

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

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

**"АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ
САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ
САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

"АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	54
«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	74
«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ, ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	92

**"АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ,
ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С21, С44,5 - анал канали, анал чети, перианал тери саратони бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ анал канали, анал чети, перианал тери саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Анал канали, анал чети, перианал тери саратони нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар) и:**

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
С21	Орқа чиқарув тешиги (анус) ва анал канал хавфли ўсмалари
С21.0	– Аниқлаштирилмаган локализацияли ташқи чиқарув тешиги хавфли ўсмалари
С21.1	–Анал канал хавфли ўсмалари
С21.2	– Клоакоген соҳа хавфли ўсмалари
С21.8	– Юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечли локализациядан ташқари тўғри ичак, орқа сиқарув тешиги (анус), анал канали хавфли ўсмалари
С44	Терининг бошқа хавфли ўсмалари
С44.5	– Тана терисининг бошқа (анал чети ва перианал териси) хавфли ўсмалари
* Тери саратони перианал соҳада жойлашганида диагностика ва даволаш тамойиллари анал канали ясси ҳужайрали саратонидаги тамойилларга ўхшаш бўлиб, бу мазкур нозологияларни ягона клиник тавсиялар доирасида кўриб чиқиш имконини беради.	
Юклаш (ХКТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1123	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2Е64.2	Анус четида ёки перианал соҳа терисидаги карцинома in situ
2С00	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали хавфли ҳосилалари

2C00.0	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали аденокарциномаси
2C00.1	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали меланомаси
2C00.2	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали нейроэндокрин ҳосиласи
2C00.3	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали ясси хужайрали саратон
2C00.Y	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2C00.Z	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг аниқланмаган хавфли янги ҳосилалари
Юклаш	(КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025/2028 йил.

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

- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;

8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Исламов Хуршид Джамшидович – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг (РИОваРИАТМ) онкоколопроктология бўлими раҳбари;
2. Матниязова Шакар Якубовна – т.ф.н., РИОваРИАТМ онкоколопроктология бўлими мудири;
3. Караходжаев Ботир Шакирович – РИОваРИАТМ онкоколопроктология бўлими етакчи мутахассиси;
4. Израильбекова Камила Шавкатовна – т.ф.н., РИОваРИАТМ кимётерапия бўлими етакчи мутахассиси;
5. Чен Екатерина Евгениевна – т.ф.н., РИОваРИАТМ радиология бўлими етакчи мутахассиси;

- Такризчилар:

Республикадан:

Мухамедаминов Шухрат Каримович – д.м.н., Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббиёт ходимларининг профессионал малакани ривожлантириш маркази "Онкология ва УТТ курси" кафедраси профессори.

Ҳориждан:

Мамедли Заман Заур оглы — тиббиёт фанлари доктори, Россия колоректал саратон мутахассислари жамиятининг бошқарув кенгаши раиси, Москва, Россия Федерацияси. Россия ССВ “Н.Н.Блохин номидаги ИТТИ” ФДБМ клиник онкология илмий-тадқиқот институти қошидаги колопроктология бўлими мудири.

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

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

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

Республикадан:

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

Хориждан:

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

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

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

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

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

3DCRT – Уч ўлчовли конформал нур терапия

AUC – (AUC – Area Under Curve) – бир қатор химиопрепаратларнинг дозасини ўлчаш мезони

CTCAE	–	Ножўя таъсирларнинг умумий терминологик мезонлари
HSIL	–	Анус эпителиининг оғир даражали дисплазияси
IMRT	–	Интенсивлик бўйича модуляцияланган нур терапия
NCI-CTCAE	–	АҚШ Миллий саратон институтининг ножўя таъсирлар мезонлари бўйича умумий терминологияси
RTOG	–	Radiation Therapy Oncology Group
TNM	–	(аббревиатура от tumor, nodus и metastasis) – Хавфли ўсмалар босқичларининг халқаро таснифи
КТ	–	компьютер томография
ЛФК	–	даволаш физкультураси
МКБ-10	–	Касалликларнинг халқаро таснифи, 10-таҳрир (КХТ-10)
МРТ	–	магнит-резонанс томография
ПЭТ-КТ	–	позитрон-эмиссион томография компьютер томография билан
УТДГ	–	ультратовуш доплерографияси
УТТ	–	Ультратовуш текшируви
ЭКГ	–	электрокардиография
per os	–	Перорал
АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/и	–	Вена ичига
м/о	–	Мушак орасига
ЕД	–	Бирлик
МИТ	–	Меъда ичак тракти
ХЎ	–	Хавфли ўсма
ИФА	–	иммунофермент анализ
НТ	–	нур терапия
ПЗР	–	Полимераза занжир реакцияси
ҚУТ	–	Қон умумий таҳлили
ПУТ	–	Пешоб умумий таҳлили
т/о	–	Тери остига
ПТВ	–	Протромбин вақти

ПТИ	– Протромбин индекси
РЭА	– Рак-эмбрионал антиген
ЮҚТ	– Юрак қон томир тизими
ХНТ	– Кимё-нур терапия
ХТ	– химиотерапия
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭхоКГ	– эхокардиография
**	– Ҳаётий муҳим ва энг зарур дори воситалари
#	– Дори воситаси, қўллаш бўйича кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, қўллаш усуллари ва дозаларга мувофиқ келмайдиган тарзда қўлланиладиган ҳолат (инглизча off-label, офф-лейбл).

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

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

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

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

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

ДИД	Батавсил
------------	-----------------

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

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

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

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

ДИД	Батавсил
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган).
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли

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

2. Асосий қисм.

- Кириш

Анал канали саратони – аноректал чизикнинг юқори чети проксимал чегараси, анодерма ва перианал тери туташган жой эса дистал чегараси ҳисобланган соҳада пайдо бўладиган ўсма. Анус четига нисбатан дисталроқ жойлашиб, юпқаланган теридан ёғ тери қисмига ўтадиган ҳудудгача (КХТ-10 коди С44.5) ривожланадиган янги ҳосилалар (ўсмалар) перианал тери ўсмалари сифатида таснифланади. Асосан ано-кутан чизик соҳасини қамраб олиб, анал каналига катта даражада тарқалмайдиган янги ҳосилалар эса анус чети саратони деб таснифланади. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

- Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com)

Халқаро саратонни ўрганиш агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда анал канали саратонининг жами 54 306 та ҳолати аниқланган ва 22 035 киши ушбу касалликдан вафот этган (https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=10).

Анал канали саратони асосий популяцияда етарлича кам учрайдиган касаллик бўлиб, дунё бўйича ўртача кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолат тўғри келади, бошқа маълумотларга кўра эса аноректал зонадаги хавфли ўсмаларнинг жами сонига нисбатан 6% дан ошмайди. Мутахассисларнинг баҳолашича, бу касалликнинг тарқалиши ривожланган мамлакатларда ўсишда бўлиб, ҳар йили 27 мингта янги ҳолат қайд этилиши кутилмоқда (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Дунёнинг турли минтақаларида бу касалликнинг учраш тезлиги 100 минг аҳолига 0,2 дан 0,9 ҳолатгача ўзгариб туради, эркаклар ва аёллар ўртасидаги нисбат турли манбаларга кўра 1:2 дан 1:7 гача (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Индустириал ривожланган давлатларда бу кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолатга яқинлашиб, АҚШда ҳар йили тахминан 3,5 мингта анал канали саратони ҳолати қайд этилади. Осиё ва Шарқ мамлакатларида бу касаллик жуда кам учрайди, беморларнинг ўртача ёши 50 ёшни ташкил этса, Европада бу кўрсаткич 63 ёшга

тенг (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Шунингдек, Европада ушбу касалликка чалинганлар орасида аёллар устунлик қилган бўлиб, уларнинг нисбати 1:3 ёки ҳатто 1:6 га етади.

Анал канали саратонининг ривожланиши онкоген типдаги (16, 18 ва бошқалар) одам папиллома вирусини (ОПВ) ташувчилик билан боғлиқ деб ҳисобланади. Вирусга чалиниш ва унинг популяцияда тарқалиш механизми асосан анус орқали жинсий алоқа йўли билан юзага келади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Ҳозирги пайтда ОПВ инсоннинг аногенитал саратони ривожланишида этиологик омил сифатида кўриб чиқилмоқда. Сўнгги ўн йилликларда ушбу саратон турининг тарқалиши тез суръатлар билан ўсмоқда, айниқса, ноанъанавий жинсий йўналишга эга эркеклар ва одам иммунитет танқислиги вируси (ОИТВ) билан зарарланган шахслар гуруҳида. Анус саратони билан касалланиш кўрсаткичи гомосексуаллар ва ОИТВ-инфекцияланган беморларда дунё бўйича бачадон бўйни саратонининг энг юқори кўрсаткичларидан уч баробар ортиқдир (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Асосий популяцияда ушбу саратон тури нисбатан кам учрайди, аммо сўнгги 30 йил ичида 1 миллион аҳолига 10 тадан 20 тагача ҳолатга ошган. Энг юқори касалланиш ҳолатлари ИПВ билан зарарланган аёллар, ҳаёти давомида кўплаб ва тез-тез алмашувчи жинсий шерикларга эга бўлган шахслар, генитал сўгракли беморлар, чекиш одатига эга бўлганлар, рецептив анус жинсий алоқада бўлганлар ва ОИТВ-инфекцияланган шахслар билан боғлиқдир. Шу сабабли, этиологик нуқтаи назардан, анал канали саратони ошқозон-ичак тизими ўсмаларидан кўра аёл жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалари билан кўпроқ ўхшашликка эга (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Якка яшовчи эркеклар орасида анал канали саратони билан касалланиш кўрсаткичи уйланган эркекларга нисбатан 6 баробар юқори, 35 ёшгача бўлган популяцияда эса ушбу касаллик аёлларга қараганда эркекларда кўпроқ учрайди (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Беморларнинг ўртача ёши 60 ёшни ташкил этади. Умуман олганда, аёллар беморлар орасида устунлик қилган бўлиб, уларнинг эркекларга нисбати 7:1 га тенг (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, анал канали саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига 0,1 ҳолатни ташкил этди. 2023 йилда анал канали саратони биринчи марта 41 беморда аниқланган. Улардан 9,8% ҳолат профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Анал канали саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 85,4% ни ташкил этган. Беморларнинг 4,9% да касаллик I босқичда, 39,0% да II босқичда, 34,1% да III босқичда ва 14,6% да IV босқичда аниқланган. Шунингдек, 7,3% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошида анал канали саратони билан 293 бемор диспансер назоратида бўлиб, касалланиш 100

минг аҳолига 0,8 ни ташкил қилган. Анал канали саратонида 5 йиллик яшовчанлик республика бўйича 32,8% ни, 1 йиллик леталлик эса 7,0% ни ташкил этади. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида анал канали саратонидан 29 бемор вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,1 га тенг.

Клиник таснифи:

2.1. Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолат гуруҳи)

Халқаро гистологик тасниф (2010)

Анал канали ўсмаларининг асосий қисми (70–80%) ясси хужайрали саратон ҳисобланади. Аденокарцинома 10–15% ни ташкил этса, бошқа ўсмалар 3–5% дан ошмайди. Ўсманинг гистологик турини аниқлаш даволаш тактикаси танловида асосий аҳамиятга эга.

Эпителиал ўсмалар:

I. Хавфсиз ўсмалар.

- Ясси хужайрали папиллома.

II. Хавфли ўсмалар.

1. Ясси хужайрали (клоакоген) саратон* 8070/3:

- А. Йирик хужайрали мугузланувчи.
- В. Йирик хужайрали мугузланмайдиган.
- С. Базалоид.

2. Аденокарцинома 8140/3.

- А. Ичак тип.
- В. Анал безлари.
- С. Тўғри ичак оқмасида.

3. Шиллиқли аденокарцинома 8480/3.

4. Айда хужайрали саратон 8041/3.

5. Дифференциаллашмаган 8020/3.

6. Бошқалар.

Нейроэндокрин ўсмалар 8240/3 (кам учрайди, тўғри ичак саратони таснифига киради).

Хавфли меланома 8720/3.

Ноэпителиал ўсмалар.

Иккиламчи ўсмалар.

Ўсмасимон хосилалар:

- Ўткир учли кондилломалар.
- Яллиғланишли клоакоген полип.
- Олеогранулема.

Анал канали ва перианал терининг эпителий тузилмаларидаги ўзгаришлар (предрак ҳолатлар/интраэпителиал саратон).

Анал интраэпителиал дисплазияси (8077/0 – паст даражали интраэпителиал неоплазия; 8077/2 – юқори даражали интраэпителиал неоплазия).

8081/2 Боуэн касаллиги.

8542/3 Педжет касаллиги.

*Ўсмалар юқори, ўртача ва паст даражада дифференцияланган ҳамда недифференцияланган тузилмаларга бўлинади.

Анал канали аденокарциномасини даволаш тамойиллари тўғри ичакнинг қуйи ампуляр қисми саратонларини даволаш принципларига боғлиқ бўлиб, ушбу соҳадаги тегишли тавсиялар бўлимига қараш тавсия этилади. Анал канали аденокарциномаларини даволаш тамойиллари тўғри ичак саратонига бағишланган тавсиялар бўлиmidан кўриш мумкин.

2.2. Анал канали, Анал чети ва перианал тери саратонини TNM-8 (2017) тизими бўйича босқичлаш

Анал канали ва перианал тери (анокутан чизикдан 5 см ичида) ўсмалари учун TNM-8 (2017) бўйича босқичлаш (таблица 4)

T – Бирламчи ўсма (Tumor) градацияси:

TX – Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумот мавжуд эмас.

T0 – Бирламчи ўсма мавжудлиги тўғрисида маълумот йўқ.

Tis – Преинвазив саратон (Боуэн касаллиги, Педжет касаллиги, анал интраэпителиал неоплазияси II–III (AIN–II–III)).

T1 – Ўсманинг энг катта ўлчами ≤ 2 см.

T2 – Ўсманинг энг катта ўлчами > 2 см, лекин ≤ 5 см.

T3 – Ўсманинг энг катта ўлчами > 5 см.

T4 – Ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, кўшни аъзолар (вагина, уретра, сийдик пуфаги)га таралган.

Изоҳ: Агар ўсма перианал терига, тери ости ёғ ҳужайра тўқимасига ёки сфинктер

аппаратига инвазия қилган бўлса, T4 деб ҳисобланмайди.

N – Регионар лимфа тугунларига метастазлар (Nodes)

Регионар лимфа тугунларига қуйидагилар киритилади: мезоректум (параректал, сакрал) лимфа тугунлари, ички ва ташқи илияк, ингвинал лимфа тугунлари.

NX – Регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун етарли маълумот йўқ.

N0 – Регионар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаган.

N1a – Мезоректум, ингвинал ёки ички илияк лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

N1b – Ташқи илияк лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

N1c – Ташқи ва ички илияк, ингвинал ёки мезоректал лимфа тугунларида бир вақтнинг ўзида метастазлар мавжуд.

M – Узоқ метастазлар (Metastases)

M0 – Узоқ метастазлар йўқ.

M1 – Узоқ метастазлар мавжуд.

Изоҳ: Ушбу тасниф анал канали ва перианал терида (анокутан чизиқдан 5 см ичида) жойлашган ўсмалар учун бир хил қўлланилади.

4-жадвал. Анал канали саратонини TNM тизими бўйича босқичлаш (UICC, 2017, 8-нашр)

Традицион босқичлаш		TNM тизими (UICC, 2017, 8-нашр)		
		Бирламчи ўсма	Регионар лимфа тугунлари	Узоқ метастазлар
0 босқич		Tis	N0	M0
I босқич		T1	N0	M0
IIА босқич		T2	N0	M0
IIВ босқич		T3	N0	M0
III босқич	IIIА	T1/T2	N1	M0
	IIIВ	T4	N0	M0
	IIIС	T3/T4	N1	M0
IV босқич		Tҳар қандай	Nҳар қандай	M1

2.3. Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳининг) клиник манзараси

Анал канали саратони одатда орқа чиқиш соҳасида палпация қилинадиган тўқиманинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Энг хос белгилари – ахлатда қон ва шиллик модда ажралиши, дефекация вақтида кучаядиган орқа чиқиш соҳасидаги оғриқ, орқа чиқишда бегона жисм ҳиссининг пайдо бўлиши. Шунингдек, анал канали саратони баъзан анус ёриғи ёки геморрой туфайли амалга оширилган жарроҳлик амалиётидан кейин операцион материални патологоанатомик текширув жараёнида тасодифан аниқланиши мумкин.

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

Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳининг) диагностикаси, ташхис усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Ташхис қўйишдаги ташхислаш мезонлари:

- Ташхис патологоанатомик текширув натижалари асосида биопсия материални таҳлил қилиш орқали қўйилиши **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Изоҳ: Биопсия материални олиш клиник кўрик ва тўғри ичакни текшириш, аноскопия, ректоскопия ёки колоноскопия жараёнида амалга оширилиши мумкин.

3.1. Шикоятлари ва анамнез:

- Беморнинг шикоятлари ва анамнезини синчиклаб тўплаш тавсия этилади, чунки бу даволаш тактикасини танлашга таъсир этувчи омилларни аниқлашга ёрдам беради. ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

3.2. Физикал текширувлар

- Барча беморларда клиник кўрик ўтказиш **тавсия этилади**, чунки бу даволаш тактикасини ва диагностика усуллари ташлашга таъсир этувчи омилларни аниқлашга ёрдам беради. Кўрик қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- Перианал терини кўриқдан ўтказиш: ўсма ўсишлари, оқма тешиклари, мацерация, яралар мавжудлигини баҳолаш, ингвинал лимфа тугунларини пальпация қилиш (катталашган лимфа тугунлари, уларнинг консистенцияси ва атроф тўқималарга нисбатан ҳаракатчанлигини аниқлаш).

- Аёллар учун гинекологик кўрик: ўсманинг қин орқа деворига тарқалишини баҳолаш ва бачадон бўйни саратонини скрининг қилиш мақсадида цервикал каналдан цитологик мазок текширувини ўтказиш.

- Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш: ўсманинг ҳажмини аниқлаш. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-48363-0>).

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

Изоҳ: Анал канали саратони билан касалланган беморларнинг 3–5%ида синхрон бачадон бўйни саратони ёки цервикал интраэпителиал неоплазия аниқланиши мумкин.

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда даволаш бошланишидан олдин нутритив ҳолат баҳоланиши тавсия этилади, бу эса қўшимча ёрдамчи терапияни ўтказиш заруратини аниқлашга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

3.3. Лаборатор диагностик текширувлар

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда прогнозни баҳолаш ва даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш мақсадида қонда ясси хужайрали карцинома антигени (SCC) даражасини текшириш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272844/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳлар: Ушбу онкологик маркернинг рутин қўлланишида клиник аҳамияти исботланмаган. Унинг аниқланиши метастатик касалликка ёки бошланғичдан

маҳаллий таралган анал канали саратонига чалинган беморларда кўриб чиқиши тавсия этилади.

3.3.1. Жарроҳлик давосидан сўнг морфологик текширув

- Анал канали саратони билан касалланган ва тўғри ичакнинг қорин-оралик экстирпацияси амалга оширилган беморларда патологоанатомик биопсия (операция) материални текшириш **тавсия этилади**. Морфологик хулосада прогноз факторларини тўлиқ баҳолаш учун қуйидаги параметрлар акс эттирилиши лозим (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>):
 - 1) Проксимал ва дистал резекция чегараларигача бўлган масофа;
 - 2) Ўсманинг ўлчами;
 - 3) Ўсманинг гистологик тузилиши;
 - 4) Ўсманинг дифференцировка даражаси;
 - 5) pT (бирламчи ўсма босқичи);
 - 6) pN (тадқиқ қилинган ва зарарланган лимфа тугунлари умумий сони кўрсатилган ҳолда);
 - 7) Проксимал резекция чегарасининг зарарланиш ҳолати (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
 - 8) Дистал резекция чегарасининг зарарланиш ҳолати (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
 - 9) Лимфоваскуляр ва перинеурал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
 - 10) Mandard шкаласи бўйича ўсма регрессия даражаси (агар олдиндан мажмуавий даволаш ўтказилган бўлса);
 - 11) Апикал лимфа тугунининг зарарланиши (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак).

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

3.4. Инструментал диагностик текширувлар:

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда даволашни бошлашдан олдин колоноскопия ёки аноскопия ўтказилиши ва биопсия материални олиш **тавсия этилади**. Бу энг оптимал даволаш усулини

аниқлаш учун зарур. Керакли миқдорда материал олиш мақсадида стандарт эндоскопик щипцалар ёрдамида 3–5 марта биопсия олиш тавсия этилади. Патологоанатомик текширув натижалари олинмагунига қадар даволаш режаси тузилмаслиги керак. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Изоҳлар: *Анал каналида ҳам ясси ҳужайрали саратон, ҳам аденокарцинома учраши мумкин. Ушбу касалликларнинг даволаш тамойиллари тубдан фарқ қилади, шунинг учун ҳар бир ҳолатда даволашни бошлашдан олдин аниқ морфологик верификация ўтказилиши шарт.*

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда маҳаллий босқичлаш (стадияни аниқлаш) учун кичик чаноқ соҳасининг магнит-резонанс томографияси (МРТ) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5410279/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: *Кичик чаноқ соҳасининг магнит-резонанс томографияси (МРТ) анал канали саратони маҳаллий тарқалишини аниқлашда устунликка эга, чунки у нафақат анал канали деворига инвазия чуқурлигини, балки барча кичик чаноқ ва ингвинал лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш имконини беради. Эрта босқичларда (T1–T2) бирламчи ўсмани баҳолаш учун трансректал ультратовуви текшируви (УТТ) қўллаш мумкин, аммо ушбу усул юқори оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шунинг учун таз лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун қўшимча диагностика усули билан тўлдирилиши керак. МРТга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, қуйидаги усуллардан бири тавсия этилади: Кичик чаноқ соҳасининг компьютер томографияси (КТ) вена ичидаги контраст модда билан; Позитрон-эмиссион томография + компьютер томографияси (ПЭТ-КТ) фтордезоксиглюкоза [^{18}F] билан, КТ контраст ва саратон тўқималарини танловчан аниқлайдиган радиофармацевтик препаратлар билан биргаликда.*

Анал канали ва перианал тери саратони учун бирламчи босқичлаш (стадиялаш) мақсадида кичик чаноқ МРТ ҳулосасида қуйидаги параметрлар кўрсатилиши лозим:

- Ўсманинг максимал ўлчами ва локализацияси;
- Чов лимфа тугунлари: зарарланган лимфа тугунларининг мавжудлиги, сони ва ўлчами;

- Мезоректал лимфа тугунлари ва пастки туткич артерия бўйлаб жойлашган лимфа тугунлари: зарарланиш ҳолати, сони ва ўлчами;
- Тос лимфа тугунлари: зарарланган лимфа тугунларининг мавжудлиги, сони, ўлчами ва локализацияси;
- Ўсманинг қўшни аъзолар ва тўқималарга инвазияси ҳақида маълумотлар;
- Оқмалар ёки паратуморал абсцесслар мавжудлиги ҳақида маълумотлар.

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар МРТ ёки УТТ натижалари асосида чов лимфа тугунларининг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, таъхисни аниқлаш мақсадида чов лимфа тугунларини пункция қилиш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078990/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: Кўплаб беморларда пункция натижалари бўйича фақат реактив яллиғланиш аниқланиши мумкин. Агар пункция натижалари бўйича ёлгон-манфий хулоса ҳақида шубҳа туғилса, пункция такроран ўтказилиши тавсия этилади.

- Кўплаб беморларда пункция натижалари бўйича фақат реактив яллиғланиш аниқланиши мумкин. Агар пункция натижалари ёлгон-манфий бўлиши мумкин деб ҳисобланса, уни такроран ўтказиш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Изоҳ: Қорин бўйлиги аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) вена ичидаги контраст модда билан анал канали саратони учун аниқ таъхис қўйишида ривожланган мамлакатларда стандарт усул ҳисобланади.

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда, даволашни бошлашдан олдин, кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) ўтказиш **тавсия этилади**. Бу метастатик зарарланиш мавжудлигини истисно қилиш учун муҳим ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Изоҳ: Кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) анал канали саратони учун аниқ таъхис қўйишида ривожланган мамлакатларда стандарт усул ҳисобланади.

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда ҳамроҳ касалликларни истисно қилиш ва даволашни қабул қилиш имкониятини баҳолаш мақсадида электрокардиография (ЭКГ) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар суяк скелетининг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, уни истисно қилиш мақсадида даволашни бошлашдан олдин остеосцинтиграфия (бутун тана суякларининг сцинтиграфияси) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар КТ ёки МРТ натижаларига кўра метастазларга шубҳа туғилса ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини кескин ўзгартирса, ташхисни аниқлаш мақсадида УТТ ёки КТ назорати остида биопсия олиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар КТ ёки МРТ натижаларига кўра метастазларга шубҳа туғилса ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини кескин ўзгартирса, ташхисни аниқлаш мақсадида фтордезоксиглюкоза [18F] билан позитрон-эмиссион томография + компьютер томографияси (ПЭТ-КТ) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Изоҳ: Ушбу текширув асосан метастатик ва маҳаллий таралган шаклдаги касалликка чалинган беморларда ўтказилиши мақбул ҳисобланади.

