 — тўрт ва ундан кўп лимфа тугунининг зарарланиши

Ошқозон ости бези ва периампулар минтақа лимфа тугунларининг бой тармоғи билан ўралган бўлиб, улар аниқ босқичлаш учун баҳолашни талаб қилади. Регионар перипанкреатик лимфа тугунлари бўлиб, улар жигар артерияси ва портал венаси бўйлаб тугунларни ҳам ўз ичига олади.

#### **M — узоқ метастазлар:**

M0 — узоқ метастазлар йўқ;

M1 — узоқ метастазлар бор.

#### **5-жадвал. Фатеров сўргичи саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш.**

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
IA босқич	T1a	N0	M0
IB босқич	T1b, T2	N0	M0
IIA босқич	T3a	N0	M0

IIВ босқич	T4b	N0	M0
IIIА босқич	T1a, T1b, T2, T3a, T3b	N1	M0
IIIВ босқич	T4	Ҳар қандай N	M0
	Ҳар қандай T	N2	M0
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

### 1.3. Анатомик, гистологик таснифлаш ва молекуляр-генетик профил.

Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган.

#### 1.3.1. Ингичка ичак ўсмалари

Ингичка ичакнинг хавфли ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ (меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавфли ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Молекуляр-генетик профиль аденокарциномаларнинг ингичка ичакдаги тури Фатер сўрагичи ва ингичка ичак саратонидан фарқ қилади: KRAS мутацияларининг частотаси меъда ўсмаларида 53% ингичка ичак аденокарциномасида 14% учрайди; APC мутациялари мос равишда 27% ва 8% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичак ўсмалари профили йўғон ичак саратонидан ҳам фарқ қилади: APC мутацияларининг частотаси 27% ва 76% ҳолатларни ташкил қилади, CDKN2A — 14% ва 34% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичакнинг турли бўлимларида (12 бармоқ ичак, оч ичак, ёнбош ичак) молекуляр-генетик профиль амалда фарқ қилмайди.

#### 1.3.2. Фатеров сўргичи ампуласи ўсмалари

Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари (ампуляр ўсмалар) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, лекин амалда 40% карциномалар аралаш манбага эга бўлиб, бу уларнинг иммуногенотида акс этади. Ичак тури ампуляр саратони

панкреатобилиар турига қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ичак тури аденокарциномалари ўз ИГХ профили бўйича йўғон ичак аденокарциномалари билан бир ҳил, панкреатобилиар тур аденокарциномалари эса - панкреатик йўл ёки умумий ўт йўлининг терминал бўлими эпителийсидан келиб чиқадиган ўсмаларга ўхшаш. Анъанавий турлардан ташқари, кам учрайдиган муциноз аденокарцинома, дискогезив карцинома, медулляр саратон, аденосквामоз саратон, нейроэндокрин саратон (майда-катта ҳужайралик), аралаш нейроэндокрин-нонейроэндокрин ўсма (MINEN), дифференциаллашмаган саратон мавжуд.

Дифференциал диагностикаси учун ампуляр аденокарциномалари турларини аниқлашда, агар гистологик даражада аниқлаш имкони бўлмаса, қуйидаги иммуногистохимик маркерлардан фойдаланилади:

- интестинал (ичак) типини аниқлаш учун: 2 ва 5АС муцинлар, цитокератин 20, CDX2;
- панкреатобилиар типини аниқлаш учун: цитокератин 7, муцин 1, S100P;
- Аралаш вариантыда устун фенотип ажратилади.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Пери- ва интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. Фатер сўрагичи ўсмаларининг гистологик турлари ва генетик хусусиятлари ўртасида боғланиш аниқланган. Панкреатобилиар тури одатда панкреатик аденокарциномасига хос генетик сигнатураларга эга бўлиб, KRAS мутацияларининг юқори частотаси билан характерланади. Ичак тури йўғон ичак хусусиятларига яқин бўлиб, APC ва PIK3CA мутацияларининг юқори частотаси, мутацион юкламининг (ТМВ) ошиши ва микросателлит барқарорлигининг (MSI-H) юқори фаоллиги билан характерланади.

### **1.3.3. ЖССТ бўйича эндокрин ўсмаларининг умумий таснифи**

1. Юқори дифференциаллашган эндокрин ўсмалар:

- хавфсиз кечиши;
- номаълум кечиши.

2. Юқори дифференциаллашган эндокрин карцинома.

3. Паст дифференциаллашган эндокрин карцинома.

4. Аралаш эндокрин экзокрин ўсма.

5. Ўсмасимон ҳосила.

### **Гастрин-продукцияловчи (G) хужайралардан юқори дифференциаллашган ўсмалар**

Ушбу ўсмалар кичик ўлчамда бўлиб (диаметри < 1 см), улар барча нейроэндокрин ўсмаларининг тахминан  $\frac{2}{3}$  қисмига тўғри келади ва асосан ўн икки бармоқ ичакнинг проксимал қисмда жойлашади. Кўпинча метастазлар пайдо бўлади, лекин зарарланган жойлар регионар лимфа узулари билан чекланади. Ушбу турдаги ўсмалар МЭН I синдроми ва Золлингер-Эллисон синдроми билан биргаликда учрашиши мумкин, шунинг учун улар гастринóмалар деб аталади.

### **Соматостатин-продукцияловчи (D) хужайралардан юқори дифференциаллашган ўсмалар**

Учраш частотаси ва хавфлилиги жиҳатидан (50%) улар панкреатик соматостатиномаларга ўхшаш, лекин диаметри кичикроқ ва метастазлар регионар лимфа тугунларида кўпроқ учрайди, жигарда эса камроқ. Гистологик тузилиш типик безли тузилиш билан келади, кальцификациялар - псаммомма таналарини ўз ичига олади, кўпинча 1-тур нейрофиброматоз билан биргаликда бўлади, шунингдек, функционал бўлмаган соматостатином синдроми билан ҳам бирга учрайди.

### **Паст дифференциаллашган эндокрин карциномалар**

12 бармоқ ичак паст дифференциаллашган эндокрин карциномалари кўпинча фатеров сўрғичи соҳасида учрайди ва ҳеч қандай гиперфункционал синдромлар билан бирга келмайди. Бошқа МИТнинг паст дифференциаллашган эндокрин карциномалари каби, диагноз қўйилган вақтнинг ўзида одатда метастазлар бўлади.

## **1.4. Касаллик прогнози**

Кўпгина ингичка ичак ўсмалари билан беморларда касаллик тарқалган босқичда (T4 ёки N1 ёки M1) аниқланади, бу анатомик хусусиятлар билан боғлиқ: ингичка ичак эндоскопик ва рентгенологик текширувлар учун кам киришли бўлиб, кечки клиник манифестация ва нисбатан узоқ диагностика босқичи ҳосдир. Негатив прогноз омилларига 12 бармоқ ичакдаги ўсма локализацияси, операция қилинган четларнинг мусбат натижаси, ўсманинг паст дифференциацияси, беморнинг 55 ёшдан катта бўлиши, ягоналик (уйланмаган) ҳолат кириши мумкин.

Фатер сўрагичи ампулаларидаги локализацияланган ва маҳаллий тарқалган саратоннинг прогнози маҳаллий инвазия даражаси (T категорияси), резекциянинг жарроҳлик қирраси, лимфа тугунларининг зарарланиши, дифференциация даражаси ва ўсма субтурига боғлиқ. Масалан, бир тадқиқотда

панкреатобилиар фенотипи бўлган беморлар учун ҳаёт давомийлигининг медианаси фақат 16 ойни ташкил қилган, интестинал фенотипи бўлган беморларда эса бу кўрсаткич 116 ой бўлган. 7-такриз АЈСС бўйича босқичга боғлиқ яшаш кўрсаткичлари 6-жадвалда келтирилган. Жадвалдаги яшаш кўрсаткичлари меъда ости беzi саратонига нисбатан юқори. Бу, эҳтимол, ўт йўллارнинг эрта обструкцияси ва сарғайишнинг ривожланиши туфайли ўт йўллар саратонларининг эрта пайдо бўлиши билан боғлиқ.

**6-жадвал.** SEER1 маълумотлар базасида 1988-2003 йилларда рўйхатга олинган Фатер сўрагичи саратони бўлган беморларда беш йиллик яшаш кўрсаткичи.

<b>Ташҳислаш вақтида касаллик босқичи, 7<sup>th</sup> АЈСС</b>	<b>5 йиллик яшовчанлик, %</b>
Ia	60
Ib	57
IIa	30
IIb	22
III	27
IV	0

<sup>1</sup>SEER — Surveillance, Epidemiology and End Results database of the National Cancer Institute (АҚШ саратон миллий институти даволаш натижалари ва прогнози бўйича маълумотлар базаси)

### **3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндашувлари ва ташҳислаш жараёнлари.**

#### **3.1. Ташҳислаш мезонлари:**

Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи саратони диагностикаси асоси гистологик тадқиқот ҳисобланади.

Ингичка ичакнинг ўсмалари ёки бошқа сабаблар учун текширувлар олиб борилаётганда, ёки нисбатан аниқ эмас бўлган симптомлар (иштҳа йўқолиши, ичак тутилиши ёки перфорацияси, қон кетиш, сарғайиш, узоқ муддатли диарея, қизиш) пайдо бўлганида тасодифан аниқланади.

Фатер сўрагичи ампуласи саратони кўпроқ сарғайиш билан манифестацияланади.

Ингичка ичакдаги симптомсиз топилмалар учун диагностик

алгоритм 1-расмда кўрсатилган. Симптомлар мавжуд бўлса, масалан, карциноид синдроми бўлганда, тегишли қидириш ва дифференциал диагностика ўтказилиши керак.

### 3.2. Шикоятлари ва анамнез

Одатда, бошланғич босқичларда клиник сурат бўлмайди. Ўсма жараёни ўсиб борган сари, мезогастраль соҳада оғриқ кузатилади, юқори хавфли потенциалга эга ўсмаларда касалликнинг мураккаб кечишини кузатиш мумкин. Локал шаклда касаллик одатда симптомсиз тарзда кечади ёки мезогастраль соҳада оғриқлар билан намоён бўлади.

Ўсма жараёни тарқалган сари, анемия, пальпацияда аниқланадиган ўсма, ўсманинг перфорацияси, ичакдан қон кетиши ва ичак тутилиши, ўсма жараёни тарқалганда эса беморлар вазнининг камайиши кузатилади. Кўпчилик беморларнинг ёши 60-70 ёш атрофида бўлади.

### 3.3. Ичак НЭЎларининг ўзига хосликлари

**Карциноид синдроми НЭЎ** (нейроэндокрин усмаси)да 7-28,6% ҳолларда кузатилади, фақат юқори хавфли потенциалга эга ўсмаларда хосдир, ва фақат маҳаллий тарқалган ва диссеминацияланган жараёнларда, ўсма диаметри 2 см дан катта бўлганида намоён бўлади.

Ингичка ичак НЭО ўсмалари метастазлари: жигар, қорин парда орти лимфа тугунлари, тонка ичак тутқичи лимфа тугунлари, буйрак усти безлари, периферик лимфа тугунлари ва қорин пардага тарқалиш мумкин.

Карциноид синдромининг клиник кўринишида юрак-қон томир белгилари устунлик қилади. Бу кучли тахикардия, юракдаги оғриқ ва қон босимининг ошиши билан тавсифланади. Карциноидли беморларда метаболик касалликлар юракдаги иккиламчи ўзгаришларга олиб келади (ўнг юракнинг фиброэластози - трикуспидал клапан ва ўпка артерияси клапанлари), бу физик текширув ва ЭхоКГ пайтида тегишли суратни яратади.

Юз терисининг гиперемияси ва қизишлар - кўпинча карциноид синдромнинг биринчи ва баъзан ягона аломатидир. Ушбу кўринишлар ҳиссий омиллар (ҳаяжонланиш ва кўзғалувчанлик), озиқ-овқат истеъмол қилиш ва спиртли ичимликлар томонидан кўзғатилиши мумкин. Вазомотор реакциялар бош ва бўйин терисининг эритематоз қизариши (юзга қон оқими бўлиши) кўринишидаги тери гиперемияси билан намоён бўлади.

Қон томир реакцияси билан терининг ранги қизилдан аниқ рангпарликка ўзгариши мумкин. Узоқ муддатли гиперемия хуружлари кўз атрофидаги лакримация ва шиш билан бирга бўлиши мумкин. Ушбу реакцияларнинг тизимли таъсири ҳар хил. Баъзи беморларда тери томирлари кенгайишининг тез-тез ва узоқ давом этадиган хужумлари натижасида юз ва бўйин терисида телангиэктазия пайдо

бўлади.

Абдоминал карциноид синдроми серотониннинг ошқозон-ичак моторикаси ва секрециясига таъсирдан келиб чиқади. Бу хуружсимон қорин оғриғи, диспептик ва функционал бузилишлар (кўнгил айниши, қусиш, диарея) билан намоён бўлади. Бронхоспазм серотонин, брадикинин ва гистаминнинг чиқиши билан боғлиқ бўлиб, нафас қисилиши билан намоён бўлади.

Карциноид синдроми беморнинг нейробиохимик ҳолатининг бузилишига олиб келади. Карциноид синдромидаги нейробиохимик касалликларнинг кризли ва фон кечиши ажралиб туради. Хуружлар бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, чуқур депрессия ва вегетатив дисфункция (қаттиқ терлаш, титроқ, гипертермия, юз гиперемияси) мўл белгилари билан бирга кузатилади.

Баъзида ҳикичок, очлик, гипогликемия кузатилади. Хуруждан кейин беморлар заифлашади, тушкунликка тушади ва уйқучан бўлади. Карциноид синдромининг фон кечишида беморларда астенодепрессив синдром белгилари намоён бўлади.

Физикал текширув: ўнг ёнбош соҳада ҳосила палпация қилиниши мумкин.

### **Иачк НЭЎларининг лаборатор текширувлари:**

1. Қон умумий таҳлили –ҳар хил оғирликдаги анемия мавжудлиги; ЭЧТнинг ошиши кўпроқ характерли.
2. Пешоб умумий таҳлили – таҳлилда ўзгариш бўлмаслиги мумкин.
3. Қон биохимёвий таҳлили (умумий оқсил, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза).
4. Коагулограмма – қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин.
5. Қонда биомаркерларни аниқлаш:

<b>Қўлланилиши</b>	<b>Маркер</b>	<b>Спецификлик</b>
Умумий	Хромогранин А ва В	Юқори
	Нейронспецифик эндолаза	Ўрта
	Одам хорионик гонадотропини	Паст
Специфик	Ўн икки бармоқ ичак	
	Соматостатин	Юқори
	Гастрин	Юқори
	Ёшбош ичак	
	Серотонин (мочевой 5 - ГИУК)	Юқори

	Нейрокинин А	Ўрта
	Нейропептид К	Ўрта
	Р модда	Ўрта

### 3.4. Ингичка ичак ўсмалари ва Фатеров сўрғичи ампуласи учун умумий текширишлар

- Шикоятлар ва анамнезни йиғиш
- Тиббий кўрик, ECOG ҳолатини аниқлаш, умумий клиник текширув
- Лаборатория диагностикаси (умумий клиник қон таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, СА19-9, СЕА саратон маркерларини аниқлаш). Шунингдек тутиш керакки, СА19-9 даражаси билиар обструкция, гепатит, холелитиаз, муковисцидоз ва бошқаларда ортади.
- Трансабдоминал ултратовуш текшируви сариқлик билан оғриган беморларда биринчи инструментал диагностика босқичи бўлиб, ўт йўллари кенгайтирилиши аниқлаш ва обструкция даражасини аниқлашда жуда сезгирдир. Бироқ, текшириш давомида ўсма жойини визуализация қилиш кўпинча мумкин эмас.
- ИГХ текшируви ампулар ўсмаларининг ичак ва панкреатобилиар турларини фарқлаш, шунингдек ингичка ичак ўсмаларининг табиатини аниқлаш имконини беради (1.3.2-бўлимга қаранг.).
- Вена ичига контраст билан кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чанок КТси.
- ЭГДС кўпчилик ампулар ўсмаларини, шунингдек ўн икки бармоқли ичакнинг проксимал бўлимларини кўриш имконини беради, бу соҳадаги қўшни ўсмаларни —ўн икки бармоқли ичак тушувчи қисмини, умумий ўт йўлининг дистал қисмини, Фатер сўрғичи ампуласини, ошқозон ости беги саратонини аниқлаш ва фарқлашга ёрдам беради.
- Вена ичига контраст билан МРТ ва МРХПГ. У КТга қарши кўрсатмалар бўлганда, ампулар ўсмаларида ЭРПХГ қарши кўрсатма бўлса ёки ўт йўллари обструкцияси мавжуд бўлганда ишлатилиши мумкин.
- ПЭТ-КТ — кўрсатмаларга асосан (агар узоқ метастазларнинг мавжудлигига бошқа диагностика усуллари кўра шубҳа қилинган бўлса, уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини тубдан ўзгартирганда). Расмий равишда, методика ушбу локализация ўсмалари учун диагностика усули сифатида ўрганилмаган ва КТ ёки МРТ билан таққосланмаган, аммо тадқиқотнинг паст диагностик қийматини кўрсатадиган тадқиқотлар



- Капсула эндоскопияси ингичка ичакдан қон кетишга гумон бўлганда танлов усули ҳисобланади, юқори сезувчанлик ва юқори спецификлиги бор (хавфлилик потенциални белгилашда, ўсма табиатини белгилашда эмас). Асосий камчиликлар-текшириш учун ўсимта материални олишнинг иложи йўқлиги, ичак тутилишида чекланган фойдаланиш ва кам мавжудлиги.
- Диагностик лапароскопия/лапаротомия агар хавфли жараёнга шубҳа қилинган бўлса ва ташхисни камроқ инвазив усулда тасдиқлаш мумкин бўлмаса ўтказилади. Аралашув вақтида интраоператив энтероскопия ўтказилиши мумкин ва ўсма ва/ёки қон кетиш манбасини тасвирлашда ингичка ичакни резекция қилиш тўғрисида қарор қабул қилиниши мумкин.
- Ангиография қон кетиш майдонини аниқлашда сезиларли қон кетиш учун фойдали бўлиши мумкин. Характерли томирлар тармоғи туфайли баъзи ўсмаларни (нейроендокрин ёки леомиосаркомалар) кўриш мумкин.

### **3.6. Фатеров сўрғичи ампуласи ўсмалари учун кўпроқ специфик текширувлар**

- ЭРХПГ эндоскопик текширувнинг афзал тури бўлиб, Фатер сўрғичи ампуласини бир вақтда визуализация қилиш, ошқозон ости беши ва ўт йўллариини контрастли рентген текшируви, папилла, холедох ёки ошқозон ости беши каналининг ампуллар сегменти ҳосиласини биопсияси ва кўпинча стенд киритиш ва сафро декомпрессияси имконини беради.
- Эндо-УТТ ЭРХПГ билан таққосланадиган сезгирликка эга ва кичик ампуллар ўсмаларини тасвирлашда КТ ва ултратовушдан устун бўлиб, ўсманинг тарқалиши ва инвазия чуқурлигини аниқ аниқлашга имкон беради.

