

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

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

**"ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI  
SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY  
KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

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



2025 yil

**"ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI  
SARATONI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY  
KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT – 2025**

## Mundarija

"ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	50
«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	69
«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI .....	86

**"ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL  
TERI SARATONI" NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

## 1. Kirish qismi

- Qisqacha annotasiya. C21, C44,5 - anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bo'yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq anal kanali, anal cheti, perianal teri saratonini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o'z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni nozologiyasi bo'yicha ushbu milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog'liqni saqlash muassasalarining ambulator va stasionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan.

- - XKT kod (lar) i:

<b>XKT-10:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
<b>C21</b>	<b>Orqa chiqaruv teshigi (anus) va anal kanal xavfli o'smalari</b>
C21.0	– Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali tashqi chiqaruv teshigi xavfli o'smalari
C21.1	– Anal kanal xavfli o'smalari
C21.2	– Kloakogen soha xavfli o'smalari
C21.8	– Yuqorida ko'rsatilgan bir yoki bir nechli lokalizatsiyadan tashqari to'g'ri ichak, orqa siqaruv teshigi (anus), anal kanali xavfli o'smalari
<b>C44</b>	<b>Terining boshqa xavfli o'smalari</b>
C44.5	– Tana terisining boshqa (anal cheti va perianal terisi) xavfli o'smalari
* Teri saratoni perianal sohada joylashganida diagnostika va davolash tamoyillari anal kanali yassi hujayrali saratonidagi tamoyillarga o'xshash bo'lib, bu mazkur nozologiyalarni yagona klinik tavsiyalar doirasida ko'rib chiqish imkonini beradi.	
Yuklash (KXT-10dan havola): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1123">https://mkb-10.com/index.php?pid=1123</a>	
<b>XKT-11:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
2E64.2	Anus chetida yoki perianal soha terisidagi karsinoma in situ
2C00	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali xavfli hosilalari
2C00.0	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali adenokarsinomasi
2C00.1	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali melanomasi
2C00.2	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali neyroendokrin hosilasi

2C00.3	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali yassi hujayrali saraton
2C00.Y	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining boshqa aniqlangan xavfli yangi hosilalari
2C00.Z	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining aniqlanmagan xavfli yangi hosilalari
Yuklash	(KXT-11 dan havola): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>

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

2025/2028 yil.

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

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

**- Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:**

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari;
3. Juraev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo‘limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbaevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
7. Raximov Nodir Maxamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., TOSHKENT Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasini mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;

10. Abdukarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

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

1. Islamov Xurshid Djamshidovich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining (RIOvaRIATM) onkokoloproktologiya bo‘limi rahbari;
2. Matniyazova Shakar Yakubovna – t.f.n., RIOvaRIATM onkokoloproktologiya bo‘limi mudiri;
3. Karaxodjaev Botir Shakirovich – RIOvaRIATM onkokoloproktologiya bo‘limi etakchi mutahassisi;
4. Izrailbekova Kamila Shavkatovna – t.f.n., RIOvaRIATM kimyoterapiya bo‘limi etakchi mutahassisi;
5. Chen Ekaterina Evgenievna – t.f.n., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi etakchi mutahassisi;

**- Taqrizchilar:**

**Respublikadan:**

Muxamedaminov Shuxrat Karimovich – d.m.n., O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiyot xodimlarining professional malakani rivojlantirish markazi "Onkologiya va UTT kursi" kafedrası professori.

**Horiждан:**

**Mamedli Zaman Zaur ogli** — t.f.d, Rossiya kolorektal saraton mutaxassislari jamiyatining boshqaruv kengashi raisi, Moskva, Rossiya Federasiyasi. Rossiya SSV “N.N.Bloxin nomidagi ITTI” FDBM klinik onkologiya ilmiy-tadqiqot instituti qoshidagi koloproktologiya bo‘limi mudiri.

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

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

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

#### **Respublikadan:**

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

#### **Horiждан:**

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

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

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

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

#### **QISQARTMALAR RO‘YXATI:**

- 3DCRT – Uch o‘lchovli konformal nur terapiya
- AUC – (AUC – Area Under Curve) – bir qator ximio preparatlarning dozasini o‘lchash mezoni
- CTCAE – Nojo‘ya ta’sirlarning umumiy terminologik mezonlari
- HSIL – Anus epiteliyining og‘ir darajali displaziyasi
- IMRT – Intensivlik bo‘yicha modulyasiyalangan nur terapiya
- NCI-CTCAE – AQSh Milliy saraton institutining nojo‘ya ta’sirlar mezonlari bo‘yicha umumiy terminologiyasi
- RTOG – Radiation Therapy Oncology Group

TNM	– (abbreviatura ot tumor, nodus i metastasis) – Xavfli o‘smalar bosqichlarining xalqaro tasnifi
KT	– kompyuter tomografiya
LFK	– davolash fizkulturasi
MKB-10	– Kasalliklarning xalqaro tasnifi, 10-tahrir (KXT-10)
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
PET-KT	– pozitron-emission tomografiya kompyuter tomografiya bilan
UTDG	– ultratovush dopplerografiyasi
UTT	– Ultratovush tekshiruvi
EKG	– elektrokardiografiya
per os	– Peroral
ALT	– alaninaminotransferaza
AST	– aspartataminotransferaza
v/i	– Vena ichiga
m/o	– Mushak orasiga
ED	– Birlik
MIT	– Me'da ichak trakti
XO‘	– Xavfli o‘sma
IFA	– immunoferment analiz
NT	– nur terapiya
PZR	– Polimeraza zanjir reaksiyasi
QUT	– Qon umumiy tahlili
PUT	– Peshob umumiy tahlili
t/o	– Teri ostiga
PTV	– Protrombin vaqti
PTI	– Protrombin indeksi
REA	– Rak-embrional antigen
YuQT	– Yurak qon tomir tizimi
XNT	– Kimyo-nur terapiya
XT	– ximioterapiya
EGDS	– ezofagogastroduodenoskopiya

- ExoKG – exokardiografiya
- \*\* – Hayotiy muhim va eng zarur dori vositalari
- Dori vositasi, qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar,
- # – qo‘llash usullari va dozalarga muvofiq kelmaydigan tarzda qo‘llaniladigan holat (inglizcha off-label, off-label).

**- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:**

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

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

- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:**

**1-jadval. Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash o‘lchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun**

<b>DID</b>	<b>Batavsil</b>
<b>1</b>	Malumot nazorati ostida o‘tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
<b>2</b>	Ma'lumotlarning usuli yoki alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda ko‘rib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
<b>3</b>	Ma'lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar

4	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

**2-jadval. Profilaktika, davolash va rehabilitatsiya (profilaktika, davolanish, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash o‘lchovi**

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko‘rib chiqish.
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
3	Tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo‘lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.
5	Aralashuvning harakat mexanizmi uchun faqat asos mavjudligi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi.

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

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

## 2. Asosiy qism.

### - Kirish

**Anal kanali saratoni** – anorektal chiziqning yuqori cheti proksimal chegarasi, anoderma va perianal teri tutashgan joy esa distal chegarasi hisoblangan sohada paydo bo‘ladigan o‘σμα. Anus chetiga nisbatan distalroq joylashib, yupqalangan teridan yog‘ teri qismiga o‘tadigan hududgacha (KXT-10 kodi C44.5) rivojlanadigan yangi hosilalar (o‘smalar) perianal teri o‘smalari sifatida tasniflanadi. Asosan ano-kutan chiziq sohasini qamrab olib, anal kanaliga katta darajada tarqalmaydigan yangi hosilalar esa anus cheti

saratoni deb tasniflanadi. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: [https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com))

Xalqaro saratonni o'rganish agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda anal kanali saratonining jami 54 306 ta holati aniqlangan va 22 035 kishi ushbu kasallikdan vafot etgan

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

Anal kanali saratonni asosiy populyasiyada etarlicha kam uchraydigan kasallik bo'lib, dunyo bo'yicha o'rtacha ko'rsatkich 100 ming aholiga 1 holat to'g'ri keladi, boshqa ma'lumotlarga ko'ra esa anorektal zonadagi xavfli o'smalarning jami soniga nisbatan 6% dan oshmaydi. Mutaxassislar baholashicha, bu kasallikning tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda o'sishda bo'lib, har yili 27 mingta yangi holat qayd etilishi kutilmoqda (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Dunyoning turli mintaqalarida bu kasallikning uchrash tezligi 100 ming aholiga 0,2 dan 0,9 holatgacha o'zgarib turadi, erkaklar va ayollar o'rtasidagi nisbat turli manbalarga ko'ra 1:2 dan 1:7 gacha (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Industrial rivojlangan davlatlarda bu ko'rsatkich 100 ming aholiga 1 holatga yaqinlashib, AQShda har yili taxminan 3,5 mingta anal kanali saratonni holati qayd etiladi. Osiyo va Sharq mamlakatlarida bu kasallik juda kam uchraydi, bemorlarning o'rtacha yoshi 50 yoshni tashkil etsa, Evropada bu ko'rsatkich 63 yoshga teng (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Shuningdek, Evropada ushbu kasallikka chalinganlar orasida ayollar ustunlik qilgan bo'lib, ularning nisbati 1:3 yoki hatto 1:6 ga etadi.

Anal kanali saratonining rivojlanishi onkogen tipdagi (16, 18 va boshqalar) odam papilloma virusini (OPV) tashuvchilik bilan bog'liq deb hisoblanadi. Virusga chalinish va uning populyasiyada tarqalish mexanizmi asosan anus orqali jinsiy aloqa yo'li bilan yuzaga keladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Hozirgi paytda OPV insonning anogenital saratonni rivojlanishida etiologik omil sifatida ko'rib chiqilmoqda. So'nggi o'n yilliklarda ushbu saraton turining tarqalishi tez sur'atlar bilan o'smoqda, ayniqsa, noan'anaviy jinsiy yo'nalishga ega erkaklar va odam immunitet tanqisligi virusi (OITV) bilan zararlangan shaxslar guruhida. Anus saratonni bilan kasallanish ko'rsatkichi gomoseksuallar va OITV-infeksiyalangan bemorlarda dunyo bo'yicha bachadon bo'yni saratonining eng yuqori ko'rsatkichlaridan uch barobar ortiqdir (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Asosiy populyasiyada ushbu saraton turi nisbatan kam uchraydi, ammo so'nggi 30 yil ichida 1 million aholiga 10 tadan 20 tagacha holatga oshgan. Eng yuqori kasallanish holatlari IPV bilan zararlangan ayollar, hayoti davomida ko'plab va tez-tez almashuvchi jinsiy sheriklarga ega bo'lgan shaxslar, genital so'grakli bemorlar, chekish odatiga ega bo'lganlar, resektiv anus jinsiy aloqada bo'lganlar va OITV-infeksiyalangan shaxslar bilan bog'liqdir. Shu sababli,

etiologik nuqtai nazardan, anal kanali saratoni oshqozon-ichak tizimi o'smalaridan ko'ra ayol jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari bilan ko'proq o'xshashlikka ega (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Yakka yashovchi erkaklar orasida anal kanali saratoni bilan kasallanish ko'rsatkichi uylangan erkaklarga nisbatan 6 barobar yuqori, 35 yoshgacha bo'lgan populyasiyada esa ushbu kasallik ayollarga qaraganda erkaklarda ko'proq uchraydi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Bemorlarning o'rtacha yoshi 60 yoshni tashkil etadi. Umuman olganda, ayollar bemorlar orasida ustunlik qilgan bo'lib, ularning erkaklarga nisbati 7:1 ga teng (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

RIOvaRIATMning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko'ra, anal kanali saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga 0,1 holatni tashkil etdi. 2023 yilda anal kanali saratoni birinchi marta 41 bemorda aniqlangan. Ulardan 9,8% holat profilaktik ko'riklar davomida faol ravishda aniqlangan. Anal kanali saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 85,4% ni tashkil etgan. Bemorlarning 4,9% da kasallik I bosqichda, 39,0% da II bosqichda, 34,1% da III bosqichda va 14,6% da IV bosqichda aniqlangan. Shuningdek, 7,3% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo'lmagan. 2025 yil boshida anal kanali saratoni bilan 293 bemor dispanser nazoratida bo'lib, kasallanish 100 ming aholiga 0,8 ni tashkil qilgan. Anal kanali saratonida 5 yillik yashovchanlik respublika bo'yicha 32,8% ni, 1 yillik letallik esa 7,0% ni tashkil etadi. 2023 yilda O'zbekiston Respublikasida anal kanali saratonidan 29 bemor vafot etgan bo'lib, o'lim ko'rsatkichi 100 ming aholiga 0,1 ga teng.

## **Klinik tasnifi:**

### **2.1. Kasallik va holat tasnifi (kasallik va holat guruhi)**

#### **Xalqaro gistologik tasnif (2010)**

Anal kanali o'smalarining asosiy qismi (70–80%) yassi hujayrali saraton hisoblanadi. Adenokarsinoma 10–15% ni tashkil etsa, boshqa o'smalar 3–5% dan oshmaydi. O'smaning gistologik turini aniqlash davolash taktikasi tanlovida asosiy ahamiyatga ega.

#### **Epitelial o'smalar:**

##### **I. Xavfsiz o'smalar.**

- Yassi hujayrali papilloma.

##### **II. Xavfli o'smalar.**

1. Yassi hujayrali (kloakogen) saraton\* 8070/3:
  - A. Yirik hujayrali muguzlanuvchi.

V. Yirik hujayrali muguzlanmaydigan.

S. Bazaloid.

2. Adenokarsinoma 8140/3.

A. Ichak tipi.

V. Anal bezlari.

S.To'g'ri ichak oqmasida.

3. Shilliqli adenokarsinoma 8480/3.

4. Ayda hujayrali saraton 8041/3.

5. Differensiallashmagan 8020/3.

6. Boshqalar.

**Neyroendokrin o'smalar 8240/3** (kam uchraydi, to'g'ri ichak saratoni tasnifiga kiradi).

**Xavfli melanoma 8720/3.**

**Noepitelial o'smalar.**

**Ikkilamchi o'smalar.**

**O'smasimon xosilalar:**

- O'tkir uchli kondilomalar.
- Yallig'lanishli kloakogen polip.
- Oleogranulema.

**Anal kanali va perianal terining epiteliy tuzilmalaridagi o'zgarishlar (predrak holatlar/intraepitelial saraton).**

Anal intraepitelial displaziyasi (8077/0 – past darajali intraepitelial neoplaziya; 8077/2 – yuqori darajali intraepitelial neoplaziya).

8081/2 Bouen kasalligi.

8542/3 Pedjet kasalligi.

\*O'smalar yuqori, o'rtacha va past darajada differensiyalangan hamda nedifferensiyalangan tuzilmalarga bo'linadi.

Anal kanali adenokarsinomasini davolash tamoyillari to'g'ri ichakning quyi ampulyar qismi saratonlarini davolash prinsiplariga bog'liq bo'lib, ushbu sohadagi tegishli tavsiyalar bo'limiga qarash tavsiya etiladi. Anal kanali adenokarsinomalarini davolash tamoyillari to'g'ri ichak saratoniga bag'ishlangan tavsiyalar bo'limidan ko'rish mumkin.

## 2.2. Anal kanali, Anal cheti va perianal teri saratonini TNM-8 (2017) tizimi bo'yicha bosqichlash

Anal kanali va perianal teri (anokutan chiziqdan 5 sm ichida) o'smalari uchun TNM-8 (2017) bo'yicha bosqichlash (tablisa 4)

**T** – Birlamchi o'sma (Tumor) gradasiyasi:

**TX** – Birlamchi o'smani baholash uchun etarli ma'lumot mavjud emas.

**T0** – Birlamchi o'sma mavjudligi to'g'risida ma'lumot yo'q.

**Tis** – Preinvaziv saraton (Bouen kasalligi, Pedjet kasalligi, anal intraepitelial neoplaziyasi II–III (AIN–II–III)).

**T1** – O'smaning eng katta o'lchami  $\leq 2$  sm.

**T2** – O'smaning eng katta o'lchami  $>2$  sm, lekin  $\leq 5$  sm.

**T3** – O'smaning eng katta o'lchami  $>5$  sm.

**T4** – Har qanday o'lchamdagi o'sma, qo'shni a'zolar (vagina, uretra, siydik pufagi)ga taralgan.

*Izoh:* Agar o'sma perianal teriga, teri osti yog' hujayra to'qimasiga yoki sfinkter apparatiga invaziya qilgan bo'lsa, T4 deb hisoblanmaydi.

**N** – Regionar limfa tugunlariga metastazlar (Nodes)

Regionar limfa tugunlariga quyidagilar kiritiladi: mezorektum (pararektal, sakral) limfa tugunlari, ichki va tashqi iliyak, ingvinal limfa tugunlari.

**NX** – Regionar limfa tugunlarini baholash uchun etarli ma'lumot yo'q.

**N0** – Regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmagan.

**N1a** – Mezorektum, ingvinal yoki ichki iliyak limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

**N1b** – Tashqi iliyak limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

**N1c** – Tashqi va ichki iliyak, ingvinal yoki mezorektal limfa tugunlarida bir vaqtning o'zida metastazlar mavjud.

**M** – Uzoq metastazlar (Metastases)

**M0** – Uzoq metastazlar yo'q.

**M1** – Uzoq metastazlar mavjud.

*Izoh:* Ushbu tasnif anal kanali va perianal terida (anokutan chiziqdan 5 sm ichida) joylashgan o'smalar uchun bir xil qo'llaniladi.

**4-jadval.** Anal kanali saratonini TNM tizimi bo'yicha bosqichlash (UICC, 2017, 8-nashr)

Tradision bosqichlash	TNM tizimi (UICC, 2017, 8-nashr)			
	Birlamchi o'sma	Regionar limfa tugunlari	Uzoq metastazlar	
0 bosqich	Tis	N0	M0	
I bosqich	T1	N0	M0	
IIA bosqich	T2	N0	M0	
IIV bosqich	T3	N0	M0	
III bosqich	IIIA	T1/T2	N1	M0
	IIIB	T4	N0	M0
	IIIC	T3/T4	N1	M0
IV bosqich	Thar qanday	Nhar qanday	M1	

### 2.3. Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhining) klinik manzarasi

Anal kanali saratoni odatda orqa chiqish sohasida palpasiya qilinadigan to'qimaning paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Eng xos belgilari – axlatda qon va shilliq modda ajralishi, defekasiya vaqtida kuchayadigan orqa chiqish sohasidagi og'riq, orqa chiqishda begona jism hissining paydo bo'lishi. Shuningdek, anal kanali saratoni ba'zan anus yorig'i yoki gemorroy tufayli amalga oshirilgan jarrohlik amaliyotidan keyin operasion materialni patologoanatomik tekshiruv jarayonida tasodifan aniqlanishi mumkin.