• Қорин пардаси бўйлаб ўсманинг диссеминациясига шубҳа туғилганда ва унинг аниқланиши даволаш тактикасини ўзгартириш мумкин бўлса, касаллик босқичини аниқлаш мақсадида лапароскопия ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар бош миянинг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, уни истисно қилиш мақсадида бош миянинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) вена ичидаги контраст модда билан ўтказиш **тавсия этилади.** ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида кўрсатмаларга асосан кўшимча текширувлар ўтказиш **тавсия этилади:** Эхокардиография, холтер мониторинги (юрак фаолиятининг узлуксиз кузатуви), ташқи нафас олиш функциясини баҳолаш, бўйин ва қуйи кўл-оёқ кон томирларининг ультратовуш доплерографик текшируви (УЗДГ) ва бошқа зарур диагностик усуллар. ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

3.5. Бошқа диагностик текширувлар

- Анал канали саратонига шубҳа қилинган беморларда, агар биопсия натижаси шубҳали бўлса, ташхисни тасдиқлаш ёки истисно қилиш мақсадида биопсия материални такроран олиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Биопсия натижаси мусбат чиққан беморларда морфологик хулосада ўсманинг гистологик тури ва унинг дифференцировка даражаси кўрсатилиши **тавсия этилади**, чунки бу энг оптимал даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамиятга эга. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Анал канали саратонига шубҳа қилинган беморларда, агар биопсия натижаси манфий чиқса ва ўсманинг ташхиси тасдиқланмаса, кўшимча эндоскопик ва рентгенологик текширувлар натижаларида хавфли ўсма белгилари мавжуд

бўлса, такроран биопсия ўтказиш масаласи индивидуал равишда ҳал этилиши **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида кўрсатмаларга асосан қўшимча текширувлар ўтказиш **тавсия этилади**, жумладан: Кардиолог консултацияси, эндокринолог консултацияси, невролог консултацияси, зарур ҳолларда бошқа мутахассислар кўриги. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

• Анал канали саратони ва ОИТВ-инфекцияси мавжуд беморларда, нур терапияси фонида химиотерапия режимини танлаш мақсадида, даволашни бошлашдан олдин CD4+ лимфоцитлар даражасини текшириш **тавсия этилади.** (<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819940601%2973%3A11%3C2680%3A%3AAID-CNCR2820731105%3E3.0.CO%3B2-C>) ва антиретровирус терапиясини ўтказиш масаласида инфекционист шифокор кўриги тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: CD4+ лимфоцитлар даражаси 200 хужайра/мклдан юқори бўлган беморларда, агар бошқа қарши кўрсатмалар бўлмаса, иммун тизими заифлашмаган беморлар сингари стандарт химионур терапия курси тайинланиши мумкин.

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);

7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
- 10.Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
- 11.Яширин қонга нажас таҳлили;
- 12.Онкомаркерларга қон таҳлили: АФП, РЭА, СА 242, СА19-9;
- 13.Ректоскопия биопсия билан;
- 14.Тотал колоноскопия (фиброколоноскопия);
- 15.Ирригоскопия
- 16.Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
- 17.Кичик чаноқ аъзолари МРТси;
- 18.Қорин бўшлиғини ва қорин парда ортини контрастли МСКТси;
- 19.Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйрақлар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
- 20.Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 21.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 22.ЭКГ;
- 23.ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. COVID-19 ги ПЗР;
3. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
4. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
5. Стандарт цитогенети текшириш;
6. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
7. Прокальцитонин
8. Антитромбин III, Д-димер
9. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
- 10.Периферик қон ИФТси;
- 11.Стандарт –цитогенетик текшириш;

12. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
13. Агар аденокарцинома билан боғлиқ узоқ метастазлар ташхисланган ёки шубҳа қилинган бўлса, ўсма биоптатида RAS мутацияси (KRAS ва NRAS генларининг 2–4 экзонлари) таҳлил қилиниши керак..
14. Ўсма (биопсия ва жарроҳликдан кейинги материаллар, шиша блоклар, суяқликлар, эркин айланаётган ўсма ДНК) молекуляр-генетик тадқиқотлари «инструментал текширувлар» бўлимида кўрсатилган ҳолатларда шубҳа туғилганда ўтказилиши керак.;
15. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
16. УТ-колоноскопия;
17. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини рентгеноскопик текшируви, контрастлаш билан (икки қарра контрастлаш);
18. Кўкрак қафаси аъзолари МСКТси;
19. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
20. Бош мия МРТси;
21. Спирография;
22. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
23. Скелет суяқларини сканирлаш;
24. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
25. Холтер – мониторинг билан ЭКГ
26. Бутун тана ПЭТ/КТси**;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

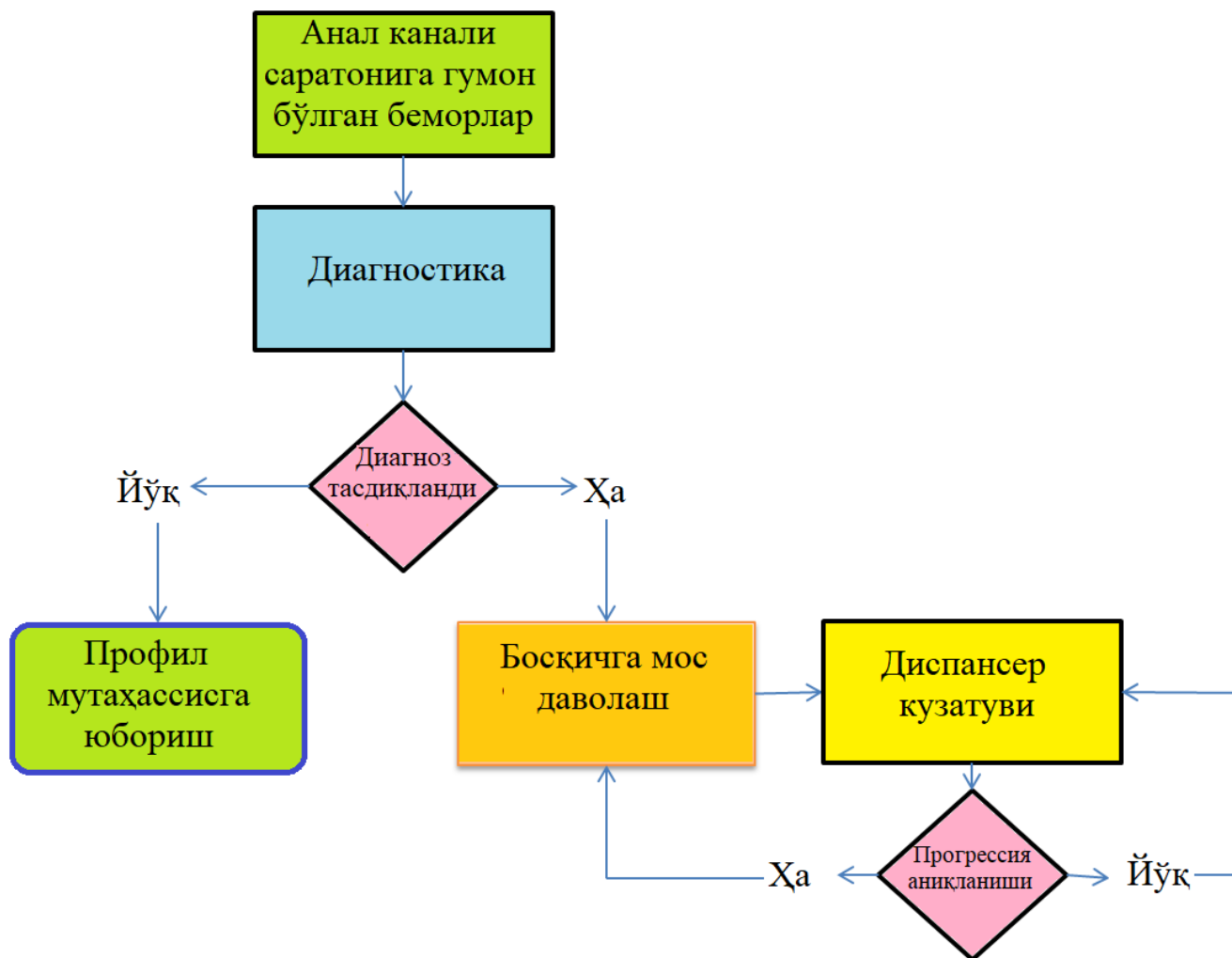
- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чаноқ аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Меъда ости беши саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги

беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];

- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).
- **фтизиатр кўриги** – агар ўпканинг сил касаллигига шубҳа қилинган бўлса ва периферик шаклланишлар мавжуд бўлса.
- **Торакал жарроҳ кўриги** – ўпкаларга метастаз бўлганда;
- **Уролог кўриги** – пешоб аъзоларига инвазияга гумон бўлганда;
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.

Диагностик алгоритм.

Анал канали, анал чети, перианал тери саратонида шифокор харакати алгоритми



2.2. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш

Аналь канали, аналь чети ва перианал тери саратонларининг айрим касалликлар билан дифференциал диагностикаси

(https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh010/08.pdf)

5-жадвал

Анал канал саратони ва геморрой дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Геморрой
Оғриқлар	Давомли оғриқлар, дефекация вақтида ва ундан кейин кучаяди	Ўзгарувчан, кучли эмас, фақат дефекациядан сўнг пайдо бўладиган оғриқлар

Қонли ажралмалар	Интенсив, дефекация вақтида ёки унга боғлиқ бўлмаган ҳолда	Оғриқнинг интенсивлиги турлича, лекин ҳар доим дефекация вақтида
Ичак фаолиятининг бузилиши	Доимий белгилар, кўпинча қабзият ёки тенезмлар билан	мавжуд эмас, узоқ давом этган ҳолатда – тугунларнинг тушиши
PR	Инфильтрат ёки яра, анал каналининг исталган секторида, кўпроқ ўнг ва орқа деворда, тишли чизикдан юқори жойлашган	Тугунлар соат циферблати бўйича 3, 7 ёки 11 соат жойлашган
Белгилар пайдо бўлишининг кетма-кетлиги	Қон аралаш ажралмалар – оғриқ – ичак фаолияти бузилиши кетма-кетлиги	Қонли ажралмалар – ичак дискомфорти (тугунлар тушиши) – камдан-кам ҳолларда оғриқлар (хуруж боскичида)

6-жадвал

Анал канал саратони ва анал ёриғи дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Анал ёриғи
Оғриқлар	Доимий оғриқлар, дефекация вақтида ва ундан кейин кучаяди	Дефекация вақтида ёки ундан кейин пайдо бўлади, жуда интенсив оғриқлар
Қонли ажралмалар	Интенсив ва доимий	Камдан-кам, оз миқдордаги қонли ажралмалар, ҳар доим дефекация вақтида
Ичак фаолиятининг бузилиши	Ҳар доим мавжуд, кўпинча қабзият ёки тенезмлар билан кечади	Камдан-кам ҳолларда, қабзият "ҳожатдан кўрқиш" билан боғлиқ

PR	Чуқур, чизиксимон дефект, зич ва инфильтрацияланган чегаралар билан	Чизиксимон, юзаки, жуда оғриқли дефект, кўпинча анал канали орқа ярим доирасида жойлашган
Белгилар пайдо бўлишининг кетма-кетлиги	Қонли ажралмалар – оғриқ – ичак фаолиятининг бузилиши	Оғриқ – "ҳожатдан кўрқиш" – қонли ажралмалар бир вақтнинг ўзида

7-жадвал

Анал канал саратони ва тўғри ичак оқмаси дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Тўғри ичак оқмаси
Оғриқлар	Доимий оғриқлар, дефекация вақтида ва ундан кейин кучаяди	Фақат хуруж пайтида ёки пектенозда пайдо бўлади
Қонли ажралмалар	Интенсив, қонли ва доимий	Йирингли
Ичак фаолиятининг бузилиши	Ҳар доим мавжуд, кўпинча қабзият ёки тенезмлар билан кечади	Бўлмайди
PR	Инфильтрат ёки яра, анал каналининг исталган қисмида жойлашган	Ремиссия даврида инфильтрация бўлмайди, ички тешик криптада чуқурлик шаклида ёки аниқланмаслиги мумкин; пектенозда – зич, анал канали йўлига чиқиб турган, тишли чизик даражасида орқа ярим доирада жойлашган чандиқли вал
Белгилар пайдо бўлишининг кетма-кетлиги	Қонли ажралмалар – оғриқ – ичак фаолиятининг бузилиши	Ремиссия ва хуруж даврларининг навбатма-навбат алмашилиши, ҳар доим ўткир парапроктит билан бошланади

Анал канал саратони ва анал қичима дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Анал қичима
Оғриқлар	Доимий, дефекация вақтида ва ундан кейин кучаяди	Қисқа муддатли оғриқлар, кучли қашишдан сўнг пайдо бўлади
Қонли ажралмалар	Интенсив, доимий	Фақат перианал терини қашиш вақтида бўлиши мумкин
Ичак фаолиятининг бузилиши	Ҳар доим мавжуд, кўпинча қабзият ёки тenezмлар билан кечади	Йўқ
PR	Инфилтрат ёки яра, анал каналининг исталган секторида, тишли чизикдан пастда жойлашган	Перианал терида иккинчи даражали ўзгаришлар (тирналган жойлар, тери гипертрофияси ва ҳ.к.), касаллик босқичига қараб
Қичишиш	Йўқ	Ҳар доим мавжуд, интенсивлиги турлича, лекин кўпинча аниқ ифодаланган

Анал канал саратони ва перианал ўткир учли кондиломалар дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Перианал ўткир учли кондиломалар
Оғриқлар	Доимий симптом	Камдан-кам, фақат дефекация вақтида
Қонли ажралмалар	Интенсив, қонли, доимий	Камдан-кам, шиллиқли
Ичак фаолиятининг бузилиши	Доимий симптом	Бўлмайти

PR	Инфилтрат, яра, анал каналнинг истаолган секторида	Бородавкасмон ўсмалар, гулкарам шаклидаги ўсишлар перианал терида. Анал каналида камдан-кам учрайди, зич пуфакчалар кўринишида бўлиши мумкин
----	--	--

10-жадвал

Анал канал саратони ва проктит дифференциал диасностикаси

Белги	Анал канали саратони	Проктит
Оғриқлар	Доимий оғриқлар, дефекация вақтида ва ундан кейин кучаяди	Дефекация вақтида ёки ундан кейин пайдо бўлади, жуда интенсив оғриқлар
Қонли ажралмалар	Ўз-ўзидан пайдо бўладиган, ахлат билан аралашмаган, интенсив, доимий, қонли	Шиллик ажралмалар, камдан-кам ҳолларда қонли, ахлат билан аралашган
Ичак фаолиятининг бузилиши	Ҳар доим мавжуд, кўпинча қабзият ёки тenezмлар билан кечади	Хуруж даврида тез-тез ичак ҳаракатлари, тenezмлар
PR	Инфилтрат ёки яра, анал каналининг исталган секторида, маҳаллий оғриқчанлик	Оғриқлар айлана бўйлаб ёки орқа крипталар соҳасида, сфинктер тонусининг кескин ошиши
Белгилар пайдо бўлишининг кетма-кетлиги	Қонли ажралмалар – оғриқ – ичак фаолиятининг бузилиши. Белгиларнинг доимий кучайиши	Хуруж ва ремиссия даврларининг навбатма-навбат алмашиниши, клиник белгилари орасида ичак фаолияти бузилишлари устунлик қилади

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

йўқ.

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

Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) Онкологик касалликнинг асоратлари мавжудлиги, бу ҳолатда беморга тезкор ва шошилиш тарзда махсус тиббий ёрдам кўрсатиш зарур.
- 2) Онкологик касалликни даволаш (жарроҳлик аралашуви, нур терапияси, дори терапияси ва бошқалар) асоратларининг мавжудлиги.

Шошилиш ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) Мураккаб интервенцион диагностик тиббий манипуляцияларни ўтказиш зарурати, бу ҳолатда бемор кўп соатлик ёки кундузги стационарда кузатувни талаб қилади.
- 2) Ўсмага қарши ихтисослаштирилган даволашга кўрсатмалар мавжудлиги (жарроҳлик аралашуви, нур терапияси, жумладан контактли ва дистанцион нур терапияси, дори терапияси ва бошқалар), бу ҳолатда бемор кўп соатлик ёки кундузги стационарда кузатувни талаб қилади.

Беморни тиббиёт муассасасидан чиқаришга кўрсатмалар:

- 1) Даволаш курси ёки махсус, жумладан юқори технологияли, тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларидан бирининг яқунланиши, агар стационар шароитида дори коррекцияси ва/ёки тиббий аралашувларни талаб қилувчи даволаш асоратлари мавжуд бўлмаса.
- 2) Бемор ёки унинг қонуний вакили томонидан стационар шароитида махсус, жумладан юқори технологияли, тиббий ёрдамдан воз кечиш, онкологик ёрдам кўрсатувчи тиббиёт муассасаси консилиуми томонидан тасдиқланган ҳолда, агар асосий касаллик ва/ёки даволаш асоратлари стационарда дори коррекцияси ва тиббий аралашувларни талаб қилмаса.
- 3) Беморни тиббий ёрдам профилига мос келувчи бошқа тиббиёт муассасасига ўтказиш зарурати.

Беморни профил бўйича ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасига ўтказиш мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги хулоса мавжуд тиббий ҳужжатларни олдиндан кўриб чиқиш ва/ёки қабул қилувчи муассаса мутахассислари томонидан дастлабки кўрик ўтказиш асосида белгиланади.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

Даволаш, жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, диетотерапия, оғрик қолдириш, даволаш усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

Клиник тавсияларда кўрсатилган дори воситаларини тайинлаш ва қўллаш беморга клиник жиҳатдан самарали ва хавфсиз тиббий ёрдамни таъминлашга қаратилган. Шу сабабли, дориларни тайинлаш ва қўллаш аниқ клиник ҳолатга мувофиқ равишда, уларнинг қўллаш бўйича йўриқномасига мувофиқ амалга оширилади. Йўриқномада белгиланган эҳтиёткорлик чораларига риоя қилиш талаб этилади. Беморнинг ҳолатидан келиб чиқиб, дорилар дозасига тузатиш киритиш мумкин.

- Метастазсиз ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган барча беморлар учун 50 Грдан кам бўлмаган умумий дозада (СОД) химионур терапия ва митомицин ҳамда пиримидин аналоглари гуруҳидан бўлган дори воситалари билан мажмуавий химиотерапия ўтказиш асосий даволаш усули сифатида кўриб чиқилиши тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472366/>), (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>)]).

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

Изоҳлар: *Нур терапияси ва химиотерапияни ўтказиш бўйича батафсил тавсиялар «Нур терапиясини ўтказиш тамойиллари» ва «Химиотерапияни ўтказиш тамойиллари» бўлимларида келтирилган. Пиримидин аналоглари гуруҳига кирувчи ва расман тасдиқланган кўрсатмаларга эга дори воситаларини қўллаш бўйича тавсиялар қуйида берилган.*

7. Номедикаментоз даво:

7.1. Нур терапия ўтказиш тамойиллари

Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси самарадорлигини максимал даражада ошириш мақсадида қуйидаги тамойиллар қўлланилиши мақсадга мувофиқ (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/>):

- 1) Дистанцион нур терапияси ҳар куни, фотонлар 6–18 МэВ;
- 2) Оптимал усул – уч ўлчовли конформал нур терапияси (3DCRT) ёки

модулированган интенсивлик нур терапияси (IMRT);

3) Нур терапиясига топоетрик тайёргарлик КТ ва МРТ текширувларини ўз ичига олади, уларнинг давомийлиги даволаш бошланишидан олдин 30 кундан ошмаслиги керак. Келтирилган маълумотлар асосида нурлантириш режаси тузилади;

4) Нурлантириш ҳажми бирламчи ўсма ва регионар лимфа тугунларини ўз ичига олади;

5) Нурлантириш ҳажми регионар метастазлар худудига пресакрал, параректал, обтуратор, ички илияк, пастки қўшмачасимон, чов лимфа тугунларини ўз ичига олиши керак;

6) Юқори чегара – L5-S1 позвонкалар даражасида;

7) Қуйи чегара – бирламчи ўсманинг дистал чегарасидан 2,5 см пастда;

8) Биринчи босқичда нур терапияси РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–46 Гр бирламчи ўсма ва регионар метастазлар худудига ўтказилади;

9) Иккинчи босқичда бошланғич аниқланган ўчоқларга буст ўтказилади;

10) Буст РОД 1,8–2 Гр билан ўтказилади, СОД касалликнинг бошланғич тарқалишига қараб аниқланади (СОД 50–54 Гр Т1–Т2 да, СОД 56–60 Гр Т3–Т4 да);

11) Дистанцион нур терапияси 3D-планлаштириш билан бошланади ва конформал нур терапияси (3DCRT ва унинг вариантлари) технологияси бўйича амалга оширилади;

12) Нур терапиясининг аниқ бажарилишини назорат қилиш портал визуализация тизими (ОБИ – on board imager) ва коник рентген нури (СВСТ – cone beam computed tomography) орқали таъминланади;

13) Техник имконият мавжуд бўлганда протонлар/оғир ионлар билан 250 МэВ энергияда дистанцион нур терапияси, протон тизимларидан фойдаланган ҳолда қўлланилиши мумкин;

14) Олигометастатик касалликда мултидисциплинар жамоа қарорига кўра стереотаксик нур таъсири қўлланилиши мумкин.

• Техник имконият мавжуд бўлганда, даволашнинг ноҳўя таъсирлари ва мажбурий танаффуслар сонини камайтириш мақсадида IMRT усулини ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш жараёнида қўллаш тавсия этилади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: Ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш жараёнида IMRT қўлланилиши негематологик токсикликни сезиларли даражада камайтириши ва даволаш курсидаги мажбурий танаффуслар сонини қисқартириши имконини беради. Айрим тадқиқотларда (исбот даражаси паст) химионур терапия жараёнида маҳаллий гипертермия қўшилганида эҳтимолий ижобий таъсир кузатилган, бироқ уни қўллаш режими, сеанслар сони ва давомийлиги стандартлаштирилмаган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси профилактик мақсадда ўтказилганда, касаллик T ва N параметрлари босқичдан қатъи назар, нурлантириш ҳажмига чов лимфа тугунларини киритиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида химионур терапия курсини режалаштирилган танаффусларсиз ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳ: Химионур терапия давомида танаффуслар қилиш даволаш самарадорлигини ишончли даражада пасайтиради ва химионур терапиядан сўнг тўлиқ жавоб эҳтимолини камайтиради.

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда химионур терапия курсида танаффуслар фақат RTOG (Қўшимча G2) ва/ёки NCI-CTCAE (Қўшимча G3) шкалалари бўйича III даражадан паст бўлмаган асоратлар аниқланган тақдирда ўтказилиши **тавсия этилади.** Химионур терапия курсидаги танаффуслар даволаш самарадорлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: III даражадан паст бўлган асоратлар консерватив йўл билан бартараф этилиши керак, улар бемор ҳаёти учун хавф туғдирмайди ва бошлангич даволаш режасини ўзгартириш сабаби бўлиши керак эмас. Ушбу қоидалар хавфли ўсмаларни мажмуавий даволаш усуллари учун умумий қабул қилинган тамойиллар ҳисобланади ва уларни клиник тадқиқотлар доирасида қўшимча ўрганиши талаб этилмайди. Химионур терапия курсида мажбурий танаффусга сабаб бўлган асоратларнинг тури ва даражаси албатта ҳужжатлаштирилиши керак.

Химионур терапия курсида танаффус қилиш тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин консерватив даволаш чоралари кўрилиши шарт. Танаффусга қарор фақат қуйидаги ҳолларда қабул қилиниши мумкин: Адекват ёрдамчи терапияга қарамай, асоратлар даражасини RTOG ва/ёки NCI-CTCAE шкаллари бўйича II даражага ёки ундан паст даражага тушириш имкони бўлмаган ҳолда; Бемор саломатлиги учун тўғридан-тўғри хавф мавжуд бўлган тақдирда.

8. Медикаментоз даволаш:

8.1. Кимё терапия ўтказиш тамойиллари

8.1.1. Нур терапия фонида кимё терапия

• Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида нурлантириш фонида химиотерапия ўтказиш **тавсия этилади:** #Митомицин** – 12 мг/м² вена ичида болус усулида, 1-кунда; Пиримидин аналоглари билан қўшиб қўллаш: #Фторурацил** – 1000 мг/м² суткасига, вена ичида узлуксиз инфузия шаклида, 1–4-й ва 29–32-й кунларда; #Капецитабин** – 825 мг/м², 2 марта суткада оғиз орқали, нурлантириш кунларида. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3996178/>).

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

Изоҳлар: Локализланган анал канали саратонида нурлантириш фонида #фторурацил** ва #митомицин**ни ўз ичига олган химиотерапия схемаларини қўллаш мақбулроқ ҳисобланади. Агар #митомицин**ни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса ёки бошқа ҳужжатлаштирилган объектив сабаблар уни қўллашга тўсқинлик қилса, #цисплатин** асосидаги схема қўлланилиши мумкин: #Цисплатин** – 60 мг/м² вена ичида, 1-й ва 29-й кунлар. Қулайликни ошириш мақсадида #фторурацил ўрнига #капецитабин** қўлланилиши мумкин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>). Митомицинни альтернатив усулда юбориш мумкин – 10 мг/м² вена ичида болус шаклида, 1-й ва 29-й кунлар, нурлантириш курси билан бирга.