### **3.7. Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:**

1. Лейкоформула ва тромбоцитлар сонини ҳисоблаш билан умумий қон таҳлили (УҚТ);
2. Қоннинг биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, мочевина кислота, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, тўғридан-тўғри билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, С-реактив оксил (СРБ), щелочной фосфатаза);
3. АВО тизими бўйича қон гуруҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Умумий сийдик таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);

7. В ва С вирусли гепатитлар маркерларини ИФА ёки ИХЛ усулида аниқлаш;
8. Онкомаркерлар СА19-9 ва РЭА ни аниқлаш;
9. Хромогранин А ни аниқлаш (ичак НЭО да);
10. В ва С вирусли гепатитларга ПЦР (сифат жиҳатидан);
11. ОИТС (HIVAg/anti-HIV) ни ИФА усулида аниқлаш;
12. Сифилисга серологик реакциялар мажмуаси;
13. Биопсия олиш билан фиброэзофагогастроуденоскопия;
14. Контраст модда билан (икки марта контраст) қизилўнгачнинг рентгеноскопик текшируви;
15. Ошқозон ва ичакларнинг контраст модда билан рентгеноскопик текшируви (икки марта контраст);
16. Қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чаноқ, периферик лимфа тугунлари ва кўкрак безларининг УТТ;
17. Кўкрак бўшлиғи аъзоларининг рентгенологик текшируви;
18. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг компьютер томографияси;
19. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) цитологик текшируви\*;
20. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) гистологик текшируви\*;
21. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) иммуногистохимик текшируви\*;
22. Аниқ ташхис камроқ инвазив усул билан тасдиқланмаса, хавфли жараёнга гумон бўлганда диагностик лапароскопия/лапаротомия амалга оширилиши мумкин;
23. Лапароскопик мудохала пайтида интраоперацион энтероскопия ўтказилиши мумкин;
24. Мухим қон кетишларда қон кетиш соҳасини аниқлаш учун ангиография;
25. Фатер сўрғичи саратонида ЭРХПГ;
26. Фатер сўрғичи саратонида эндо-УТТ;
27. Колоноскопия;
28. ЭКГ;
29. Эхокардиография (ЭхоКГ);
30. Бутун тана ПЭТ/КТ\*\*;
31. Контраст модда билан МСКТ\*\*\*

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

**\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.**

**\*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.**

### **3.8. Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

1. В ва С вирусли гепатитларга ПЦР (микдорий)
2. COVID-19 учун ПЦР
3. ҚҚС ва қон газларини аниқлаш
4. Тўғридан-тўғри ва билвосита Кумбс синовлари
5. Стандарт цитогенетик текширув
6. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, В12 витаминини аниқлаш
7. ProBNP
8. Прокальцитонин
9. Антитромбин III, Д-димер
10. Фертил ёшдаги аёллар учун — ҳомиладорлик тести, ХГЧни аниқлаш
11. Периферик қоннинг ИФТси
12. Стандарт цитогенетик текширув
13. Асцит, плевра ва перикард суюқликларининг цитологик текшируви
14. FISH ва ПЦР усулида молекуляр-генетик текширувлар
15. Бурун ёрдамчи синусларининг рентгенографияси
16. Ортопантограмма
17. Кўкрак сегментининг компьютер томографияси
18. Контраст модда билан бош ва бўйин КТ
19. Бронхоскопия
20. Колоноскопия
21. Қон томирларининг (веналар ва/ё артериялар) УЗДГ
22. Спирография
23. Бош миянинг МРТси
24. Қалқонсимон без, юмшоқ тўқималар, плевра бўшлиқлари ва перикард УТТси
25. Холтер ЭКГ мониторинги

### **3.9. Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да

патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);

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

### 3.10. Ингичка ичак ўсмаларининг дифференциал ташхиси ва қўшимча тадқиқотларнинг асосланиши (<https://radiographia.info/article/opukholi-tonkoy-kishki> )

Касалликлар	Признаки
Метастазлар	Ингичка ичакка метастазланиш интраоперацион, гематоген, лимфоген ёки тўғридан-тўғри тарқалиш йўли билан бўлиши мумкин. Ҳолатларнинг 50%ида перитонеал тошмалар кузатилади. Асосан, бундай ҳолларда бирламчи ўсмалар тухумдон, чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакда учрайди.

	<p>Ўсма хужайраларининг имплантацияси тутқич чегарасида содир бўлади.</p> <p>Гематоген метастазланиш кўкрак беги хавфли ўсмаси, меланома ва буйрак хужайрали хавфли ўсма учун хосдир. Улар полипсимон шаклда бўлиши ва ичак йўли бекилишини келтириб чиқариши мумкин.</p>
Крон касаллиги	<p>Ингичка ичак деворларининг қалинлашиши яллиғланиш ёки инфекция жараёнида малигнизациялардан фарқланиши лозим.</p> <p>Яллиғланиш жараёнининг (Крон касаллиги) ажралиб турувчи белгилари қаторида кўпол трабекуляция билан пролиферация ва ингичка ҳамда йўғон ичак атрофида висцерал ёғнинг ортиқча тўпланиши (ўрмаловчи ёғ — creeping fat белгиси) мавжуд бўлиши мумкин. Шунингдек, яра ҳосил бўлиши ва яқин жойлашган тутқич томир аркадаларида гипертаскулярлик (тароқ белгиси) кузатилади.</p> <p>Крон касаллиги ва ингичка ичак аденокарциномаси ўртасида аниқ боғлиқлик мавжуд.</p> <p>Бу касалликларни жарроҳликдан олдин дифференциал ташхис қилиш қийин, чунки визуализация усулларида хос белгилари кўринмаслиги мумкин.</p> <p>Ингичка ичак обструкциясида хавфли ўсмани кўрсатувчи индикатор – дори-дармон билан даволашга жавоб бўлмаслигидир.</p>
Склерозланувчи ёки фиброзланувчи мезентерит	<p>Склерозланувчи ёки фиброзланувчи мезентерит тутқичда ривожланади ва карциноидга ўхшаган хажмли ҳосилани симуляциялаши мумкин.</p> <p>Бундай ҳолатда склерозланувчи мезентерит тутқич томирларини ўра олувчи “ёғ халқаси” (fat-ring sign) белгиси билан дифференциацияланиши мумкин.</p>
Десмоид	<p><b>Десмоид (агрессив фиброматоз)</b> — кам учрайдиган, юмшоқ тўқиманинг хавфсиз ўсмаси ҳисобланади.</p> <p>У тутқичнинг бирламчи ўсмаси бўлиб, ичак ва тутқичнинг хавфли ўсмаларини симуляция қилиши мумкин.</p> <p>Десмоид спорадик тарзда пайдо бўлиши ёки Гарднер синдромининг бир қисми сифатида учраши мумкин.</p> <p>Кўпинча анамнезда бўшлиқли жарроҳлик амалиётлари ҳақида маълумотлар мавжуд бўлади.</p> <p>Десмоид метастаз бермайди, лекин рецидивга мойилдир.</p> <p>Юқори рецидив кўрсаткичига жарроҳлик йўли билан нотўлиқ олиб ташлаш сабаб бўлади.</p> <p>Тутқичда жойлашган десмоид одатда контраст модда билан минимал кучайиш намоён этади.</p> <p>Ингичка ичак ва тутқич томирлари десмоид томонидан сиқилади ёки ўралиб қолади.</p>

	Ушбу ўсма жуда зич тузилмага эга бўлгани сабабли, тери орқали биопсияни амалга ошириш қийин бўлиши мумкин.
Аденома	Аденома факультатив ёки олиш мумкин бўлган предрак ҳисобланади ва у полипсимон ўсимта (оёқчада), қисқа оёқчадаги ўсимта ва кенг асосдаги, шиллик қават билан боғланган ўсимта шаклида бўлиши мумкин. Ўсимта гомоген контраст кучайиши билан характеристикаланади ва одатда обструкцияга сабаб бўлмайди. Сероз қатламдан ташқари тарқалиши хавфли ўзгаришни кўрсатади.
Полипоз кишечника	Ичак полипозини қуйидаги асосий тоифаларга бўлинади: оилавий аденоматоз полипоз (масалан, Гарднер синдроми), гамартом полипозини (масалан, Пейтц-Егерс синдроми) ва бошқа, кам учрайдиган полипоз синдромлари. Ушбу синдромларга эга беморларда кўпинча ингичка ичакда бир неча полиплар учрайди. Катта полиплар малигнизацияланиб, ингичка ичакнинг бирламчи ўсмасини симуляция қилиши мумкин.
Гемангиома	Кўпчилик интерстициал гемангиомалар оч ичак қисмида жойлашади. Улар оёқчали ёки кенг асосли бўлиши мумкин ва артерия фазасида лакунар контраст кучайиши, кечиктирилган фазада эса бир хил (гомоген) кучайиш билан характерланади.
Лейомиома	Лейомиомалар кам учрайдиган, хавфсиз мезенхимал ўсмалар ҳисобланади. Улар субмукоз ёки субсероз жойлашиши мумкин. Хавфсизлиги аниқ ва текис чегаралар, бир хил тузилма ҳамда гомоген контраст кучайиши билан характерланади.
Липома	Яхши ажратилган ичкаридан ўсган ўсма, ёғ тўқимасидан иборат. Ингичка ичакда липосаркомалар жуда кам учрайди.
Мезентериал ишемия	Нишон белгилари ишемияланган сегментнинг ингичка ичакда жойлашган зонасида кузатилади. Тутқичи шишиши ва асцитга эътибор беринг. Нишон симптоми (*target sign*): Шиллик қават ва сероз қаватида контраст кучайиши билан шиллик ости тўқиманинг шишиши. Бу белгилар ўсма бўлмаган, "хавфсиз" жараёнларнинг: яллиғланиш, ишемия ёки пострадиацион энтеритнинг белгисидир.
Тифлит	Нишон симптоми нейтропеник энтероколити ва сепсис билан беморда. Нейтропеник энтероколит — ҳаёт учун хавфли ҳолат бўлиб, яллиғланиш жараёнини ўз ичига олади, бу жараён некрозгача ривожланиши мумкин. У лейкоз билан

	<p>касалланган беморларда кўпроқ учрайди ва цитостатик терапия фониди шиллик қаватнинг шикастланиши билан намоён бўлади.</p> <p>"Тифлит" (грекча "typhlon," кўр ичак) — илеоцекал худуддаги нейтропеник энтероколит, биз кенгроқ атама, "нейтропеник энтероколит"ни афзал кўрамиз, чунки ингичка ёки йўғон ичакнинг бошқа бўлимлари ҳам жараёнга жалб қилинган бўлиши мумкин.</p>
--	---

#### 4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси.

##### 1) Номедикаментоз даво [16]:

- №1 столга амал қилиш, ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморлари учун бир умрдир.
- Бандаж тақиш, физик зўриқишни чеклаш – 6 ой давомида;
- Соғлом турмуш тарзига, тўғри овқатланиш, уйқу ва дам олиш режимига риоя қилиш.

##### 2) Медикаментоз даво:

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

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

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

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	Ишончлили к даражаси
Фторпиримидинлар	Капецитабин	2000-2500 мг/м <sup>2</sup> , 1-14 кунлар, таблетка, ичишга	А

Кўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам): йўқ.

3) Жарроҳлик аралашуви: йўқ.

4) Кейинги даволаш: йўқ.

5) Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари: йўқ.

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

**1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

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

**2) Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

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

## **6. Стационар даражасида даволаш тактикаси**

**(<https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf> ).**

**1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси: йўқ.**

**2) Даволашдан мақсад:**

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

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини даволаш усулларини танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.

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

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

### **3) Даволаш тактикаси:**

#### **Ингичка ичак саратони беморларини босқичга қараб даволаш схемалари**

##### **0 босқич:**

###### 1. Операция:

- полипэктомия;
- сегментар резекция;
- лапароскопик ингичка ичак резекцияси.

###### 2. Кузатув.

##### **I босқич:**

1. Операция - кенг резекция анастомоз қўйиш билан (операция кўлами ўсма локализациясига боғлиқ).

###### 2. Кузатув.

##### **II босқич:**

1. Операция - кенг резекция анастомоз қўйиш билан (операция кўлами ўсма локализацияси ва ўсманинг тарқалганлигига боғлиқ).

###### 2. Кузатув.

##### **III босқич:**

1. Операция - кенг резекция анастомоз қўйиш билан (операция кўлами ўсма локализацияси ва ўсманинг тарқалганлигига боғлиқ)

2. Адъювант кимё терапия.

###### 3. Кузатув.

##### **IV босқич:**

1. Операция (кўпинча паллиатив; резектабел ўсмада ва узоқ аъзоларда солитар

ва якка метастазлар бўлганда – бир вақтли ёки кечиктирилган метастазни олиб ташлаш билан операция).

2. Комбинирланган операциядан сўнг:

- адъювант кимё терапия (ва узок аъзоларда солитар ва якка метастазлар бўлганда);

- Кузатув.

3. Нооперабел жараёнда (**IV босқич** – ҳар қандай T ҳар қандай N M1) – кимё терапия.

4. Симптоматик даво.

#### **4) Номедикаментоз даво:**

##### **Режим:**

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

##### **Пархез:**

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

Амалиётдан кейинги даврда пархезга амал қилиш, ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморларига – умр давомида.

#### **5) Медикаментоз даво**

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

##### **Кимё терапия.**

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

Буюрилиш мақсадига қараб кимё терапиянинг бир неча тури фарқланади:

- ўсмаларнинг неoadъювант кимё терапияси операциядан олдин, операция қилиш учун нооперабел ўсмани кичрайтириш, шунингдек, операциядан кейинги даво учун саратон хужайраларининг дориларга сезгирлигини аниқлаш учун буюрилади.
- Адъювант кимё терапия метастазнинг олдини олиш ва рецидивлар хавфини камайтириш учун жарроҳлик даволашдан кейин буюрилади.
- Даволовчи кимё терапия метастатик саратон ўсмаларини кичрайтириш учун қўлланилади.

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

### **Кимё терапияга кўрсатмалар:**

- цитологик ва гистологик тасдиқланган ингичка ичак ва фатеров сўргичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узок аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати қониқарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар абсолют сони нормал –200 дан ортиқ бўлганда, тромбоцитлар – 100000 дан ортиқ бўлганда;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- нооперабел жараённи операбел жараёнга ўтказилганлик эхтимолида;
- бемор операциядан бош тортганда;

## **Кимё терапияга қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

## **5.1. Локал турларида**

Операция ягона усул бўлиб, у ингичка ичак ва Фатеров сўрғичининг ўсмаси билан беморни даволаш имконини беради. Жарроҳлик даволашнинг мақсади — R0-резекциясини амалга ошириш, бу эса энг юқори яшаш даражасини таъминлашга имкон беради.

Кўпинча, инструментал тадқиқот усуллари асосида турли хил ўсмаларни дифференциаллаштириш мумкин эмас — ампуляр, билиар,

меъда ости беzi, 12 бармоқ ичак. Бу ҳолатда ўсманинг табиатини аниқлаш фақат операцион материални патоморфологик текшириш орқали амалга оширилиши мумкин.

Жарроҳлик нуктаи назаридан, операциядан олдин периампуляр ўсмаларни дифференциаллаштириш катта аҳамиятга эга эмас, чунки жарроҳлик тактикаси ўзгармайди. Аммо кейинчалик бу дифференциация муҳим, чунки у ичак ва панкреатобилиар турдаги ўсмаларнинг периоперацион дори-дармон терапиясининг турли тактикаларига, шунингдек беморнинг прогнозини аниқлашга таъсир кўрсатади.

### **Операция олди (неoadъювант) кимё терапия**

Бошқа кам учрайдиган онкологик касалликларда бўлгани каби, неoadъювант терапия муносабатдаги қарашлар тўғрисида саволлар мавжуд, чунки тегишли рандомизлаштирилган тадқиқотлар мавжуд эмас. Шунга қарамасдан, ушбу усулнинг самарадорлиги ва келажакдаги имкониятларини тасдиқлайдиган бир қатор кичик ишлар мавжуд. Ихтисослаштирилган марказларда маҳаллий тарқалган ўсмалар билан беморларни даволаш лозим. Неoadъювант терапиясини белгилаш учун стандартли критерийлар мавжуд эмас. Ушбу терапияни олишга номзодлар аниқ белгиланган — улар бу нерезектабел ёки чегарали нерезектабел маҳаллий тарқалган ўсмаларга эга беморлардир. Панкреатобилиар ва аралаш типдаги ўсмаларни даволаш учун оксалиплатин сақловчи схемалар mFOLFIRINOX, гемцитабин + цисплатин (GemCis) қўлланилиши мумкин. Ичак типдаги ўсмалар учун эса танлов схемаси FOLFOXIRI ёки, агар уч компонентли даволашни амалга ошириш имкони бўлмаса, FOLFOX/XELOX бўлади.

### **Операциядан кейинги (адъювант) терапия**

Ингичка ичак ўсмаларида адъювант химиотерапиясининг оптимал вариантлари тегишли проспектив рандомизлаштирилган тадқиқотлар мавжуд эмаслиги сабабли аниқланмаган. Химиотерапияни бошлашдан олдин, прогрессиянинг йўқлигини текшириш ва ичак бўшлиғини визуализация қилиш ҳамда РЭА ва СА19-9 онкомаркёрларини аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Адъювант терапиянинг вариантлари 8-жадвалда кўрсатилган.

### **Ингичка ичак ўсмаларини адъювант терапияси**

Энг катта тадқиқотларга асосланиб, ингичка ичак ўсмалари билан 4700дан ортиқ беморларнинг адъювант даволаши ўрганилган бўлиб,

химиотерапияни амалга ошириш билан фақат жарроҳлик давосига нисбатан умумий яшаш даражасида аҳамиятли афзалликлар аниқланган (ўртача умр узунлиги 63 йилга қарши 45 ой). Энг катта фойда III босқичдаги беморлар учун, ўсманинг ингичка ичакда жойлашишидан қатъи назар олинган. III босқичдаги беморларга 6 ой давомида XELOX/FOLFOX схемаси бўйича химиотерапияни буюриш тавсия қилинган. Агар I даражада токсик полинейропатия ривожланса, оксалиплатинни бекор қилиш ва фторпиримидинлар билан монотерапияни давом эттириш мумкин.

II босқичда яшаш даражасининг яхшиланишга қарата тенденция кузатилган. Радикал олиб ташланган II босқичдаги ўсмалар билан беморлар учун имкониятли ёндашувлар динамик кузатиш ёки фторпиримидинлар билан монотерапияни 6 ой давомида амалга оширишдир (капецитабин, de Gramont). Фторпиримидинлар билан 6 ойлик терапияга альтернатива сифатида 4 курс XELOX комбинацияси терапияси мавжуд. II босқичда адъювант терапиясини танлаш қарорини юқори хавф омиллари мавжуд бўлганда қабул қилиш керак, уларга pT4, текширилган лимфа тугунлари сони кам (8дан кам), ичак перфорацияси, ўсманинг буйраклаши (tumor budding) 2-3 даража киради.

MSI-H/dMMR аниқланиши яхши прогностни кўрсатувчи омил бўлиб, операциядан кейинги химиотерапиядан бош тортиш учун асос ҳисобланади.

### **Фатеров сўргичи ўсмаларини адъювант терапияси**

Адъювант терапия Фатеров сўргичининг ўсмаларига T2N0 ва ундан юқори босқичлардаги барча беморларга операциядан кейин 12 ҳафтадан кеч бўлмайдиган вақтда белгиланади. Оптимал муддат — операциядан кейин 4–8 ҳафта, агар қаршиликлар ва жиддий хирургик мураккабликлар бўлмаса. Системали операциядан кейинги химиотерапиянинг давомийлиги — 6 ой (HT схемасига киритилса — 4 ой, қуйига қаранг).

Панкреатобилиар ёки аралаш типдаги ўсмалар учун адъювант даволашнинг оптимал варианты ҳали аниқланмаган. Кўпчилик беморларда капецитабинни монотерапия сифатида қўллаш, шунингдек, айрим ҳолатларда mFOLFIRINOX тавсия этилади. Ичак типдаги ўсмалар учун XELOX/FOLFOX режаларини қўллаш тавсия қилинади. I даражада токсик полинейропатия ривожланса, оксалиплатинни бекор қилиш ва фторпиримидинлар билан монотерапияни давом эттириш мумкин.

Фатеров сосочкасининг операциядан кейинги химионур терапиясининг самарадорлигига оид маълумотлар зиддиятлидир. Икки

мета-анализада қарши натижалар олинган. Энг сўнгги мета-анализада, шулар орасида 6 рандомизлаштирилган тадқиқотни ўз ичига олган, химионур терапиясининг самарадорлиги исботланмади. Операциядан кейинги химионур терапиясидан фойда олаётган ягона беморлар — резекция четларида ижобий натижага эга ва pT4 ўсмалари бўлган беморлардир. Бу ҳолатда оптимал тактика — 4 ой давомида системали химиотерапияни амалга ошириш ва кейинчалик фторпиримидинлар билан радиомодификация асосида узоқ муддатли химионур терапиясини ўтказишдир. НТ стандарт фракциялаш режимида РОД 1,8–2 Гр, ҳафтасига 5 кун, СОД 50–50,4 Гр да ўтказилади.

**8-жадвал.** Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратонини адъювант дори терапияси.

<p>Ичак типдаги ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратони</p>	<p><b>FOLFOX:</b> Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-соатлик инфузия 1-чи кунда, кальций фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида оксалиплатин билан параллель тарзда, кейинчалик 5-фторурацил болюс 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузияда 5-фторурацил 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и; ҳар 14 кунда.</p> <p><b>XELOX:</b> оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кунда, капецитабин 2000 мг/м<sup>2</sup> кунга ичка 1–14-кунлар давомида, ҳар 21 кунда</p> <p><b>Капецитабин</b> 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> икки марта кунга ичка 1-чи–14-кунлар давомида, ҳар 21 кунда</p> <p><b>De Gramont:</b> кальций фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, кейинчалик 5-фторурацил болюс 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузияда 5-фторурацил 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик), ҳар 14 кунда</p>
<p>Панкреатобилиар/аралаш типдаги Фатеров сўрғичи саратони</p>	<p><b>Капецитабин</b> 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> икки марта кунга ичка 1-чи–14-кунлар давомида, ҳар 21 кунда</p> <p><b>mFOLFIRINOX:</b> - Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 120 мин. 1-чи кунда; Иринотекан 150 мг/м<sup>2</sup> в/и 90 мин. 1-чи кунда; Кальций</p>

	фолинат 400 мг/м <sup>2</sup> в/и 120 мин. 1-чи кунда; 5-фторурацил 2400 мг/м <sup>2</sup> в/и инфузия 46 соат давомида 1-чи кунда ҳар 14 кунда
--	---

## 5.2. Тарқалган жараён

Ингичка ичак аденокарциномалари ўтгани кўпроқ регионар лимфа тугунларига, жигарга ва қорин пардага метастаз берса ҳам, бошқа аъзоларга ҳам метастаз бериши мумкин. Кўшни тузилмаларга инвазия, типик эмас. Ўн икки бармоқли ичак, оч ва ёнбош ичак ўсмаларида қорин пояси ва парааортал тугунларининг иштироки узоқ M1 метастазининг белгисидир. Фатер сўрғичи ампуласи ўсмаларининг метастазлари кўпинча жигарда, қорин парда бўйлаб, камроқ ўпка, плевра ва бошқа органларда учрайди.