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

**Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhining) diagnostikasi, tashxis usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar**

#### Tashhis qo'yishdagi tashhislash mezonlari:

- Tashxis patologoanatomik tekshiruv natijalari asosida biopsiya materialini tahlil qilish orqali qo'yilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

**Izoh:** Biopsiya materialini olish klinik ko'rik va to'g'ri ichakni tekshirish, anoskopiya, rektoskopiya yoki kolonoskopiya jarayonida amalga oshirilishi mumkin.

### 3.1. Shikoyatlari va anamnez:

• Bemorning shikoyatlari va anamnezini sinchiklab to'plash tavsiya etiladi, chunki bu davolash taktikasini tanlashga ta'sir etuvchi omillarni aniqlashga yordam beradi.

([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)).

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

### 3.2. Fizikal tekshiruvlar

• Barcha bemorlarda klinik ko'rik o'tkazish **tavsiya etiladi**, chunki bu davolash taktikasini va diagnostika usullarini tanlashga ta'sir etuvchi omillarni aniqlashga yordam beradi. Ko'rik quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak:

– Perianal terini ko'rikdan o'tkazish: o'sma o'sishlari, oqma teshiklari, maserasiya, yaralar mavjudligini baholash, ingvinal limfa tugunlarini palpasiya qilish (kattalashgan limfa tugunlari, ularning konsistensiyasi va atrof to'qimalarga nisbatan harakatchanligini aniqlash).

– Ayollar uchun ginekologik ko'rik: o'smaning qin orqa devoriga tarqalishini baholash va bachadon bo'yni saratonini skrining qilish maqsadida servikal kanaldan sitologik mazok tekshiruvini o'tkazish.

– To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish: o'smaning hajmini aniqlash. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-48363-0>).

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

**Izoh:** Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning 3–5%ida sinxron bachadon bo'yni saratoni yoki servikal intraepitelial neoplaziya aniqlanishi mumkin.

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda davolash boshlanishidan oldin nutritiv holat baholanishi tavsiya etiladi, bu esa qo'shimcha yordamchi terapiyani o'tkazish zaruratini aniqlashga yordam beradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

### 3.3. Laborator diagnostik tekshiruvlar

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda prognozni baholash va davolash samaradorligini monitoring qilish maqsadida qonda yassi hujayrali karsinoma

antigeni (SCC) darajasini tekshirish **tavsiya etiladi.**  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272844/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izohlar:** Ushbu onkologik markerning rutin qo'llanishda klinik ahamiyati isbotlanmagan. Uning aniqlanishi metastatik kasallikka yoki boshlang'ichdan mahalliy taralgan anal kanali saratoniga chalingan bemorlarda ko'rib chiqilishi **tavsiya etiladi.**

### **3.3.1. Jarrohlik davosidan so'ng morfologik tekshiruv**

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan va to'g'ri ichakning qorin-oraliq ekstirpatsiyasi amalga oshirilgan bemorlarda patologoanatomik biopsiya (operatsiya) materialini tekshirish **tavsiya etiladi.** Morfologik xulosada prognoz faktorlarini to'liq baholash uchun quyidagi parametrlar aks ettirilishi lozim (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>):
  - 1) Proksimal va distal rezeksiya chegaralarigacha bo'lgan masofa;
  - 2) O'smaning o'lchami;
  - 3) O'smaning gistologik tuzilishi;
  - 4) O'smaning differensirovka darajasi;
  - 5) rT (birlamchi o'sma bosqichi);
  - 6) rN (tadqiq qilingan va zararlangan limfa tugunlari umumiy soni ko'rsatilgan holda);
  - 7) Proksimal rezeksiya chegarasining zararlanish holati (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
  - 8) Distal rezeksiya chegarasining zararlanish holati (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
  - 9) Limfovaskulyar va perinevral invaziya mavjudligi (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
  - 10) Mandard shkalasi bo'yicha o'sma regressiya darajasi (agar oldindan majmuaviy davolash o'tkazilgan bo'lsa);
  - 11) Apikal limfa tugunining zararlanishi (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak).

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

### **3.4. Instrumental diagnostik tekshiruvlar:**

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda davolashni boshlashdan oldin kolonoskopiya yoki anoskopiya o'tkazilishi va biopsiya materialini olish **tavsiya etiladi**. Bu eng optimal davolash usulini aniqlash uchun zarur. Kerakli miqdorda material olish maqsadida standart endoskopik shipsalar yordamida 3–5 marta biopsiya olish tavsiya etiladi. Patologoanatomik tekshiruv natijalari olinmaguniga qadar davolash rejasi tuzilmasligi kerak. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

**Izohlar:** Anal kanalida ham yassi hujayrali saraton, ham adenokarsinoma uchrashi mumkin. Ushbu kasalliklarning davolash tamoyillari tubdan farq qiladi, shuning uchun har bir holatda davolashni boshlashdan oldin aniq morfologik verifikasiya o'tkazilishi shart.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda mahalliy bosqichlash (stadiyani aniqlash) uchun kichik chanoq sohasining magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5410279/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** Kichik chanoq sohasining magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) anal kanali saratoni mahalliy tarqalishini aniqlashda ustunlikka ega, chunki u nafaqat anal kanali devoriga invaziya chuqurligini, balki barcha kichik chanoq va ingvinal limfa tugunlarining holatini baholash imkonini beradi. Erta bosqichlarda (T1–T2) birlamchi o'smani baholash uchun transrektal ultratovush tekshiruvi (UTT) qo'llash mumkin, ammo ushbu usul yuqori og'riq sindromi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning uchun taz limfa tugunlari holatini baholash uchun qo'shimcha diagnostika usuli bilan to'ldirilishi kerak. MRTga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, quyidagi usullardan biri tavsiya etiladi: Kichik chanoq sohasining kompyuter tomografiyasi (KT) vena ichidagi kontrast modda bilan; Pozitron-emission tomografiya + kompyuter tomografiyasi (PET-KT) ftordezoksiglyukoza [<sup>18</sup>F] bilan, KT kontrast va saraton to'qimalarini tanlovchan aniqlaydigan radiofarmasevtik preparatlar bilan birgalikda.

Anal kanali va perianal teri saratoni uchun birlamchi bosqichlash (stadiyalash) maqsadida kichik chanoq MRT xulosasida quyidagi parametrlar ko'rsatilishi lozim:

- O'smaning maksimal o'lchami va lokalizatsiyasi;
- Chov limfa tugunlari: zararlangan limfa tugunlarining mavjudligi, soni va o'lchami;
- Mezorektal limfa tugunlari va pastki tutqich arteriya bo'ylab joylashgan limfa

tugunlari: zararlanish holati, soni va o'Ichami;

– Tos limfa tugunlari: zararlangan limfa tugunlarining mavjudligi, soni, o'Ichami va lokalizatsiyasi;

– O'smaning qo'shni a'zolar va to'qimalarga invaziyasi haqida ma'lumotlar;

– Oqmalar yoki paratumoral abscesslar mavjudligi haqida ma'lumotlar.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar MRT yoki UTT natijalari asosida chov limfa tugunlarining metastatik zararlanishiga shubha tug'lsa, tashxisni aniqlash maqsadida chov limfa tugunlarini punksiya qilish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078990/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** Ko'plab bemorlarda punksiya natijalari bo'yicha faqat reaktiv yallig'lanish aniqlanishi mumkin. Agar punksiya natijalari bo'yicha yolg'on-manfiy xulosa haqida shubha tug'lsa, punksiya takroran o'tkazilishi tavsiya etiladi.

- Ko'plab bemorlarda punksiya natijalari bo'yicha faqat reaktiv yallig'lanish aniqlanishi mumkin. Agar punksiya natijalari yolg'on-manfiy bo'lishi mumkin deb hisoblansa, uni takroran o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

**Izoh:** Qorin bo'shlig'i a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) vena ichidagi kontrast modda bilan anal kanali saratoni uchun aniq tashxis qo'yishda rivojlangan mamlakatlarda standart usul hisoblanadi.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda, davolashni boshlashdan oldin, ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu metastatik zararlanish mavjudligini istisno qilish uchun muhim hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

**Izoh:** Ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) anal kanali saratoni uchun aniq tashxis qo'yishda rivojlangan mamlakatlarda standart usul hisoblanadi.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda hamroh kasalliklarni istisno qilish va davolashni qabul qilish imkoniyatini baholash maqsadida elektrokardiografiya

(EKG) o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar suyak skeletining metastatik zararlanishiga shubha tug‘ilsa, uni istisno qilish maqsadida davolashni boshlashdan oldin osteossintigrafiya (butun tana suyaklarining ssintigrafiyasi) o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar KT yoki MRT natijalariga ko‘ra metastazlarga shubha tug‘ilsa va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini keskin o‘zgartirsa, tashxisni aniqlash maqsadida UTT yoki KT nazorati ostida biopsiya olish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar KT yoki MRT natijalariga ko‘ra metastazlarga shubha tug‘ilsa va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini keskin o‘zgartirsa, tashxisni aniqlash maqsadida ftordezoksiglyukoza [18F] bilan pozitron-emission tomografiya + kompyuter tomografiyasi (PET-KT) o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

**Izoh:** Ushbu tekshiruv asosan metastatik va mahalliy taralgan shakldagi kasallikka chalingan bemorlarda o‘tkazilishi maqbul hisoblanadi.

- Qorin pardasi bo‘ylab o‘smaning disseminasiyasiga shubha tug‘ilganda va uning aniqlanishi davolash taktikasini o‘zgartirish mumkin bo‘lsa, kasallik bosqichini aniqlash maqsadida laparoskopiya o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar bosh miyaning metastatik zararlanishiga shubha tug‘ilsa, uni istisno qilish maqsadida bosh miyaning magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) vena ichidagi kontrast modda bilan o‘tkazish **tavsiya etiladi.** ([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)).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida ko‘rsatmalarga asosan qo‘shimcha tekshiruvlar o‘tkazish **tavsiya etiladi:** Exokardiografiya, xolter monitoringi

(yurak faoliyatining uzluksiz kuzatuv), tashqi nafas olish funksiyasini baholash, bo‘yin va quyi qo‘l-oyoq qon tomirlarining ultratovush dopplerografik tekshiruvi (UZDG) va boshqa zarur diagnostik usullar. ([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)).

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

### 3.5. Boshqa diagnostik tekshiruvlar

- Anal kanali saratoniga shubha qilingan bemorlarda, agar biopsiya natijasi shubhali bo‘lsa, tashxisni tasdiqlash yoki istisno qilish maqsadida biopsiya materialini takroran olish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Biopsiya natijasi musbat chiqqan bemorlarda morfologik xulosada o‘smaning gistologik turi va uning differensirovka darajasi ko‘rsatilishi **tavsiya etiladi**, chunki bu eng optimal davolash taktikasini belgilashda muhim ahamiyatga ega. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoniga shubha qilingan bemorlarda, agar biopsiya natijasi manfiy chiqsa va o‘smaning tashxisi tasdiqlanmasa, qo‘shimcha endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar natijalarida xavfli o‘sma belgilari mavjud bo‘lsa, takroran biopsiya o‘tkazish masalasi individual ravishda hal etilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida ko‘rsatmalarga asosan qo‘shimcha tekshiruvlar o‘tkazish **tavsiya etiladi**, jumladan: Kardiolog konsultasiyasi, endokrinolog konsultasiyasi, nevrolog konsultasiyasi, zarur hollarda boshqa mutaxassislar ko‘rigi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoni va OITV-infeksiyasi mavjud bemorlarda, nur terapiyasi fonida ximioterapiya rejimini tanlash maqsadida, davolashni boshlashdan oldin CD4+ limfositlar darajasini tekshirish **tavsiya etiladi**. (<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819940601%2973%3A11%3C2680%3A%3AAID-CNCR2820731105%3E3.0.CO%3B2-C>) va antiretrovirus terapiyasini o‘tkazish masalasida infeksiyachil shifokor ko‘rigi tavsiiya etiladi.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izoh:** *CD4+ limfositlar darajasi 200 hujayra/mkldan yuqori bo'lgan bemorlarda, agar boshqa qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, immun tizimi zaiflashmagan bemorlar singari standart ximionur terapiya kursi tayinlanishi mumkin.*

### **- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari**

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Yashirin qonga najas tahlili;
12. Onkomarkerlarga qon tahlili: AFP, REA, SA 242, SA19-9;
13. Rektoskopiya biopsiya bilan;
14. Total kolonoskopiya (fibrokolonoskopiya);
15. Irrigoskopiya
16. Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
17. Kichik chanoq a'zolari MRTsi;
18. Qorin bo'shlig'ini va qorin parda ortini kontrastli MSKTsi;
19. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti va periferik limfa tugunlari);
20. Bioptatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) \*;
21. Bioptatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) \*
22. EKG;
23. ExoKG;

**- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:**

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. SOVID-19 gi PZR;
3. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
4. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
5. Standart sitogeneti tekshirish;
6. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
7. Prokalsitonin
8. Antitrombin III, D-dimer
9. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
10. Periferik qon IFTsi;
11. Standart –sitogenetik tekshirish;
12. Bioplatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)\*
13. Agar adenokarsinoma bilan bog‘liq uzoq metastazlar tashxislangan yoki shubha qilingan bo‘lsa, o‘sma bioplatida RAS mutasiyasi (KRAS va NRAS genlarining 2–4 ekzonlari) tahlil qilinishi kerak..
14. O‘sma (biopsiya va jarrohlikdan keyingi materiallar, shisha bloklar, suyuqliklar, erkin aylanayotgan o‘sma DNK) molekulyar-genetik tadqiqotlari «instrumental tekshiruvlar» bo‘limida ko‘rsatilgan holatlarda shubha tug‘ilganda o‘tkazilishi kerak.;
15. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
16. UT-kolonoskopiya;
17. Me‘da, 12 barmoq ichak va me‘da osti bezini rentgenoskopik tekshiruvi, kontrastlash bilan (ikki karra kontrastlash);
18. Ko‘krak qafasi a'zolari MSKTsi;
19. Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
20. Bosh miya MRTsi;
21. Spirografiya;
22. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
23. Skelet suyaklarini skanirlash;
24. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
25. Xolter – monitorlash bilan EKG

26. Butun tana PET/KTsi\*\*;

\* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

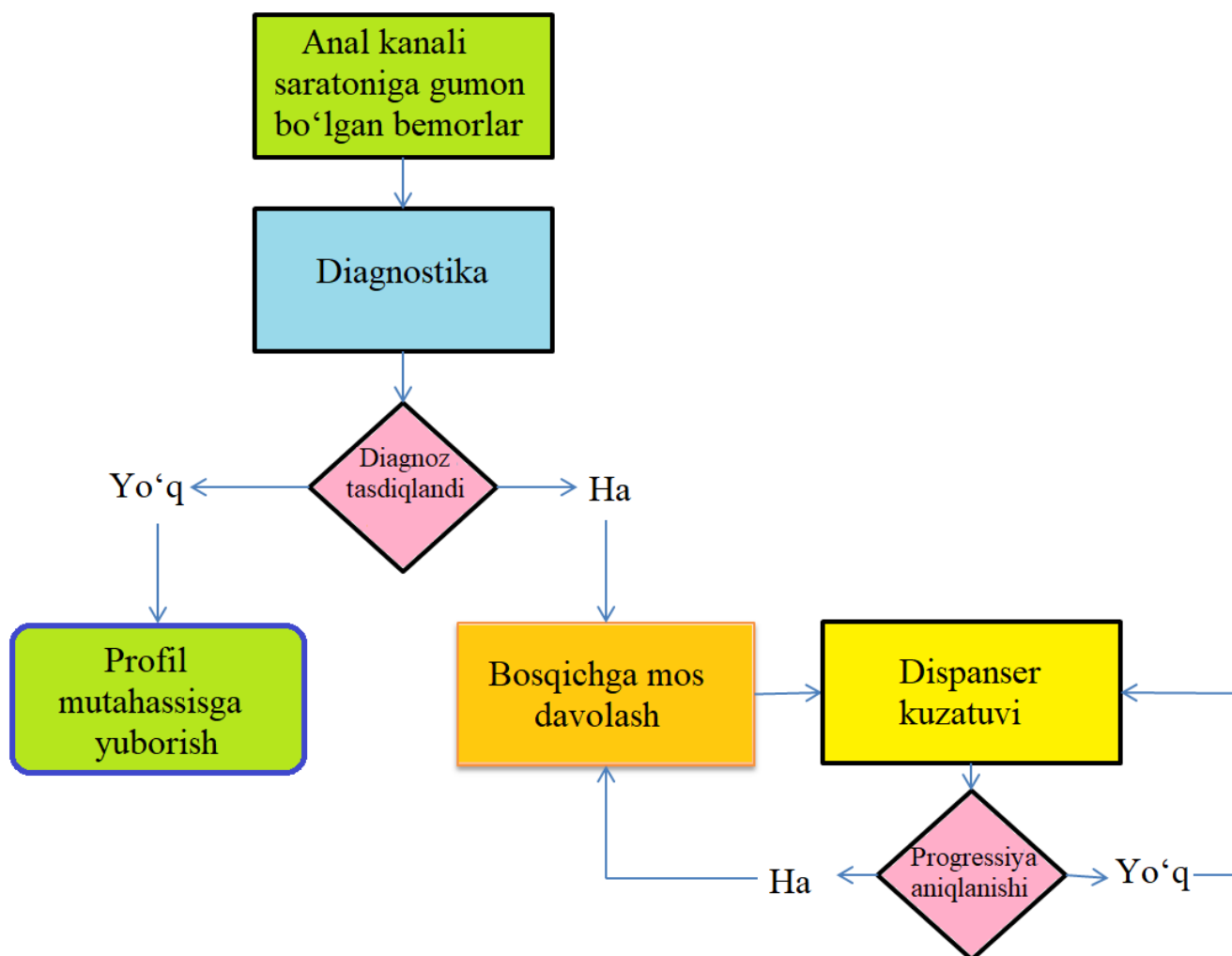
\*\* Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

#### - Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

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

## Diagnostik algoritm.

### Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratonida shifokor harakati algoritmi



## 2.2. Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash

### Anal kanali, anal cheti va perianal teri saratonlarining ayrim kasalliklar bilan differensial diagnostikasi

([https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical\\_oncology/arh010/08.pdf](https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh010/08.pdf))

5-jadval

### Anal kanal saratoni va gemorroy differensial diastnostikasi

Belgi	Anal kanali saratoni	Gemorroy
Og'riqlar	Davomli og'riqlar, defekasiya vaqtida va undan keyin kuchayadi	O'zgaruvchan, kuchli emas, faqat defekasiyadan so'ng paydo bo'ladigan og'riqlar

Qonli ajralmalar	Intensiv, defekasiya vaqtida yoki unga bog‘liq bo‘lmagan holda	Og‘riqning intensivligi turlicha, lekin har doim defekasiya vaqtida
Ichak faoliyatining buzilishi	Doimiy belgilar, ko‘pincha qabziyat yoki tenezmlar bilan	mavjud emas, uzoq davom etgan holatda – tugunlarning tushishi
PR	Infiltrat yoki yara, anal kanalining istalgan sektorida, ko‘proq o‘ng va orqa devorda, tishli chiziqdan yuqori joylashgan	Tugunlar soat siferblati bo‘yicha 3, 7 yoki 11 soat joylashgan
Belgilar paydo bo‘lishining ketma-ketligi	Qon aralash ajralmalar – og‘riq – ichak faoliyati buzilishi ketma-ketligi	Qonli ajralmalar – ichak diskomforti (tugunlar tushishi) – kamdan-kam hollarda og‘riqlar (xuruj bosqichida)

6-jadval

### Anal kanal saratoni va anal yorig‘i differensial diasnostikasi

Belgi	Anal kanali saratoni	Anal yorig‘i
Og‘riqlar	Doimiy og‘riqlar, defekasiya vaqtida va undan keyin kuchayadi	Defekasiya vaqtida yoki undan keyin paydo bo‘ladi, juda intensiv og‘riqlar
Qonli ajralmalar	Intensiv va doimiy	Kamdan-kam, oz miqdordagi qonli ajralmalar, har doim defekasiya vaqtida
Ichak faoliyatining buzilishi	Har doim mavjud, ko‘pincha qabziyat yoki tenezmlar bilan kechadi	Kamdan-kam hollarda, qabziyat "hojatdan qo‘rqish" bilan bog‘liq
PR	Chuqur, chiziqsimon defekt, zich va infiltrasiyalangan chegaralar bilan	Chiziqsimon, yuzaki, juda og‘riqli defekt, ko‘pincha anal kanali orqa yarim doirasida joylashgan
Belgilar paydo bo‘lishining ketma-ketligi	Qonli ajralmalar – og‘riq – ichak faoliyatining buzilishi	Og‘riq – "hojatdan qo‘rqish" – qonli ajralmalar bir vaqtning o‘zida

**Anal kanal saratoni va to‘g‘ri ichak oqmasi differensial dianositikasi**

<b>Belgi</b>	<b>Anal kanali saratoni</b>	<b>To‘g‘ri ichak oqmasi</b>
Og‘riqlar	Doimiy og‘riqlar, defekasiya vaqtida va undan keyin kuchayadi	Faqat xuruj paytida yoki pektenozda paydo bo‘ladi
Qonli ajralmalar	Intensiv, qonli va doimiy	Yiringli
Ichak faoliyatining buzilishi	Har doim mavjud, ko‘pincha qabziyat yoki tenezmlar bilan kechadi	Bo‘lmaydi
PR	Infiltrat yoki yara, anal kanalining istalgan qismida joylashgan	Remissiya davrida infiltrasiya bo‘lmaydi, ichki teshik kriptada chuqurlik shaklida yoki aniqlanmasligi mumkin; pektenozda – zich, anal kanali yo‘liga chiqib turgan, tishli chiziq darajasida orqa yarim doirada joylashgan chandiqli val
Belgilar paydo bo‘lishining ketma-ketligi	Qonli ajralmalar – og‘riq – ichak faoliyatining buzilishi	Remissiya va xuruj davrlarining navbatma-navbat almashinishi, har doim o‘tkir paraproktit bilan boshlanadi

**Anal kanal saratoni va anal qichima differensial dianositikasi**

<b>Belgi</b>	<b>Anal kanali saratoni</b>	<b>Anal qichima</b>
Og‘riqlar	Doimiy, defekasiya vaqtida va undan keyin kuchayadi	Qisqa muddatli og‘riqlar, kuchli qashishdan so‘ng paydo bo‘ladi
Qonli ajralmalar	Intensiv, doimiy	Faqat perianal terini qashish vaqtida bo‘lishi mumkin

Ichak faoliyatining buzilishi	Har doim mavjud, ko‘pincha qabziyat yoki tenezmlar bilan kechadi	Yo‘q
PR	Infiltrat yoki yara, anal kanalining istalgan sektorida, tishli chiziqdan pastda joylashgan	Perianal terida ikkinchi darajali o‘zgarishlar (tirnalgan joylar, teri gipertrofiyasi va h.k.), kasallik bosqichiga qarab
Qichishish	Yo‘q	Har doim mavjud, intensivligi turlicha, lekin ko‘pincha aniq ifodalangan

9-jadval

### Anal kanal saratoni va nerianal o‘tkir uchli kondilomalar differensial diasnostikasi

Belgi	Anal kanali saratoni	Perianal o‘tkir uchli kondilomalar
Og‘riqlar	Doimiy simptom	Kamdan-kam, faqat defekasiya vaqtida
Qonli ajralmalar	Intensiv, qonli, doimiy	Kamdan-kam, shilliqli
Ichak faoliyatining buzilishi	Doimiy simptom	Bo‘lmaydi
PR	Infiltrat, yara, anal kanalning istalgan sektorida	Borodavkasimon o‘smalar, gulkaram shaklidagi o‘shlar perianal terida. Anal kanalida kamdan-kam uchraydi, zich pufakchalar ko‘rinishida bo‘lishi mumkin

10-jadval

### Anal kanal saratoni va proktit differensial diasnostikasi

Belgi	Anal kanali saratoni	Proktit
Og‘riqlar	Doimiy og‘riqlar, defekasiya vaqtida va	Defekasiya vaqtida yoki undan keyin paydo bo‘ladi,

	undan keyin kuchayadi	juda intensiv og‘riqlar
Qonli ajralmalar	O‘z-o‘zidan paydo bo‘ladigan, axlat bilan aralashmagan, intensiv, doimiy, qonli	Shilliq ajralmalar, kamdankam hollarda qonli, axlat bilan aralashgan
Ichak faoliyatining buzilishi	Har doim mavjud, ko‘pincha qabziyat yoki tenezmlar bilan kechadi	Xuruj davrida tez-tez ichak harakatlari, tenezmlar
PR	Infiltrat yoki yara, anal kanalining istalgan sektorida, mahalliy og‘riqchanlik	Og‘riqlar aylana bo‘ylab yoki orqa kriptalar sohasida, sfinkter tonusining keskin oshishi
Belgilar paydo bo‘lishining ketma-ketligi	Qonli ajralmalar – og‘riq – ichak faoliyatining buzilishi. Belgilarning doimiy kuchayishi	Xuruj va remissiya davrlarining navbatmanavbat almashinishi, klinik belgilari orasida ichak faoliyati buzilishlari ustunlik qiladi

#### **4. AMBULATORIYA DARAJASIDA DAVOLASH TAKTIKASI:** yo‘q.

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

##### **Rejali yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:**

- 1) Onkologik kasallikning asoratlari mavjudligi, bu holatda bemorga tezkor va shoshilinch tarzda maxsus tibbiy yordam ko‘rsatish zarur.
- 2) Onkologik kasallikni davolash (jarrohlik aralashuvi, nur terapiyasi, dori terapiyasi va boshqalar) asoratlarning mavjudligi.

##### **Shoshilinch yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:**

- 1) Murakkab intervension diagnostik tibbiy manipulyasiyalarni o‘tkazish zarurati, bu holatda bemor ko‘p soatlik yoki kunduzgi stasionarda kuzatuvni talab qiladi.
- 2) O‘smaga qarshi ixtisoslashtirilgan davolashga ko‘rsatmalar mavjudligi (jarrohlik aralashuvi, nur terapiyasi, jumladan kontaktli va distansion nur terapiyasi, dori terapiyasi va boshqalar), bu holatda bemor ko‘p soatlik yoki

kunduzgi stasionarda kuzatuvni talab qiladi.

### **Bemorni tibbiyot muassasasidan chiqarishga ko‘rsatmalar:**

- 1) Davolash kursi yoki maxsus, jumladan yuqori texnologiyali, tibbiy yordam ko‘rsatish bosqichlaridan birining yakunlanishi, agar stasionar sharoitida dori korreksiyasi va/yoki tibbiy aralashuvlarni talab qiluvchi davolash asoratlari mavjud bo‘lmasa.
- 2) Bemor yoki uning qonuniy vakili tomonidan stasionar sharoitida maxsus, jumladan yuqori texnologiyali, tibbiy yordamdan voz kechish, onkologik yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot muassasasi konsiliumi tomonidan tasdiqlangan holda, agar asosiy kasallik va/yoki davolash asoratlari stasionarda dori korreksiyasi va tibbiy aralashuvlarni talab qilmasa.
- 3) Bemorni tibbiy yordam profiliga mos keluvchi boshqa tibbiyot muassasasiga o‘tkazish zarurati.

Bemorni profil bo‘yicha ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasasiga o‘tkazish maqsadga muvofiqligi to‘g‘risidagi xulosa mavjud tibbiy hujjatlarni oldindan ko‘rib chiqish va/yoki qabul qiluvchi muassasa mutaxassislari tomonidan dastlabki ko‘rik o‘tkazish asosida belgilanadi.

### **6. Stasionar darajasida davolash taktikasi:**

**Davolash, jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya, dietoterapiya, og‘riq qoldirish, davolash usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.**

Klinik tavsiyalarda ko‘rsatilgan dori vositalarini tayinlash va qo‘llash bemorga klinik jihatdan samarali va xavfsiz tibbiy yordamni ta‘minlashga qaratilgan. Shu sababli, dorilarni tayinlash va qo‘llash aniq klinik holatga muvofiq ravishda, ularning qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasiga muvofiq amalga oshiriladi. Yo‘riqnomada belgilangan ehtiyotkorlik choralariga rioya qilish talab etiladi. Bemorning holatidan kelib chiqib, dorilar dozasiga tuzatish kiritish mumkin.

- Metastazsiz yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlar uchun 50 Grdan kam bo‘lmagan umumiy dozada (SOD) ximionur terapiya va mitomisin hamda pirimidin analoglari guruhidan bo‘lgan dori vositalari bilan majmuaviy ximioterapiya o‘tkazish asosiy davolash usuli sifatida ko‘rib chiqilishi **tavsiya etiladi** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472366/>), (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>)].

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

**Izohlar:** *Nur terapiyasi va ximioterapiyani o‘tkazish bo‘yicha batafsil tavsiyalar «Nur terapiyasini o‘tkazish tamoyillari» va «Ximioterapiyani o‘tkazish tamoyillari» bo‘limlarida keltirilgan. Pirimidin analoglari guruhiga kiruvchi va rasman tasdiqlangan ko‘rsatmalarga ega dori vositalarini qo‘llash bo‘yicha tavsiyalar quyida berilgan.*

## **7. Nomedikamentoz davo:**

### **7.1. Nur terapiya o‘tkazish tamoyillari**

Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi samaradorligini maksimal darajada oshirish maqsadida quyidagi tamoyillar qo‘llanilishi maqsadga muvofiq (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/>):

- 1) Distansion nur terapiyasi har kuni, fotonlar 6–18 MeV;
- 2) Optimal usul – uch o‘lchovli konformal nur terapiyasi (3DCRT) yoki modulirovangan intensivlik nur terapiyasi (IMRT);
- 3) Nur terapiyasiga topometrik tayyorgarlik KT va MRT tekshiruvlarini o‘z ichiga oladi, ularning davomiyligi davolash boshlanishidan oldin 30 kundan oshmasligi kerak. Keltirilgan ma'lumotlar asosida nurlantirish rejasi tuziladi;
- 4) Nurlantirish hajmi birlamchi o‘sma va regionar limfa tugunlarini o‘z ichiga oladi;
- 5) Nurlantirish hajmi regionar metastazlar hududiga presakral, pararektal, obturator, ichki iliyak, pastki qo‘shmachasimon, chov limfa tugunlarini o‘z ichiga olishi kerak;
- 6) Yuqori chegara – L5-S1 pozvonkalar darajasida;
- 7) Quyi chegara – birlamchi o‘smaning distal chegarasidan 2,5 sm pastda;
- 8) Birinchi bosqichda nur terapiyasi ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–46 Gr birlamchi o‘sma va regionar metastazlar hududiga o‘tkaziladi;
- 9) Ikkinchi bosqichda boshlang‘ich aniqlangan o‘choqlarga bust o‘tkaziladi;
- 10) Bust ROD 1,8–2 Gr bilan o‘tkaziladi, SOD kasallikning boshlang‘ich tarqalishiga qarab aniqlanadi (SOD 50–54 Gr T1–T2 da, SOD 56–60 Gr T3–T4 da);
- 11) Distansion nur terapiyasi 3D-planlashtirish bilan boshlanadi va konformal nur terapiyasi (3DCRT va uning variantlari) texnologiyasi bo‘yicha amalga oshiriladi;
- 12) Nur terapiyasining aniq bajarilishini nazorat qilish portal vizualizasiya tizimi (OBI – on board imager) va konik rentgen nuri (CBCT – cone beam computed tomography) orqali ta'minlanadi;
- 13) Texnik imkoniyat mavjud bo‘lganda protonlar/og‘ir ionlar bilan 250 MeV energiyada distansion nur terapiyasi, proton tizimlaridan foydalangan holda qo‘llanilishi mumkin;

14) Oligometastatik kasallikda multidissiplinar jamoa qaroriga ko‘ra stereotaksik nur ta'siri qo‘llanilishi mumkin.

- Texnik imkoniyat mavjud bo‘lganda, davolashning nojo‘ya ta'sirlari va majburiy tanaffuslar sonini kamaytirish maqsadida IMRT usulini yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida qo‘llash **tavsiya etiladi.** (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *Yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida IMRT qo‘llanilishi negematologik toksiklikni sezilarli darajada kamaytirish va davolash kursidagi majburiy tanaffuslar sonini qisqartirish imkonini beradi. Ayrim tadqiqotlarda (isbot darajasi past) ximionur terapiya jarayonida mahalliy gipertermiya qo‘shilganida ehtimoliy ijobiy ta'sir kuzatilgan, biroq uni qo‘llash rejimi, seanslar soni va davomiyligi standartlashtirilmagan.* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi profilaktik maqsadda o‘tkazilganda, kasallik T va N parametrlari bosqichidan qat'i nazar, nurlantirish hajmiga chov limfa tugunlarini kiritish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda davolash samaradorligini oshirish maqsadida ximionur terapiya kursini rejalashtirilgan tanaffuslarsiz o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izoh:** *Ximionur terapiya davomida tanaffuslar qilish davolash samaradorligini ishonchli darajada pasaytiradi va ximionur terapiyadan so‘ng to‘liq javob ehtimolini kamaytiradi.*

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ximionur terapiya kursida tanaffuslar faqat RTOG (Qo‘shimcha G2) va/yoki NCI-CTCAE (Qo‘shimcha G3) shkalalari bo‘yicha III darajadan past bo‘lmagan asoratlar aniqlangan taqdirda o‘tkazilishi **tavsiya etiladi.** Ximionur terapiya kursidagi tanaffuslar davolash samaradorligini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *III darajadan past bo‘lgan asoratlar konservativ yo‘l bilan bartaraf etilishi kerak, ular bemor hayoti uchun xavf tug‘dirmaydi va boshlang‘ich davolash rejasini o‘zgartirish sababi bo‘lishi kerak emas. Ushbu qoidalar xavfli o‘smalarni majmuaviy*

*davolash usullari uchun umumiy qabul qilingan tamoyillar hisoblanadi va ularni klinik tadqiqotlar doirasida qo‘shimcha o‘rganish talab etilmaydi. Ximionur terapiya kursida majburiy tanaffusga sabab bo‘lgan asoratlarning turi va darajasi albatta hujjatlashtirilishi kerak. Ximionur terapiya kursida tanaffus qilish to‘g‘risida qaror qabul qilishdan oldin konservativ davolash choralari ko‘rilishi shart. Tanaffusga qaror faqat quyidagi hollarda qabul qilinishi mumkin: Adekvat yordamchi terapiyaga qaramay, asoratlar darajasini RTOG va/yoki NCI-CTCAE shkalalari bo‘yicha II darajaga yoki undan past darajaga tushirish imkoni bo‘lmagan holda; Bemor salomatligi uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri xavf mavjud bo‘lgan taqdirda.*

## **8. Medikamentoz davolash:**

### **8.1. Kimyo terapiya o‘tkazish tamoyillari**

#### **8.1.1. Nur terapiya fonida kimyo terapiya**

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda davolash samaradorligini oshirish maqsadida nurlantirish fonida ximioterapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**: #Mitomisin\*\* – 12 mg/m<sup>2</sup> vena ichida bolyus usulida, 1-kunda; Pirimidin analoglari bilan qo‘shib qo‘llash: #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup> sutkasiga, vena ichida uzluksiz infuziya shaklida, 1–4-y va 29–32-y kunlarda; #Kapesitabin\*\* – 825 mg/m<sup>2</sup>, 2 marta sutkada og‘iz orqali, nurlantirish kunlarida. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3996178/>).