• Анал канали саратони ва ОИТВ-инфекцияси мавжуд бўлган, CD4+ лимфоцитлар даражаси 200 ҳужайра/мклдан кам бўлган беморларда, стандарт нурлантириш курси фонида қуйидаги химиотерапия схемасини ўтказиш **тавсия этилади:** Цисплатин** – 60 мг/м² вена ичида, 1-й ва 29-й кунлар; #Фторурацил** – 1000 мг/м² суткасига, 1–4-й ва 29–32-й кунларда.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: *CD4+ лимфоцитлар даражаси 200 ҳужайра/мклдан юқори бўлган ва бошқа қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган беморларда, иммун тизими заифлашмаган беморлар сингари стандарт химионур терапия курси тайинланиши мумкин. Митомицинни цисплатин билан алмаштириши химионур терапия жараёнида гематологик асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтиради.* (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3996178/>).

8.1.2. Паллиатив кимё терапия

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда биринчи чизик химиотерапияси сифатида қуйидаги тизимли химиотерапия **тавсия этилади:** #Паклитаксел** – 80 мг/м² вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, 1-й, 8-й ва 15-й кунлар; #Карбоплатин** – АУС-5, 1-й кун; Курс давомийлиги – 28 кун; Даволаш касаллик прогрессияси ёки қабул қилиб бўлмайдиган токсиклик ҳолатигача давом эттирилади, лекин 24 ҳафтадан ошмаслиги керак. [1].

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

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда биринчи чизик химиотерапияси учун альтернатива сифатида қуйидаги тизимли химиотерапия схемаси **тавсия этилади:** #Цисплатин** – 40 мг/м², вена ичида 40 дақиқалиқ инфузия шаклида, 1-й кун (2,5 лдан кам бўлмаган вена ичидаги гидратация фонида); #Доцетаксел** – 40 мг/м², вена ичида инфузия шаклида, 1-й кун; #Фторурацил** – 2400 мг/м² (суткасига 1200 мг/м²), кейинги 46 соатлик инфузия шаклида; Кейинги курсни бошлаш – 15-й кун. [4].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4).

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи чизик химиотерапияси сифатида қуйидаги тизимли химиотерапия **тавсия этилади:** #Фторурацил** – 1000 мг/м², 1–4-й кунлар, вена ичида узлуксиз инфузия шаклида; #Цисплатин** – 60 мг/м², 2-й кун; Курс давомийлиги – 21 кун. [1, 2].

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

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи линия химиотерапияси учун альтернатив схема сифатида, шунингдек учинчи ва кейинги чизикларда қуйидаги химиотерапия схемаларини қўллаш **тавсия этилади:**

– FOLFCIS (#Цисплатин** 40 мг/м² 40-дақиқалиқ в/и инфузия кўринишида 1-

чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фониди), кальция фолинат** 400 мг/м² в/и 2 соат давомида кейинчалик #фторурацила** 400 мг/м² болуш билан в/и оқим билан ва #фторурацила** 2000 мг/м² 46 соатлик инфузия билан(суткасига 1000 мг/м²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун) [3],

– mDCF (#Дисплатин** 40 мг/м² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фониди), #доцетаксел** 40 мг/м² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик #фторурацил** 2400 мг/м² 46-соатлик инфузия билан (1200 мг/м² /сут.). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун) [4],

– моноклонал антитаналар билан монотерапия (анти-PD1-антитана; #ниволумаб** (240 мг [45] ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг в/и томчилаб 60 мин ҳар 4 ҳафтада) ёки #пембролизумаб** (200 мг ёки 2 мг/кг в/и томчилаб 30 мин ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб ҳар 6 ҳафтада)) ўсмада PDL экспрессияси даражаси юқори бўлганда (CPS>1) [5, 6, 53-55].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4).

Изоҳлар: Ушбу даволаш схемаларининг самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар кичик тадқиқотлар асосида олинган бўлиб, далиллар даражаси паст ҳисобланади. Шу билан бирга, уларнинг далиллар даражаси иккинчи линия терапияси сифатида тавсия этилган #фторурацил** + #цисплатин** режимида нисбатан паст эмас.

• Метастатик ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи линия терапияси учун альтернатив схема сифатида, шунингдек учинчи ва кейинги чизикларда қуйидаги химиотерапия схемаларини қўллаш **тавсия этилади:** #Иринотекан** – 180 мг/м², 1-й кун, 2 ҳафтада 1 марта; #Цетуксимаб** – 400 мг/м², вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, 1-й кун, кейин 250 мг/м² ҳафтасига 1 марта ёки 500 мг/м² вена ичида томчилаб, 2 ҳафтада 1 марта; #Панитумумаб** – 6 мг/кг, вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, ҳар 2 ҳафтада 1 марта [(илова А3)] [10].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4).

Изоҳлар: Метастатик анал канали саратонининг иккинчи ва кейинги линияларидаги даволаш режими индивидуал равишда танланиши керак, чунки бу касаллик кам учрайдиганлиги сабабли, етарли даражада далиллар мавжуд эмас. Функционал ҳолати паст бўлган беморларда монотерапияни қуйидаги воситалардан бирини қўллаш орқали ўтказиши мумкин: Паклитаксел**, Анти-EGFR антителалари, Пиримидин аналоглари, Ниволумаб** ёки Пембролизумаб** (ўсмада PDL экспрессияси даражаси юқори бўлганда).

Тарқалган/метастатик анал канали саратонида қўлланиладиган тизимли терапия режимлари

Режим	Тавсифи
#Паклитаксел** + #карбоплатин** [1]	#Паклитаксел** 80 мг/м ² 1-соатлик инфузия 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар, #карбоплатин** 45-дақиқалик инфузия AUC-5 дозада 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни
#Цисплатин** + #фторурацил** [2]	#Фторурацил** узлуксиз в/и инфузияси кўринишида 1-чидан 4-чи кунгача суткада 1000 мг/м ² , #цисплатин** 60 дақиқалик в/и инфузия кўринишида 60 мг/м ² дозада 2-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида). Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни
FOLFCIS* [3]	#Цисплатин** 40 мг/м ² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), кальция фолинат** 400 мг/м ² в/и 2 соат давомида кейинчалик #фторурацил** 400 мг/м ² болюс билан в/и оқим билан #фторурацила** 2000 мг/м ² 46-соатлик инфузияси (суткада 1000 мг/м ²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун
mDCF* [4]	#Цисплатин** 40 мг/м ² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), #доцетаксел** 40 мг/м ² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик 46-соатлик инфузия билан #фторурацила** 2400 мг/м ² (суткади 1200 мг/м ²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун
#Ниволумаб** [2]	240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг ҳар 4 ҳафтада
#Пембролизумаб** [3]	200 мг ёки 2 мг/кг в/и томчилаб 30 мин ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг ҳар 6 ҳафтада
#Цетуксимаб** [8, 9]	400 мг/м ² в/и 1-соатлик инфузия 1-чи кун, сўнгра 250 мг/м ² ҳар ҳафта (монорежимда ёки #иринотекан** билан). Эҳтимол #цетуксимаба** 500 мг/м ² в/и томчилаб буюрилиши мумкин 2 ҳафтада 1 марта

#Панитумумаб** [10]	6 мг/кг в/и 1-соатлик инфузия ҳар 2 ҳафтада (монорежимда ёки #иринотекан** билан)
#Иринотекан** [7]	#Иринотекан** 180 мг/м ² 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 15-кун

* Режим #Карбоплатин** #паклитаксел** режимига қараганда ноҳўя таъсирлар кўпроқ намоён бўлиши билан характерланади.

Кўмаклашувчи терапия терапия

Профилактика ва химиотерапиянинг ноҳуш таъсирларини даволаш мақсадида ўтказилади, ривожланган асоратларни даволаш протоколларига мувофиқ ўтказилади.

11-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати ва уларнинг шакли (100% қўлланиш эҳтимоли билан) [11, 46-50, 63, 65, 67]:

Дори гуруҳи	ХПН	Қўллаш усули	ИД
Ўсмага қарши восита, алкалоид. Таксанлар	Паклитаксел	80 мг/м ² 1-соатлик инфузия 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар,	А
Ўсмага қарши восита, алкалоид. Таксанлар	доцетаксел	40 мг/м ² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик 46 соатлик инфузия билан	А
Алкилловчи восита. Платиналар.	Карбоплатин	45-дақиқалик инфузия АУС-5 дозада 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни	А
Алкилловчи восита. Платиналар.	Цисплатин	60 дақиқалик в/и инфузия кўринишида 60 мг/м ² дозада 2-чи кун (камида 2.5 л	А

		в/и гидратацияси фонида). Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни	
Алкалоид L01XX19	Иринотекан	140 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Цитостатик терапия токсиклигини пасайтирувчи препаратлар V03AF03	Кальция фолинат	400 мг/м ² в/и 2 соат давомида	А
Антиметаболитлар. Пиримидин аналоглари L01BC06	Капецитабин	2000 - 2500 мг/м ² ичишга, 1-14дни	А
Ўсмага қарши антибиотиклар	митомицином	12 мг/м ² в/и болжус 1-чи кун	В
PD-1 ва унинг лигантларига моноклонал антитаналар (PD- L1 ва PD-L2).	ниволумабом	240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин хар 2 ҳафтада ёки 480 мг хар 4 ҳафтада	С
EGFR га моноклонал антитаналар L01XC08	Панитумумаб	6 мг/кг в/и 1- соатлик инфузия хар 2 ҳафтада	С
Антиметаболитлар. Пиримидин аналоглари L01BC02	Фторурацил	400 мг / м ² в / в оқим билан	А
EGFR га моноклонал антитаналар L01XC06	Цетуксимаб	6 мг/кг в/и 1- соатлик инфузия хар 2 ҳафтада	С
PD-1 га моноклонал антитаналар L01XC18	Пембролизумаб	200 мг в/и томчилаб 30 мин. Ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб хар 6 ҳафтада.	С

Юклаш (хавола)	https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf
----------------	---

12-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гурухи	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	ИД
Антибактериал препаратлар	Цефазолин	1,0 гр, 1,0 гр.дан м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтазидим	100мг, 100мг м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтриаксон	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	А
	Цефуроксим	натрия 1,0гр, 1,0гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Цефепим	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Имипенем + циластатин	500мг, м/о кунига 2 маҳал, 5-7 кун	С
	Амикацин	500мг, 10мг/кг м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Ципрофлоксацин	100мг, 100мг в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	С
	Офлоксацин	0,2гр, 0,2 гр в/и кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Метронидазол	100 мл, 100 мл в/и кунига 2 маҳал, 5 кун	С
Замбуруғга қарши препаратлар	Флуконазол	100 мг, 100 мг в/и – бир марта	А
Плазма ўрнини босувчи препаратлар	Гидроксиэтилкрахмал	200мл, 500 мл в/и кунига 1 марта 3 кунгача	В
	Декстран	400мл, 400 мл в/и кунига 2 маҳал 2 – 3 кун	В
Парентерал овқатланиш воситалари	Парентерал овқатлантиришга аминокислоталар комплекси	500мл, 500мл в/и кунига 1 маҳал, 5 – 7 кун	В
	Декстроза	5% - 400мл, 400мл в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	А

Регидратацион терапия воситалари	Натрия хлорид	0,9% - 400мл, 400 мл в/и 2 – кунига 3 маҳал. 5 – 7 кун	А
Аналгетик препаратлар	Кетопрофен	1мл, 1 мл, м/о 2 – кунига 3 маҳал 5 – 7 кун	А
	Диклофенак натрия	м/о 2 – кунига 3 маҳал 7 – 10 дней	В
	Трамадола гидрохлорид	1 мл, 1мл м/о 2 – кунига 3 маҳал	В
Гормонал препаратлар	Преднизолон	30мг, 30 – 60 – 90 мг в/и кунига 1 маҳал 1 – 5 кун	А
	Дексаметазон	4 мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 мг кунига 1 маҳал 1 – 5 кун	А
	Одам инсулини	40 ЕД, 4 – 6 ЕД кунига 1 маҳал 2 – 10 дней	С
Спазмолитиклар	Дротоверин	2,0 мл, 2,0 мл м/о, в/и 1 – кунига 3 маҳал 1 – 7 кун	С
	Платифиллина гидротартарат	1,0 мл, 1 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал 1-7 кун	А
Бронхолитиклар	Аминофиллин	10мл, 6 – 10мг/кг/сут м/о кунига 3 маҳал, 10 дней	С
	Теофиллин	0,2гр, 0,2 гр per os 2 – 4 маҳал, 10 – 15 дней	С
Антикоагулянтлар	Надропарин кальция	0,3 мл, 0,3 мл кунига 1 маҳал т/о	С
	<u>Эноксапарин натрия</u>	0,2 мл, 0,2 мл кунига 1 маҳал т/о	А
	<u>Гепарин</u>	<u>10 минг ЕД, по 5000-10000 ЕД в/и ёки т/о кунига 1 маҳал</u>	В
Муколитиклар	Бромгексин	8 мг, 8 мг per os кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	С
	Амброксол	2 мл, 2 мл м/о, кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	В
Қайт қилишга қарши воситалар	Ондансетрон	4мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 мг в/и, м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	А
	Метоклопрамид	10 мг, 10 – 20 мг в\м, в/и 1 – 2 – 3 маҳал, 1 – 5 кунлар	А
Седатив препаратлар	Тофизопам	50 мг, 50 мг per os 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5	С

		кунлар	
	Неостигмина метилсульфат	1,0мл, 1мл м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 10 кунлар	С
Иситма тушурувчилар	Ацетилсалицил кислота	0,5 гр, 0,5 гр per os кунига 2 маҳал	А
	Парацетамол	0,5гр, 0,5 гр per os, кунига 3 маҳал	А
Гемостатиклар	Аминокапрон кислота	5% - 100мл, 100 мл в/и кунига 1 маҳал, 1 – 5 кунлар	В
	Этамзилат	12,5% - 2мл, 2 мл м/о кунига 2 маҳал, 1 – 5 кунлар	С
	Дицинон	1 мл, 1,0 мл м/о 1 – кунига 2 маҳал	В
Диуретиклар	Фуросемид	1% - 2 мл, 2 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал, 1 – 5 дней	А
	Спиронолактон	100мг, 100 мг per os кунига 1 маҳал, 5 – 14 кунлар	С
Антианемик препаратлар	Феркайл	50мг - 2 мл, 2 мл м/о, ҳафтасига 2-3 маҳал	С
	Космофер	2 мл, 2 мл м/о ҳафтасига 2-3 маҳал	С
Гемопозтик препаратлар	Филграстим	1 мл – 0,3гр, 5 мг/кг т/о, 1 – 3 кунлар	А
Антигистаминлар	Дифенгидрамин	1 мл – 10 мг, 10 мг м/о кунига 1 – 2 маҳал	А
	Хлоропирамин	25 мг, 25 мг per os кунига 3 – 4 маҳал	С
Юклаш (манба)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

9. Жарроҳлик давоси:

9.1. Жарроҳлик давоси тамойиллари

9.1.1. Жарроҳлик даволашга кўрсатмалар

Хирургик даволаш фақат химионур терапиядан кейин ўсманинг рецидивини ёки давомий ўсиши кузатилган беморларда **тавсия этилади**, лекин химионур терапия

тугатиладан камидан 26–29 ҳафта ўтгач амалга оширилиши лозим. Бу эса ўсманинг даволашга тўлиқ морфологик жавоби мавжуд бўлган беморларда жарроҳлик амалиёти ўтказилиш ҳолатларини камайтириш мақсадида тавсия этилади. [12, 13].

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

Изоҳлар: *Операция ўтказиш масаласини ҳал қилиш анал канали ясси хужайрали саратонли беморларни даволашдаги энг мураккаб масалалардан бири ҳисобланади. Чандиқ ва нурлантиришидан кейинги тўқима ўзгаришлари, айниқса, йирик янги ўсмаларни даволашдан сўнг, кўп ҳолларда қолдиқ ўсмани тақлид қилиши мумкин. Операция ўтказиш масаласини ҳал қилиш муддати химионур терапия тугатилгандан кейин 26 ҳафта (ёки 6 ой) деб белгиланган бўлиб, бу муддат 26 ҳафта кутиладиган ҳолатларда тўлиқ жавобга эришиши эҳтимоли 11 ҳафта кутиладиган ҳолатларга нисбатан юқорироқ эканлиги ҳақидаги маълумотлар билан асосланади. Шунингдек, даволашга тўлиқ жавоб фақат узоқроқ кузатув давомида кузатилган ҳолатлар ҳам таърифланган [14, 15]. Шу сабабли, айрим ҳолатларда, мултидисциплинар жамоа қарори билан бу муддат узайтирилиши мумкин. 26 ҳафтагача операция ҳақида қарор қабул қилиш фақат истисно ҳолатларда мумкин. Бундай ҳолатлар қаторига клиник тавсияларга риоя қилинмаган ҳолда химионур терапия тўлиқ ўтказилмаган беморлар, ёки бошланғич ўсма босқичи Т4 ёки ундан юқори бўлган беморлар киради. Бундай қарор онкологик консилиум қарорига асосан ва объектив текширув усуллари орқали ўсма жараёнининг прогрессияси тасдиқланган тақдирдагина қабул қилиниши мумкин.*

Жарроҳлик даволаш зарурлигини ҳал қилишда анал канали ясси хужайрали саратоннинг рецидив/давомий ўсишини аниқлаш учун қуйидаги ташхис мезонларидан фойдаланиш **тавсия** **этилади:** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>):

рецидив/давомий ўсиш ўсмасининг морфологик тасдиғи, ёки

кичик чаноқнинг икки марта кетма-кет МРТси/эндоректал УТТ ўтказилишида (камидан 4 ҳафталик интервал билан) қолдиқ ўсманинг ўсиши, ёки

кичик чаноқ МРТ маълумотлари + мултидисциплинар жамоанинг қолдиқ ўсма мавжудлиги ҳақидаги қарори.

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

Хирургик даволашнинг биринчи босқичида фақат консерватив усуллар билан

тўхтатиб бўлмайдиган, ҳаёт учун хавфли ўсмадан қон кетиши мавжуд бўлган беморларга амалиёт ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

9.1.2. Жарроҳлик давоси кўлами

Анал канали ўсмаси билан боғлиқ ўткир ичак тугилиши ва/ёки ректовагинал/ташқи ичак йиринг оқмаси мавжуд бўлган беморларда даволашнинг биринчи босқичида юкломани камайтириш мақсадида икки стволли трансверзостома шакллантириш ва кейинчалик химионур терапия ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Рецидив/давомий ўсиш билан боғлиқ жарроҳлик даволашда R0-резекцияни амалга ошириш эҳтимолини ошириш мақсадида цилиндрик (экстралеватор) тўғри ичакнинг қорин-оралиқ экстирпациясини ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Рецидив/давомий ўсиш билан боғлиқ жарроҳлик даволашда, агар анал канали саратон касаллиги чов лимфа тугунларига таъсир этган бўлса, зарарланган томонда Дюкен амалиётини асосий даволаш усули сифатида ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Анал канали саратон касаллиги билан боғлиқ рецидив/давомий ўсиш ҳолатида жарроҳлик даволаш ўтказилаётганда, тос лимфа тугунларида ўсма мавжуд бўлган беморларда зарарланган томонда тос лимфадиссекциясини ёки икки томонлама тос лимфадиссекциясини асосий даволаш усули сифатида ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

9.2. Анал канал, анал чети ёки перианал тери интраэпителиал саратони (TisN0M0)

Интраэпителиал анал канали саратон касаллиги, анал чети ёки перианал

териси (TisN0M0) бўлган беморларга асосий даволаш усули сифатида маҳаллий кесиб олиш ўтказиш **тавсия этилади**. Ушбу шаклдаги янги ҳосилалар рецидив қилганда ёки давомий ўсганда, лекин инвазия чуқурлиги ва гистологик шакли ўзгармаган ҳолатларда ҳам такроран маҳаллий кесиб олиш **тавсия этилади**. [16, 17].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: Ушбу гуруҳга оғир даражадаги анал эпителий дисплазиясига эга бўлган беморлар (HSIL, олдинги терминологияда – анал интраэпителиал неоплазия II–III даражаси), интраэпителиал аденокарцинома (Педжет касаллиги), интраэпителиал ясси ҳужайрали саратон (Боуэн касаллиги) киради.

9.3. Перианал териси ва анал чети эрта саратони T1N0M0

Перианал териси ва анал чети саратон касаллигининг эрта босқичи (T1N0M0) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида маҳаллий кесиб олиш **тавсия этилади**, лекин фақат резекция чегараларини камида 1 см масофада таъминлаш имконияти мавжуд бўлганда ҳамда ўсма юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлганда. [18, 19].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳлар: Ушбу гуруҳнинг ўзига хослиги — қулай прогнозга эгалигидир (5 йиллик яшовчанлик 90%дан юқори). Биринчи навбатда, аъзо сақловчи даволаш усуллари кўриб чиқилиши керак. Агар резекция чегарасини 1 см масофада таъминлаш имконияти мавжуд бўлса, ўсма юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлса (перианал териси саратонли беморларнинг аксариятида ўсманинг юқори даражадаги дифференцияси кузатилади) ва сфинктер аппаратига инвазия йўқ бўлса, анал чети ва перианал териси саратонли беморларда жарроҳлик даволаш маҳаллий кесиб олиш ҳажмида ўтказилади. Маҳаллий кесиб олиш мезонларига жавоб бермайдиган беморларга T2N0-2M0 босқичли касалликдаги каби химионур терапия ўтказиш тавсия этилади. Айрим ҳолатларда, онкологик консилиум қарорига кўра, перианал териси саратон касаллиги (T2N0M0) бўлган беморларда хирургик даволаш ўтказилиши мумкин, лекин бунда резекция чегарасини камида 1 см масофада таъминлаш ва ўсманинг юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлиши шарт.

9.4. Анал канали саратони T1-2N0-2M0, анал чети ёки перианал териси T1-2N1-2M0, T2N0M0

Анал канали саратон касаллиги (T1-2N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (T1-2N1-2M0, T2N0M0) бўлган беморларга асосий даволаш усули сифатида нур терапияси ўтказиш **тавсия этилади**. Бирламчи ўсма ва регионар метастаз зонасига РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–42 Гр, Бирламчи ўсмага кўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 6–10 Гр (умумий СОД 48–52 Гр). Нур терапияси химиотерапия билан бирга ўтказилади: Пиримидин аналоглари (#фторурацил**) – 1000 мг/м² вена ичи 1–4 ва 29–32-кўнлар. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кунида қўлланилади. [20–22].

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

Изоҳлар: *Химиотерапиянинг нур терапияси фонидаги оптимал режими III фаза АСТ II ва RTOG 98-11 тарихий тадқиқотлари асосида аниқланган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>). Кейинчалик, нур терапиясининг дозалари янги ускуналар ва нур терапия технологиялари пайдо бўлиши билан мослаштирилган [10]. Нўметастатик ясси ҳужайрали анал канали саратон касаллиги бўлган барча беморларда химионур терапия асосий даволаш усули сифатида қаралиши керак. Агар барча мумкин бўлган даволаш схемаларидаги химиопрепаратларни қўллаш учун ҳужжатлаштирилган объектив қариши кўрсатмалар мавжуд бўлса, фақат нур терапиясини ўтказиши мумкин. Техникавий имконият мавжуд бўлганда, минтақавий лимфа тугунлари зарарланмаган беморларда бустни ички (внутриполостной) нур терапияси орқали ўтказиши мумкин (РОД 3 Гр, СОД 18 Гр). Индукцион (химионур терапиягача) ёки адъювант (химионур терапиядан кейин) химиотерапия ўтказиши яшовчанлик кўрсаткичларини яхшиламайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).*

Анал канали саратон касаллиги (T1-2N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (T1-2N1-2M0, T2N0M0) бўлган беморларда алтернатив химионур терапия режими сифатида куйидаги усул тавсия этилади: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва минтақавий метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–42 Гр. Бирламчи ўсмага кўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 6–10 Гр. Умумий СОД 48–52 Гр. Химиотерапия: #Капецитабин** – 825 мг/м² кунига 2 марта per os нур терапия кунларида. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кўнида. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

9.5. Анал канали, анал чети ва перианал териси саратони T3-4N0-2M0

Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Т3-4N0-2M0) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида қуйидаги химионур терапия режими **тавсия этилади**: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва регионар метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 45–46 Гр. Бирламчи ўсма ва зарарланган лимфа тугунларига қўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 10–16 Гр. Умумий СОД 54–60 Гр. Химиотерапия: #Фторурацил** – 1000 мг/м² вена ичи 1–4 ва 29–32-кунлар. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кунида. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия этилади. [10, 12].

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

Изоҳлар: Ушбу категориядаги беморларга фақат химионур терапия ўтказилиши мумкин. Хирургик даволаш фақат тўлиқ даволаш курси тугатилгандан кейин қолдиқ ўсма мавжуд бўлган ҳолларда ёки ўсма кучли қон кетиши билан қийинлашган ҳолларда амалга оширилади. Химионур терапия самарадорлиги касалликнинг аниқ тарқалишига қараб, 60–80% беморларда ўсманинг тўлиқ регрессияси кузатилиши кутилмоқда. Оптимал химионур терапия режими III фаза АСТ II ва RTOG 98-11 тадқиқотлари (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>) асосида аниқланган. Кейинчалик нур терапия дозалари янги ускуналар ва нур терапия технологиялари пайдо бўлиши билан мослаштирилган [50]. #Митомицин**га қарши кўрсатма ёки бошқа хужжатлаштирилган объектив сабаблар мавжуд бўлганда, #митомицин** 60 мг/м² (вена ичи, 1 ва 29-кунлар) #цисплатин** билан алмаштирилиши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).