### Ингичка ичак ўсмалари учун даволаш биринчи линияси

Ингичка ичак ўсмаларининг дорилар билан даволаш бўйича маълумотлар жуда чекланган. Асосий тадқиқотлар 2-фаза тадқиқотлари ва ретроспектив тадқиқотлар билан тақдим этилган. Бу тадқиқотларда, химиотерапияни қабул қилаётган беморларнинг ҳаёт даври симптоматик даволашга нисбатан узунлиги кўрсатилган.

Ижобий натижаларга эга бўлган стандарт даволаш вариантлари фторпиримидинлар ва оксалиплатиннинг XELOX/FOLFOX схемалари ҳисобланади. Агар бемор икки компонентли терапияни қабул қила олмаса, фторпиримидинлар билан монотерапия - капецитабин ёки de Gramont тавсия қилинади.

Бевацизумаб бу беморлар гуруҳи учун қўлланилиши мумкин, аммо унинг самарадорлиги рандомизацияланган тадқиқотларда ўрганилмаган.

Анти-EGFR препаратлари, панитумумаб ва цетуксимаб, кундалик амалиётда самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар йўқлиги ва онтогенез бўйича ингичка ичак ўсмалари йўғон ичакнинг ўнг қисми ўсмаларига ўхшашлиги сабабли самарадорлигини пасайтириш эҳтимолига асосланиб, тавсия этилмайди.

Бошқа даволаш вариантлари фақат ретроспектив тадқиқотларда ўрганилган ва уларни рутин амалиётда қўллаш тавсия қилинмайди. Бу вариантлар фторпиримидинлар ва иринотеканнинг комбинацияси (FOLFIRI) ёки иринотеканнинг монотерапиясини ўз ичига олиши мумкин.

### Фатер сўрғичи ампуласи ўсмаларини биринчи линия терапияси

Фатер сўрғичи саратонини даволашда аниқ беморда ўсманинг субтипини аниқлаш аҳамиятга эга бўлиб, у беморда ичак ёки панкреатобилиар типи бўлиши мумкин.

Панкреатобилиар типига эга бўлган ўсмали беморлар учун билиар тракт саратонини даволаш дастурига амал қилиш тавсия этилади (амалдаги тегишли клиник протокол бўлимига қаранг), бу ерда биринчи босқичда даволаш схемаси сифатида «гемцитабин + цисплатин» ёки «гемцитабин + оксалиплатин» керак бўлиб, агар касаллик прогрессияланса, иккинчи линияда FOLFOX қўлланилади. Иммуноонкологик препаратлар, дурвалумаб ва пембролизумаб, билиар рак ҳолатларида самарали эканлиги исботланган бўлса-да, улар Фатеров сўрғичининг ўсмаларига таъсир қилишини кўрсатган тадқиқотлар олиб борилмаган. Шунинг учун иммуноонкологик препаратлардан фойдаланиш қўшимча асослантирилган бўлмаса, тавсия этилмайди.

Кучсиз ҳолатда бўлган пациентларга капецитабин ёки гемцитабин билан монокимиотерапия тавсия этилиши мумкин.

Ичак типи ўсмаси бўлган беморлар, рандомизация қилинган тадқиқотлар бўлмаган бўлса-да, саратон касалликлари бўйича даволаш дастурига мувофиқ даволаниши керак, яъни XELOX/FOLFOX ± бевацизумаб режаларини қўллаш керак.

### **Давонинг иккинчи ва кейинги линияси**

Стандартли вариантлар иккинчи ва кейинги даволаш босқичлари учун ингичка ичак ва Фатеров сўрғичининг саратон касалликларига мавжуд эмас. Агар бу даволаш вариантлари аввал қўлланилмаган бўлса, химиотерапияни FOLFOX ёки FOLFIRI билан ўтказиш мумкин.

Таргетланадиган алтерациялар (MSI, BRAF, HER2, BRCA/PALB2)ни аниқлаш учун ИГХ ва генетик тадқиқотларни ўтказиш мақсадга мувофиқ. MSI аниқланган тақдирда пембролизумаб ёки «ниволумаб + ипилимумаб» комбинациясини тайинлаш мумкин, BRAF генлари алтерациясида, анти-BRAF ва анти-MEK препаратлар комбинациясини, HER2 бўлса трастузумаб ёки трастузумаб ва пертузумаб комбинациясини қўллаш мумкин.

Беморга кенгайтирилган генетик тадқиқотлар ўтказиш таклиф қилинади, бу таргетланадиган алтерацияларни аниқлашга ёрдам беради.

Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратони учун мумкин бўлган дори билан даволаш вариантлари 9-жадвал келтирилган.

### **9-жадвал. Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратонини**

**паллиатив дори терапияси.**

<b>Терапиянинг биринчи линияси</b>	
<p>Ичак типдаги ингичка ичак ва Фатеров сўргичи саратони</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бевацизумаб 7,5 мг/кг в/и ҳар 21 кун ёки 5 мг/кг в/и ҳар 14 кун (қўлланиладиган ХТ режимига қараб) ҳар қандай қуйида келтирилган режимлар билан биргаликда:</li> <li>• <b>FOLFOX:</b> Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соатлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида оксалиплатин билан бирга, кейинчалик болюс 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунга) в/и, ҳар 14 кун. <b>XELOX:</b> оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> 1-кун, капецитабин 2000 мг/м<sup>2</sup> кунига ичга 1–14-кун, ҳар 21 кун.</li> <li>• <b>FOLFIRI:</b> Иринотекан 180 мг/м<sup>2</sup> в/и 90 минутлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида иринотекан билан бирга, кейинчалик болюс 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунга) в/и, ҳар 14 кун.</li> <li>• Иринотекан 180мг/м<sup>2</sup> в/и 90-минутлик инфузия 1-чи кун, ҳар 14 кунда</li> </ul>
<p>Панкреатобилиар ва аралаш типдаги Фатеров сўргичи саратони</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GemCis:</b> Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, цисплатин 25 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, ҳар 21 кун.</li> <li>• <b>GemOx:</b> Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, оксалиплатин 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун, ҳар 21 кун.</li> </ul>
<p>ECOG 2/коморбидлик (барча типларда)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Капецитабин 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> икки марта кунига ичка 1-кундан 14-кунгача, ҳар 21 кун.</li> <li>• <b>de Gramont:</b> Кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюсини в/и, ва кейин 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200</li> </ul>

	<p>мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-, 8- ва 15-чи кунлар, ҳар 28 кунда</li> </ul>
<b>Терапиянинг иккинчи ва кейинги линиялари</b>	
Агар аввал қўлланилмаган бўлса	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>FOLFOX:</b> Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соатлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, оксалиплатин билан бирга, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюси в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</li> </ul>
Агар аввал қўлланилмаган бўлса	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>FOLFIRI:</b> Иринотекан 180 мг/м<sup>2</sup> в/и 90 минутлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, иринотекан билан бирга, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюси в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</li> </ul>
HER2 гиперэкспрессияси ёки амплификациясида	<ul style="list-style-type: none"> <li>Трастузумаб + пертузумаб: трастузумаб 8 мг/кг в/и (юклама дозаси) 1-кун 1-циклда, кейин — 6 мг/кг в/и ҳар 3 ҳафтада, пертузумаб 840 мг в/и (йўқотиш дозаси) 1-кун 1-циклда, кейин — 420 мг в/и, ҳар 21 кун.</li> </ul>
MSI-H/dMMR да	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пембролизумаб 200 мг в/и 30-минутлик инфузия ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб ҳар 42 кунда.</li> <li>Ниволумаб 3 мг/кг в/и капель билан 30 дақиқа ҳар 3 ҳафтада ва ипилимумаб 1 мг/кг в/и томчилаб 30 дақиқа 1 марта ҳар 3 ҳафтада (4 киритиш, кейинчалик давом этади монотерапия ниволумаб билан 240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 1 марта ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг в/и томчилаб 1 марта ҳар 4 ҳафтада).</li> </ul>
BRAF +МЕК-ингибитор (фақат BRAF V600E)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дабрафениб 150 мг ичкига 2 марта кунга, траметиниб 2 мг ичкига 1 марта кунга, ҳар куни давомли.</li> </ul>

мутациясида)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вемурафениб 960 мг ичкига 2 марта кунга, ҳар куни + кобиметиниб 60 мг кунга 21 кун қабул, 7 кун дам олиш.</li> </ul>
--------------	---

## Ичакнинг нейроэндокрин ўсмаларини медикаментоз даволаш

### Кимё терапия:

1. Цитостатиклар билан монокимиотерапия.
2. Цитостатиклар билан полихимиотерапия.
3. Комбинирланган кимё терапия: биотерапия + химиотерапия.
4. Симптоматик терапия.

Ингичка ичак нейроэндокрин касалликларида қуйидаги кимё терапи я схемаларини қўллаш мумкин:

1. Циклофосфамид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Стрептозоцинид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Фторурацил – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

### 2. FАC-S:

Фторурацил – 400 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Доксорубин – 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи кун.

Циклофосфамид – 75 мг/м<sup>2</sup>, ичга, 1-чи, 2-чи, 3-чи, 4-чи, 5-чи, 6-чи, 7-чи, 8-чи, 9-чи, 10-чи, 11-чи, 12-чи, 13-чи, 14-чи кунлар.

Стрептозоцинид – 400 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

3. Цисплатин – 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-й кун.

Этопозид – 120 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

4. Карбоплатин – АUC 4-5;

Этопозид – 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

5. Доксорубицин – 50 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун.

Стрептозоцид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

6. Стрептозоцин – 1 г/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун.

Фторурацил – 600 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун ёки 325 мг/м<sup>2</sup>, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

5. Дакарбазин – 200 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Эпирубицин – 25 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Фторурацил – 250 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 3 ҳафтада.

6. Темозоломид – 150 мг/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 7 кун, перерыв 7 кун.

Бевацизумаб – 5 мг/кг, в/и, 1 марта ҳар 2 ҳафта.

Курс давомийлиги 22 ҳафта.

7. Темозоломид – 150 мг/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й кунлар.

Капецитабин – 2 г/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 1-й дан 14-й кунгача.

Цикл такрорланиши ҳар 28 кунда.

## **Биотерапия**

Соматостатин ва интерферон- $\alpha$  синтетик аналоглари комбинацияси (пролонгирланган шакли (PEG-интерферон)).

Октреотид – 50-500 мкг, т/о, кунга 3 марта (доза индивидуал танланади).

Октреотиднинг депонирланган шакли (сандостатин ЛАР, октреотид депо, ланреотид): аввал октреотид қабул қилган беморлар учун.

Сандостатин ЛАРнинг тавсия этилган бошланғич дозаси 20 мг, м/о, ҳар 28 кунда.

Октреотид билан даволаш сандостатин ЛАР инъекциясидан кейин яна 2 ҳафта давом этади.

Аввал октреотид қабул қилмаган беморлар учун даволаш сандостатиндан 100 мкг, кунга 3 марта, 2 ҳафта давомида бошланади.

Яхши кўтариш ва клиник таъсир кузатилса, сандостатин ЛАР га ўтиш мумкин.

Сандостатин ЛАР дозаси 3 ой даволашдан сўнг тартибга келтирилиши мумкин:

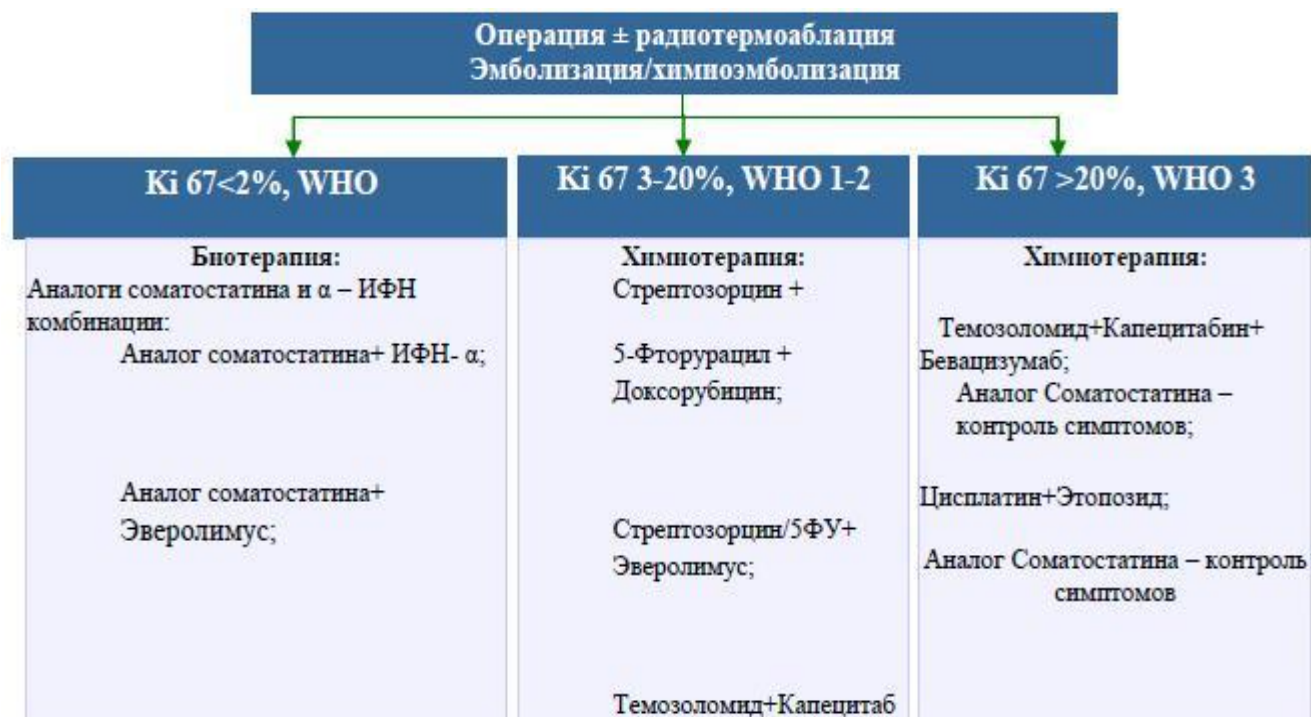
1. Агар симптомлар ва биологик маркерлар яхши назоратда бўлса, доза ҳар 4 ҳафтада 10 мг га камайтирилиши мумкин.
2. Симптомлар қайтиши ҳолатида, доза 20 мг га оширилади.
3. Агар симптомлар қисман назорат қилинса, доза ҳар 4 ҳафтада 30 мг га оширилиши мумкин.

Ланреотид – дозалар ва режимлар жавоб реакциясини баҳолашдан сўнг индивидуал танланади. Оддиян тавсия қилинадиган доза 60-120 мг, м/о, ҳар 4 ҳафтада.

Октреотид депо, сандостатин ЛАР каби, 20 мг, м/о, ҳар ойда 1 марта қабул қилинади, зарурат бўлса доза оширилиши мумкин.

Интерферон- $\alpha$  – 3-5 млн ЕД, т/о, ҳар ҳафта 3 марта. Доза индивидуал танланади, кўтаришга боғлиқ.

**Метастатик нейроэндокрин ўсмаларда терапияни танлаш алгоритми**



**10-жадвал. Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):**

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	ИД
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	75 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC 4-5;	А
Пиримидин антагонистлари – фторпиримидинлар	капецитабин	2000 мг/м <sup>2</sup> , 1-14 кунлар, таблетка, ичишга	А
Ўсмага қарши антибиотиклар	Доксорубицин	30 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1-чи кун	А
	Эпирубицин	25 мг/м <sup>2</sup> , в/и, в 1-чи, 2-чи, 3-чи кунлар	А
Алкилловчи бирикмалар (НЭОда)	Циклофосфамид	500 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1 ва 8 кунлар	А
Нитрозомочевина унумлари (НЭОда)	Стрептозоцин	500 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1 ва 8 кунлар	А
Подофилотоксин унумлари (НЭОда)	Этопозид	120 мг/м <sup>2</sup> , в/и, томчилаб, 1-, 2-, 3-кунлар	А
Алкилловчи воситалар (НЭОда)	Дакарбазин	200 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1-, 2-, 3-кунлар	А
	Темозоломид	150 мг/м <sup>2</sup> /сут., ичишга,	А

		7 кун, танаффус 7 кун	
Соматостатин синтетик аналоглари (НЭОда)	Октреотид	50-500 мкг, т/о, суткада 3 марта	А
	Ланреотид	60-120 мг, м/о, ҳар 4 ҳафтада	А
	Сандостатина ЛАР	10-30 мг ҳар 4 ҳафтада	А
Антиметаболитлар	Гемцитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар, ҳар 28 кунда	А
Ўсиш омили ва унинг рецепторларига моноклонал антитаналар	трастузумаб	Юклама ва қўллаб қувватловчи дозалари 3 ҳафтада 1 марта прогрессияланишгача, в/и	А
Ўсиш омили ва унинг рецепторларига моноклонал антитаналар	бевацизумаб	7,5 мг/кг в/и ҳар 21 кунда ёки 5 мг/кг в/и ҳар 14 кунда	А
PD-1 рецепторларига моноклонал антитаналар	пембролизумаб	200 мг в/и в 1 кун	А
	ниволумаб	3 мг/кг в/и томчилаб 30 минут ҳар 3 ҳафтада	А
	ипилимумаб	1 мг/кг в/и томчилаб 30 минут 3 ҳафтада 1 марта	А
Топоизомераза 1 ингибиторлари	иринотекан	140 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
Платина комплекс бирикмалари	оксалиплатин	130 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – флеомицинлар	фторурацил	400 мг/м <sup>2</sup> в/и болус юбориш	А
Протеинтирозинкин аза ингибиторлари	иматиниб	400-800мг/сут., перорал, узоқ вақт	А
	сунитиниб	25-50 мг/сут., перорал, узоқ вақт	А
Бисфосфонатлар	памидроновая кислота	90мг в/и 4-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1	В

гуруҳидан суяк резорбцияси ингибиторлари		марта	
	золедроновая кислота	в/и томчилаб 15 минут давомида 4 мг 3-4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк тўқимаси резорбцияси ингибиторлари Моноклонал антитаналар	деносумаб	120 мг тери остига	А
<b>Сақлаш (ҳаволи)</b>	<a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf</a>		

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

<b>Фармако-терапевтик гуруҳи</b>	<b>Дори воситаси ХПН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>ИД</b>
Ўсмага қарши терапия токсиклигини камайтирувчи препаратлар	кальция фолинат	400 мг/м <sup>2</sup> в/и ёки 200 мг/м <sup>2</sup> в/и	В
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В
	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимида таъсир қиладиган дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўлланиш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А

	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқарига	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолиевая кислота	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
	Хлоргексидин	Ташқарига	-
<b>Сақлаш (ҳавола)</b>	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## **6) Жарроҳлик давоси [5, 9, 16,17].**

Ўн икки бармоқли ичак ўсмалари ва ичак типигаги ампуляр ўсмалари панкреато-билиар турдаги ампуллар ўсмалари ва ошқозон ости беши ўсмаларидан фарқли ўлароқ, бу жараёнда атрофдаги тўқималарни ўз ичига олган юқори инфилтратив потенциалга ега бўлган нисбатан локал ўсиш характери билан тавсифланади.

### **6.1. Локал шакллари**

#### **Регионар лимфа тугунлари**

Регионар лимфа тугунларни олиб ташлаш касалликнинг босқичи ҳақида муҳим маълумот беради, бу эса адъювант терапиясига оид қарорларга таъсир қилади. Шунингдек, олиб ташланган лимфа тугунлари сони рецидивлар сони ва умумий яшовчанлик кўрсаткичларига таъсир кўрсатиши исботланган.

Ингичка ичакнинг ўсмасини резекция қилишда диагнозни тўғри қўйиш учун керакли оптимал ҳажм – 8 та ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларни олиб ташлаш ҳисобланади. Фатеров сўрғичининг саратони бўйича панкреатодуоденал резекцияни амалга оширишда оптимал стадиялаш учун 12 та ёки ундан ортиқ лимфа тугунни патоморфологик баҳолаш талаб этилади.

## Жарроҳлик амалиётлари турлари

Локализацияланган ингичка ичак ўсимталарида хирургик аралашув тури бошланғич ўчоқнинг жойлашувига боғлиқ.

12 бармоқ ичак ўсимталарида, агар унинг пастки қисми зарарланган бўлса, панкреатодуоденал резекция ёки Уиппл операциясини амалга ошириш тавсия қилинади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг горизонтал ва юқори қисмларидаги ўсмаларда турли хил ёндашувлар мумкин: панкреатодуоденал резекцияни амалга ошириш билан бирга, циркуляр панкреато-сақловчи резекция ёки en bloc кенг миқёсдаги маҳаллий кесиб олиш имконияти муҳокама қилинади, бу ёндашувнинг онкологик натижалари бир хил бўлиб, операциядан кейинги асоратларнинг ортиқча юқори хавфсиз амалга оширилади.