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

**Izohlar:** Lokalizlangan anal kanali saratonida nurlantirish fonida #ftorurasil\*\* va #mitomisin\*\*ni o‘z ichiga olgan ximioterapiya sxemalarini qo‘llash maqbulroq hisoblanadi. Agar #mitomisin\*\*ni qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa yoki boshqa hujjatlashtirilgan ob‘ektiv sabablar uni qo‘llashga to‘sqinlik qilsa, #sisplatin\*\* asosidagi sxema qo‘llanilishi mumkin: #Sisplatin\*\* – 60 mg/m<sup>2</sup> vena ichida, 1-y va 29-y kunlar. Qulaylikni oshirish maqsadida #ftorurasil o‘rniga #kapesitabin\*\* qo‘llanilishi mumkin (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>). Mitomisinni alternativ usulda yuborish mumkin – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichida bolyus shaklida, 1-y va 29-y kunlar, nurlantirish kursi bilan birga.

• Anal kanali saratoni va OITV-infeksiyasi mavjud bo‘lgan, CD4+ limfositlar darajasi 200 hujayra/mkldan kam bo‘lgan bemorlarda, standart nurlantirish kursi fonida quyidagi ximioterapiya sxemasini o‘tkazish **tavsiya etiladi**: Sisplatin\*\* – 60 mg/m<sup>2</sup> vena ichida, 1-y va 29-y kunlar; #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup> sutkasiga, 1–4-y va 29–32-y kunlarda.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *CD4+ limfositlar darajasi 200 hujayra/mkldan yuqori bo'lgan va boshqa qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmagan bemorlarda, immun tizimi zaiflashmagan bemorlar singari standart ximionur terapiya kursi tayinlanishi mumkin. Mitomisinni sisplatin bilan almashtirish ximionur terapiya jarayonida gematologik asoratlar xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.* (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3996178/>).

### 8.1.2. Palliativ kimyo terapiya

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda birinchi chiziq ximioterapiyasi sifatida quyidagi tizimli ximioterapiya **tavsiya etiladi:** #Paklitaksel\*\* – 80 mg/m<sup>2</sup> vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, 1-y, 8-y va 15-y kunlar; #Karboplatin\*\* – AUC-5, 1-y kun; Kurs davomiyligi – 28 kun; Davolash kasallik progressiyasi yoki qabul qilib bo'lmaydigan toksiklik holatigacha davom ettiriladi, lekin 24 haftadan oshmasligi kerak. [1].

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

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda birinchi chiziq ximioterapiyasi uchun alternativa sifatida quyidagi mDCF tizimli ximioterapiya sxemasi **tavsiya etiladi:** #Sisplatin\*\* – 40 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida 40 daqiqalik infuziya shaklida, 1-y kun (2,5 l dan kam bo'lmagan vena ichidagi gidratasiya fonida); #Doksetaksel\*\* – 40 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida infuziya shaklida, 1-y kun; #Ftorurasil\*\* – 2400 mg/m<sup>2</sup> (sutkasiga 1200 mg/m<sup>2</sup>), keyingi 46 soatlik infuziya shaklida; Keyingi kursni boshlash – 15-y kun. [4].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi chiziq ximioterapiyasi sifatida quyidagi tizimli ximioterapiya **tavsiya etiladi:** #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup>, 1–4-y kunlar, vena ichida uzluksiz infuziya shaklida; #Sisplatin\*\* – 60 mg/m<sup>2</sup>, 2-y kun; Kurs davomiyligi – 21 kun. [1, 2].

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

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi liniya ximioterapiyasi uchun alternativ sxema sifatida, shuningdek uchinchi va keyingi chiziqalarda quyidagi ximioterapiya sxemalarini qo'llash **tavsiya etiladi:**

- FOLFCIS (#Sisplatin\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko'rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), kalsiya folinat\*\* 400 mg/m<sup>2</sup> v/i 2 soat davomida keyinchalik #ftorurasila\*\* 400 mg/m<sup>2</sup> bolyus bilan v/i oqim bilan va #ftorurasila\*\* 2000 mg/m<sup>2</sup> 46 soatlik infuziya bilan (sutkasiga 1000 mg/m<sup>2</sup>). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun) [3],

- mDCF (#Sisplatin\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko'rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), #doksetaksel\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik #ftorurasil\*\* 2400 mg/m<sup>2</sup> 46-soatlik infuziya bilan (1200 mg/m<sup>2</sup> /sut.).

Keyingi kursning boshlanishi 15-kun) [4],

– monoklonal antitanalar bilan monoterapiya (anti-PD1-antitana; #nivolumab\*\* (240 mg [45] yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg v/i tomchilab 60 min har 4 haftada) yoki #pembrolizumab\*\* (200 mg yoki 2 mg/kg v/i tomchilab 30 min har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 6 haftada)) o‘smada PDL ekspressiyasi darajasi yuqori bo‘lganda (CPS>1) [5, 6, 53-55].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).

**Izohlar:** *Ushbu davolash sxemalarining samaradorligi haqidagi ma'lumotlar kichik tadqiqotlar asosida olingan bo‘lib, dalillar darajasi past hisoblanadi. Shu bilan birga, ularning dalillar darajasi ikkinchi liniya terapiyasi sifatida tavsiya etilgan #ftorurasil\*\* + #sisplatin\*\* rejimiga nisbatan past emas.*

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi liniya terapiyasi uchun alternativ sxema sifatida, shuningdek uchinchi va keyingi chiziqlarda quyidagi ximioterapiya sxemalarini qo‘llash **tavsiya etiladi:** #Irinotekan\*\* – 180 mg/m<sup>2</sup>, 1-y kun, 2 haftada 1 marta; #Setuksimab\*\* – 400 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, 1-y kun, keyin 250 mg/m<sup>2</sup> haftasiga 1 marta yoki 500 mg/m<sup>2</sup> vena ichida tomchilab, 2 haftada 1 marta; #Panitumumab\*\* – 6 mg/kg, vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, har 2 haftada 1 marta [(ilova A3)] [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).

**Izohlar:** *Metastatik anal kanali saratonining ikkinchi va keyingi liniyalaridagi davolash rejimi individual ravishda tanlanishi kerak, chunki bu kasallik kam uchraydiganligi sababli, etarli darajada dalillar mavjud emas. Funktsional holati past bo‘lgan bemorlarda monoterapiyani quyidagi vositalardan birini qo‘llash orqali o‘tkazish mumkin: Paklitaksel\*\*, Anti-EGFR antitelalari, Pirimidin analoglari, Nivolumab\*\* yoki Pembrolizumab\*\* (o‘smada PDL ekspressiyasi darajasi yuqori bo‘lganda).*

**Tarqalgan/metastatik anal kanali saratonida qo‘llaniladigan tizimli terapiya rejimlari**

Rejim	Tavsifi
#Paklitaksel** + #karboplatin** [1]	#Paklitaksel** 80 mg/m <sup>2</sup> 1-soatlik infuziya 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar, #karboplatin** 45-daqiqalik infuziya AUC-5 dozada 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni

#Sisplatin** + #ftorurasil** [2]	#Ftorurasil** uzluksiz v/i infuziyasi ko‘rinishida 1-chidan 4-chi kungacha sutkada 1000 mg/m <sup>2</sup> , #sisplatin** 60 daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 60 mg/m <sup>2</sup> dozada 2-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida). Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni
FOLFCIS* [3]	#Sisplatin** 40 mg/m <sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), kalsiya folinat** 400 mg/m <sup>2</sup> v/i 2 soat davomida keyinchalik #ftorurasil** 400 mg/m <sup>2</sup> bolyus bilan v/i oqim bilan #ftorurasila** 2000 mg/m <sup>2</sup> 46-soatlik infuziyasi (sutkada 1000 mg/m <sup>2</sup> ). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun
mDCF* [4]	#Sisplatin** 40 mg/m <sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), #dosetaksel** 40 mg/m <sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik 46-soatlik infuziya bilan #ftorurasila** 2400 mg/m <sup>2</sup> (sutkadi 1200 mg/m <sup>2</sup> ). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun
#Nivolumab** [2]	240 mg yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg har 4 haftada
#Pembrolizumab** [3]	200 mg yoki 2 mg/kg v/i tomchilab 30 min har 3 haftada yoki 400 mg har 6 haftada
#Setuksimab** [8, 9]	400 mg/m <sup>2</sup> v/i 1-soatlik infuziya 1-chi kun, so‘ngra 250 mg/m <sup>2</sup> har hafta (monorejimda yoki #irinotekan** bilan). Ehtimol #setuksimaba** 500 mg/m <sup>2</sup> v/i tomchilab buyurilishi mumkin 2 haftada 1 marta
#Panitumumab** [10]	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada (monorejimda yoki #irinotekan** bilan)
#Irinotekan** [7]	#Irinotekan** 180 mg/m <sup>2</sup> 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 15-kun

\* Rejim #Karboplatin\*\* #paklitaksel\*\* rejimiga qaraganda nojo‘ya ta’sirlar ko‘proq namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

### Ko‘maklashuvchi terapiya terapiya

Profilaktika va ximioterapiyaning noxush ta'sirlarini davolash maqsadida o'tkaziladi, rivojlangan asoratlarni davolash protokollariga muvofiq o'tkaziladi.

**11-jadval. Asosiy dori vositalari ro'yxati va ularning shakli (100% qo'llanish ehtimoli bilan) [11, 46-50, 63, 65, 67]:**

<b>Dori guruhi</b>	<b>XPN</b>	<b>Qo'llash usuli</b>	<b>ID</b>
O'smaga qarshi vosita, alkaloid. Taksanlar	Paklitaksel	80 mg/m <sup>2</sup> 1-soatlik infuziya 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar,	A
O'smaga qarshi vosita, alkaloid. Taksanlar	dosetaksel	40 mg/m <sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik 46 soatlik infuziya bilan	A
Alkillovchi vosita. Platinalar.	Karboplatin	45-daqiqalik infuziya AUC-5 dozada 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni	A
Alkillovchi vosita. Platinalar.	Sisplatin	60 daqiqalik v/i infuziya ko'rinishida 60 mg/m <sup>2</sup> dozada 2-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida). Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni	A
Alkaloid L01XX19	Irinotekan	140 mg/m <sup>2</sup> 1-chi kun, v/i	A
Sitostatik terapiya toksikligini pasaytiruvchi preparatlar V03AF03	Kalsiya folinat	400 mg/m <sup>2</sup> v/i 2 soat davomida	A
Antimetabolitlar. Pirimidin analoglari L01BC06	Kapesitabin	2000 - 2500 mg/m <sup>2</sup> ichishga, 1-14dni	A

O'smaga qarshix antibiotiklar	mitomisinom	12 mg/m <sup>2</sup> v/i bolyus 1-chi kun	V
PD-1 va uning ligantlariga monoklonal antitanalar (PD-L1 va PD-L2).	nivolumabom	240 mg yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg har 4 haftada	S
EGFR ga monoklonal antitanalar L01XC08	Panitumumab	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada	S
Antimetabolitlar. Pirimidin analoglari <b>L01BC02</b>	Ftorurasil	400 mg / m <sup>2</sup> v/i oqim bilan	A
EGFR ga monoklonal antitanalar L01XC06	Setuksimab	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada	S
PD-1 ga monoklonal antitanalar L01XC18	Pembrolizumab	200 mg v/i tomchilab 30 min. Har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 6 haftada.	S
<b>Yuklash (havola)</b>	<a href="https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf">https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf</a>		

**12-jadval. Qo'shimcha dori vositalari ro'yxati (qo'llanilishi 100 foizdan kam ehtimolga ega):**

<b>Farmako-terapevtik guruhi</b>	<b>Dori vositasi HPN</b>	<b>Qo'llash usuli</b>	<b>ID</b>
<b>Antibakterial preparatlar</b>	Sefazolin	1,0 gr, 1,0 gr.dan m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftazidim	100mg, 100mg m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftriakson	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	A
	Sefuroksim	natriya 1,0gr, 1,0gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Sefepim	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2	S

		mahal, 7 kun	
	Imipenem + silastatin	500mg, m/o kuniga 2 mahal, 5-7 kun	S
	Amikasin	500mg, 10mg/kg m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Siprofoloksasin	100mg, 100mg v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	S
	Ofloksasin	0,2gr, 0,2 gr v/i kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Metronidazol	100 ml, 100 ml v/i kuniga 2 mahal, 5 kun	S
<b>Zamburug‘ga qarshi preparatlar</b>	Flukonazol	100 mg, 100 mg v/i – bir marta	A
<b>Plazma o‘rnini bosuvchi preparatlar</b>	Gidrosietilkraxmal	200ml, 500 ml v/i kuniga 1 marta 3 kungacha	V
	Dekstran	400ml, 400 ml v/i kuniga 2 mahal 2 – 3 kun	V
<b>Parenteral ovqatlanish vositalari</b>	Parenteral ovqatlantirishga aminokislotalar kompleksi	500ml, 500ml v/i kuniga 1 mahal, 5 – 7 kun	V
	Dekstroza	5% - 400ml, 400ml v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	A
<b>Regidratasion terapiya vositalari</b>	Natriya xlorid	0,9% - 400ml, 400 ml v/i 2 – kuniga 3 mahal. 5 – 7 kun	A
<b>Analgetik preparatlar</b>	Ketoprofen	1ml, 1 ml, m/o 2 – kuniga 3 mahal 5 – 7 kun	A
	Diklofenak natriya	m/o 2 – kuniga 3 mahal 7 – 10 dney	V
	Tramadola gidroxlorid	1 ml, 1ml m/o 2 – kuniga 3 mahal	V
<b>Gormonal preparatlar</b>	Prednizolon	30mg, 30 – 60 – 90 mg v/i kuniga 1 mahal 1 – 5 kun	A
	Deksametazon	4 mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 mg kuniga 1 mahal 1 – 5 kun	A
	Odam insulini	40 ED, 4 – 6 ED kuniga 1 mahal 2 – 10 dney	S
<b>Spazmolitiklar</b>	Drotoverin	2,0 ml, 2,0 ml m/o, v/i 1 – kuniga 3 mahal 1 – 7 kun	S
	Platifillina	1,0 ml, 1 ml m/o, v/i 1-kuniga	A

	gidrotartarat	3 mahal 1-7 kun	
<b>Bronxolitiklar</b>	Aminofillin	10ml, 6 – 10mg/kg/sut m/o kuniga 3 mahal,10 dneyn	S
	Teofillin	0,2gr, 0,2 gr per os 2 – 4 mahal, 10 – 15 dneyn	S
<b>Antikoagulyantlar</b>	Nadroparin kalsiya	0,3 ml, 0,3 ml kuniga 1 mahal t/o	S
	<u>Эноксапарин натрия</u>	0,2 ml, 0,2 ml kuniga 1 mahal t/o	A
	<u>Гепарин</u>	<u>10 ming ED, po 5000-10000 ED v/i yoki t/o kuniga 1 mahal</u>	V
<b>Mukolitiklar</b>	Bromgeksin	8 mg, 8 mg per os kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	S
	Ambroksol	2 ml, 2 ml m/o, kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	V
<b>Qayt qilishga qarshi vositalar</b>	Ondansetron	4mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 mg v/i, m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	A
	Metoklopramid	10 mg, 10 – 20 mg v\m, v/i 1 – 2 – 3 mahal,1 – 5 kunlar	A
<b>Sedativ preparatlar</b>	Tofizopam	50 mg, 50 mg per os 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kunlar	S
	Neostigmina metilsulfat	1,0ml, 1ml m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 10 kunlar	S
<b>Isitma tushuruvchilar</b>	Asetilsalisil kislota	0,5 gr, 0,5 gr per os kuniga 2 mahal	A
	Parasetamol	0,5gr, 0,5 gr per os, kuniga 3 mahal	A
<b>Gemostatiklar</b>	Aminokapron kislota	5% - 100ml, 100 ml v/i kuniga 1 mahal, 1 – 5 kunlar	V
	Etamzilat	12,5% - 2ml, 2 ml m/o kuniga 2 mahal, 1 – 5 kunlar	S
	Disinon	1 ml, 1,0 ml m/o 1 – kuniga 2 mahal	V
<b>Diuretiklar</b>	Furosemid	1% - 2 ml, 2 ml m/o, v/i 1-kuniga 3 mahal, 1 –5 dneyn	A
	Spiironolakton	100mg, 100 mg per os kuniga 1 mahal, 5 – 14 kunlar	S

<b>Antianemik preparatlar</b>	Ferkayl	50mg - 2 ml, 2 ml m/o, haftasiga 2-3 mahal	S
	Kosmofer	2 ml, 2 ml m/o haftasiga 2-3 mahal	S
<b>Gemopoetik preparatlar</b>	Filgrastim	1 ml – 0,3gr, 5 mg/kg t/o, 1 – 3 kunlar	A
<b>Antigistaminlar</b>	Difengidramin	1 ml – 10 mg, 10 mg m/o kuniga 1 – 2 mahal	A
	Xloropiramin	25 mg, 25 mg per os kuniga 3 – 4 mahal	S
<b>Yuklash (manba)</b>	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## 9. Jarrohlik davosi:

### 9.1. Jarrohlik davosi tamoyillari

#### 9.1.1. Jarrohlik davolashga ko‘rsatmalar

Xirurgik davolash faqat ximionur terapiyadan keyin o‘smaning residivi yoki davomiy o‘sishi kuzatilgan bemorlarda **tavsiya etiladi**, lekin ximionur terapiya tugatilgandan kamida 26–29 hafta o‘tgach amalga oshirilishi lozim. Bu esa o‘smaning davolashga to‘liq morfologik javobi mavjud bo‘lgan bemorlarda jarrohlik amaliyoti o‘tkazilish holatlarini kamaytirish maqsadida tavsiya etiladi. [12, 13].