Анал канали саратон касаллиги (Т3-4N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Т1-2N1-2M0, Т2N0M0) бўлган беморларда алтернатив химионур терапия режими сифатида қуйидаги усул **тавсия этилади**: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва минтақавий метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 44–45 Гр. Бирламчи ўсмага қўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 10–16 Гр. Умумий СОД 54–60 Гр. Химиотерапия: #Капецитабин** – 825 мг/м² кунига 2 марта рег ос нур терапия кунларида. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кунида. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

9.6. Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1)

Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида

паллиатив химиотерапия ўтказиш **тавсия этилади** (батафсил «Химиотерапия ўтказиш принциплари» бўлимида келтирилган). Қўшимча ёндашувлар: Химионур терапия онкологик консилиум қарорига кўра ўтказилиши мумкин, агар: Оғрик синдромини камайтириш ёки ,ирламчи ўсманинг ўсишини назорат қилиш зарур бўлса. Бу ҳолатда, нјметастатик шакллардаги даволаш тамойилларига мос ёндашувлар қўлланилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Изоҳ: *Метастатик анал канали саратон касаллигида химионур терапиянинг яшовчанликка таъсири ҳақида аниқ маълумотлар мавжуд эмас. Бироқ, ушбу даволаш усули јғрик синдромини самарали камайтириши, ,ирламчи ўсма билан боғлиқ бошқа симптомларни назорат қилиши имконини беради.*

6.5. Кейинги олиб бориш [66]:

Кузатув:

Кузатув режими:

- Биринчи йил – ҳар 3 ойда 1 марта.
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда 1 марта.
- Кейинги йилларда, умрбод – ҳар йили 1 марта.

Текширувлар кўлами:

- физикал;
- лаборатор – ҚУТ, ҚБТ, ПУТ, коагулограмма;
- ректоскопия;
- ирригоскопия (кўрсатмаларга кўра);
- фиброколоноскопия (кўрсатмаларга кўра);
- қорин бўшлиғи, қорин парда орти ультратовуш текшируви;
- кўкрак қафаси аъзолари обзор рентгенографияси (1 проекция);
- қорин бўшлиғи ва қорин парда орти МРТ, КТси (кўрсатмаларга кўра);
- ПЭТ (кўрсатмаларга кўра);
- Бошқа текширув усуллари (эксретор урография, ФЭГДС ва бошқ.) мутахассислар кўриги (гинеколог, уролог ва бошқ.) кўрсатмаларга кўра.

7. Даво самарадорлиги индикаторлари:

Даволаш самарадорлиги ва диагностика ҳамда даволаш усулларининг хавфсизлик индикаторлари.

- Асоратлар мавжуд бўлмаган ҳолда ва жарроҳликдан кейинги яранинг битиши шарти билан қониқарли ҳолат.
- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали олинган маълумотларга кўра жараённинг прогрессия белгиларининг йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

Даволаш самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ эффект** – барча зарарланган ўчоқларнинг йўқолиши ва камида 4 ҳафта давомида қайта пайдо бўлмаслиги.
- **Қисман эффект** – барча ёки айрим ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўпроқ кичрайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаслиги.
- **Стабилизация** (ўзгаришсиз ҳолат) – ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам ўсиши, янги зарарланган ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
- **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмаларнинг 25% дан кўпроқ катталашиши ёки янги зарарланган ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

**«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ,
ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C21	Орқа чиқарув тешиги (анус) ва анал канал хавфли ўсмалари
C21.0	– Аниқлаштирилмаган локализацияли ташқи чиқарув тешиги хавфли ўсмалари
C21.1	–Анал канал хавфли ўсмалари
C21.2	– Клоакоген соҳа хавфли ўсмалари
C21.8	– Юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечли локализациядан ташқари тўғри ичак, орқа сиқарув тешиги (анус), анал канали хавфли ўсмалари
C44	Терининг бошқа хавфли ўсмалари
C44.5	– Тана терисининг бошқа (анал чети ва перианал териси) хавфли ўсмалари
* Тери саратони перианал соҳада жойлашганида диагностика ва даволаш тамойиллари анал канали ясси хужайрали саратонидаги тамойилларга ўхшаш бўлиб, бу мазкур нозологияларни ягона клиник тавсиялар доирасида кўриб чиқиш имконини беради.	
Юклаш (КХТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1123	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2E64.2	Анус четида ёки перианал соҳа терисидаги карцинома in situ
2C00	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали хавфли ҳосилалари
2C00.0	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали аденокарциномаси
2C00.1	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали меланомаси
2C00.2	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали нейроэндокрин ҳосиласи
2C00.3	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали ясси хужайрали саратон
2C00.Y	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2C00.Z	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг аниқланмаган хавфли янги ҳосилалари
Юклаш (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Асосий қисм.

Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com):

Анал канали саратони – аноректал чизикнинг юқори чети проксимал чегараси, анодерма ва перианал тери туташган жой эса дистал чегараси ҳисобланган соҳада пайдо бўладиган ўсма. Анус четига нисбатан дисталроқ жойлашиб, юпқаланган теридан ёғ тери қисмига ўтадиган ҳудудгача (КХТ-10 коди С44.5) ривожланадиган янги ҳосилалар (ўсмалар) перианал тери ўсмалари сифатида таснифланади. Асосан ано-кутан чизик соҳасини қамраб олиб, анал каналига катта даражада тарқалмайдиган янги ҳосилалар эса анус чети саратони деб таснифланади. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

Халқаро саратонни ўрганиш агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда анал канали саратонининг жами 54 306 та ҳолати аниқланган ва 22 035 киши ушбу касалликдан вафот этган (https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=10).

Анал канали саратони асосий популяцияда етарлича кам учрайдиган касаллик бўлиб, дунё бўйича ўртача кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолат тўғри келади, бошқа маълумотларга кўра эса аноректал зонадаги хавфли ўсмаларнинг жами сонига нисбатан 6% дан ошмайди. Мутахассисларнинг баҳолашича, бу касалликнинг тарқалиши ривожланган мамлакатларда ўсишда бўлиб, ҳар йили 27 мингта янги ҳолат қайд этилиши кутилмоқда (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Дунёнинг турли минтақаларида бу касалликнинг учраш тезлиги 100 минг аҳолига 0,2 дан 0,9 ҳолатгача ўзгариб туради, эркаклар ва аёллар ўртасидаги нисбат турли манбаларга кўра 1:2 дан 1:7 гача (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Индустриал ривожланган давлатларда бу кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолатга яқинлашиб, АҚШда ҳар йили тахминан 3,5 мингта анал канали саратони ҳолати қайд этилади. Осиё ва Шарқ мамлакатларида бу касаллик жуда кам учрайди, беморларнинг ўртача ёши 50 ёшни ташкил этса, Европада бу кўрсаткич 63 ёшга тенг (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Шунингдек, Европада ушбу касалликка чалинганлар орасида аёллар устунлик қилган бўлиб, уларнинг нисбати 1:3 ёки ҳатто 1:6 га етади.

Анал канали саратонининг ривожланиши онкоген типдаги (16, 18 ва бошқалар) одам папиллома вирусини (ОПВ) ташувчилик билан боғлиқ деб ҳисобланади. Вирусга чалиниш ва унинг популяцияда тарқалиш механизми асосан анус орқали жинсий алоқа йўли билан юзага келади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Ҳозирги пайтда ОПВ инсоннинг аногенитал саратони ривожланишида этиологик омил сифатида кўриб чиқилмоқда. Сўнгги ўн йилликларда ушбу саратон турининг тарқалиши тез суръатлар билан

ўсмоқда, айниқса, ноанъанавий жинсий йўналишга эга эркаклар ва одам иммунитет танқислиги вируси (ОИТВ) билан зарарланган шахслар гуруҳида. Анус саратони билан касалланиш кўрсаткичи гомосексуаллар ва ОИТВ-инфекцияланган беморларда дунё бўйича бачадон бўйни саратонининг энг юқори кўрсаткичларидан уч баробар ортиқдир (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Асосий популяцияда ушбу саратон тури нисбатан кам учрайди, аммо сўнгги 30 йил ичида 1 миллион аҳолига 10 тадан 20 тагача ҳолатга ошган. Энг юқори касалланиш ҳолатлари ИПВ билан зарарланган аёллар, ҳаёти давомида кўплаб ва тез-тез алмашувчи жинсий шерикларга эга бўлган шахслар, генитал сўгракли беморлар, чекиш одатига эга бўлганлар, рецептив анус жинсий алоқада бўлганлар ва ОИТВ-инфекцияланган шахслар билан боғлиқдир. Шу сабабли, этиологик нуқтаи назардан, анал канали саратони ошқозон-ичак тизими ўсмаларидан кўра аёл жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалари билан кўпроқ ўхшашликка эга (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Якка яшовчи эркаклар орасида анал канали саратони билан касалланиш кўрсаткичи уйланган эркакларга нисбатан 6 баробар юқори, 35 ёшгача бўлган популяцияда эса ушбу касаллик аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Беморларнинг ўртача ёши 60 ёшни ташкил этади. Умуман олганда, аёллар беморлар орасида устунлик қилган бўлиб, уларнинг эркакларга нисбати 7:1 га тенг (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, анал канали саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига 0,1 ҳолатни ташкил этди. 2023 йилда анал канали саратони биринчи марта 41 беморда аниқланган. Улардан 9,8% ҳолат профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Анал канали саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 85,4% ни ташкил этган. Беморларнинг 4,9% да касаллик I босқичда, 39,0% да II босқичда, 34,1% да III босқичда ва 14,6% да IV босқичда аниқланган. Шунингдек, 7,3% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошида анал канали саратони билан 293 бемор диспансер назоратида бўлиб, касалланиш 100 минг аҳолига 0,8 ни ташкил қилган. Анал канали саратонида 5 йиллик яшовчанлик республика бўйича 32,8% ни, 1 йиллик леталлик эса 7,0% ни ташкил этади. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида анал канали саратонидан 29 бемор вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,1 га тенг.

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

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

2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

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

3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар;

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги анал канали, анал чети, перианал тери саратонининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очиқ биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо анал канали, анал чети, перианал тери саратонининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- жигар саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, анал канали, анал чети, перианал тери саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг

дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

3.1. Жарроҳлик давоси тамойиллари

3.1.1. Жарроҳлик даволашга кўрсатмалар

Хирургик даволаш фақат химионур терапиядан кейин ўсманинг рецидиви ёки давомий ўсиши кузатилган беморларда **тавсия этилади**, лекин химионур терапия тугатилгандан камида 26–29 ҳафта ўтгач амалга оширилиши лозим. Бу эса ўсманинг даволашга тўлиқ морфологик жавоби мавжуд бўлган беморларда жарроҳлик амалиёти ўтказилиш ҳолатларини камайтириш мақсадида тавсия этилади. [12, 13].

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

Изоҳлар: *Операция ўтказиш масаласини ҳал қилиш анал канали ясси ҳужайрали саратонли беморларни даволашдаги энг мураккаб масалалардан бири ҳисобланади. Чандиқ ва нурлантиришдан кейинги тўқима ўзгаришлари, айниқса, йирик янги ўсмаларни даволашдан сўнг, кўп ҳолларда қолдиқ ўсмани тақлид қилиши мумкин. Операция ўтказиш масаласини ҳал қилиш муддати химионур терапия тугатилгандан кейин 26 ҳафта (ёки 6 ой) деб белгиланган бўлиб, бу муддат 26 ҳафта кутиладиган ҳолатларда тўлиқ жавобга эришиши эҳтимоли 11 ҳафта кутиладиган ҳолатларга нисбатан юқорироқ эканлиги ҳақидаги маълумотлар билан асосланади. Шунингдек, даволашга тўлиқ жавоб фақат узоқроқ кузатув давомида кузатилган ҳолатлар ҳам таърифланган [14, 15]. Шу сабабли, айрим ҳолатларда, мултидисциплинар жамоа қарори билан бу муддат узайтирилиши мумкин. 26 ҳафтагача операция ҳақида қарор қабул қилиш фақат истисно ҳолатларда мумкин. Бундай ҳолатлар қаторига клиник тавсияларга риоя қилинмаган ҳолда химионур терапия тўлиқ ўтказилмаган беморлар, ёки бошланғич ўсма босқичи T4 ёки ундан юқори бўлган беморлар киради. Бундай қарор онкологик консилиум қарорига асосан ва объектив текширув усуллари орқали ўсма жараёнининг прогрессияси тасдиқланган тақдирдагина қабул қилиниши мумкин.*

Жарроҳлик даволаш зарурлигини ҳал қилишда анал канали ясси ҳужайрали саратоннинг рецидиви/давомий ўсишини аниқлаш учун қуйидаги ташхис мезонларидан фойдаланиш **тавсия этилади:** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>):

рецидив/давомий ўсиш ўсмасининг морфологик тасдиғи, ёки

кичик чанокнинг икки марта кетма-кет МРТси/эндоректал УТТ ўтказилишида (камидан 4 ҳафталик интервал билан) қолдиқ ўсманинг ўсиши, ёки

кичик чанок МРТ маълумотлари + мултидисциплинар жамоанинг қолдиқ ўсма мавжудлиги ҳақидаги қарори.

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

Хирургик даволашнинг биринчи босқичида фақат консерватив усуллар билан тўхтатиб бўлмайдиган, ҳаёт учун хавфли ўсмадан қон кетиши мавжуд бўлган беморларга амалиёт ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

3.1.2. Жарроҳлик давоси кўлами

Анал канали ўсмаси билан боғлиқ ўткир ичак тутилиши ва/ёки ректовагинал/ташқи ичак йиринг оқмаси мавжуд бўлган беморларда даволашнинг биринчи босқичида юкломани камайтириш мақсадида икки стволли трансверзостама шаклантириш ва кейинчалик химионур терапия ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Рецидив/давомий ўсиш билан боғлиқ жарроҳлик даволашда R0-резекцияни амалга ошириш эҳтимолини ошириш мақсадида цилиндрик (экстралеватор) тўғри ичакнинг қорин-оралиқ экстирпациясини ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Рецидив/давомий ўсиш билан боғлиқ жарроҳлик даволашда, агар анал канали саратон касаллиги чов лимфа тугунларига таъсир этган бўлса, зарарланган томонда Дюкен амалиётини асосий даволаш усули сифатида ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Анал канали саратон касаллиги билан боғлиқ рецидив/давомий ўсиш ҳолатида жарроҳлик даволаш ўтказилаётганда, тос лимфа тугунларида ўсма мавжуд бўлган

беморларда зарарланган томонда тос лимфадиссекциясини ёки икки томонлама тос лимфадиссекциясини асосий даволаш усули сифатида ўтказиш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

3.2. Анал канал, анал чети ёки перианал тери интраэпителиал саратони (TisN0M0)

Интраэпителиал анал канали саратон касаллиги, анал чети ёки перианал териси (TisN0M0) бўлган беморларга асосий даволаш усули сифатида маҳаллий кесиб олиш ўтказиш **тавсия этилади**. Ушбу шаклдаги янги ҳосилалар рецидив қилганда ёки давомий ўсганда, лекин инвазия чуқурлиги ва гистологик шакли ўзгармаган ҳолатларда ҳам такроран маҳаллий кесиб олиш **тавсия этилади**. [16, 17].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: Ушбу гуруҳга оғир даражадаги анал эпителий дисплазиясига эга бўлган беморлар (HSIL, олдинги терминологияда – анал интраэпителиал неоплазия II–III даражаси), интраэпителиал аденокарцинома (Педжет касаллиги), интраэпителиал ясси ҳужайрали саратон (Боуэн касаллиги) киради.

3.3. Перианал териси ва анал чети эрта саратони T1N0M0

Перианал териси ва анал чети саратон касаллигининг эрта босқичи (T1N0M0) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида маҳаллий кесиб олиш **тавсия этилади**, лекин фақат резекция чегараларини камида 1 см масофада таъминлаш имконияти мавжуд бўлганда ҳамда ўсма юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлганда. [18, 19].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳлар: Ушбу гуруҳнинг ўзига хослиги — қулай прогнозга эгалигидир (5 йиллик яшовчанлик 90%дан юқори). Биринчи навбатда, аъзо сақловчи даволаш усуллари кўриб чиқилиши керак. Агар резекция чегарасини 1 см масофада таъминлаш имконияти мавжуд бўлса, ўсма юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлса (перианал териси саратонли беморларнинг аксариятида ўсманинг юқори даражадаги дифференцияси кузатилади) ва сфинктер аппаратига инвазия йўқ бўлса, анал чети ва перианал териси саратонли беморларда жарроҳлик даволаш маҳаллий кесиб олиш ҳажмида ўтказилади.

Маҳаллий кесиб олиш мезонларига жавоб бермайдиган беморларга T2N0-2M0 босқичли касалликдаги каби химионур терапия ўтказиш тавсия этилади. Айрим ҳолатларда, онкологик консилиум қарорига кўра, перианал териси саратон касаллиги (T2N0M0) бўлган беморларда хирургик даволаш ўтказилиши мумкин, лекин бунда резекция чегарасини камида 1 см масофада таъминлаш ва ўсманинг юқори ёки ўртача даражада дифференцияланган бўлиши шарт.

3.4. Анал канали саратони T1-2N0-2M0, анал чети ёки перианал териси T1-2N1-2M0, T2N0M0

Анал канали саратон касаллиги (T1-2N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (T1-2N1-2M0, T2N0M0) бўлган беморларга асосий даволаш усули сифатида нур терапияси ўтказиш **тавсия этилади**. Бирламчи ўсма ва регионар метастаз зонасига РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–42 Гр, Бирламчи ўсмага кўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 6–10 Гр (умумий СОД 48–52 Гр). Нур терапияси химиотерапия билан бирга ўтказилади: Пиримидин аналоглари (#фторурацил**) – 1000 мг/м² вена ичи 1–4 ва 29–32-кўнлар. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болжус тарзида нур терапиясининг 1-кунида қўлланилади. [20–22].

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

Изоҳлар: *Химиотерапиянинг нур терапияси фонидаги оптимал режими III фаза АСТ II ва RTOG 98-11 тарихий тадқиқотлари асосида аниқланган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>). Кейинчалиқ, нур терапиясининг дозалари янги ускуналар ва нур терапия технологиялари пайдо бўлиши билан мослаштирилган [10]. Нјметастатик ясси хужайрали анал канали саратон касаллиги бўлган барча беморларда химионур терапия асосий даволаш усули сифатида қаралиши керак. Агар барча мумкин бўлган даволаш схемаларидаги химиопрепаратларни қўллаш учун хужжатлаштирилган объектив қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, фақат нур терапиясини ўтказиш мумкин. Техникавий имконият мавжуд бўлганда, минтақавий лимфа тугунлари зарарланмаган беморларда бустни ички (внутриполостной) нур терапияси орқали ўтказиш мумкин (РОД 3 Гр, СОД 18 Гр). Индукцион (химионур терапиягача) ёки адъювант (химионур терапиядан кейин) химиотерапия ўтказиш яшовчанлик кўрсаткичларини яхшиламайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).*

Анал канали саратон касаллиги (T1-2N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (T1-2N1-2M0, T2N0M0) бўлган беморларда алтернатив химионур терапия режими сифатида қуйидаги усул тавсия этилади: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва минтақавий метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–42 Гр. Бирламчи ўсмага кўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 6–10 Гр. Умумий СОД 48–52

Гр. Химиотерапия: #Капецитабин** – 825 мг/м² кунига 2 марта per os нур терапия кунларида. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кўнида. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

3.5. Анал канали, анал чети ва перианал териси саратони Т3-4N0-2M0

Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Т3-4N0-2M0) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида қуйидаги химионур терапия режими **тавсия этилади**: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва регионар метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 45–46 Гр. Бирламчи ўсма ва зарарланган лимфа тугунларига қўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 10–16 Гр. Умумий СОД 54–60 Гр. Химиотерапия: #Фторурацил** – 1000 мг/м² вена ичи 1–4 ва 29–32-кунлар. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кунда. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия этилади. [10, 12].

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

Изоҳлар: Ушбу категориядаги беморларга фақат химионур терапия ўтказилиши мумкин. Хирургик даволаш фақат тўлиқ даволаш курси тугатилгандан кейин қолдиқ ўсма мавжуд бўлган ҳолларда ёки ўсма кучли қон кетиши билан қийинлашган ҳолларда амалга оширилади. Химионур терапия самарадорлиги касалликнинг аниқ тарқалишига қараб, 60–80% беморларда ўсманинг тўлиқ регрессияси кузатилиши кутилмоқда. Оптимал химионур терапия режими III фаза АСТ II ва RTOG 98-11 тадқиқотлари (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>) асосида аниқланган. Кейинчалик нур терапия дозалари янги ускуналар ва нур терапия технологиялари пайдо бўлиши билан мослаштирилган [50]. #Митомицин**га қарши кўрсатма ёки бошқа хужжатлаштирилган объектив сабаблар мавжуд бўлганда, #митомицин** 60 мг/м² (вена ичи, 1 ва 29-кунлар) #цисплатин** билан алмаштирилиши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).

Анал канали саратон касаллиги (Т3-4N0-2M0), анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Т1-2N1-2M0, Т2N0M0) бўлган беморларда алтернатив химионур терапия режими сифатида қуйидаги усул **тавсия этилади**: Нур терапияси: Бирламчи ўсма ва минтақавий метастаз зонасига: РОД 1,8–2 Гр, СОД 44–45 Гр. Бирламчи ўсмага қўшимча буст: РОД 1,8–2 Гр, СОД 10–16 Гр. Умумий СОД 54–60 Гр. Химиотерапия: #Капецитабин** – 825 мг/м² кунига 2 марта per os нур терапия кунларида. #Митомицин** – 10 мг/м² вена ичи болюс тарзида нур терапиясининг 1-кунда. Ушбу режим асосий даволаш усули сифатида тавсия

этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

3.6. Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1)

Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида паллиатив химиотерапия ўтказиш **тавсия этилади** (батафсил «Химиотерапия ўтказиш принциплари» бўлимида келтирилган). Қўшимча ёндашувлар: Химионур терапия онкологик консилиум қарорига кўра ўтказилиши мумкин, агар: Оғрик синдромини камайтириш ёки ,ирламчи ўсманинг ўсишини назорат қилиш зарур бўлса. Бу ҳолатда, нјметастатик шакллардаги даволаш тамойилларига мос ёндашувлар қўлланилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Изоҳ: *Метастатик анал канали саратон касаллигида химионур терапиянинг яшовчанликка таъсири ҳақида аниқ маълумотлар мавжуд эмас. Бироқ, ушбу даволаш усули jғрик синдромини самарали камайтириш, ,ирламчи ўсма билан боғлиқ бошқа симптомларни назорат қилиш имконини беради.*

7.1. Нур терапия ўтказиш тамойиллари

Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси самарадорлигини максимал даражада ошириш мақсадида қуйидаги тамойиллар қўлланилиши мақсадга мувофиқ (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/>):

- 15) Дистанцион нур терапияси ҳар куни, фотонлар 6–18 МэВ;
- 16) Оптимал усул – уч ўлчовли конформал нур терапияси (3DCRT) ёки модулированган интенсивлик нур терапияси (IMRT);
- 17) Нур терапиясига топометрик тайёргарлик КТ ва МРТ текширувларини ўз ичига олади, уларнинг давомийлиги даволаш бошланишидан олдин 30 кундан ошмаслиги керак. Келтирилган маълумотлар асосида нурлантириш режаси тузилади;
- 18) Нурлантириш ҳажми бирламчи ўсма ва регионар лимфа тугунларини ўз ичига олади;
- 19) Нурлантириш ҳажми регионар метастазлар ҳудудига пресакрал,

параректал, обтуратор, ички илияк, пастки қўшмачасимон, чов лимфа тугунларини ўз ичига олиши керак;

- 20) Юқори чегара – L5-S1 позвонкалар даражасида;
- 21) Қуйи чегара – бирламчи ўсманинг дистал чегарасидан 2,5 см пастда;
- 22) Биринчи босқичда нур терапияси РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–46 Гр бирламчи ўсма ва регионар метастазлар ҳудудига ўтказилади;
- 23) Иккинчи босқичда бошланғич аниқланган ўчоқларга буст ўтказилади;
- 24) Буст РОД 1,8–2 Гр билан ўтказилади, СОД касалликнинг бошланғич тарқалишига қараб аниқланади (СОД 50–54 Гр Т1–Т2 да, СОД 56–60 Гр Т3–Т4 да);
- 25) Дистанцион нур терапияси 3D-планлаштириш билан бошланади ва конформал нур терапияси (3DCRT ва унинг вариантлари) технологияси бўйича амалга оширилади;
- 26) Нур терапиясининг аниқ бажарилишини назорат қилиш портал визуализация тизими (ОВІ – on board imager) ва коник рентген нури (СВСТ – cone beam computed tomography) орқали таъминланади;
- 27) Техник имконият мавжуд бўлганда протонлар/оғир ионлар билан 250 МэВ энергияда дистанцион нур терапияси, протон тизимларидан фойдаланган ҳолда қўлланилиши мумкин;
- 28) Олигометастатик касалликда мултидисциплинар жамоа қарорига кўра стереотаксик нур таъсири қўлланилиши мумкин.