Оч ва ёнбош ичак ўсмалари бўлган беморларга бошланғич ўчоқнинг локал тарқалишини ҳисобга олган ҳолда, регионар лимфа тугунлар билан en bloc резекция амалга оширилиши керак.

Фатеров сўрғичи ампуласи ўсмаларида стандарт операция панкреатодуоденал резекция ёки Уиппл операциясидир. Баъзи беморларда, агар ўсма инвазиясиз ривожланса (Tis), ампулэктомия амалга оширилиши мумкин. Лекин бу операция регионар лимфа тугунларни олиб ташлашни назарда тутмайди. Ампулэктомия, шунингдек, қария ёшдаги беморларда, инвазиясиз ёки кичик, 6 мм дан кичик, юқори даражада дифференциаллашган ўсмалар билан, Фатеров сўрғичи ампуласининг мушак аппаратига инвазиясиз (Tis, T1) бўлган ҳолатларда ҳам кўриб чиқилиши мумкин, бу ҳолатда операциядан кейинги асоратлар кам бўлади, лекин рецидивлар даражаси бироз юқори бўлиши мумкин, айниқса агар ўсма инвазияланган бўлса.

Тўғри ичакнинг кичик карциноидлари одатда хавфсиз бўлиб, уларни тўлиқ олиб ташлаш ва даволаш мумкин. 1-тур меъда карциноидлари ҳам одатда хавфсиз бўлиб, уларни тўлиқ олиб ташлаш ва даволаш мумкин. Аппендикс карциноид ўсмалари одатда аппендэктомия жараёнида тўлиқ олиб ташланиб даволанади.

Карциноид ўсимталари аниқланган пайтда, ингичка ичак ва тўғри ичакнинг карциноидлари кўпинча катта бўлиб, метастазлашни бошлайди. Кўпинча метастазлар бўлган ҳолатда хирургик даволаш тавсия этилмайди, чунки операция орқали ўсимтани тўлиқ олиб ташлаш мумкин эмас. Баъзи беморларда фақат бирта метастаз бўлиши мумкин, бу метастаз аниқланган жой — жигарда чекланган бўлиши мумкин. Бу ҳолатда, биринчи ўсимтани ва ўсимтага зарарланган жигар қисми (гемигепатэктомия)ни хирургик резекция қилиш мумкин. Жигарда бир неча метастазлар бўлган беморлар кам учрайди. Бу

ҳолларда ўсмалар кўп бўлганлиги сабабли гемигепатэктомия амалга оширилмайди. Бундай диагнозга эга бўлган баъзи беморлар муваффақиятли тарзда жигар трансплантацияси билан даволанади.

## **6.2. Тарқалган жараён**

Ингичка ичакнинг аденокарциномалари кўпинча регионар лимфа тугунларга, жигарга ва қорин пардага метастазланади, аммо бошқа органларга метастазлашиш ҳам мумкин. Қўшни тўқималарга инвазия типик ҳолат эмас. Ўн икки бармоқ ичак, оч ва ёнбош ичакнинг ўсимталарида қорин пояси ва парааортал лимфа тугунларнинг зарарланиши, узоқ метастазланишни (M1) кўрсатади. Фатеров сўрғичи ампуласининг ўсимталарида метастазлар кўпинча жигарга, қорин пардага, камроқ ҳолда ўпкага, плеврага ва бошқа органларга метастазланади.

### **Бирламчи ўсмани олиб ташлаш**

Диссеминацияланган жараёнда бошланғич ўчоқни олиб ташлаш фақат паллиатив мақсадда кўриб чиқилиши мумкин, масалан, қон кетишини, обструкцияни ва шунга ўхшаш ҳолатларни бартараф этиш учун. Ўн икки бармоқ ичакнинг ўсимталарида паллиатив мақсадда НТ кўриб чиқилиши мумкин, масалан, узоқ вақт давомида паст интенсивликдаги қон кетишида. Бошланғич ўчоқни резекция қилишнинг яшовчанлик кўрсаткичларига таъсири ҳақида маълумотлар йўқ.

### **Резектабел метастазларни олиб ташлаш**

Бир неча тадқиқотлар, агар чегараланган зарарланиш бўлса, жигар ва ўпкадаги метастазларни олиб ташлашнинг маъқуллигини тасдиқлайди. Олигометастатик касаллик ва беморнинг индолент касаллик кечиши ҳолатларида метастазэктомиyani кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ, аммо бундай беморлар жуда кам.

Метастазларни хирургик олиб ташлашнинг альтернативаси сифатида стереотактик дистанцион НТ кўрсатилиши мумкин.

Диссеминацияланган жараёнда хирургик ёки нурли даволаш ҳақида қарор онкологик консилиумда, ихтисослашган марказларда қабул қилиниши керак.

## **7) Кейинги даволаш:**

Динамик кузатув:

- биринчи йили – 3 ойда 1 марта;
- иккинчи йили – 6 ойда 1 марта;

- кейинчалик, бутун умр – йилига 1 марта.

Текшириш усуллари:

- қилўнгач, меъда, ингичка ичак, анастомознинг рентгенконтраст текшируви;
- фиброгастроскопия;
- ўпкаларнинг рентгенологик текшируви;
- периферик лимфа тугунлари УТТси;
- қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси;
- тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- гинеколог кўриги (аёлларда);
- қон умумий таҳлили.
- Хромогранин А ни аниқлаш (ичак НЭЎларида)

*Кўрсатмаларга кўра:*

- Фиброколоноскопия;
- Ирригоскопия;
- Кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи қон томирлари ангиографияси;
- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + бутун тана компьютер томографияси.

**б) Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- **Даво самарадорлиги мезонлари**

Даволаш самарадорлиги ЖССТ мезонларига мувофиқ баҳоланади:

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

**Қисман самара** - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

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

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

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

**«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ  
СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК  
НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>КХТ-10:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
C17.0	– ўн икки бармоқ ичак саратони
C17.1	– оч ичак саратони
C17.2	– ёнбош ичак саратони (илеоцекал клапан саратони истисно C18.0)
C17.8	– бир ёки кўпроқ локализациядан ташқари ингичка ичак саратони
C17.9	– Номалум жойлашувли ингичка ичак саратони.
C24.1	– Фатер сўрагичи ампуласи саратони.
Юклар олиш (ХК-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1103">https://mkb-10.com/index.php?pid=1103</a>	
<b>КХТ -11:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
2B80	Ингичка ичакнинг хавfli ўсмаси
2B80.0	Ўн икки бармоқли ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.00	Ўн икки бармоқли ичакнинг аденокарциномаси
2B80.01	Ўн икки бармоқли ичакнинг нейроэндокрин ўсмалари
2B80.0Y	Ўн икки бармоқли ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ўсмалари
2B80.0Z	Аниқланмаган ўн икки бармоқли ичак хавfli ўсмалари
2B80.1	Оч ёки ёнбош ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.10	Оч ёки ёнбош ичакнинг аденокарциномаси
2B80.11	Оч ёки ёнбош ичакнинг нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.1Y	Оч ёки ёнбош ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосилалари
2B80.1Z	Оч ёки ёнбош ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосилалари
2B80.2	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари
2B80.20	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак аденокарциномаси
2B80.21	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.2Y	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари, аниқланмаган
2B5B.1	Ингичка ичакнинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B80.Y	Ингичка ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосиласи
2B80.Z	Ингичка ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосиласи

## 1. Асосий қисм.

**Кириш** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

<https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>):

**Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари** алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

Ингичка ичакнинг хавфли ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ (меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавфли ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Фатеров сўрагичи ампуласининг ўсмалари (ампуллар ўсмалари) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, аммо аслида карциномаларнинг 40% гача аралаш келиб чиқиши, бу уларнинг иммунофенотипига таъсир қилади. Ампуллар ичак саратони панкреатобилиар саратонга қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Перива интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/> ).

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида ингичка ичак саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 0,3 тани ташкил этади. 2023 йилда биринчи марта ингичка ичак саратони билан касалланган жами 124 бемор аниқланди. Улардан 0,3% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. Ингичка ичак

саратони морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 91,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 2,4%, II босқичида 43,5%, III босқичида 29,0% ва IV босқичида 22,6% ҳолатлар аниқланган. Беморларнинг 2,4 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2025 йил бошида диспансер назорати остида ингичка ичак саратони билан касалланган 406 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 1,1 ни ташкил этди. Республикада ингичка ичак саратони билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 23,6% ва 1 йиллик ўлим даражаси 22,5% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда 53 бемор ингичка ичак саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 0,1 ўлимни ташкил этади.

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

### **1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:**

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

### **2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:**

- беморнинг оғир ҳолати – ECOG III–IV;
- фаол босқичдаги туберкулез;
- декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касаллик;
- ўткир кечиктириб бўлмайдиган ҳолатлар (миокард инфаркти, инсульт);
- септик ҳолатлар;
- қон кетиш хавфи билан, парчаланиш босқичидаги ўсмалар (нур терапия учун);
- психорган касалликлар (шизофрения, кучли тутқаноқ синдроми билан эпилепсия);
- Беморнинг Карновский шкаласи бўйича 60%дан кам бўлган оғир ҳолати.
- Декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касалликлар.

### **3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:**

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги ингичка ичак ва фатеров сўргичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг мавжудлиги;

- жарроҳлик даволаш ёки очик биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

#### **Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:**

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- МС рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

#### **4) Жарроҳлик даволаш тамойиллари**

##### **Жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:**

- Ингичка ичакнинг гистологик тасдиқланган операбел хавфли ўсмалари;
- Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса.

##### **Ингичка ичак хавфли ўсмаларини жарроҳлик усулида даволашга қарши кўрсатмалар:**

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

Ўн икки бармоқли ичак ўсмалари ва ичак типдаги ампуляр ўсмалари панкреато-билиар турдаги ампуллар ўсмалари ва ошқозон ости беши ўсмаларидан фарқли ўлароқ, бу жараёнда атрофдаги тўқималарни ўз ичига олган юқори инфилтратив потенциалга ега бўлган нисбатан локал ўсиш характери билан тавсифланади.

#### **4.1. Локал шакллари**

##### **Регионар лимфа тугунлари**

Регионар лимфа тугунларни олиб ташлаш касалликнинг босқичи ҳақида муҳим маълумот беради, бу эса адъювант терапиясига оид қарорларга таъсир қилади. Шунингдек, олиб ташланган лимфа тугунлари сони рецидивлар сони ва умумий яшовчанлик кўрсаткичларига таъсир кўрсатиши исботланган.

Ингичка ичакнинг ўсмасини резекция қилишда диагнозни тўғри қўйиш учун керакли оптимал ҳажм – 8 та ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларни олиб ташлаш ҳисобланади. Фатеров сўрғичининг саратони бўйича панкреатодуоденал резекцияни амалга оширишда оптимал стадиялаш учун 12 та ёки ундан ортиқ лимфа тугунни патоморфологик баҳолаш талаб этилади.

##### **Жарроҳлик амалиётлари турлари**

Локализацияланган ингичка ичак ўсимталарида хирургик аралашув тури бошланғич ўчоқнинг жойлашувига боғлиқ.

12 бармоқ ичак ўсимталарида, агар унинг пастки қисми зарарланган бўлса, панкреатодуоденал резекция ёки Уиппл операциясини амалга ошириш тавсия қилинади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг горизонтал ва юқори қисмларидаги ўсмаларда турли хил ёндашувлар мумкин: панкреатодуоденал резекцияни амалга ошириш билан бирга, циркуляр панкреато-сақловчи резекция ёки en bloc кенг миқёсдаги маҳаллий кесиб олиш имконияти муҳокама қилинади, бу ёндашувнинг онкологик натижалари бир хил бўлиб, операциядан кейинги асоратларнинг ортиқча юқори хавфсиз амалга оширилади.

Оч ва ёнбош ичак ўсмалари бўлган беморларга бошланғич ўчоқнинг локал тарқалишини ҳисобга олган ҳолда, регионар лимфа тугунлар билан en bloc резекция амалга оширилиши керак.

Фатеров сўрғичи ампуласи ўсмаларида стандарт операция панкреатодуоденал резекция ёки Уиппл операциясидир. Баъзи беморларда, агар ўсма инвазиясиз ривожланса (Tis), ампулэктомия амалга оширилиши мумкин. Лекин бу операция регионар лимфа тугунларни олиб ташлашни назарда тутмайди. Ампулэктомия, шунингдек, қария ёшдаги беморларда, инвазиясиз ёки кичик, 6 мм дан кичик, юқори даражада дифференциаллашган ўсмалар билан,

Фатеров сўрғичи ампуласининг мушак аппаратида инвазиясиз (Tis, T1) бўлган ҳолатларда ҳам кўриб чиқилиши мумкин, бу ҳолатда операциядан кейинги асоратлар кам бўлади, лекин рецидивлар даражаси биров юқори бўлиши мумкин, айниқса агар ўсма инвазияланган бўлса.

Тўғри ичакнинг кичик карциноидлари одатда хавфсиз бўлиб, уларни тўлиқ олиб ташлаш ва даволаш мумкин. 1-тур меъда карциноидлари ҳам одатда хавфсиз бўлиб, уларни тўлиқ олиб ташлаш ва даволаш мумкин. Аппендикс карциноид ўсмалари одатда аппендэктомия жараёнида тўлиқ олиб ташланиб даволанади.

Карциноид ўсимталари аниқланган пайтда, ингичка ичак ва тўғри ичакнинг карциноидлари кўпинча катта бўлиб, метастазлашни бошлайди. Кўпинча метастазлар бўлган ҳолатда хирургик даволаш тавсия этилмайди, чунки операция орқали ўсимтани тўлиқ олиб ташлаш мумкин эмас. Баъзи беморларда фақат бирта метастаз бўлиши мумкин, бу метастаз аниқланган жой — жигарда чекланган бўлиши мумкин. Бу ҳолатда, биринчи ўсимтани ва ўсимтага зарарланган жигар қисми (гемигепатэктомия)ни хирургик резекция қилиш мумкин. Жигарда бир неча метастазлар бўлган беморлар кам учрайди. Бу ҳолларда ўсмалар кўп бўлганлиги сабабли гемигепатэктомия амалга оширилмайди. Бундай диагнозга эга бўлган баъзи беморлар муваффақиятли тарзда жигар трансплантацияси билан даволанади.

## **4.2. Тарқалган жараён**

Ингичка ичакнинг аденокарциномалари кўпинча регионар лимфа тугунларга, жигарга ва қорин пардага метастазланади, аммо бошқа органларга метастазлашиш ҳам мумкин. Қўшни тўқималарга инвазия типик ҳолат эмас. Ўн икки бармоқ ичак, оч ва ёнбош ичакнинг ўсимталарида қорин пояси ва парааортал лимфа тугунларнинг зарарланиши, узоқ метастазланишни (M1) кўрсатади. Фатеров сўрғичи ампуласининг ўсимталарида метастазлар кўпинча жигарга, қорин пардага, камроқ ҳолда ўпкага, плеврага ва бошқа органларга метастазланади.

### **Бирламчи ўсмани олиб ташлаш**

Диссеминацияланган жараёнда бошланғич ўчоқни олиб ташлаш фақат паллиатив мақсадда кўриб чиқилиши мумкин, масалан, қон кетишини, обструкцияни ва шунга ўхшаш ҳолатларни бартараф этиш учун. Ўн икки бармоқ ичакнинг ўсимталарида паллиатив мақсадда НТ кўриб чиқилиши мумкин, масалан, узоқ вақт давомида паст интенсивликдаги қон кетишида. Бошланғич ўчоқни резекция қилишнинг яшовчанлик кўрсаткичларига таъсири ҳақида маълумотлар йўқ.

### **Резектабел метастазларни олиб ташлаш**

Бир неча тадқиқотлар, агар чегараланган зарарланиш бўлса, жигар ва ўпкадаги метастазларни олиб ташлашнинг маъқуллигини тасдиқлайди. Олигометастатик касаллик ва беморнинг индолент касаллик кечиши ҳолатларида метастазэктомияни кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ, аммо бундай беморлар жуда кам.

Метастазларни хирургик олиб ташлашнинг альтернативаси сифатида стереотактик дистанцион НТ кўрсатилиши мумкин.

Диссеминацияланган жараёнда хирургик ёки нурли даволаш ҳақида қарор онкологик консилиумда, ихтисослашган марказларда қабул қилиниши керак.

### **Муолажа ва аралашув ўтказаетган мутахассисга талаблар:**

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

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

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

### **5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

**Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:**

1. Лейкоформула ва тромбоцитлар сонини ҳисоблаш билан умумий қон таҳлили (УҚТ);
2. Қоннинг биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, мочевина кислота, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин,

тўғридан-тўғри билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, С-реактив оксил (СРБ), щелочной фосфатаза);

3. АВО тизими бўйича қон гуруҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Умумий сийдик таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. В ва С вирусли гепатитлар маркерларини ИФА ёки ИХЛ усулида аниқлаш;
8. Онкомаркерлар СА19-9 ва РЭА ни аниқлаш;
9. Хромогранин А ни аниқлаш (ичак НЭО да);
10. В ва С вирусли гепатитларга ПЦР (сифат жиҳатидан);
11. ОИТС (HIVAg/anti-HIV) ни ИФА усулида аниқлаш;
12. Сифилисга серологик реакциялар мажмуаси;
13. Биопсия олиш билан фиброэзофагогастроуденоскопия;
14. Контраст модда билан (икки марта контраст) қизилўнғачнинг рентгеноскопик текшируви;
15. Ошқозон ва ичакларнинг контраст модда билан рентгеноскопик текшируви (икки марта контраст);
16. Қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чанок, периферик лимфа тугунлари ва кўкрак безларининг УТТ;
17. Кўкрак бўшлиғи аъзоларининг рентгенологик текшируви;
18. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг компьютер томографияси;
19. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) цитологик текшируви\*;
20. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) гистологик текшируви\*;
21. Биоптатнинг (ўсма, лимфа тугун) иммуногистохимик текшируви\*;
22. Аниқ таъхис камроқ инвазив усул билан тасдиқланмаса, хавфли жараёнга гумон бўлганда диагностик лапароскопия/лапаротомия амалга оширилиши мумкин;
23. Лапароскопик мудохала пайтида интраоперацион энтероскопия ўтказилиши мумкин;
24. Мухим қон кетишларда қон кетиш соҳасини аниқлаш учун ангиография;
25. Фатер сўргичи саратонида ЭРХПГ;
26. Фатер сўргичи саратонида эндо-УТТ;

27. Колоноскопия;
28. ЭКГ;
29. Эхокардиография (ЭхоКГ);
30. Бутун тана ПЭТ/КТ\*\*;
31. Контраст модда билан МСКТ\*\*\*

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

\*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

### **3.8. Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

1. В ва С вирусли гепатитларга ПЦР (микдорий)
2. COVID-19 учун ПЦР
3. ҚҚС ва қон газларини аниқлаш
4. Тўғридан-тўғри ва билвосита Кумбс синовлари
5. Стандарт цитогенетик текширув
6. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, В12 витаминини аниқлаш
7. ProBNP
8. Прокальцитонин
9. Антитромбин III, Д-димер
10. Фертил ёшдаги аёллар учун — ҳомиладорлик тести, ХГЧни аниқлаш
11. Периферик қоннинг ИФТси
12. Стандарт цитогенетик текширув
13. Асцит, плевра ва перикард суюқликларининг цитологик текшируви
14. FISH ва ПЦР усулида молекуляр-генетик текширувлар
15. Бурун ёрдамчи синусларининг рентгенографияси
16. Ортопантомограмма
17. Кўкрак сегментининг компьютер томографияси
18. Контраст модда билан бош ва бўйин КТ
19. Бронхоскопия
20. Колоноскопия
21. Қон томирларининг (веналар ва/ё артериялар) УЗДГ

22.Спирография

23.Бош миянинг МРТси

24.Қалқонсимон без, юмшоқ тўқималар, плевра бўшлиқлари ва перикард УТТси

25.Холтер ЭКГ мониторинги

## **б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:**

### **Онкологик муассасанинг жарроҳлик (абдоминал онкожарроҳлик) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари**

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун

реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари еаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;

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

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- Кўрув хонаси;
- Бўлим мудири хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- ҳамширалар хонаси.