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

**Izohlar:** *Operasiya o‘tkazish masalasini hal qilish anal kanali yassi hujayrali saratonli bemorlarni davolashdagi eng murakkab masalalardan biri hisoblanadi. Chandiq va nurlantirishdan keyingi to‘qima o‘zgarishlari, ayniqsa, yirik yangi o‘smalarni davolashdan so‘ng, ko‘p hollarda qoldiq o‘smani taqlid qilishi mumkin. Operasiya o‘tkazish masalasini hal qilish muddati ximionur terapiya tugatilgandan keyin 26 hafta (yoki 6 oy) deb belgilangan bo‘lib, bu muddat 26 hafta kutiladigan holatlarda to‘liq javobga erishish ehtimoli 11 hafta kutiladigan holatlarga nisbatan yuqoriroq ekanligi haqidagi ma‘lumotlar bilan asoslanadi. Shuningdek, davolashga to‘liq javob faqat uzoqroq kuzatuv davomida kuzatilgan holatlar ham ta‘riflangan [14, 15]. Shu sababli, ayrim holatlarda, multidissiplinar jamoa qarori bilan bu muddat uzaytirilishi mumkin. 26 haftagacha operasiya haqida qaror qabul qilish faqat istisno holatlarda mumkin. Bunday holatlar qatoriga klinik tavsiyalarga rioya qilinmagan holda ximionur terapiya to‘liq o‘tkazilmagan bemorlar, yoki boshlang‘ich o‘sma bosqichi T4 yoki undan yuqori bo‘lgan bemorlar kiradi. Bunday qaror onkologik konsilium qaroriga asosan va*

ob'ektiv tekshiruv usullari orqali o'sma jarayonining progressiyasi tasdiqlangan taqdirdagina qabul qilinishi mumkin.

Jarrohlik davolash zarurligini hal qilishda anal kanali yassi hujayrali saratonning residivi/davomiy o'sishini aniqlash uchun quyidagi tashxis mezonlaridan foydalanish **tavsiya etiladi**: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>):

residiv/davomiy o'sish o'smasining morfologik tasdig'i, yoki

kichik chanoqning ikki marta ketma-ket MRTsi/endorektal UTT o'tkazilishida (kamidan 4 haftalik interval bilan) qoldiq o'smaning o'sishi, yoki

kichik chanoq MRT ma'lumotlari + multidissiplinar jamoaning qoldiq o'sma mavjudligi haqidagi qarori.

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

Xirurgik davolashning birinchi bosqichida faqat konservativ usullar bilan to'xtatib bo'lmaydigan, hayot uchun xavfli o'smadan qon ketishi mavjud bo'lgan bemorlarga amaliyot o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

### **9.1.2. Jarrohlik davosi ko'lam**

Anal kanali o'smasi bilan bog'liq o'tkir ichak tutilishi va/yoki rektovaginal/tashqi ichak yiring oqmasi mavjud bo'lgan bemorlarda davolashning birinchi bosqichida yuklamani kamaytirish maqsadida ikki stvolli transverzostoma shakllantirish va keyinchalik ximionur terapiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Residiv/davomiy o'sish bilan bog'liq jarrohlik davolashda R0-rezeksiyani amalga oshirish ehtimolini oshirish maqsadida silindrik (ekstralevator) to'g'ri ichakning qorin-oraliq ekstirpasiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Residiv/davomiy o'sish bilan bog'liq jarrohlik davolashda, agar anal kanali saraton kasalligi chov limfa tugunlariga ta'sir etgan bo'lsa, zararlangan tomonda Dyuken amaliyotini asosiy davolash usuli sifatida o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Anal kanali saraton kasalligi bilan bog‘liq residiv/davomiy o‘shish holatida jarrohlik davolash o‘tkazilayotganda, tos limfa tugunlarida o‘sma mavjud bo‘lgan bemorlarda zararlangan tomonda tos limfadisseksiyasini yoki ikki tomonlama tos limfadisseksiyasini asosiy davolash usuli sifatida o‘tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

## **9.2. Anal kanal, anal cheti yoki perianal teri intraepitelial saratoni (TisN0M0)**

Intraepitelial anal kanali saraton kasalligi, anal cheti yoki perianal terisi (TisN0M0) bo‘lgan bemorlarga asosiy davolash usuli sifatida mahalliy kesib olish o‘tkazish **tavsiya etiladi**. Ushbu shakldagi yangi hosilalar residiv qilganda yoki davomiy o‘sganda, lekin invaziya chuqurligi va gistologik shakli o‘zgarmagan holatlarda ham takroran mahalliy kesib olish **tavsiya etiladi**. [16, 17].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izoh:** Ushbu guruhga og‘ir darajadagi anal epiteliy displaziyasiga ega bo‘lgan bemorlar (HSIL, oldingi terminologiyada – anal intraepitelial neoplaziya II–III darajasi), intraepitelial adenokarsinoma (Pedjet kasalligi), intraepitelial yassi hujayrali saraton (Bouen kasalligi) kiradi.

## **9.3. Perianal terisi va anal cheti erta saratoni T1N0M0**

Perianal terisi va anal cheti saraton kasalligining erta bosqichi (T1N0M0) bo‘lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida mahalliy kesib olish **tavsiya etiladi**, lekin faqat rezeksiya chegaralarini kamida 1 sm masofada ta‘minlash imkoniyati mavjud bo‘lganda hamda o‘sma yuqori yoki o‘rtacha darajada differensiyalangan bo‘lganda. [18, 19].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izohlar:** Ushbu guruhning o‘ziga xosligi — qulay prognozga egaligidir (5 yillik yashovchanlik 90%dan yuqori). Birinchi navbatda, a‘zo saqlovchi davolash usullari ko‘rib chiqilishi kerak. Agar rezeksiya chegarasini 1 sm masofada ta‘minlash imkoniyati mavjud bo‘lsa, o‘sma yuqori yoki o‘rtacha darajada differensiyalangan bo‘lsa (perianal terisi saratonli bemorlarning aksariyatida o‘smaning yuqori darajadagi differensiyasi kuzatiladi) va sfinkter apparatiga invaziya yo‘q bo‘lsa, anal cheti va perianal terisi saratonli bemorlarda jarrohlik davolash mahalliy kesib olish hajmida o‘tkaziladi. Mahalliy kesib olish mezonlariga javob bermaydigan bemorlarga T2N0-2M0 bosqichli kasallikdagi kabi ximionur terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. Ayrim holatlarda, onkologik konsilium qaroriga ko‘ra, perianal terisi saraton kasalligi (T2N0M0) bo‘lgan bemorlarda xirurgik davolash o‘tkazilishi mumkin, lekin bunda rezeksiya chegarasini

*kamida 1 sm masofada ta'minlash va o'smaning yuqori yoki o'rtacha darajada differensiyalangan bo'lishi shart.*

#### **9.4. Anal kanali saratoni T1-2N0-2M0, anal cheti yoki perianal terisi T1-2N1-2M0, T2N0M0**

Anal kanali saraton kasalligi (T1-2N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo'lgan bemorlarga asosiy davolash usuli sifatida nur terapiyasi o'tkazish **tavsiya etiladi**. Birlamchi o'sma va regionar metastaz zonasiga ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–42 Gr, Birlamchi o'smaga qo'shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 6–10 Gr (umumiy SOD 48–52 Gr). Nur terapiyasi ximioterapiya bilan birga o'tkaziladi: Pirimidin analoglari (#ftorurasil\*\*) – 1000 mg/m<sup>2</sup> vena ichi 1–4 va 29–32-ko'nlar. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida qo'llaniladi. [20–22].

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

**Izohlar:** *Ximioterapiyaning nur terapiyasi fonidagi optimal rejimi III faza ACT II va RTOG 98-11 tarixiy tadqiqotlari asosida aniqlangan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>). Keyinchalik, nur terapiyasining dozalari yangi uskunalar va nur terapiya texnologiyalari paydo bo'lishi bilan moslashtirilgan [10]. Njmetastatik yassi hujayrali anal kanali saraton kasalligi bo'lgan barcha bemorlarda ximionur terapiya asosiy davolash usuli sifatida qaralishi kerak. Agar barcha mumkin bo'lgan davolash sxemalaridagi ximio preparatlarni qo'llash uchun hujjatlashtirilgan ob'ektiv qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, faqat nur terapiyasini o'tkazish mumkin. Texnikaviy imkoniyat mavjud bo'lganda, mintaqaviy limfa tugunlari zararlanmagan bemorlarda bustni ichki (vnutripolostnoy) nur terapiyasi orqali o'tkazish mumkin (ROD 3 Gr, SOD 18 Gr). Induksion (ximionur terapiyagacha) yoki ad'yuvant (ximionur terapiyadan keyin) ximioterapiya o'tkazish yashovchanlik ko'rsatkichlarini yaxshilamaydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).*

Anal kanali saraton kasalligi (T1-2N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo'lgan bemorlarda alternativ ximionur terapiya rejimi sifatida quyidagi usul tavsiya etiladi: Nur terapiyasi: Birlamchi o'sma va mintaqaviy metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–42 Gr. Birlamchi o'smaga qo'shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 6–10 Gr. Umumiy SOD 48–52 Gr. Ximioterapiya: #Kapesitabin\*\* – 825 mg/m<sup>2</sup> kuniga 2 marta per os nur terapiya kunlarida. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-ko'nida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

#### **9.5. Anal kanali, anal cheti va perianal terisi saratoni T3-4N0-2M0**

Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T3-4N0-2M0) bo‘lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida quyidagi ximionur terapiya rejimi **tavsiya etiladi**: Nur terapiyasi: Birlamchi o‘sma va regionar metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 45–46 Gr. Birlamchi o‘sma va zararlangan limfa tugunlariga qo‘shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 10–16 Gr. Umumiy SOD 54–60 Gr. Ximioterapiya: #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup> vena ichi 1–4 va 29–32-kunlar. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi. [10, 12].

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

**Izohlar:** Ushbu kategoriyadagi bemorlarga faqat ximionur terapiya o‘tkazilishi mumkin. Xirurgik davolash faqat to‘liq davolash kursi tugatilgandan keyin qoldiq o‘sma mavjud bo‘lgan hollarda yoki o‘sma kuchli qon ketishi bilan qiyinlashgan hollarda amalga oshiriladi. Ximionur terapiya samaradorligi kasallikning aniq tarqalishiga qarab, 60–80% bemorlarda o‘smaning to‘liq regressiyasi kuzatilishi kutilmoqda. Optimal ximionur terapiya rejimi III faza ACT II va RTOG 98-11 tadqiqotlari (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>) asosida aniqlangan. Keyinchalik nur terapiya dozalari yangi uskunalar va nur terapiya texnologiyalari paydo bo‘lishi bilan moslashtirilgan [50]. #Mitomisin\*\*ga qarshi ko‘rsatma yoki boshqa hujjatlashtirilgan ob‘ektiv sabablar mavjud bo‘lganda, #mitomisin\*\* 60 mg/m<sup>2</sup> (vena ichi, 1 va 29-kunlar) #sisplatin\*\* bilan almashtirilishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).

Anal kanali saraton kasalligi (T3-4N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo‘lgan bemorlarda alternativ ximionur terapiya rejimi sifatida quyidagi usul **tavsiya etiladi**: Nur terapiyasi: Birlamchi o‘sma va mintaqaviy metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 44–45 Gr. Birlamchi o‘smaga qo‘shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 10–16 Gr. Umumiy SOD 54–60 Gr. Ximioterapiya: #Kapesitabin\*\* – 825 mg/m<sup>2</sup> kuniga 2 marta per os nur terapiya kunlarida. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

## **9.6. Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1)**

Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1) bo‘lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida palliativ ximioterapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi** (batafsil «Ximioterapiya o‘tkazish prinsiplari» bo‘limida keltirilgan). Qo‘shimcha yondashuvlar: Ximionur terapiya onkologik konsilium qaroriga ko‘ra o‘tkazilishi mumkin, agar: Og‘riq sindromini kamaytirish yoki ,irlamchi o‘smaning o‘sishini nazorat qilish zarur bo‘lsa. Bu holatda, njmetastatik shakllardagi davolash

tamoyillariga mos yondashuvlar qoʻllaniladi.  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

**Izoh:** *Metastatik anal kanali saraton kasalligida ximionur terapiyaning yashovchanlikka ta'siri haqida aniq ma'lumotlar mavjud emas. Biroq, ushbu davolash usuli jg'riq sindromini samarali kamaytirish, ,irlamchi o'sma bilan bog'liq boshqa simptomlarni nazorat qilish imkonini beradi.*

## **6.5. Keyingi olib borish [66]:**

### **Kuzatuv:**

#### **Kuzatuv rejimi:**

- Birinchi yil – har 3 oyda 1 marta.
- Ikkinchi yil – har 6 oyda 1 marta.
- Keyingi yillarda, umrbod – har yili 1 marta.

#### **Tekshiruvlar koʻlami:**

- fizikal;
- laborator – QUT, QBT, PUT, koagulogramma;
- rektoskopiya;
- irrigoskopiya (koʻrsatmalarga koʻra);
- fibrokolonoskopiya (koʻrsatmalarga koʻra);
- qorin boʻshligʻi, qorin parda orti ultratovush tekshiruvi;
- koʻkrak qafasi a'zolari obzor rentgenografiyasi (1 proeksiya);
- qorin boʻshligʻi va qorin parda orti MRT, KTsi (koʻrsatmalarga koʻra);
- PET (koʻrsatmalarga koʻra);
- Boshqa tekshiruv usullari (ekskretor urografiya, FEGDS va boshq.) mutahassislar koʻrigi (ginekolog, urolog va boshq.) koʻrsatmalarga koʻra.

## **7. Davo samaradorligi indikatorlari:**

**Davolash samaradorligi va diagnostika hamda davolash usullarining xavfsizlik indikatorlari.**

- Asoratlarning mavjud boʻlmagan holda va jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi sharti bilan qoniqarli holat.

- Klinik va/yoki vizualizasiya usullari orqali olingan ma'lumotlarga ko'ra jarayonning progressiya belgilarining yo'qligi, shuningdek, bemor hayot sifatining yaxshilanishi.

#### **Davolash samaradorligi mezonlari:**

- **To'liq effekt** – barcha zararlangan o'choqlarning yo'qolishi va kamida 4 hafta davomida qayta paydo bo'lmasligi.
- **Qisman effekt** – barcha yoki ayrim o'smalarning 50% yoki undan ko'proq kichrayishi, boshqa o'choqlarda progressiya kuzatilmasligi.
- **Stabilizasiya** (o'zgarishsiz holat) – o'smalarning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam o'sishi, yangi zararlangan o'choqlar paydo bo'lmasligi.
- **Progressiya** – bir yoki bir nechta o'smalarning 25% dan ko'proq kattalashishi yoki yangi zararlangan o'choqlarning paydo bo'lishi.

**«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL  
TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

- - XKT kod (lar) i:

<b>XKT-10:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
<b>C21</b>	<b>Orqa chiqaruv teshigi (anus) va anal kanal xavfli o‘smalari</b>
C21.0	– Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali tashqi chiqaruv teshigi xavfli o‘smalari
C21.1	– Anal kanal xavfli o‘smalari
C21.2	– Kloakogen soha xavfli o‘smalari
C21.8	– Yuqorida ko‘rsatilgan bir yoki bir nechli lokalizatsiyadan tashqari to‘g‘ri ichak, orqa siqaruv teshigi (anus), anal kanali xavfli o‘smalari
<b>C44</b>	<b>Terining boshqa xavfli o‘smalari</b>
C44.5	– Tana terisining boshqa (anal cheti va perianal terisi) xavfli o‘smalari
* Teri saratoni perianal sohada joylashganida diagnostika va davolash tamoyillari anal kanali yassi hujayrali saratonidagi tamoyillarga o‘xshash bo‘lib, bu mazkur nozologiyalarni yagona klinik tavsiyalar doirasida ko‘rib chiqish imkonini beradi.	
Yuklash (KXT-10dan havola): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1123">https://mkb-10.com/index.php?pid=1123</a>	
<b>XKT-11:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
2E64.2	Anus chetida yoki perianal soha terisidagi karsinoma in situ
2C00	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali xavfli hosilalari
2C00.0	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali adenokarsinomasi
2C00.1	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali melanomasi
2C00.2	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali neyroendokrin hosilasi
2C00.3	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali yassi hujayrali saraton
2C00.Y	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining boshqa aniqlangan xavfli yangi hosilalari
2C00.Z	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining aniqlanmagan xavfli yangi hosilalari
Yuklash (KXT-11 dan havola): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## 1. Asosiy qism.

**Kirish (foydalanilgan manba'ga havola: [https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com)):**

**Anal kanali saratoni** – anorektal chiziqning yuqori cheti proksimal chegarasi, anoderma va perianal teri tutashgan joy esa distal chegarasi hisoblangan sohada paydo bo‘ladigan o‘σμα. Anus chetiga nisbatan distalroq joylashib, yupqalangan teridan yog‘ teri qismiga o‘tadigan hududgacha (KXT-10 kodi C44.5) rivojlanadigan yangi hosilalar (o‘smalar) perianal teri o‘smalari sifatida tasniflanadi. Asosan ano-kutan chiziq sohasini qamrab olib, anal kanaliga katta darajada tarqalmaydigan yangi hosilalar esa anus cheti saratoni deb tasniflanadi. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

Xalqaro saratonni o‘rganish agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda anal kanali saratonining jami 54 306 ta holati aniqlangan va 22 035 kishi ushbu kasallikdan vafot etgan

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

Anal kanali saratoni asosiy populyasiyada etarlicha kam uchraydigan kasallik bo‘lib, dunyo bo‘yicha o‘rtacha ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holat to‘g‘ri keladi, boshqa ma'lumotlarga ko‘ra esa anorektal zonadagi xavfli o‘smalarning jami soniga nisbatan 6% dan oshmaydi. Mutaxassislarining baholashicha, bu kasallikning tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda o‘shida bo‘lib, har yili 27 mingta yangi holat qayd etilishi kutilmoqda (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Dunyoning turli mintaqalarida bu kasallikning uchrash tezligi 100 ming aholiga 0,2 dan 0,9 holatgacha o‘zgarib turadi, erkaklar va ayollar o‘rtasidagi nisbat turli manbalarga ko‘ra 1:2 dan 1:7 gacha (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Industrial rivojlangan davlatlarda bu ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holatga yaqinlashib, AQShda har yili taxminan 3,5 mingta anal kanali saratoni holati qayd etiladi. Osiyo va Sharq mamlakatlarida bu kasallik juda kam uchraydi, bemorlarning o‘rtacha yoshi 50 yoshni tashkil etsa, Evropada bu ko‘rsatkich 63 yoshga teng (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Shuningdek, Evropada ushbu kasallikka chalinganlar orasida ayollar ustunlik qilgan bo‘lib, ularning nisbati 1:3 yoki hatto 1:6 ga etadi.

