

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" _iyundagi 1
180-sonli buyrug‘iga
Ilova

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

**"INGICHKA ICHAK VA FATEROV SO‘RG‘ICHI
SARATONI, INGICHKA ICHAK NEYROENDOKRIN
O‘SMALARI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

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



_____ 2025 yil

**"INGICHKA ICHAK VA FATEROV SO‘RG‘ICHI
SARATONI, INGICHKA ICHAK NEYROENDOKRIN
O‘SMALARI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

MUNDARIJA

"INGICHKA IChAK VA FATEROV SO'RG'IchI SARATONI, INGICHKA IChAK NEYROENDOKRIN O'SMALARI" NOZOLOGIYaSI BO'YIchA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOL	5
«INGICHKA IChAK VA FATEROV SO'RG'IchI SARATONI, INGICHKA IChAK NEYROENDOKRIN O'SMALARI» NOZOLOGIYaSI BO'YIchA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	53
«INGICHKA IChAK VA FATEROV SO'RG'IchI SARATONI, INGICHKA IChAK NEYROENDOKRIN O'SMALARI» NOZOLOGIYaSI BO'YIchA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYa MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	68
«INGICHKA IChAK VA FATEROV SO'RG'IchI SARATONI, INGICHKA IChAK NEYROENDOKRIN O'SMALARI» NOZOLOGIYaSI BO'YIchA PALLIATIV TIBBIY YoRDAM MILLIY KLINIK PROTOKOLI	85

**"INGICHKA ICHAK VA FATEROV
SO‘RG‘ICHI SARATONI, INGICHKA ICHAK
NEYROENDOKRIN O‘SMALARI"
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA DIAGNOSTIKA
VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. S17.0-9, S24.1 - ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalari bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalarini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o‘z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona kontseptsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalari nozologiyasi bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol O‘zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog‘liqni saqlash muassasalarining ambulator va statsionar sharoitida tibbiy yordam ko‘rsatish uchun mo‘ljallangan.

- XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C17.0	– o‘n ikki barmoq ichak saratoni
C17.1	– och ichak saratoni
C17.2	– yonbosh ichak saratoni (ileosekal klapan saratoni istisno S18.0)
C17.8	– bir yoki ko‘proq lokalizasiyadan tashqari ingichka ichak saratoni
C17.9	– Noma'lum joylashuvli ingichka ichak saratoni.
C24.1	– Fater so‘ragichi ampulasi saratoni.
Yuklab olish (XK-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1103	
KXT -11:	
Kodi	Nomlanishi
2B80	Ingichka ichakning xavfli o‘smasi
2B80.0	O‘n ikki barmoqli ichakning xavfli o‘smalari
2B80.00	O‘n ikki barmoqli ichakning adenokarsinomasi
2B80.01	O‘n ikki barmoqli ichakning neyroendokrin o‘smalari
2B80.0Y	O‘n ikki barmoqli ichakning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2B80.0Z	Aniqlanmagan o‘n ikki barmoqli ichak xavfli o‘smalari
2B80.1	Och yoki yonbosh ichakning xavfli o‘smalari
2B80.10	Och yoki yonbosh ichakning adenokarsinomasi

2B80.11	Och yoki yonbosh ichakning neyroendokrin hosilalari
2B80.1Y	Och yoki yonbosh ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B80.1Z	Och yoki yonbosh ichakning aniqlanmagan xavfli hosilalari
2B80.2	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari
2B80.20	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak adenokarsinomasi
2B80.21	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak neyroendokrin hosilalari
2B80.2Y	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari, aniqlanmagan
2B5B.1	Ingichka ichakning gastrointestinal stromal o'smasi
2B80.Y	Ingichka ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilasi
2B80.Z	Ingichka ichakning aniqlanmagan xavfli hosilasi
Yuklab olish (XK-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574	

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

2025/2028 yil.

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

- MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQUISHDA XISSA QO'SHGANLAR:

- Multidistsiplinar ishchi guruh a'zolari:

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari;
3. Jurayev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo'limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo'limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbayevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo'limi ilmiy rahbari;

7. Raximov Nodir Maxamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., TOSHKENT Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Abdulkarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

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

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

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

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

Horiydan:

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

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

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

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

Respublikadan:

Islamov Xurshid Jamshidovich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi koloproktologiya bo'limi ilmiy rahbari;

Horijdan:

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

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

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

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

QISQARTMALAR RO'YXATI:

ALT	– Alaninaminottransferaza
AST	– Aspartataminottransferaza
BSLU	– Qo'riqchi limfa tugunlari biopsiyasi
PSYa	– Progressiyasiz yashovchanlik
OIV	– Odam immuntanqisligi virusi
v/i	– Vena ichiga
m/o	– Mushak orasiga
MYuCh	– Me'yorning yuqori chegarasi
GO'T	– Gormon – o'rinbosar terapiya
Gr	– Grey

GRG	– Gonadotropin-rilizing gormon
GT	– Gormonoterapiya
GEB	– Gemato-entsefalik barer
HO‘	– Havfli o‘sma
IGX	– Immunogistoximik (tekshirish)
KSF	– Koloniyestimullovchi faktorlar (omillar)
KT	– Kompyuter tomografiya
LD	– Limfodissektsiya
NT	– Nur terapiya
DJM	– Davolovchi jismoniy mashq
HB	– Halqaro birlik
MRT	– Magnit – rezonans tomografiya
Mts	– Metastaz
IH	– Istalmagan hodisalar
NEO‘	– Neyroendokrin o‘smalar
UYa	– Umumiy yashovchanlik
QBA	– Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari
KQA	– Ko‘krak qafasi a‘zolari
KChA	– Kichik chanoq a‘zolari
t/o	– Teri ostiga
BTSYo	– Birlamchi tibbiy sanitar yordam
PXT	– Polikimyoterapiya
PZR	– Polimeraz zanjir reaksiyasi
PET	– Pozitron-emission tomografiya
BMO‘D	– Bir martalik o‘choqli doza
PR	– Progesteron retseptorlari
ER	– Estrogen retseptorlari
QLT	– Qo‘riqchi limfa tuguni (tugunlari)
SO‘D	– Summar o‘choqli doza
YuQTT	– Yurak qon tomir tizimi

UTDG	– Ultratovush dopplerografiya
UTT	– Ultratovush tekshirish
FSG	– Follikulstimullovchi gormon
XT	– Kimyo terapiya
IF	– Ishqoriy fosfataza
EGS	– ezofagogastroskopiya
EKG	– Elektrokardiografiya
ET	– Endokrin terapiya
ExoKG	– Exokardiografiya
FEGDS	– fibroezofagogastroduodenoskopiya
ECOG	(ingl. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 balli tizim bo‘yicha davolanishdan oldin, davolanish paytida va undan keyin onkologik – bemorning umumiy holatini baholash shkalasi (onkologik kasalliklarni o‘rganish uchun Sharqiy Qo‘shma guruh tomonidan tavsiya etilgan).
GIST	– gastrointestinal stromal o‘sma
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – xavfli o‘smalar bosqichlarining xalqaro tasnifi
CISH	– in situ xromogen gibridizatsiya
RW	– Vasserman reaksiyasi
TMB	– (angl. Tumor Mutation Burden) o‘sma mutatsion yuklamasi
FISH	– in situ fluorestsent gibridizatsiyasi
XELOX	– Kimyo terapiya sxemasi: kseloda + oksaliplatin
#	– Preparatni qo‘llash bo‘yicha instruktsiyada ko‘rsatilgan qo‘llash uchun ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar, foydalanish usullari va dozalariga muvofiq ishlatilmaydigan preparat (off-label – off-label)

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Abdominal onkologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Kimyo terapevtlar;
- Radioterapevtlar;

- Genetiklar;
 - Umumiy amaliyot shifokorlari;
 - Sogʻliqni saqlash tashkilotchilari;
 - Shifokor-terapevtlar;
 - OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.
- **Mazkur nozologiya boʻyicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.**
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi Chkalasi:**

1-jadval. Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash oʻlchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida oʻtkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
2	Ma'lumotlarning usuli yoki alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda koʻrib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Ma'lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki oʻrganilayotgan usuldan mustaqil boʻlmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab boʻlmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

2-jadval. Profilaktika, davolash va rehabilitatsiya (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash oʻlchovi

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

3-jadval. Profilaktika, tashxis, davolash va reabilitatsiya usullari bo'yicha tavsiyalarning ishontirish darajasini baholash o'lchovi (profilaktika, davolanish, reabilitatsiya aralashuvlari)

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

2. Asosiy qism.

- Kirish

Ingichka ichak va Fater so'ragichi ampulasi o'smalari alohida nozologik birliklar bo'lib, ushbu bobda ma'lum biologik o'xshashlik, davolash-diagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo'yicha ilmiy ma'lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsip asosida birlashtirilgan (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

- **Nozologiyani umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola:

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

Ingichka ichakning xavfli o'smalari kam uchraydigan o'smalarga kiradi va MIT (me'da-ichak trakti) o'smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o'smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o'simalari holatlarining yarmidan ko'prog'i o'n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to'g'ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o'smalariga to'g'ri keladi. Eng ko'p uchraydigan xavfli o'smalar epiteliy tuzilmalari bo'lib, ular ushbu bobda ko'rib chiqiladi. Kamroq uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o'smalar bo'lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo'limlarida ko'rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Faterov so'rg'ichi ampulasining o'smalari (ampullar o'smalari) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin, ammo aslida kartsinomalarning 40% gacha aralash kelib chiqishi, bu ularning immunofenotipiga ta'sir qiladi. Ampullar ichak saratoni pankreatobiliar saratonga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo‘linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar duktal va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo‘ladi, ampulyar duktal kartsinomalar esa odatda pankreatobiliar manbaga ega bo‘ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo‘lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o‘z ichiga oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko‘ra, 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida ingichka ichak saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 0,3 tani tashkil etadi. 2023 yilda birinchi marta ingichka ichak saratoni bilan kasallangan jami 124 bemor aniqlandi. Ulardan 0,3% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. Ingichka ichak saratoni morfologik tasdiqlangan tashxisi bo‘lgan bemorlarning ulushi 91,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 2,4%, II bosqichida 43,5%, III bosqichida 29,0% va IV bosqichida 22,6% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 2,4 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2025 yil boshida dispanser nazorati ostida ingichka ichak saratoni bilan kasallangan 406 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 1,1 ni tashkil etdi. Respublikada ingichka ichak saratoni bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 23,6% va 1 yillik o‘lim darajasi 22,5% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2023 yilda 53 bemor ingichka ichak saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 0,1 o‘limni tashkil etadi.

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

Stadiyalash uchun AJCC/UICC Xalqaro saratonga qarshi kurash ittifoqining TNM tizimi bo‘yicha 8-nashri qo‘llaniladi (uicc.org/resources/tnm).

1.1. Inichka ichak saratonini bosqichlash:

T — birlamchi o‘sma:

TX — Boshlang‘ich o‘sma holiga baho berish uchun ma'lumot yetishmaydi;

T0 — boshlang‘ich o‘sma aniqlanmaydi;

Tis —in situ saraton;

T1 — o‘sma hususiy plastikaga yoki shilliq osti qavatiga o‘sib kiradi;

T1a — o‘sma hususiy plastikaga o‘sib kiradi;

T1b — o‘sma shilliq osti qavatiga o‘sib kiradi;

T2 — o‘sma mushak qavatiga o‘sib kiradi;

T3 — o'sma mushak qatlamga subseroz qavatgacha kirib boradi yoki seroz qavatning kirib borishisiz qorin parda bilan qoplanmagan to'qimaga tarqaladi (tutqich yoki qorin parda orti);

T4 — o'sma vistseral qorin pardaga o'sib o'tadi yoki boshqa a'zolarga bevosita o'sib o'tadi (masalan, ingichka ichakning boshqa qovuzloqlariga, qo'shni ichak xalqalari tutqichiga, seroz qobiq orqali qorin pardaga, faqat 12 barmoq ichak uchun – me'da osti beziga yoki o't yo'liga invaziya).

N — regional limfa tugunlari:

NX — Limfa tugunlarini zararlanishini baholash uchun ma'lumot yetarli emas;

N0 — regional limfa tugunlarining metastatik zararlanish belgilari yo'q;

N1 — bir yoki ikkita limfa tugunining zararlanishi;

N2 — uchta va undan ko'p limfa tugunini zararlanishi.

Regional limfa tugunlar birlamchi o'smaning lokalizatsiyasiga qarab farqlanadi. 12 barmoq ichak uchun quyidagi limfa tugunlar regional hisoblanadi:

- retropankreatik;
- jigar arteriyasi bo'ylab tugunlar;
- pastki pankreatoduodenal;
- yuqori tutqich.
- Och va yonbosh ichak uchun regional limfa tugunlarga kiradi:
- yuqori tutqich;
- tutqich;
- yonbosh-chambar (yonbosh ichakning terminal qismi uchun);
- ko'r ichak atrof tugunlari (yonbosh ichakning terminal qismi uchun).

O'zak va paraaortal tugunlar uzoq metastaz belgisi hisoblanadi- M1.

M — uzoq metastazlar:

M0 — uzoq metastazlar yo'q;

M1 — uzoq metastazlar bor.

Ingichka ichak saratonining bosqichlar bo'yicha guruhlanishi 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval. Ingichka ichak saratonining bosqichlar bo'yicha guruhlanishi.

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	Tis	N0	M0

I bosqich	T1-2	N0	M0
IIA bosqich	T3	N0	M0
IIB bosqich	T4	N0	M0
IIIA bosqich	Har qanday T	N1	M0
IIIB bosqich	Har qanday T	N2	M0
IV bosqich	Har qanday T	Har qanday N	M1

1.2. Faterov so‘rg‘ichi saratonini bosqichlash

T — birlamchi o‘sma:

TX — Boshlang‘ich o‘sma holiga baho berish uchun ma'lumot yetishmaydi;

T0 — boshlang‘ich o‘sma aniqlanmaydi;

Tis —in situ saraton;

T1- O‘sma Fater so‘ragichi ampulasi yoki Oddi sfinkteri bilan chegaralangan yoki Oddi sfinkteriga va/yoki 12 barmoq ichakning shilliq osti qatlamiga kirib boradi;

T1a — O‘simta Fater so‘ragichi ampulasi yoki Oddi sfinkteri bilan chegaralangan;

T1b — o‘sma oddi sfinkteriga va/yoki 12 barmoq ichakning shilliq osti qatlamiga kirib boradi;

T2 — o‘sma 12 barmoq ichakning mushak qafatiga o‘sib kiradi;

T3 — o‘sma bevosita me'da osti beziga invazyalanadi (0,5 smgacha) yoki me'da osti bezi bo‘ylab 0,5 smdan oshiq tarqaladi, yoki peripankreatik yoki periduodenal to‘qimaga yoki qorin poyasi yoki yuqori tutqich arteriyasini zararlamagan holda 12 barmoq ichakning seroz qovatiga o‘sib o‘tadi;

T3a — o‘sma bevosita me'da osti beziga bevosita o‘sib o‘tadi (0,5 smgacha);

T3b — o‘sma me'da osti bezi bo‘ylab 0,5 smdan oshiq tarqaladi, yoki peripankreatik yoki periduodenal to‘qimaga yoki qorin poyasi yoki yuqori tutqich arteriyasini zararlamagan holda 12 barmoq ichakning seroz qovatiga o‘sib o‘tadi;

T4 — o‘sma o‘lchamidan qat'iy nazar qorin poyasi, yuqori tutqich arteriyasi va/yoki umumiy jigar arteriyasini zararlaydi

N — regionar limfa tugunlari:

NX — Limfa tugunlarini zararlanishini baholash uchun ma'lumot yetarli emas;

N0 — regionar limfa tugunlarining metastatik zararlanish belgilari yo‘q;

N1 — bir-uchta regional limfa tugunining zararlanishi;

N2 — to‘rt va undan ko‘p limfa tugunining zararlanishi

Oshqozon osti bezi va periampular mintaqa limfa tugunlarining boy tarmog‘i bilan o‘ralgan bo‘lib, ular aniq bosqichlash uchun baholashni talab qiladi. Regional peripankreatik limfa tugunlari bo‘lib, ular jigar arteriyasi va portal venasi bo‘ylab tugunlarni ham o‘z ichiga oladi.

M — uzoq metastazlar:

M0 — uzoq metastazlar yo‘q;

M1 — uzoq metastazlar bor.

5-jadval. Faterov so‘rg‘ichi saratonini bosqichlar bo‘yicha guruhlash.

Bosqich	T	N	M
IA bosqich	T1a	N0	M0
IB bosqich	T1b, T2	N0	M0
IIA bosqich	T3a	N0	M0
IIB bosqich	T4b	N0	M0
IIIA bosqich	T1a, T1b, T2, T3a, T3b	N1	M0
IIIB bosqich	T4	Har qanday N	M0
	Har qanday T	N2	M0
IV bosqich	Har qanday T	Har qanday N	M1

1.3. Anatomik, gistologik tasniflash va molekulyar-genetik profil.

Ingichka ichak va Fater so‘ragichi ampulasi o‘smalari alohida nozologik birliklar bo‘lib, ushbu bobda ma‘lum biologik o‘xshashlik, davolash-dagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo‘yicha ilmiy ma‘lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsip asosida birlashtirilgan.

1.3.1. Ingichka ichak o‘smalari

Ingichka ichakning xavfli o‘smalari kam uchraydigan o‘smalarga kiradi va MIT (me‘da-ichak trakti) o‘smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o‘smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o‘simtalari holatlarining yarmidan ko‘prog‘i o‘n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to‘g‘ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o‘smalariga to‘g‘ri keladi. Eng ko‘p uchraydigan xavfli o‘smalar epiteliy tuzilmalari bo‘lib, ular ushbu bobda ko‘rib chiqiladi. Kamroq

uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o'smalar bo'lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo'limlarida ko'rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Molekulyar-genetik profil adenokartsinomalarining ingichka ichakdagi turi Fater so'ragichi va ingichka ichak saratonidan farq qiladi: KRAS mutatsiyalarining chastotasi me'da o'smalarida 53% ingichka ichak adenokartsinomasida 14% uchraydi; APC mutatsiyalari mos ravishda 27% va 8% holatlarda uchraydi. Ingichka ichak o'smalari profili yo'g'on ichak saratonidan ham farq qiladi: APC mutatsiyalarining chastotasi 27% va 76% holatlarni tashkil qiladi, CDKN2A — 14% va 34% holatlarda uchraydi. Ingichka ichakning turli bo'limlarida (12 barmoq ichak, och ichak, yonbosh ichak) molekulyar-genetik profil amalda farq qilmaydi.

1.3.2. Faterov so'rg'ichi ampulasi o'smalari

Fater so'ragichi ampulasi o'smalari (ampulyar o'smalar) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin, lekin amalda 40% kartsinomalar aralash manbaga ega bo'lib, bu ularning immunogenotipida aks etadi. Ichak turi ampulyar saratoni pankreatobiliar turiga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ichak turi adenokartsinomalari o'z IGX profili bo'yicha yo'g'on ichak adenokartsinomalari bilan bir hil, pankreatobiliar tur adenokartsinomalari esa - pankreatik yo'l yoki umumiy o't yo'lining terminal bo'limi epiteliysidan kelib chiqadigan o'smalarga o'xshash. An'anaviy turlardan tashqari, kam uchraydigan mutsinoz adenokartsinoma, diskogeziv kartsinoma, medullyar saraton, adenoskvamoz saraton, neyroendokrin saraton (mayda-katta hujayralik), aralash neyroendokrin-noneyroendokrin o'sma (MINEN), differentsiallashtirilmagan saraton mavjud.

Differentsial diagnostikasi uchun ampulyar adenokartsinomalari turlarini aniqlashda, agar gistologik darajada aniqlash imkoni bo'lmasa, quyidagi immunogistoximik markerlardan foydalaniladi:

- intestinal (ichak) tipini aniqlash uchun: 2 va 5AS mutsinlar, sitokeratin 20, CDX2;
- pankreatobiliar tipini aniqlash uchun: sitokeratin 7, mutsin 1, S100P;
- Aralash variantida ustun fenotip ajratiladi.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo'linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar duktal va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo'ladi, ampulyar duktal kartsinomalar esa odatda

pankreatobiliar manbaga ega bo‘ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo‘lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o‘z ichiga oladi. Fater so‘ragichi o‘smalarining gistologik turlari va genetik xususiyatlari o‘rtasida bog‘lanish aniqlangan. Pankreatobiliar turi odatda pankreatik adenokartsinomasiga xos genetik signaturalarga ega bo‘lib, KRAS mutatsiyalarining yuqori chastotasi bilan xarakterlanadi. Ichak turi yo‘g‘on ichak xususiyatlariga yaqin bo‘lib, APC va PIK3CA mutatsiyalarining yuqori chastotasi, mutatsion yuklamaning (TMB) oshishi va mikrosatellit barqarorligining (MSI-H) yuqori faolligi bilan xarakterlanadi.

1.3.3. JSST bo‘yicha endokrin o‘smalarining umumiy tasnifi

1. Yuqori differentsiallashgan endokrin o‘smalar:

- xavfsiz kechishi;
- noma'lum kechishi.

2. Yuqori differentsiallashgan endokrin kartsinoma.

3. Past differentsiallashgan endokrin kartsinoma.

4. Aralash endokrin ekzokrin o‘sma.

5. O‘smasimon hosila.

Gastrin-produktsiyalovchi (G) hujayralardan yuqori differentsiallashgan o‘smalar

Ushbu o‘smalar kichik o‘lchamda bo‘lib (diametri < 1 sm), ular barcha neyroendokrin o‘smalarining taxminan $\frac{2}{3}$ qismiga to‘g‘ri keladi va asosan o‘n ikki barmoq ichakning proksimal qismda joylashadi. Ko‘pincha metastazlar paydo bo‘ladi, lekin zararlangan joylar regional limfa uzulari bilan cheklanadi. Ushbu turdagi o‘smalar MEN I sindromi va Zollinger-Ellison sindromi bilan birgalikda uchrashishi mumkin, shuning uchun ular gastrinómalar deb ataladi.

Somatostatin-produktsiyalovchi (D) hujayralardan yuqori differentsiallashgan o‘smalar

Uchrash chastotasi va xavfliligi jihatidan (50%) ular pankreatik somatostatinomalarga o‘xshash, lekin diametri kichikroq va metastazlar regional limfa tugunlarida ko‘proq uchraydi, jigarda esa kamroq. Gistologik tuzilish tipik bezli tuzilish bilan keladi, kaltsifikatsiyalar - psammomma tanalarini o‘z ichiga oladi, ko‘pincha 1-tur neyrofibromatoz bilan birgalikda bo‘ladi, shuningdek, funksional bo‘lmagan somatostatinom sindromi bilan ham birga uchraydi.

Past differentsiallashgan endokrin kartsinomalar

12 barmoq ichak past differentsiialashgan endokrin kartsinomalari ko‘pincha faterov so‘rg‘ichi sohasida uchraydi va hech qanday giperfunktional sindromlar bilan birga kelmaydi. Boshqa MITning past differentsiialashgan endokrin kartsinomalari kabi, diagnoz qo‘yilgan vaqtning o‘zida odatda metastazlar bo‘ladi.

1.4. Kasallik prognozi

Ko‘pgina ingichka ichak o‘smalari bilan bemorlarda kasallik tarqalgan bosqichda (T4 yoki N1 yoki M1) aniqlanadi, bu anatomik xususiyatlar bilan bog‘liq: ingichka ichak endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar uchun kam kirishli bo‘lib, kechki klinik manifestatsiya va nisbatan uzoq diagnostika bosqichi xosdir. Negativ prognoz omillariga 12 barmoq ichakdagi o‘sma lokalizatsiyasi, operatsiya qilingan chetlarning musbat natijasi, o‘smaning past differentsiatsiyasi, bemorning 55 yoshdan katta bo‘lishi, yagonalik (uylanmagan) holat kirishi mumkin.