### **Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари**

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;

- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

**А) Малакали персонал [8].**

**12-жадвал. Абдоминал онкология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи**

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

**13-жадвал. Онкологик муассасанинг жарроҳлик блоканинг тавсия этилган штатлар нормативи**

<b>Т/р</b>	<b>Лавозим номи</b>	<b>Лавозим сони</b>
1.	Бўлим мудури - шифокор-онколог, шифокор-хирург	Жарроҳлик блокига 1 та
2.	Катта жарроҳлик ҳамшираси	Жарроҳлик блокига 1 та

3.	Жарроҳлик ҳамшираси	Режали жарроҳлик бўлимига 1,5 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига 4,75 та
4.	Бўлим бекаси	1
5.	Санитар	1 та режали жарроҳлик бўлимига 1 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига 4,75 та

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

#### **Нур терапия ўтказиш учун:**

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

## **7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.**

Даволаш самарадорлиги ЖССТ мезонларига мувофиқ баҳоланади:

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

**Қисман самара** - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида

ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

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

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

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

**«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ  
СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК  
НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>КХТ-10:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
C17.0	– ўн икки бармоқ ичак саратони
C17.1	– оч ичак саратони
C17.2	– ёнбош ичак саратони (илеоцекал клапан саратони истисно C18.0)
C17.8	– бир ёки кўпроқ локализациядан ташқари ингичка ичак саратони
C17.9	– Номалум жойлашувли ингичка ичак саратони.
C24.1	– Фатер сўрагичи ампуласи саратони.
Юклар олиш (ХК-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1103">https://mkb-10.com/index.php?pid=1103</a>	
<b>КХТ -11:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
2B80	Ингичка ичакнинг хавfli ўсмаси
2B80.0	Ўн икки бармоқли ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.00	Ўн икки бармоқли ичакнинг аденокарциномаси
2B80.01	Ўн икки бармоқли ичакнинг нейроэндокрин ўсмалари
2B80.0Y	Ўн икки бармоқли ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ўсмалари
2B80.0Z	Аниқланмаган ўн икки бармоқли ичак хавfli ўсмалари
2B80.1	Оч ёки ёнбош ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.10	Оч ёки ёнбош ичакнинг аденокарциномаси
2B80.11	Оч ёки ёнбош ичакнинг нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.1Y	Оч ёки ёнбош ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосилалари
2B80.1Z	Оч ёки ёнбош ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосилалари
2B80.2	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари
2B80.20	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак аденокарциномаси
2B80.21	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.2Y	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари, аниқланмаган
2B5B.1	Ингичка ичакнинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B80.Y	Ингичка ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосиласи
2B80.Z	Ингичка ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосиласи

## 1. Асосий қисм.

### - Кириш

**Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари** алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

**- Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

<https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>)

Ингичка ичакнинг хавfli ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ (меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавfli ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавfli ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Фатеров сўрғичи ампуласининг ўсмалари (ампуллар ўсмалари) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, аммо аслида карциномаларнинг 40% гача аралаш келиб чиқиши, бу уларнинг иммунофенотипига таъсир қилади. Ампуллар ичак саратони панкреатобилиар саратонга қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Перива интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида ингичка ичак саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 0,3 тани ташкил этади. 2023 йилда биринчи марта ингичка ичак саратони

билан касалланган жами 124 бемор аниқланди. Улардан 0,3% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. Ингичка ичак саратони морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 91,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 2,4%, II босқичида 43,5%, III босқичида 29,0% ва IV босқичида 22,6% ҳолатлар аниқланган. Беморларнинг 2,4 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2025 йил бошида диспансер назорати остида ингичка ичак саратони билан касалланган 406 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 1,1 ни ташкил этди. Республикада ингичка ичак саратони билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 23,6% ва 1 йиллик ўлим даражаси 22,5% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда 53 бемор ингичка ичак саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 0,1 ўлимни ташкил этади.

### - Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%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](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)) (профилактикология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»[33] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир[34][35].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [36]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[36].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади[34] [37] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [38], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [39] тадбирларни ҳам назарда тутади. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлиliga асосланган[40] [41].

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади[42][43].

**Тиббий реабилитация** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) (лот. *rehabilitatio*, тиклаш[50]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [51] [52] [53].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [54].

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

## 2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсексия, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[19]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [19]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал

даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [18].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончли мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [17].

## 2.2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунда ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг профилактикаси тўлиқ ўрганилмаган.

Барча канцерпревенция чора-тадбирларини шартли равишда учта бўлимга бўлиш мумкин [53].

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

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

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

Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратонини профилактикасида потенциал бешта асосий йўналишларни ажратиш мумкин [54]:

— Ҳаёт тарзини модификация қилиш;

— ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини дастлабки босқичларида аниқлаш учун скрининг;

— ингичка ичак шиллик қаватининг аввал аниқланган саратон олди ҳолатлари бўлган беморларни кузатиш;

— радикал жарроҳлик (резекция) ёки эндоскопик даволанишдан сўнг метакрон ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг олдини олиш ва эрта ташхислаш.

### **Ингичка ичак шиллик қаватининг саратон олди ҳолати бўлган беморларни кузатиш.**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг **иккиламчи профилактикаси** шиллик қаватининг саратон олди ҳолати бўлган беморларни кузатиш бўйича чора-тадбирлар мажмуасидир. Ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини ўсма жараёнининг дастлабки босқичларида аниқлашдир.

Бирламчи профилактикадан фарқли ўлароқ, иккиламчи профилактика сезиларли даражада кўпроқ молиявий ҳаражатлар ва тиббий ресурсларни талаб қилади. Унинг сифати кўп жиҳатдан замонавий эндоскопик технологияларнинг мавжудлигига, эндоскопистларнинг яхши тайёргарлигига, эндоскопик ва морфологик диагностика учун стандартлаштирилган протоколларга боғлиқ [55-58].

#### **Учламчи профилактика:**

- рецидивлар, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва даволаш;
- витаминлар, оқсилларга бой тўлиқ диетадан фойдаланиш, зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, онколог томонидан мунтазам профилактик текширувлар ,мунтазам диагностика муолажалардан (ўпка рентгенограммаси, жигар, буйраклар, бўйин лимфа тугунларининг ультратовуш текшируви) ўтиб туриш.

### **Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи метакрон саратонини профилактикаси ва эрта аниқлаш**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи метакрон саратонини эрта аниқлаш учун, йилига 1-2 марта регуляри эндоскопик ва рентгенологик текширувдан ўтиб туриш кўрсатма бўлади.

## **2.3. Профилактика усуллари ва муолажалари:**

### **1) профилактиканинг мақсади:**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилиш, даволанишдан кейин касалликнинг асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

## **2) Бирламчи профилактика –**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Қуйидаги тавсияларга риоя қилиш ушбу патологияни ривожланиш хавфини камайтиришга ёрдам беради:

- Зарарли одатлардан воз кечиш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш.
- Камроқ туз қўшилган овқатни истеъмол қилиш
- Асбест таъсиридан ҳимояланиш
- Протон насос ингибиторларини асоссиз қабул қилишдан сақланиш
- Сурункали касалликларни даволаш (аутоиммун атрофик гастрит ва В12 танқислиги анемияси).
- Эмлаш, иммунитетни мустаҳкамлаш чоралари;
- Профилактик текширувлардан ўтиш;
- Агар шубҳали аломатлар пайдо бўлса, айниқса хавф остида бўлган беморлар учун қорин бўшлиғи онкожарроҳига ва/ёки онкологга мурожат қилиш;
- Ҳар 3 йилда бир марта меъда-ичак трактининг эндоскопик ёки рентгенологик текширувларидан ўтиш

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

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

- МСнинг олдини олиш учун ингичка ичак шиллик қаватининг термик ва механик шикастланишини олдини олувчи пархез, чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш, фон ва саратон олди касалликларни, шу жумладан бўшлиқ ичи эндоскопик аралашувлардан фойдаланган ҳолда ўз вақтида даволаш тавсия етилади [74]. *Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).*

- Ингичка ичак саратонини даволаш тугагандан сўнг, дори терапиясини эрта бошлаш учун касалликнинг прогрессияланишини эрта аниқлаш, ўсманинг рецидивда қайта операция ўтказиш, шунингдек метахрон ўсмалар аниқланганда қуйидагича назорат текширувлар даврийлигига амал қилиш **тавсия этилади:**
- **Радикал операциялар бажарилгандан сўнг** – дастлабки 1-2 йил ичида беморларни физик текширувдан ўтказиш ва шикоятларни йиғиш ҳар 3-6 ойда, 3-5 йил давомида – ҳар 6-12 ойда бир марта амалга оширилади. Операция қилинган кундан бошлаб 5 йил ўтгач, ташрифлар ҳар йили ёки шикоятлар пайдо бўлганда амалга оширилади. Рецидивланиш хавфи юқори бўлган беморларда текширувлар орасидаги интервални қисқартириш мумкин [79-80];
- **Шиллик қаватни эндоскопик резекцияси ёки шиллик ости қават диссекциясидан сўнг** – ЭГДФС биринчи йилда ҳар 3 ойда, иккинчи ва учинчи йилларда ҳар 6 ойда, сўнгра ҳар йили бажарилади [79-80].

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

**Изоҳлар:** *Ташрифларда текширишлар қўлами қуйидагича:*

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

#### **4) Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

##### **Реабилитациянинг биринчи босқичи (операциядан кейинги реабилитация)**

- **Тавсия этилади** – хирургик даволашни режалаштирганда ва бажарилганда fast-track rehabilitation («тезкор йўл») ва ERAS (Enhanced recovery after surgery – операциядан сўнг тезкор тикланиш) протоколларига амал қилиш керак. Бунларга беморни операцияга хабардор қилиш ва тайёрлаш бўйича чоратадбирлар, самарадорлиги тасдиқланмаган инвазив муолажалардан мунтазам фойдаланишни рад этиш (ичакни механик тозалаш, эрта касалхонага ётқизиш,

операциядан олдинги очлик), комплекс оғриқсизлантириш, анестезиологик ёрдам кўрсатиш учун махсус протоколлар, катетерлар ва дренажлардан мунтазам фойдаланишни рад этиш, беморларни операциядан кейинги биринчи ва иккинчи кунларда эрта мобилизация қилиш (фаоллаштириш ва вертикализация) киради [59-62]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).*

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

- Эрта энтерал овқатлантириш (дастлабки 24 соат ичида), ҳажмнинг аста-секин ўсиши ва 3-6-кунларда оксил ва энергия истеъмол қилиш мақсадларига эришиш **тавсия этилади** [63-64]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).*

**Изоҳлар:** *перорал ёки назоеюнал овқатланиш ўртасидаги танлов ҳали аниқ эмас. Чекланган миқдордаги тадқиқотларда эрта оғиз орқали овқатланиш асоратлар сонининг кўпайишига ёки касалхонага ётқизиш давомийлигига олиб келмади, шунинг учун уни қўллашни кўриб чиқиш мумкин [65-67]. Агар етарли овқатланишни таъминлашнинг иложи бўлмаса, операция давомида ўрнатилган зонд ёки микроеюностомия орқали энтерал овқатланишни ташкил қилиш мумкин. Ҳар қандай кириш орқали энтерал овқатланиш меъда-ичак моторикасини тиклашни тезлаштириш ва асоратларни олдини олиш нуқтаи назаридан парэнтерал овқатланишдан афзалликларга эга [64-67].*

## **Реабилитациянинг иккинчи босқичи**

- Мутахассиснинг тавсияси билан ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини радикал жарроҳлик даволашдан сўнг машғулотлар давомийлигини босқичма– босқич ошириш билан кунига 15-20 дақиқа давомида ҳафтасига 2 марта даволовчи физкультура машқлари терапияси комплексларини бажариш тавсия этилади, паст ва кейин ўрта интенсивликдаги аэробик машқлар ҳафтасига 150 дақиқагача давом эттирилади, жисмоний машқлар билан жисмоний тайёргарликни тиклаш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашни оптималлаштириш учун психолог билан ишлаш. (индивидуал/гуруҳ машғулотлари) **тавсия этилади** [68-70]. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).*

## Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Ремиссия ҳолатида бўлган беморларда тана вазнини барқарор сақлаш, овқатланишни қўллаб-қувватлаш, психолог билан машғулотлар, фаол ҳаёт тарзи ва кардиореспиратор чидамлилиқ ва ҳаёт сифатини ошириш мақсадида мунтазам машқлар терапиясини (паст интенсивликдаги аэробик машқлар, аста-секин ўртача интенсивликка кўтарилиши билан аэробик машқлар) ўз ичига олган кенг қамровли дастурдан фойдаланиш **тавсия этилади**. Бу умумий яшовчанликнинг ошишига ҳисса қўшиши мумкинлиги ҳақида далиллар мавжуд [70-71]. *Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5)*.

### 5) Скрининг:

#### **Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари скрининги**

Симптомсиз популяцияда кенг қўламли миллий популяцион ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари скрининг дастурлари оммавий популяцион саратон скрининг ўлим камайишига олиб келмайди ва иқтисодий самарасиз.

Ўзбекистонда ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари бўйича миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас.

**б) Иккиламчи профилактика** - ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари бўйича иккиламчи профилактика чораларига профилактик кўриклардан ўтиш, скрининг, касалликни эрта аниқлаш мақсадида текширувлар қилиш киради.

- Беморларда динамик, эндоскопик текширувларга қаратилган чоратadbирлар, шу жумладан хавф гуруҳлари орасида ҳам (сурункали энтероколит, МИТ полип ва полипоз, 12 бармоқ ичак яра касаллиги, оғир ирсият ва бошқалар.)
- Паллиатив терапия
- Оз миқдорда овқатланиш
- Анастомознинг шиллиқ қаватига шикаст етказмаслик учун овқатни яхшилаб чайнаш
- Кунига камида 6 марта овқатланиш
- 5-сонли парҳез - юмшоқ режимга риоя қилиш

- Меню турли хил ва мувозанатли тарзда танланади, шу жумладан барча керакли маҳсулотлар: парҳез гўшт, курка, товук, балиқ, ёғсиз мол гўшти ва пюре шаклида, тухум, творог, пишлоқлар, янги сабзавотлар, мевалар, газ ҳосил бўлишининг кўпайишига олиб келмайдиган ёнғоқлар, ўсимлик ёғи, янги сиқилган шарбатлар ва наъматак қайнатмаси. Истиснолар: нон маҳсулотлари, иссиқ хамирдан пиширилган маҳсулотлар, маринадлар, дудланган, консервалар.
- Витамин терапияси - витамин ва минералкомплексларига бой овқат қўшимчалари билан В12 (циянокобаламин) препарати билан ўтказиш зарур.
- Гимнастика танани тиклаш учун жуда зарур.
- Машқ қилиш терапияси меъда-ичак трактининг секретор рефлекс функцияларини фаоллаштиришни рағбатлантиради
- Қорин бўшлиғи мушакларининг юрак-қон томир ва мотор тизимларини мустаҳкамлаш
- Мушак-скелет тизимининг функциясини яхшилаш

**7) Учламчи профилактика** ёки ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг реабилитацияси:

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

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

#### **2.4. Реабилитация усуллари ва муолажалари:**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари реабилитациянинг мақсади:

- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини ва/ёки йўқолган фаолиятини тўла ёки қисман тиклаш;
- ўткир ривожланган патологик жараён тугаши билан тана функциялари кўллаб қувватлаш;

- зарар кўрган органлар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган функционал бузилишларини олдини олиш, эрта ташхислаш ва тузатиш;
- мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва камайтириш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

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

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали МС билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмаларини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда ингичка ичак саратонини тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

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

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

- Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

- Махсус махсус жарроҳлик ва цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

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

Реабилитация муолажалари амалга оширилади:

Даво якунланганидан 1 йил кейин (ҳар 3 ойда):

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

Даво якунланганидан 2 йил кейин (ҳар 6 ойда):

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

Даво якунланганидан 3 йил кейин (ҳар 12 ойда):

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

Даво якунланганидан 4 йил кейин (ҳар 12 ойда):

- кўрик (бўй/вазн, тери қопламлари, қорин кўриниши, стул)
- Кўкрак қафаси рентген текшируви.

- Қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳалари УТТси.
- Қорин/кичик чаноқ КТси.
- ЭГДФС (кўрсатмага кўра)

Даво яқунлангандан кейин 5 йил:

- Катамнестик хизматга кузатувга ўтиш

#### **4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари**

Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморлари ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, амдоминал онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўрикдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

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

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, меъда-ичак тракти, МИТ органлари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади [1,3]. *Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).*

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

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

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

*Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)*

2) Далиллар даражаси киритилган холда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Қон КИХ ва газларини аниқлаш;
- Бош, бўйн, қорин қафаси КТси;
- Колоноскопия;
- Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- Бош мия МРТси;
- Бўйин аъзолари ва плевра бўшлиқлари УТТси;
- Холтер – мониторингчи ЭКГ

*Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)*

## **6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:**

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

Тўлиқ жавоб ПЭТ/КТ ёрдамида дастлабки терапия тугаганидан 3 ой ўтгач тасдиқланиши керак.

*Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).*

ТР кузатилиши билан даволашни тугатган ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморларига терапия тугаганидан кейин 1 йил давомида ҳар 3 ойда, 2 йил - ҳар 6 ойда ва ундан кейин ҳар йили онколог ёки абдоминал онколог томонидан кузатилиши тавсия этилади.

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

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

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

Бўйин худудида нур терапияси (НТ) ўтказилган бўлса, камида ҳар йили ТТГ ни кузатиб туриш тавсия этилади.

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

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

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

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

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

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

## **7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:**

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари учун

профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидагича:

- Касаллик рецидивининг йўқлиги;
- Касаллик метастазланишининг йўқлиги;
- Цитостатик ва нур терапиянинг кечки асоратларининг йўқлиги;
- Беморнинг ва беморнинг яқин қариндошларининг руҳий ҳолатининг бошланғич позициясига тўлиқ қайтиш;
- Беморнинг зарарли одатлардан воз кечиши, соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, соғлом овқатланиши;
- Беморнинг динамик назоратга ўз вақтида мурожаат қилиши;
- Ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«ИНГИЧКА ИЧАК ВА ФАТЕРОВ  
СЎРҒИЧИ САРАТОНИ, ИНГИЧКА ИЧАК  
НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАРИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ  
ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>КХТ-10:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
C17.0	– ўн икки бармоқ ичак саратони
C17.1	– оч ичак саратони
C17.2	– ёнбош ичак саратони (илеоцекал клапан саратони истисно C18.0)
C17.8	– бир ёки кўпроқ локализациядан ташқари ингичка ичак саратони
C17.9	– Номаълум жойлашувли ингичка ичак саратони.
C24.1	– Фатер сўрагичи ампуласи саратони.
Юклаб олиш (ХК-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1103">https://mkb-10.com/index.php?pid=1103</a>	
<b>КХТ -11:</b>	
<b>Коди</b>	<b>Номланиши</b>
2B80	Ингичка ичакнинг хавfli ўсмаси
2B80.0	Ўн икки бармоқли ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.00	Ўн икки бармоқли ичакнинг аденокарциномаси
2B80.01	Ўн икки бармоқли ичакнинг нейроэндокрин ўсмалари
2B80.0Y	Ўн икки бармоқли ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ўсмалари
2B80.0Z	Аниқланмаган ўн икки бармоқли ичак хавfli ўсмалари
2B80.1	Оч ёки ёнбош ичакнинг хавfli ўсмалари
2B80.10	Оч ёки ёнбош ичакнинг аденокарциномаси
2B80.11	Оч ёки ёнбош ичакнинг нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.1Y	Оч ёки ёнбош ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосилалари
2B80.1Z	Оч ёки ёнбош ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосилалари
2B80.2	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари
2B80.20	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак аденокарциномаси
2B80.21	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак нейроэндокрин ҳосилалари
2B80.2Y	Аниқланмаган жойлашувли ингичка ичак хавfli ҳосилалари, аниқланмаган
2B5B.1	Ингичка ичакнинг гастроинтестинал стромал ўсмаси
2B80.Y	Ингичка ичакнинг бошқа аниқланган хавfli ҳосиласи
2B80.Z	Ингичка ичакнинг аниқланмаган хавfli ҳосиласи

## 1. Асосий қисм.

### 1) Кириш

**Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари** алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>)

Ингичка ичакнинг хавfli ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ (меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавfli ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавfli ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Фатеров сўрғичи ампуласининг ўсмалари (ампуллар ўсмалари) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, аммо аслида карциномаларнинг 40% гача аралаш келиб чиқиши, бу уларнинг иммунофенотипига таъсир қилади. Ампуллар ичак саратони панкреатобилиар саратонга қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Перива интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

РИОваРИАТМ статистик маълумотларига кўра, 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида ингичка ичак саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 0,3 тани ташкил этади. 2023 йилда биринчи марта ингичка ичак саратони

билан касалланган жами 124 бемор аниқланди. Улардан 0,3% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. Ингичка ичак саратони морфологик тасдиқланган ташхиси бўлган беморларнинг улуши 91,9% ни ташкил қилади. Касалликнинг I босқичида 2,4%, II босқичида 43,5%, III босқичида 29,0% ва IV босқичида 22,6% ҳолатлар аниқланган. Беморларнинг 2,4 фоизида касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2025 йил бошида диспансер назорати остида ингичка ичак саратони билан касалланган 406 бемор бор эди ва касалмандлик 100 минг аҳолига 1,1 ни ташкил этди. Республикада ингичка ичак саратони билан 5 йиллик яшовчанлик даражаси 23,6% ва 1 йиллик ўлим даражаси 22,5% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2023 йилда 53 бемор ингичка ичак саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига 0,1 ўлимни ташкил этади.