• Техник имконият мавжуд бўлганда, даволашнинг нојўя таъсирлари ва мажбурий танаффуслар сонини камайтириш мақсадида IMRT усулини ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш жараёнида қўллаш тавсия этилади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: Ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш жараёнида IMRT қўлланилиши негематологик токсикликни сезиларли даражада камайтириши ва даволаш курсидаги мажбурий танаффуслар сонини қисқартириши имконини беради. Айрим тадқиқотларда (исбот даражаси паст) химионур терапия жараёнида маҳаллий гипертермия қўшилганида эҳтимолий ижобий таъсир кузатилган, бироқ уни қўллаш режими, сеанслар сони ва давомийлиги стандартлаштирилмаган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси профилактик мақсадда ўтказилганда, касаллик T ва N параметрлари босқичидан қатъи назар, нурлантириш ҳажмига чов лимфа тугунларини киритиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида химионур терапия курсини режалаштирилган танаффусларсиз ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳ: *Химионур терапия давомида танаффуслар қилиш даволаш самарадорлигини ишончли даражада пасайтиради ва химионур терапиядан сўнг тўлиқ жавоб эҳтимолини камайтиради.*

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда химионур терапия курсида танаффуслар фақат RTOG (Қўшимча G2) ва/ёки NCI-CTCAE (Қўшимча G3) шкаллари бўйича III даражадан паст бўлмаган асоратлар аниқланган тақдирда ўтказилиши **тавсия этилади.** Химионур терапия курсидаги танаффуслар даволаш самарадорлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳлар: *III даражадан паст бўлган асоратлар консерватив йўл билан бартараф этилиши керак, улар бемор ҳаёти учун хавф тугдирмайди ва бошлангич даволаш режасини ўзгартириши сабаби бўлиши керак эмас. Ушбу қоидалар хавфли ўсмаларни мажмуавий даволаш усуллари учун умумий қабул қилинган тамойиллар ҳисобланади ва уларни клиник тадқиқотлар доирасида қўшимча ўрганиши талаб этилмайди. Химионур терапия курсида мажбурий танаффусга сабаб бўлган асоратларнинг тури ва даражаси албатта ҳужжатлаштирилиши керак. Химионур терапия курсида танаффус қилиш тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин консерватив даволаш чоралари кўрилиши шарт. Танаффусга қарор фақат қуйидаги ҳолларда қабул қилиниши мумкин: Адекват ёрдамчи терапияга қарамай, асоратлар даражасини RTOG ва/ёки NCI-CTCAE шкаллари бўйича II даражага ёки ундан паст даражага тушириши имкони бўлмаган ҳолда; Бемор саломатлиги учун тўғридан-тўғри хавф мавжуд бўлган тақдирда.*

4) муолажа ва аралашув ўтказаетган мутахассисга талаблар:

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

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

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Яширин қонга нажас таҳлили;
12. Онкомаркерларга қон таҳлили: АФП, РЭА, СА 242, СА19-9;
13. Ректоскопия биопсия билан;

- 14.Тотал колоноскопия (фиброколоноскопия);
- 15.Ирригоскопия
- 16.Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
- 17.Кичик чанок аъзолари МРТси;
- 18.Қорин бўшлиғини ва қорин парда ортини контрастли МСКТси;
- 19.Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
- 20.Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 21.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 22.ЭКГ;
- 23.ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. COVID-19 ги ПЗР;
3. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
4. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
5. Стандарт цитогенети текшириш;
6. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
7. Прокальцитонин
8. Антитромбин III, Д-димер
9. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
- 10.Периферик қон ИФТси;
- 11.Стандарт –цитогенетик текшириш;
- 12.Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
13. Агар аденокарцинома билан боғлиқ узоқ метастазлар ташхисланган ёки шубҳа қилинган бўлса, ўсма биоптатида RAS мутацияси (KRAS ва NRAS генларининг 2–4 экзонлари) таҳлил қилиниши керак..
14. Ўсма (биопсия ва жарроҳликдан кейинги материаллар, шиша блоклар, суюқликлар, эркин айланаётган ўсма ДНК) молекуляр-генетик тадқиқотлари «инструментал текширувлар» бўлимида кўрсатилган ҳолатларда шубҳа туғилганда ўтказилиши керак.;

15. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
16. УТ-колоноскопия;
17. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини рентгеноскопик текшируви, контрастлаш билан (икки қарра контрастлаш);
18. Кўкрак қафаси аъзолари МСКТси;
19. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
20. Бош мия МРТси;
21. Спирография;
22. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
23. Скелет суякларини сканирлаш;
24. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
25. Холтер – мониторинг билан ЭКГ
26. Бутун тана ПЭТ/КТси**;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (Онкоколопроктология) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари саниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокида структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

Нур терапия ўтказиш учун:

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

- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.

- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

Асоратлар мавжуд бўлмаган ҳолда ва жарроҳликдан кейинги яранинг битиши шarti билан қониқарли ҳолат.

- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали олинган маълумотларга кўра жараённинг прогрессия белгиларининг йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

- "Ўсманинг жавоби" – ўтказилган даволашдан сўнг ўсманинг регрессияси.

Тўлиқ эффект – барча зарарланган ўчоқларнинг йўқолиши ва камида 4 ҳафта давомида қайта пайдо бўлмаслиги.

Қисман эффект – барча ёки айрим ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўпроқ кичрайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаслиги.

Стабилизация (ўзгаришсиз ҳолат) – ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам ўсиши, янги зарарланган ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.

Прогрессия – бир ёки бир нечта ўсмаларнинг 25% дан кўпроқ катталаниши ёки янги зарарланган ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

- Рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик).

- Ҳаёт сифатини баҳолаш – руҳий, эмоционал ва ижтимоий фаолият билан бирга бемор жисмоний ҳолатини ҳам ўз ичига олади.

**«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ,
ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C21	Орқа чиқарув тешиги (анус) ва анал канал хавфли ўсмалари
C21.0	– Аниқлаштирилмаган локализацияли ташқи чиқарув тешиги хавфли ўсмалари
C21.1	–Анал канал хавфли ўсмалари
C21.2	– Клоакоген соҳа хавфли ўсмалари
C21.8	– Юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечли локализациядан ташқари тўғри ичак, орқа сиқарув тешиги (анус), анал канали хавфли ўсмалари
C44	Терининг бошқа хавфли ўсмалари
C44.5	– Тана терисининг бошқа (анал чети ва перианал териси) хавфли ўсмалари
* Тери саратони перианал соҳада жойлашганида диагностика ва даволаш тамойиллари анал канали ясси хужайрали саратонидаги тамойилларга ўхшаш бўлиб, бу мазкур нозологияларни ягона клиник тавсиялар доирасида кўриб чиқиш имконини беради.	
Юклаш (КХТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1123	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2E64.2	Анус четида ёки перианал соҳа терисидаги карцинома in situ
2C00	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали хавфли ҳосилалари
2C00.0	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали аденокарциномаси
2C00.1	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали меланомаси
2C00.2	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали нейроэндокрин ҳосиласи
2C00.3	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали ясси хужайрали саратон
2C00.Y	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2C00.Z	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг аниқланмаган хавфли янги ҳосилалари
Юклаш (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Анал канали саратони – аноректал чизиқнинг юқори чети проксимал чегараси, анодерма ва перианал тери туташган жой эса дистал чегараси ҳисобланган соҳада пайдо бўладиган ўсма. Анус четига нисбатан дисталроқ жойлашиб, юпқаланган теридан ёғ тери қисмига ўтадиган худудгача (КХТ-10 коди С44.5) ривожланадиган янги ҳосилалар (ўсмалар) перианал тери ўсмалари сифатида таснифланади. Асосан ано-кутан чизиқ соҳасини қамраб олиб, анал каналига катта даражада тарқалмайдиган янги ҳосилалар эса анус чети саратони деб таснифланади. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

Халқаро саратонни ўрганиш агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда анал канали саратонининг жами 54 306 та ҳолати аниқланган ва 22 035 киши ушбу касалликдан вафот этган (https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=10).

Анал канали саратони асосий популяцияда етарлича кам учрайдиган касаллик бўлиб, дунё бўйича ўртача кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолат тўғри келади, бошқа маълумотларга кўра эса аноректал зонадаги хавфли ўсмаларнинг жами сонига нисбатан 6% дан ошмайди. Мутахассисларнинг баҳолашича, бу касалликнинг тарқалиши ривожланган мамлакатларда ўсишда бўлиб, ҳар йили 27 мингта янги ҳолат қайд этилиши кутилмоқда (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Дунёнинг турли минтақаларида бу касалликнинг учраш тезлиги 100 минг аҳолига 0,2 дан 0,9 ҳолатгача ўзгариб туради, эркаклар ва аёллар ўртасидаги нисбат турли манбаларга кўра 1:2 дан 1:7 гача (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Индустириал ривожланган давлатларда бу кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолатга яқинлашиб, АҚШда ҳар йили тахминан 3,5 мингта анал канали саратони ҳолати қайд этилади. Осиё ва Шарқ мамлакатларида бу касаллик жуда кам учрайди, беморларнинг ўртача ёши 50 ёшни ташкил этса, Европада бу кўрсаткич 63 ёшга тенг (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Шунингдек, Европада ушбу касалликка чалинганлар орасида аёллар устунлик қилган бўлиб, уларнинг нисбати 1:3 ёки ҳатто 1:6 га етади.

Анал канали саратонининг ривожланиши онкоген типдаги (16, 18 ва бошқалар) одам папиллома вирусини (ОПВ) ташувчилик билан боғлиқ деб ҳисобланади. Вирусга чалиниш ва унинг популяцияда тарқалиш механизми асосан анус орқали жинсий алоқа йўли билан юзага келади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Ҳозирги пайтда ОПВ инсоннинг аногенитал саратони ривожланишида этиологик омил сифатида кўриб чиқилмоқда. Сўнгги ўн йилликларда ушбу саратон турининг тарқалиши тез суръатлар билан ўсмоқда, айниқса, ноанъанавий жинсий йўналишга эга эркаклар ва одам иммунитет танқислиги вирусини (ОИТВ) билан зарарланган шахслар гуруҳида. Анус саратони

билан касалланиш кўрсаткичи гомосексуаллар ва ОИТВ-инфекцияланган беморларда дунё бўйича бачадон бўйни саратонининг энг юқори кўрсаткичларидан уч баробар ортиқдир (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Асосий популяцияда ушбу саратон тури нисбатан кам учрайди, аммо сўнгги 30 йил ичида 1 миллион аҳолига 10 тадан 20 тагача ҳолатга ошган. Энг юқори касалланиш ҳолатлари ИПВ билан зарарланган аёллар, ҳаёти давомида кўплаб ва тез-тез алмашувчи жинсий шерикларга эга бўлган шахслар, генитал сўгракли беморлар, чекиш одатига эга бўлганлар, рецептив анус жинсий алоқада бўлганлар ва ОИТВ-инфекцияланган шахслар билан боғлиқдир. Шу сабабли, этиологик нуқтаи назардан, анал канали саратони ошқозон-ичак тизими ўсмаларидан кўра аёл жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалари билан кўпроқ ўхшашликка эга (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Якка яшовчи эркаклар орасида анал канали саратони билан касалланиш кўрсаткичи уйланган эркакларга нисбатан 6 баробар юқори, 35 ёшгача бўлган популяцияда эса ушбу касаллик аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Беморларнинг ўртача ёши 60 ёшни ташкил этади. Умуман олганда, аёллар беморлар орасида устунлик қилган бўлиб, уларнинг эркакларга нисбати 7:1 га тенг (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, анал канали саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига 0,1 ҳолатни ташкил этди. 2023 йилда анал канали саратони биринчи марта 41 беморда аниқланган. Улардан 9,8% ҳолат профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Анал канали саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 85,4% ни ташкил этган. Беморларнинг 4,9% да касаллик I босқичда, 39,0% да II босқичда, 34,1% да III босқичда ва 14,6% да IV босқичда аниқланган. Шунингдек, 7,3% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошида анал канали саратони билан 293 бемор диспансер назоратида бўлиб, касалланиш 100 минг аҳолига 0,8 ни ташкил қилган. Анал канали саратонида 5 йиллик яшовчанлик республика бўйича 32,8% ни, 1 йиллик леталлик эса 7,0% ни ташкил этади. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида анал канали саратонидан 29 бемор вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,1 га тенг.

2) Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%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) (профилактик толоғия, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи»[23] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт,

касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир[23] [24].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [25]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[25].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади[23] [26] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [27], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [28] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган[29] [30].

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [31] [32].

Тиббий реабилитация (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (лот. *rehabilitatio*, тиклаш [36]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [36] [37] [38].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [38].

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

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[35]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [35]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [34].
2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўриқдир [34].
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор

фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [34].

Пререабилитация (prehabilitation) – ташхис қўйилган пайдан бошлаб даволаш бошланишигача (жарроҳлик даволаш/кимётерапия/радиотерапия) реабилитация.

Реабилитациянинг I босқичи – асосий касалликнинг профилига мувофиқ тиббий ташкилотларнинг бўлимларида асосий касалликни ихтисослашган давоси (шу жумладан жарроҳлик даволаш / кимётерапия/ радиотерапия) даврида реабилитация қилишдир;

Реабилитациянинг II босқичи – тиббий ташкилотларнинг (реабилитация марказлари, реабилитация бўлимлари) стационар шароитида, касалликнинг эрта тикланиш даврида, кеч реабилитация даврида, касалликнинг қолдиқ белгилари даврида реабилитация.

Реабилитациянинг III босқичи – реабилитация, физиотерапия, физиотерапия, рефлексология, қўлда терапия, психотерапия, тиббий психология бўлимларида (кабинетларда), нутқ терапевтининг (ўқитувчи–дефектолог) хоналари. амбулатория шароитида, кундузги шифохоналарда, шунингдек уйга борувчи бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт ташкилотлари шароитида) эрта ва кеч реабилитация давларида, касалликнинг қолдиқ ходисалари даврида реабилитация.

2.2 Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

(<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>)

Колоректал саратоннинг олдини олиш учун ҳаёт тарзини ўзгартириш ва мунтазам скрининг ўтказиш тавсия этилади.

Ҳаёт тарзини ўзгартириш орқали колоректал саратонни олдини олиш чоралари:

- Мева ва сабзавотларни ўз ичига олган соғлом овқатланишга ўтиш.
- Тамаки чекишдан воз кечиш.
- Фаол ҳаёт тарзини олиб бориш.
- Спиртли ичимликлар истеъмолини камайтириш.
- Атроф-муҳитнинг зарарли омилларига таъсирни чеклаш.

Агар колоректал саратондан шубҳа уйғонса, зудлик билан шифокорга мурожаат қилиш керак. Касалликни эрта аниқлашнинг энг яхши усули – скрининг ўтказиш.

Даволаш муваффақиятли бўлиши учун саратонни эрта босқичда аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, скрининг нафақат колоректал саратон ҳолатларини камайтириш, балки унинг ўлим кўрсаткичини ҳам пасайтиришга ёрдам беради.

Ахлат таҳлиллари – инвазив бўлмаган скрининг усуллари:

- Ахлатда яширин қон таҳлили (АКСК) – колоректал саратон ёки полиплар мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради. Ахлатдан оз миқдорда намуна олиниб, лабораторияда текширилади. Агар қон ёки бошқа патологик топилмалар аниқланса, қўшимча диагностика усуллари, масалан, колоноскопия тавсия этилади.
- Ахлат таҳлиллари – қулай ва хавфсиз скрининг усули бўлиб, улар саратонни эрта босқичда аниқлаш ёки предсаратон полипларини топишга ёрдам беради.

Генетик омиллар ва скрининг:

Оилавий колоректал саратон ёки маълум генетик касалликларга эга шахслар учун генетик консултация ва тест ўтказиш хавфни баҳолаш ва зарур скрининг чораларини белгилашда фойдали бўлиши мумкин.

Хавф омиллари:

Спиртли ичимликлар:

Этил спиртининг ўзи канцероген эмас, аммо унинг метаболити **ацетальдегид** канцероген хусусиятга эга.

- Кунлик 45 г спирт истеъмоли йўғон ичак саратон хавфини 45% га, тоғри ичак саратон хавфини 49% га оширади.
- Семириш билан бирга спиртли ичимликларнинг таъсири колоректал саратон ривожланиш хавфини янада оширади.

Қизил гўшт, ёғлар ва углеводлар:

- Қизил гўшт (говжуш, қўй гўшти, чўчка гўшти) истеъмоли йўғон ичакда полиплар ривожланиш хавфини оширади.
- Бу хавф гўштни юқори ҳароратда тайёрлаш жараёнида канцероген моддалар ҳосил бўлиши билан боғлиқ.

Озиқ-овқат толалари ва клетчатка:

- Клетчаткага бой парҳез колоректал саратон хавфини камайтиради.
- Озиқ-овқат толалари канцероген моддаларни адсорбция қилади, ичак кислоталигини пасайтиради ва ичакда ёғ кислоталари алмашинувини ўзгартиради.

Витаминлар ва минераллар:

- Витамин D ва кальций колоректал саратон хавфини камайтириши мумкин.
- Фолий кислотаси ва B6 витамини етишмовчилиги ДНК тикланиши ва антиоксидант ҳимоя тизимларини бузиши мумкин, бу эса саратон хавфини оширади.
- Бета-каротин, A, C ва E витаминлари антиканцероген таъсирга эга.

Тамаки чекиш:

- Ҳар куни 40 дона сигарета чекиш колоректал саратон хавфини 38% га оширади.
- Тамаки чекиш 40 йил давом этса, хавф яна 20% га ошиб боради.
- Тамаки чекишдан воз кечиш саратон ривожланиш хавфини изначал даражага қайтариши мумкин.

Жисмоний фаоллик ва семириш:

- Семириш гиперинсулинемия орқали саратон ривожланиш хавфини оширади.
- Жисмоний фаол шахсларда колоректал саратон хавфи 20–30% камроқ.
- Ҳафтада 3–4 соатлик пиёда юриш хавфни пасайтиришда етарли бўлиши мумкин.

Оилавий анамнез ва ирсият:

- Агар оила аъзоларида саратон аниқланган бўлса, хавф ошади.
- Колоректал саратон ҳолатларининг 5%–30% ирсий сабабларга боғлиқ.
- Оилавий аденоматоз полипоз, Линч синдроми каби касалликлар колоректал саратон ривожланишига олиб келиши мумкин.
- Бундай ҳолларда тез-тез тиббий кузатувлар ўтказиш тавсия этилади.

Ичак яллиғланиш касалликлари:

- Яллиғланиш касалликлари, айниқса ёшлиқда пайдо бўлса, колоректал саратон ривожланиш хавфини оширади.
- Бундай беморлар доимий тиббий назоратда бўлиши керак.

Профилактика йўналишлари:

1. Овқатланиш тарзини ўзгартириш:

- Қизил гўшт (ветчина, колбаса ва бошқалар) истеъмолини камайтириш ёки бутунлай чеклаш.
- Шакар истеъмолини чеклаш.
- Спиртли ичимликлардан воз кечиш.
- Сабзавот, мева ва озиқ-овқат толаларига бой маҳсулотлар (кўпикли ундан тайёрланган нон, пшенич ёки сулли отруба) истеъмолини ошириш.

- Кальцийга бой маҳсулотлар (сут ва сут маҳсулотлари) истеъмолини ошириш.
- Витамин А, С, D истеъмолини кўпайтириш.
- Кунда 3 стакандан кўп қаҳва ичиш онкологик касалликлар хавфини пасайтира олишини кўрсатувчи тадқиқотлар мавжуд.

2. Ҳаёт тарзини ўзгартириш:

- Тамаки чекишдан воз кечиш.
- Жисмоний фаолликни ошириш.
- Мунтазам тиббий текширувлардан ўтиш.

Эрта ташхис – муваффақиятли даволаш гарови

Колоректал саратоннинг кеч аниқланиши кўп беморлар учун ноқулай прогнозни англатади. Агар касаллик эрта босқичда аниқланса, жарроҳлик йўли билан ўз вақтида даволаш тирик қолиш имкониятини оширади.

3. Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар:

- Анал канали, анал чети, перианал тери саратони бўйича даволаш тугатилгандан кейин қуйидаги даврийлик ва кузатув усулларига риоя қилиш **тавсия этилади**: илк 1–2 йил давомида физикал кўрик ва шикоятларни тўплаш – ҳар 3–6 ойда, жарроҳликдан сўнг 3–5 йил ўтгач – ҳар 6–12 ойда 1 марта. 5 йил ва ундан кейин кузатув ташрифлари ҳар йили ёки шикоятлар пайдо бўлганда ўтказилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2035076/>).

Текширувлар кўлами:

Асосий текширувлар

- тўғри ичакнинг бармоқ билан текшируви;
- аноскопия;
- чов соҳаларини палпация қилиш;
- даволаш тугатилгандан кейинги биринчи 2 йилда кичик чанокнинг МРТси;
- аёллар учун акушер-гинеколог шифокори билан маслаҳат (гинекологик кўрик);
- қорин бўшлиғи, кичик чанок ва чув лимфа тугунларининг УТТси;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси.

Қўшимча текширув:

- Т3-4 ўсмалари бўлган беморларни кузатиш зарур бўлганда ёки бошланғич ҳолда чув/илиқсон лимфа тугунларининг зарарланиши мавжуд бўлганда, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқнинг МРТ ёки КТ-тадқиқоти;
- кичик чаноқнинг МРТни ўтказиш имконияти бўлмаганда, томир ичида контрастлаштириш билан кичик чаноқнинг КТси;
- кичик чаноқнинг МРТ ўтказиб бўлмаганда ёки қўшимча равишда эндоректал УТТ;
- фақат пальпация қилинадиган қолдиқ ўсма мавжуд бўлган ҳолларда биопсия учун материал олиш;
- даволашдан олдин бошланғич ошган ҳолда, қондаги ясси хужайрали карцинома антигени (SCC) даражасини тадқиқ қилиш.

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

Изоҳлар: кузатишининг вазифаси – касалликнинг прогрессиясини эрта аниқлаш орқали хавфли ўсманинг қайта пайдо бўлган ўчоқлари, метастатик ўчоқлар ва метахрон ўсмаларни резектабел шаклда хирургик ёки химиотерапия билан даволашни эрта бошлашдир. Кимё-нур терапияси тугаганидан сўнг кузатув жараёнида кичик чаноқнинг МРТ хулосасида қуйидагилар кўрсатилиши керак:

- қолдиқ ўсма мавжудлиги, агар у аниқланса, унинг ўлчамларидаги динамик ўзгаришлар аввалги тадқиқот натижалари билан солиштирилиши шарт;
- ўсма тузилмасидаги фиброз ўзгаришлар даражаси *mrTRG* таснифига мувофиқ баҳоланиши лозим;
- агар бошланғич ҳолда минтақавий лимфа тугунлари зарарланган бўлса, аввалги тадқиқот натижалари билан солиштирилган ҳолда, улардаги ўзгаришлар тўлиқ тавсифланиши керак;
- янги, метастатик зарарланишга гумон қилинган лимфа тугунлари аниқланган тақдирда, уларни бирламчи стадиялаш қоидаларига мувофиқ тавсифлаш лозим..

4. Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.:

4.1. Предреабилитация

- Барча беморларга даволаш асоратлари хавфини камайтириш мақсадида предреабилитация ўтказишни кўриб чиқиш тавсия этилади, бу ўз ичига жисмоний тайёргарлик (ЛФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш, шунингдек, беморларни хабардор қилишни қамраб олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086061/>).

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

Изоҳлар: *Предреабилитация ўтказиш функционал тикланишни тезлаштиради, жарроҳликдан сўнг стационарда бўлиш муддатини қисқартиради ва онкологик касалликни даволаш фонида асоратлар ҳамда ўлим ҳолатлари ривожланиш тезлигини камайтиради.*

● Барча беморларга жарроҳликдан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликни оширишнинг самарадорлигини тушунтириш тавсия этилади, бу даволаш асоратлари хавфини камайтиришга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28161527/>).

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

Изоҳлар: *Жисмоний фаолликни ошириш жарроҳликдан кейинги даврда ҳаёт сифатини яхшилайдди ва беморга кундалиқ фаолиятга тезроқ қайтиш имконини беради. Колоректал саратон билан оғриган беморлар учун комплекс предреабилитация дастури, ўз ичига уй шароитида бажариладиган ЛФК машғулотларини (ўртача интенсивликдаги аэроб ва анаэроб юкламаларни ўз ичига олган жисмоний машқлар), нутритив маслаҳатларни ва хавотир ҳамда депрессияни енгиш учун психолог билан ишлашни қамраб олади. Бу жараён жарроҳликдан 28 кун олдин бошланиб, 8 ҳафта давомида давом эттирилади ва натижада жарроҳликдан кейинги даврда ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076007/>).*

Психологик қўллаб-қувватлаш предреабилитация доирасида кайфиятни яхшилайдди, хавотир ва депрессия даражасини пасайтиради. Психологик предреабилитациядан ўтган беморлар жарроҳликдан кейин кундалиқ ҳаётга яхшироқ мослашади. Стресс билан ишлашга йўналтирилган методикаларни ўз ичига олган психологик предреабилитация (релаксация усуллари, ижобий кайфият шакллантириш) жарроҳликдан 5 кун олдин бошланиб, 30 кун давомида ҳафтасига 6 кун 40–60 дақиқа ўтказилади ва бу ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869228/>).