Fater so‘ragichi ampulalaridagi lokalizatsiyalangan va mahalliy tarqalgan saratonning prognozi mahalliy invaziya darajasi (T kategoriyasi), rezektsiyaning jarrohlik qirrasini, limfa tugunlarining zararlanishi, differentsiatsiya darajasi Ba o‘sma subturiga bog‘liq. Masalan, bir tadqiqotda pankreatobiliar fenotipi bo‘lgan bemorlar uchun hayot davomiyligining medianasi faqat 16 oyni tashkil qilgan, intestinal fenotipi bo‘lgan bemorlarda esa bu ko‘rsatkich 116 oy bo‘lgan. 7-taqriz AJCC bo‘yicha bosqichga bog‘liq yashash ko‘rsatkichlari 6-jadvalda keltirilgan. Jadvaldagi yashash ko‘rsatkichlari me‘da osti bezi saratoniga nisbatan yuqori. Bu, ehtimol, o‘t yo‘llarning erta obstruksiyasi va sarg‘ayishning rivojlanishi tufayli o‘t yo‘llar saratonlarining erta paydo bo‘lishi bilan bog‘liq.

6-жадвал. SEER1 ma'lumotlar bazasida 1988-2003 yillarda ro‘yxatga olingan Fater so‘ragichi saratoni bo‘lgan bemorlarda besh yillik yashash ko‘rsatkichi.

Tashhislash vaqtida kasallik bosqichi, 7th AJCC	5 yillik yashovchanlik, %
Ia	60
Ib	57
IIa	30
IIb	22
III	27
IV	0

¹SEER — Surveillance, Epidemiology and End Results database of the National Cancer Institute (AQSh saraton milliy instituti davolash natijalari va prognozi bo‘yicha ma'lumotlar bazasi)

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

3.1. Tashxislash mezonlari:

Ingichka ichak va Fater so‘ragichi ampulasi saratoni diagnostikasi asosi gistologik tadqiqot hisoblanadi.

Ingichka ichakning o‘smalari yoki boshqa sabablar uchun tekshiruvlar olib borilayotganda, yoki nisbatan aniq emas bo‘lgan simptomlar (ishtha yo‘qolishi, ichak tutilishi yoki perforatsiyasi, qon ketish, sarg‘ayish, uzoq muddatli diareya, qizish) paydo bo‘lganida tasodifan aniqlanadi.

Fater so‘ragichi ampulasi saratoni ko‘proq sarg‘ayish bilan manifestatsiyalanadi.

Ingichka ichakdagi simptomsiz topilmalar uchun diagnostik algoritm 1-rasmda ko‘rsatilgan. Simptomlar mavjud bo‘lsa, masalan, kartsinoid sindromi bo‘lganda, tegishli qidirish va differentsial diagnostika o‘tkazilishi kerak.

3.2. Shikoyatlari va anamnez

Odatda, boshlang‘ich bosqichlarda klinik surat bo‘lmaydi. O‘sma jarayoni o‘sib borgan sari, mezogastral sohada og‘riq kuzatiladi, yuqori xavfli potentsialga ega o‘smalarda kasallikning murakkab kechishini kuzatish mumkin. Lokal shaklda kasallik odatda simptomsiz tarzda kechadi yoki mezogastral sohada og‘riqlar bilan namoyon bo‘ladi.

O‘sma jarayoni tarqalgan sari, anemiya, palpatsiyada aniqlanadigan o‘sma, o‘smaning perforatsiyasi, ichakdan qon ketishi va ichak tutilishi, o‘sma jarayoni tarqalganda esa bemorlar vaznning kamayishi kuzatiladi. Ko‘pchilik bemorlarning yoshi 60-70 yosh atrofida bo‘ladi.

3.3. Ichak NEO‘larining o‘ziga hosliklari

Kartsinoid sindromi NEO‘ (neyroendokrin usmasi)da 7-28,6% hollarda kuzatiladi, faqat yuqori xavfli potentsialga ega o‘smalarda xosdir, va faqat mahalliy tarqalgan va disseminatsiyalangan jarayonlarda, o‘sma diametri 2 sm dan katta bo‘lganida namoyon bo‘ladi.

Ingichka ichak NEO o‘smalari metastazlari: jigar, qorin parda orti limfa tugunlari, tonka ichak tutqichi limfa tugunlari, buyrak usti bezlari, periferik limfa tugunlari va qorin pardaga tarqalish mumkin.

Kartsinoid sindromining klinik ko‘rinishida yurak-qon tomir belgilari ustunlik

qiladi. Bu kuchli taxikardiya, yurakdagi og‘riq va qon bosimining oshishi bilan tavsiflanadi. Kartsinoidli bemorlarda metabolik kasalliklar yurakdagi ikkilamchi o‘zgarishlarga olib keladi (o‘ng yurakning fibroelastozi - trikuspidal klapan va o‘pka arteriyasi klapanlari), bu fizik tekshiruv va ExoKG paytida tegishli suratni yaratadi.

Yuz terisining giperemiyasi va qizishlar - ko‘pincha kartsinoid sindromning birinchi va ba‘zan yagona alomatidir. Ushbu ko‘rinishlar hissiy omillar (hayajonlanish va qo‘zg‘aluvchanlik), oziq-ovqat iste‘mol qilish va spirtli ichimliklar tomonidan qo‘zg‘atilishi mumkin. Vazomotor reaksiyalar bosh va bo‘yin terisining eritematoz qizarishi (yuzga qon oqimi bo‘lishi) ko‘rinishidagi teri giperemiyasi bilan namoyon bo‘ladi.

Qon tomir reaksiyasi bilan terining rangi qizildan aniq rangparlikka o‘zgarishi mumkin. Uzoq muddatli giperemiya xurujlari ko‘z atrofidagi lakrimatsiya va shish bilan birga bo‘lishi mumkin. Ushbu reaksiyalarning tizimli ta'siri har xil. Ba'zi bemorlarda teri tomirlari kengayishining tez-tez va uzoq davom etadigan hujumlari natijasida yuz va bo‘yin terisida telangiektaziya paydo bo‘ladi.

Abdominal kartsinoid sindromi serotoninning oshqozon-ichak motorikasi va sekretsiyasiga ta'siridan kelib chiqadi. Bu xurujsimon qorin og‘rig‘i, dispeptik va funktsional buzilishlar (ko‘ngil aynishi, qusish, diareya) bilan namoyon bo‘ladi. Bronxospazm serotonin, bradikinin va gistaminning chiqishi bilan bog‘liq bo‘lib, nafas qisilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Kartsinoid sindromi bemorning neyropsixiatrik holatining buzilishiga olib keladi. Kartsinoid sindromidagi neyropsixiatrik kasalliklarning krizli va fon kechishi ajralib turadi. Xurujlar bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, qusish, chuqur depressiya va vegetativ disfunktsiya (qattiq terlash, titroq, gipertermiya, yuz giperemiyasi) mo‘l belgilari bilan birga kuzatiladi.

Ba'zida hiqichoq, ochlik, gipoglikemiya kuzatiladi. Xurujdan keyin bemorlar zaiflashadi, tushkunlikka tushadi va uyquchan bo‘ladi. Kartsinoid sindromining fon kechishida bemorlarda astenodepressiv sindrom belgilari namoyon bo‘ladi.

Fizikal tekshiruv: o‘ng yonbosh sohada hosila palpatsiya qilinishi mumkin.

Ichak NEO‘larining laborator tekshiruvlari:

1. Qon umumiy tahlili –har xil og‘irlikdagi anemiya mavjudligi; EChTning oshishi ko‘proq xarakterli.
2. Peshob umumiy tahlili – tahlilda o‘zgarish bo‘lmasligi mumkin.
3. Qon biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza).
4. Koagulogramma – qon ivishining buzilishi kuzatilishi mumkin.

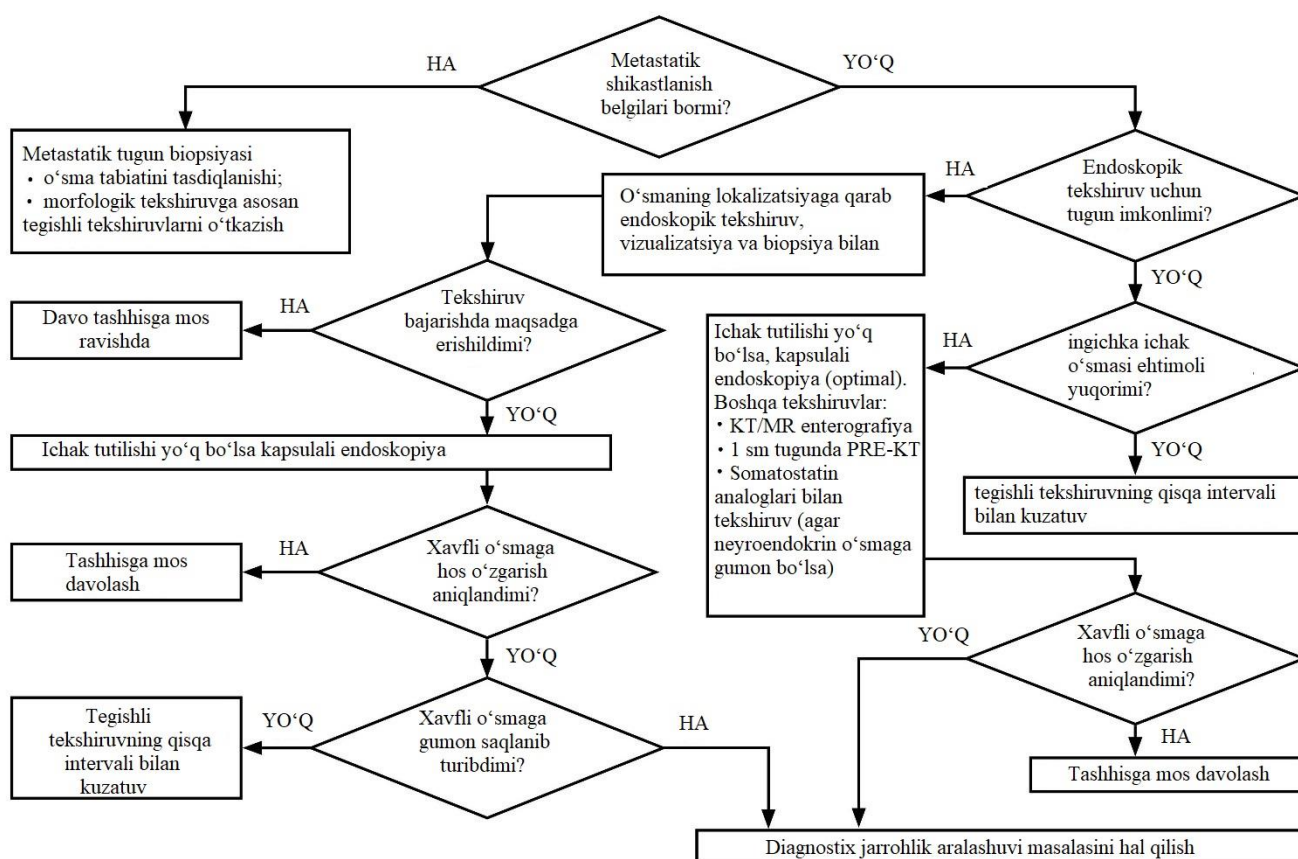
5. Qonda biomarkerlarni aniqlash:

Qo'llanilishi	Marker	Spetsifiklik
Umumiy	Xromogranin A va V	Yuqori
	Neyronspetsifik enolaza	O'rta
	Odam xorionik gonadotropini	Past
Spetsifik	O'n ikki barmoq ichak	
	Somatostatin	Yuqori
	Gastrin	Yuqori
	Yoshbosh ichak	
	Serotonin (mochevoy 5 - GIUK)	Yuqori
	Neyrokinin A	O'rta
	Neyropeptid K	O'rta
	R modda	O'rta

3.4. Ingichka ichak o'smalari va Faterov so'rg'ichi ampulasi uchun umumiy tekshirishlar

- Shikoyatlar va anamnezni yig'ish
- Tibbiy ko'rik, ECOG holatini aniqlash, umumiy klinik tekshiruv
- Laboratoriya diagnostikasi (umumiy klinik qon tahlili, biokimyoviy qon tahlili, CA19-9, CEA saraton markerlarini aniqlash). Shuni yodda tutish kerakki, CA19-9 darajasi biliar obstruktsiya, gepatit, xolelitiaz, mukovistsidoz va boshqalarda ortadi.
- Transabdominal ultratovush tekshiruvi sariqlik bilan og'rikan bemorlarda birinchi instrumental diagnostika bosqichi bo'lib, o't yo'llarining kengayishini aniqlash va obstruktsiya darajasini aniqlashda juda sezgirdir. Biroq, tekshirish davomida o'sma joyini vizualizatsiya qilish ko'pincha mumkin emas.
- IGX tekshiruvi ampulyar o'smalarining ichak va pankreatobiliar turlarini farqlash, shuningdek ingichka ichak o'smasining tabiatini aniqlash imkonini beradi (1.3.2-bo'limga qarang.).
- Vena ichiga kontrast bilan ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va kichik chanoq KTsi.
- EGDS ko'pchilik ampullar o'smalarini, shuningdek o'n ikki barmoqli ichakning proksimal bo'limlarini ko'rish imkonini beradi, bu sohadagi qo'shni o'smalarni —o'n ikki barmoqli ichak tushuvchi qismini, umumiy o't yo'lining distal qismini, Fater so'rg'ichi ampulasini, oshqozon osti bezi saratonini aniqlash va farqlashga yordam beradi.

- Vena ichiga kontrast bilan MRT va MRXPG. U KTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda, ampullar o'smalarida ERPXG qarshi ko'rsatma bo'lsa yoki o't yo'llarining obstruksiyasi mavjud bo'lganda ishlatilishi mumkin.
- PET-KT — ko'rsatmalarga asosan (agar uzoq metastazlarning mavjudligiga boshqa diagnostika usullariga ko'ra shubha qilingan bo'lsa, ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini tubdan o'zgartirganda). Rasmiy ravishda, metodika ushbu lokalizatsiya o'smalari uchun diagnostika usuli sifatida o'rganilmagan va KT yoki MRT bilan taqqoslanmagan, ammo tadqiqotning past diagnostik qiymatini ko'rsatadigan tadqiqotlar mavjud. Peritoneal kartsinomatozga shubha qilingan taqdirda diagnostik laparoskopiya uchun yetarli o'rinbosar emas.
- Molekulyar-genetik tekshiruv. Tarqalgan o'smalarda PZR yoki IGX usulida MSI/dMMR statusini aniqlash, BRAF genida mutatsiyani aniqlash; IGX usulida HER2 ekspressiyasini aniqlash ko'rsatma bo'ladi.



1- rasm. Tasodifan aniqlangan ingichka ichak hosilasida tavsiya etilgan diagnostik algoritmi.

3.5. Ingichka ichak o'smalariga ko'proq spetsifik tekshiruvlar

- Enteroskopiya kolonoskopiya paytida yoki jarrohlik yordami bilan intraoperativ tarzda amalga oshirilishi mumkin. Jarayon davomida to'qima namunalarini olish va terapevtik aralashuvlarni amalga oshirish mumkin. Kamchilik-bu butun ingichka ichakni tekshirish imkoniyatining yo'qligi, tegishli asbob-uskunalar va tibbiy

ekspertiza zarurati bilan protsedurani bajarishning murakkabligi.

- KT va MR-enterografiyasi ingichka ichak o'smalarini aniqlashning eng sezgir usullari hisoblanadi. Bunday holda, MR-enterografiyasi aniqroq usuldir. Birlamchi o'smani tasvirlashdan tashqari, ichakdan tashqari tarqalishni baholash uchun juda muhimdir. KT/MR-semiotikasi gistologik tashxisni tahmin qilish imkonini beradi va ichak tutilishida qarshi ko'rsatma hisoblanadi.
- Kapsula endoskopiyasi ingichka ichakdan qon ketishga gumon bo'lganda tanlov usuli hisoblanadi, yuqori sezuvchanlik va yuqori spetsifikligi bor (xavflilik potentsialini belgilashda, o'sma tabiatini belgilashda emas). Asosiy kamchiliklar-tekshirish uchun o'simta materialini olishning iloji yo'qligi, ichak tutilishida cheklangan foydalanish va kam mavjudligi.
- Diagnostik laparoskopiya/laparotomiya agar xavfli jarayonga shubha qilingan bo'lsa va tashxisni kamroq invaziv usulda tasdiqlash mumkin bo'lmasa o'tkaziladi. Aralashuv vaqtida intraoperativ enteroskopiya o'tkazilishi mumkin va o'sma va/yoki qon ketish manbasini tasvirlashda ingichka ichakni rezektsiya qilish to'g'risida qaror qabul qilinishi mumkin.
- Angiografiya qon ketish maydonini aniqlashda sezilarli qon ketish uchun foydali bo'lishi mumkin. Xarakterli tomirlar tarmog'i tufayli ba'zi o'smalarni (neyroyendokrin yoki leomiosarkomalar) ko'rish mumkin.

3.6. Faterov so'rg'ichi ampulasi o'smalari uchun ko'proq spetsifik tekshiruvlar

- ERXPG endoskopik tekshiruvning afzal turi bo'lib, Fater so'rg'ichi ampulasini bir vaqtda vizualizatsiya qilish, oshqozon osti bezi va o't yo'llarini kontrastli rentgen tekshiruv, papilla, xoledox yoki oshqozon osti bezi kanalining ampullar segmenti xosilasini biopsiyasi va ko'pincha stend kiritish va safro dekompressiyasi imkonini beradi.
- Endo-UTT ERXPG bilan taqqoslanadigan sezgirlikka ega va kichik ampullyar o'smalarini tasvirlashda KT va ultratovushdan ustun bo'lib, o'smaning tarqalishi va invaziya chuqurligini aniq aniqlashga imkon beradi.

3.7. Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:

1. Leykoformula va trombositlar sonini hisoblash bilan umumiy qon tahlili (UQT);
2. Qonning biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, mochevina kislota, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, to'g'ridan-to'g'ri bilirubin, LDG, AST, ALT, C-reaktiv oqsil (CRB), shelochnoy fosfataza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon guruhini aniqlash;

4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Umumiy siydik tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. B va C virusli hepatitlar markerlarini IFA yoki IXL usulida aniqlash;
8. Onkomarkerlar CA19-9 va REA ni aniqlash;
9. Xromogranin A ni aniqlash (ichak NEO da);
10. B va C virusli hepatitlarga PSR (sifat jihatidan);
11. OITS (HIVAg/anti-HIV) ni IFA usulida aniqlash;
12. Sifilisga serologik reaksiyalar majmuasi;
13. Biopsiya olish bilan fibroezofagogastroduodenoskopiya;
14. Kontrast modda bilan (ikki marta kontrast) qizilo'ngachning rentgenoskopik tekshiruvi;
15. Oshqozon va ichaklarning kontrast modda bilan rentgenoskopik tekshiruvi (ikki marta kontrast);
16. Qorin bo'shlig'i, qorin parda orti, kichik chanoq, periferik limfa tugunlari va ko'krak bezlarining UTT;
17. Ko'krak bo'shlig'i a'zolarining rentgenologik tekshiruvi;
18. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolarining kompyuter tomografiyasi;
19. Bioptatning (o'sma, limfa tugun) sitologik tekshiruvi*;
20. Bioptatning (o'sma, limfa tugun) gistologik tekshiruvi*;
21. Bioptatning (o'sma, limfa tugun) immunogistoximik tekshiruvi*;
22. Aniq tashxis kamroq invaziv usul bilan tasdiqlanmasa, xavfli jarayonga gumon bo'lganda diagnostik laparoskopiya/laparotomiya amalga oshirilishi mumkin;
23. Laparoskopik mudoxala paytida intraoperasion enteroskopiya o'tkazilishi mumkin;
24. Muxim qon ketishlarda qon ketish sohasini aniqlash uchun angiografiya;
25. Fater so'rg'ichi saratonida ERXPG;
26. Fater so'rg'ichi saratonida endo-UTT;
27. Kolonoskopiya;
28. EKG;
29. Exokardiografiya (ExoKG);
30. Butun tana PET/KT**;
31. Kontrast modda bilan MSKT***

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

3.8. Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:

1. B va C virusli hepatitlarga PZR (miqdoriy)
2. COVID-19 uchun PZR
3. QQS va qon gazlarini aniqlash
4. To‘g‘ridan-to‘g‘ri va bilvosita Kumbs sinovlari
5. Standart sitogenetik tekshiruv
6. Ferritin, folatlar, zardob temiri, B12 vitaminini aniqlash
7. ProBNP
8. Prokalsitonin
9. Antitrombin III, D-dimer
10. Fertil yoshdagi ayollar uchun — homiladorlik testi, XGChni aniqlash
11. Periferik qonning IFTsi
12. Standart sitogenetik tekshiruv
13. Assit, plevra va perikard suyuqliklarining sitologik tekshiruvi
14. FISH va PSR usulida molekulyar-genetik tekshiruvlar
15. Burun yordamchi sinuslarining rentgenografiyasi
16. Ortopantomogramma
17. Ko‘krak segmentining kompyuter tomografiyasi
18. Kontrast modda bilan bosh va bo‘yin KT
19. Bronxoskopiya
20. Kolonoskopiya
21. Qon tomirlarining (venalar va/yo arteriyalar) UZDG
22. Spirografiya
23. Bosh miyaning MRTsi
24. Qalqonsimon bez, yumshoq to‘qimalar, plevra bo‘shliqlari va perikard UTTsi
25. Xolter EKG monitoringi

3.9. Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

- **Kardilog ko‘rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo‘lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko‘rigi** (kichik chanoq a'zolarida hajmli hosila belgilari bo‘lgan ayollarda, oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);
- Ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalarini davolash boshlanishidan oldin akusher-ginekolog/reproduktologning maslahati zarur, agar bemor kelajakda farzand ko‘rishni xohlasa, yordamchi reproduktiv texnologiyalarning mumkin bo‘lgan variantlarini muhokama qilish, shuningdek, tug‘ish yoshidagi bemorlarda o‘smaga qarshi dori terapiyasi davrida, yaqin kelajakda va undan keyin istalmagan homiladorlikning oldini olish uchun ishonchli kontratseptiv vositalardan foydalanish masalasida [5];
- **nevropatolog ko‘rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo‘qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko‘rigi** (endokrin a'zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo‘lgan taqdirda);
- **qon-tomir jarrohi ko‘rigi** (varikoz kasallik, tug‘ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo‘lgan hollarda);
- **pulmonolog ko‘rigi** (o‘pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo‘lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig‘lanish jarayonidan keyin).
- **hamroh patologiyalar** mavjud bo‘lganda, boshqa mutaxassislar ko‘riklari: ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo‘lsa), yuqumli kasalliklar bo‘yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo‘lsa) va boshqalar.
- **nefrolog ko‘rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo‘lganda).
- **Ftiziatr ko‘rigi** – o‘pka tuberkulyoziga gumon bo‘lsa va periferik xosilalar bo‘lsa.