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

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

Стадиялаш учун AJCC/UICC Халқаро саратонга қарши кураш иттифоқининг TNM тизими бўйича 8-нашри қўлланилади ([uicc.org/resources/tnm](http://uicc.org/resources/tnm)).

### **1.1. Иничка ичак саратонини босқичлаш:**

**T — бирламчи ўсма:**

TX — Бошланғич ўсма ҳолига баҳо бериш учун маълумот етишмайди;

T0 — бошланғич ўсма аниқланмайди;

Tis —in situ саратон;

T1 — ўсма хусусий пластикага ёки шиллик ости қаватига ўсиб киради;

T1a — ўсма хусусий пластикага ўсиб киради;

T1b — ўсма шиллик ости қаватига ўсиб киради;

T2 — ўсма мушак қаватга ўсиб киради;

T3 — ўсма мушак қатламга субсероз қаватгача кириб боради ёки сероз қаватнинг кириб боришисиз қорин парда билан қопланмаган тўқимага тарқалади (тутқич ёки қорин парда орти);

T4 — ўсма висцерал қорин пардага ўсиб ўтади ёки бошқа аъзоларга бевосита ўсиб ўтади (масалан, ингичка ичакнинг бошқа қовузлоқларига, қўшни ичак халқалари тутқичига, сероз қобик орқали қорин пардага, фақат 12 бармоқ ичак учун – меъда ости безига ёки ўт йўлига инвазия).

## **N — регионар лимфа тугунлари:**

NX — Лимфа тугунларини зарарланишини баҳолаш учун маълумот етарли эмас;

N0 — регионар лимфа тугунларининг метастатик зарарланиш белгилари йўқ;

N1 — бир ёки иккита лимфа тугунининг зарарланиши;

N2 — учта ва ундан кўп лимфа тугунини зарарланиши.

Регионар лимфа тугунлар бирламчи ўсманинг локализациясига қараб фарқланади. 12 бармоқ ичак учун қуйидаги лимфа тугунлар регионар ҳисобланади:

- ретропанкреатик;
- жигар артерияси бўйлаб тугунлар;
- пастки панкреатодуоденал;
- юқори тутқич.

Оч ва ёнбош ичак учун регионар лимфа тугунларга киради:

- юқори тутқич;
- тутқич;
- ёнбош-чамбар (ёнбош ичакнинг терминал қисми учун);
- кўр ичак атроф тугунлари (ёнбош ичакнинг терминал қисми учун).

Ўзак ва парааортал тугунлар узоқ метастаз белгиси ҳисобланади- M1.

## **M — узоқ метастазлар:**

M0 — узоқ метастазлар йўқ;

M1 — узоқ метастазлар бор.

Ингичка ичак саратонининг босқичлар бўйича гуруҳланиши 14-жадвалда келтирилган.

**14-жадвал.** Ингичка ичак саратонининг босқичлар бўйича гуруҳланиши.

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0 босқич	Tis	N0	M0
I босқич	T1-2	N0	M0
IIA босқич	T3	N0	M0
IIB босқич	T4	N0	M0
IIIA босқич	Ҳар қандай T	N1	M0
IIIB босқич	Ҳар қандай T	N2	M0
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

## 1.2. Фатеров сўргичи саратонини босқичлаш

### T — бирламчи ўсма:

TX — Бошланғич ўсма ҳолига баҳо бериш учун маълумот етишмайди;

T0 — бошланғич ўсма аниқланмайди;

Tis —in situ саратон;

T1- Ўсма Фатер сўрагичи ампуласи ёки Одди сфинктери билан чегараланган ёки Одди сфинктерига ва/ёки 12 бармоқ ичакнинг шиллик ости қатламига кириб боради;

T1a — Ўсимта Фатер сўрагичи ампуласи ёки Одди сфинктери билан чегараланган;

T1b — ўсма одди сфинктерига ва/ёки 12 бармоқ ичакнинг шиллик ости қатламига кириб боради;

T2 — ўсма 12 бармоқ ичакнинг мушак қафатига ўсиб киради;

T3 — ўсма бевосита меъда ости безига инвазияланади (0,5 смгача) ёки меъда ости бези бўйлаб 0,5 смдан ошиқ тарқалади, ёки перипанкреатик ёки перидуоденал тўқимага ёки қорин пояси ёки юқори тутқич артериясини зарарламаган ҳолда 12 бармоқ ичакнинг сероз қоватига ўсиб ўтади;

T3a — ўсма бевосита меъда ости безига бевосита ўсиб ўтади (0,5 смгача);

T3b — ўсма меъда ости бези бўйлаб 0,5 смдан ошиқ тарқалади, ёки перипанкреатик ёки перидуоденал тўқимага ёки қорин пояси ёки юқори тутқич артериясини зарарламаган ҳолда 12 бармоқ ичакнинг сероз қоватига ўсиб ўтади;

T4 — ўсма ўлчамидан қатъий назар қорин пояси, юқори тутқич артерияси ва/ёки умумий жигар артериясини зарарлайди

### N — регионар лимфа тугунлари:

NX — Лимфа тугунларини зарарланишини баҳолаш учун маълумот етарли эмас;

N0 — регионар лимфа тугунларининг метастатик зарарланиш белгилари йўқ;

N1 — бир-учта регионар лимфа тугунининг зарарланиши;

N2 — тўрт ва ундан кўп лимфа тугунининг зарарланиши

Ошқозон ости беши ва периампулар минтақа лимфа тугунларининг бой тармоғи билан ўралган бўлиб, улар аниқ босқичлаш учун баҳолашни талаб қилади. Регионар перипанкреатик лимфа тугунлари бўлиб, улар жигар артерияси ва портал венаси бўйлаб тугунларни ҳам ўз ичига олади.

### **М — узоқ метастазлар:**

M0 — узоқ метастазлар йўқ;

M1 — узоқ метастазлар бор.

### **15-жадвал. Фатеров сўргичи саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш.**

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
IA босқич	T1a	N0	M0
IB босқич	T1b, T2	N0	M0
IIA босқич	T3a	N0	M0
IIb босқич	T4b	N0	M0
IIIA босқич	T1a, T1b, T2, T3a, T3b	N1	M0
IIb босқич	T4	Ҳар қандай N	M0
	Ҳар қандай T	N2	M0
IV босқич	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

### **1.3. Анатомиқ, гистологик таснифлаш ва молекуляр-генетик профил.**

Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи ўсмалари алоҳида нозологик бирликлар бўлиб, ушбу бобда маълум биологик ўхшашлик, даволаш-диагностик ёндашувларнинг кесишиши ва даволаш имкониятлари бўйича илмий маълумотлар етишмаслиги туфайли расмий принцип асосида бирлаштирилган.

#### **1.3.1. Ингичка ичак ўсмалари**

Ингичка ичакнинг хавфли ўсмалари кам учрайдиган ўсмаларга киради ва МИТ

(меъда-ичак тракти) ўсмалари умумий сонининг атиги 3–6% ни, шунингдек, барча хавфли ўсмаларнинг тахминан 0,6% ни ташкил қилади. Ингичка ичак ўсимталари ҳолатларининг ярмидан кўпроғи ўн икки бармоқ ичак саратонига (61%) тўғри келади, қолган қисми эса оч ичак ва ёнбош ичак ўсмаларига тўғри келади. Энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалар эпителий тузилмалари бўлиб, улар ушбу бобда кўриб чиқилади. Камроқ учрайдиганлари нейроэндокрин ва мезенхимал ўсмалар бўлиб (улар амалий тавсияларнинг тегишли бўлимларида кўриб чиқилади), шунингдек, экстранодал лимфома сифатида қараладиган бирламчи лимфомалар ҳам учрайди.

Молекуляр-генетик профиль аденокарциномаларнинг ингичка ичакдаги тури Фатер сўрағичи ва ингичка ичак саратонидан фарқ қилади: KRAS мутацияларининг частотаси меъда ўсмаларида 53% ингичка ичак аденокарциномасида 14% учрайди; APC мутациялари мос равишда 27% ва 8% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичак ўсмалари профили йўғон ичак саратонидан ҳам фарқ қилади: APC мутацияларининг частотаси 27% ва 76% ҳолатларни ташкил қилади, CDKN2A — 14% ва 34% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичакнинг турли бўлимларида (12 бармоқ ичак, оч ичак, ёнбош ичак) молекуляр-генетик профиль амалда фарқ қилмайди.

### 1.3.2. Фатеров сўрағичи ампуласи ўсмалари

Фатер сўрағичи ампуласи ўсмалари (ампуляр ўсмалар) ичак ёки панкреатобилиар хусусиятларга эга бўлиши мумкин, лекин амалда 40% карциномалар аралаш манбага эга бўлиб, бу уларнинг иммуногенотида акс этади. Ичак тури ампуляр саратони панкреатобилиар турига қараганда яхшироқ прогнозга эга.

Ичак тури аденокарциномалари ўз ИГХ профили бўйича йўғон ичак аденокарциномалари билан бир ҳил, панкреатобилиар тур аденокарциномалари эса - панкреатик йўл ёки умумий ўт йўлининг терминал бўлими эпителийсидан келиб чиқадиган ўсмаларга ўхшаш. Анъанавий турлардан ташқари, кам учрайдиган муциноз аденокарцинома, дискогезив карцинома, медуляр саратон, аденосквამоз саратон, нейроэндокрин саратон (майда-катта хужайралик), аралаш нейроэндокрин-нонейроэндокрин ўсма (MINEN), дифференциаллашмаган саратон мавжуд.

Дифференциал диагностикаси учун ампуляр аденокарциномалари турларини аниқлашда, агар гистологик даражада аниқлаш имкони бўлмаса, қуйидаги иммуногистохимик маркерлардан фойдаланилади:

- интестинал (ичак) типини аниқлаш учун: 2 ва 5АС муцинлар, цитокератин 20, CDX2;
- панкреатобилиар типини аниқлаш учун: цитокератин 7, муцин 1, S100P;
- Аралаш вариантыда устун фенотип ажратилади.

Ампуляр карциномалар анатомик жиҳатдан 4 қуйи турга бўлинади: периампуляр, интрампуляр, ампуляр дуктал ва ампуляр таснифланмайдиган. Пери- ва интрампуляр аденокарциномалар, одатда, ичак манбасига эга бўлади, ампуляр дуктал карциномалар эса одатда панкреатобилиар манбага эга бўлади. Таснифланмайдиган карциномалар энг гетероген гуруҳни ташкил қилиб, барча мумкин бўлган турларни, жумладан, аралаш турларни ўз ичига олади. Фатер сўрағичи ўсмаларининг гистологик турлари ва генетик хусусиятлари ўртасида боғланиш аниқланган. Панкреатобилиар тури одатда панкреатик аденокарциномасига хос генетик сигнатураларга эга бўлиб, KRAS мутацияларининг юқори частотаси билан характерланади. Ичак тури йўғон ичак хусусиятларига яқин бўлиб, APC ва PIK3CA мутацияларининг юқори частотаси, мутацион юкламининг (TMB) ошиши ва микросателлит барқарорлигининг (MSI-H) юқори фаоллиги билан характерланади.

### **1.3.3. ЖССТ бўйича эндокрин ўсмаларининг умумий таснифи**

1. Юқори дифференциаллашган эндокрин ўсмалар:

- хавфсиз кечиши;

- номаълум кечиши.

2. Юқори дифференциаллашган эндокрин карцинома.

3. Паст дифференциаллашган эндокрин карцинома.

4. Аралаш эндокрин экзокрин ўсма.

5. Ўсмасимон ҳосила.

#### **Гастрин-продукцияловчи (G) ҳужайралардан юқори дифференциаллашган ўсмалар**

Ушбу ўсмалар кичик ўлчамда бўлиб (диаметри < 1 см), улар барча нейроэндокрин ўсмаларининг тахминан  $\frac{2}{3}$  қисмига тўғри келади ва асосан ўн икки бармоқ ичакнинг проксимал қисмда жойлашади. Кўпинча метастазлар пайдо бўлади, лекин зарарланган жойлар регионар лимфа узулари билан чекланади. Ушбу турдаги ўсмалар МЭН I синдроми ва Золлингер-Эллисон синдроми билан биргаликда учрашиши мумкин, шунинг учун улар гастринóмалар деб аталади.

#### **Соматостатин-продукцияловчи (D) ҳужайралардан юқори дифференциаллашган ўсмалар**

Учраш частотаси ва хавфлилиги жиҳатидан (50%) улар панкреатик соматостатиномаларга ўхшаш, лекин диаметри кичикроқ ва метастазлар регионар лимфа тугунларида кўпроқ учрайди, жигарда эса камроқ. Гистологик тузилиш типик безли тузилиш билан келади, кальцификациялар - псаммомма таналарини ўз

ичига олади, кўпинча 1-тур нейрофиброматоз билан биргаликда бўлади, шунингдек, функционал бўлмаган соматостатином синдроми билан ҳам бирга учрайди.

### **Паст дифференциаллашган эндокрин карциномалар**

12 бармоқ ичак паст дифференциаллашган эндокрин карциномалари кўпинча фатеров сўрғичи соҳасида учрайди ва ҳеч қандай гиперфункционал синдромлар билан бирга келмайди. Бошқа МИТнинг паст дифференциаллашган эндокрин карциномалари каби, диагноз қўйилган вақтнинг ўзида одатда метастазлар бўлади.

### **1.4. Касаллик прогнози**

Кўпгина ингичка ичак ўсмалари билан беморларда касаллик тарқалган босқичда (T4 ёки N1 ёки M1) аниқланади, бу анатомик хусусиятлар билан боғлиқ: ингичка ичак эндоскопик ва рентгенологик текширувлар учун кам киришли бўлиб, кечки клиник манифестация ва нисбатан узоқ диагностика босқичи ҳосдир. Негатив прогноз омилларига 12 бармоқ ичакдаги ўсма локализацияси, операция қилинган четларнинг мусбат натижаси, ўсманинг паст дифференциацияси, беморнинг 55 ёшдан катта бўлиши, ягоналик (уйланмаган) ҳолат кириши мумкин.

Фатер сўрагичи ампулаларидаги локализацияланган ва маҳаллий тарқалган саратоннинг прогнози маҳаллий инвазия даражаси (T категорияси), резекциянинг жарроҳлик қирраси, лимфа тугунларининг зарарланиши, дифференциация даражаси ва ўсма субтурига боғлиқ. Масалан, бир тадқиқотда панкреатобилиар фенотиби бўлган беморлар учун ҳаёт давомийлигининг медианаси фақат 16 ойни ташкил қилган, интестинал фенотиби бўлган беморларда эса бу кўрсаткич 116 ой бўлган. 7-такриз AJCC бўйича босқичга боғлиқ яшаш кўрсаткичлари 16-жадвалда келтирилган. Жадвалдаги яшаш кўрсаткичлари меъда ости беши саратонига нисбатан юқори. Бу, эҳтимол, ўт йўллари эрта обструкцияси ва сарғайишнинг ривожланиши туфайли ўт йўллари саратонларининг эрта пайдо бўлиши билан боғлиқ.

**16-жадвал.** SEER1 маълумотлар базасида 1988-2003 йилларда рўйхатга олинган Фатер сўрагичи саратони бўлган беморларда беш йиллик яшаш кўрсаткичи.

<b>Ташҳислаш вақтида касаллик босқичи, 7<sup>th</sup> AJCC</b>	<b>5 йиллик яшовчанлик, %</b>
Ia	60
Ib	57
IIa	30
IIb	22

III	27
IV	0

<sup>1</sup>SEER — Surveillance, Epidemiology and End Results database of the National Cancer Institute (АҚШ саратон миллий институти даволаш натижалари ва прогнози бўйича маълумотлар базаси)

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

### **1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;**

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

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

- Паллиатив жарроҳлик амалиёти, кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

## **3. Диагностика мезонлари** (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Ингичка ичак ва Фатер сўрагичи ампуласи саратони диагностикаси асоси гистологик тадқиқот ҳисобланади.

Ингичка ичакнинг ўсмалари ёки бошқа сабаблар учун текширувлар олиб борилаётганда, ёки нисбатан аниқ эмас бўлган симптомлар (иштҳа йўқолиши, ичак тутилиши ёки перфорацияси, қон кетиш, сарғайиш, узоқ муддатли диарея, қизиш) пайдо бўлганида тасодифан аниқланади.

Фатер сўрагичи ампуласи саратони кўпроқ сарғайиш билан манифестацияланади.

Ингичка ичакдаги симптомсиз топилмалар учун диагностик алгоритм 1-расмда кўрсатилган. Симптомлар мавжуд бўлса, масалан,

карциноид синдроми бўлганда, тегишли қидириш ва дифференциал диагностика ўтказилиши керак.

### **3.1. Шикоятлари ва анамнез**

Одатда, бошланғич босқичларда клиник сурат бўлмайди. Ўсма жараёни ўсиб борган сари, мезогастраль соҳада оғриқ кузатилади, юқори хавфли потенциалга эга ўсмаларда касалликнинг мураккаб кечишини кузатиш мумкин. Локал шаклда касаллик одатда симптомсиз тарзда кечади ёки мезогастраль соҳада оғриқлар билан намоён бўлади.

Ўсма жараёни тарқалган сари, анемия, пальпацияда аниқланадиган ўсма, ўсманинг перфорацияси, ичакдан қон кетиши ва ичак тутилиши, ўсма жараёни тарқалганда эса беморлар вазнининг камайиши кузатилади. Кўпчилик беморларнинг ёши 60-70 ёш атрофида бўлади.

### **3.2. Ичак НЭЎларининг ўзига ҳосликлари**

**Карциноид синдроми НЭЎ** (нейроэндокрин усмаси)да 7-28,6% ҳолларда кузатилади, фақат юқори хавфли потенциалга эга ўсмаларда хосдир, ва фақат маҳаллий тарқалган ва диссеминацияланган жараёнларда, ўсма диаметри 2 см дан катта бўлганида намоён бўлади.

Ингичка ичак НЭО ўсмалари метастазлари: жигар, қорин парда орти лимфа тугунлари, тонка ичак тутқичи лимфа тугунлари, буйрак усти безлари, периферик лимфа тугунлари ва қорин пардага тарқалиш мумкин.

Карциноид синдромининг клиник кўринишида юрак-қон томир белгилари устунлик қилади. Бу кучли тахикардия, юракдаги оғриқ ва қон босимининг ошиши билан тавсифланади. Карциноидли беморларда метаболик касалликлар юракдаги иккиламчи ўзгаришларга олиб келади (ўнг юракнинг фиброэластози - трикуспидал клапан ва ўпка артерияси клапанлари), бу физик текширув ва ЭхоКГ пайтида тегишли суратни яратади.

Юз терисининг гиперемияси ва қизишлар - кўпинча карциноид синдромнинг биринчи ва баъзан ягона аломатидир. Ушбу кўринишлар ҳиссий омиллар (ҳаяжонланиш ва кўзғалувчанлик), озиқ-овқат истеъмол қилиш ва спиртли ичимликлар томонидан кўзғатилиши мумкин. Вазомотор реакциялар бош ва бўйин терисининг эритематоз қизариши (юзга қон оқими бўлиши) кўринишидаги тери гиперемияси билан намоён бўлади.

Қон томир реакцияси билан терининг ранги қизилдан аниқ рангпарликка ўзгариши мумкин. Узоқ муддатли гиперемия хуружлари кўз атрофидаги лакримация ва шиш билан бирга бўлиши мумкин. Ушбу реакцияларнинг тизимли таъсири ҳар хил. Баъзи беморларда тери томирлари кенгайишининг тез-тез ва узоқ давом этадиган хужумлари натижасида юз ва бўйин терисида телангиэктазия пайдо бўлади.

Абдоминал карциноид синдроми серотониннинг ошқозон-ичак моторикаси ва секрециясига таъсирдан келиб чиқади. Бу хуружсимон қорин оғриғи, диспептик ва функционал бузилишлар (кўнгил айниши, қусиш, диарея) билан намоён бўлади. Бронхоспазм серотонин, брадикинин ва гистаминнинг чиқиши билан боғлиқ бўлиб, нафас қисилиши билан намоён бўлади.

Карциноид синдроми беморнинг нейропсихиатрик ҳолатининг бузилишига олиб келади. Карциноид синдромидаги нейропсихиатрик касалликларнинг кризли ва фон кечиши ажралиб туради. Хуружлар бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, чуқур депрессия ва вегетатив дисфункция (қаттиқ терлаш, титроқ, гипертермия, юз гиперемияси) мўл белгилари билан бирга кузатилади.

Баъзида ҳикичоқ, очлик, гипогликемия кузатилади. Хуруждан кейин беморлар заифлашади, тушкунликка тушади ва уйқучан бўлади. Карциноид синдромининг фон кечишида беморларда астенодепрессив синдром белгилари намоён бўлади.

Физикал текширув: ўнг ёнбош соҳада ҳосила палпация қилиниши мумкин.