4.2. Жарроҳлик давосида реабилитация

4.2.1. Жарроҳлик давосида I босқич реабилитация

● Анал канали, анал чети, перианал тери саратони бўйича жарроҳлик даволаш ўтказиладиган беморларда периоперацион асоратлар хавфини камайтириш мақсадида fast track rehabilitation ("тез йўл") ёки ERAS (ранги реабилитация) тактикасини қўллаш тавсия этилади. Бу ёндашув қуйидагиларни ўз ичига олади: комплекс анестезия ва оғриқсизлантириш, эрта энтераль озиклантириш, зонд ва

дренажларни мунтазам қўллашдан воз кечиш, шунингдек, беморларни жарроҳликдан кейинги 1–2 кун ичида фаоллаштириш ва тик туришини таъминлаш. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24379639/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 1).

Изоҳлар: Ушбу ёндашув жарроҳликдан кейинги эрта асоратлар хавфини ва қайта госпитализациялар сонини оширмайди.

- Жарроҳлик даволаш ўтказиладиган беморларда жарроҳликдан кейинги асоратлар хавфини камайтириш мақсадида уйғотувчи спирометриясини қўллаш, краватнинг бош қисми 30° ва ундан юқори кўтарилган ҳолда жойлаштириш, нафас гимнастикасини эрта бошлаш ва беморларни эрта фаоллаштириш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20347742/>).

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

Изоҳлар: Келтирилган чора-тадбирлар жарроҳликдан кейинги даврда нафас олиш тизими асоратларининг олдини олишга ёрдам беради. Нафас гимнастикаси операциядан сўнг бемор онги нормаллашиши биланоқ бошланади. Жарроҳликдан кейинги даврда нафас гимнастикасини ўтказиш тактикасини бемор операциягача ўрганиши керак. Колоректал саратон бўйича жарроҳликдан сўнг диафрагмал нафас олиш тавсия этилади, бу лимфа циркуляциясини яхшилашга ва қўл бармоқ нафас олиш турига хос равишда етарлича ҳаво билан тўлдирилмайдиган ўпканинг пастки бўлимларини вентиляция қилишга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28981596/>).

- Анал канали саратонли беморларда оғриқ синдромини даволаш учун жарроҳликдан кейинги даврда междисциплинар ёндашув тавсия этилади. Бу ёндашув доривор коррекциядан ташқари, жисмоний реабилитация (ЛФК), ҳолатни тўғрилаш билан даволаш, оғриқни психологик коррекция қилиш усуллари (релаксация), тери орқали электростимуляция, акупунктура, массаж каби усулларни ўз ичига олиши мумкин. Бу даволаш самарадорлигини ошириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. [22].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳлар: Массаж катта колоректал жарроҳлик амалиётларини бошдан кечирган беморларда эрта жарроҳликдан кейинги даврда оғриқ синдромини даволашнинг хавфсиз ва самарали усули ҳисобланади. Уни қўллаш оғриқ интенсивлигини, хавотир ва тананинг таранглигини камайтиришга ёрдам беради.

4.2.2. Жарроҳлик давосида II босқич реабилитация

- Олдинги паст резекция синдроми ривожланган беморларда унинг даволаш тактикаси оптималлаштириш мақсадида аноректал манометрия ва сфинктерометрияни ўз ичига олган функционал текширувдан сўнг аниқланиши тавсия этилади. (46).

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

- Сийдик чиқариш бузилишлари ва эректил дисфункция кузатилган ҳолларда, чаноқ туби мушакларини мустаҳкамлашга қаратилган машқлар, Biofeedback-терапия, тиббал нейромодуляция, чаноқ туби ва оралиқ мушакларини электростимуляция қилишни тайинлаш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади. (47).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

- Оёқларда лимфедема ривожланган ҳолларда уни даволаш учун куйидаги реабилитацион тадбирларни ўтказиш тавсия этилади: тўлиқ қаршиқувуш терапиясини ўтказиш, мануал лимфодренаж, компрессион трикотаж кийиш, даволаш жисмоний тарбия машқларини бажариш, терини парвариш қилиш. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25741621/>).

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

4.2.3. Жарроҳлик давосида III босқич реабилитация

- Жарроҳлик даволашдан сўнг реабилитацияни тезлаштириш, чарчоқни камайтириш ва уйку сифатини яхшилаш мақсадида беморларга даволаш жисмоний тарбия машқларини бажариш ва жисмоний фаолликни ошириш бўйича тавсиялар бериш тавсия этилади, шу жумладан метастатик анал канали, анал чети, перианал тери саратони бўлган беморлар учун ҳам. (48, 49).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2).

Изоҳлар: *Жисмоний фаолликни ошириш ҳолсизликни камайтиради, ҳаракатчанликни яхшилади, депрессия даражасини пасайтиради ва ҳаёт сифатини оширади.*

- Анал канали, анал чети, перианал тери саратони бўлган беморларда химиотерапияга кўрсатмаларни чеклаш ва қуёш нурларида бўлишни тақиқлаш тавсия этилмайди, чунки бу омилларнинг салбий таъсири ҳақида нашр этилган маълумотлар мавжуд эмас. Шунингдек, бундай чекловлар беморларнинг руҳий ҳолатига таъсир қилиши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26315692/>).

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

Изоҳлар: Ушбу реабилитация усулларини қўллаш натижасида ўсма жараёнининг прогрессия хавфи ошиши ҳақида маълумотлар мавжуд эмас.

4.3. Кимё терапияда реабилитация

- Химиотерапия давомида даволашнинг ноҳўя таъсирлари ва чарчоқ хавфини камайтириш мақсадида даволаш жисмоний тарбия машқларини бажариш, диафрагмал нафас олиш ва прогрессив мушак релаксациясини ўз ичига олган релаксация усулларини қўллаш тавсия этилади. (50, 51).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 1).

Изоҳлар: ЛФКнинг ҳажми ва интенсивлиги ҳолсизлик даражасига (енгил, ўртача, оғир) қараб индивидуал танланади. Умумий ҳолат яхшиланганида ЛФК интенсивлигини ошириш мумкин. Аэроб юкламалар ва куч машқларини биргаликда қўллаш тавсия этилади.

- Реабилитациянинг учинчи босқичида тикланиш жараёнини тезлаштириш ва чарчоқни камайтириш мақсадида фаол турмуш тарзини олиб бориш ва колоректал саратон бўйича комплекс даволашдан сўнг даволаш жисмоний тарбия машқларини бажариш тавсия этилади. (40).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2).

Изоҳлар: Рецидивли саратон билан оғриган беморларда даволаш жисмоний тарбия машқларини бажариш умумий ўлим хавфини 29% га камайтиради. Диссеминацияланган ўсма жараёни мавжуд беморларда ЛФК ва жисмоний фаоллик ҳолсизликни камайтиради, ҳаракатчанликни оширади, депрессия даражасини пасайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилайди.

4.4. Нур терапияда реабилитация

- Анал канали, анал чети, перианал тери саратони билан оғриган беморларда нур терапияси давомида даволашнинг ноҳўя таъсирларини камайтириш мақсадида аэроб юкламалар ва куч машқларини ўз ичига олган ЛФК комплексини қўллаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади. (40).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 1).

Изоҳлар: ЛФК комплексини бажариш нур терапияси давомида суяк тўқимаси зичлигини оширади ва беморнинг чидамлилигини яхшилайди.

● Анал канали, анал чети, перианал тери саратони билан оғриган ва нур терапиясини олаётган беморларда нурли дерматитнинг олдини олиш мақсадида паст интенсивли лазеротерапияни қўллаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади. Паст интенсивли лазеротерапия нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгач, ҳафтасига 3 кун давомида ўтказилади. (52).

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

4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

Анал канали, анал чети, перианал тери саратони беморлари анал канали, анал чети, перианал тери саратони беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, амдоминал онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Анал канали, анал чети, перианал тери саратони билан оғриган беморларнинг диспансер мониторинги куйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, цитостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, меъда-ичак тракти, МИТ органлари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. анал канали, анал чети, перианал тери саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

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

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

– Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;

- Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- Пешоб умумий таҳлили;
- Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
- Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- аноскопия;
- чов соҳаси пальпацияси;
- кичик чаноқ МРТси даво тугагандан сўнг дастлабки 2 йил;
- шифокор-акушер-гинеколог кўриги (гинекологик кўрик) аёллар учун;
- қорин бўшлиғи, кичик чаноқ, чов лимфа тугунлари УТТси;
- кўкрак қафаси рентгенографияси.

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

2) Далиллар даражаси киритилган ҳолда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- – Т3-4 ўсмалари бўлган беморларни кузатиш зарур бўлганда ёки бошланғич ҳолда чов/илиқсон лимфа тугунларининг зарарланиши мавжуд бўлганда, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқнинг МРТ ёки КТ-тадқиқоти;
- кичик чаноқнинг МРТни ўтказиш имконияти бўлмаганда, томир ичида контрастлаштириш билан кичик чаноқнинг КТси;
- кичик чаноқнинг МРТ ўтказиб бўлмаганда ёки қўшимча равишда эндоректал УТТ;
- фақат пальпация қилинадиган қолдиқ ўсма мавжуд бўлган ҳолларда биопсия учун материал олиш;
- даволашдан олдин бошланғич ошган ҳолда, қондаги ясси хужайрали карцинома антигени (SCC) даражасини тадқиқ қилиш.

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. анал канали, анал чети, перианал тери саратони учун профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидагича:

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

**«АНАЛ КАНАЛИ, АНАЛ ЧЕТИ,
ПЕРИАНАЛ ТЕРИ САРАТОНИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ
ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C21	Орқа чиқарув тешиги (анус) ва анал канал хавфли ўсмалари
C21.0	– Аниқлаштирилмаган локализацияли ташқи чиқарув тешиги хавфли ўсмалари
C21.1	–Анал канал хавфли ўсмалари
C21.2	– Клоакоген соҳа хавфли ўсмалари
C21.8	– Юқорида кўрсатилган бир ёки бир нечли локализациядан ташқари тўғри ичак, орқа сиқарув тешиги (анус), анал канали хавфли ўсмалари
C44	Терининг бошқа хавфли ўсмалари
C44.5	– Тана терисининг бошқа (анал чети ва перианал териси) хавфли ўсмалари
* Тери саратони перианал соҳада жойлашганида диагностика ва даволаш тамойиллари анал канали ясси хужайрали саратонидаги тамойилларга ўхшаш бўлиб, бу мазкур нозологияларни ягона клиник тавсиялар доирасида кўриб чиқиш имконини беради.	
Юклаш (КХТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1123	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2E64.2	Анус четида ёки перианал соҳа терисидаги карцинома in situ
2C00	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали хавфли ҳосилалари
2C00.0	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали аденокарциномаси
2C00.1	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали меланомаси
2C00.2	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали нейроэндокрин ҳосиласи
2C00.3	Орқа чиқиш тешиги ёки анал канали ясси хужайрали саратон
2C00.Y	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг бошқа аниқланган хавфли янги ҳосилалари
2C00.Z	Орқа чиқиш тешиги ёки анал каналининг аниқланмаган хавфли янги ҳосилалари
Юклаш (КХТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Анал канали саратони – аноректал чизиқнинг юқори чети проксимал чегараси, анодерма ва перианал тери туташган жой эса дистал чегараси ҳисобланган соҳада пайдо бўладиган ўсма. Анус четига нисбатан дисталроқ жойлашиб, юпқаланган теридан ёғ тери қисмига ўтадиган худудгача (КХТ-10 коди С44.5) ривожланадиган янги ҳосилалар (ўсмалар) перианал тери ўсмалари сифатида таснифланади. Асосан ано-кутан чизиқ соҳасини қамраб олиб, анал каналига катта даражада тарқалмайдиган янги ҳосилалар эса анус чети саратони деб таснифланади. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

2) Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com)

Халқаро саратонни ўрганиш агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда анал канали саратонининг жами 54 306 та ҳолати аниқланган ва 22 035 киши ушбу касалликдан вафот этган

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=10).

Анал канали саратони асосий популяцияда етарлича кам учрайдиган касаллик бўлиб, дунё бўйича ўртача кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолат тўғри келади, бошқа маълумотларга кўра эса аноректал зонадаги хавфли ўсмаларнинг жами сонига нисбатан 6% дан ошмайди. Мутахассисларнинг баҳолашича, бу касалликнинг тарқалиши ривожланган мамлакатларда ўсишда бўлиб, ҳар йили 27 мингта янги ҳолат қайд этилиши кутилмоқда (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Дунёнинг турли минтақаларида бу касалликнинг учраш тезлиги 100 минг аҳолига 0,2 дан 0,9 ҳолатгача ўзгариб туради, эркаклар ва аёллар ўртасидаги нисбат турли манбаларга кўра 1:2 дан 1:7 гача (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Индустириал ривожланган давлатларда бу кўрсаткич 100 минг аҳолига 1 ҳолатга яқинлашиб, АҚШда ҳар йили тахминан 3,5 мингта анал канали саратони ҳолати қайд этилади. Осиё ва Шарқ мамлакатларида бу касаллик жуда кам учрайди, беморларнинг ўртача ёши 50 ёшни ташкил этса, Европада бу кўрсаткич 63 ёшга тенг (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Шунингдек, Европада ушбу касалликка чалинганлар орасида аёллар устунлик қилган бўлиб, уларнинг нисбати 1:3 ёки ҳатто 1:6 га етади.

Анал канали саратонининг ривожланиши онкоген типдаги (16, 18 ва бошқалар) одам папиллома вирусини (ОПВ) ташувчилик билан боғлиқ деб ҳисобланади. Вирусга чалиниш ва унинг популяцияда тарқалиш механизми асосан анус орқали жинсий алоқа йўли билан юзага келади

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Ҳозирги пайтда ОПВ инсоннинг аногенитал саратони ривожланишида этиологик омил сифатида кўриб чиқилмоқда. Сўнгги ўн йилликларда ушбу саратон турининг тарқалиши тез суръатлар билан ўсмоқда, айниқса, ноанъанавий жинсий йўналишга эга эркаклар ва одам иммунитет танқислиги вируси (ОИТВ) билан зарарланган шахслар гуруҳида. Анус саратони билан касалланиш кўрсаткичи гомосексуаллар ва ОИТВ-инфекцияланган беморларда дунё бўйича бачадон бўйни саратонининг энг юқори кўрсаткичларидан уч баробар ортиқдир (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Асосий популяцияда ушбу саратон тури нисбатан кам учрайди, аммо сўнгги 30 йил ичида 1 миллион аҳолига 10 тадан 20 тагача ҳолатга ошган. Энг юқори касалланиш ҳолатлари ИПВ билан зарарланган аёллар, ҳаёти давомида кўплаб ва тез-тез алмашувчи жинсий шерикларга эга бўлган шахслар, генитал сўгракли беморлар, чекиш одатига эга бўлганлар, рецептив анус жинсий алоқада бўлганлар ва ОИТВ-инфекцияланган шахслар билан боғлиқдир. Шу сабабли, этиологик нуқтаи назардан, анал канали саратони ошқозон-ичак тизими ўсмаларидан кўра аёл жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалари билан кўпроқ ўхшашликка эга (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Якка яшовчи эркаклар орасида анал канали саратони билан касалланиш кўрсаткичи уйланган эркакларга нисбатан 6 баробар юқори, 35 ёшгача бўлган популяцияда эса ушбу касаллик аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Беморларнинг ўртача ёши 60 ёшни ташкил этади. Умуман олганда, аёллар беморлар орасида устунлик қилган бўлиб, уларнинг эркакларга нисбати 7:1 га тенг (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

РИОваРИАТМнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, анал канали саратони билан касалланиш 100 минг аҳолига 0,1 ҳолатни ташкил этди. 2023 йилда анал канали саратони биринчи марта 41 беморда аниқланган. Улардан 9,8% ҳолат профилактик кўриклар давомида фаол равишда аниқланган. Анал канали саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 85,4% ни ташкил этган. Беморларнинг 4,9% да касаллик I босқичда, 39,0% да II босқичда, 34,1% да III босқичда ва 14,6% да IV босқичда аниқланган. Шунингдек, 7,3% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошида анал канали саратони билан 293 бемор диспансер назоратида бўлиб, касалланиш 100 минг аҳолига 0,8 ни ташкил қилган. Анал канали саратонида 5 йиллик яшовчанлик республика бўйича 32,8% ни, 1 йиллик леталлик эса 7,0% ни ташкил этади. 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида анал канали саратонидан 29 бемор вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,1 га тенг.

Клиник таснифи:

2.1. Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолат гуруҳи)

Халқаро гистологик тасниф (2010)

Анал канали ўсмаларининг асосий қисми (70–80%) ясси хужайрали саратон ҳисобланади. Аденокарцинома 10–15% ни ташкил этса, бошқа ўсмалар 3–5% дан ошмайди. Ўсманинг гистологик турини аниқлаш даволаш тактикаси танловида асосий аҳамиятга эга.

Эпителиал ўсмалар:

III. Хавфсиз ўсмалар.

- Ясси хужайрали папиллома.

IV. Хавфли ўсмалар.

7. Ясси хужайрали (клоакоген) саратон* 8070/3:

- A. Йирик хужайрали мугузланувчи.
- B. Йирик хужайрали мугузланмайдиган.
- C. Базалоид.

8. Аденокарцинома 8140/3.

- A. Ичак типи.
- B. Анал безлари.
- C. Тўғри ичак оқмасида.

9. Шиллиқли аденокарцинома 8480/3.

10. Айда хужайрали саратон 8041/3.

11. Дифференциаллашмаган 8020/3.

12. Бошқалар.

Нейроэндокрин ўсмалар 8240/3 (кам учрайди, тўғри ичак саратони таснифига киради).

Хавфли меланома 8720/3.

Ноэпителиал ўсмалар.

Иккиламчи ўсмалар.

Ўсмасимон хосилалар:

- Ўткир учли кондиломалар.
- Яллиғланишли клоакоген полип.
- Олеогранулема.

Анал канали ва перианал терининг эпителий тузилмаларидаги ўзгаришлар (предрак ҳолатлар/интраэпителиал саратон).

Анал интраэпителиал дисплазияси (8077/0 – паст даражали интраэпителиал неоплазия; 8077/2 – юқори даражали интраэпителиал неоплазия).

8081/2 Боуэн касаллиги.

8542/3 Педжет касаллиги.

*Ўсмалар юқори, ўртача ва паст даражада дифференцияланган ҳамда недифференцияланган тузилмаларга бўлинади.

Анал канали аденокарциномасини даволаш тамойиллари тўғри ичакнинг қуйи ампуляр қисми саратонларини даволаш принципларига боғлиқ бўлиб, ушбу соҳадаги тегишли тавсиялар бўлимига қараш тавсия этилади. Анал канали аденокарциномаларини даволаш тамойиллари тўғри ичак саратонига бағишланган тавсиялар бўлиmidан кўриш мумкин.

2.2. Анал канали, Анал чети ва перианал тери саратонини TNM-8 (2017) тизими бўйича босқичлаш

Анал канали ва перианал тери (анокутан чизикдан 5 см ичида) ўсмалари учун TNM-8 (2017) бўйича босқичлаш (таблица 4)

T – Бирламчи ўсма (Tumor) градацияси:

T_X – Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумот мавжуд эмас.

T₀ – Бирламчи ўсма мавжудлиги тўғрисида маълумот йўқ.

T_{is} – Преинвазив саратон (Боуэн касаллиги, Педжет касаллиги, анал интраэпителиал неоплазияси II–III (AIN–II–III)).

T₁ – Ўсманинг энг катта ўлчами ≤ 2 см.

T₂ – Ўсманинг энг катта ўлчами > 2 см, лекин ≤ 5 см.

T₃ – Ўсманинг энг катта ўлчами > 5 см.

T₄ – Ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, қўшни аъзолар (вагина, уретра, сийдик пуфаги)га таралган.

Изоҳ: Агар ўсма перианал терига, тери ости ёғ ҳужайра тўқимасига ёки сфинктер аппаратига инвазия қилган бўлса, T₄ деб ҳисобланмайди.

N – Регионар лимфа тугунларига метастазлар (Nodes)

Регионар лимфа тугунларига қуйидагилар киритилади: мезоректум (параректал, сакрал) лимфа тугунлари, ички ва ташқи илияк, ингвинал лимфа тугунлари.

N_X – Регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун етарли маълумот йўқ.

N₀ – Регионар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаган.

N_{1a} – Мезоректум, ингвинал ёки ички илияк лимфа тугунларида метастазлар

мавжуд.

N1b – Ташқи илияк лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

N1c – Ташқи ва ички илияк, ингвинал ёки мезоректал лимфа тугунларида бир вақтнинг ўзида метастазлар мавжуд.

M – Узоқ метастазлар (Metastases)

M0 – Узоқ метастазлар йўқ.

M1 – Узоқ метастазлар мавжуд.

Изоҳ: Ушбу тасниф анал канали ва перианал терида (анокутан чизикдан 5 см ичида) жойлашган ўсмалар учун бир хил қўлланилади.

13-жадвал. Анал канали саратонини TNM тизими бўйича босқичлаш (UICC, 2017, 8-нашр)

Традицион босқичлаш	TNM тизими (UICC, 2017, 8-нашр)			
	Бирламчи ўсма	Регионар лимфа тугунлари	Узоқ метастазлар	
0 босқич	Tis	N0	M0	
I босқич	T1	N0	M0	
IIА босқич	T2	N0	M0	
IIВ босқич	T3	N0	M0	
III босқич	IIIА	T1/T2	N1	M0
	IIIВ	T4	N0	M0
	IIIС	T3/T4	N1	M0
IV босқич	Тҳар қандай	Nҳар қандай	M1	

2.3. Касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳининг) клиник манзараси

Анал канали саратони одатда орқа чиқиш соҳасида палпация қилинадиган тўқиманинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Энг хос белгилари – ахлатда қон ва шиллик модда ажралиши, дефекация вақтида кучаядиган орқа чиқиш соҳасидаги оғриқ, орқа чиқишда бегона жисм ҳиссининг пайдо бўлиши. Шунингдек, анал канали саратони баъзан анус ёриғи ёки геморрой туфайли амалга оширилган жарроҳлик амалиётидан кейин операцион материални патологоанатомик текширув

жараёнида тасодифан аниқланиши мумкин.

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

- Паллиатив (симптоматик) амалиёт, паллиатив кимётерапия, таргет даволаш, иммунотерапия, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш;
- Лимфа тугунининг/экстранодал ҳосиладан бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш ёки трепанобиопсия;
- Амбулатория терапияси билан тузатилмаган асоратларни даволаш;
- Симптоматик даволаш ўтказиш.

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

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, иммунотерапия, нур терапия ва даволаш бошқа турларини (паллиатив ёки симптоматик жарроҳлик давоси) ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

3.1. Шикоятлари ва анамнез:

• Беморнинг шикоятлари ва анамнезини синчиклаб тўплаш тавсия этилади, чунки бу даволаш тактикасини танлашга таъсир этувчи омилларни аниқлашга ёрдам беради. ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

3.2. Физикал текширувлар

• Барча беморларда клиник кўрик ўтказиш тавсия этилади, чунки бу даволаш тактикасини ва диагностика усуллари танлашга таъсир этувчи омилларни аниқлашга ёрдам беради. Кўрик қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

– Перианал терини кўриқдан ўтказиш: ўсма ўсишлари, оқма тешиклари, мацерация, яралар мавжудлигини баҳолаш, ингвинал лимфа тугунларини пальпация қилиш (катталашган лимфа тугунлари, уларнинг консистенцияси ва

атроф тўқималарга нисбатан ҳаракатчанлигини аниқлаш).

– Аёллар учун гинекологик кўрик: ўсманинг қин орқа деворига тарқалишини баҳолаш ва бачадон бўйни саратонини скрининг қилиш мақсадида цервикал каналдан цитологик мазок текширувини ўтказиш.

– Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш: ўсманинг ҳажмини аниқлаш. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-48363-0>).

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

Изоҳ: Анал канали саратони билан касалланган беморларнинг 3–5%ида синхрон бачадон бўйни саратони ёки цервикал интраэпителиал неоплазия аниқланиши мумкин.

• Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда даволаш бошланишидан олдин нутритив ҳолат баҳоланиши тавсия этилади, бу эса қўшимча ёрдамчи терапияни ўтказиш заруратини аниқлашга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

3.3. Лаборатор диагностик текширувлар

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда прогнозни баҳолаш ва даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш мақсадида қонда ясси хужайрали карцинома антигени (SCC) даражасини текшириш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272844/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳлар: Ушбу онкологик маркернинг рутин қўлланишида клиник аҳамияти исботланмаган. Унинг аниқланиши метастатик касалликка ёки бошлангичдан маҳаллий таралган анал канали саратонига чалинган беморларда кўриб чиқилиши тавсия этилади.

3.3.1. Жарроҳлик давосидан сўнг морфологик текширув

• Анал канали саратони билан касалланган ва тўғри ичакнинг қорин-оралик экстирпацияси амалга оширилган беморларда патологоанатомик биопсия (операция) материалини текшириш **тавсия этилади.** Морфологик хулосада

прогноз факторларини тўлиқ баҳолаш учун қуйидаги параметрлар акс эттирилиши лозим (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>):

- 1) Проксимал ва дистал резекция чегараларигача бўлган масофа;
- 2) Ўсманинг ўлчами;
- 3) Ўсманинг гистологик тузилиши;
- 4) Ўсманинг дифференцировка даражаси;
- 5) pT (бирламчи ўсма босқичи);
- 6) pN (тадқиқ қилинган ва зарарланган лимфа тугунлари умумий сони кўрсатилган ҳолда);
- 7) Проксимал резекция чегарасининг зарарланиш ҳолати (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
- 8) Дистал резекция чегарасининг зарарланиш ҳолати (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
- 9) Лимфоваскуляр ва периневрал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак);
- 10) Mandard шкаласи бўйича ўсма регрессия даражаси (агар олдиндан мажмуавий даволаш ўтказилган бўлса);
- 11) Апикал лимфа тугунининг зарарланиши (манфий натижа ҳам тасдиқланиши керак).