Anal kanali saratonining rivojlanishi onkogen tipdagi (16, 18 va boshqalar) odam papilloma virusini (OPV) tashuvchilik bilan bog‘liq deb hisoblanadi. Virusga chalinish va uning populyasiyada tarqalish mexanizmi asosan anus orqali jinsiy aloqa yo‘li bilan yuzaga keladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Hozirgi paytda OPV insonning anogenital saratoni rivojlanishida etiologik omil sifatida ko‘rib chiqilmoqda. So‘nggi o‘n yilliklarda ushbu saraton turining tarqalishi tez sur‘atlar bilan o‘smoqda, ayniqsa, noan'anaviy jinsiy yo‘nalishga ega erkaklar va odam immunitet tanqisligi virusi (OITV) bilan zararlangan shaxslar guruhida. Anus saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi gomoseksuallar va OITV-infeksiyalangan bemorlarda dunyo bo‘yicha bachadon bo‘yni saratonining eng yuqori ko‘rsatkichlaridan uch barobar ortiqdir (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Asosiy populyasiyada ushbu saraton turi nisbatan kam uchraydi, ammo so‘nggi 30 yil ichida 1 million aholiga 10 tadan

20 tagacha holatga oshgan. Eng yuqori kasallanish holatlari IPV bilan zararlangan ayollar, hayoti davomida ko‘plab va tez-tez almashuvchi jinsiy sheriklarga ega bo‘lgan shaxslar, genital so‘grakli bemorlar, chekish odatiga ega bo‘lganlar, reseptiv anus jinsiy aloqada bo‘lganlar va OITV-infeksiyalangan shaxslar bilan bog‘liqdir. Shu sababli, etiologik nuqtai nazardan, anal kanali saratoni oshqozon-ichak tizimi o‘smalaridan ko‘ra ayol jinsiy a'zolarining xavfli o‘smalari bilan ko‘proq o‘xshashlikka ega (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Yakka yashovchi erkaklar orasida anal kanali saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi uylangan erkaklarga nisbatan 6 barobar yuqori, 35 yoshgacha bo‘lgan populyasiyada esa ushbu kasallik ayollarga qaraganda erkaklarda ko‘proq uchraydi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Bemorlarning o‘rtacha yoshi 60 yoshni tashkil etadi. Umuman olganda, ayollar bemorlar orasida ustunlik qilgan bo‘lib, ularning erkaklarga nisbati 7:1 ga teng (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

RIOvaRIATMning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, anal kanali saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga 0,1 holatni tashkil etdi. 2023 yilda anal kanali saratoni birinchi marta 41 bemorda aniqlangan. Ulardan 9,8% holat profilaktik ko‘riklar davomida faol ravishda aniqlangan. Anal kanali saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 85,4% ni tashkil etgan. Bemorlarning 4,9% da kasallik I bosqichda, 39,0% da II bosqichda, 34,1% da III bosqichda va 14,6% da IV bosqichda aniqlangan. Shuningdek, 7,3% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo‘lmagan. 2025 yil boshida anal kanali saratoni bilan 293 bemor dispanser nazoratida bo‘lib, kasallanish 100 ming aholiga 0,8 ni tashkil qilgan. Anal kanali saratonida 5 yillik yashovchanlik respublika bo‘yicha 32,8% ni, 1 yillik letallik esa 7,0% ni tashkil etadi. 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida anal kanali saratonidan 29 bemor vafot etgan bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi 100 ming aholiga 0,1 ga teng.

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

### **1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:**

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

### **2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:**

- bemorning og‘ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasallik;

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

### 3) Muolaja yoki aralashuvga ko‘rsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi anal kanali, anal cheti, perianal teri saratonining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan so‘ng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan o‘choqsiz) o‘smaning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdig‘ining yo‘qligi, ammo anal kanali, anal cheti, perianal teri saratonining asosiy o‘chog‘ining gistologik tekshiruvi mavjudligi.

#### **Kimyo va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi o‘tkaziladi:**

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

### **3.1. Jarrohlik davosi tamoyillari**

#### **3.1.1. Jarrohlik davolashga ko‘rsatmalar**

Xirurgik davolash faqat ximionur terapiyadan keyin o‘smaning residivi yoki davomiy o‘sishi kuzatilgan bemorlarda **tavsiya etiladi**, lekin ximionur terapiya tugatilgandan kamida 26–29 hafta o‘tgach amalga oshirilishi lozim. Bu esa o‘smaning davolashga to‘liq morfologik javobi mavjud bo‘lgan bemorlarda jarrohlik amaliyoti o‘tkazilish holatlarini kamaytirish maqsadida tavsiya etiladi. [12, 13].

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

**Izohlar:** *Operasiya o'tkazish masalasini hal qilish anal kanali yassi hujayrali saratonli bemorlarni davolashdagi eng murakkab masalalardan biri hisoblanadi. Chandiq va nurlantirishdan keyingi to'qima o'zgarishlari, ayniqsa, yirik yangi o'smalarni davolashdan so'ng, ko'p hollarda qoldiq o'smani taqlid qilishi mumkin. Operasiya o'tkazish masalasini hal qilish muddati ximionur terapiya tugatilgandan keyin 26 hafta (yoki 6 oy) deb belgilangan bo'lib, bu muddat 26 hafta kutiladigan holatlarda to'liq javobga erishish ehtimoli 11 hafta kutiladigan holatlarga nisbatan yuqoriroq ekanligi haqidagi ma'lumotlar bilan asoslanadi. Shuningdek, davolashga to'liq javob faqat uzoqroq kuzatuv davomida kuzatilgan holatlar ham ta'riflangan [14, 15]. Shu sababli, ayrim holatlarda, multidissiplinar jamoa qarori bilan bu muddat uzaytirilishi mumkin. 26 haftagacha operasiya haqida qaror qabul qilish faqat istisno holatlarda mumkin. Bunday holatlar qatoriga klinik tavsiyalarga rioya qilinmagan holda ximionur terapiya to'liq o'tkazilmagan bemorlar, yoki boshlang'ich o'sma bosqichi T4 yoki undan yuqori bo'lgan bemorlar kiradi. Bunday qaror onkologik konsilium qaroriga asosan va ob'ektiv tekshiruv usullari orqali o'sma jarayonining progressiyasi tasdiqlangan taqdirdagina qabul qilinishi mumkin.*

Jarrohlik davolash zarurligini hal qilishda anal kanali yassi hujayrali saratonning residivi/davomiy o'sishini aniqlash uchun quyidagi tashxis mezonlaridan foydalanish **tavsiya etiladi:** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>):

residiv/davomiy o'sish o'smasining morfologik tasdig'i, yoki

kichik chanoqning ikki marta ketma-ket MRTsi/endorektal UTT o'tkazilishida (kamidan 4 haftalik interval bilan) qoldiq o'smaning o'sishi, yoki

kichik chanoq MRT ma'lumotlari + multidissiplinar jamoaning qoldiq o'sma mavjudligi haqidagi qarori.

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

Xirurgik davolashning birinchi bosqichida faqat konservativ usullar bilan to'xtatib bo'lmaydigan, hayot uchun xavfli o'smadan qon ketishi mavjud bo'lgan bemorlarga amaliyot o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

### **3.1.2. Jarrohlik davosi ko'lamini**

Anal kanali o'smasi bilan bog'liq o'tkir ichak tutilishi va/yoki rektovaginal/tashqi ichak yiring oqmasi mavjud bo'lgan bemorlarda davolashning birinchi bosqichida yuklamani kamaytirish maqsadida ikki stvolli transverzostoma shakllantirish va

keyinchalik ximionur terapiya o'tkazish **tavsiya etiladi.**  
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

Residiv/davomiy o'sish bilan bog'liq jarrohlik davolashda R0-rezeksiyani amalga oshirish ehtimolini oshirish maqsadida silindrik (ekstralevator) to'g'ri ichakning qorin-oraliq ekstirpasiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi.**  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

Residiv/davomiy o'sish bilan bog'liq jarrohlik davolashda, agar anal kanali saraton kasalligi chov limfa tugunlariga ta'sir etgan bo'lsa, zararlangan tomonda Dyuken amaliyotini asosiy davolash usuli sifatida o'tkazish **tavsiya etiladi.**  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Anal kanali saraton kasalligi bilan bog'liq residiv/davomiy o'sish holatida jarrohlik davolash o'tkazilayotganda, tos limfa tugunlarida o'sma mavjud bo'lgan bemorlarda zararlangan tomonda tos limfadisseksiyasini yoki ikki tomonlama tos limfadisseksiyasini asosiy davolash usuli sifatida o'tkazish **tavsiya etiladi.**  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

### **3.2. Anal kanal, anal cheti yoki perianal teri intraepitelial saratoni (TisN0M0)**

Intraepitelial anal kanali saraton kasalligi, anal cheti yoki perianal terisi (TisN0M0) bo'lgan bemorlarga asosiy davolash usuli sifatida mahalliy kesib olish o'tkazish **tavsiya etiladi.** Ushbu shakldagi yangi hosilalar residiv qilganda yoki davomiy o'sganda, lekin invaziya chuqurligi va gistologik shakli o'zgarmagan holatlarda ham takroran mahalliy kesib olish **tavsiya etiladi.** [16, 17].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izoh:** Ushbu guruhga og'ir darajadagi anal epiteliy displaziyasiga ega bo'lgan bemorlar (HSIL, oldingi terminologiyada – anal intraepitelial neoplaziya II–III darajasi), intraepitelial adenokarsinoma (Pedjet kasalligi), intraepitelial yassi hujayrali saraton (Bouen kasalligi) kiradi.

### **3.3. Perianal terisi va anal cheti erta saratoni T1N0M0**

Perianal terisi va anal cheti saraton kasalligining erta bosqichi (T1N0M0) bo'lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida mahalliy kesib olish **tavsiya etiladi,** lekin faqat

rezeksiya chegaralarini kamida 1 sm masofada ta'minlash imkoniyati mavjud bo'lganda hamda o'sma yuqori yoki o'rtacha darajada differensiyalangan bo'lganda. [18, 19].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izohlar:** Ushbu guruhning o'ziga xosligi — qulay prognozga egaligidir (5 yillik yashovchanlik 90%dan yuqori). Birinchi navbatda, a'zo saqlovchi davolash usullari ko'rib chiqilishi kerak. Agar rezeksiya chegarasini 1 sm masofada ta'minlash imkoniyati mavjud bo'lsa, o'sma yuqori yoki o'rtacha darajada differensiyalangan bo'lsa (perianal terisi saratonli bemorlarning aksariyatida o'smaning yuqori darajadagi differensiyasi kuzatiladi) va sfinkter apparatiga invaziya yo'q bo'lsa, anal cheti va perianal terisi saratonli bemorlarda jarrohlik davolash mahalliy kesib olish hajmida o'tkaziladi. Mahalliy kesib olish mezonlariga javob bermaydigan bemorlarga T2N0-2M0 bosqichli kasallikdagi kabi ximionur terapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Ayrim holatlarda, onkologik konsilium qaroriga ko'ra, perianal terisi saraton kasalligi (T2N0M0) bo'lgan bemorlarda xirurgik davolash o'tkazilishi mumkin, lekin bunda rezeksiya chegarasini kamida 1 sm masofada ta'minlash va o'smaning yuqori yoki o'rtacha darajada differensiyalangan bo'lishi shart.

### **3.4. Anal kanali saratoni T1-2N0-2M0, anal cheti yoki perianal terisi T1-2N1-2M0, T2N0M0**

Anal kanali saraton kasalligi (T1-2N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo'lgan bemorlarga asosiy davolash usuli sifatida nur terapiyasi o'tkazish **tavsiya etiladi**. Birlamchi o'sma va regional metastaz zonasiga ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–42 Gr, Birlamchi o'smaga qo'shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 6–10 Gr (umumiy SOD 48–52 Gr). Nur terapiyasi ximioterapiya bilan birga o'tkaziladi: Pirimidin analoglari (#ftorurasil\*\*) – 1000 mg/m<sup>2</sup> vena ichi 1–4 va 29–32-ko'nlar. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida qo'llaniladi. [20–22].

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

**Izohlar:** Ximioterapiyaning nur terapiyasi fonidagi optimal rejimi III faza ACT II va RTOG 98-11 tarixiy tadqiqotlari asosida aniqlangan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>). Keyinchalik, nur terapiyasining dozalari yangi uskunalari va nur terapiya texnologiyalari paydo bo'lishi bilan moslashtirilgan [10]. Njmetastatik yassi hujayrali anal kanali saraton kasalligi bo'lgan barcha bemorlarda ximionur terapiya asosiy davolash usuli sifatida qaralishi kerak. Agar barcha mumkin bo'lgan davolash sxemalaridagi ximio preparatlarni qo'llash uchun hujjatlashtirilgan ob'ektiv qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, faqat nur terapiyasini o'tkazish mumkin. Texnikaviy imkoniyat mavjud bo'lganda, mintaqaviy limfa tugunlari

zararlanmagan bemorlarda bustni ichki (vnutripolostnoy) nur terapiyasi orqali o'tkazish mumkin (ROD 3 Gr, SOD 18 Gr). Induksion (ximionur terapiyagacha) yoki ad'yuvant (ximionur terapiyadan keyin) ximioterapiya o'tkazish yashovchanlik ko'rsatkichlarini yaxshilamaydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).

Anal kanali saraton kasalligi (T1-2N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo'lgan bemorlarda alternativ ximionur terapiya rejimi sifatida quyidagi usul tavsiya etiladi: Nur terapiyasi: Birlamchi o'sma va mintaqaviy metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–42 Gr. Birlamchi o'smaga qo'shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 6–10 Gr. Umumiy SOD 48–52 Gr. Ximioterapiya: #Kapesitabin\*\* – 825 mg/m<sup>2</sup> kuniga 2 marta per os nur terapiya kunlarida. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-ko'nida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

### **3.5. Anal kanali, anal cheti va perianal terisi saratoni T3-4N0-2M0**

Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T3-4N0-2M0) bo'lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida quyidagi ximionur terapiya rejimi **tavsiya etiladi**: Nur terapiyasi: Birlamchi o'sma va regional metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 45–46 Gr. Birlamchi o'sma va zararlangan limfa tugunlariga qo'shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 10–16 Gr. Umumiy SOD 54–60 Gr. Ximioterapiya: #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup> vena ichi 1–4 va 29–32-kunlar. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi. [10, 12].

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

**Izohlar:** Ushbu kategoriyadagi bemorlarga faqat ximionur terapiya o'tkazilishi mumkin. Xirurgik davolash faqat to'liq davolash kursi tugatilgandan keyin qoldiq o'sma mavjud bo'lgan hollarda yoki o'sma kuchli qon ketishi bilan qiyinlashgan hollarda amalga oshiriladi. Ximionur terapiya samaradorligi kasallikning aniq tarqalishiga qarab, 60–80% bemorlarda o'smaning to'liq regressiyasi kuzatilishi kutilmoqda. Optimal ximionur terapiya rejimi III faza ACT II va RTOG 98-11 tadqiqotlari (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>) asosida aniqlangan. Keyinchalik nur terapiya dozalari yangi uskunalari va nur terapiya texnologiyalari paydo bo'lishi bilan moslashtirilgan [50]. #Mitomisin\*\*ga qarshi ko'rsatma yoki boshqa hujjatlashtirilgan ob'ektiv sabablar mavjud bo'lganda, #mitomisin\*\* 60 mg/m<sup>2</sup> (vena ichi, 1 va 29-kunlar) #sisplatin\*\* bilan almastirilishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035327/>).

Anal kanali saraton kasalligi (T3-4N0-2M0), anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (T1-2N1-2M0, T2N0M0) bo'lgan bemorlarda alternativ ximionur terapiya rejimi sifatida quyidagi usul **tavsiya etiladi**: Nur terapiyasi: Birlamchi o'sma va

mintaqaviy metastaz zonasiga: ROD 1,8–2 Gr, SOD 44–45 Gr. Birlamchi o‘smaga qo‘shimcha bust: ROD 1,8–2 Gr, SOD 10–16 Gr. Umumiy SOD 54–60 Gr. Ximioterapiya: #Kapesitabin\*\* – 825 mg/m<sup>2</sup> kuniga 2 marta per os nur terapiya kunlarida. #Mitomisin\*\* – 10 mg/m<sup>2</sup> vena ichi bolyus tarzida nur terapiyasining 1-kunida. Ushbu rejim asosiy davolash usuli sifatida tavsiya etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167226/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

### **3.6. Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1)**

Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1) bo‘lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida palliativ ximioterapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi** (batafsil «Ximioterapiya o‘tkazish prinsiplari» bo‘limida keltirilgan). Qo‘shimcha yondashuvlar: Ximionur terapiya onkologik konsilium qaroriga ko‘ra o‘tkazilishi mumkin, agar: Og‘riq sindromini kamaytirish yoki ,irlamchi o‘smaning o‘shishini nazorat qilish zarur bo‘lsa. Bu holatda, njmetastatik shakllardagi davolash tamoyillariga mos yondashuvlar qo‘llaniladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

**Izoh:** *Metastatik anal kanali saraton kasalligida ximionur terapiyaning yashovchanlikka ta'siri haqida aniq ma'lumotlar mavjud emas. Biroq, ushbu davolash usuli jg‘riq sindromini samarali kamaytirish, ,irlamchi o‘sma bilan bog‘liq boshqa simptomlarni nazorat qilish imkonini beradi.*

### **7.1. Nur terapiya o‘tkazish tamoyillari**

Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi samaradorligini maksimal darajada oshirish maqsadida quyidagi tamoyillar qo‘llanilishi maqsadga muvofiq (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/>):

- 15) Distansion nur terapiyasi har kuni, fotonlar 6–18 MeV;
- 16) Optimal usul – uch o‘lchovli konformal nur terapiyasi (3DCRT) yoki modulirovangan intensivlik nur terapiyasi (IMRT);
- 17) Nur terapiyasiga topometrik tayyorgarlik KT va MRT tekshiruvlarini o‘z ichiga oladi, ularning davomiyligi davolash boshlanishidan oldin 30 kundan oshmasligi kerak. Keltirilgan ma'lumotlar asosida nurlantirish rejasi tuziladi;
- 18) Nurlantirish hajmi birlamchi o‘sma va regionar limfa tugunlarini o‘z ichiga oladi;

19) Nurlantirish hajmi regionar metastazlar hududiga presakral, pararektal, obturator, ichki iliyak, pastki qo'shmachasimon, chov limfa tugunlarini o'z ichiga olishi kerak;

20) Yuqori chegara – L5-S1 pozvonkalar darajasida;

21) Quyi chegara – birlamchi o'smaning distal chegarasidan 2,5 sm pastda;

22) Birinchi bosqichda nur terapiyasi ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–46 Gr birlamchi o'sma va regionar metastazlar hududiga o'tkaziladi;

23) Ikkinchi bosqichda boshlang'ich aniqlangan o'choqlarga bust o'tkaziladi;

24) Bust ROD 1,8–2 Gr bilan o'tkaziladi, SOD kasallikning boshlang'ich tarqalishiga qarab aniqlanadi (SOD 50–54 Gr T1–T2 da, SOD 56–60 Gr T3–T4 da);

25) Distansion nur terapiyasi 3D-planlashtirish bilan boshlanadi va konformal nur terapiyasi (3DCRT va uning variantlari) texnologiyasi bo'yicha amalga oshiriladi;

26) Nur terapiyasining aniq bajarilishini nazorat qilish portal vizualizasiya tizimi (OBI – on board imager) va konik rentgen nuri (CBCT – cone beam computed tomography) orqali ta'minlanadi;

27) Texnik imkoniyat mavjud bo'lganda protonlar/og'ir ionlar bilan 250 MeV energiyada distansion nur terapiyasi, proton tizimlaridan foydalangan holda qo'llanilishi mumkin;

28) Oligometastatik kasallikda multidissiplinar jamoa qaroriga ko'ra stereotaksik nur ta'siri qo'llanilishi mumkin.