### Иачк НЭЎларининг лаборатор текширувлари:

1. Қон умумий таҳлили –ҳар хил оғирликдаги анемия мавжудлиги; ЭЧТнинг ошиши кўпроқ характерли.
2. Пешоб умумий таҳлили – таҳлилда ўзгариш бўлмаслиги мумкин.
3. Қон биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза).
4. Коагулограмма – қон ивишининг бузилиши кузатилиши мумкин.
5. Қонда биомаркерларни аниқлаш:

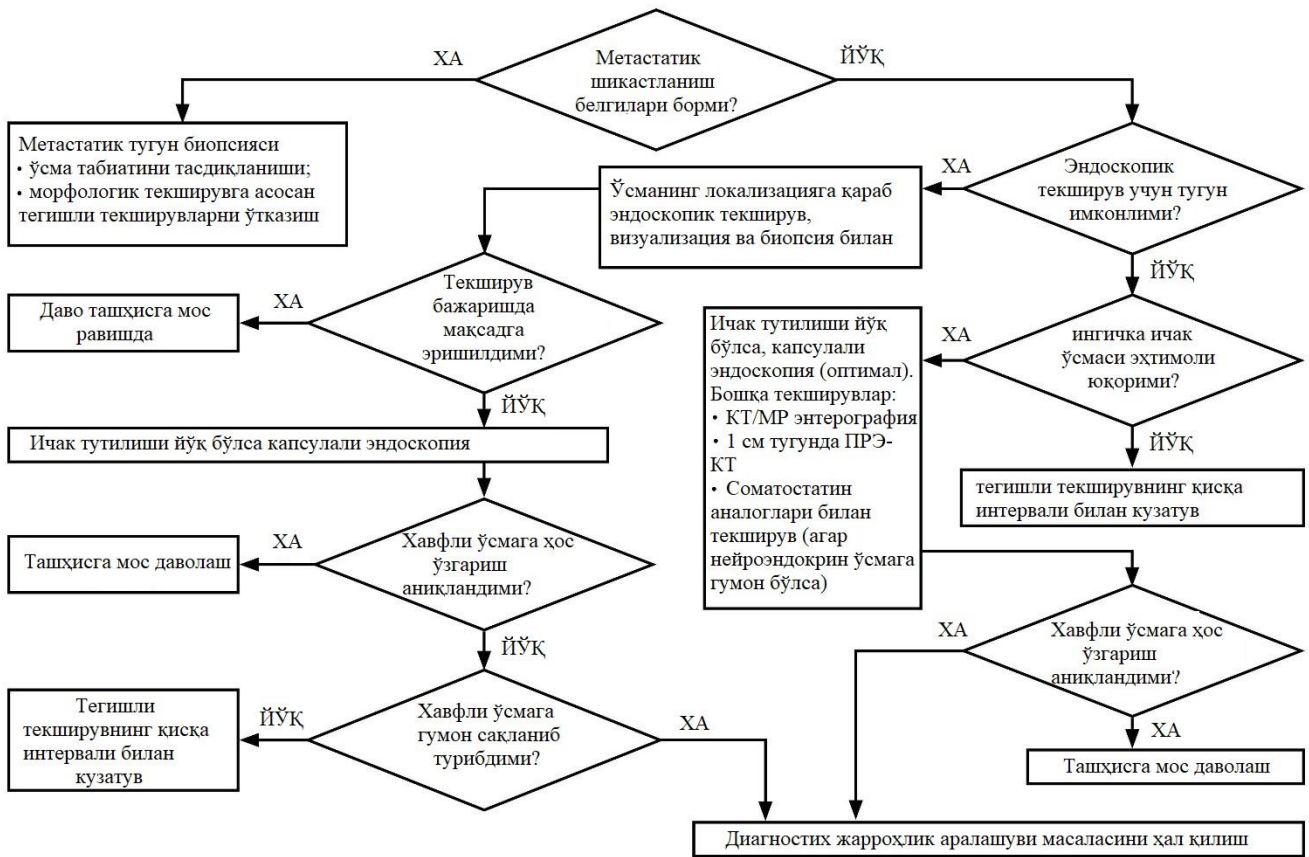
Қўлланилиши	Маркер	Спецификлик
Умумий	Хромогранин А ва В	Юқори
	Нейронспецифик энолаза	Ўрта
	Одам хорионик гонадотропини	Паст
Специфик	Ўн икки бармоқ ичак	
	Соматостатин	Юқори
	Гастрин	Юқори
	Ёшбош ичак	
	Серотонин (мочевой 5 - ГИУК)	Юқори
	Нейрокинин А	Ўрта

	Нейропептид К	Ўрта
	Р модда	Ўрта

### 3.3. Ингичка ичак ўсмалари ва Фатеров сўргичи ампуласи учун умумий текширишлар

- Шикоятлар ва анамнезни йиғиш
- Тиббий кўрик, ЕСОГ ҳолатини аниқлаш, умумий клиник текширув
- Лаборатория диагностикаси (умумий клиник қон таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, СА19-9, СЕА саратон маркерларини аниқлаш). Шунингдек тутиш керакки, СА19-9 даражаси билиар обструкция, гепатит, холелитиаз, муковисцидоз ва бошқаларда ортади.
- Трансабдоминал ултратовуш текшируви сариқлик билан оғриган беморларда биринчи инструментал диагностика босқичи бўлиб, ўт йўллари кенгайишини аниқлаш ва обструкция даражасини аниқлашда жуда сезгирдир. Бироқ, текшириш давомида ўсма жойини визуализация қилиш кўпинча мумкин эмас.
- ИГХ текшируви ампуляр ўсмаларининг ичак ва панкреатобилиар турларини фарқлаш, шунингдек ингичка ичак ўсмаларининг табиатини аниқлаш имконини беради (1.3.2-бўлимга қаранг.).
- Вена ичига контраст билан кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чанок КТси.
- ЭГДС кўпчилик ампулар ўсмаларини, шунингдек ўн икки бармоқли ичакнинг проксимал бўлимларини кўриш имконини беради, бу соҳадаги қўшни ўсмаларни —ўн икки бармоқли ичак тушувчи қисмини, умумий ўт йўлининг дистал қисмини, Фатер сўргичи ампуласини, ошқозон ости беши саратонини аниқлаш ва фарқлашга ёрдам беради.
- Вена ичига контраст билан МРТ ва МРХПГ. У КТга қарши кўрсатмалар бўлганда, ампулар ўсмаларида ЭРПХГ қарши кўрсатма бўлса ёки ўт йўллари обструкцияси мавжуд бўлганда ишлатилиши мумкин.
- ПЭТ-КТ — кўрсатмаларга асосан (агар узоқ метастазларнинг мавжудлигига бошқа диагностика усуллари кўра шубҳа қилинган бўлса, уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини тубдан ўзгартиришда). Расмий равишда, методика ушбу локализация ўсмалари учун диагностика усули сифатида ўрганилмаган ва КТ ёки МРТ билан таққосланмаган, аммо тадқиқотнинг паст диагностик қийматини кўрсатадиган тадқиқотлар мавжуд. Перитонеал карциноматозга шубҳа қилинган тақдирда диагностик лапароскопия учун етарли ўринбосар эмас.

- Молекуляр-генетик текширув. Тарқалган ўсмаларда ПЗР ёки ИГХ усулида MSI/dMMR статусини аниқлаш, BRAF генида мутацияни аниқлаш; ИГХ усулида HER2 экспрессиясини аниқлаш кўрсатма бўлади.



**2-расм. Тасодифан аниқланган ингичка ичак ҳосиласида тавсия этилган диагностик алгоритм.**

### 3.4. Ингичка ичак ўсмаларига кўпроқ специфик текширувлар

- Энтероскопия колоноскопия пайтида ёки жарроҳлик ёрдами билан интраоператив тарзда амалга оширилиши мумкин. Жараён давомида тўқима намуналарини олиш ва терапевтик аралашувларни амалга ошириш мумкин. Камчилик-бу бутун ингичка ичакни текшириш имкониятининг йўқлиги, тегишли асбоб-ускуналар ва тиббий экспертиза зарурати билан процедурани бажаришнинг мураккаблиги.
- КТ ва МР-энтерографияси ингичка ичак ўсмаларини аниқлашнинг энг сезгир усуллари ҳисобланади. Бундай ҳолда, МР-энтерографияси аниқроқ усулдир. Бирламчи ўсмани тасвирлашдан ташқари, ичакдан ташқари тарқалишни баҳолаш учун жуда муҳимдир. КТ/МР-семиотикаси гистологик ташхисни тахмин қилиш имконини беради ва ичак тутилишида қарши кўрсатма ҳисобланади.
- Капсула эндоскопияси ингичка ичакдан қон кетишга гумон бўлганда танлов усули ҳисобланади, юқори сезувчанлик ва юқори спецификлиги бор

(хавфлилик потенциалини белгилашда, ўсма табиатини белгилашда эмас). Асосий камчиликлар-текшириш учун ўсимта материални олишнинг иложи йўқлиги, ичак тутилишида чекланган фойдаланиш ва кам мавжудлиги.

- Диагностик лапароскопия/лапаротомия агар хавфли жараёнга шубҳа қилинган бўлса ва ташхисни камроқ инвазив усулда тасдиқлаш мумкин бўлмаса ўтказилади. Аралашув вақтида интраоператив энтероскопия ўтказилиши мумкин ва ўсма ва/ёки қон кетиш манбасини тасвирлашда ингичка ичакни резекция қилиш тўғрисида қарор қабул қилиниши мумкин.
- Ангиография қон кетиш майдонини аниқлашда сезиларли қон кетиш учун фойдали бўлиши мумкин. Характерли томирлар тармоғи туфайли баъзи ўсмаларни (нейроендокрин ёки леомиосаркомалар) кўриш мумкин.

### **3.5. Фатеров сўрғичи ампуласи ўсмалари учун кўпроқ специфик текширувлар**

- ЭРХПГ эндоскопик текширувнинг афзал тури бўлиб, Фатер сўрғичи ампуласини бир вақтда визуализация қилиш, ошқозон ости беши ва ўт йўллариини контрастли рентген текшируви, папилла, холедох ёки ошқозон ости беши каналининг ампуллар сегменти хосиласини биопсияси ва кўпинча стенд киритиш ва сафро декомпрессияси имконини беради.
- Эндо-УТТ ЭРХПГ билан таққосланадиган сезгирликка эга ва кичик ампуллар ўсмаларини тасвирлашда КТ ва ултратовушдан устун бўлиб, ўсманинг тарқалиши ва инвазия чуқурлигини аниқ аниқлашга имкон беради.

## **4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:**

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

## **5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:**

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

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

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

#### **Режим:**

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

#### **Пархез:**

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

Амалиётдан кейинги даврда пархезга амал қилиш, ингичка ичак ва фатеров сўрғичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари беморларига – умр давомида.

#### **Трансфузион қўллаб қувватлаш.**

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

#### **Эритроцитар масса/аралашма:**

- Тўқималарнинг кислородга бўлган эҳтиёжини қондириш учун одатдаги захиралар ва компенсация механизмлари етарли бўлса, гемоглобин даражасини ошириш шарт эмас;

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

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

#### **Тромбоцитлар концентрати:**

- Тромбоцитлар даражасининг  $10 \times 10^9$ /л.дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;
- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам ( $20 \times 10^9$ /л) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморрагик синдром (бурун, милкдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, тромбоцитлар концентратини қуйиш даволаш мақсадида амалга оширилади.

#### **Янги музлатилган плазма:**

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

### 3) Паллиатив медикаментоз даво

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

#### **Кимё терапия.**

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

Буюрилиш мақсадига қараб кимё терапиянинг бир неча тури фарқланади. Тарқалган турларида **паллиатив кимё терапия** қўлланилади.

Паллиатив кимё терапия метастатик саратон ўсмаларини кичрайтириш учун қўлланилади.

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

#### **Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:**

- цитологик ва гистологик тасдиқланган ингичка ичак ва фатеров сўргичи саратони, ингичка ичак нейроэндокрин ўсмалари;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узоқ аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати қоникарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар абсолют сони нормал –200 дан ортиқ бўлганда, тромбоцитлар – 100000 дан ортиқ бўлганда;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ноқулай гистологик турларида (паст дифференциаллашган, дифференциаллашмаган) даволашнинг узоқ натижаларини яхшилаш.

## **Паллиатив кимё терапияга қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

## **Тарқалган жараённи консенрватив даволаш (паллиатив даво)**

### **IV босқич ингичка ичак саратонини даволаш схемаси:**

1. Операция (кўпинча паллиатив; резектабел ўсмада ва узоқ аъзоларда солитар ва якка метастазлар бўлганда – бир вақтли ёки кечиктирилган метастазни олиб ташлаш билан операция).

## 2. Комбинирланган операциядан сўнг:

- адъювант кимё терапия (ва узоқ аъзоларда солитар ва якка метастазлар бўлганда);

- Кузатув.

3. Нооперабел жараёнда (**IV босқич** – ҳар қандай T ҳар қандай N M1) – кимё терапия.

4. Симптоматик даво.

Ингичка ичак аденокарциномалари ўтгани кўпроқ регионар лимфа тугунларига, жигарга ва қорин пардага метастаз берса ҳам, бошқа аъзоларга ҳам метастаз бериши мумкин. Қўшни тузилмаларга инвазия, типик эмас. Ўн икки бармоқли ичак, оч ва ёнбош ичак ўсмаларида қорин пояси ва парааортал тугунларининг иштироки узоқ M1 метастазининг белгисидир. Фатер сўрғичи ампуласи ўсмаларининг метастазлари кўпинча жигарда, қорин парда бўйлаб, камроқ ўпка, плевра ва бошқа органларда учрайди.

### **Ингичка ичак ўсмалари учун даволаш биринчи линияси**

Ингичка ичак ўсмаларининг дорилар билан даволаш бўйича маълумотлар жуда чекланган. Асосий тадқиқотлар 2-фаза тадқиқотлари ва ретроспектив тадқиқотлар билан тақдим этилган. Бу тадқиқотларда, химиотерапияни қабул қилаётган беморларнинг ҳаёт даври симптоматик даволашга нисбатан узунлиги кўрсатилган.

Ижобий натижаларга эга бўлган стандарт даволаш вариантлари фторпиримидинлар ва оксалиплатиннинг XELOX/FOLFOX схемалари ҳисобланади. Агар бемор икки компонентли терапияни қабул қила олмаса, фторпиримидинлар билан монотерапия - капецитабин ёки de Gramont тавсия қилинади.

Бевацизумаб бу беморлар гуруҳи учун қўлланилиши мумкин, аммо унинг самарадорлиги рандомизацияланган тадқиқотларда ўрганилмаган.

Анти-EGFR препаратлари, панитумумаб ва цетуксимаб, кундалик амалиётда самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар йўқлиги ва онтогенез бўйича ингичка ичак ўсмалари йўғон ичакнинг ўнг қисми ўсмаларига ўхшашлиги сабабли самарадорлигини пасайтириш эҳтимолига асосланиб, тавсия этилмайди.

Бошқа даволаш вариантлари фақат ретроспектив тадқиқотларда ўрганилган ва уларни рутин амалиётда қўллаш тавсия қилинмайди. Бу

вариантлар фторпиримидинлар ва иринотеканнинг комбинацияси (FOLFIRI) ёки иринотеканнинг монотерапиясини ўз ичига олиши мумкин.

### **Фатер сўрғичи ампуласи ўсмаларини биринчи линия терапияси**

Фатер сўрғичи саратонини даволашда аниқ беморда ўсманинг субтипини аниқлаш аҳамиятга эга бўлиб, у беморда ичак ёки панкреатобилиар типи бўлиши мумкин.

Панкреатобилиар типига эга бўлган ўсмали беморлар учун билиар тракт саратонини даволаш дастурига амал қилиш тавсия этилади (амалдаги тегишли клиник протокол бўлимига қаранг), бу ерда биринчи босқичда даволаш схемаси сифатида «гемцитабин + цисплатин» ёки «гемцитабин + оксалиплатин» керак бўлиб, агар касаллик прогрессияланса, иккинчи линияда FOLFOX қўлланилади. Иммуноонкологик препаратлар, дурвалумаб ва пембролизумаб, билиар рак ҳолатларида самарали эканлиги исботланган бўлса-да, улар Фатеров сўрғичининг ўсмаларига таъсир қилишини кўрсатган тадқиқотлар олиб борилмаган. Шунинг учун иммуноонкологик препаратлардан фойдаланиш қўшимча асослантирилган бўлмаса, тавсия этилмайди.

Кучсиз ҳолатда бўлган пациентларга капецитабин ёки гемцитабин билан монокимиотерапия тавсия этилиши мумкин.

Ичак типи ўсмаси бўлган беморлар, рандомизация қилинган тадқиқотлар бўлмаган бўлса-да, саратон касалликлари бўйича даволаш дастурига мувофиқ даволаниши керак, яъни XELOX/FOLFOX ± бевацизумаб режаларини қўллаш керак.

### **Давонинг иккинчи ва кейинги линияси**

Стандартли вариантлар иккинчи ва кейинги даволаш босқичлари учун ингичка ичак ва Фатеров сўрғичининг саратон касалликларига мавжуд эмас. Агар бу даволаш вариантлари аввал қўлланилмаган бўлса, химиотерапияни FOLFOX ёки FOLFIRI билан ўтказиш мумкин.

Таргетланадиган алтерациялар (MSI, BRAF, HER2, BRCA/PALB2)ни аниқлаш учун ИГХ ва генетик тадқиқотларни ўтказиш мақсадга мувофиқ. MSI аниқланган тақдирда пембролизумаб ёки «ниволумаб + ипилимумаб» комбинациясини тайинлаш мумкин, BRAF генлари алтерациясида, анти-BRAF ва анти-MEK препаратлар комбинациясини, HER2 бўлса трастузумаб ёки трастузумаб ва пертузумаб комбинациясини қўллаш мумкин.

Беморга кенгайтирилган генетик тадқиқотлар ўтказиш таклиф

қилинади, бу таргетланадиган алтерацияларни аниқлашга ёрдам беради.

Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратони учун мумкин бўлган дори билан даволаш вариантлари 17-жадвал келтирилган.

**17-жадвал. Ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратонини паллиатив дори терапияси.**

<b>Терапиянинг биринчи линияси</b>	
Ичак типдаги ингичка ичак ва Фатеров сўрғичи саратони	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бевацизумаб 7,5 мг/кг в/и ҳар 21 кун ёки 5 мг/кг в/и ҳар 14 кун (қўлланиладиган ХТ режимига қараб) ҳар қандай қуйида келтирилган режимлар билан биргаликда:</li> <li>• <b>FOLFOX:</b> Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соатлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида оксалиплатин билан бирга, кейинчалик болюс 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунга) в/и, ҳар 14 кун. <b>XELOX:</b> оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> 1-кун, капецитабин 2000 мг/м<sup>2</sup> кунига ичга 1–14-кун, ҳар 21 кун.</li> <li>• <b>FOLFIRI:</b> Иринотекан 180 мг/м<sup>2</sup> в/и 90 минутлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида иринотекан билан бирга, кейинчалик болюс 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунга) в/и, ҳар 14 кун.</li> <li>• Иринотекан 180мг/м<sup>2</sup> в/и 90-минутлик инфузия 1-чи кун, ҳар 14 кунда</li> </ul>
Панкреатобилиар ва аралаш типдаги Фатеров сўрғичи саратони	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GemCis:</b> Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, цисплатин 25 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, ҳар 21 кун.</li> <li>• <b>GemOx:</b> Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун ва 8-кун, оксалиплатин 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун, ҳар 21 кун.</li> </ul>
ECOG 2/коморбидлик (барча типларда)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Капецитабин 1000–1250 мг/м<sup>2</sup> икки марта кунига ичка 1-кундан 14-кунгача, ҳар 21 кун.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>de Gramont:</b> Кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюсини в/и, ва кейин 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</li> <li>• Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-, 8- ва 15-чи кунлар, ҳар 28 кунда</li> </ul>
<b>Терапиянинг иккинчи ва кейинги линиялари</b>	
Агар аввал қўлланилмаган бўлса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FOLFOX:</b> Оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соатлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, оксалиплатин билан бирга, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюси в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</li> </ul>
Агар аввал қўлланилмаган бўлса	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FOLFIRI:</b> Иринотекан 180 мг/м<sup>2</sup> в/и 90 минутлик инфузия 1-кун, кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/и 2 соат давомида, иринотекан билан бирга, кейин 5-фторурацила 400 мг/м<sup>2</sup> болюси в/и ва 46 соатлик инфузия 5-фторурацила 2400 мг/м<sup>2</sup> (1200 мг/м<sup>2</sup> кунлик) в/и, ҳар 14 кун.</li> </ul>
HER2 гиперэкспрессияси ёки амплификациясида	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трастузумаб + пертузумаб: трастузумаб 8 мг/кг в/и (юклама дозаси) 1-кун 1-циклда, кейин — 6 мг/кг в/и ҳар 3 ҳафтада, пертузумаб 840 мг в/и (йўқотиш дозаси) 1-кун 1-циклда, кейин — 420 мг в/и, ҳар 21 кун.</li> </ul>
MSI-H/dMMR да	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пембролизумаб 200 мг в/и 30-минутлик инфузия ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб ҳар 42 кунда.</li> <li>• Ниволумаб 3 мг/кг в/и капель билан 30 дақиқа ҳар 3 ҳафтада ва ипилимуаб 1 мг/кг в/и томчилаб 30 дақиқа 1 марта ҳар 3 ҳафтада (4 киритиш, кейинчалик давом этади монотерапия ниволумаб билан 240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 1 марта ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг в/и томчилаб 1 марта ҳар</li> </ul>

	4 ҳафтада).
<b>BRAF</b> +МЕК-ингибитор (фақат BRAF V600E мутациясида)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дабрафениб 150 мг ичкига 2 марта кунга, траметиниб 2 мг ичкига 1 марта кунга, ҳар куни давомли.</li> <li>• Вемурафениб 960 мг ичкига 2 марта кунга, ҳар куни + кобиметиниб 60 мг кунга 21 кун қабул, 7 кун дам олиш.</li> </ul>

## Ичакнинг нейроэндокрин ўсмаларини медикаментоз даволаш

### Кимё терапия:

1. Цитостатиклар билан монокимиотерапия.
2. Цитостатиклар билан полихимиотерапия.
3. Комбинирланган кимё терапия: биотерапия + химиотерапия.
4. Симптоматик терапия.