3.10. Ingichka ichak o‘smalarining differentsial tashxisi va qo‘shimcha tadqiqotlarning asoslanishi (<https://radiographia.info/article/opukholi-tonkoy-kishki>)

Kasalliklar	Belgilari
Metastazlar	<p>Ingichka ichakka metastazlanish intraoperatsion, gematogen, limfogen yoki to‘g‘ridan-to‘g‘ri tarqalish yo‘li bilan bo‘lishi mumkin.</p> <p>Holatlarning 50%ida peritoneal toshmalar kuzatiladi.</p> <p>Asosan, bunday hollarda birlamchi o‘smalar tuxumdon, chuvalchangsimon o‘simta va yo‘g‘on ichakda uchraydi.</p> <p>O‘sma hujayralarining implantatsiyasi tutqich chegarasida sodir bo‘ladi.</p> <p>Gematogen metastazlanish ko‘krak bezi xavfli o‘smasi, melanoma va buyrak hujayrali xavfli o‘sma uchun xosdir.</p> <p>Ular polipsimon shaklda bo‘lishi va ichak yo‘li bekilishini</p>

	keltirib chiqarishi mumkin.
Kron kasalligi	<p>Ingichka ichak devorlarining qalinlashishi yallig‘lanish yoki infektsiya jarayonida malignizatsiyalardan farqlanishi lozim. Yallig‘lanish jarayonining (Kron kasalligi) ajralib turuvchi belgilari qatorida qo‘pol trabekulyatsiya bilan proliferatsiya va ingichka hamda yo‘g‘on ichak atrofida vistseral yog‘ning ortiqcha to‘planishi (o‘rmalovchi yog‘ — creeping fat belgisi) mavjud bo‘lishi mumkin. Shuningdek, yara hosil bo‘lishi va yaqin joylashgan tutqich tomir arkadalarida gipervaskulyarlik (taroq belgisi) kuzatiladi.</p> <p>Kron kasalligi va ingichka ichak adenokartsinomasi o‘rtasida aniq bog‘liqlik mavjud.</p> <p>Bu kasalliklarni jarrohlikdan oldin differentsial tashxis qilish qiyin, chunki vizualizatsiya usullarida xos belgilari ko‘rinmasligi mumkin.</p> <p>Ingichka ichak obstruksiyasida xavfli o‘smi ko‘rsatuvchi indikator – dori-darmon bilan davolashga javob bo‘lmasligidir.</p>
Sklerozlanuvchi yoki fibrozlanuvchi mezenterit	<p>Sklerozlanuvchi yoki fibrozlanuvchi mezenterit tutqichda rivojlanadi va kartsinoidga o‘xshagan xajmli hosilani simulyatsiyalashi mumkin.</p> <p>Bunday holatda sklerozlanuvchi mezenterit tutqich tomirlarini o‘ra oluvchi “yog‘ halqasi” (fat-ring sign) belgisi bilan differentsiatsiyalanishi mumkin.</p>
Desmoid	<p>Desmoid (agressiv fibromatoz) — kam uchraydigan, yumshoq to‘qimaning xavfsiz o‘smasi hisoblanadi.</p> <p>U tutqichning birlamchi o‘smasi bo‘lib, ichak va tutqichning xavfli o‘smalarini simulyatsiya qilishi mumkin.</p> <p>Desmoid sporadik tarzda paydo bo‘lishi yoki Gardner sindromining bir qismi sifatida uchrashi mumkin.</p> <p>Ko‘pincha anamnezda bo‘shliqlik jarrohlik amaliyotlari haqida ma‘lumotlar mavjud bo‘ladi.</p> <p>Desmoid metastaz bermaydi, lekin retsidivga moyildir.</p> <p>Yuqori retsidiv ko‘rsatkichiga jarrohlik yo‘li bilan noto‘liq olib tashlash sabab bo‘ladi.</p> <p>Tutqichda joylashgan desmoid odatda kontrast modda bilan minimal kuchayish namoyon etadi.</p> <p>Ingichka ichak va tutqich tomirlari desmoid tomonidan siqiladi yoki o‘ralib qoladi.</p> <p>Ushbu o‘sma juda zich tuzilmaga ega bo‘lgani sababli, teri orqali biopsiyani amalga oshirish qiyin bo‘lishi mumkin.</p>
Adenoma	<p>Adenoma fakultativ yoki olish mumkin bo‘lgan predrak xisoblanadi va u polipsimon o‘simta (oyoqchada), qisqa oyoqchadagi o‘simta va keng asosdagi, shillik qavat bilan bog‘langan o‘simta shaklida bo‘lishi mumkin. O‘simta gomogen kontrast kuchayishi bilan xarakterizatsiyalanadi va odatda obstruksiyaga sabab bo‘lmaydi.</p>

	Seroz qatlamdan tashqari tarqalishi xavfli o'zgarishni ko'rsatadi.
Polipoz kishechnika	Ichak polipozi quyidagi asosiy toifalarga bo'linadi: oilaviy adenomatoz polipoz (masalan, Gardner sindromi), gamartom polipozi (masalan, Peytts-Egers sindromi) va boshqa, kam uchraydigan polipoz sindromlari. Ushbu sindromlarga ega bemorlarda ko'pincha ingichka ichakda bir necha poliqlar uchraydi. Katta poliqlar malignizatsiyalanib, ingichka ichakning birlamchi o'smasini simulyatsiya qilishi mumkin.
Gemangioma	Ko'pchilik interstitsial gemangiomalar och ichak qismida joylashadi. Ular oyoqchali yoki keng asosli bo'lishi mumkin va arteriya fazasida lakunar kontrast kuchayishi, kechiktirilgan fazada esa bir xil (gomogen) kuchayish bilan xarakterlanadi.
Leyomioma	Leyomiomalar kam uchraydigan, xavfsiz mezenximal o'smalar hisoblanadi. Ular submukoz yoki subseroz joylashishi mumkin. Xavfsizligi aniq va tekis chegaralar, bir xil tuzilma hamda gomogen kontrast kuchayishi bilan xarakterlanadi.
Lipoma	Yaxshi ajratilgan ichkaridan o'sgan o'sma, yog' to'qimasidan iborat. Ingichka ichakda liposarkomalar juda kam uchraydi.
Mezenterial ishemiya	Nishon belgilari ishemiyalangan segmentning ingichka ichakda joylashgan zonasida kuzatiladi. Tutqichi shishishi va astsitga e'tibor bering. Nishon simptomi (*target sign*): Shilliq qavat va seroz qavatida kontrast kuchayishi bilan shilliq osti to'qimaning shishishi. Bu belgilar o'sma bo'lmagan, "xavfsiz" jarayonlarning: yallig'lanish, ishemiya yoki postradiatsion enteritning belgisidir.
Tiflit	Nishon simptomi neytropenik enterokoliti va sepsis bilan bemorda. Neytropenik enterokolit — hayot uchun xavfli holat bo'lib, yallig'lanish jarayonini o'z ichiga oladi, bu jarayon nekrozgacha rivojlanishi mumkin. U leykoz bilan kasallangan bemorlarda ko'proq uchraydi va sitostatik terapiya fonida shilliq qavatning shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. "Tiflit" (grekcha "typhlon," ko'r ichak) — ileotsekal hududdagi neytropenik enterokolit, biz kengroq atama, "neytropenik enterokolit"ni afzal ko'ramiz, chunki ingichka yoki yo'g'on ichakning boshqa bo'limlari ham jarayonga jalb qilingan bo'lishi mumkin.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi.

1) Nomedikamentoz davo [16]:

- №1 stolga amal qilish, ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalari bemorlari uchun bir umrdir.
- Bandaj taqish, fizik zo‘riqishni cheklash – 6 oy davomida;
- Sog‘lom turmush tarziga, to‘g‘ri ovqatlanish, uyqu va dam olish rejimiga rioya qilish.

2) Medikamentoz davo:

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

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

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

Farmako-terapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Ftorpirimidinlar	Kapetsitabin	2000-2500 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletkalar, ichishga	A
Юклаш (хавола)	https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf		

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

3) Jarrohlik aralashuvi: yo‘q.

4) Keyingi davolash: yo‘q.

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

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

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

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

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

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

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi

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

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

2) Davolashdan maqsad:

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

Ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalarini davolash usullarini tanlash ko‘plab omillarga, shu jumladan o‘smaning o‘lchamlariga, boshqa a'zo, to‘qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog‘liq.

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

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

3) Davolash taktikasi:

Ingichka ichak saratoni bemorlarini bosqichga qarab davolash sxemalari

0 bosqich:

1. Operatsiya:

- polipektomiya;
- segmentar rezektsiya;

- laparoskopik ingichka ichak rezektsiyasi.

2. Kuzatuv.

I bosqich:

1. Operatsiya - keng rezektsiya anastomoz qo'yish bilan (operatsiya ko'lami o'sma lokalizatsiyasiga bog'liq).

2. Kuzatuv.

II bosqich:

1. Operatsiya - keng rezektsiya anastomoz qo'yish bilan (operatsiya ko'lami o'sma lokalizatsiyasi va o'smaning tarqalganligiga bog'liq).

2. Kuzatuv.

III bosqich:

1. Operatsiya - keng rezektsiya anastomoz qo'yish bilan (operatsiya ko'lami o'sma lokalizatsiyasi va o'smaning tarqalganligiga bog'liq)

2. Ad'yuvant kimyo terapiya.

3. Kuzatuv.

IV bosqich:

1. Operatsiya (ko'pincha palliativ; rezektabel o'smada va uzoq a'zolarida solitar va yakka metastazlar bo'lganda – bir vaqtli yoki kechiktirilgan metastazni olib tashlash bilan operatsiya).

2. Kombinirlangan operatsiyadan so'ng:

- ad'yuvant kimyo terapiya (va uzoq a'zolarida solitar va yakka metastazlar bo'lganda);

- Kuzatuv.

3. Nooperabel jarayonda (IV bosqich – har qanday T har qanday N M1) – kimyo terapiya.

4. Simptomatik davolash.

4) Nomedikamentoz davolash:

Rejim:

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

Parxez:

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

Amaliyotdan keyingi davrda parxezga amal qilish, ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bemorlariga – umr davomida.

5) Medikamentoz davo

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

Kimyo terapiya.

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

Buyurilish maqsadiga qarab kimyo terapiyaning bir necha turi farqlanadi:

- o'smalarining neoad'yuvant kimyo terapiyasi operatsiyadan oldin, operatsiya qilish uchun nooperabel o'smani kichraytirish, shuningdek, operatsiyadan keyingi davo uchun saraton hujayralarining dorilarga sezgirligini aniqlash uchun buyuriladi.
- Ad'yuvant kimyo terapiya metastazning oldini olish va retsidivlar xavfini kamaytirish uchun jarrohlik davolashdan keyin buyuriladi.
- Davolovchi kimyo terapiya metastatik saraton o'smalarini kichraytirish uchun

qo'llaniladi.

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

Kimyo terapiyaga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a'zolarida (o'pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o'sma retsividlari;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar absolyut soni normal –200 dan ortiq bo'lganda, trombotsitlar –100000 dan ortiq bo'lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o'tkazilganlik extimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;

Kimyo terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

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

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infektsiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samarasizligi;
- o'smani parchalanishi (qon ketish havfi);

- Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50% va undan kam bemor umumiy ahvoning og'irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

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

5.1. Lokal turlarida

Operatsiya yagona usul bo'lib, u ingichka ichak va Faterov so'rg'ichining o'smasi bilan bemorni davolash imkonini beradi. Jarrohlik davolashning maqsadi — R0-rezektsiyasini amalga oshirish, bu esa eng yuqori yashash darajasini ta'minlashga imkon beradi.

Ko'pincha, instrumental tadqiqot usullari asosida turli xil o'smalarni differentsiallashtirish mumkin emas — ampulyar, biliar, me'da osti bezi, 12 barmoq ichak. Bu holatda o'smaning tabiatini aniqlash faqat operatsion materialni patomorfologik tekshirish orqali amalga oshirilishi mumkin.

Jarrohlik nuqtai nazaridan, operatsiyadan oldin periampulyar o'smalarni differentsiallashtirish katta ahamiyatga ega emas, chunki jarrohlik taktikasi o'zgarmaydi. Ammo keyinchalik bu differentsiatsiya muhim, chunki u ichak va pankreatobiliar turdagi o'smalarning perioperatsion dori-darmon terapiyasining turli taktikalariga, shuningdek bemorning prognozini aniqlashga ta'sir ko'rsatadi.

Operatsiya oldi (neoad'yuvant) kimyo terapiya

Boshqa kam uchraydigan onkologik kasalliklarda bo'lgani kabi, neoad'yuvant terapiya munosabatdagi qarashlar to'g'risida savollar mavjud, chunki tegishli randomizlashtirilgan tadqiqotlar mavjud emas. Shunga qaramasdan, ushbu usulning samaradorligi va kelajakdagi imkoniyatlarini tasdiqlaydigan bir qator kichik ishlar mavjud. Ixtisoslashtirilgan markazlarda mahalliy tarqalgan o'smalar bilan bemorlarni

davolash lozim. Neoad'yuvant terapiyasini belgilash uchun standartli kriteriyalar mavjud emas. Ushbu terapiyani olishga nomzodlar aniq belgilangan — ular bu nerezektabel yoki chegarali nerezektabel mahalliy tarqalgan o'smalarga ega bemorlardir. Pankreatobiliar va aralash tipdagi o'smalarni davolash uchun oksaliplatin saqllovchi sxemalar mFOLFIRINOX, gemtsitabin + sisplatin (GemCis) qo'llanilishi mumkin. Ichak tipidagi o'smalar uchun esa tanlov sxemasi FOLFOXIRI yoki, agar uch komponentli davolashni amalga oshirish imkoni bo'lmasa, FOLFOX/XELOX bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi (ad'yuvant) terapiya

Ingichka ichak o'smalarida ad'yuvant ximioterapiyasining optimal variantlari tegishli prospektiv randomizlashtirilgan tadqiqotlar mavjud emasligi sababli aniqlanmagan. Ximioterapiyani boshlashdan oldin, progressiyaning yo'qligini tekshirish va ichak bo'shlig'ini vizualizatsiya qilish hamda REA va CA19-9 onkomarkyorlarini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Ad'yuvant terapiyaning variantlari 8-jadvalda ko'rsatilgan.

Ingichka ichak o'smalarini ad'yuvant terapiyasi

Eng katta tadqiqotlarga asoslanib, ingichka ichak o'smalari bilan 4700dan ortiq bemorlarning ad'yuvant davolashi o'rganilgan bo'lib, ximioterapiyani amalga oshirish bilan faqat jarrohlik davosiga nisbatan umumiy yashash darajasida ahamiyatli afzalliklar aniqlangan (o'rtacha umr uzunligi 63 yilga qarshi 45 oy). Eng katta foyda III bosqichdagi bemorlar uchun, o'smaning ingichka ichakda joylashishidan qat'i nazar olingan. III bosqichdagi bemorlarga 6 oy davomida XELOX/FOLFOX sxemasi bo'yicha ximioterapiyani buyurish tavsiya qilingan. Agar I darajada toksik polineyropatiya rivojlansa, oksaliplatinni bekor qilish va ftorpirimidinlar bilan monoterapiyani davom ettirish mumkin.

II bosqichda yashash darajasining yaxshilanishga qarata tendentsiya kuzatilgan. Radikal olib tashlangan II bosqichdagi o'smalar bilan bemorlar uchun imkoniyatli yondashuvlar dinamik kuzatish yoki ftorpirimidinlar bilan monoterapiyani 6 oy davomida amalga oshirishdir (kapetsitabin, de Gramont). Ftorpirimidinlar bilan 6 oylik terapiyaga alternativa sifatida 4 kurs XELOX kombinatsiyasi terapiyasi mavjud. II bosqichda ad'yuvant terapiyasini tanlash qarorini yuqori xavf omillari mavjud bo'lganda qabul qilish kerak, ularga pT4, tekshirilgan limfa tugunlari soni kam (8dan kam), ichak perforatsiyasi, o'smaning buyraklashi (tumor budding) 2-3 daraja kiradi.

MSI H/dMMR aniqlanishi yaxshi prognozni ko'rsatuvchi omil bo'lib, operatsiyadan keyingi ximioterapiyadan bosh tortish uchun asos hisoblanadi.

Faterov so'rg'ichi o'smalarini ad'yuvant terapiyasi

Ad'yuvant terapiya Faterov so'rg'ichining o'smalariga T2N0 va undan yuqori bosqichlardagi barcha bemorlarga operatsiyadan keyin 12 haftadan kech bo'lmaydigan vaqtda belgilanadi. Optimal muddat — operatsiyadan keyin 4–8 hafta, agar qarshiliklar va jiddiy xirurgik murakkabliklar bo'lmasa. Sistemali operatsiyadan keyingi ximioterapiyaning davomiyligi — 6 oy (NT sxemasiga kiritilsa — 4 oy, quyiga qarang).

Pankreatobiliar yoki aralash tipdagi o'smalar uchun ad'yuvant davolashning optimal varianti hali aniqlanmagan. Ko'pchilik bemorlarda kapetsitabinni monoterapiya sifatida qo'llash, shuningdek, ayrim holatlarda mFOLFIRINOX tavsiya etiladi. Ichak tipidagi o'smalar uchun XELOX/FOLFOX rejalarini qo'llash tavsiya qilinadi. I darajada toksik polineyropatiya rivojlansa, oksaliplatinni bekor qilish va ftorpirimidinlar bilan monoterapiyani davom ettirish mumkin.

Faterov sosochkasining operatsiyadan keyingi ximionur terapiyasining samaradorligiga oid ma'lumotlar ziddiyatlidir. Ikki meta-analizada qarshi natijalar olingan. Eng so'nggi meta-analizada, shular orasida 6 randomizlashtirilgan tadqiqotni o'z ichiga olgan, ximionur terapiyasining samaradorligi isbotlanmadi. Operatsiyadan keyingi ximionur terapiyasidan foyda olayotgan yagona bemorlar — rezektsiya chetlarida ijobiy natijaga ega va pT4 o'smalari bo'lgan bemorlardir. Bu holatda optimal taktika — 4 oy davomida sistemali ximioterapiyani amalga oshirish va keyinchalik ftorpirimidinlar bilan radiomodifikatsiya asosida uzoq muddatli ximionur terapiyasini o'tkazishdir. NT standart fraktsiyalash rejimida ROD 1,8–2 Gr, haftasiga 5 kun, SOD 50–50,4 Gr da o'tkaziladi.

8- jadval. Ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratonini ad'yuvant dori terapiyasi.

<p>Ichak tipidagi ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratoni</p>	<p>FOLFOX: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 2-soatlik infuziya 1-chi kunda, kaltsiy folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida oksaliplatin bilan parallel tarzda, keyinchalik 5-ftoruratsil bolyus 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziyada 5-ftoruratsil 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i; har 14 kunda.</p> <p>XELOX: oksaliplatin 130 mg/m² v/i 1-chi kunda, kapetsitabin 2000 mg/m² kunga ichka 1–14-kunlar davomida, har 21 kunda</p> <p>Капецитабин 1000–1250 mg/m² ikki marta kunga ichka 1-chi–14-kunlar davomida, har 21</p>
---	---

	<p>kunda</p> <p>De Gramont: kaltsiy folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, keyinchalik 5-ftoruratsil bolyus 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziyada 5-ftoruratsil 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik), har 14 kunda</p>
<p>Pankreatobiliar/ aralash tipdagi Faterov so‘rg‘ichi saratoni</p>	<p>Kapetsitabin 1000–1250 mg/m² ikki marta kunga ichka 1-chi–14-kunlar davomida, har 21 kunda</p> <p>mFOLFIRINOX: - Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 120 min. 1-chi kunda; Irinotekan 150 mg/m² v/i 90 min. 1-chi kunda; Kaltsiy folinat 400 mg/m² v/i 120 min. 1-chi kunda; 5-ftoruratsil 2400 mg/m² v/i infuziya 46 soat davomida 1-chi kunda har 14 kunda</p>

5.2. Tarqalgan jarayon

Ingichka ichak adenokartsinomalari o‘tgani ko‘proq regionar limfa tugunlariga, jigarga va qorin pardaga metastaz bersa ham, boshqa a'zolarga ham metastaz berishi mumkin. Qo‘shni tuzilmalarga invaziya, tipik emas. O‘n ikki barmoqli ichak, och va yonbosh ichak o‘smalarida qorin poyasi va paraaortal tugunlarining ishtiroki uzoq M1 metastazining belgisidir. Fater so‘rg‘ichi ampulasi o‘smalarining metastazlari ko‘pincha jigarda, qorin parda bo‘ylab, kamroq o‘pka, plevra va boshqa organlarda uchraydi.

Ingichka ichak o‘smalari uchun davolash birinchi liniyasi

Ingichka ichak o‘smalarining dorilar bilan davolash bo‘yicha ma'lumotlar juda cheklangan. Asosiy tadqiqotlar 2-faza tadqiqotlari va retrospektiv tadqiqotlar bilan taqdim etilgan. Bu tadqiqotlarda, ximioterapiyani qabul qilayotgan bemorlarning hayot davri simptomatik davolashga nisbatan uzunligi ko‘rsatilgan.

Ijobiy natijalarga ega bo‘lgan standart davolash variantlari ftorpirimidinlar va oksaliplatinning XELOX/FOLFOX sxemalari hisoblanadi. Agar bemor ikki komponentli terapiyani qabul qila olmasa, ftorpirimidinlar bilan monoterapiya - kapetsitabin yoki de Gramont tavsiya qilinadi.

Bevatsizumab bu bemorlar guruhi uchun qo‘llanilishi mumkin, ammo uning samaradorligi randomizatsiyalangan tadqiqotlarda o‘rganilmagan.

Anti-EGFR preparatlari, panitumumab va setuksimab, kundalik amaliyotda samaradorligi haqidagi ma'lumotlar yo'qligi va ontogenez bo'yicha ingichka ichak o'smalari yo'g'on ichakning o'ng qismi o'smalariga o'xshashligi sababli samaradorligini pasaytirish ehtimoliga asoslanib, tavsiya etilmaydi.

Boshqa davolash variantlari faqat retrospektiv tadqiqotlarda o'rganilgan va ularni rutin amaliyotda qo'llash tavsiya qilinmaydi. Bu variantlar ftorpirimidinlar va irinotekanning kombinatsiyasi (FOLFIRI) yoki irinotekanning monoterapiyasini o'z ichiga olishi mumkin.

Fater so'rg'ichi ampulasi o'smalarini birinchi liniya terapiyasi

Fater so'rg'ichi saratonini davolashda aniq bemorda o'smaning subtipini aniqlash ahamiyatga ega bo'lib, u bemorda ichak yoki pankreatobiliar tipi bo'lishi mumkin.

Pankreatobiliar tipiga ega bo'lgan o'smali bemorlar uchun biliar trakt saratonini davolash dasturiga amal qilish tavsiya etiladi (amaldagi tegishli klinik protokol bo'limiga qarang), bu yerda birinchi bosqichda davolash sxemasi sifatida «gemtsitabin + sisplatin» yoki «gemtsitabin + oksaliplatin» kerak bo'lib, agar kasallik progressiyalansa, ikkinchi liniyada FOLFOX qo'llaniladi. Immunoonkologik preparatlar, durvalumab va pembrolizumab, biliar rak holatlarida samarali ekanligi isbotlangan bo'lsa-da, ular Faterov so'rg'ichining o'smalariga ta'sir qilishini ko'rsatgan tadqiqotlar olib borilmagan. Shuning uchun immunoonkologik preparatlardan foydalanish qo'shimcha asoslantirilgan bo'lmasa, tavsiya etilmaydi.

Kuchsiz holatda bo'lgan patsiyentlarga kapetsitabin yoki gemtsitabin bilan monoximioterapiya tavsiya etilishi mumkin.

Ichak tipi o'smasi bo'lgan bemorlar, randomizatsiya qilingan tadqiqotlar bo'lmagan bo'lsa-da, saraton kasalliklari bo'yicha davolash dasturiga muvofiq davolanishi kerak, ya'ni XELOX/FOLFOX ± bevatsizumab rejalarini qo'llash kerak.

Davoning ikkinchi va keyingi liniyasi

Standartli variantlar ikkinchi va keyingi davolash bosqichlari uchun ingichka ichak va Faterov so'rg'ichining saraton kasalliklariga mavjud emas. Agar bu davolash variantlari avval qo'llanilmagan bo'lsa, ximioterapiyani FOLFOX yoki FOLFIRI bilan o'tkazish mumkin.

Targetlanadigan alteratsiyalar (MSI, BRAF, HER2, BRCA/PALB2)ni aniqlash uchun IGH va genetik tadqiqotlarni o'tkazish maqsadga muvofiq. MSI aniqlangan taqdirda pembrolizumab yoki «nivolumab + ipilimumab»

kombinatsiyasini tayinlash mumkin, BRAF genlari alteratsiyasida, anti-BRAF va anti-MEK preparatlar kombinatsiyasini, HER2 bo'lsa trastuzumab yoki trastuzumab va pertuzumab kombinatsiyasini qo'llash mumkin.

Bemorga kengaytirilgan genetik tadqiqotlar o'tkazish taklif qilinadi, bu targetlanadigan alteratsiyalarni aniqlashga yordam beradi.

Ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratoni uchun mumkin bo'lgan dori bilan davolash variantlari 9-jadval keltirilgan.

9-jadval. Ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratonini palliativ dori terapiyasi.

Terapiyaning birinchi liniyasi	
Ichak tipidagi ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratoni	<ul style="list-style-type: none"> • Bevatsizumab 7,5 mg/kg v/i har 21 kun yoki 5 mg/kg v/i har 14 kun (qo'llaniladigan XT rejimiga qarab) har qanday quyida keltirilgan rejimlar bilan birgalikda: • FOLFOX: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 2 soatlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida oksaliplatin bilan birga, keyinchalik bolyus 5-ftoruratsila 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunga) v/i, har 14 kun. XELOX: oksaliplatin 130 mg/m² 1-kun, kapetsitabin 2000 mg/m² kuniga ichga 1–14-kun, har 21 kun. • FOLFIRI: Irinotekan 180 mg/m² v/i 90 minutlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida irinotekan bilan birga, keyinchalik bolyus 5-ftoruratsila 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunga) v/i, har 14 kun. • Irinotekan 180mg/m² v/i 90-minutlik infuziya 1-chi kun, har 14 kunda
Pankreatobiliar va aralash tipdagi Faterov so'rg'ichi saratoni	<ul style="list-style-type: none"> • GemCis: Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, sisplatin 25 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, har 21 kun. • GemOx: Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, oksaliplatin 100 mg/m² v/i

	1-kun, har 21 kun.
ECOG 2/komorbidlik (barcha tiplarda)	<ul style="list-style-type: none"> • Kapetsitabin 1000–1250 mg/m² ikki marta kuniga ichka 1-kundan 14-kungacha, har 21 kun. • de Gramont: Kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusini v/i, va keyin 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun. • Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-, 8- va 15-chi kunlar, har 28 kunda
Terapiyaning ikkinchi va keyingi liniyalari	
Agar avval qo‘llanilmagan bo‘lsa	<ul style="list-style-type: none"> • FOLFOX: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 2 soatlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, oksaliplatin bilan birga, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusi v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun.
Agar avval qo‘llanilmagan bo‘lsa	<ul style="list-style-type: none"> • FOLFIRI: Irinotekan 180 mg/m² v/i 90 minutlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, irinotekan bilan birga, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusi v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun.
HER2 giperekspressiyasi yoki amplifikatsiyasida	<ul style="list-style-type: none"> • Trastuzumab + pertuzumab: trastuzumab 8 mg/kg v/i (yuklama dozasi) 1-kun 1-tsiklda, keyin — 6 mg/kg v/i har 3 haftada, pertuzumab 840 mg v/i (yo‘qotish dozasi) 1-kun 1-tsiklda, keyin — 420 mg v/i, har 21 kun.
MSI-H/dMMR da	<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 30-minutlik infuziya har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 42 kunda. • Nivolumab 3 mg/kg v/i kapel bilan 30 daqiqa har 3 haftada va ipilimumab 1 mg/kg v/i tomchilab 30 daqiqa 1 marta har 3 haftada (4 kiritish, keyinchalik davom etadi monoterapiya nivolumab bilan 240 mg yoki 3 mg/kg v/i

	tomchilab 1 marta har 2 haftada yoki 480 mg v/i tomchilab 1 marta har 4 haftada).
BRAF +MEK-ingibitor (faqat BRAF V600E mutatsiyasida)	<ul style="list-style-type: none"> • Dabrafenib 150 mg ichkiga 2 marta kunga, trametinib 2 mg ichkiga 1 marta kunga, har kuni davomli. • Vemurafenib 960 mg ichkiga 2 marta kunga, har kuni + kobimetinib 60 mg kunga 21 kun qabul, 7 kun dam olish.

Ichakning neyroendokrin o'smalarini medikamentoz davolash

Kimyo terapiya:

1. Sitostatiklar bilan monoximioterapiya.
2. Sitostatiklar bilan poliximioterapiya.
3. Kombinirlangan kimyo terapiya: bioterapiya + ximioterapiya.
4. Simptomatik terapiya.

Ingichka ichak neyroendokrin kasalliklarida quyidagi kimyo terapiya sxemalarini qo'llash mumkin:

1. Siklofosfamid – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Streptozotsinid – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Ftoruratsil – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

2. FAC-S:

Ftoruratsil – 400 mg/m², v/i, tomchilab, 1-chi va 8-chi kunlar.

Doksorubitsin – 30 mg/m², v/i, 1-chi kun.

Siklofosfamid – 75 mg/m², ichga, 1-chi, 2-chi, 3-chi, 4-chi, 5-chi, 6-chi, 7-chi, 8-chi, 9-chi, 10-chi, 11-chi, 12-chi, 13-chi, 14-chi kunlar.

Streptozotsinid – 400 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

3. Sisplatin – 80 mg/m², v/i, tomchilab, 1-y kun.

Etopozid – 120 mg/m², v/i, tomchilab, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

4. Karboplatin – AUC 4-5;

Etopozid – 100 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

5. Doksorubitsin – 50 mg/m², v/i, 1-y kun.

Streptozotsinid – 500 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y, 4-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

6. Streptozotsin – 1 g/m², v/i, 1-y kun.

Ftoruratsil – 600 mg/m², v/i, 1-y kun yoki 325 mg/m², 1-y, 2-y, 3-y, 4-y, 5-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

5. Dakarbazin – 200 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Epirubitsin – 25 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Ftoruratsil – 250 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 3 haftada.

6. Temozolomid – 150 mg/m²/kun, ichga, 7 kun, pererыv 7 kun.

Bevatsizumab – 5 mg/kg, v/i, 1 marta har 2 hafta.

Kurs davomiyligi 22 hafta.

7. Temozolomid – 150 mg/m²/kun, ichga, 1-y, 2-y, 3-y, 4-y, 5-y kunlar.

Kapetsitabin – 2 g/m²/kun, ichga, 1-y dan 14-y kungacha.

Sikl takrorlanishi har 28 kunda.

Bioterapiya

Somatostatin va interferon- α sintetik analoglari kombinatsiyasi (prolongirlangan shakli (PEG-interferon)).

Oktreotid – 50-500 mkg, t/o, kunga 3 marta (doza individual tanlanadi).

Oktreotidning deponirlangan shakli (sandostatin LAR, oktreotid depo, lanreotid): avval oktreotid qabul qilgan bemorlar uchun.

Sandostatin LARning tavsiya etilgan boshlang'ich dozasi 20 mg, m/o, har 28 kunda.

Oktreotid bilan davolash sandostatin LAR in'ektsiyasidan keyin yana 2 hafta davom etadi.

Avval oktreotid qabul qilmagan bemorlar uchun davolash sandostatindan 100 mkg, kunga 3 marta, 2 hafta davomida boshlanadi.

Yaxshi ko'tarish va klinik ta'sir kuzatilsa, sandostatin LAR ga o'tish mumkin.

Sandostatin LAR dozasi 3 oy davolashdan so'ng tartibga keltirilishi mumkin:

1. Agar simptomlar va biologik markerlar yaxshi nazoratda bo'lsa, doza har 4 haftada 10 mg ga kamaytirilishi mumkin.
2. Simptomlar qaytishi holatida, doza 20 mg ga oshiriladi.
3. Agar simptomlar qisman nazorat qilinsa, doza har 4 haftada 30 mg ga oshirilishi mumkin.

Lanreotid – dozalar va rejimlar javob reaksiyasini baholashdan so'ng individual tanlanadi. Oddiyan tavsiya qilinadigan doza 60-120 mg, m/o, har 4 haftada.

Oktreotid depo, sandostatin LAR kabi, 20 mg, m/o, har oyda 1 marta qabul qilinadi, zarurat bo'lsa doza oshirilishi mumkin.

Interferon- α – 3-5 mln YeD, t/o, har hafta 3 marta. Doza individual tanlanadi, ko'tarishga bog'liq.

Metastatik neyroendokrin o'smalarda terapiyani tanlash algoritmi



10- jadval. Asosiy dori-vositlarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmako- terapevtik guruhi	Dori vositasi HPN	Qo‘llash usuli	ID
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	Karboplatin	AUC 4-5;	A
Pirimidin antagonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletka, ichishga	A
O‘smaga qarshi antibiotiklar	Doksorubitsin	30 mg/m ² , v/i, 1-chi kun	A
	Epirubitsin	25 mg/m ² , v/i, v 1-chi, 2-chi, 3-chi kunlar	A
Alkillovchi birikmalar (NEOda)	Siklofosfamid	500 mg/m ² , v/i, 1 va 8 kunlar	A
Nitrozomochevina unumlari (NEOda)	Streptozotsin	500 mg/m ² , v/i, 1 va 8 kunlar	A
Alkillovchi vositalar (NEOda)	Dakarbazin	200 mg/m ² , v/i, 1-, 2-, 3-kunlar	A
	Temozolomid	150 mg/m ² /sut., ichishga, 7 kun, tanaffus 7 kun	A
Somatostatin sintetik analoglari (NEOda)	Oktreotid	50-500 mkg, t/o, sutkada 3 marta	A
	Lanreotid	60-120 mg, m/o, har 4 haftada	A
	Sandostatina LAR	10-30 mg har 4 haftada	A

Antimetabolitlar	Gemtsitabin	1000 mg/m ² v/i 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar, har 28 kunda	A
O'sish omili va uning retseptorlariga monoklonal antitanalar	trastuzumab	Yuklama va qo'llab quvvatlovchi dozalari 3 haftada 1 marta progressiyalanishgacha, v/i	A
O'sish omili va uning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab	7,5 mg/kg v/i har 21 kunda yoki 5 mg/kg v/i har 14 kunda	A
PD-1 retseptorlariga monoklonal antitanalar	pembrolizumab	200 mg v/i v 1 kun	A
	nivolumab	3 mg/kg v/i tomchilab 30 minut har 3 haftada	A
	ipilimumab	1 mg/kg v/i tomchilab 30 minut 3 haftada 1 marta	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Platina kompleks birikmalari	oksaliplatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	ftoruratsil	400 mg/m ² v/i bolyus yuborish	A
Proteintirozinkinaza ingibitorlari	imatinib	400-800mg/sut., peroral, uzoq vaqt	A
	sunitinib	25-50 mg/sut., peroral, uzoq vaqt	A
Bisfosfonatlar guruhidan suyak rezorbtsiyasi ingibitorlari	pamidronovaya kislota	90mg v/i 4-soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	B
	zoledronovaya kislota	v/i tomchilab 15 minut davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B
Suyak to'qimasi rezorbtsiyasi ingibitorlari Monoklonal antitanalar	denosumab	120 mg teri ostiga	A

Saqlash (havoli)	https://www.rosnecoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf
------------------	---

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

Farmako-terapevtik guruhi	Dori vositasi HPN	Qo‘llash usuli	ID
O‘smaga qarshi terapiya toksikligini kamaytiruvchi preparatlar	kaltsiya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	B
Antibakterial vositalar	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol		A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichishga	B
	Itrakonazol	Ichishga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Pozakonazol	Ichishga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Atsiklovir	Vena ichiga Ichishga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiladigan dori vositalari	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo‘llanish	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichishga	
	Amlodipin	Ichishga	B
	Drotaverin	Vena ichiga	
	Ichishga		B
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B

	Spironolakton	Ichishga	-
	Povidon – yod	Tashqariga	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliyevaya kislota	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
Saqlash (havola)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6) Jarrohlik davosi [5, 9, 16,17].

O‘n ikki barmoqli ichak o‘smalari va ichak tipidagi ampulyar o‘smalari pankreato-biliar turdagi ampullar o‘smalari va oshqozon osti bezi o‘smalaridan farqli o‘laroq, bu jarayonda atrofdagi to‘qimalarni o‘z ichiga olgan yuqori infiltrativ potentsialga yega bo‘lgan nisbatan lokal o‘sish xarakteri bilan tavsiflanadi.

6.1. Lokal shakllari

Regionar limfa tugunlari

Regionar limfa tugunlarni olib tashlash kasallikning bosqichi haqida muhim ma'lumot beradi, bu esa ad'yuvant terapiyasiga oid qarorlarga ta'sir qiladi. Shuningdek, olib tashlangan limfa tugunlari soni retsivlar soni va umumiy yashovchanlik ko‘rsatkichlariga ta'sir ko‘rsatishi isbotlangan.

Ingichka ichakning o‘smasini rezektsiya qilishda diagnozni to‘g‘ri qo‘yish uchun kerakli optimal hajm – 8 ta yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarni olib tashlash hisoblanadi. Faterov so‘rg‘ichining saratoni bo‘yicha pankreatoduodenal rezektsiyani amalga oshirishda optimal stadiyalash uchun 12 ta yoki undan ortiq limfa tugunni patomorfologik baholash talab etiladi.

Jarrohlik amaliyotlari turlari

Lokalizatsiyalangan ingichka ichak o‘simtalarida xirurgik aralashuv turi boshlang‘ich o‘choqning joylashuviga bog‘liq.

12 barmoq ichak o‘simtalarida, agar uning pastki qismi zararlangan bo‘lsa, pankreatoduodenal rezektsiya yoki Uippl operatsiyasini amalga oshirish tavsiya qilinadi.

O‘n ikki barmoq ichakning gorizonta va yuqori qismlaridagi o‘smalarda turli xil yondashuvlar mumkin: pankreatoduodenal rezektsiyani amalga oshirish bilan birga, sirkulyar pankreato-saqlovchi rezektsiya yoki en bloc keng miqyosdagi mahalliy kesib olish imkoniyati muhokama qilinadi, bu yondashuvning onkologik natijalari bir xil

bo‘lib, operatsiyadan keyingi asoratlarning ortiqcha yuqori xavfsiz amalga oshiriladi.

Och va yonbosh ichak o‘smalari bo‘lgan bemorlarga boshlang‘ich o‘choqning lokal tarqalishini hisobga olgan holda, regionar limfa tugunlar bilan en bloc rezektsiya amalga oshirilishi kerak.

Faterov so‘rg‘ichi ampulasi o‘smalarida standart operatsiya pankreatoduodenal rezektsiya yoki Uippl operatsiyasidir. Ba'zi bemorlarda, agar o‘sma invaziyasiz rivojlansa (Tis), ampulektomiya amalga oshirilishi mumkin. Lekin bu operatsiya regionar limfa tugunlarni olib tashlashni nazarda tutmaydi. Ampulektomiya, shuningdek, qariya yoshdagi bemorlarda, invaziyasiz yoki kichik, 6 mm dan kichik, yuqori darajada differentsiialashgan o‘smalar bilan, Faterov so‘rg‘ichi ampulasining mushak apparatiga invaziyasiz (Tis, T1) bo‘lgan holatlarda ham ko‘rib chiqilishi mumkin, bu holatda operatsiyadan keyingi asoratlari kam bo‘ladi, lekin retsidivlar darajasi biroz yuqori bo‘lishi mumkin, ayniqsa agar o‘sma invaziyalangan bo‘lsa.

To‘g‘ri ichakning kichik kartsinoidlari odatda xavfsiz bo‘lib, ularni to‘liq olib tashlash va davolash mumkin. 1-tur me‘da kartsinoidlari ham odatda xavfsiz bo‘lib, ularni to‘liq olib tashlash va davolash mumkin. Appendiks kartsinoid o‘smalari odatda appendektomiya jarayonida to‘liq olib tashlanib davolanadi.

Kartsinoid o‘simtalari aniqlangan paytda, ingichka ichak va to‘g‘ri ichakning kartsinoidlari ko‘pincha katta bo‘lib, metastazlashni boshlaydi. Ko‘pincha metastazlar bo‘lgan holatda xirurgik davolash tavsiya etilmaydi, chunki operatsiya orqali o‘simtani to‘liq olib tashlash mumkin emas. Ba'zi bemorlarda faqat birta metastaz bo‘lishi mumkin, bu metastaz aniqlangan joy — jigarda cheklangan bo‘lishi mumkin. Bu holatda, birinchi o‘simtani va o‘simtaga zararlangan jigar qismi (gemigepatektomiya)ni xirurgik rezektsiya qilish mumkin. Jigarda bir necha metastazlar bo‘lgan bemorlar kam uchraydi. Bu hollarda o‘smalar ko‘p bo‘lganligi sababli gemigepatektomiya amalga oshirilmaydi. Bunday diagnozga ega bo‘lgan ba'zi bemorlar muvaffaqiyatli tarzda jigar transplantatsiyasi bilan davolanadi.

6.2. Tarqalgan jarayon

Ingichka ichakning adenokartsinomalari ko‘pincha regionar limfa tugunlarga, jigarga va qorin pardaga metastazlanadi, ammo boshqa organlarga metastazlashish ham mumkin. Qo‘shni to‘qimalarga invaziya tipik xolat emas. O‘n ikki barmoq ichak, och va yonbosh ichakning o‘simtalarida qorin poyasi va paraaortal limfa tugunlarning zararlanishi, uzoq metastazlanishni (M1) ko‘rsatadi. Faterov so‘rg‘ichi ampulasining o‘simtalarida metastazlar ko‘pincha jigarga, qorin pardaga, kamroq holda o‘pkaga, plevruga va boshqa organlarga metastazlanadi.

Birlamchi o‘smanni olib tashlash

Disseminatsiyalangan jarayonda boshlang‘ich o‘choqni olib tashlash faqat

palliativ maqsadda ko‘rib chiqilishi mumkin, masalan, qon ketishini, obstruktsiyani va shunga o‘xshash holatlarni bartaraf etish uchun. O‘n ikki barmoq ichakning o‘simtalarida palliativ maqsadda NT ko‘rib chiqilishi mumkin, masalan, uzoq vaqt davomida past intensivlikdagi qon ketishida. Boshlang‘ich o‘choqni rezektsiya qilishning yashovchanlik ko‘rsatkichlariga ta'siri haqida ma'lumotlar yo‘q.

Rezektabel metastazlarni olib tashlash

Bir necha tadqiqotlar, agar chegaralangan zararlanish bo‘lsa, jigar va o‘pkadagi metastazlarni olib tashlashning ma'qulligini tasdiqlaydi. Oligometastatik kasallik va bemorning indolent kasallik kechishi holatlarida metastazektomiyani ko‘rib chiqish maqsadga muvofiq, ammo bunday bemorlar juda kam.

Metastazlarni xirurgik olib tashlashning alternativasi sifatida stereotaktik distantSION NT ko‘rsatilishi mumkin.

Disseminatsiyalangan jarayonda xirurgik yoki nurli davolash haqida qaror onkologik konsiliumda, ixtisoslashgan markazlarda qabul qilinishi kerak.

7) Keyingi davolash:

- Dinamik kuzatuv:
- birinchi yili – 3 oyda 1 marta;
- ikkinchi yili – 6 oyda 1 marta;
- keyinchalik, butun umr – yiliga 1 marta.
- Tekshirish usullari:
- qilo‘ngach, me‘da, ingichka ichak, anastomozning rentgenkontrast tekshiruvi;
- fibrogastroskopiya;
- o‘pkalarning rentgenologik tekshiruvi;
- periferik limfa tugunlari UTTsi;
- qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a'zolari UTTsi;
- to‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- ginekolog ko‘rigi (ayollarda);
- qon umumiy tahlili.
- Xromogranin A ni aniqlash (ichak NEO‘larida)
- Ko‘rsatmalarga ko‘ra:
- Fibrokolonoskopiya;

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

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

- **Davo samaradorligi mezonlari**

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

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

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

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

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

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

**«INGICHKA ICHAK VA FATEROV
SO‘RG‘ICHI SARATONI, INGICHKA ICHAK
NEYROENDOKRIN O‘SMALARI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY
ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C17.0	– o‘n ikki barmoq ichak saratoni
C17.1	– och ichak saratoni
C17.2	– yonbosh ichak saratoni (ileosekal klapan saratoni istisno S18.0)
C17.8	– bir yoki ko‘proq lokalizasiyadan tashqari ingichka ichak saratoni
C17.9	– Noma'lum joylashuvli ingichka ichak saratoni.
C24.1	– Fater so‘ragichi ampulasi saratoni.
Yuklab olish (XK-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1103	
KXT -11:	
Kodi	Nomlanishi
2B80	Ingichka ichakning xavfli o‘smasi
2B80.0	O‘n ikki barmoqli ichakning xavfli o‘smalari
2B80.00	O‘n ikki barmoqli ichakning adenokarsinomasi
2B80.01	O‘n ikki barmoqli ichakning neyroendokrin o‘smalari
2B80.0Y	O‘n ikki barmoqli ichakning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2B80.0Z	Aniqlanmagan o‘n ikki barmoqli ichak xavfli o‘smalari
2B80.1	Och yoki yonbosh ichakning xavfli o‘smalari
2B80.10	Och yoki yonbosh ichakning adenokarsinomasi
2B80.11	Och yoki yonbosh ichakning neyroendokrin hosilalari
2B80.1Y	Och yoki yonbosh ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B80.1Z	Och yoki yonbosh ichakning aniqlanmagan xavfli hosilalari
2B80.2	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari
2B80.20	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak adenokarsinomasi
2B80.21	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak neyroendokrin hosilalari
2B80.2Y	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari, aniqlanmagan
2B5B.1	Ingichka ichakning gastrointestinal stromal o‘smasi
2B80.Y	Ingichka ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilasi
2B80.Z	Ingichka ichakning aniqlanmagan xavfli hosilasi

Yuklab olish (XK-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574>

1. Asosiy qism.

Kirish (foydalanilgan manba'ga havola:

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

Ingichka ichak va Fater so'ragichi ampulasi o'smalari alohida nozologik birliklar bo'lib, ushbu bobda ma'lum biologik o'xshashlik, davolash-diagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo'yicha ilmiy ma'lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsiptan asosida birlashtirilgan (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

Ingichka ichakning xavfli o'smalari kam uchraydigan o'smalarga kiradi va MIT (me'da-ichak trakti) o'smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o'smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o'simalari holatlarining yarmidan ko'prog'i o'n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to'g'ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o'smalariga to'g'ri keladi. Eng ko'p uchraydigan xavfli o'smalar epiteliy tuzilmalari bo'lib, ular ushbu bobda ko'rib chiqiladi. Kamroq uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o'smalar bo'lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo'limlarida ko'rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Faterov so'rg'ichi ampulasining o'smalari (ampullar o'smalari) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin, ammo aslida kartsinomalarning 40% gacha aralash kelib chiqishi, bu ularning immunofenotipiga ta'sir qiladi. Ampullar ichak saratoni pankreatobiliar saratonga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo'linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar duktal va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo'ladi, ampulyar duktal kartsinomalar esa odatda pankreatobiliar manbaga ega bo'ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo'lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o'z ichiga oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko'ra, 2023 yilda O'zbekiston Respublikasida ingichka ichak saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 0,3 tani tashkil etadi. 2023 yilda birinchi marta ingichka ichak saratoni bilan kasallangan jami 124 bemor aniqlandi. Ulardan 0,3% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. Ingichka ichak saratoni morfologik tasdiqlangan tashxisi bo'lgan bemorlarning ulushi 91,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 2,4%, II bosqichida 43,5%, III bosqichida 29,0% va IV bosqichida 22,6% holatlar aniqlangan.

Bemorlarning 2,4 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2025 yil boshida dispanser nazorati ostida ingichka ichak saratoni bilan kasallangan 406 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 1,1 ni tashkil etdi. Respublikada ingichka ichak saratoni bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 23,6% va 1 yillik o‘lim darajasi 22,5% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2023 yilda 53 bemor ingichka ichak saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 0,1 o‘limni tashkil etadi.

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

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

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

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:

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

3) Muolaja yoki aralashuvga ko‘rsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalarining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan so‘ng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan o‘choqsiz) o‘smaning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdig‘ining yo‘qligi,

ammo ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining asosiy o'chog'ining gistologik tekshiruvi mavjudligi.

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

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

4) Jarrohlik davolash tamoyillari

Jarrohlik usulida davolashga ko'rsatmalar:

- Ingichka ichakning gistologik tasdiqlangan operabel xavfli o'smalari;
- Jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmasa.