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

3.4. Инструментал диагностик текширувлар:

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда даволашни бошлашдан олдин колоноскопия ёки аноскопия ўтказилиши ва биопсия материалини олиш **тавсия этилади**. Бу энг оптимал даволаш усулини аниқлаш учун зарур. Керакли миқдорда материал олиш мақсадида стандарт эндоскопик щипцалар ёрдамида 3–5 марта биопсия олиш тавсия этилади. Патологоанатомик текширув натижалари олинмагунига қадар даволаш режаси тузилмаслиги керак. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Изоҳлар: Анал каналида ҳам ясси ҳужайрали саратон, ҳам аденокарцинома учраши мумкин. Ушбу касалликларнинг даволаш тамойиллари тубдан фарқ қилади,

шунинг учун ҳар бир ҳолатда даволашни бошлашдан олдин аниқ морфологик верификация ўтказилиши шарт.

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда маҳаллий босқичлаш (стадияни аниқлаш) учун кичик чаноқ соҳасининг магнит-резонанс томографияси (МРТ) ўтказиш тавсия этилади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5410279/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: Кичик чаноқ соҳасининг магнит-резонанс томографияси (МРТ) анал канали саратони маҳаллий тарқалишини аниқлашда устунликка эга, чунки у нафақат анал канали деворига инвазия чуқурлигини, балки барча кичик чаноқ ва ингвинал лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолаш имконини беради. Эрта босқичларда (T1–T2) бирламчи ўсмани баҳолаш учун трансректал ультратовуви текшируви (УТТ) қўллаш мумкин, аммо ушбу усул юқори оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шунинг учун таз лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун қўшимча диагностика усули билан тўлдирилиши керак. МРТга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, қуйидаги усуллардан бири тавсия этилади: Кичик чаноқ соҳасининг компьютер томографияси (КТ) вена ичидаги контраст модда билан; Позитрон-эмиссион томография + компьютер томографияси (ПЭТ-КТ) фтордезоксиглюкоза [^{18}F] билан, КТ контраст ва саратон тўқималарини танловчан аниқлайдиган радиофармацевтик препаратлар билан биргаликда.

Анал канали ва перианал тери саратони учун бирламчи босқичлаш (стадиялаш) мақсадида кичик чаноқ МРТ хулосасида қуйидаги параметрлар кўрсатилиши лозим:

- Ўсманинг максимал ўлчами ва локализацияси;
- Чов лимфа тугунлари: зарарланган лимфа тугунларининг мавжудлиги, сони ва ўлчами;
- Мезоректал лимфа тугунлари ва пастки тутқич артерия бўйлаб жойлашган лимфа тугунлари: зарарланиш ҳолати, сони ва ўлчами;
- Тос лимфа тугунлари: зарарланган лимфа тугунларининг мавжудлиги, сони, ўлчами ва локализацияси;
- Ўсманинг қўшни аъзолар ва тўқималарга инвазияси ҳақида маълумотлар;
- Оқмалар ёки паратуморал абсцесслар мавжудлиги ҳақида маълумотлар.

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар МРТ ёки УТТ натижалари асосида чов лимфа тугунларининг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, таъхисни аниқлаш мақсадида чов лимфа тугунларини пункция қилиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078990/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳлар: *Кўплаб беморларда пункция натижалари бўйича фақат реактив яллиғланиш аниқланиши мумкин. Агар пункция натижалари бўйича ёлгон-манфий хулоса ҳақида шубҳа туғилса, пункция такроран ўтказилиши тавсия этилади.*

- Кўплаб беморларда пункция натижалари бўйича фақат реактив яллиғланиш аниқланиши мумкин. Агар пункция натижалари ёлгон-манфий бўлиши мумкин деб ҳисобланса, уни такроран ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Изоҳ: *Қорин бўшлиғи аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) вена ичидаги контраст модда билан анал канали саратони учун аниқ таъхис қўйишида ривожланган мамлакатларда стандарт усул ҳисобланади.*

- Анал канали саратони билан касалланган барча беморларда, даволашни бошлашдан олдин, кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) ўтказиш **тавсия этилади.** Бу метастатик зарарланиш мавжудлигини истисно қилиш учун муҳим ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Изоҳ: *Кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографияси (КТ) анал канали саратони учун аниқ таъхис қўйишида ривожланган мамлакатларда стандарт усул ҳисобланади.*

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда ҳамроҳ касалликларни истисно қилиш ва даволашни қабул қилиш имкониятини баҳолаш мақсадида электрокардиография (ЭКГ) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар суяк скелетининг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, уни истисно қилиш мақсадида даволашни бошлашдан олдин остеосцинтиграфия (бутун тана суякларининг сцинтиграфияси) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар КТ ёки МРТ натижаларига кўра метастазларга шубҳа туғилса ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини кескин ўзгартирса, ташхисни аниқлаш мақсадида УТТ ёки КТ назорати остида биопсия олиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар КТ ёки МРТ натижаларига кўра метастазларга шубҳа туғилса ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасини кескин ўзгартирса, ташхисни аниқлаш мақсадида фтордезоксиглюкоза [18F] билан позитрон-эмиссион томография + компьютер томографияси (ПЭТ-КТ) ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Изоҳ: Ушбу текширув асосан метастатик ва маҳаллий таралган шаклдаги касалликка чалинган беморларда ўтказилиши мақбул ҳисобланади.

• Қорин пардаси бўйлаб ўсманинг диссеминациясига шубҳа туғилганда ва унинг аниқланиши даволаш тактикасини ўзгантириш мумкин бўлса, касаллик босқичини аниқлаш мақсадида лапароскопия ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда, агар бош миянинг метастатик зарарланишига шубҳа туғилса, уни истисно қилиш мақсадида бош миянинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) вена ичидаги контраст модда билан ўтказиш **тавсия этилади.** ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида кўрсатмаларга асосан қўшимча текширувлар ўтказиш **тавсия этилади**: Эхокардиография, холтер мониторинги (юрак фаолиятининг узлуксиз кузатуви), ташқи нафас олиш функциясини баҳолаш, бўйин ва қуйи қўл-оёқ қон томирларининг ультратовуш доплерографик текшируви (УЗДГ) ва бошқа зарур диагностик усуллар. ([https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://dl.mehrsys.ir/pdf-books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf)).

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

3.5. Бошқа диагностик текширувлар

• Анал канали саратонига шубҳа қилинган беморларда, агар биопсия натижаси шубҳали бўлса, ташхисни тасдиқлаш ёки истисно қилиш мақсадида биопсия материални такроран олиш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Биопсия натижаси мусбат чиққан беморларда морфологик хулосада ўсманинг гистологик тури ва унинг дифференцировка даражаси кўрсатилиши **тавсия этилади**, чунки бу энг оптимал даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамиятга эга. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

• Анал канали саратонига шубҳа қилинган беморларда, агар биопсия натижаси манфий чиқса ва ўсманинг ташхиси тасдиқланмаса, қўшимча эндоскопик ва рентгенологик текширувлар натижаларида хавфли ўсма белгилари мавжуд бўлса, такроран биопсия ўтказиш масаласи индивидуал равишда ҳал этилиши **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

• Анал канали саратони билан касалланган беморларда жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида кўрсатмаларга асосан қўшимча текширувлар ўтказиш **тавсия этилади**, жумладан: Кардиолог консултацияси, эндокринолог консултацияси, невролог

консултацияси, зарур ҳолларда бошқа мутахассислар кўриги. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

• Анал канали саратони ва ОИТВ-инфекцияси мавжуд беморларда, нур терапияси фонида химиотерапия режимини танлаш мақсадида, даволашни бошлашдан олдин CD4+ лимфоцитлар даражасини текшириш **тавсия этилади**. (<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819940601%2973%3A11%3C2680%3A%3AAID-CNCR2820731105%3E3.0.CO%3B2-C>) ва антиретровирус терапиясини ўтказиш масаласида инфекционист шифокор кўриги тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: CD4+ лимфоцитлар даражаси 200 хужайра/мклдан юқори бўлган беморларда, агар бошқа қарши кўрсатмалар бўлмаса, иммун тизими заифлашмаган беморлар сингари стандарт химионур терапия курси тайинланиши мумкин.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғрик, ичак тутилиши, қон кетиш, механик ва паренхиматоз сариқлик, портал гипертензия ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини енгиш учун;

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

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

- хаёт давомийлигини узайтириш.

1) Паллиатив ёрдам кўрсатишда беморни кузатиш картаси:

9.6. Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1)

Анал канали, анал чети ёки перианал териси саратон касаллиги (Тҳар қандайNҳар қандайM1) бўлган беморларда асосий даволаш усули сифатида паллиатив химиотерапия ўтказиш тавсия этилади (батафсил «Химиотерапия ўтказиш принциплари» бўлимида келтирилган). Қўшимча ёндашувлар: Химионур терапия онкологик консилиум қарорига кўра ўтказилиши мумкин, агар: Оғрик синдромини камайтириш ёки ,ирламчи ўсманинг ўсишини назорат қилиш зарур бўлса. Бу ҳолатда, нометастатик шакллардаги даволаш тамойилларига мос ёндашувлар қўлланилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Изоҳ: *Метастатик анал канали саратон касаллигида химионур терапиянинг яшовчанликка таъсири ҳақида аниқ маълумотлар мавжуд эмас. Бироқ, ушбу даволаш усули јғрик синдромини самарали камайтириши, ,ирламчи ўсма билан боғлиқ бошқа симптомларни назорат қилиши имконини беради.*

2) Паллиатив номедикаментоз даво:

Режим

- Консерватив даво ўтказишда – умумий.
- Эрта амалиётдан олдинги даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ (бажарилган амалиёт кўлами ва ҳамроҳ патологияларга қараб).
- Амалиётдан кейинги даврда – палата.

Диета

– Стол №1 Амалиётдан кейинги даврда, сўнгра Стол №2га ўтилади.

Нур терапия ўтказиш тамойиллари

Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси самарадорлигини максимал даражада ошириш мақсадида қуйидаги тамойиллар қўлланилиши мақсадга мувофиқ

[\(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/):

- 1) Дистанцион нур терапияси ҳар куни, фотонлар 6–18 МэВ;
- 2) Оптимал усул – уч ўлчовли конформал нур терапияси (3DCRT) ёки модулированган интенсивлик нур терапияси (IMRT);
- 3) Нур терапиясига топоетрик тайёргарлик КТ ва МРТ текширувларини ўз ичига олади, уларнинг давомийлиги даволаш бошланишидан олдин 30 кундан ошмаслиги керак. Келтирилган маълумотлар асосида нурлантириш режаси тузилади;
- 4) Нурлантириш ҳажми бирламчи ўсма ва регионар лимфа тугунларини ўз ичига олади;
- 5) Нурлантириш ҳажми регионар метастазлар ҳудудига пресакрал, параректал, обтуратор, ички илияк, пастки қўшмачасимон, чов лимфа тугунларини ўз ичига олиши керак;
- 6) Юқори чегара – L5-S1 позвонкалар даражасида;
- 7) Қуйи чегара – бирламчи ўсманинг дистал чегарасидан 2,5 см пастда;
- 8) Биринчи босқичда нур терапияси РОД 1,8–2 Гр, СОД 40–46 Гр бирламчи ўсма ва регионар метастазлар ҳудудига ўтказилади;
- 9) Иккинчи босқичда бошланғич аниқланган ўчоқларга буст ўтказилади;
- 10) Буст РОД 1,8–2 Гр билан ўтказилади, СОД касалликнинг бошланғич тарқалишига қараб аниқланади (СОД 50–54 Гр Т1–Т2 да, СОД 56–60 Гр Т3–Т4 да);
- 11) Дистанцион нур терапияси 3D-планлаштириш билан бошланади ва конформал нур терапияси (3DCRT ва унинг вариантлари) технологияси бўйича амалга оширилади;
- 12) Нур терапиясининг аниқ бажарилишини назорат қилиш портал визуализация тизими (ОВІ – on board imager) ва коник рентген нури (СВСТ – cone beam computed tomography) орқали таъминланади;
- 13) Техник имконият мавжуд бўлганда протонлар/оғир ионлар билан 250 МэВ энергияда дистанцион нур терапияси, протон тизимларидан фойдаланган ҳолда қўлланилиши мумкин;
- 14) Олигометастатик касалликда мултидисциплинар жамоа қарорига кўра стереотаксик нур таъсири қўлланилиши мумкин.

• Техник имконият мавжуд бўлганда, даволашнинг ноҳўя таъсирлари ва мажбурий танаффуслар сонини камайтириш мақсадида IMRT усулини ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш

(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: *Ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларнинг даволаш жараёнида IMRT қўлланилиши негематологик токсикликни сезиларли даражада камайтириш ва даволаш курсидаги мажбурий танаффуслар сонини қисқартириш имконини беради. Айрим тадқиқотларда (исбот даражаси паст) химионур терапия жараёнида маҳаллий гипертермия қўшилганида эҳтимолий ижобий таъсир кузатилган, бироқ уни қўллаш режими, сеанслар сони ва давомийлиги стандартлаштирилмаган.*
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда нур терапияси профилактик мақсадда ўтказилганда, касаллик Т ва N параметрлари босқичидан қатъи назар, нурлантириш ҳажмига чов лимфа тугунларини киритиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида химионур терапия курсини режалаштирилган танаффусларсиз ўтказиш **тавсия этилади.**
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳ: *Химионур терапия давомида танаффуслар қилиш даволаш самарадорлигини ишончли даражада пасайтиради ва химионур терапиядан сўнг тўлиқ жавоб эҳтимолини камайтиради.*

- Анал канали саратони билан касалланган беморларда химионур терапия курсида танаффуслар фақат RTOG (Қўшимча G2) ва/ёки NCI-CTCAE (Қўшимча G3) шкаллари бўйича III даражадан паст бўлмаган асоратлар аниқланган тақдирда ўтказилиши **тавсия этилади.** Химионур терапия курсидаги танаффуслар даволаш самарадорлигини сезиларли даражада камайтириши мумкин.
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: *III даражадан паст бўлган асоратлар консерватив йўл билан бартараф этилиши керак, улар бемор ҳаёти учун хавф туғдирмайди ва бошлангич*

даволаш режасини ўзгартириш сабаби бўлиши керак эмас. Ушбу қоидалар хавфли ўсмаларни мажмуавий даволаш усуллари учун умумий қабул қилинган тамойиллар ҳисобланади ва уларни клиник тадқиқотлар доирасида қўшимча ўрганиш талаб этилмайди. Химионур терапия курсида мажбурий танаффусга сабаб бўлган асоратларнинг тури ва даражаси албатта ҳужжатлаштирилиши керак. Химионур терапия курсида танаффус қилиш тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин консерватив даволаш чоралари кўрилиши шарт. Танаффусга қарор фақат қуйидаги ҳолларда қабул қилиниши мумкин: Адекват ёрдамчи терапияга қарамай, асоратлар даражасини RTOG ва/ёки NCI-CTCAE шкаллари бўйича II даражага ёки ундан паст даражага тушириш имкони бўлмаган ҳолда; Бемор саломатлиги учун тўғридан-тўғри хавф мавжуд бўлган тақдирда.

Бош миёга метастазларда нур терапия.

1. С1 бўйин умумртқасигача бош миёни тотал нурлантириш:

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

2. Бош миёни локал нурлаш

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

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

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

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

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

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

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

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

Янги музлатилган плазма:

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

3) Паллиатив медикаментоз даво

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

Паллиатив кимё терапия

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда биринчи чизик химиотерапияси сифатида қуйидаги тизимли химиотерапия **тавсия этилади**: #Паклитаксел** – 80 мг/м² вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, 1-й, 8-й ва 15-й кунлар; #Карбоплатин** – АUC-5, 1-й кун; Курс давомийлиги – 28 кун; Даволаш касаллик прогрессияси ёки қабул қилиб бўлмайдиган токсиклик ҳолатигача давом эттирилади, лекин 24 ҳафтадан ошмаслиги керак. [1].

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

- Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда биринчи чизик химиотерапияси учун альтернатива сифатида қуйидаги mDCF тизимли химиотерапия схемаси **тавсия этилади**: #Цисплатин** – 40 мг/м², вена ичида 40 дақиқалик инфузия шаклида, 1-й кун (2,5 лдан кам бўлмаган вена ичидаги гидратация фонида); #Доцетаксел** – 40 мг/м², вена ичида инфузия

шаклида, 1-й кун; #Фторурацил** – 2400 мг/м² (суткасига 1200 мг/м²), кейинги 46 соатлик инфузия шаклида; Кейинги курсни бошлаш – 15-й кун. [4].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

• Метастатик ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи чизик химиотерапияси сифатида қуйидаги тизимли химиотерапия **тавсия этилади**: #Фторурацил** – 1000 мг/м², 1–4-й кунлар, вена ичида узлуксиз инфузия шаклида; #Цисплатин** – 60 мг/м², 2-й кун; Курс давомийлиги – 21 кун. [1, 2].

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

• Метастатик ясси хужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи линия химиотерапияси учун альтернатив схема сифатида, шунингдек учинчи ва кейинги чизикларда қуйидаги химиотерапия схемаларини қўллаш **тавсия этилади**:

– FOLFCIS (#Цисплатин** 40 мг/м² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), кальция фолинат** 400 мг/м² в/и 2 соат давомида кейинчалик #фторурацила** 400 мг/м² болус билан в/и оқим билан ва #фторурацила** 2000 мг/м² 46 соатлик инфузия билан(суткасига 1000 мг/м²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун) [3],

– mDCF (#Цисплатин** 40 мг/м² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), #доцетаксел** 40 мг/м² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик #фторурацил** 2400 мг/м² 46-соатлик инфузия билан (1200 мг/м² /сут.). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун) [4],

– моноклонал антитаналар билан монотерапия (анти-PD1-антитана; #ниволумаб** (240 мг [45] ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг в/и томчилаб 60 мин ҳар 4 ҳафтада) ёки #пембролизумаб** (200 мг ёки 2 мг/кг в/и томчилаб 30 мин ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб ҳар 6 ҳафтада)) ўсмада PDL экспрессияси даражаси юқори бўлганда (CPS>1) [5, 6, 53-55].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изохлар: Ушбу доволаш схемаларининг самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар кичик тадқиқотлар асосида олинган бўлиб, далиллар даражаси паст ҳисобланади. Шу билан бирга, уларнинг далиллар даражаси иккинчи линия терапияси сифатида тавсия этилган #фторурацил** + #цисплатин** режимига нисбатан паст эмас.

- **Метастатик ясси ҳужайрали анал канали саратони билан касалланган беморларда иккинчи линия терапияси учун альтернатив схема сифатида, шунингдек учинчи ва кейинги чизикларда қуйидаги химиотерапия схемаларини қўллаш тавсия этилади:** #Иринотекан** – 180 мг/м², 1-й кун, 2 ҳафтада 1 марта; #Цетуксимаб** – 400 мг/м², вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, 1-й кун, кейин 250 мг/м² ҳафтасига 1 марта ёки 500 мг/м² вена ичида томчилаб, 2 ҳафтада 1 марта; #Панитумумаб** – 6 мг/кг, вена ичида 1-соатлик инфузия шаклида, ҳар 2 ҳафтада 1 марта [(илова А3)] [10].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳлар: *Метастатик анал канали саратонининг иккинчи ва кейинги линияларидаги даволаш режими индивидуал равишда танланиши керак, чунки бу касаллик кам учрайдиганлиги сабабли, етарли даражада далиллар мавжуд эмас. Функционал ҳолати паст бўлган беморларда монотерапияни қуйидаги воситалардан бирини қўлаш орқали ўтказиш мумкин: Паклитаксел**, Анти-EGFR антителалари, Пиримидин аналоглари, Ниволумаб** ёки Пембролизумаб** (ўсмада PDL экспрессияси даражаси юқори бўлганда).*

Тарқалган/метастатик анал канали саратонида қўлланиладиган тизимли терапия режимлари

Режим	Тавсифи
#Паклитаксел** + #карбоплатин** [1]	#Паклитаксел** 80 мг/м ² 1-соатлик инфузия 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар, #карбоплатин** 45-дақиқалик инфузия АУС-5 дозада 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни
#Цисплатин** + #фторурацил** [2]	#Фторурацил** узлуксиз в/и инфузияси кўринишида 1-чидан 4-чи кунгача суткада 1000 мг/м ² , #цисплатин** 60 дақиқалик в/и инфузия кўринишида 60 мг/м ² дозада 2-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида). Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни

FOLFCIS* [3]	#Цисплатин** 40 мг/м ² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), кальция фолинат** 400 мг/м ² в/и 2 соат давомида кейинчалик #фторурацил** 400 мг/м ² болус билан в/и оқим билан #фторурацила** 2000 мг/м ² 46-соатлик инфузияси (суткада 1000 мг/м ²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун
mDCF* [4]	#Цисплатин** 40 мг/м ² 40-дақиқалик в/и инфузия кўринишида 1-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида), #доцетаксел** 40 мг/м ² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик 46-соатлик инфузия билан #фторурацила** 2400 мг/м ² (суткада 1200 мг/м ²). Кейинги курснинг бошланиши 15-кун
#Ниволумаб** [2]	240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг ҳар 4 ҳафтада
#Пембролизумаб** [3]	200 мг ёки 2 мг/кг в/и томчилаб 30 мин ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг ҳар 6 ҳафтада
#Цетуксимаб** [8, 9]	400 мг/м ² в/и 1-соатлик инфузия 1-чи кун, сўнгра 250 мг/м ² ҳар ҳафта (монорежимда ёки #иринотекан** билан). Эҳтимол #цетуксимаба** 500 мг/м ² в/и томчилаб буюрилиши мумкин 2 ҳафтада 1 марта
#Панитумумаб** [10]	6 мг/кг в/и 1-соатлик инфузия ҳар 2 ҳафтада (монорежимда ёки #иринотекан** билан)
#Иринотекан** [7]	#Иринотекан** 180 мг/м ² 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 15-кун

* Режим #Карбоплатин** #паклитаксел** режимига қараганда ножўя таъсирлар кўпроқ намоён бўлиши билан характерланади.

Кўмаклашувчи терапия терапия

Профилактика ва химиотерапиянинг ноҳуш таъсирларини даволаш мақсадида ўтказилади, ривожланган асоратларни даволаш протоколларига мувофиқ ўтказилади.