- Texnik imkoniyat mavjud bo'lganda, davolashning nojo'ya ta'sirlari va majburiy tanaffuslar sonini kamaytirish maqsadida IMRT usulini yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida qo'llash **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *Yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida IMRT qo'llanilishi negematologik toksiklikni sezilarli darajada kamaytirish va davolash kursidagi majburiy tanaffuslar sonini qisqartirish imkonini beradi. Ayrim tadqiqotlarda (isbot darajasi past) ximionur terapiya jarayonida mahalliy gipertermiya qo'shilganida ehtimoliy ijobiy ta'sir kuzatilgan, biroq uni qo'llash rejimi, seanslar soni va davomiyligi standartlashtirilmagan.* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi profilaktik maqsadda o'tkazilganda, kasallik T va N parametrlari bosqichidan qat'i nazar, nurlantirish hajmiga chov limfa tugunlarini kiritish **tavsiya etiladi**.

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda davolash samaradorligini oshirish maqsadida ximionur terapiya kursini rejalashtirilgan tanaffuslarsiz o‘tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izoh:** *Ximionur terapiya davomida tanaffuslar qilish davolash samaradorligini ishonchli darajada pasaytiradi va ximionur terapiyadan so‘ng to‘liq javob ehtimolini kamaytiradi.*

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ximionur terapiya kursida tanaffuslar faqat RTOG (Qo‘shimcha G2) va/yoki NCI-CTCAE (Qo‘shimcha G3) shkalalari bo‘yicha III darajadan past bo‘lmagan asoratlar aniqlangan taqdirda o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Ximionur terapiya kursidagi tanaffuslar davolash samaradorligini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *III darajadan past bo‘lgan asoratlar konservativ yo‘l bilan bartaraf etilishi kerak, ular bemor hayoti uchun xavf tug‘dirmaydi va boshlang‘ich davolash rejasini o‘zgartirish sababi bo‘lishi kerak emas. Ushbu qoidalar xavfli o‘smalarni majmuaviy davolash usullari uchun umumiy qabul qilingan tamoyillar hisoblanadi va ularni klinik tadqiqotlar doirasida qo‘shimcha o‘rganish talab etilmaydi. Ximionur terapiya kursida majburiy tanaffusga sabab bo‘lgan asoratlarning turi va darajasi albatta hujjatlashtirilishi kerak. Ximionur terapiya kursida tanaffus qilish to‘g‘risida qaror qabul qilishdan oldin konservativ davolash choralari ko‘rilishi shart. Tanaffusga qaror faqat quyidagi hollarda qabul qilinishi mumkin: Adekvat yordamchi terapiyaga qaramay, asoratlar darajasini RTOG va/yoki NCI-CTCAE shkalalari bo‘yicha II darajaga yoki undan past darajaga tushirish imkoni bo‘lmagan holda; Bemor salomatligi uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri xavf mavjud bo‘lgan taqdirda.*

#### **4) muolaja va aralashuv o‘tkazayotgan mutahassisga talablar:**

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

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

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

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

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

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlil (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Yashirin qonga najas tahlili;
12. Onkomarkerlarga qon tahlili: AFP, REA, SA 242, SA19-9;
13. Rektoskopiya biopsiya bilan;
14. Total kolonoskopiya (fibroskoposkopiya);
15. Irrigoskopiya
16. Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
17. Kichik chanoq a'zolari MRTsi;
18. Qorin bo'shlig'ini va qorin parda ortini kontrastli MSKTsi;

19. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti va periferik limfa tugunlari);
20. Biopstatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) \*;
21. Biopstatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) \*
22. EKG;
23. ExoKKG;

**- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:**

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. SOVID-19 gi PZR;
3. Qonni kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
4. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
5. Standart sitogenetik tekshirish;
6. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
7. Prokalsitonin
8. Antitrombin III, D-dimer
9. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
10. Periferik qon IFTsi;
11. Standart –sitogenetik tekshirish;
12. Biopstatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)\*
13. Agar adenokarsinoma bilan bog'liq uzoq metastazlar tashxislangan yoki shubha qilingan bo'lsa, o'sma biopstatida RAS mutasiyasi (KRAS va NRAS genlarining 2–4 ekzonlari) tahlil qilinishi kerak..
14. O'sma (biopsiya va jarrohlikdan keyingi materiallar, shisha bloklar, suyuqliklar, erkin aylanayotgan o'sma DNK) molekulyar-genetik tadqiqotlari «instrumental tekshiruvlar» bo'limida ko'rsatilgan holatlarda shubha tug'ilganda o'tkazilishi kerak.;
15. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
16. UT-kolonoskopiya;
17. Me'da, 12 barmoq ichak va me'da osti bezini rentgenoskopik tekshiruv, kontrastlash bilan (ikki karra kontrastlash);
18. Ko'krak qafasi a'zolari MSKTsi;
19. Bosh, bo'yin va qorin bo'shlig'ini kontrastli KTsi;

- 20. Bosh miya MRTsi;
- 21. Spirografiya;
- 22. Burun yondosh bo'liqlari rentgenografiyasi;
- 23. Skelet suyaklarini skanirlash;
- 24. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- 25. Xolter – monitorlash bilan EKG
- 26. Butun tana PET/KTsi\*\*;

\* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

\*\* Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

## 6) Muolaja yoki aralashuvni o'tkazishga qo'yiladigan talablar:

### **Onkologik muassasaning jarrohlik (Onkokoloproktologiya) bo'limi faoliyatini tashkil etish qoidalari**

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

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo'limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo'limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo'limi), <1>;

- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimasiya bo‘limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operasion bo‘linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

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

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

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

### **Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalarini**

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojatxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;

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

#### **Nur terapiya o‘tkazish uchun:**

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

## **7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko‘rsatkichlari.**

Asoratlar mavjud bo‘lmagan holda va jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi sharti bilan qoniqarli holat.

- Klinik va/yoki vizualizasiya usullari orqali olingan ma'lumotlarga ko‘ra jarayonning progressiya belgilarining yo‘qligi, shuningdek, bemor hayot sifatining yaxshilanishi.
- "O‘smaning javobi" – o‘tkazilgan davolashdan so‘ng o‘smaning regressiyasi.

**To'liq effekt** – barcha zararlangan o'choqlarning yo'qolishi va kamida 4 hafta davomida qayta paydo bo'lmasligi.

**Qisman effekt** – barcha yoki ayrim o'smalarning 50% yoki undan ko'proq kichrayishi, boshqa o'choqlarda progressiya kuzatilmasligi.

**Stabilizasiya (o'zgarishsiz holat)** – o'smalarning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam o'sishi, yangi zararlangan o'choqlar paydo bo'lmasligi.

**Progressiya** – bir yoki bir nechta o'smalarning 25% dan ko'proq kattalashishi yoki yangi zararlangan o'choqlarning paydo bo'lishi.

- Residivsiz yashovchanlik (uch va besh yillik).
- Hayot sifatini baholash – ruhiy, emosional va ijtimoiy faoliyat bilan birga bemor jismoniy holatini ham o'z ichiga oladi.

**«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL  
TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA  
REABILITASIYA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

- - XKT kod (lar) i:

<b>XKT-10:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
<b>C21</b>	<b>Orqa chiqaruv teshigi (anus) va anal kanal xavfli o‘smalari</b>
C21.0	– Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali tashqi chiqaruv teshigi xavfli o‘smalari
C21.1	– Anal kanal xavfli o‘smalari
C21.2	– Kloakogen soha xavfli o‘smalari
C21.8	– Yuqorida ko‘rsatilgan bir yoki bir nechli lokalizatsiyadan tashqari to‘g‘ri ichak, orqa siqaruv teshigi (anus), anal kanali xavfli o‘smalari
<b>C44</b>	<b>Terining boshqa xavfli o‘smalari</b>
C44.5	– Tana terisining boshqa (anal cheti va perianal terisi) xavfli o‘smalari
* Teri saratoni perianal sohada joylashganida diagnostika va davolash tamoyillari anal kanali yassi hujayrali saratonidagi tamoyillarga o‘xshash bo‘lib, bu mazkur nozologiyalarni yagona klinik tavsiyalar doirasida ko‘rib chiqish imkonini beradi.	
Yuklash (KXT-10dan havola): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1123">https://mkb-10.com/index.php?pid=1123</a>	
<b>XKT-11:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
2E64.2	Anus chetida yoki perianal soha terisidagi karsinoma in situ
2C00	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali xavfli hosilalari
2C00.0	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali adenokarsinomasi
2C00.1	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali melanomasi
2C00.2	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali neyroendokrin hosilasi
2C00.3	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali yassi hujayrali saraton
2C00.Y	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining boshqa aniqlangan xavfli yangi hosilalari
2C00.Z	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining aniqlanmagan xavfli yangi hosilalari
Yuklash (KXT-11 dan havola): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## 1. Asosiy qism.

### 1) Kirish

**Anal kanali saratoni** – anorektal chiziqning yuqori cheti proksimal chegarasi, anoderma va perianal teri tutashgan joy esa distal chegarasi hisoblangan sohada paydo bo‘ladigan o‘σμα. Anus chetiga nisbatan distalroq joylashib, yupqalangan teridan yog‘ teri qismiga o‘tadigan hududgacha (KXT-10 kodi C44.5) rivojlanadigan yangi hosilalar (o‘smalar) perianal teri o‘smalari sifatida tasniflanadi. Asosan ano-kutan chiziq sohasini qamrab olib, anal kanaliga katta darajada tarqalmaydigan yangi hosilalar esa anus cheti saratoni deb tasniflanadi. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

Xalqaro saratonni o‘rganish agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda anal kanali saratonining jami 54 306 ta holati aniqlangan va 22 035 kishi ushbu kasallikdan vafot etgan ([https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=10](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=10)).

Anal kanali saratoni asosiy populyasiyada etarlicha kam uchraydigan kasallik bo‘lib, dunyo bo‘yicha o‘rtacha ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holat to‘g‘ri keladi, boshqa ma'lumotlarga ko‘ra esa anorektal zonadagi xavfli o‘smalarning jami soniga nisbatan 6% dan oshmaydi. Mutaxassislar baholashicha, bu kasallikning tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda o‘shida bo‘lib, har yili 27 mingta yangi holat qayd etilishi kutilmoqda (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Dunyoning turli mintaqalarida bu kasallikning uchrash tezligi 100 ming aholiga 0,2 dan 0,9 holatgacha o‘zgarib turadi, erkaklar va ayollar o‘rtasidagi nisbat turli manbalarga ko‘ra 1:2 dan 1:7 gacha (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Industrial rivojlangan davlatlarda bu ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holatga yaqinlashib, AQShda har yili taxminan 3,5 mingta anal kanali saratoni holati qayd etiladi. Osiyo va Sharq mamlakatlarida bu kasallik juda kam uchraydi, bemorlarning o‘rtacha yoshi 50 yoshni tashkil etsa, Evropada bu ko‘rsatkich 63 yoshga teng (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Shuningdek, Evropada ushbu kasallikka chalinganlar orasida ayollar ustunlik qilgan bo‘lib, ularning nisbati 1:3 yoki hatto 1:6 ga etadi.

Anal kanali saratonining rivojlanishi onkogen tipdagi (16, 18 va boshqalar) odam papilloma virusini (OPV) tashuvchilik bilan bog‘liq deb hisoblanadi. Virusga chalinish va uning populyasiyada tarqalish mexanizmi asosan anus orqali jinsiy aloqa yo‘li bilan yuzaga keladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Hozirgi paytda OPV insonning anogenital saratoni rivojlanishida etiologik omil sifatida ko‘rib chiqilmoqda. So‘nggi o‘n yilliklarda ushbu saraton turining tarqalishi tez sur‘atlar bilan o‘smoqda, ayniqsa, noan'anaviy jinsiy yo‘nalishga ega erkaklar va odam immunitet tanqisligi virusi (OITV) bilan zararlangan shaxslar guruhida. Anus saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi gomoseksuallar va OITV-infeksiyalangan bemorlarda dunyo bo‘yicha bachadon bo‘yni saratonining eng yuqori ko‘rsatkichlaridan uch barobar ortiqdir (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Asosiy populyasiyada ushbu saraton turi nisbatan kam uchraydi, ammo so‘nggi 30 yil ichida 1 million aholiga 10 tadan

20 tagacha holatga oshgan. Eng yuqori kasallanish holatlari IPV bilan zararlangan ayollar, hayoti davomida ko‘plab va tez-tez almashuvchi jinsiy sheriklarga ega bo‘lgan shaxslar, genital so‘grakli bemorlar, chekish odatiga ega bo‘lganlar, reseptiv anus jinsiy aloqada bo‘lganlar va OITV-infeksiyalangan shaxslar bilan bog‘liqdir. Shu sababli, etiologik nuqtai nazardan, anal kanali saratoni oshqozon-ichak tizimi o‘smalaridan ko‘ra ayol jinsiy a‘zolarining xavfli o‘smalari bilan ko‘proq o‘xshashlikka ega (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Yakka yashovchi erkaklar orasida anal kanali saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi uylangan erkaklarga nisbatan 6 barobar yuqori, 35 yoshgacha bo‘lgan populyasiyada esa ushbu kasallik ayollarga qaraganda erkaklarda ko‘proq uchraydi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Bemorlarning o‘rtacha yoshi 60 yoshni tashkil etadi. Umuman olganda, ayollar bemorlar orasida ustunlik qilgan bo‘lib, ularning erkaklarga nisbati 7:1 ga teng (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

RIOvaRIATMning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, anal kanali saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga 0,1 holatni tashkil etdi. 2023 yilda anal kanali saratoni birinchi marta 41 bemorda aniqlangan. Ulardan 9,8% holat profilaktik ko‘riklar davomida faol ravishda aniqlangan. Anal kanali saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 85,4% ni tashkil etgan. Bemorlarning 4,9% da kasallik I bosqichda, 39,0% da II bosqichda, 34,1% da III bosqichda va 14,6% da IV bosqichda aniqlangan. Shuningdek, 7,3% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo‘lmagan. 2025 yil boshida anal kanali saratoni bilan 293 bemor dispanser nazoratida bo‘lib, kasallanish 100 ming aholiga 0,8 ni tashkil qilgan. Anal kanali saratonida 5 yillik yashovchanlik respublika bo‘yicha 32,8% ni, 1 yillik letallik esa 7,0% ni tashkil etadi. 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida anal kanali saratonidan 29 bemor vafot etgan bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi 100 ming aholiga 0,1 ga teng.

## 2) Profilaktika yoki reabilitasiya tushunchasi

**Profilaktik tibbiyot** (manbani yuklab olish uchun havola: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) (profilaktologiya, *grech.* πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»[23] i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir[23] [24].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [25]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spesifik profilaktikasi ham mavjud[25].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yoʻnalishi hisoblanadi[23] [26] va sogʻliqni saqlashning yuqori holatini taʼminlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigienik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni oʻz ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyasiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [27], meʼmoriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari boʻyicha taʼlim [28] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bogʻliqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[29] [30].

Profilaktik chora-tadbirlar sogʻliqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi boʻlib, aholi oʻrtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sogʻlom turmush tarzini ragʻbatlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin boʻlgan oʻzgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni koʻrish orqali toʻliq sogʻlom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan koʻrib chiqiladi [31][32].

**Tibbiy reabilitasiya** (manbani yuklab olish uchun havola: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](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)) (lot. *rehabilitatio*, tiklash [36]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yoʻqolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sogʻlom boʻlish, jismoniy faollik, harakat erkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur maʼlumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali oʻzini oʻzi anglash [36][37][38].

Davolashdan farqli oʻlaroq, reabilitasiya tanadagi patologik jarayonning oʻtkir bosqichi boʻlmaganda amalga oshiriladi [38].

Tibbiy reabilitasiya reabilitasiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bogʻliq.

## 2.1. Profilaktika yoki reabilitasiya turlari.

Salomatlik holatiga, kasallik yoki ogʻir patologiya uchun xavf omillarining mavjudligiga qarab, profilaktikaning 3 turini koʻrib chiqish mumkin.

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta'sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinseksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi[35]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [35]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [34].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir [34].
3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to‘liq ishlash imkoniyatini yo‘qotgan bemorlarni reabilitasiya qilish bo‘yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o‘z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko‘nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitasiyasiga qaratilgan bo‘ladi [34].