Ingichka ichak xavfli o'smalarini jarrohlik usulida davolashga qarshi ko'rsatmalar:

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

O'n ikki barmoqli ichak o'smalari va ichak tipidagi ampulyar o'smalari pankreato-biliar turdagi ampullar o'smalari va oshqozon osti bezi o'smalaridan farqli

o‘laroq, bu jarayonda atrofdagi to‘qimalarni o‘z ichiga olgan yuqori infiltrativ potentsialga yega bo‘lgan nisbatan lokal o‘sish xarakteri bilan tavsiflanadi.

4.1. Lokal shakllari

Regionar limfa tugunlari

Regionar limfa tugunlarni olib tashlash kasallikning bosqichi haqida muhim ma'lumot beradi, bu esa ad'yuvant terapiyasiga oid qarorlarga ta'sir qiladi. Shuningdek, olib tashlangan limfa tugunlari soni retsidivlar soni va umumiy yashovchanlik ko'rsatkichlariga ta'sir ko'rsatishi isbotlangan.

Ingichka ichakning o'smasini rezektsiya qilishda diaqnozni to'g'ri qo'yish uchun kerakli optimal hajm – 8 ta yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarni olib tashlash hisoblanadi. Faterov so'rg'ichining saratoni bo'yicha pankreatoduodenal rezektsiyani amalga oshirishda optimal stadiyalash uchun 12 ta yoki undan ortiq limfa tugunni patomorfologik baholash talab etiladi.

Jarrohlik amaliyotlari turlari

Lokalizatsiyalangan ingichka ichak o'simtalarida xirurgik aralashuv turi boshlang'ich o'choqning joylashuviga bog'liq.

12 barmoq ichak o'simtalarida, agar uning pastki qismi zararlangan bo'lsa, pankreatoduodenal rezektsiya yoki Uippl operatsiyasini amalga oshirish tavsiya qilinadi.

O'n ikki barmoq ichakning gorizonta va yuqori qismlaridagi o'smalarda turli xil yondashuvlar mumkin: pankreatoduodenal rezektsiyani amalga oshirish bilan birga, sirkulyar pankreato-saqlovchi rezektsiya yoki en bloc keng miqyosdagi mahalliy kesib olish imkoniyati muhokama qilinadi, bu yondashuvning onkologik natijalari bir xil bo'lib, operatsiyadan keyingi asoratlarning ortiqcha yuqori xavfisiz amalga oshiriladi.

Och va yonbosh ichak o'smalari bo'lgan bemorlarga boshlang'ich o'choqning lokal tarqalishini hisobga olgan holda, regionar limfa tugunlar bilan en bloc rezektsiya amalga oshirilishi kerak.

Faterov so'rg'ichi ampulasi o'smalarida standart operatsiya pankreatoduodenal rezektsiya yoki Uippl operatsiyasidir. Ba'zi bemorlarda, agar o'sma invaziyasiz rivojlansa (Tis), ampulektomiya amalga oshirilishi mumkin. Lekin bu operatsiya regionar limfa tugunlarni olib tashlashni nazarda tutmaydi. Ampulektomiya, shuningdek, qariya yoshdagi bemorlarda, invaziyasiz yoki kichik, 6 mm dan kichik, yuqori darajada differentsiialashgan o'smalar bilan, Faterov so'rg'ichi ampulasining mushak apparatiga invaziyasiz (Tis, T1) bo'lgan holatlarda ham ko'rib chiqilishi mumkin, bu holatda operatsiyadan keyingi asoratlarda kam bo'ladi, lekin retsidivlar darajasi biroz yuqori bo'lishi mumkin, ayniqsa agar o'sma invaziyalangan bo'lsa.

To'g'ri ichakning kichik kartsinoidlari odatda xavfsiz bo'lib, ularni to'liq olib tashlash va davolash mumkin. 1-tur me'da kartsinoidlari ham odatda xavfsiz bo'lib, ularni to'liq olib tashlash va davolash mumkin. Appendiks kartsinoid o'smalari odatda appendektomiya jarayonida to'liq olib tashlanib davolanadi.

Kartsinoid o'simtalari aniqlangan paytda, ingichka ichak va to'g'ri ichakning kartsinoidlari ko'pincha katta bo'lib, metastazlashni boshlaydi. Ko'pincha metastazlar bo'lgan holatda xirurgik davolash tavsiya etilmaydi, chunki operatsiya orqali o'simtani to'liq olib tashlash mumkin emas. Ba'zi bemorlarda faqat birta metastaz bo'lishi mumkin, bu metastaz aniqlangan joy — jigarda cheklangan bo'lishi mumkin. Bu holatda, birinchi o'simtani va o'simtaga zararlangan jigar qismi (gemigepatektomiya)ni xirurgik rezektsiya qilish mumkin. Jigarda bir necha metastazlar bo'lgan bemorlar kam uchraydi. Bu hollarda o'smalar ko'p bo'lganligi sababli gemigepatektomiya amalga oshirilmaydi. Bunday diagnozga ega bo'lgan ba'zi bemorlar muvaffaqiyatli tarzda jigar transplantatsiyasi bilan davolanadi.

4.2. Tarqalgan jarayon

Ingichka ichakning adenokartsinomalari ko'pincha regional limfa tugunlarga, jigarga va qorin pardaga metastazlanadi, ammo boshqa organlarga metastazlashish ham mumkin. Qo'shni to'qimalarga invaziya tipik xolat emas. O'n ikki barmoq ichak, och va yonbosh ichakning o'simtalarida qorin poyasi va paraaortal limfa tugunlarning zararlanishi, uzoq metastazlanishni (M1) ko'rsatadi. Faterov so'rg'ichi ampulasining o'simtalarida metastazlar ko'pincha jigarga, qorin pardaga, kamroq holda o'pkaga, plevruga va boshqa organlarga metastazlanadi.

Birlamchi o'smani olib tashlash

Birlamchi o'smani olib tashlash Disseminatsiyalangan jarayonda boshlang'ich o'choqni olib tashlash faqat palliativ maqsadda ko'rib chiqilishi mumkin, masalan, qon ketishini, obstruksiyani va shunga o'xshash holatlarni bartaraf etish uchun. O'n ikki barmoq ichakning o'simtalarida palliativ maqsadda NT ko'rib chiqilishi mumkin, masalan, uzoq vaqt davomida past intensivlikdagi qon ketishida. Boshlang'ich o'choqni rezektsiya qilishning yashovchanlik ko'rsatkichlariga ta'siri haqida ma'lumotlar yo'q.

Rezektabel metastazlarni olib tashlash

Bir necha tadqiqotlar, agar chegaralangan zararlanish bo'lsa, jigar va o'pkadagi metastazlarni olib tashlashning ma'qulligini tasdiqlaydi. Oligometastatik kasallik va bemorning indolent kasallik kechishi holatlarida metastazektomiyani ko'rib chiqish maqsadga muvofiq, ammo bunday bemorlar juda kam.

Metastazlarni xirurgik olib tashlashning alternativasi sifatida stereotaktik distantSION NT ko'rsatilishi mumkin.

Disseminatsiyalangan jarayonda xirurgik yoki nurli davolash haqida qaror onkologik konsiliumda, ixtisoslashgan markazlarda qabul qilinishi kerak.

Muolaja va aralashuv o‘tkazayotgan mutahassisga talablar:

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

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

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

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

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

1. Leykoformula va trombositlar sonini hisoblash bilan umumiy qon tahlili (UQT);
2. Qonning biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, mochevina kislota, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, to‘g‘ridan-to‘g‘ri bilirubin, LDG, AST, ALT, C-reaktiv oqsil (CRB), shelochnoy fosfataza);
3. AVO tizimi bo‘yicha qon guruhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Umumiy siydik tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. B va C virusli gepatitlar markerlarini IFA yoki IXL usulida aniqlash;
8. Onkomarkerlar CA19-9 va REA ni aniqlash;
9. Xromogranin A ni aniqlash (ichak NEO da);
10. B va C virusli gepatitlarga PSR (sifat jihatidan);

- 11.OITS (HIVAg/anti-HIV) ni IFA usulida aniqlash;
- 12.Sifilisga serologik reaksiyalar majmuasi;
- 13.Biopsiya olish bilan fibroezofagogastroduodenoskopiya;
- 14.Kontrast modda bilan (ikki marta kontrast) qizilo‘ngachning rentgenoskopik tekshiruvi;
- 15.Oshqozon va ichaklarning kontrast modda bilan rentgenoskopik tekshiruvi (ikki marta kontrast);
- 16.Qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti, kichik chanoq, periferik limfa tugunlari va ko‘krak bezlarining UTT;
- 17.Ko‘krak bo‘shlig‘i a'zolarining rentgenologik tekshiruvi;
- 18.Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a'zolarining kompyuter tomografiyasi;
- 19.Bioptatning (o‘sma, limfa tugun) sitologik tekshiruvi*;
- 20.Bioptatning (o‘sma, limfa tugun) gistologik tekshiruvi*;
- 21.Bioptatning (o‘sma, limfa tugun) immunogistoximik tekshiruvi*;
- 22.Aniq tashxis kamroq invaziv usul bilan tasdiqlanmasa, xavfli jarayonga gumon bo‘lganda diagnostik laparoskopiya/laparotomiya amalga oshirilishi mumkin;
- 23.Laparoskopik mudoxala paytida intraoperasion enteroskopiya o‘tkazilishi mumkin;
- 24.Muxim qon ketishlarda qon ketish sohasini aniqlash uchun angiografiya;
- 25.Fater so‘rg‘ichi saratonida ERXPG;
- 26.Fater so‘rg‘ichi saratonida endo-UTT;
- 27.Kolonoskopiya;
- 28.EKG;
- 29.Exokardiografiya (ExoKG);
- 30.Butun tana PET/KT**;
- 31.Kontrast modda bilan MSKT***

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

3.8. Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:

1. B va C virusli hepatitlarga PZR (miqdoriy)
2. COVID-19 uchun PZR

3. QQS va qon gazlarini aniqlash
4. To‘g‘ridan-to‘g‘ri va bilvosita Kumbs sinovlari
5. Standart sitogenetik tekshiruv
6. Ferritin, folatlar, zardob temiri, B12 vitaminini aniqlash
7. ProBNP
8. Prokalsitonin
9. Antitrombin III, D-dimer
10. Fertil yoshdagi ayollar uchun — homiladorlik testi, XGChni aniqlash
11. Periferik qonning IFTsi
12. Standart sitogenetik tekshiruv
13. Assit, plevra va perikard suyuqliklarining sitologik tekshiruvi
14. FISH va PSR usulida molekulyar-genetik tekshiruvlar
15. Burun yordamchi sinuslarining rentgenografiyasi
16. Ortopantomogramma
17. Ko‘krak segmentining kompyuter tomografiyasi
18. Kontrast modda bilan bosh va bo‘yin KT
19. Bronxoskopiya
20. Kolonoskopiya
21. Qon tomirlarining (venalar va/yo arteriyalar) UZDG
22. Spirografiya
23. Bosh miyaning MRTsi
24. Qalqonsimon bez, yumshoq to‘qimalar, plevra bo‘shliqlari va perikard UTTsi
25. Xolter EKG monitoringi

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo‘limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funktsional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funktsional diagnostika bo‘limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo‘limi), <1>;
- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimatsiya bo‘limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo‘linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;
- Bo‘lim bemorlarni doimiy ravishda kuzatib borish uchun onkolog va bo‘lim hamshirasidan iborat navbatchi guruh tomonidan kechayu kunduz nazorat bilan ta'minlanishi kerak.
- Bo‘lim strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:
- Ko‘ruv xonasi;
- Bo‘lim mudiri xonasi;

- Shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog‘lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;
- xuqnaxona;
- hamshiralar xonasi.

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

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

A) Malakali personal [8].

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

T/r	Lavozim nomi	Lavozim soni
1.	Bo‘lim mudiri - shifokor-onkolog	1

2.	Shifokor-onkolog	10 o‘ringa 1 ta
3.	Palata hamshirasi	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o‘ringa 4,75
4.	Muolaja xonasi hamshirasi	Xonaga 1 ta
5.	Bog‘lov xonasi hamshirasi	25 o‘ringa 1 ta
6.	Katta hamshira	1
7	Bemorlarga qarovchi kichik hamshira	15 o‘ringa 1 ta
8	Sanitar	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o‘ringa 4,75; 1 (muolaja va bog‘lov xonasida ishlash uchun); 30 o‘ringa 1 ta 30 o‘ringa 2 ta
9	Xo‘jalik bekasi	1

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

T/r	Lavozim nomi	Lavozim soni
1.	Bo‘lim mudiri - shifokor-onkolog, shifokor-xirurg	Jarrohlik blokiga 1 ta
2.	Katta jarrohlik hamshirasi	Jarrohlik blokiga 1 ta
3.	Jarrohlik hamshirasi	Rejali jarrohlik bo‘limiga 1,5 ta Aylana sutka jarrohlik bo‘limiga 4,75 ta
4.	Bo‘lim bekasi	1
5.	Sanitar	1 ta rejali jarrohlik bo‘limiga 1 ta Aylana sutka jarrohlik bo‘limiga 4,75 ta

B) Xavfsizlik choralariga rioya qilish talablari [8]: O‘zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalariga, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarning standart to‘plami;
- Virtual simulyatsiya funktsiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya funktsiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matrats;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo‘yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

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

- gepatoprotektorlar;
- qayt qilishga qarshi dorilar;
- immunomodulyatorlar;
- probiotiklar va boshqalar.

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

8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko‘rsatkichlari.

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

- **To‘liq samara** - bu kamida 4 hafta davomida barcha o‘choqlarning yo‘qolishi.
- **Qisman samara** - boshqa o‘choqlari progressiyaning yo‘qligida barcha yoki alohida o‘smalarning 50% yoki undan ko‘p kichrayishi hisoblanadi.
- **Stabilizatsiya** - (o‘zgarishsiz) boshqa yangi o‘choqlar paydo bo‘lmagan holda, o‘smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.
- **Progressiya** - bir yoki bir nechta o‘smalar o‘lchamlarining 25% dan ko‘p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi.
- **Retsidivsiz** (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emotsional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining fizik holati ham kiradi.

**«INGICHKA IChAK VA FATEROV
SO‘RG‘ICH I SARATONI, INGICHKA IChAK
NEYROENDOKRIN O‘SMALARI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C17.0	– o‘n ikki barmoq ichak saratoni
C17.1	– och ichak saratoni
C17.2	– yonbosh ichak saratoni (ileosekal klapan saratoni istisno S18.0)
C17.8	– bir yoki ko‘proq lokalizasiyadan tashqari ingichka ichak saratoni
C17.9	– Noma'lum joylashuvli ingichka ichak saratoni.
C24.1	– Fater so‘ragichi ampulasi saratoni.
Yuklab olish (XK-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1103	
KXT -11:	
Kodi	Nomlanishi
2B80	Ingichka ichakning xavfli o‘smasi
2B80.0	O‘n ikki barmoqli ichakning xavfli o‘smalari
2B80.00	O‘n ikki barmoqli ichakning adenokarsinomasi
2B80.01	O‘n ikki barmoqli ichakning neyroendokrin o‘smalari
2B80.0Y	O‘n ikki barmoqli ichakning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2B80.0Z	Aniqlanmagan o‘n ikki barmoqli ichak xavfli o‘smalari
2B80.1	Och yoki yonbosh ichakning xavfli o‘smalari
2B80.10	Och yoki yonbosh ichakning adenokarsinomasi
2B80.11	Och yoki yonbosh ichakning neyroendokrin hosilalari
2B80.1Y	Och yoki yonbosh ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B80.1Z	Och yoki yonbosh ichakning aniqlanmagan xavfli hosilalari
2B80.2	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari
2B80.20	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak adenokarsinomasi
2B80.21	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak neyroendokrin hosilalari
2B80.2Y	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari, aniqlanmagan
2B5B.1	Ingichka ichakning gastrointestinal stromal o‘smasi
2B80.Y	Ingichka ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilasi
2B80.Z	Ingichka ichakning aniqlanmagan xavfli hosilasi

Yuklab olish (XK-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574>

1. Asosiy qism.

- Kirish

Ingichka ichak va Fater so'ragichi ampulasi o'smalari alohida nozologik birliklar bo'lib, ushbu bobda ma'lum biologik o'xshashlik, davolash-dagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo'yicha ilmiy ma'lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsip asosida birlashtirilgan (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

- Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola: <https://www.rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>)

Ingichka ichakning xavfli o'smalari kam uchraydigan o'smalarga kiradi va MIT (me'da-ichak trakti) o'smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o'smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o'simalari holatlarining yarmidan ko'prog'i o'n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to'g'ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o'smalariga to'g'ri keladi. Eng ko'p uchraydigan xavfli o'smalar epiteliy tuzilmalari bo'lib, ular ushbu bobda ko'rib chiqiladi. Kamroq uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o'smalar bo'lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo'limlarida ko'rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Faterov so'rg'ichi ampulasining o'smalari (ampullar o'smalari) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin, ammo aslida kartsinomalarning 40% gacha aralash kelib chiqishi, bu ularning immunofenotipiga ta'sir qiladi. Ampullar ichak saratoni pankreatobiliar saratonga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo'linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar dukтал va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo'ladi, ampulyar dukтал kartsinomalar esa odatda pankreatobiliar manbaga ega bo'ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo'lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o'z ichiga oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko'ra, 2023 yilda O'zbekiston Respublikasida ingichka ichak saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 0,3 tani tashkil etadi. 2023 yilda birinchi marta ingichka ichak saratoni bilan kasallangan jami 124 bemor aniqlandi. Ulardan 0,3% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. Ingichka ichak saratoni morfologik tasdiqlangan tashxisi bo'lgan

bemorlarning ulushi 91,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 2,4%, II bosqichida 43,5%, III bosqichida 29,0% va IV bosqichida 22,6% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 2,4 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2025 yil boshida dispanser nazorati ostida ingichka ichak saratoni bilan kasallangan 406 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 1,1 ni tashkil etdi. Respublikada ingichka ichak saratoni bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 23,6% va 1 yillik o‘lim darajasi 22,5% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2023 yilda 53 bemor ingichka ichak saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 0,1 o‘limni tashkil etadi.

- Profilaktika yoki reabilitatsiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) (profilaktologiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»[33] i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir[34][35].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [36]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud[36].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[34] [37] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta‘minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [38], me‘moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta‘lim [39] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[40] [41].

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

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi[42][43].

Тиббий реабилитация (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (ЛОТ. *rehabilitatio*, тиклаш[50]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo‘qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funktsiyalarini (ehtiyojlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [51] [52] [53].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [54].

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

2.1. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari.

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

1. Birlamchi profilaktika — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta'sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinfeksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi[19]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [19]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [18].

2. Ikkilamchi profilaktika — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funktsional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi

profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko'rikdir.

1. 3. **Ba'zi profilaktika mutaxassislari** "uchlamchi iprofilaktika" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funktsiyalarini tiklash) rehabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi [17].

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

Bugungi kunda ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining profilaktikasi to'liq o'rganilmagan.

Barcha kantserpreventsia chora-tadbirlarini shartli ravishda uchta bo'limga bo'lish mumkin [53].

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

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

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

Ingichka ichak va Faterov so'rg'ichi saratonini profilaktikasida potentsial beshta asosiy yo'nalishlarni ajratish mumkin [54]:

- Hayot tarzini modifikatsiya qilish;
- ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarini dastlabki bosqichlarida aniqlash uchun skrining;
- ingichka ichak shilliq qavatining avval aniqlangan saraton oldi holatlari bo'lgan bemorlarni kuzatish;
- radikal jarrohlik (rezektsiya) yoki endoskopik davolanishdan so'ng metaxron ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining oldini olish va erta tashxislash.

Ingichka ichak shilliq qavatining saraton oldi holati bo'lgan bemorlarni kuzatish.

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining ikkilamchi profilaktikasi shilliq qavatning saraton oldi holati bo'lgan bemorlarni kuzatish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasidir. Ushbu chora-tadbirlarning

asosiy maqsadi Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarinio'sma jarayonining dastlabki bosqichlarida aniqlashdir.

Birlamchi profilaktikadan farqli o'laroq, ikkilamchi profilaktika sezilarli darajada ko'proq moliyaviy harajatlar va tibbiy resurslarni talab qiladi. Uning sifati ko'p jihatdan zamonaviy endoskopik texnologiyalarning mavjudligiga, endoskopistlarning yaxshi tayyorgarligiga, endoskopik va morfologik diagnostika uchun standartlashtirilgan protokollarga bog'liq [55-58].

Uchlamchi profilaktika:

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

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi metaxron saratonini profilaktikasi va erta aniqlash

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi metaxron saratonini erta aniqlash uchun, yiliga 1-2 marta regulyar endoskopik va rentgenologik tekshiruvdan o'tib turish ko'rsatma bo'ladi.

2.3. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) Profilaktikaning maqsadi:

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari paydo bo'lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo'q qilish, davolanishdan keyin kasallikning asoratlarini erta aniqlash va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika –

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining spetsifik profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Quyidagi tavsiyalarga rioya qilish ushbu patologiyani rivojlanish xavfini kamaytirishga yordam beradi:

- Zararli odatlardan voz kechish, sog'lom turmush tarzini olib borish.
- Kamroq tuz qo'shilgan ovqatni iste'mol qilish
- Asbest ta'siridan himoyalanih
- Proton nasos ingibitorlarini asossiz qabul qilishdan saqlanish

- Surunkali kasalliklarni davolash (autoimmun atrofik gastrit va V12 tanqisligi anemiyasi).
- Emlash, immunitetni mustahkamlash choralari;
- Profilaktik tekshiruvlardan o'tish;
- Agar shubhali alomatlar paydo bo'lsa, ayniqsa xavf ostida bo'lgan bemorlar uchun qorin bo'shlig'i onkojarrohiga va/yoki onkologga murojat qilish;
- Har 3 yilda bir marta me'da-ichak traktining endoskopik yoki rentgenologik tekshiruvlaridan o'tish

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

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

- MSning oldini olish uchun ingichka ichak shilliq qavatining termik va mexanik shikastlanishini oldini oluvchi parhez, chekish va spirtli ichimliklardan voz kechish, fon va saraton oldi kasalliklarni, shu jumladan bo'shliq ichi endoskopik aralashuvlardan foydalangan holda o'z vaqtida davolash tavsiya yetiladi [74]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
- Ingichka ichak saratonini davolash tugagandan so'ng, dori terapiyasini erta boshlash uchun kasallikning progressiyalanishini erta aniqlash, o'smaning retsividida qayta operatsiya o'tkazish, shuningdek metaxron o'smalar aniqlanganda quyidagicha nazorat tekshiruvlar davriyligiga amal qilish tavsiya etiladi:
- Radikal operatsiyalar bajarilgandan so'ng – dastlabki 1-2 yil ichida bemorlarni fizik tekshiruvdan o'tkazish va shikoyatlarni yig'ish har 3-6 oyda, 3-5 yil davomida – har 6-12 oyda bir marta amalga oshiriladi. Operatsiya qilingan kundan boshlab 5 yil o'tgach, tashriflar har yili yoki shikoyatlar paydo bo'lganda amalga oshiriladi. Retsidivlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda tekshiruvlar orasidagi intervalni qisqartirish mumkin [79-80];
- Shilliq qavatni endoskopik rezektsiyasi yoki shilliq osti qavat dissektsiyasidan so'ng – EGDFS birinchi yilda har 3 oyda, ikkinchi va uchinchi yillarda har 6 oyda, so'ngra har yili bajariladi [79-80].
- Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Izohlar: Tashriflarda tekshirishlar ko'lami quyidagicha:

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

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

Rehabilitatsiyaning birinchi bosqichi (operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya)

- **Tavsiya etiladi** – xirurgik davolashni rejalashtirganda va bajarilganda fast-track rehabilitation («tezkor yo'l») va ERAS (Enhanced recovery after surgery – operatsiyadan so'ng tezkor tiklanish) protokollariga amal qilish kerak. Bunlarga bemorni operatsiyaga xabardor qilish va tayyorlash bo'yicha chora-tadbirlar, samaradorligi tasdiqlanmagan invaziv muolajalardan muntazam foydalanishni rad etish (ichakni mexanik tozalash, erta kasalxonaga yotqizish, operatsiyadan oldingi ochlik), kompleks og'riqsizlantirish, anesteziologik yordam ko'rsatish uchun maxsus protokollar, kateterlar va drenajlardan muntazam foydalanishni rad etish, bemorlarni operatsiyadan keyingi birinchi va ikkinchi kunlarda erta mobilizatsiya qilish (faollashtirish va vertikalizatsiya) kiradi [59-62]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).