14-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати ва уларнинг шакли (100% қўлланиш эҳтимоли билан) [11, 46-50, 63, 65, 67]:

Дори гуруҳи	ХПН	Қўллаш усули	ИД
Ўсмага қарши восита, алкалоид. Таксанлар	Паклитаксел	80 мг/м ² 1-соатлик инфузия 1-чи, 8-чи ва 15-чи кунлар,	А
Ўсмага қарши восита, алкалоид. Таксанлар	доцетаксел	40 мг/м ² в/и инфузия 1-чи кун, кейинчалик 46 соатлик инфузия билан	А
Алкилловчи восита. Платиналар.	Карбоплатин	45-дақиқалик инфузия АUC-5 дозада 1-чи кун. Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни	А
Алкилловчи восита. Платиналар.	Цисплатин	60 дақиқалик в/и инфузия қўринишида 60 мг/м ² дозада 2-чи кун (камида 2.5 л в/и гидратацияси фонида). Кейинги курснинг бошланиши 22-чи куни	А
Алкалоид L01XX19	Иринотекан	140 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Цитостатик терапия токсиклигини пасайтирувчи препаратлар V03AF03	Кальция фолинат	400 мг/м ² в/и 2 соат давомида	А
Антиметаболитлар. Пиримидин аналоглари	Капецитабин	2000 - 2500 мг/м ² ичишга, 1-14дни	А

L01BC06			
Ўсмага қаршиқ антибиотиклар	митомицином	12 мг/м2 в/и болюс 1-чи кун	В
PD-1 ва унинг лигантларига моноклонал антитаналар (PD- L1 ва PD-L2).	ниволумабом	240 мг ёки 3 мг/кг в/и томчилаб 60 мин ҳар 2 ҳафтада ёки 480 мг ҳар 4 ҳафтада	С
EGFR га моноклонал антитаналар L01XC08	Панитумумаб	6 мг/кг в/и 1-соатлик инфузия ҳар 2 ҳафтада	С
Антиметаболитлар. Пиримидин аналоглари L01BC02	Фторурацил	400 мг / м2 в / в оқим билан	А
EGFR га моноклонал антитаналар L01XC06	Цетуксимаб	6 мг/кг в/и 1-соатлик инфузия ҳар 2 ҳафтада	С
PD-1 га моноклонал антитаналар L01XC18	Пембролизумаб	200 мг в/и томчилаб 30 мин. Ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и томчилаб ҳар 6 ҳафтада.	С
Юклаш (ҳавола)	https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf		

15-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	ИД
Антибактериал препаратлар	Цефазолин	1,0 гр, 1,0 гр.дан м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтазидим	100мг, 100мг м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтриаксон	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	А

	Цефуроксим	натрия 1,0гр, 1,0гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Цефепим	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Имипенем + циластатин	500мг, м/о кунига 2 маҳал, 5-7 кун	С
	Амикацин	500мг, 10мг/кг м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Ципрофлоксацин	100мг, 100мг в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	С
	Офлоксацин	0,2гр, 0,2 гр в/и кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Метронидазол	100 мл, 100 мл в/и кунига 2 маҳал, 5 кун	С
Замбуруғга қарши препаратлар	Флуконазол	100 мг, 100 мг в/и – бир марта	А
Плазма ўрнини босувчи препаратлар	Гидроксиэтилкрахм ал	200мл, 500 мл в/и кунига 1 марта 3 кунгача	В
	Декстран	400мл, 400 мл в/и кунига 2 маҳал 2 – 3 кун	В
Парентерал овқатланиш воситалари	Парентерал овқатлантиришга аминокислоталар комплекси	500мл, 500мл в/и кунига 1 маҳал, 5 – 7 кун	В
	Декстроза	5% - 400мл, 400мл в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	А
Регидратацион терапия воситалари	Натрия хлорид	0,9% - 400мл, 400 мл в/и 2 – кунига 3 маҳал. 5 – 7 кун	А
Аналгетик препаратлар	Кетопрофен	1мл, 1 мл, м/о 2 – кунига 3 маҳал 5 – 7 кун	А
	Диклофенак натрия	м/о 2 – кунига 3 маҳал 7 – 10 дней	В
	Трамадола гидрохлорид	1 мл, 1мл м/о 2 – кунига 3 маҳал	В
Гормонал препаратлар	Преднизолон	30мг, 30 – 60 – 90 мг в/и кунига 1 маҳал 1 – 5 кун	А
	Дексаметазон	4 мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 мг кунига 1 маҳал 1 – 5 кун	А
	Одам инсулини	40 ЕД, 4 – 6 ЕД кунига 1 маҳал 2 – 10 дней	С

Спазмолитиклар	Дроперин	2,0 мл, 2,0 мл м/о, в/и 1 – кунига 3 маҳал 1 – 7 кун	С
	Платифиллина гидротартарат	1,0 мл, 1 мл м/о, в/и 1- кунига 3 маҳал 1-7 кун	А
Бронхолитиклар	Аминофиллин	10мл, 6 – 10мг/кг/сут м/о кунига 3 маҳал, 10 дней	С
	Теофиллин	0,2гр, 0,2 гр per os 2 – 4 маҳал, 10 – 15 дней	С
Антикоагулянтлар	Надропарин кальция	0,3 мл, 0,3 мл кунига 1 маҳал т/о	С
	Эноксапарин натрия	0,2 мл, 0,2 мл кунига 1 маҳал т/о	А
	Гепарин	10 минг ЕД, по 5000-10000 ЕД в/и ёки т/о кунига 1 маҳал	В
Муколитиклар	Бромгексин	8 мг, 8 мг per os кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	С
	Амброксол	2 мл, 2 мл м/о, кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	В
Қайт қилишга қарши воситалар	Ондансетрон	4мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 мг в/и, м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	А
	Метоклопрамид	10 мг, 10 – 20 мг в\м, в/и 1 – 2 – 3 маҳал, 1 – 5 кунлар	А
Седатив препаратлар	Тофизопам	50 мг, 50 мг per os 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кунлар	С
	Неостигмина метилсульфат	1,0мл, 1мл м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 10 кунлар	С
Иситма тушурувчилар	Ацетилсалицил кислота	0,5 гр, 0,5 гр per os кунига 2 маҳал	А
	Парацетамол	0,5гр, 0,5 гр per os, кунига 3 маҳал	А
Гемостатиклар	Аминокапрон кислота	5% - 100мл, 100 мл в/и кунига 1 маҳал, 1 – 5 кунлар	В
	Этамзилат	12,5% - 2мл, 2 мл м/о кунига 2 маҳал, 1 – 5 кунлар	С
	Дицинон	1 мл, 1,0 мл м/о 1 – кунига 2	В

		маҳал	
Диуретиклар	Фуросемид	1% - 2 мл, 2 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал, 1 –5 дней	А
	Спиронолактон	100мг, 100 мг per os кунига 1 маҳал, 5 – 14 кунлар	С
Антианемик препаратлар	Феркайл	50мг - 2 мл, 2 мл м/о, ҳафтасига 2-3 маҳал	С
	Космофер	2 мл, 2 мл м/о ҳафтасига 2-3 маҳал	С
Гемопозтик препаратлар	Филграстим	1 мл – 0,3гр, 5 мг/кг т/о, 1 – 3 кунлар	А
Антигистаминлар	Дифенгидрамин	1 мл – 10 мг, 10 мг м/о кунига 1 – 2 маҳал	А
	Хлоропирамин	25 мг, 25 мг per os кунига 3 – 4 маҳал	С
Юклаш (манба)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncweb.ru/standarts/suptherapy/		

6. Паллиатив жарроҳлик давоси.

Анал канали, анал чети, перианал тери саратони сабабли ичак ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган беморларда жарроҳлик даволашни икки оғизли трансверзостома ёки сигмостома шакллантириш билан чеклаш тавсия этилади, бу кейинчалик комплекс даволаш ўтказиш имконини яратиш учун амалга оширилади.

Қон кетиш ва перфорация билан кечаётган анал канали, анал чети, перианал тери саратони ҳолатида паллиатив резекция амалиётлари бажарилиши мумкин. Бошқа ўсма билан боғлиқ асоратларда вақтинчалик ёки доимий ичак стомаси шакллантиришга афзаллик берилгани мақсадга мувофиқ. Айрим ҳолларда, клиникада тегишли тажриба ва жиҳозлар мавжуд бўлса, ичак ўтказувчанлигини тиклашни стентлаш орқали амалга ошириш ва сўнг беморни режали жарроҳлик ёки комплекс даволашга тайёрлаш мумкин.

7. Кейинги даволаш:

Вояга етган беморлар, агар анал канали, анал чети, перианал тери саратони учун кимё-нур терапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, шифокор-онколог кузатуви ва аналгетик (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади [3].

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

анал канали, анал чети, перианал тери саратонининг рентгенконтраст текшируви, периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи, кичик чанокъ аъзолари УТТси, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чанокъни контрастли КТси клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади.

Кузатув режими:

- Биринчи йил – ҳар 3 ойда 1 марта.
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда 1 марта.
- Кейинги йилларда, умрбод – ҳар йили 1 марта.

Текширувлар кўлами:

- физикал;
- лаборатор – ҚУТ, ҚБТ, ПУТ, коагулограмма;
- ректоскопия;
- ирригоскопия (кўрсатмаларга кўра);
- фиброколоноскопия (кўрсатмаларга кўра);
- қорин бўшлиғи, қорин парда орти ультратовуш текшируви;
- кўкрак қафаси аъзолари обзор рентгенографияси (1 проекция);
- қорин бўшлиғи ва қорин парда орти МРТ, КТси (кўрсатмаларга кўра);
- ПЭТ (кўрсатмаларга кўра);
- Бошқа текширув усуллари (эксретор урография, ФЭГДС ва бошқ.) мутахассислар кўриги (гинеколог, уролог ва бошқ.) кўрсатмаларга кўра.

8. Паллиатив даво самарадорлиги индикаторлари:

Даволаш самарадорлиги ва диагностика ҳамда даволаш усуллариининг хавфсизлик индикаторлари.

- Асоратлар мавжуд бўлмаган ҳолда ва жарроҳликдан кейинги яранинг битиши шарти билан қониқарли ҳолат.
- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали олинган маълумотларга кўра жараённинг прогрессия белгиларининг йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

Даволаш самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ эффект** – барча зарарланган ўчоқларнинг йўқолиши ва камида 4 ҳафта давомида қайта пайдо бўлмаслиги.

- **Қисман эффект** – барча ёки айрим ўсмаларнинг 50% ёки ундан кўпроқ кичрайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаслиги.
- **Стабилизация** (ўзгаришсиз ҳолат) – ўсмаларнинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам ўсиши, янги зарарланган ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
- **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмаларнинг 25% дан кўпроқ катталашиши ёки янги зарарланган ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

9. Иловалар

1-илова

Беморни даволаш тугатилгандан кейин назорат текширувлари режаси:

Текширув усуллари	Беморни даволаш тугатилгандан кейин назорат текширувлар муддати																			
	1-чи ой				2-чи ой				3-чи ой				4-5-чи ой				Кейинчалик			
	3 ой	6 ой	9 ой	12 ой	3 ой	6 ой	9 ой	12 ой	3 ой	6 ой	9 ой	12 ой	3 ой	6 ой	9 ой	12 ой	3 ой	6 ой	9 ой	12 ой
Шифокор-онколог кўриги (шикоятлар йиғиш+физикал кўрик)	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x				x
Саратон эмбрионал антигенни текшириш	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x	-			
Қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзолари ультратовуш текшируви		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x
Ўпкалар рентген графияси ёки кўкрак фақаси аъзолари нишонли р-графияси				x				x				x				x				x
Вена ичи контрастли кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари компьютер томографияси				x				x					-							
Колоноскопия*				x								x	Ҳар 5 йилда							

*Агар полиплар аниқланса, колоноскопия ҳар йили ўтказилади. Агар даволашдан олдин стенозлашган ўсма сабабли колоноскопия бажарилмаган бўлса, у резекциядан сўнг 3–6 ой ичида ўтказилиши лозим.

Изоҳ: рецидив хавфи юқори бўлган беморларда текширувлар орасидаги танаффус қисқартирилиши мумкин.

Бемор учун маълумот

Колоректал саратон касаллигини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича маълумот манбаи сифатида профессионал ва бемор жамоалари томонидан тасдиқланган маълумот манбасидан фойдаланиш тавсия этилади: <http://www.russepa.ru/patsientam/>.

Кимё терапия асоратларида тавсиялар – шифокор-онколог билан боғланиш.

1. Тана харорати 38 °C ва ундан юқори кўтарилганда: антибиотиклар қабул қилишни бошлаш: шифокор-онколог тавсияси билан.

2. Стоматитда:

- диета – механик, термик эҳтиёт қилиш;
- оғизни майчечак, қайин пўстлоғи, шалфей билан тез-тез чайиш (ҳар соатда), оғизга облепиха ёғи суриш;
- шифокор-онколог онколог тавсияси билан оғизга ишлов бериш.

3. Диареяда:

- Диета – ёғли, аччиқ, дудланган, ширин, сутли, клетчаткали овқатларни истисно қилиш. Ёғсиз гўшт, унли, қатик, қайнатилган гуруч мумкин. Кўп сув ичиш керак.
- Препаратларни шифокор-онколог тавсияси билан қабул қилиш.

4. Кўнгил айнишда:

Препаратларни шифокор-онколог тавсияси билан қабул қилиш.

**Давога жавоб сифатида ўсманинг регрессиясини Mandard бўйича
баҳолаш мезони**

Ўзбекча номланиши: ўсманинг регрессиясини Мандард бўйича баҳолаш мезони.

Оригинал номланиши: Mandard Tumor Regression Grade (TRG).

Манба (ишлаб чиқарувчиларнинг расмий сайти): Mandard A.-M., Dalibard F., Mandard J.-C., Marnay J., Henry-Amar M., Petiot J.-F., Gignoux M. Pathologic assessment of tumor regression after preoperative chemoradiotherapy of esophageal carcinoma. Clinicopathologic correlations. Cancer 1994;73(11):2680–6.

Тури: баҳолаш шкаласи.

Буюрилиши: дори ва нур давонинг самарасини морфологик баҳолаш.

Мазмун (шаблон) ва Калит (талқин):

Mandard бўйича ўсманинг даволашга жавобан регрессия даражасини баҳолаш мезонлари:

I даража ўсма регрессияси (тўлиқ регрессия) (TRG1) – ўсма хужайралари мавжуд эмас, ўсма ўрнида фиброз ўчоғи мавжуд (фиброз бўлмаслиги ҳам мумкин).

II даража ўсма регрессияси (TRG2) – фиброз ўзгаришлари фонида кам сонли ўсма хужайраларининг сақланиши.

III даража ўсма регрессияси (TRG3) – фиброз устунлик қилган ҳолда кўп сонли ўсма хужайраларининг сақланиши.

IV даража ўсма регрессияси (TRG4) – ўсма элементлари фиброз ўзгаришларига нисбатан устунлик қилади.

V даража ўсма регрессияси (TRG5) – ўсма регрессияси белгиларининг йўқлиги, фиброз мавжуд эмас.

Изоҳлар: мавжуд эмас.

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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

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

Карновский шкаласи

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

10. Қўлланилган адабиётлар рўйхати

1. Rao S., Sclafani F., Guren M.G., Adams R.A., Montefiori D., Segelov E., Bryant A., Peckitt C., Roy A., Seymour M.T. InterAACT: a multicentre open label randomised phase II advanced anal cancer trial of cisplatin (CDDP) plus 5-fluorouracil (5-FU) vs carboplatin (C) plus weekly paclitaxel (P) in patients (pts) with inoperable locally recurrent (ILR) or metastatic treatment naïve disease-an international rare cancers initiative (IRCI) trial. *Ann Oncol* 2018;29.
2. Faivre C., Rougier P., Ducreux M., Mitry E., Lusinchi A., Lasser P., Elias D., Eschwege F. Carcinome épidermoïde métastatique de l'anus: étude rétrospective de l'efficacité de l'association de 5-fluoro-uracile en perfusion continue et de cisplatine [5-fluorouracile and cisplatin combination chemotherapy for metastatic squamous-cell anal cancer]. *Bull Cancer* 1999;86(10):861–5.
3. Mondaca S.N., Chatila W.K., Hechtman J.F., Bates D., Cercek A., Segal N.H., Stadler Z.K., Varghese A.M., Berger M.F., Capanu M. FOLFCIS regimen for treatment of cancer of the anal canal. *American Society of Clinical Oncology*, 2018.
4. Kim S., Jary M., André T., Vendrely V., Buecher B., François E., Bidard F.-C., Dumont S., Samalin E., Peiffert D., Pernot S., Baba-Hamed N., El Hajbi F., Bouché O., Desrame J., Parzy A., Zoubir M., Louvet C., Bachet J.B., Nguyen T., Abdelghani M.B., Smith D., De La Fouchardière C., Aparicio T., Bennouna J., Gornet J.M., Jacquin M., Bonnetain F., Borg C. Docetaxel, Cisplatin, and 5-fluorouracil (DCF) chemotherapy in the treatment of metastatic or unresectable locally recurrent anal squamous cell carcinoma: a phase II study of French interdisciplinary GERCOR and FFCD groups (Epitopes-HPV02 study). *BMC Cancer* 2017;17(1):574.
5. Morris V.K., Salem M.E., Nimeiri H., Iqbal S., Singh P., Ciombor K., Polite B., Deming D., Chan E., Wade J.L., Xiao L., Bekaii-Saab T., Vence L., Blando J., Mahvash A., Foo W.C., Ohaji C., Pasia M., Bland G., Ohinata A., Rogers J., Mehdizadeh A., Banks K., Lanman R., Wolff R.A., Streicher H., Allison J., Sharma P., Eng C. Nivolumab for previously treated unresectable metastatic anal cancer (NCI9673): a multicentre, single-arm, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2017;18(4):446–53.
6. Ott P.A., Piha-Paul S.A., Munster P., Pishvaian M.J., van Brummelen E.M.J., Cohen R.B., Gomez-Roca C., Ejadi S., Stein M., Chan E., Simonelli M., Morosky A., Saraf S., Emancipator K., Koshiji M., Bennouna J. Safety and antitumor activity of the anti-PD-1 antibody pembrolizumab in patients with recurrent carcinoma of the anal canal. *Ann Oncol* 2017;28(5):1036–41.
7. Grifaichi F., Padovani A., Romeo F., Trinca C., Moscetti L., Cortesi E. Response of metastatic epidermoid anal cancer to single agent irinotecan: a case report. *Tumori* 2001;87(1):58– 9.

8. Lukan N., Strobel P., Willer A., Kripp M., Dinter D., Mai S., Hochhaus A., Hofheinz R.D. Cetuximab-based treatment of metastatic anal cancer: correlation of response with KRAS mutational status. *Oncology* 2009;77(5):293–9.
9. Barmettler H., Komminoth P., Schmid M., Duerr D. Efficacy of Cetuximab in Combination with FOLFIRI in a Patient with KRAS Wild-Type Metastatic Anal Cancer. *Case Rep Oncol* 2012;5(2):428–33.
10. Rogers J.E., Ohinata A., Silva N.N., Mehdizadeh A., Eng C. Epidermal growth factor receptor inhibition in metastatic anal cancer. *Anticancer Drugs* 2016;27(8):804–8.
11. Kim D.W., Byer J., Kothari N., Mahipal A., Chang Y.D., Kim R.D. EGFR Inhibitors in Patients with Advanced Squamous Cell Anal Carcinomas: A Single-Institution Experience. *Oncology* 2017;92(4):190–6.
12. Mullen J.T., Rodriguez-Bigas M.A., Chang G.J., Barcenas C.H., Crane C.H., Skibber J.M., Feig B.W. Results of surgical salvage after failed chemoradiation therapy for epidermoid carcinoma of the anal canal. *Ann Surg Oncol* 2007;14(2):478–83.
13. Glynne-Jones R., Sebag-Montefiore D., Meadows H.M., Cunningham D., Begum R., Adab F., Benstead K., Harte R.J., Stewart J., Beare S., Hackshaw A., Kadalayil L.; ACT II study group. Best time to assess complete clinical response after chemoradiotherapy in squamous cell carcinoma of the anus (ACT II): a post-hoc analysis of randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2017;18(3):347–56.
14. Cummings B.J., Keane T.J., O’Sullivan B., Wong C.S., Catton C.N. Epidermoid anal cancer: treatment by radiation alone or by radiation and 5-fluorouracil with and without mitomycin C. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21(5):1115–25.
15. Schlienger M., Krzisch C., Pene F., Marin J.L., Gindrey-Vie B., Mauban S., Barthelemy N., Habrand J.L., Socie G., Parc R., et al. Epidermoid carcinoma of the anal canal treatment results and prognostic variables in a series of 242 cases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;17(6):1141–51.
16. Brown S.R., Skinner P., Tidy J., Smith J.H., Sharp F., Hosie K.B. Outcome after surgical resection for high-grade anal intraepithelial neoplasia (Bowen’s disease). *Br J Surg* 1999;86(8):1063–6.
17. Marchesa P., Fazio V.W., Oliart S., Goldblum J.R., Lavery I.C. Perianal Bowen’s disease: a clinicopathologic study of 47 patients. *Dis Colon Rectum* 1997;40(11):1286–93.
18. Polcz M., Chakravarthy A.B., Bailey C.E. Diagnosis and Management of Perianal Skin Tumors. *Anal Cancer*. Springer, 2019. P. 123–131.
19. Isik O., Aytac E., Brainard J., Valente M.A., Abbas M.A., Gorgun E. Perianal Paget’s disease: three decades experience of a single institution. *Int J Colorectal Dis* 2016;31(1):29–34.

20. Kachnic L.A., Winter K., Myerson R.J., Goodyear M.D., Willins J., Esthappan J., Haddock M.G., Rotman M., Parikh P.J., Safran H., Willett C.G. RTOG 0529: a phase 2 evaluation of dose-painted intensity modulated radiation therapy in combination with 5-fluorouracil and mitomycin-C for the reduction of acute morbidity in carcinoma of the anal canal. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2013;86(1):27–33.

21. Ajani J.A., Winter K.A., Gunderson L.L., Pedersen J., Benson A.B. 3rd, Thomas C.R. Jr., Mayer R.J., Haddock M.G., Rich T.A., Willett C. Fluorouracil, mitomycin, and radiotherapy vs fluorouracil, cisplatin, and radiotherapy for carcinoma of the anal canal: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299(16):1914–21.

22. Yeung R., McConnell Y., Roxin G., Banerjee R., Urgoiti G.B., MacLean A.R., Buie W.D., Mulder K.E., Vickers M.M., Joseph K.J., Doll C.M. One compared with two cycles of mitomycin C in chemoradiotherapy for anal cancer: analysis of outcomes and toxicity. *Curr Oncol* 2014;21(3):e449–56.

23. ↑ [Перейти обратно: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.

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

25. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Профилактика](#) : [[арх.](#) 19 октября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#). — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.

26. ↑ [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

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

28. ↑ [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.

29. ↑ [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.

30. ↑ [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.

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

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

33. 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

34. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) [Алексеев С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний](#) // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. [ISBN 978-5-91327-352-9](#). ([Текст в электронном виде](#) [Архивная копия](#) от 26 января 2021 на [Wayback Machine](#) на сайте *monographies.ru*)

35. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) [Katz, D., Ater. A. "«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»" \(PDF\)](#). [Архивировано \(PDF\) 27 августа 2010](#). Дата обращения: 20 июля 2020.

36. ↑ [Реабилитация в медицине](#) / Турович Е. А., Скобля Е. С. // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.

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

38. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [арх. 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017.— [ISBN 978-5-85270-365-1](#)).

39. Silver J.K., Vaima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2013;92(8):715–27.

40. Hijazi Y., Gondal U., Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. Int J Surg 2017;39:156–62.

41. Gillis C., Li C., Lee L., Awasthi R., Augustin B., Gamsa A., Liberman A.S., Stein B., Charlebois P., Feldman L.S., Carli F. Prehabilitation versus rehabilitation: a

randomized control trial in patients undergoing colorectal resection for cancer. *Anesthesiology* 2014;121(5):937–47.

42. Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R., Desai A., Gourevitch D., Tolosa I., Vohra R. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review. *Ann Surg Oncol* 2015;22(13):4117–23.

43. Li P., Fang F., Cai J.X., Tang D., Li Q.G., Wang D.R. Fast-track rehabilitation vs conventional care in laparoscopic colorectal resection for colorectal malignancy: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2013;19(47):9119–26.

44. Wren S.M., Martin M., Yoon J. K., Bech F. Postoperative pneumonia-prevention program for the inpatient surgical ward. *J Am Coll Surg* 2010;210(4):491–5.

45. de Almeida E.P.M., de Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., de Brito C.M.M., Cavichio L.B.L., de Almeida L.A.A., Ribeiro U. Jr., Osawa E.A., Diz M.P., Cecatto R.B., Battistella L.R., Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth* 2017;119(5):900–7.

46. Visser W.S., Te Riele W.W., Boerma D., van Ramshorst B., van Westreenen H.L. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review. *Ann Coloproctol* 2014;30(3):109–14.

47. Finnane A., Janda M., Hayes S.C. Review of the evidence of lymphedema treatment effect. *Am J Phys Med Rehabil* 2015;94(6):483–98.

48. Cheville A.L., Kollasch J., Vandenberg J., Shen T., Grothey A., Gamble G., Basford J.R. A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(5):811–21.

49. Jeon J., Sato K., Niedzwiecki D., Ye X., Saltz L.B., Mayer R.J., Mowat R.B., Whittom R., Hantel A., Benson A., Wigler D.S., Atienza D., Messino M., Kindler H., Venook A., Fuchs C.S., Meyerhardt J.A. Impact of physical activity after cancer diagnosis on survival in patients with recurrent colon cancer: Findings from CALGB 89803/Alliance. *Clin Colorectal Cancer* 2013;12(4):233–8.

50. Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C., Kleckner A.S., Kleckner I.R., Leach C.R., Mohr D., Palesh O.G., Peppone L.J., Piper B.F., Scarpato J., Smith T., Sprod L.K., Miller S.M. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3(7):961–8.

51. Kinkead B., Schettler P.J., Larson E.R., Carroll D., Sharenko M., Nettles J., Edwards S.A., Miller A.H., Torres M.A., Dunlop B.W., Rakofsky J.J., Rapaport M.H. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. *Cancer* 2018;124(3):546–54.

52. Bensadoun R.J., Nair R.G. Low-Level Laser Therapy in the Management of Mucositis and Dermatitis Induced by Cancer Therapy. *Photomed Laser Surg* 2015;33(10):487–91.

53. Freshwater T., Kondic A., Ahamadi M., Li C.H., de Greef R., de Alwis D., Stone J.A. Evaluation of dosing strategy for pembrolizumab for oncology indications. *J Immunother Cancer* 2017;5:43.

54. Marabelle A., Cassier P.A., Fakih M., Kao S., Nielsen D., Italiano A., Guren T.K., van Dongen M.G.J., Spencer K., Bariani G.M., Ascierto P.A., Santoro A., Shah M., Asselah J., Iqbal S., Takahashi S., Piha-Paul S.A., Ott P.A., Chatterjee A., Jin F., Norwood K., Delord J.P. Pembrolizumab for previously treated advanced anal squamous cell carcinoma: results from the non-randomised, multicohort, multicentre, phase 2 KEYNOTE-158 study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022;7(5):446–54.

55. Bei D., Osawa M., Uemura S., Ohno T., Gobburu J., Roy A., Hasegawa M. Benefit- risk assessment of nivolumab 240 mg flat dose relative to 3 mg/kg Q2W regimen in Japanese patients with advanced cancers. *Cancer Sci* 2020;111(2):528–35.

56. De Dosso S., Martin V., Zanellato E., Frattini M., Saletti P. Molecular characterization and response to cetuximab in a patient with refractory squamous cell anal carcinoma. *Tumori* 2010;96(4):627–8.

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