Ингичка ичак нейроэндокрин касалликларида қуйидаги кимё терапи я схемаларини қўллаш мумкин:

1. Циклофосфамид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Стрептозоцинид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Фторурацил – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

### 2. FАC-S:

Фторурацил – 400 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Доксорубицин – 30 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи кун.

Циклофосфамид – 75 мг/м<sup>2</sup>, ичга, 1-чи, 2-чи, 3-чи, 4-чи, 5-чи, 6-чи, 7-чи, 8-чи, 9-чи, 10-чи, 11-чи, 12-чи, 13-чи, 14-чи кунлар.

Стрептозоцинид – 400 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-чи ва 8-чи кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

3. Цисплатин – 80 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-й кун.

Этопозид – 120 мг/м<sup>2</sup>, в/и, томчилаб, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

4. Карбоплатин – АУС 4-5;

Этопозид – 100 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

5. Доксорубицин – 50 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун.

Стрептозоцинид – 500 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

6. Стрептозоцин – 1 г/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун.

Фторурацил – 600 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й кун ёки 325 мг/м<sup>2</sup>, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 4 ҳафтада.

5. Дакарбазин – 200 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Эпирубицин – 25 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Фторурацил – 250 мг/м<sup>2</sup>, в/и, 1-й, 2-й, 3-й кунлар.

Цикл такрорланиши ҳар 3 ҳафтада.

6. Темозоломид – 150 мг/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 7 кун, перерыв 7 кун.

Бевацизумаб – 5 мг/кг, в/и, 1 марта ҳар 2 ҳафта.

Курс давомийлиги 22 ҳафта.

7. Темозоломид – 150 мг/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й кунлар.

Капецитабин – 2 г/м<sup>2</sup>/кун, ичга, 1-й дан 14-й кунгача.

Цикл такрорланиши ҳар 28 кунда.

## **Биотерапия**

Соматостатин ва интерферон- $\alpha$  синтетик аналоглари комбинацияси (пролонгирланган шакли (PEG-интерферон)).

Октреотид – 50-500 мкг, т/о, кунга 3 марта (доза индивидуал танланади).

Октреотиднинг депонирланган шакли (сандостатин ЛАР, октреотид депо, ланреотид): аввал октреотид қабул қилган беморлар учун.

Сандостатин ЛАРнинг тавсия этилган бошланғич дозаси 20 мг, м/о, ҳар 28 кунда.

Октреотид билан даволаш сандостатин ЛАР инъекциясидан кейин яна 2 ҳафта давом этади.

Аввал октреотид қабул қилмаган беморлар учун даволаш сандостатиндан 100 мкг, кунга 3 марта, 2 ҳафта давомида бошланади.

Яхши кўтариш ва клиник таъсир кузатилса, сандостатин ЛАР га ўтиш мумкин.

Сандостатин ЛАР дозаси 3 ой даволашдан сўнг тартибга келтирилиши мумкин:

1. Агар симптомлар ва биологик маркерлар яхши назоратда бўлса, доза ҳар 4 ҳафтада 10 мг га камайтирилиши мумкин.
2. Симптомлар қайтиши ҳолатида, доза 20 мг га оширилади.
3. Агар симптомлар қисман назорат қилинса, доза ҳар 4 ҳафтада 30 мг га оширилиши мумкин.

Ланреотид – дозалар ва режимлар жавоб реакциясини баҳолашдан сўнг индивидуал танланади. Оддиян тавсия қилинадиган доза 60-120 мг, м/о, ҳар 4 ҳафтада.

Октреотид депо, сандостатин ЛАР каби, 20 мг, м/о, ҳар ойда 1 марта қабул қилинади, зарурат бўлса доза оширилиши мумкин.

Интерферон- $\alpha$  – 3-5 млн ЕД, т/о, ҳар ҳафта 3 марта. Доза индивидуал танланади, кўтаришга боғлиқ.

**Метастатик нейроэндокрин ўсмаларда терапияни танлаш алгоритми**



**18-жадвал. Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):**

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	ИД
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	75 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC 4-5;	А
Пиримидин антагонистлари – фторпиримидинлар	капецитабин	2000 мг/м <sup>2</sup> , 1-14 кунлар, таблетка, ичишга	А
Ўсмага қарши антибиотиклар	Доксорубицин	30 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1-чи кун	А
	Эпирубицин	25 мг/м <sup>2</sup> , в/и, в 1-чи, 2-чи, 3-чи кунлар	А
Алкилловчи бирикмалар (НЭОда)	Циклофосфамид	500 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1 ва 8 кунлар	А
Нитрозомочевина унумлари (НЭОда)	Стрептозоцин	500 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1 ва 8 кунлар	А
Подофилотоксин унумлари (НЭОда)	Этопозид	120 мг/м <sup>2</sup> , в/и, томчилаб, 1-, 2-, 3-кунлар	А
Алкилловчи воситалар (НЭОда)	Дакарбазин	200 мг/м <sup>2</sup> , в/и, 1-, 2-, 3-кунлар	А
	Темозоломид	150 мг/м <sup>2</sup> /сут., ичишга,	А

		7 кун, танаффус 7 кун	
Соматостатин синтетик аналоглари (НЭОда)	Октреотид	50-500 мкг, т/о, суткада 3 марта	А
	Ланреотид	60-120 мг, м/о, ҳар 4 ҳафтада	А
	Сандостатина ЛАР	10-30 мг ҳар 4 ҳафтада	А
Антиметаболитлар	Гемцитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар, ҳар 28 кунда	А
Ўсиш омили ва унинг рецепторларига моноклонал антитаналар	трастузумаб	Юклама ва қўллаб қувватловчи дозалари 3 ҳафтада 1 марта прогрессияланишгача, в/и	А
Ўсиш омили ва унинг рецепторларига моноклонал антитаналар	бевацизумаб	7,5 мг/кг в/и ҳар 21 кунда ёки 5 мг/кг в/и ҳар 14 кунда	А
PD-1 рецепторларига моноклонал антитаналар	пембролизумаб	200 мг в/и в 1 кун	А
	ниволумаб	3 мг/кг в/и томчилаб 30 минут ҳар 3 ҳафтада	А
	ипилимумаб	1 мг/кг в/и томчилаб 30 минут 3 ҳафтада 1 марта	А
Топоизомераза 1 ингибиторлари	иринотекан	140 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
Платина комплекс бирикмалари	оксалиплатин	130 мг/м <sup>2</sup> 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – флеомицинлар	фторурацил	400 мг/м <sup>2</sup> в/и болус юбориш	А
Протеинтирозинкин аза ингибиторлари	иматиниб	400-800мг/сут., перорал, узоқ вақт	А
	сунитиниб	25-50 мг/сут., перорал, узоқ вақт	А
Бисфосфонатлар	памидроновая кислота	90мг в/и 4-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1	В

гурухидан суяк резорбцияси ингибиторлари		марта	
	золедроновая кислота	в/и томчилаб 15 минут давомида 4 мг 3-4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк тўқимаси резорбцияси ингибиторлари Моноклонал антитаналар	деносумаб	120 мг тери остига	А
<b>Сақлаш (ҳаволи)</b>	<a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf</a>		

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

<b>Фармако-терапевтик гурухи</b>	<b>Дори воситаси ХПН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>ИД</b>
Ўсмага қарши терапия токсиклигини камайтирувчи препаратлар	кальция фолинат	400 мг/м <sup>2</sup> в/и ёки 200 мг/м <sup>2</sup> в/и	В
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В
	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимида таъсир қиладиган дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўлланиш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А

	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқарига	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолиевая кислота	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
	Хлоргексидин	Ташқарига	-
<b>Сақлаш (ҳавола)</b>	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## 6. Жарроҳлик давоси.

### Тарқалган жараёни жарроҳлик давоси (паллиатив даво)

Ингичка ичакнинг аденокарциномалари кўпинча регионар лимфа тугунларга, жигарга ва қорин пардага метастазланади, аммо бошқа органларга метастазлашиш ҳам мумкин. Қўшни тўқималарга инвазия типик ҳолат эмас. Ўн икки бармоқ ичак, оч ва ёнбош ичакнинг ўсимталарида қорин пояси ва парааортал лимфа тугунларнинг зарарланиши, узоқ метастазланишни (M1) кўрсатади. Фатеров сўрғичи ампуласининг ўсимталарида метастазлар кўпинча жигарга, қорин пардага, камроқ ҳолда ўпкага, плеврага ва бошқа органларга метастазланади.

### Бирламчи ўсмани олиб ташлаш

Диссеминацияланган жараёнда бошланғич ўчоқни олиб ташлаш фақат паллиатив мақсадда кўриб чиқилиши мумкин, масалан, қон кетишини, обструкцияни ва шунга ўхшаш ҳолатларни бартараф этиш учун. Ўн икки бармоқ ичакнинг ўсимталарида паллиатив мақсадда НТ кўриб чиқилиши мумкин, масалан, узоқ вақт давомида паст интенсивликдаги қон кетишида. Бошланғич ўчоқни резекция қилишнинг яшовчанлик кўрсаткичларига таъсири ҳақида

маълумотлар йўқ.

### **Резектабел метастазларни олиб ташлаш**

Бир неча тадқиқотлар, агар чегараланган зарарланиш бўлса, жигар ва ўпкадаги метастазларни олиб ташлашнинг маъқуллигини тасдиқлайди. Олигометастатик касаллик ва беморнинг индолент касаллик кечиши ҳолатларида метастазэктомияни кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ, аммо бундай беморлар жуда кам.

Метастазларни хирургик олиб ташлашнинг альтернативаси сифатида стереотактик дистанцион НТ кўрсатилиши мумкин.

Диссеминацияланган жараёнда хирургик ёки нурли даволаш ҳақида қарор онкологик консилиумда, ихтисослашган марказларда қабул қилиниши керак.

## **7. Кейинги назорат:**

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

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

Меъда ичак йўлини рентгенконтраст текшируви, периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чаноқ УТТси, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ контрастли КТси, ЭГДФС клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади.

Динамик назорат:

- биринчи йили – 3 ойда 1 марта;
- иккинчи йили – 6 ойда 1 марта;
- кейинчалик, бутун ҳаёти давомида - 1 йилда 1 марта.

Текшириш усуллари:

- қилўнгач, меъда, ингичка ичак, анастомознинг рентгенконтраст текшируви;
- фиброгастроскопия;
- ўпкаларнинг рентгенологик текшируви;

- периферик лимфа тугунлари УТТси;
- қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари УТТси;
- тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- гинеколог кўриги (аёлларда);
- қон умумий таҳлили.
- Хромогранин А ни аниқлаш (ичак НЭЎларида)

*Кўрсатмаларга кўра:*

- Фиброколоноскопия;
- Ирригоскопия;
- Кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи қон томирлари ангиографияси;
- Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) + бутун тана компьютер томографияси.

## **8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари**

Даволаш самарадорлиги ЖССТ мезонларига мувофиқ баҳоланади:

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

**Қисман самара** - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

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

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

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

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

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

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

Балл	Батавсил
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани беморлигидан аввалгидек бажара олади (Карновский шкаласи бўйича 90–100%)
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, аммо енгил, ўририб қилинувчи ишларни бажара олади (масалан, енгил уй ва канцеллярий ишларини, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор даволанади, ўз-ўзига хизмат кўрсата олади, лекин ишлай олмайди. 50% дан ортиқ вақтини тик оёқда, вертикал ҳолатда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 50–60 %)
3	Бемор фақатгина чегараланган ўз-ўзига хизмат қила олади, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки ётиқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30–40 %)
4	Ногирон, ўз-ўзига хизмат қилишга умуман лаёқатсиз, кресло ёки ётоққа бутунлай михланиб қолган (Карновский шкаласи бўйича 10–20 %)

**Карновский шкаласи**

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.



## 10. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Ледин Е. В., Лядов В. К., Мороз Е. А., Трякин А. А., Черных М. В. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака тонкой кишки и ампулы Фатерова сосочка. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли, 2023 (том 13), #3s2, стр. 539–554.
2. Практические рекомендации по профилактике и лечению осложнений злокачественных опухолей и противоопухолевой лекарственной терапии / RosOncoWeb. Интернет портал Российского Общества клинической онкологии, 2025г.
3. Н.В. Жуков Практические пособие по сопроводительной терапии в онкологии, Москва, 2008г., с. 44.
4. Рекомендации по поддерживающей и сопроводительной терапии RUSSCO/RosOncoWeb. Интернет портал Российского Общества клинической онкологии, 2025г.
5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), <https://mkb-10.com/>
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Intestinal Cancers, Version 1.2023
7. Клинические рекомендации Ассоциации Онкологов России, Рак тонкого кишечника, 2022 г.
8. Forner A, Gilabert M, Bruix J, Raoul JL. Treatment of intermediate-stage hepatocellular carcinoma. Nat Rev Clin Oncol 2014;11:525–535.
9. Китаев В.М., Китаев С.В. Компьютерная томография в гастроэнтерологии. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 200 с. [Kitaev V.M., Kitaev S.V. CT scan in gastroenterology. Moscow, MEDpress-inform, 2016. 200 p. In Russian].
10. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В. и др. Под ред. Г.К. Оксенойт. Здоровоохранение в России 2017. Москва, стат.сб., Росстат, 2017. 170 с. [Ageeva L.I., Alexandrova G.A., Zaichenko N.M., Kirillova G.N., Leonov S.A., Ogryzko E.V. et al. ed. Oksenoyt G.K. Health care in Russia 2017. Moscow, Stat. Sb., Rosstat, 2017. 170 p. In Russian].
11. Cross A.J., Hollenbeck A.R., Park Y.A. large prospective study of risk factors for adenocarcinomas and malignant carcinoid tumors of the small intestine. Cancer Causes Control. 2013; 24: 1737-1746.
12. Romano S., De Lutio E., Rollandi G.A. et al. Multidetector computed tomography enteroclysis (MDCT-E) with neutral enteral and IV contrast enhancement in tumor detection. Eur. Radiol. 2005; 15: 1178–1183.

13. Panes J., Bouhnik Y., Reinisch W. et al. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines. *J. Crohn's Colitis*. 2013; 7: 556-585.
14. Kołodziej M., Annabhani A., Szaśiadek M. CT enteroclysis in the diagnostics of smallbowe diseases. *Pol. J. Radiol*. 2012; 75 (2): 66-72.
15. Epifanio M., Sgnaolin V., Baldisserotto M. The Role of Ultrasound in Intestinal Inflammatory Processes in Children and Adolescents. *Open J. Radiol*. 2013; 3: 215-221.
16. Kralik R., Trnovsky P., Kopacova M. Transabdominal ultrasonography of small bowel. *Gastroenterol. Res. Pract*. 2013; 2013 (2): 896704.
17. Pennazio M., Rondonotti E., de Franchis R. Capsuleendoscopy in neoplastic diseases. *World J. Gastroenterol*. 2008; 14 (34): 5245–5253.
18. Rajesh A., Maglinte D.T. Multislice CT enteroclysis technique and clinical applications. *Clin. Radiol*. 2006; 1: 31–39.
19. Иванова Е.В., Федоров Е.Д., Юдин О.И. и др. Роль энтероскопии в диагностике опухолей и предопухолевых заболеваний тонкой кишки. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2011; 21 (4): 66-74 [Ivanova E.V., Fedorov E.D., Yudin O.I. and others. The role of enteroscopy in the diagnosis of tumors and pretumor diseases of the small intestine. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2011; 21 (4): 66-74. In Russian].
20. Paulsen S.R., Huprich J.E., Fletcher J.G. et al. CT enterography as a diagnostic tool in evaluating small bowel disorders: review of clinical experience with over 700 cases. *Radiographics*. 2006; 26: 641–657.
21. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение). Практические рекомендации. Москва, ГУ Российский НЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2008. 53 с. [Gastrointestinal stromal tumors (diagnosis, treatment). Practical recommendations. Moscow, Russian State Scientific Center named after. NNBlokhina RAMS, 2008. 53 p. In Russian].
22. Nishida T., Hirota S. Biological and clinical review of stromal tumors in the gastrointestinal tract. *Histol. Histopathol*. 2000; 15: 1293–1301.
23. Sepe P.S., Brugge W.R. A guide for the diagnosis and management of gastrointestinal stromal cell tumors. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 2009; 6 (6): 363–371.
24. Steigen S.E., Eide T.J. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): a review. *APMIS* 2009; 117 (2): 73–86.
25. Маландин А.Г., Меркулов И.А., Иванов Ю.В., Пастухов А.И. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST): особенности диагностики и лечения. *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова*. 2012; 3: 32–41 [Malandin A.G.,

- Merkulov I.A., Ivanov Yu.V., Pastukhov A.I. Gastrointestinal stromal tumors (GIST): features of diagnosis and treatment. *Surgery. Journal them. N.I.Pirogov.* 2012; 3: 32–41. [In Russian].
26. Парфенов А.И. *Энтерология: Руководство для врачей.* 2-е изд. М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2009. 880 с. [Parfenov A.I. *Enterology: A Guide for Doctors.* 2nd ed. Moscow, Medical Information Agency LLC, 2009. 880 p. In Russian].
27. Кригер А.Г., Старков Ю.Г., Кармазановский Г.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Солодкий А.В. и др. Диагностика и тактика хирургического лечения гастроинтестинальной стромальной опухоли. *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова.* 2014; 1: 15–20 [Krieger A.G., Starkov Y.G., Karmazanovsky G.G., Berelavichus S.V., Gorin D.S., Solodky A.V. et al. Diagnosis and tactics of surgical treatment of gastrointestinal stromal tumor. *Surgery. Journal them. N.I.Pirogov.* 2014; 1: 15–20. In Russian].
28. Ghai S., Pattison J., Ghai S. et al. Primary gastrointestinal lymphoma. Spectrum of imaging findings and pathologic correlation. *Radiographics.* 2007; 27: 1371–1388.
29. Boudiaf M., Jaff A., Soyer P. et al. Small-bowel diseases: prospective evaluation multi-detector row helical CT enteroclysis in 107 consecutive patients. *Radiology.* 2004; 233: 338–344.
30. Topalak Ц., Gonen C., Obuz F. et al. Diffuse cavernous hemangioma of the rectosigmoid colon with extraintestinal involvement. *Turk. J. Gastroenterol.* 2006; 17 (4): 308-312.
31. Masselli G., Gualdi G. MR imaging of the small bowel. *Radiology.* 2012; 264: 333–348.
32. Schmidt S., Felley C., Meuwly J-Y. et al. CT enteroclysis: technique and clinical applications. *Eur. Radiol.* 2006; 16: 648–660.
33. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
34. 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.
35. Профилактика (в медицине) // Большая советская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978).
36. Перейти обратно: 1 2 Профилактика // Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю. С. Осипов. — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.

37. 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
38. Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды Архивная копия от 13 ноября 2018 на Wayback Machine // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему» // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. Архивировано 28 октября 2021 года.
43. Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
44. Число центров медицинской профилактики сокращается // Статья от 08.11.2019 г. «Медвестник». Р. Шевченко
45. Профилактику НИЗ вменяют в обязанность всем медицинским работникам // Статья от 20.01.2020 г. «Медвестник»
46. 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
47. 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
48. 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)

49. 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.
50. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
51. Реабилитация Архивная копия от 12 мая 2022 на Wayback Machine // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте ВОЗ.
52. 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.).
53. 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>
54. 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>
55. 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](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
56. 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>
57. 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
58. 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>
59. Затевахин И.И., Лядов К.В., Пасечник И.Н. (eds.). Программа ускоренного

выздоровления хирургических больных Fast track. М.; ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 208 с.

60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. Arends J., Bachmann P., Baracos V. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11–48.
71. 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.

72. 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).
73. 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](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf) (accessed on July 7, 2019).
74. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. — М.:ИМАПРЕСС, 2009. — с. 29-35.

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