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

- Erta enteral ovqatlantirish (dastlabki 24 soat ichida), hajmning asta-sekin o'sishi va 3-6-kunlarda oqsil va energiya iste'mol qilish maqsadlariga erishish **tavsiya etiladi** [63-64]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).

Izohlar: peroral yoki nazoyeyunal ovqatlanish o'rtasidagi tanlov hali aniq emas. Cheklangan miqdordagi tadqiqotlarda erta og'iz orqali ovqatlanish asoratlar sonining ko'payishiga yoki kasalxonaga yotqizish davomiyligiga olib kelmadi, shuning uchun uni qo'llashni ko'rib chiqish mumkin [65-67]. Agar yetarli ovqatlanishni ta'minlashning iloji bo'lmasa, operatsiya davomida o'rnatilgan zond yoki mikroyeyunostomiya orqali enteral ovqatlanishni tashkil qilish mumkin. Har qanday kirish orqali enteral ovqatlanish me'da-ichak motorikasini tiklashni tezlashtirish va asoratlarni oldini olish nuqtai nazaridan parenteral ovqatlanishdan afzalliklarga ega [64-67].

Reabilitatsiyaning ikkinchi bosqichi

- Mutaxassisning tavsiyasi bilan ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalarini radikal jarrohlik davolashdan soʻng mashgʻulotlar davomiyligini bosqichma– bosqich oshirish bilan kuniga 15-20 daqiqa davomida haftasiga 2 marta davolovchi fizkultura mashqlari terapiyasi komplekslarini bajarish tavsiya etiladi, past va keyin oʻrta intensivlikdagi aerobik mashqlar haftasiga 150 daqiqagacha davom ettiriladi, jismoniy mashqlar bilan jismoniy tayyorgarlikni tiklash va bemorning hayot sifatini yaxshilashni optimallashtirish uchun psixolog bilan ishlash. (individual/guruh mashgʻulotlari) **tavsiya etiladi** [68-70]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4).

Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichi

- Remissiya holatida boʻlgan bemorlarda tana vaznini barqaror saqlash, ovqatlanishni qoʻllab-quvvatlash, psixolog bilan mashgʻulotlar, faol hayot tarzi va kardiorespirator chidamlilik va hayot sifatini oshirish maqsadida muntazam mashqlar terapiyasini (past intensivlikdagi aerobik mashqlar, asta-sekin oʻrtacha intensivlikka koʻtarilishi bilan ayerobik mashqlar) oʻz ichiga olgan keng qamrovli dasturdan foydalanish tavsiya etiladi. Bu umumiy yashovchanlikning oshishiga hissa qoʻshishi mumkinligi haqida dalillar mavjud [70-71]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

5) Skrining:

Ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari skriningi

Simptomsiz populyatsiyada keng koʻlamli milliy populyatsion ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari skrining dasturlari ommaviy populyatsion saraton skrining oʻlim kamayishiga olib kelmaydi va iqtisodiy samarasiz.

Oʻzbekistonda ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari boʻyicha milliy skrining dasturlari mavjud emas.

6) Ikkilamchi profilaktika - ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari boʻyicha ikkilamchi profilaktika choralariga profilaktik

ko'riklardan o'tish, skrining, kasallikni erta aniqlash maqsadida tekshiruvlar qilish kiradi.

- Bemorlarda dinamik, endoskopik tekshiruvlarga qaratilgan chora-tadbirlar, shu jumladan xavf guruhlari orasida ham (surunkali enterokolit, MIT polip va polipozi, 12 barmoq ichak yara kasalligi, og'ir irsiyat va boshqalar.)
- Palliativ terapiya
- Oz miqdorda ovqatlanish
- Anastomozning shilliq qavatiga shikast yetkazmaslik uchun ovqatni yaxshilab chaynash
- Kuniga kamida 6 marta ovqatlanish
- 5-sonli parhez - yumshoq rejimga rioya qilish
- Menu turli xil va muvozanatli tarzda tanlanadi, shu jumladan barcha kerakli mahsulotlar: parhez go'sht, kurka, tovuq, baliq, yog'siz mol go'shti va pyure shaklida, tuxum, tvorog, pishloqlar, yangi sabzavotlar, mevalar, gaz hosil bo'lishining ko'payishiga olib kelmaydigan yong'oqlar, o'simlik yog'i, yangi siqilgan sharbatlar va na'matak qaynatmasi. Istisnolar: non mahsulotlari, issiq xamirdan pishirilgan mahsulotlar, marinadlar, dudlangan, konservalar.
- Vitamin terapiyasi - vitamin va mineralkomplekslariga boy ovqat qo'shimchalari bilan V12 (tsianokobalamin) preparati bilan o'tkazish zarur.
- Gimnastika tanani tiklash uchun juda zarur.
- Mashq qilish terapiyasi me'da-ichak traktining sekretor refleks funksiyalarini faollashtirishni rag'batlantiradi
- Qorin bo'shlig'i mushaklarining yurak-qon tomir va motor tizimlarini mustahkamlash
- Mushak-skelet tizimining funksiyasini yaxshilash

7) Uchlamchi profilaktika yoki ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining rehabilitatsiyasi:

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

- Muntazam tekshiruvlar uchun onkologga tashrif buyurib turish.
- Retsidiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish.
- Yaxshi ovqatlanish.

- Zararli odatlarni va salbiy tashqi omillarning ta'sirini yo'q qilish.
- Sog'liq holatini hisobga olib, davolovchi shifokor tavsiyalariga amal qilish.

2.4. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari reabilitatsiyaning maqsadi:

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

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

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali MS bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalarini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda ingichka ichak saratonini to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi reabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bo'lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining yetarli darajada samaradorligi to'g'risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spetsifik sitostatik terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

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

- Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Maxsus maxsus jarrohlik va sitostatik terapiya tugagandan so'ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitatsiya profilaktikasini o'tkazish tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);

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

Reabilitatsiya muolajalari amalga oshiriladi:

Davo yakunlanganidan 1 yil keyin (har 3 oyda):

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

Davo yakunlanganidan 2 yil keyin (har 6 oyda):

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

Davo yakunlanganidan 3 yil keyin (har 12 oyda):

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

- Qorin/kichik chanoq KTsi.
- EGDFS (ko'rsatmaga ko'ra)

Davo yakunlanganidan 4 yil keyin (har 12 oyda):

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

Davo yakunlangandan keyin 5 yil:

- Katamnestik xizmatga kuzatuvga o'tish

4. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bemorlari ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo'lgan onkolog, amdominal onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o'tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo'lsa. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko'rikdan o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bilan og'rikan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o'z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko'tara olishligi monitoringi, virusli kontamizatsiya, kasallikning o'zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og'iz gigiyenasi, me'da-ichak trakti, MIT organlari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari bilan og'rikan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro'yxatdan o'tkazish va nazorat

qilish tavsiya etiladi [1,3]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

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

1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:

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

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

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

- Qon KIX va gazlarini aniqlash;
- Bosh, bo'yn, qorin qafasi KTsi;
- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Bosh miya MRTsi;
- Bo'yin a'zolari va plevra bo'shliqlari UTTsi;
- Xolter – monitorlovchi EKG

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

6. Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki rehabilitatsiya tadbirlari:

To'liq javob PET/KT yordamida dastlabki terapiya tugaganidan 3 oy o'tgach tasdiqlanishi kerak.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

TR kuzatilishi bilan davolashni tugatgan ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari bemorlariga terapiya tugaganidan keyin 1 yil davomida har 3 oyda, 2 yil - har 6 oyda va undan keyin har yili onkolog yoki abdominal onkolog tomonidan kuzatilishi tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

QUT, qon biokimyoviy tahliliyo yil davomida har 3 oyda oʻtkazilishi, keyin 2 yil davomida har 6 oyda va keyinchalik har yili oʻtkazib turish zarur.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Boʻyin hududida nur terapiyasi (NT) oʻtkazilgan boʻlsa, kamida har yili TTG ni kuzatib turish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Boʻyin, koʻkrak qafasi, qorin boʻshligʻi, kichik chanoq aʼzolarining kontrastli KTsi birinchi 2 yilda har 6 oyda yoki klinik koʻrsatmalarga koʻra oʻtkazib turiladi. Agar ohirgi PET/KTda toʻliq regress kuzatilgan boʻlsa, toʻla javobni tasdiqlash uchun, progressiya/retsdivga gumon boʻlsa PET/KT oʻtkaziladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

2) Dalillar darajasini koʻrsatish bilan tavsiya qilinadigan qoʻshimcha profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

Qoʻshimcha profilaktika choralari retsdiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, toʻgʻri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillarga taʼsir qilish, sogʻligʻingiz holatini hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

7. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik koʻrsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitatsiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Ingichka ichak va faterov soʻrgʻichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin oʻsmalari uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi koʻrsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik retsdivining yoʻqligi;
- Kasallik metastazlanishining yoʻqligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarining yoʻqligi;

- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang'ich pozitsiyasiga to'liq qaytish;
- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, sog'lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o'z vaqtida murojaat qilishi;
- Ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo'lgan xolatlar/kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

**«INGICHKA IChAK VA FATEROV
SO‘RG‘ICHl SARATONl, INGICHKA IChAK
NEYROENDOKRIN O‘SMALARI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHa PALLIATIV
TIBBIY YoRDAM MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C17.0	– o‘n ikki barmoq ichak saratoni
C17.1	– och ichak saratoni
C17.2	– yonbosh ichak saratoni (ileosekal klapan saratoni istisno S18.0)
C17.8	– bir yoki ko‘proq lokalizasiyadan tashqari ingichka ichak saratoni
C17.9	– Noma'lum joylashuvli ingichka ichak saratoni.
C24.1	– Fater so‘ragichi ampulasi saratoni.
Yuklab olish (XK-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1103	
KXT -11:	
Kodi	Nomlanishi
2B80	Ingichka ichakning xavfli o‘smasi
2B80.0	O‘n ikki barmoqli ichakning xavfli o‘smalari
2B80.00	O‘n ikki barmoqli ichakning adenokarsinomasi
2B80.01	O‘n ikki barmoqli ichakning neyroendokrin o‘smalari
2B80.0Y	O‘n ikki barmoqli ichakning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2B80.0Z	Aniqlanmagan o‘n ikki barmoqli ichak xavfli o‘smalari
2B80.1	Och yoki yonbosh ichakning xavfli o‘smalari
2B80.10	Och yoki yonbosh ichakning adenokarsinomasi
2B80.11	Och yoki yonbosh ichakning neyroendokrin hosilalari
2B80.1Y	Och yoki yonbosh ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilalari
2B80.1Z	Och yoki yonbosh ichakning aniqlanmagan xavfli hosilalari
2B80.2	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari
2B80.20	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak adenokarsinomasi
2B80.21	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak neyroendokrin hosilalari
2B80.2Y	Aniqlanmagan joylashuvli ingichka ichak xavfli hosilalari, aniqlanmagan
2B5B.1	Ingichka ichakning gastrointestinal stromal o‘smasi
2B80.Y	Ingichka ichakning boshqa aniqlangan xavfli hosilasi
2B80.Z	Ingichka ichakning aniqlanmagan xavfli hosilasi

Yuklab olish (XK-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1527322574>

2. Asosiy qism.

- Kirish

Ingichka ichak va Fater so‘ragichi ampulasi o‘smalari alohida nozologik birliklar bo‘lib, ushbu bobda ma'lum biologik o‘xshashlik, davolash-diagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo‘yicha ilmiy ma'lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsipl asosida birlashtirilgan (<https://www.malignanttumors.org/jour/article/view/1227/861>).

- **Nozologiyani umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: <https://www.rosncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf>)

Ingichka ichakning xavfli o‘smalari kam uchraydigan o‘smalarga kiradi va MIT (me‘da-ichak trakti) o‘smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o‘smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o‘simtalari holatlarining yarmidan ko‘prog‘i o‘n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to‘g‘ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o‘smalariga to‘g‘ri keladi. Eng ko‘p uchraydigan xavfli o‘smalar epiteliy tuzilmalari bo‘lib, ular ushbu bobda ko‘rib chiqiladi. Kamroq uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o‘smalar bo‘lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo‘limlarida ko‘rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Faterov so‘rg‘ichi ampulasining o‘smalari (ampullar o‘smalari) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo‘lishi mumkin, ammo aslida kartsinomalarning 40% gacha aralash kelib chiqishi, bu ularning immunofenotipiga ta'sir qiladi. Ampullar ichak saratoni pankreatobiliar saratonga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo‘linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar duktal va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo‘ladi, ampulyar duktal kartsinomalar esa odatda pankreatobiliar manbaga ega bo‘ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo‘lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o‘z ichiga oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23812550/>).

RIOvaRIATM statistik ma'lumotlariga ko‘ra, 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida ingichka ichak saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 0,3 tani tashkil etadi. 2023 yilda birinchi marta ingichka ichak saratoni bilan kasallangan jami 124 bemor aniqlandi. Ulardan 0,3% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. Ingichka ichak saratoni morfologik tasdiqlangan tashxisi bo‘lgan

bemorlarning ulushi 91,9% ni tashkil qiladi. Kasallikning I bosqichida 2,4%, II bosqichida 43,5%, III bosqichida 29,0% va IV bosqichida 22,6% holatlar aniqlangan. Bemorlarning 2,4 foizida kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2025 yil boshida dispanser nazorati ostida ingichka ichak saratoni bilan kasallangan 406 bemor bor edi va kasalmandlik 100 ming aholiga 1,1 ni tashkil etdi. Respublikada ingichka ichak saratoni bilan 5 yillik yashovchanlik darajasi 23,6% va 1 yillik o'lim darajasi 22,5% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2023 yilda 53 bemor ingichka ichak saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga 0,1 o'limni tashkil etadi.

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

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

Stadiyalash uchun AJCC/UICC Xalqaro saratonga qarshi kurash ittifoqining TNM tizimi bo'yicha 8-nashri qo'llaniladi (uicc.org/resources/tnm).

1.1. Inichka ichak saratonini bosqichlash:

T — birlamchi o'sma:

TX — Boshlang'ich o'sma holiga baho berish uchun ma'lumot yetishmaydi;

T0 — boshlang'ich o'sma aniqlanmaydi;

Tis — in situ saraton;

T1 — o'sma hususiy plastikaga yoki shilliq osti qavatiga o'sib kiradi;

T1a — o'sma hususiy plastikaga o'sib kiradi;

T1b — o'sma shilliq osti qavatiga o'sib kiradi;

T2 — o'sma mushak qavatga o'sib kiradi;

T3 — o'sma mushak qatlamga subseroz qavatgacha kirib boradi yoki seroz qavatning kirib borishisiz qorin parda bilan qoplanmagan to'qimaga tarqaladi (tutqich yoki qorin parda orti);

T4 — o'sma vistseral qorin pardaga o'sib o'tadi yoki boshqa a'zolarga bevosita o'sib o'tadi (masalan, ingichka ichakning boshqa qovuzloqlariga, qo'shni ichak

xalqalari tutqichiga, seroz qobiq orqali qorin pardaga, faqat 12 barmoq ichak uchun – me'da osti beziga yoki o't yo'liga invaziya).

N — regionar limfa tugunlari:

NX — Limfa tugunlarini zararlanishini baholash uchun ma'lumot yetarli emas;

N0 — regionar limfa tugunlarining metastatik zararlanish belgilari yo'q;

N1 — bir yoki ikkita limfa tugunining zararlanishi;

N2 — uchta va undan ko'p limfa tugunini zararlanishi.

Regionar limfa tugunlar birlamchi o'smaning lokalizatsiyasiga qarab farqlanadi. 12 barmoq ichak uchun quyidagi limfa tugunlar regionar hisoblanadi:

- retropankreatik;
- jigar arteriyasi bo'ylab tugunlar;
- pastki pankreatoduodenal;
- yuqori tutqich.
- Och va yonbosh ichak uchun regionar limfa tugunlarga kiradi:
- yuqori tutqich;
- tutqich;
- yonbosh-chambar (yonbosh ichakning terminal qismi uchun);
- ko'r ichak atrof tugunlari (yonbosh ichakning terminal qismi uchun).

O'zak va paraaortal tugunlar uzoq metastaz belgisi hisoblanadi- M1.

M — uzoq metastazlar:

M0 — uzoq metastazlar yo'q;

M1 — uzoq metastazlar bor.

Ingichka ichak saratonining bosqichlar bo'yicha guruhlanishi 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval. Ingichka ichak saratonining bosqichlar bo'yicha guruhlanishi.

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	Tis	N0	M0
I bosqich	T1-2	N0	M0
IIA bosqich	T3	N0	M0
IIB bosqich	T4	N0	M0
IIIA bosqich	Har qanday T	N1	M0

IIIB bosqich	Har qanday T	N2	M0
IV bosqich	Har qanday T	Har qanday N	M1

1.2. Faterov so‘rg‘ichi saratonini bosqichlash

T — birlamchi o‘sma:

TX — Boshlang‘ich o‘sma holiga baho berish uchun ma'lumot yetishmaydi;

T0 — boshlang‘ich o‘sma aniqlanmaydi;

Tis —in situ saraton;

T1- O‘sma Fater so‘ragichi ampulasi yoki Oddi sfinkteri bilan chegaralangan yoki Oddi sfinkteriga va/yoki 12 barmoq ichakning shilliq osti qatlamiga kirib boradi;

T1a — O‘simta Fater so‘ragichi ampulasi yoki Oddi sfinkteri bilan chegaralangan;

T1b — o‘sma oddi sfinkteriga va/yoki 12 barmoq ichakning shilliq osti qatlamiga kirib boradi;

T2 — o‘sma 12 barmoq ichakning mushak qafatiga o‘sib kiradi;

T3 — o‘sma bevosita me'da osti beziga invazyalanadi (0,5 smgacha) yoki me'da osti bezi bo‘ylab 0,5 smdan oshiq tarqaladi, yoki peripankreatik yoki periduodenal to‘qimaga yoki qorin poyasi yoki yuqori tutqich arteriyasini zararlamagan holda 12 barmoq ichakning seroz qovatiga o‘sib o‘tadi;

T3a — o‘sma bevosita me'da osti beziga bevosita o‘sib o‘tadi (0,5 smgacha);

T3b — o‘sma me'da osti bezi bo‘ylab 0,5 smdan oshiq tarqaladi, yoki peripankreatik yoki periduodenal to‘qimaga yoki qorin poyasi yoki yuqori tutqich arteriyasini zararlamagan holda 12 barmoq ichakning seroz qovatiga o‘sib o‘tadi;

T4 — o‘sma o‘lchamidan qat'iy nazar qorin poyasi, yuqori tutqich arteriyasi va/yoki umumiy jigar arteriyasini zararlaydi

N — regionar limfa tugunlari:

NX — Limfa tugunlarini zararlanishini baholash uchun ma'lumot yetarli emas;

N0 — regionar limfa tugunlarining metastatik zararlanish belgilari yo‘q;

N1 — bir-uchta regionar limfa tugunining zararlanishi;

N2 — to‘rt va undan ko‘p limfa tugunining zararlanishi

Oshqozon osti bezi va periampular mintaqa limfa tugunlarining boy tarmog‘i bilan o‘ralgan bo‘lib, ular aniq bosqichlash uchun baholashni talab qiladi. Regionar peripankreatik limfa tugunlari bo‘lib, ular jigar arteriyasi va portal

venasi bo‘ylab tugunlarni ham o‘z ichiga oladi.

M — uzoq metastazlar:

M0 — uzoq metastazlar yo‘q;

M1 — uzoq metastazlar bor.

5-jadval. Faterov so‘rg‘ichi saratonini bosqichlar bo‘yicha guruhlash.

Bosqich	T	N	M
IA bosqich	T1a	N0	M0
IB bosqich	T1b, T2	N0	M0
IIA bosqich	T3a	N0	M0
IIB bosqich	T4b	N0	M0
IIIA bosqich	T1a, T1b, T2, T3a, T3b	N1	M0
IIIB bosqich	T4	Har qanday N	M0
	Har qanday T	N2	M0
IV bosqich	Har qanday T	Har qanday N	M1

1.3. Anatomik, gistologik tasniflash va molekulyar-genetik profil.

Ingichka ichak va Fater so‘ragichi ampulasi o‘smalari alohida nozologik birliklar bo‘lib, ushbu bobda ma‘lum biologik o‘xshashlik, davolash-diagnostik yondashuvlarning kesishishi va davolash imkoniyatlari bo‘yicha ilmiy ma‘lumotlar yetishmasligi tufayli rasmiy printsip asosida birlashtirilgan.

1.3.1. Ingichka ichak o‘smalari

Ingichka ichakning xavfli o‘smalari kam uchraydigan o‘smalarga kiradi va MIT (me‘da-ichak trakti) o‘smalari umumiy sonining atigi 3–6% ni, shuningdek, barcha xavfli o‘smalarning taxminan 0,6% ni tashkil qiladi. Ingichka ichak o‘simtalari holatlarining yarmidan ko‘prog‘i o‘n ikki barmoq ichak saratoniga (61%) to‘g‘ri keladi, qolgan qismi esa och ichak va yonbosh ichak o‘smalariga to‘g‘ri keladi. Eng ko‘p uchraydigan xavfli o‘smalar epiteliy tuzilmalari bo‘lib, ular ushbu bobda ko‘rib chiqiladi. Kamroq uchraydiganlari neyroendokrin va mezenximal o‘smalar bo‘lib (ular amaliy tavsiyalarning tegishli bo‘limlarida ko‘rib chiqiladi), shuningdek, ekstranodal limfoma sifatida qaraladigan birlamchi limfomalar ham uchraydi.

Molekulyar-genetik profil adenokartsinomalarning ingichka ichakdagi turi Fater so‘ragichi va ingichka ichak saratonidan farq qiladi: KRAS mutatsiyalarining chastotasi

me'da o'smalarida 53% ingichka ichak adenokartsinomasida 14% uchraydi; APC mutatsiyalari mos ravishda 27% va 8% holatlarda uchraydi. Ingichka ichak o'smalari profili yo'g'on ichak saratonidan ham farq qiladi: APC mutatsiyalarining chastotasi 27% va 76% holatlarni tashkil qiladi, CDKN2A — 14% va 34% holatlarda uchraydi. Ingichka ichakning turli bo'limlarida (12 barmoq ichak, och ichak, yonbosh ichak) molekulyar-genetik profil amalda farq qilmaydi.

1.3.2. Faterov so'rag'ichi ampulasi o'smalari

Fater so'rag'ichi ampulasi o'smalari (ampulyar o'smalar) ichak yoki pankreatobiliar xususiyatlarga ega bo'lishi mumkin, lekin amalda 40% kartsinomalar aralash manbaga ega bo'lib, bu ularning immunogenotipida aks etadi. Ichak turi ampulyar saratoni pankreatobiliar turiga qaraganda yaxshiroq prognozga ega.

Ichak turi adenokartsinomalari o'z IGX profili bo'yicha yo'g'on ichak adenokartsinomalari bilan bir hil, pankreatobiliar tur adenokartsinomalari esa - pankreatik yo'l yoki umumiy o't yo'lining terminal bo'limi epiteliysidan kelib chiqadigan o'smalarga o'xshash. An'anaviy turlardan tashqari, kam uchraydigan mutsinoz adenokartsinoma, diskogeziv kartsinoma, medullyar saraton, adenoskvamoz saraton, neyroendokrin saraton (mayda-katta hujayralik), aralash neyroendokrin-noneyroendokrin o'sma (MINEN), differentsiallashtirilmagan saraton mavjud.

Differentsial diagnostikasi uchun ampulyar adenokartsinomalari turlarini aniqlashda, agar gistologik darajada aniqlash imkoni bo'lmasa, quyidagi immunogistoximik markerlardan foydalaniladi:

- intestinal (ichak) tipini aniqlash uchun: 2 va 5AS mutsinlar, sitokeratin 20, CDX2;
- pankreatobiliar tipini aniqlash uchun: sitokeratin 7, mutsin 1, S100P;
- Aralash variantida ustun fenotip ajratiladi.

Ampulyar kartsinomalar anatomik jihatdan 4 quyi turga bo'linadi: periampulyar, intrampulyar, ampulyar dukтал va ampulyar tasniflanmaydigan. Peri- va intrampulyar adenokartsinomalar, odatda, ichak manbasiga ega bo'ladi, ampulyar dukтал kartsinomalar esa odatda pankreatobiliar manbaga ega bo'ladi. Tasniflanmaydigan kartsinomalar eng geterogen guruhni tashkil qilib, barcha mumkin bo'lgan turlarni, jumladan, aralash turlarni o'z ichiga oladi. Fater so'rag'ichi o'smalarining gistologik turlari va genetik xususiyatlari o'rtasida bog'lanish aniqlangan. Pankreatobiliar turi odatda pankreatik adenokartsinomasiga xos genetik signaturalarga ega bo'lib, KRAS mutatsiyalarining yuqori chastotasi bilan

xarakterlanadi. Ichak turi yo‘g‘on ichak xususiyatlariga yaqin bo‘lib, APC va PIK3CA mutatsiyalarining yuqori chastotasi, mutatsion yuklamaning (TMB) oshishi va mikrosatellit barqarorligining (MSI-H) yuqori faolligi bilan xarakterlanadi.

1.3.3. JSST bo‘yicha endokrin o‘smalarining umumiy tasnifi

1. Yuqori differentsiallashtirilgan endokrin o‘smalar:

- xavfsiz kechishi;
- noma'lum kechishi.

2. Yuqori differentsiallashtirilgan endokrin kartsinoma.

3. Past differentsiallashtirilgan endokrin kartsinoma.

4. Aralash endokrin ekzokrin o‘sma.

5. O‘smasimon hosila.

Gastrin-produktsiyalovchi (G) hujayralardan yuqori differentsiallashtirilgan o‘smalar

Ushbu o‘smalar kichik o‘lchamda bo‘lib (diametri < 1 sm), ular barcha neyroendokrin o‘smalarining taxminan $\frac{2}{3}$ qismiga to‘g‘ri keladi va asosan o‘n ikki barmoq ichakning proksimal qismda joylashadi. Ko‘pincha metastazlar paydo bo‘ladi, lekin zararlangan joylar regional limfa uzulari bilan cheklanadi. Ushbu turdagi o‘smalar MEN I sindromi va Zollinger-Ellison sindromi bilan birgalikda uchrashishi mumkin, shuning uchun ular gastrinómalar deb ataladi.

Somatostatin-produktsiyalovchi (D) hujayralardan yuqori differentsiallashtirilgan o‘smalar

Uchrash chastotasi va xavfliligi jihatidan (50%) ular pankreatik somatostatinomalarga o‘xshash, lekin diametri kichikroq va metastazlar regional limfa tugunlarida ko‘proq uchraydi, jigarda esa kamroq. Gistologik tuzilish tipik bezli tuzilish bilan keladi, kaltsifikatsiyalar - psammomma tanalarini o‘z ichiga oladi, ko‘pincha 1-tur neyrofibromatoz bilan birgalikda bo‘ladi, shuningdek, funktsional bo‘lmagan somatostatinom sindromi bilan ham birga uchraydi.

Past differentsiallashtirilgan endokrin kartsinomalar

12 barmoq ichak past differentsiallashtirilgan endokrin kartsinomalari ko‘pincha faterov so‘rg‘ichi sohasida uchraydi va hech qanday giperfunktsional sindromlar bilan birga kelmaydi. Boshqa MITning past differentsiallashtirilgan endokrin kartsinomalari kabi, diagnoz qo‘yilgan vaqtning o‘zida odatda metastazlar bo‘ladi.

1.4. Kasallik prognozi

Ko'pgina ingichka ichak o'smalari bilan bemorlarda kasallik tarqalgan bosqichda (T4 yoki N1 yoki M1) aniqlanadi, bu anatomik xususiyatlar bilan bog'liq: ingichka ichak endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar uchun kam kirishli bo'lib, kechki klinik manifestatsiya va nisbatan uzoq diagnostika bosqichi xosdir. Negativ prognoz omillariga 12 barmoq ichakdagi o'sma lokalizatsiyasi, operatsiya qilingan chetlarning musbat natijasi, o'smaning past differentsiatsiyasi, bemorning 55 yoshdan katta bo'lishi, yagonalik (uylanmagan) holat kirishi mumkin.

Fater so'ragichi ampularidagi lokalizatsiyalangan va mahalliy tarqalgan saratonning prognozi mahalliy invaziya darajasi (T kategoriyasi), rezektsiyaning jarrohlik qirrasini, limfa tugunlarining zararlanishi, differentsiatsiya darajasi Ba o'sma subturiga bog'liq. Masalan, bir tadqiqotda pankreatobiliar fenotipi bo'lgan bemorlar uchun hayot davomiyligining medianasi faqat 16 oyni tashkil qilgan, intestinal fenotipi bo'lgan bemorlarda esa bu ko'rsatkich 116 oy bo'lgan. 7-taqriz AJCC bo'yicha bosqichga bog'liq yashash ko'rsatkichlari 6-jadvalda keltirilgan. Jadvaldagi yashash ko'rsatkichlari me'da osti bezi saratoniga nisbatan yuqori. Bu, ehtimol, o't yo'llarning erta obstruktsiyasi va sarg'ayishning rivojlanishi tufayli o't yo'llar saratonlarining erta paydo bo'lishi bilan bog'liq.

6-жадвал. SEER1 ma'lumotlar bazasida 1988-2003 yillarda ro'yxatga olingan Fater so'ragichi saratoni bo'lgan bemorlarda besh yillik yashash ko'rsatkichi.

Tashhishlash vaqtida kasallik bosqichi, 7th AJCC	5 yillik yashovchanlik, %
Ia	60
Ib	57
IIa	30
IIb	22
III	27
IV	0

¹SEER — Surveillance, Epidemiology and End Results database of the National Cancer Institute (AQSh saraton milliy instituti davolash natijalari va prognozi bo'yicha ma'lumotlar bazasi)

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari

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

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

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

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

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

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

Ingichka ichak va Fater so‘ragichi ampulasi saratoni diagnostikasi asosi gistologik tadqiqot hisoblanadi.

Ingichka ichakning o‘smalari yoki boshqa sabablar uchun tekshiruvlar olib borilayotganda, yoki nisbatan aniq emas bo‘lgan simptomlar (ishtha yo‘qolishi, ichak tutilishi yoki perforatsiyasi, qon ketish, sarg‘ayish, uzoq muddatli diareya, qizish) paydo bo‘lganida tasodifan aniqlanadi.

Fater so‘ragichi ampulasi saratoni ko‘proq sarg‘ayish bilan manifestatsiyalanadi.

Ingichka ichakdagi simptomsiz topilmalar uchun diagnostik algoritm 1-rasmda ko‘rsatilgan. Simptomlar mavjud bo‘lsa, masalan, kartsinoid sindromi bo‘lganda, tegishli qidirish va differentsial diagnostika o‘tkazilishi kerak.

3.1. Shikoyatlari va anamnez

Odatda, boshlang‘ich bosqichlarda klinik surat bo‘lmaydi. O‘sma jarayoni o‘sib borgan sari, mezogastral sohada og‘riq kuzatiladi, yuqori xavfli potentsialga ega o‘smalarda kasallikning murakkab kechishini kuzatish mumkin. Lokal shaklda kasallik odatda simptomsiz tarzda kechadi yoki mezogastral sohada og‘riqlar bilan namoyon bo‘ladi.

O‘sma jarayoni tarqalgan sari, anemiya, palpatsiyada aniqlanadigan o‘sma, o‘smaning perforatsiyasi, ichakdan qon ketishi va ichak tutilishi, o‘sma jarayoni tarqalganda esa bemorlar vaznning kamayishi kuzatiladi. Ko‘pchilik bemorlarning yoshi 60-70 yosh atrofida bo‘ladi.

3.2. Ichak NEO‘larining o‘ziga hosliklari

Kartsinoid sindromi NEO⁺ (neyroendokrin usmasi)da 7-28,6% hollarda kuzatiladi, faqat yuqori xavfli potentsialga ega o'smalarda xosdir, va faqat mahalliy tarqalgan va disseminatsiyalangan jarayonlarda, o'sma diametri 2 sm dan katta bo'lganida namoyon bo'ladi.

Ingichka ichak NEO o'smalari metastazlari: jigar, qorin parda orti limfa tugunlari, tonka ichak tutqichi limfa tugunlari, buyrak usti bezlari, periferik limfa tugunlari va qorin pardaga tarqalish mumkin.

Kartsinoid sindromining klinik ko'rinishida yurak-qon tomir belgilari ustunlik qiladi. Bu kuchli taxikardiya, yurakdagi og'riq va qon bosimining oshishi bilan tavsiflanadi. Kartsinoidli bemorlarda metabolik kasalliklar yurakdagi ikkilamchi o'zgarishlarga olib keladi (o'ng yurakning fibroelastozi - trikuspidal klapan va o'pka arteriyasi klapanlari), bu fizik tekshiruv va ExoKG paytida tegishli suratni yaratadi.

Yuz terisining giperemiyasi va qizishlar - ko'pincha kartsinoid sindromning birinchi va ba'zan yagona alomatidir. Ushbu ko'rinishlar hissiy omillar (hayajonlanish va qo'zg'aluvchanlik), oziq-ovqat iste'mol qilish va spirtli ichimliklar tomonidan qo'zg'atilishi mumkin. Vazomotor reaksiyalar bosh va bo'yin terisining eritematoz qizarishi (yuzga qon oqimi bo'lishi) ko'rinishidagi teri giperemiyasi bilan namoyon bo'ladi.

Qon tomir reaksiyasi bilan terining rangi qizildan aniq rangparlikka o'zgarishi mumkin. Uzoq muddatli giperemiya xurujlari ko'z atrofidagi lakrimatsiya va shish bilan birga bo'lishi mumkin. Ushbu reaksiyalarning tizimli ta'siri har xil. Ba'zi bemorlarda teri tomirlari kengayishining tez-tez va uzoq davom etadigan hujumlari natijasida yuz va bo'yin terisida telangiektaziya paydo bo'ladi.

Abdominal kartsinoid sindromi serotoninning oshqozon-ichak motorikasi va sekretsiyasiga ta'siridan kelib chiqadi. Bu xurujsimon qorin og'rig'i, dispeptik va funktsional buzilishlar (ko'ngil aynishi, qusish, diareya) bilan namoyon bo'ladi. Bronxospazm serotonin, bradikinin va gistaminning chiqishi bilan bog'liq bo'lib, nafas qisilishi bilan namoyon bo'ladi.

Kartsinoid sindromi bemorning neyropsixiatrik holatining buzilishiga olib keladi. Kartsinoid sindromidagi neyropsixiatrik kasalliklarning krizli va fon kechishi ajralib turadi. Xurujlar bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, chuqur depressiya va vegetativ disfunktsiya (qattiq terlash, titroq, gipertermiya, yuz giperemiyasi) mo'l belgilari bilan birga kuzatiladi.

Ba'zida hiqichoq, ochlik, gipoglikemiya kuzatiladi. Xurujdan keyin bemorlar zaiflashadi, tushkunlikka tushadi va uyquchan bo'ladi. Kartsinoid sindromining fon kechishida bemorlarda astenodepressiv sindrom belgilari namoyon bo'ladi.

Fizikal tekshiruv: o'ng yonbosh sohada hosila palpatsiya qilinishi mumkin.

Ichak NEO‘larining laborator tekshiruvlari:

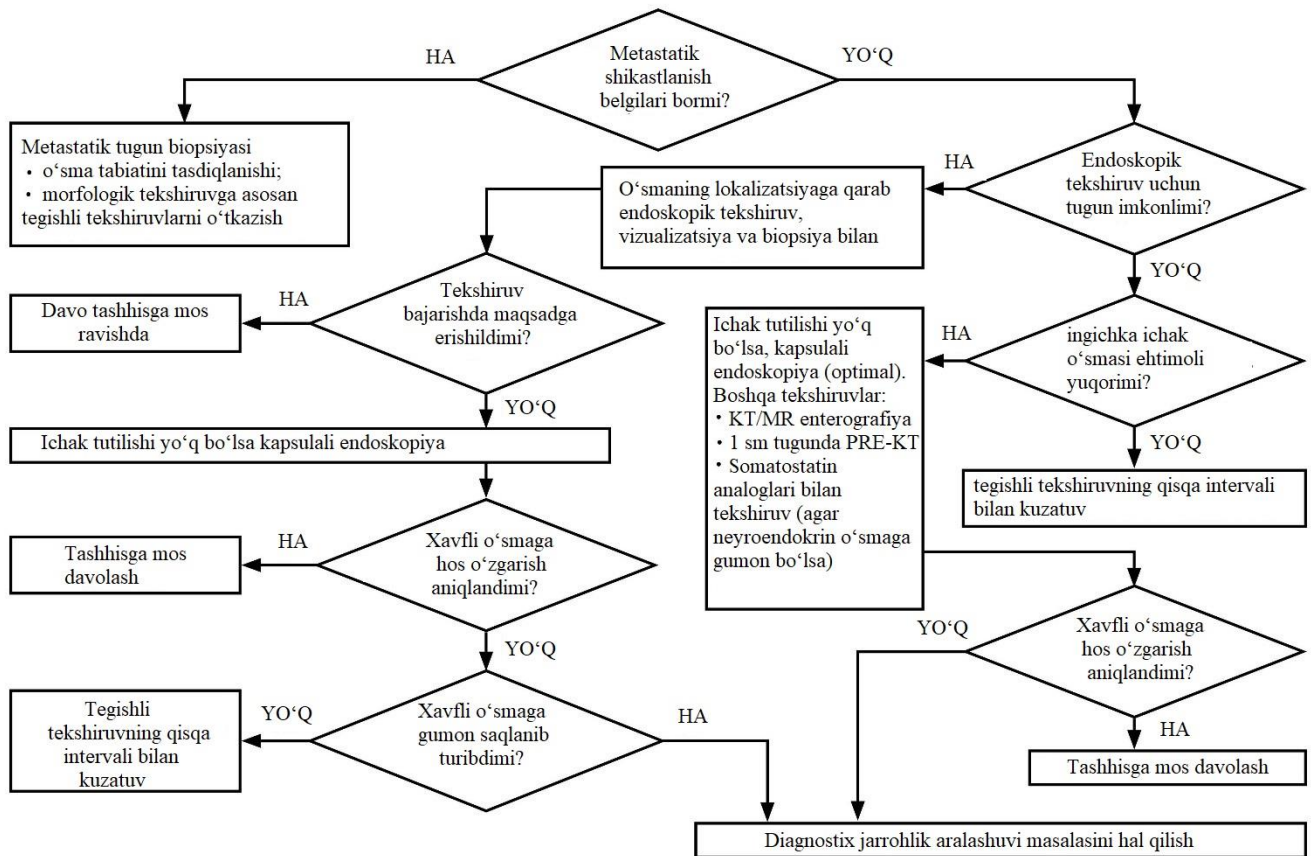
1. Qon umumiy tahlili –har xil og‘irlikdagi anemiya mavjudligi; EChTning oshishi ko‘proq xarakterli.
2. Peshob umumiy tahlili – tahlilda o‘zgarish bo‘lmasligi mumkin.
3. Qon biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza).
4. Koagulogramma – qon ivishining buzilishi kuzatilishi mumkin.
5. Qonda biomarkerlarni aniqlash:

Qo‘llanilishi	Marker	Spetsifiklik
Umumiy	Xromogranin A va V	Yuqori
	Neyronspetsifik enolaza	O‘rta
	Odam xorionik gonadotropini	Past
Spetsifik	O‘n ikki barmoq ichak	
	Somatostatin	Yuqori
	Gastrin	Yuqori
	Yoshbosh ichak	
	Serotonin (mochevoy 5 - GIUK)	Yuqori
	Neyrokinin A	O‘rta
	Neyropeptid K	O‘rta
	R modda	O‘rta

3.3. Ingichka ichak o‘smalari va Faterov so‘rg‘ichi ampulasi uchun umumiy tekshirishlar

- Shikoyatlar va anamnezni yig‘ish
- Tibbiy ko‘rik, ECOG holatini aniqlash, umumiy klinik tekshiruv
- Laboratoriya diagnostikasi (umumiy klinik qon tahlili, biokimyoviy qon tahlili, CA19-9, CEA saraton markerlarini aniqlash). Shuni yodda tutish kerakki, CA19-9 darajasi bililar obstruktsiya, gepatit, xolelitiaz, mukovistsidoz va boshqalarda ortadi.
- Transabdominal ultratovush tekshiruvi sariqlik bilan og‘rigan bemorlarda birinchi instrumental diagnostika bosqichi bo‘lib, o‘t yo‘llarining kengayishini aniqlash va obstruktsiya darajasini aniqlashda juda sezgirdir. Biroq, tekshirish davomida o‘sma joyini vizualizatsiya qilish ko‘pincha mumkin emas.

- IGX tekshiruv ampulyar o'smalarining ichak va pankreatobiliar turlarini farqlash, shuningdek ingichka ichak o'smasining tabiatini aniqlash imkonini beradi (1.3.2-bo'limga qarang.).
- Vena ichiga kontrast bilan ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va kichik chanoq KTsi.
- EGDS ko'pchilik ampullar o'smalarini, shuningdek o'n ikki barmoqli ichakning proksimal bo'limlarini ko'rish imkonini beradi, bu sohadagi qo'shni o'smalarni —o'n ikki barmoqli ichak tushuvchi qismini, umumiy o't yo'lining distal qismini, Vater so'rg'ichi ampulasini, oshqozon osti bezi saratonini aniqlash va farqlashga yordam beradi.
- Vena ichiga kontrast bilan MRT va MRXPG. U KTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda, ampullar o'smalarida ERXPG qarshi ko'rsatma bo'lsa yoki o't yo'llarining obstruksiyasi mavjud bo'lganda ishlatilishi mumkin.
- PET-KT — ko'rsatmalarga asosan (agar uzoq metastazlarning mavjudligiga boshqa diagnostika usullariga ko'ra shubha qilingan bo'lsa, ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini tubdan o'zgartirganda). Rasmiy ravishda, metodika ushbu lokalizatsiya o'smalari uchun diagnostika usuli sifatida o'rganilmagan va KT yoki MRT bilan taqqoslanmagan, ammo tadqiqotning past diagnostik qiymatini ko'rsatadigan tadqiqotlar mavjud. Peritoneal kartsinomatozga shubha qilingan taqdirda diagnostik laparoskopiya uchun yetarli o'rinbosar emas.
- Molekulyar-genetik tekshiruv. Tarqalgan o'smalarda PZR yoki IGX usulida MSI/dMMR statusini aniqlash, BRAF genida mutatsiyani aniqlash; IGX usulida HER2 ekspressiyasini aniqlash ko'rsatma bo'ladi.



2- rasm. Tasodifan aniqlangan ingichka ichak hosilasida tavsiya etilgan diagnostik algoritmi.

3.4. Ingichka ichak o'smalariga ko'proq spetsifik tekshiruvlar

- Enteroskopiya kolonoskopiya paytida yoki jarrohlik yordami bilan intraoperativ tarzda amalga oshirilishi mumkin. Jarayon davomida to'qima namunalarini olish va terapevtik aralashuvlarni amalga oshirish mumkin. Kamchilik-bu butun ingichka ichakni tekshirish imkoniyatining yo'qligi, tegishli asbob-uskunalar va tibbiy ekspertiza zarurati bilan protsedurani bajarishning murakkabligi.
- KT va MR-enterografiyasi ingichka ichak o'smalarini aniqlashning eng sezgir usullari hisoblanadi. Bunday holda, MR-enterografiyasi aniqroq usuldir. Birlamchi o'smani tasvirlashdan tashqari, ichakdan tashqari tarqalishni baholash uchun juda muhimdir. KT/MR-semiotikasi gistologik tashxisni tahmin qilish imkonini beradi va ichak tutilishida qarshi ko'rsatma hisoblanadi.
- Kapsula endoskopiyesi ingichka ichakdan qon ketishga gumon bo'lganda tanlov usuli hisoblanadi, yuqori sezuvchanlik va yuqori spetsifligi bor (xavflilik potentsialini belgilashda, o'sma tabiatini belgilashda emas). Asosiy kamchiliklar-tekshirish uchun o'simta materialini olishning iloji yo'qligi, ichak tutilishida cheklangan foydalanish va kam mavjudligi.
- Diagnostik laparoskopiya/laparotomiya agar xavfli jarayonga shubha qilingan bo'lsa va tashxisni kamroq invaziv usulda tasdiqlash mumkin bo'lmasa o'tkaziladi.

Aralashuv vaqtida intraoperativ enteroskopiya o'tkazilishi mumkin va o'sma va/yoki qon ketish manbasini tasvirlashda ingichka ichakni rezektsiya qilish to'g'risida qaror qabul qilinishi mumkin.

- Angiografiya qon ketish maydonini aniqlashda sezilarli qon ketish uchun foydali bo'lishi mumkin. Xarakterli tomirlar tarmog'i tufayli ba'zi o'smalarni (neyroyendokrin yoki leomiosarkomalar) ko'rish mumkin.

3.5. Faterov so'rg'ichi ampulasi o'smalari uchun ko'proq spetsifik tekshiruvlar

- ERXPG endoskopik tekshiruvning afzal turi bo'lib, Fater so'rg'ichi ampulasini bir vaqtda vizualizatsiya qilish, oshqozon osti bezi va o't yo'llarini kontrastli rentgen tekshiruvi, papilla, xoledox yoki oshqozon osti bezi kanalining ampullar segmenti xosilasini biopsiyasi va ko'pincha stend kiritish va safro dekompressiyasi imkonini beradi.
- Endo-UTT ERXPG bilan taqqoslanadigan sezgirlikka ega va kichik ampullyar o'smalarini tasvirlashda KT va ultratovushdan ustun bo'lib, o'smaning tarqalishi va invaziya chuqurligini aniq aniqlashga imkon beradi.

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

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

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

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

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

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

Rejim:

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

Parxez:

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

Amaliyotdan keyingi davrda parxezga amal qilish, ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalari bemorlariga – umr davomida.

Transfuzion qo‘llab quvvatlash.

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

Eritrotsitar massa/aralashma:

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensatsiya mexanizmlari yetarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrotsitlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevatsiyasi bilan namoyon bo‘ladi);

- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo‘lishi, eritrotsitlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;
- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrotsitlarni profilaktik quyish uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin bo‘lgan gemoglobin darajasi:

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

Trombotsitlar konsentrati:

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

Yangi muzlatilgan plazma:

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

3) Palliativ medikamentoz davolash

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

Kimyo terapiya.

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

Buyurilish maqsadiga qarab kimyo terapiyaning bir necha turi farqlanadi. Tarqalgan turlarida **palliativ kimyo terapiya** qo‘llaniladi.

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

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

Palliativ kimyo terapiyaga ko‘rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan ingichka ichak va faterov so‘rg‘ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o‘smalari;
- mahalliy tarqalgan o‘smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a'zolarida (o‘pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o‘sma retsidivlari;
- bemorda qon surati qoniqarli bo‘lishi: gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar absolyut soni normal –200 dan ortiq bo‘lganda, trombotsitlar –100000 dan ortiq bo‘lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o‘smaning noqulay gistologik turlarida (past differentsiallashtirilgan, differentsiallashtirilmagan) davolashning uzoq natijalarini yaxshilash.

Palliativ kimyo terapiyaga qarshi ko‘rsatmalar:

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

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samarasizligi;
- o'smani parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50% va unldan kam bemor umumiy ahvolining og'irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

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

Tarqalgan jarayonni konsenrvativ davolash (palliativ davo)

IV bosqich ingichka ichak saratonini davolash sxemasi:

1. Operatsiya (ko'pincha palliativ; rezektabel o'smada va uzoq a'zolarida solitar va yakka metastazlar bo'lganda – bir vaqtli yoki kechiktirilgan metastazni olib tashlash bilan operatsiya).

2. Kombinirlangan operatsiyadan so'ng:

- ad'yuvant kimyo terapiya (va uzoq a'zolarida solitar va yakka metastazlar bo'lganda);

- Kuzatuv.

3. Nooperabel jarayonda (**IV bosqich** – har qanday T har qanday N M1) – kimyo terapiya.

4. Simptomatik davo.

Ingichka ichak adenokartsinomalari o'tgani ko'proq regional limfa tugunlariga, jigarga va qorin pardaga metastaz bersa ham, boshqa a'zolarga ham metastaz berishi mumkin. Qo'shni tuzilmalarga invaziya, tipik emas. O'n ikki barmoqli ichak, och va yonbosh ichak o'smalarida qorin poyasi va paraaortal tugunlarining ishtiroki uzoq M1 metastazining belgisidir. Fater so'rg'ichi ampulasi o'smalarining metastazlari ko'pincha jigarda, qorin parda bo'ylab, kamroq o'pka, plevra va boshqa organlarda uchraydi.

Ingichka ichak o'smalari uchun davolash birinchi liniyasi

Ingichka ichak o'smalarining dorilar bilan davolash bo'yicha ma'lumotlar juda cheklangan. Asosiy tadqiqotlar 2-faza tadqiqotlari va retrospektiv tadqiqotlar bilan taqdim etilgan. Bu tadqiqotlarda, ximioterapiyani qabul qilayotgan bemorlarning hayot davri simptomatik davolashga nisbatan uzunligi ko'rsatilgan.

Ijobiy natijalarga ega bo'lgan standart davolash variantlari ftopirimidinlar va oksaliplatinning XELOX/FOLFOX sxemalari hisoblanadi. Agar bemor ikki komponentli terapiyani qabul qila olmasa, ftopirimidinlar bilan monoterapiya - kapetsitabin yoki de Gramont tavsiya qilinadi.

Bevatsizumab bu bemorlar guruhi uchun qo'llanilishi mumkin, ammo uning samaradorligi randomizatsiyalangan tadqiqotlarda o'rganilmagan.

Anti-EGFR preparatlari, panitumumab va setuksimab, kundalik amaliyotda samaradorligi haqidagi ma'lumotlar yo'qligi va ontogenez bo'yicha ingichka ichak o'smalari yo'g'on ichakning o'ng qismi o'smalariga o'xshashligi sababli samaradorligini pasaytirish ehtimoliga asoslanib, tavsiya etilmaydi.

Boshqa davolash variantlari faqat retrospektiv tadqiqotlarda o'rganilgan va ularni rutin amaliyotda qo'llash tavsiya qilinmaydi. Bu variantlar ftopirimidinlar va irinotekanning kombinatsiyasi (FOLFIRI) yoki irinotekanning monoterapiyasini o'z ichiga olishi mumkin.

Fater so'rg'ichi ampulasi o'smalarini birinchi liniya terapiyasi

Fater so'rg'ichi saratonini davolashda aniq bemorda o'smaning subtipini aniqlash ahamiyatga ega bo'lib, u bemorda ichak yoki pankreatobiliar tipi

bo‘lishi mumkin.

Pankreatobiliar tipiga ega bo‘lgan o‘smali bemorlar uchun biliar trakt saratonini davolash dasturiga amal qilish tavsiya etiladi (amaldagi tegishli klinik protokol bo‘limiga qarang), bu yerda birinchi bosqichda davolash sxemasi sifatida «gemtsitabin + sisplatin» yoki «gemtsitabin + oksaliplatin» kerak bo‘lib, agar kasallik progressiyalansa, ikkinchi liniyada FOLFOX qo‘llaniladi. Immunoonkologik preparatlar, durvalumab va pembrolizumab, biliar rak holatlarida samarali ekanligi isbotlangan bo‘lsa-da, ular Faterov so‘rg‘ichining o‘smalariga ta‘sir qilishini ko‘rsatgan tadqiqotlar olib borilmagan. Shuning uchun immunoonkologik preparatlardan foydalanish qo‘shimcha asoslantirilgan bo‘lmasa, tavsiya etilmaydi.

Kuchsiz holatda bo‘lgan patsiyentlarga kapetsitabin yoki gemtsitabin bilan monoximioterapiya tavsiya etilishi mumkin.

Ichak tipi o‘smasi bo‘lgan bemorlar, randomizatsiya qilingan tadqiqotlar bo‘lmagan bo‘lsa-da, saraton kasalliklari bo‘yicha davolash dasturiga muvofiq davolanishi kerak, ya‘ni XELOX/FOLFOX ± bevatsizumab rejalarini qo‘llash kerak.

Davoning ikkinchi va keyingi liniyasi

Standartli variantlar ikkinchi va keyingi davolash bosqichlari uchun ingichka ichak va Faterov so‘rg‘ichining saraton kasalliklariga mavjud emas. Agar bu davolash variantlari avval qo‘llanilmagan bo‘lsa, ximioterapiyani FOLFOX yoki FOLFIRI bilan o‘tkazish mumkin.

Targetlanadigan alteratsiyalar (MSI, BRAF, HER2, BRCA/PALB2)ni aniqlash uchun IGX va genetik tadqiqotlarni o‘tkazish maqsadga muvofiq. MSI aniqlangan taqdirda pembrolizumab yoki «nivolumab + ipilimumab» kombinatsiyasini tayinlash mumkin, BRAF genlari alteratsiyasida, anti-BRAF va anti-MEK preparatlar kombinatsiyasini, HER2 bo‘lsa trastuzumab yoki trastuzumab va pertuzumab kombinatsiyasini qo‘llash mumkin.

Bemorga kengaytirilgan genetik tadqiqotlar o‘tkazish taklif qilinadi, bu targetlanadigan alteratsiyalarni aniqlashga yordam beradi.

Ingichka ichak va Faterov so‘rg‘ichi saratoni uchun mumkin bo‘lgan dori bilan davolash variantlari 9-jadval keltirilgan.

9-jadval. Ingichka ichak va Faterov so‘rg‘ichi saratonini palliativ dori terapiyasi.

Terapiyaning birinchi liniyasi	
Ichak tipidagi	• Bevatsizumab 7,5 mg/kg v/i har 21 kun

<p>ingichka ichak va Faterov so‘rg‘ichi saratoni</p>	<p>yoki 5 mg/kg v/i har 14 kun (qo‘llaniladigan XT rejimiga qarab) har qanday quyida keltirilgan rejimlar bilan birgalikda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FOLFOX: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 2 soatlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida oksaliplatin bilan birga, keyinchalik bolyus 5-ftoruratsila 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunga) v/i, har 14 kun. XELOX: oksaliplatin 130 mg/m² 1-kun, kapetsitabin 2000 mg/m² kuniga ichga 1–14-kun, har 21 kun. • FOLFIRI: Irinotekan 180 mg/m² v/i 90 minutlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida irinotekan bilan birga, keyinchalik bolyus 5-ftoruratsila 400 mg/m² v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunga) v/i, har 14 kun. • Irinotekan 180mg/m² v/i 90-minutlik infuziya 1-chi kun, har 14 kunda
<p>Pankreatobiliar va aralash tipdagi Faterov so‘rg‘ichi saratoni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GemCis: Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, sisplatin 25 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, har 21 kun. • GemOx: Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-kun va 8-kun, oksaliplatin 100 mg/m² v/i 1-kun, har 21 kun.
<p>ECOG 2/komorbidlik (barcha tiplarda)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kapetsitabin 1000–1250 mg/m² ikki marta kuniga ichka 1-kundan 14-kungacha, har 21 kun. • de Gramont: Kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusini v/i, va keyin 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun. • Gemtsitabin 1000 mg/m² v/i 1-, 8- va 15-chi kunlar, har 28 kunda

Terapiyaning ikkinchi va keyingi liniyalari	
Agar avval qo‘llanilmagan bo‘lsa	<ul style="list-style-type: none"> • FOLFOX: Oksaliplatin 85 mg/m² v/i 2 soatlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, oksaliplatin bilan birga, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusi v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun.
Agar avval qo‘llanilmagan bo‘lsa	<ul style="list-style-type: none"> • FOLFIRI: Irinotekan 180 mg/m² v/i 90 minutlik infuziya 1-kun, kaltsiya folinat 400 mg/m² v/i 2 soat davomida, irinotekan bilan birga, keyin 5-ftoruratsila 400 mg/m² bolyusi v/i va 46 soatlik infuziya 5-ftoruratsila 2400 mg/m² (1200 mg/m² kunlik) v/i, har 14 kun.
HER2 giperekspressiyasi yoki amplifikatsiyasida	<ul style="list-style-type: none"> • Trastuzumab + pertuzumab: trastuzumab 8 mg/kg v/i (yuklama dozasi) 1-kun 1-tsiklda, keyin — 6 mg/kg v/i har 3 haftada, pertuzumab 840 mg v/i (yo‘qotish dozasi) 1-kun 1-tsiklda, keyin — 420 mg v/i, har 21 kun.
MSI-H/dMMR da	<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 30-minutlik infuziya har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 42 kunda. • Nivolumab 3 mg/kg v/i kapel bilan 30 daqiqa har 3 haftada va ipilimumab 1 mg/kg v/i tomchilab 30 daqiqa 1 marta har 3 haftada (4 kiritish, keyinchalik davom etadi monoterapiya nivolumab bilan 240 mg yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 1 marta har 2 haftada yoki 480 mg v/i tomchilab 1 marta har 4 haftada).
BRAF +MEK- ingibitor (faqat BRAF V600E mutatsiyasida)	<ul style="list-style-type: none"> • Dabrafenib 150 mg ichkiga 2 marta kunga, trametinib 2 mg ichkiga 1 marta kunga, har kuni davomli. • Vemurafenib 960 mg ichkiga 2 marta kunga, har kuni + kobimetinib 60 mg kunga 21 kun qabul, 7 kun dam olish.

Ichakning neyroendokrin o‘smalarini medikamentoz davolash

Kimyo terapiya:

1. Sitostatiklar bilan monoximioterapiya.
2. Sitostatiklar bilan poliximioterapiya.
3. Kombinirlangan kimyo terapiya: bioterapiya + ximioterapiya.
4. Simptomatik terapiya.

Ingichka ichak neyroendokrin kasalliklarida quyidagi kimyo terapiya sxemalarini qo'llash mumkin:

1. Siklofosfamid – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Streptozotsinid – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Ftoruratsil – 500 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

2. FAC-S:

Ftoruratsil – 400 mg/m², v/i, tomchilab, 1-chi va 8-chi kunlar.

Doksorubitsin – 30 mg/m², v/i, 1-chi kun.

Siklofosfamid – 75 mg/m², ichga, 1-chi, 2-chi, 3-chi, 4-chi, 5-chi, 6-chi, 7-chi, 8-chi, 9-chi, 10-chi, 11-chi, 12-chi, 13-chi, 14-chi kunlar.

Streptozotsinid – 400 mg/m², v/i, 1-chi va 8-chi kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

3. Sisplatin – 80 mg/m², v/i, tomchilab, 1-y kun.

Etopozid – 120 mg/m², v/i, tomchilab, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

4. Karboplatin – AUC 4-5;

Etopozid – 100 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

5. Doksorubitsin – 50 mg/m², v/i, 1-y kun.

Streptozotsinid – 500 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y, 4-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

6. Streptozotsin – 1 g/m², v/i, 1-y kun.

Ftoruratsil – 600 mg/m², v/i, 1-y kun yoki 325 mg/m², 1-y, 2-y, 3-y, 4-y, 5-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 4 haftada.

5. Dakarbazin – 200 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Epirubitsin – 25 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Ftoruratsil – 250 mg/m², v/i, 1-y, 2-y, 3-y kunlar.

Sikl takrorlanishi har 3 haftada.

6. Temozolomid – 150 mg/m²/kun, ichga, 7 kun, перерыв 7 kun.

Bevatsizumab – 5 mg/kg, v/i, 1 marta har 2 hafta.

Kurs davomiyligi 22 hafta.

7. Temozolomid – 150 mg/m²/kun, ichga, 1-y, 2-y, 3-y, 4-y, 5-y kunlar.

Kapetsitabin – 2 g/m²/kun, ichga, 1-y dan 14-y kungacha.

Sikl takrorlanishi har 28 kunda.

Bioterapiya

Somatostatin va interferon- α sintetik analoglari kombinatsiyasi (prolongirlangan shakli (PEG-interferon)).

Oktreotid – 50-500 mkg, t/o, kunga 3 marta (doza individual tanlanadi).

Oktreotidning deponirlangan shakli (sandostatin LAR, oktreotid depo, lanreotid): avval oktreotid qabul qilgan bemorlar uchun.

Sandostatin LARning tavsiya etilgan boshlang'ich dozasi 20 mg, m/o, har 28 kunda.

Oktreotid bilan davolash sandostatin LAR in'ektsiyasidan keyin yana 2 hafta davom etadi.

Avval oktreotid qabul qilmagan bemorlar uchun davolash sandostatindan 100 mkg, kunga 3 marta, 2 hafta davomida boshlanadi.

Yaxshi ko'tarish va klinik ta'sir kuzatilsa, sandostatin LAR ga o'tish mumkin.

Sandostatin LAR dozasi 3 oy davolashdan so'ng tartibga keltirilishi mumkin:

1. Agar simptomlar va biologik markerlar yaxshi nazoratda bo'lsa, doza har 4 haftada 10 mg ga kamaytirilishi mumkin.
2. Simptomlar qaytishi holatida, doza 20 mg ga oshiriladi.
3. Agar simptomlar qisman nazorat qilinsa, doza har 4 haftada 30 mg ga oshirilishi mumkin.

Lanreotid – dozalar va rejimlar javob reaksiyasini baholashdan so'ng individual tanlanadi. Oddiyan tavsiya qilinadigan doza 60-120 mg, m/o, har 4 haftada.

Oktreotid depo, sandostatin LAR kabi, 20 mg, m/o, har oyda 1 marta qabul qilinadi, zarurat bo'lsa doza oshirilishi mumkin.

Interferon- α – 3-5 mln YeD, t/o, har hafta 3 marta. Doza individual tanlanadi, ko'tarishga bog'liq.

Metastatik neuroendokrin o'smalarda terapiyani tanlash algoritmi



18- jadval. Asosiy dori-vositlarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmako-terapevtik guruhi	Dori vositasi HPN	Qo'llash usuli	ID
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	Karboplatin	AUC 4-5;	A
Pirimidin antagonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletka, ichishga	A

O'smaga qarshi antibiotiklar	Doksorubitsin	30 mg/m ² , v/i, 1-chi kun	A
	Epirubitsin	25 mg/m ² , v/i, v 1-chi, 2-chi, 3-chi kunlar	A
Alkillovchi birikmalar (NEOda)	Siklofosfamid	500 mg/m ² , v/i, 1 va 8 kunlar	A
Nitrozomochevina unumlari (NEOda)			A
	Streptozotsin	500 mg/m ² , v/i, 1 va 8 kunlar	A
Alkillovchi vositalar (NEOda)	Dakarbazin	200 mg/m ² , v/i, 1-, 2-, 3-kunlar	A
	Temozolomid	150 mg/m ² /sut., ichishga, 7 kun, tanaffus 7 kun	A
Somatostatin sintetik analoglari (NEOda)	Oktreotid	50-500 mkg, t/o, sutkada 3 marta	A
	Lanreotid	60-120 mg, m/o, har 4 haftada	A
	Sandostatina LAR	10-30 mg har 4 haftada	A
Antimetabolitlar	Gemtsitabin	1000 mg/m ² v/i 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar, har 28 kunda	A
O'sish omili va uning retseptorlariga monoklonal antitanalar	trastuzumab	Yuklama va qo'llab quvvatlovchi dozalari 3 haftada 1 marta progressiyalanishgacha, v/i	A
O'sish omili va uning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab	7,5 mg/kg v/i har 21 kunda yoki 5 mg/kg v/i har 14 kunda	A
PD-1 retseptorlariga monoklonal antitanalar	pembrolizumab	200 mg v/i v 1 kun	A
	nivolumab	3 mg/kg v/i tomchilab 30 minut har 3 haftada	A
	ipilimumab	1 mg/kg v/i tomchilab 30 minut 3 haftada 1 marta	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Platina kompleks birikmalari	oksaliplatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A

O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	ftoruratsil	400 mg/m ² v/i bolyus yuborish	A
Proteintirozinkinaza ingibitorlari	imatinib	400-800mg/sut., peroral, uzoq vaqt	A
	sunitinib	25-50 mg/sut., peroral, uzoq vaqt	A
Bisfosfonatlar guruhidan suyak rezorbtsiyasi ingibitorlari	pamidronovaya kislota	90mg v/i 4-soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	B
	zoledronovaya kislota	v/i tomchilab 15 minut davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B
Suyak to'qimasi rezorbtsiyasi ingibitorlari Monoklonal antitanalar	denosumab	120 mg teri ostiga	A
Saqlash (havoli)	https://www.rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-26.pdf		

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

Farmako-terapevtik guruhi	Dori vositasi HPN	Qo'llash usuli	ID
O'smaga qarshi terapiya toksikligini kamaytiruvchi preparatlar	kaltsiya folinat	400 mg/m ² v/i yoki 200 mg/m ² v/i	B
Antibakterial vositalar	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol		A
Zamburug'ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichishga	B
	Itrakonazol	Ichishga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Pozakonazol	Ichishga	B

Virusga qarshi dori vositalari	Atsiklovir	Vena ichiga Ichishga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiladigan dori vositalari	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo'llanish	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichishga	
	Amlodipin	Ichishga	B
	Drotaverin	Vena ichiga	
	Ichishga		B
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spirolakton	Ichishga	-
	Povidon – yod	Tashqariga	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliyevaya kislota	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
Saqlash (havola)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

6. Jarrohlik davosi.

Tarqalgan jarayonni jarrohlik davosi (palliativ davosi)

Ingichka ichakning adenokartsinomalari ko'pincha regionar limfa tugunlarga, jigarga va qorin pardaga metastazlanadi, ammo boshqa organlarga metastazlashish ham mumkin. Qo'shni to'qimalarga invaziya tipik xolat emas. O'n ikki barmoq ichak, och va yonbosh ichakning o'simtalarida qorin poyasi va paraaortal limfa tugunlarning zararlanishi, uzoq metastazlanishni (M1) ko'rsatadi. Faterov so'rg'ichi ampulasining o'simtalarida metastazlar ko'pincha jigarga, qorin pardaga, kamroq holda o'pkaga, plevruga va boshqa organlarga metastazlanadi.

Birlamchi o'smani olib tashlash

Disseminatsiyalangan jarayonda boshlang'ich o'choqni olib tashlash faqat palliativ maqsadda ko'rib chiqilishi mumkin, masalan, qon ketishini, obstruksiyanini va shunga o'xshash holatlarni bartaraf etish uchun. O'n ikki barmoq ichakning o'simtalarida palliativ maqsadda NT ko'rib chiqilishi mumkin, masalan, uzoq vaqt davomida past intensivlikdagi qon ketishida. Boshlang'ich o'choqni rezektsiya qilishning yashovchanlik ko'rsatkichlariga ta'siri haqida ma'lumotlar yo'q.

Rezektabel metastazlarni olib tashlash

Bir necha tadqiqotlar, agar chegaralangan zararlanish bo'lsa, jigar va o'pkadagi metastazlarni olib tashlashning ma'qulligini tasdiqlaydi. Oligometastatik kasallik va bemorning indolent kasallik kechishi holatlarida metastazektomiyani ko'rib chiqish maqsadga muvofiq, ammo bunday bemorlar juda kam.

Metastazlarni xirurgik olib tashlashning alternativasi sifatida stereotaktik distantсион NT ko'rsatilishi mumkin.

Disseminatsiyalangan jarayonda xirurgik yoki nurli davolash haqida qaror onkologik konsiliumda, ixtisoslashgan markazlarda qabul qilinishi kerak.

7. Keyingi nazorat:

Voyaga yetgan bemorlar, agar ingichka ichak va faterov so'rg'ichi saratoni, ingichka ichak neyroendokrin o'smalari uchun kemyoradioterapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, shifokor-onkolog kuzatuvini va analgetik (agar kerak bo'lsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

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

Me'da ichak yo'lini rentgenkontrast tekshiruvini, periferik limfa tugunlari, qorin bo'shlig'i, qorin parda orti, kichik chanoq UTTsi, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i, kichik chanoq kontrastli KTsi, EGDFS klinik ko'rsatmalarga ko'ra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan so'ng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/retsivida gumon bo'lsa bajariladi.

Dinamik nazorat:

- birinchi yili – 3 oyda 1 marta;
- ikkinchi yili – 6 oyda 1 marta;
- keyinchalik, butun hayoti davomida - 1 yilda 1 marta.

Tekshirish usullari:

- qilo'ngach, me'da, ingichka ichak, anastomozning rentgenkontrast tekshiruvini;
- fibrogastroskopiya;

- o'pkalarning rentgenologik tekshiruvi;
- periferik limfa tugunlari UTTsi;
- qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolari UTTsi;
- to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- ginekolog ko'rigi (ayollarda);
- qon umumiy tahlili.
- Xromogranin A ni aniqlash (ichak NEO'larida)

Ko'rsatmalarga ko'ra:

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

8. Palliativ davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

Davolash samaradorligi JSST mezonlariga muvofiq baholanadi:

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

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

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

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

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

Karnovskiy indeksi/ ECOG-JSST bo'yicha bemor ahvoli og'irligini baholash shkalasi

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt): <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

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi:

Ball	Batavsil
0	Bemor to'liq faol, hamma narsani bemorligidan avvalgidek bajara oladi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 90–100%)
1	Bemor og'ir ishlarni bajara olmaydi, ammo yengil, o'rilib qilinuvchi ishlarni bajara oladi (masalan, yengil uy va kantsellyariy ishlarini, Karnovskiy shkalasi bo'yicha 70-80 %)
2	Bemor ambulator davolanadi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata oladi, lekin ishlay olmaydi. 50% dan ortiq vaqtini tik oyoqda, vertikal holatda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50–60 %)
3	Bemor faqatgina chegaralangan o'z-o'ziga xizmat qila oladi, uyg'oq vaqtining 50% dan ortig'ini kresloda yoki yotiqda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 30–40 %)
4	Nogiron, o'z-o'ziga xizmat qilishga umuman layoqatsiz, kreslo yoki yotoqqa butunlay mixlanib qolgan (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 10–20 %)

Karnovskiy shkalasi

Original nomlanishi (agar bo'lsa): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

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.

Tip: baholash shkalasi.

Buyurilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

90— Me'yoriy faoliyat yuritadi, kasallikning sezilarsiz simptom va belgilari mavjud.

80— Zo'riqish bilan normal faoliyat, kasallikning biroz simptom va belgilari mavjud.

70— O'ziga mustaqil xizmat qiladi, lekin normal faoliyatga yoki faol mehnatga layoqatsiz.

60— Ba'zan u yordamga muhtoj, lekin u ehtiyojlarining ko'p qismini o'zi qondira oladi.

50— Kuchli yordam va tibbiy xizmat ko'rsatishgaa muhtoj.

40— Nogiron, maxsus yordamga, shu jumladan tibbiy yordamga muhtoj.

30— Og'ir nogironlik, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi, garchi o'lim kutilmayotgan bo'lsa ham.

20 — Og'ir bemor. Faol davolanish va kasalxonaga yotqizishga muhtoj.

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

10. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

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 C., 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 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 (accessed on July 7, 2019).
74. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. — М.:ИМАПРЕСС, 2009. — с. 29-35.

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