**Prereabilitasiya** (prehabilitation) – tashxis qo‘yilgan paytdan boshlab davolash boshlanishigacha (jarrohlik davolash/kimyoterapiya/radioterapiya) reabilitasiya.

**Reabilitasiyaning I bosqichi** – asosiy kasallikning profiliga muvofiq tibbiy tashkilotlarning bo‘limlarida asosiy kasallikni ixtisoslashgan davosi (shu jumladan jarrohlik davolash / kimyoterapiya/ radioterapiya) davrida reabilitasiya qilishdir;

**Reabilitasiyaning II bosqichi** – tibbiy tashkilotlarning (reabilitasiya markazlari, reabilitasiya bo‘limlari) stasionar sharoitida, kasallikning erta tiklanish davrida, kech reabilitasiya davrida, kasallikning qoldiq belgilari davrida reabilitasiya.

**Reabilitasiyaning III bosqichi** – reabilitasiya, fizioterapiya, fizioterapiya, refleksologiya, qo‘lda terapiya, psixoterapiya, tibbiy psixologiya bo‘limlarida (kabinetlarda), nutq terapevtining (o‘qituvchi–defektolog) xonalari. ambulatoriya

sharoitida, kunduzgi shifoxonalarda, shuningdek uyga boruvchi brigadalar (shu jumladan sanatoriy-kurort tashkilotlari sharoitida) erta va kech reabilitasiya davrlarida, kasallikning qoldiq hodisalari davrida reabilitasiya.

## **2.2 Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o‘tkazish tamoyillari:**

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

Kolorektal saratonning oldini olish uchun hayot tarzini o‘zgartirish va muntazam skrining o‘tkazish tavsiya etiladi.

### **Hayot tarzini o‘zgartirish orqali kolorektal saratonni oldini olish choralari:**

- Meva va sabzavotlarni o‘z ichiga olgan sog‘lom ovqatlanishga o‘tish.
- Tamaki chekishdan voz kechish.
- Faol hayot tarzini olib borish.
- Spirtli ichimliklar iste'molini kamaytirish.
- Atrof-muhitning zararli omillariga ta'sirni cheklash.

Agar kolorektal saratondan shubha uyg‘onsa, zudlik bilan shifokorga murojaat qilish kerak. Kasallikni erta aniqlashning eng yaxshi usuli – skrining o‘tkazish. Davolash muvaffaqiyatli bo‘lishi uchun saratonni erta bosqichda aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, skrining nafaqat kolorektal saraton holatlarini kamaytirish, balki uning o‘lim ko‘rsatkichini ham pasaytirishga yordam beradi.

### **Axlat tahlillari – invaziv bo‘lmagan skrining usullari:**

- Axlatda yashirin qon tahlili (AKSK) – kolorektal saraton yoki poliplar mavjudligini aniqlashga yordam beradi. Axlatdan oz miqdorda namuna olinib, laboratoriyada tekshiriladi. Agar qon yoki boshqa patologik topilmalar aniqlansa, qo‘shimcha diagnostika usullari, masalan, kolonoskopiya tavsiya etiladi.
- Axlat tahlillari – qulay va xavfsiz skrining usuli bo‘lib, ular saratonni erta bosqichda aniqlash yoki predsaraton poliplarini topishga yordam beradi.

### **Genetik omillar va skrining:**

Oilaviy kolorektal saraton yoki ma'lum genetik kasalliklarga ega shaxslar uchun genetik konsultasiya va test o‘tkazish xavfni baholash va zarur skrining choralari belgilashda foydali bo‘lishi mumkin.

### **Xavf omillari:**

### **Spirtli ichimliklar:**

Etil spirtining o‘zi kanserogen emas, ammo uning metaboliti **asetaldegid** kanserogen xususiyatga ega.

- Kunlik 45 g spirt iste'moli yo‘g‘on ichak saraton xavfini 45% ga, tog‘ri ichak saraton xavfini 49% ga oshiradi.
- Semirish bilan birga spirtli ichimliklarning ta'siri kolorektal saraton rivojlanish xavfini yanada oshiradi.

### **Qizil go‘sh, yog‘lar va uglevodlar:**

- Qizil go‘sh (govjush, qo‘y go‘sh, cho‘chqa go‘sh) iste'moli yo‘g‘on ichakda poliqlar rivojlanish xavfini oshiradi.
- Bu xavf go‘shni yuqori haroratda tayyorlash jarayonida kanserogen moddalar hosil bo‘lishi bilan bog‘liq.

### **Oziq-ovqat tolalari va kletchatka:**

- Kletchatkaga boy parhez kolorektal saraton xavfini kamaytiradi.
- Oziq-ovqat tolalari kanserogen moddalarni adsorbsiya qiladi, ichak kislotaligini pasaytiradi va ichakda yog‘ kislotalari almashinuvini o‘zgartiradi.

### **Vitaminlar va minerallar:**

- Vitamin D va kalsiy kolorektal saraton xavfini kamaytirishi mumkin.
- Foliy kislotasi va V6 vitamini etishmovchiligi DNK tiklanishi va antioksidant himoya tizimlarini buzishi mumkin, bu esa saraton xavfini oshiradi.
- Beta-karotin, A, C va E vitaminlari antikanserogen ta'sirga ega.

### **Tamaki chekish:**

- Har kuni 40 dona sigareta chekish kolorektal saraton xavfini 38% ga oshiradi.
- Tamaki chekish 40 yil davom etsa, xavf yana 20% ga oshib boradi.
- Tamaki chekishdan voz kechish saraton rivojlanish xavfini iznchal darajaga qaytarishi mumkin.

### **Jismoniy faollik va semirish:**

- Semirish giperinsulinemiya orqali saraton rivojlanish xavfini oshiradi.
- Jismoniy faol shaxslarda kolorektal saraton xavfi 20–30% kamroq.
- Haftada 3–4 soatlik piyoda yurish xavfni pasaytirishda etarli bo‘lishi mumkin.

### **Oilaviy anamnez va irsiyat:**

- Agar oila a'zolarida saraton aniqlangan bo‘lsa, xavf oshadi.
- Kolorektal saraton holatlarining 5%–30% irsiy sabablarga bog‘liq.

- Oilaviy adenomatoz polipoz, Linch sindromi kabi kasalliklar kolorektal saraton rivojlanishiga olib kelishi mumkin.
- Bunday hollarda tez-tez tibbiy kuzatuvlar o'tkazish tavsiya etiladi.

### **Ichak yallig'lanish kasalliklari:**

- Yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa yoshlikda paydo bo'lsa, kolorektal saraton rivojlanish xavfini oshiradi.
- Bunday bemorlar doimiy tibbiy nazoratda bo'lishi kerak.

### **Profilaktika yo'nalishlari:**

#### **1. Ovqatlanish tarzini o'zgartirish:**

- Qizil go'sht (vetchina, kolbasa va boshqalar) iste'molini kamaytirish yoki butunlay cheklash.
- Shakar iste'molini cheklash.
- Spirtli ichimliklardan voz kechish.
- Sabzavot, meva va oziq-ovqat tolalariga boy mahsulotlar (ko'pikli undan tayyorlangan non, pshenich yoki sulli otruba) iste'molini oshirish.
- Kalsiyga boy mahsulotlar (sut va sut mahsulotlari) iste'molini oshirish.
- Vitamin A, C, D iste'molini ko'paytirish.
- Kunda 3 stakandan ko'p qahva ichish onkologik kasalliklar xavfini pasaytira olishini ko'rsatuvchi tadqiqotlar mavjud.

#### **2. Hayot tarzini o'zgartirish:**

- Tamaki chekishdan voz kechish.
- Jismoniy faollikni oshirish.
- Muntazam tibbiy tekshiruvlardan o'tish.

### **Erta tashxis – muvaffaqiyatli davolash garovi**

Kolorektal saratonning kech aniqlanishi ko'p bemorlar uchun noqulay prognozni anglatadi. Agar kasallik erta bosqichda aniqlansa, jarrohlik yo'li bilan o'z vaqtida davolash tirik qolish imkoniyatini oshiradi.

### **3. Profilaktika va dispanser kuzatuvi, profilaktika usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar:**

- Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bo'yicha davolash tugatilgandan keyin quyidagi davriylik va kuzatuv usullariga rioya qilish **tavsiya etiladi**: ilk 1–2 yil davomida fizikal ko'rik va shikoyatlarni to'plash – har 3–6 oyda, jarrohlikdan so'ng

3–5 yil o‘tgach – har 6–12 oyda 1 marta. 5 yil va undan keyin kuzatuv tashriflari har yili yoki shikoyatlar paydo bo‘lganda o‘tkaziladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2035076/>).

### **Tekshiruvlar ko‘lami:**

#### **Asosiy tekshiruvlar**

- to‘g‘ri ichakning barmoq bilan tekshiruvi;
- anoskopiya;
- chov sohalarini palpasiya qilish;
- davolash tugatilgandan keyingi birinchi 2 yilda kichik chanoqning MRTsi;
- ayollar uchun akusher-ginekolog shifokori bilan maslahat (ginekologik ko‘rik);
- qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va chuv limfa tugunlarining UTTsi;
- ko‘krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi.

#### **Qo‘shimcha tekshiruv:**

- T3-4 o‘smalari bo‘lgan bemorlarni kuzatish zarur bo‘lganda yoki boshlang‘ich holda chuv/iliqson limfa tugunlarining zararlanishi mavjud bo‘lganda, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoqning MRT yoki KT-tadqiqoti;
- kichik chanoqning MRTni o‘tkazish imkoniyati bo‘lmaganda, tomir ichida kontrastlashtirish bilan kichik chanoqning KTsi;
- kichik chanoqning MRT o‘tkazib bo‘lmaganda yoki qo‘shimcha ravishda endorektal UTT;
- faqat palpasiya qilinadigan qoldiq o‘sma mavjud bo‘lgan hollarda biopsiya uchun material olish;
- davolashdan oldin boshlang‘ich oshgan holda, qondagi yassi hujayrali karsinoma antigeni (SCC) darajasini tadqiq qilish.

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

**Izohlar:** kuzatishning vazifasi – kasallikning progressiyasini erta aniqlash orqali xavfli o‘smaning qayta paydo bo‘lgan o‘choqlari, metastatik o‘choqlar va metaxron o‘smalarni rezektabel shaklda xirurgik yoki ximioterapiya bilan davolashni erta boshlashdir. Kimyoviy terapiyasi tugaganidan so‘ng kuzatuv jarayonida kichik chanoqning MRT xulosasida quyidagilar ko‘rsatilishi kerak:

- qoldiq o‘sma mavjudligi, agar u aniqlansa, uning o‘lchamlaridagi dinamik o‘zgarishlar avvalgi tadqiqot natijalari bilan solishtirilishi shart;

- o‘sma tuzilmasidagi fibroz o‘zgarishlar darajasi mrTRG tasnifiga muvofiq baholanishi lozim;
- agar boshlang‘ich holda mintaqaviy limfa tugunlari zararlangan bo‘lsa, avvalgi tadqiqot natijalari bilan solishtirilgan holda, ulardagi o‘zgarishlar to‘liq tavsiflanishi kerak;
- yangi, metastatik zararlanishga gumon qilingan limfa tugunlari aniqlangan taqdirda, ularni birlamchi stadiyalash qoidalariga muvofiq tavsiflash lozim..

## 4. Tibbiy reabilitasiya, reabilitasiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.:

### 4.1. Predreabilitasiya

- Barcha bemorlarga davolash asoratlari xavfini kamaytirish maqsadida predreabilitasiya o‘tkazishni ko‘rib chiqish tavsiya etiladi, bu o‘z ichiga jismoniy tayyorgarlik (LFK), psixologik va nutritiv qo‘llab-quvvatlash, shuningdek, bemorlarni xabardor qilishni qamrab oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086061/>).

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

**Izohlar:** *Predreabilitasiya o‘tkazish funksional tiklanishni tezlashtiradi, jarrohlikdan so‘ng stasionarda bo‘lish muddatini qisqartiradi va onkologik kasallikni davolash fonida asoratlar hamda o‘lim holatlari rivojlanish tezligini kamaytiradi.*

- Barcha bemorlarga jarrohlikdan 2 hafta oldin jismoniy faollikni oshirishning samaradorligini tushuntirish tavsiya etiladi, bu davolash asoratlari xavfini kamaytirishga yordam beradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28161527/>).

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

**Izohlar:** *Jismoniy faollikni oshirish jarrohlikdan keyingi davrda hayot sifatini yaxshilaydi va bemorga kundalik faoliyatga tezroq qaytish imkonini beradi. Kolorektal saraton bilan og‘rigan bemorlar uchun kompleks predreabilitasiya dasturi, o‘z ichiga uy sharoitida bajariladigan LFK mashg‘ulotlarini (o‘rtacha intensivlikdagi aerob va anaerob yuklamalarni o‘z ichiga olgan jismoniy mashqlar), nutritiv maslahatlarni va xavotir hamda depressiyani engish uchun psixolog bilan ishlashni qamrab oladi. Bu jarayon jarrohlikdan 28 kun oldin boshlanib, 8 hafta davomida davom ettiriladi va natijada jarrohlikdan keyingi davrda hayot sifati sezilarli darajada yaxshilanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25076007/>).*

*Psixologik qo‘llab-quvvatlash predreabilitasiya doirasida kayfiyatni yaxshilaydi, xavotir va depressiya darajasini pasaytiradi. Psixologik predreabilitasiyadan o‘tgan bemorlar jarrohlikdan keyin kundalik hayotga yaxshiroq moslashadi. Stress bilan ishlashga yo‘naltirilgan metodikalarni o‘z ichiga olgan psixologik predreabilitasiya (relaksasiya usullari, ijobiy kayfiyat shakllantirish) jarrohlikdan 5 kun oldin boshlanib, 30 kun*

davomida haftasiga 6 kun 40–60 daqiqa o‘tkaziladi va bu hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869228/>).

## 4.2. Jarrohlik davosida reabilitasiya

### 4.2.1. Jarrohlik davosida I bosqich reabilitasiya

- Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bo‘yicha jarrohlik davolash o‘tkaziladigan bemorlarda perioperasion asoratlarni xavfini kamaytirish maqsadida fast track rehabilitation ("tez yo‘l") yoki ERAS (rangi reabilitasiya) taktikasini qo‘llash tavsiya etiladi. Bu yondashuv quyidagilarni o‘z ichiga oladi: kompleks anesteziya va og‘riqsizlantirish, erta enteral oziqlantirish, zond va drenajlarni muntazam qo‘llashdan voz kechish, shuningdek, bemorlarni jarrohlikdan keyingi 1–2 kun ichida faollashtirish va tik turishini ta‘minlash. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24379639/>).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

***Izohlar:** Ushbu yondashuv jarrohlikdan keyingi erta asoratlarni xavfini va qayta gospitalizatsiyalar sonini oshirmaydi.*

- Jarrohlik davolash o‘tkaziladigan bemorlarda jarrohlikdan keyingi asoratlarni xavfini kamaytirish maqsadida uyg‘otuvchi spirometriyasini qo‘llash, krovatning bosh qismi 30° va undan yuqori ko‘tarilgan holda joylashtirish, nafas gimnastikasini erta boshlash va bemorlarni erta faollashtirish tavsiya etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20347742/>).

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

***Izohlar:** Keltirilgan chora-tadbirlar jarrohlikdan keyingi davrda nafas olish tizimi asoratlarning oldini olishga yordam beradi. Nafas gimnastikasi operatsiyadan so‘ng bemor ongi normallasishi bilan boshlanadi. Jarrohlikdan keyingi davrda nafas gimnastikasini o‘tkazish taktikasini bemor operatsiyagacha o‘rganishi kerak. Kolorektal saraton bo‘yicha jarrohlikdan so‘ng diafragmal nafas olish tavsiya etiladi, bu limfa sirkulyatsiyasini yaxshilashga va qo‘l barmoq nafas olish turiga xos ravishda etarlicha havo bilan to‘ldirilmaydigan o‘pkaning pastki bo‘limlarini ventilyatsiya qilishga yordam beradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28981596/>).*

- Anal kanali saratonli bemorlarda og‘riq sindromini davolash uchun jarrohlikdan keyingi davrda mejdissiplinar yondashuv **tavsiya etiladi**. Bu yondashuv dorivor korreksiyadan tashqari, jismoniy reabilitasiya (LFK), holatni to‘g‘rilash bilan davolash, og‘riqni psixologik korreksiya qilish usullari (relaksasiya), teri orqali elektrostimulyatsiya, akupunktura, massaj kabi usullarni o‘z ichiga olishi mumkin. Bu davolash samaradorligini oshirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan. [22].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

**Izohlar:** *Massaj katta kolorektal jarrohlik amaliyotlarini boshdan kechirgan bemorlarda erta jarrohlikdan keyingi davrda og‘riq sindromini davolashning xavfsiz va samarali usuli hisoblanadi. Uni qo‘llash og‘riq intensivligini, xavotir va tananing tarangligini kamaytirishga yordam beradi.*

#### **4.2.2. Jarrohlik davosida II bosqich reabilitasiya**

- Oldingi past rezeksiya sindromi rivojlangan bemorlarda uning davolash taktikasi optimallashtirish maqsadida anorektal manometriya va sfinkterometriyani o‘z ichiga olgan funksional tekshiruvdan so‘ng aniqlanishi tavsiya etiladi. (46).

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

- Siydik chiqarish buzilishlari va erektil disfunktsiya kuzatilgan hollarda, chanoq tubi mushaklarini mustahkamlashga qaratilgan mashqlar, Biofeedback-terapiya, tibial neyromodulyasiya, chanoq tubi va oraliq mushaklarini elektrostimulyasiya qilishni tayinlash masalasini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi. (47).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).

- Oyoqlarda limfedema rivojlangan hollarda uni davolash uchun quyidagi reabilitasion tadbirlarni o‘tkazish tavsiya etiladi: to‘liq qarshiquvush terapiyasini o‘tkazish, manual limfodrenaj, kompression trikotaj kiyish, davolash jismoniy tarbiya mashqlarini bajarish, terini parvarish qilish. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25741621/>).

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

#### **4.2.3. Jarrohlik davosida III bosqich reabilitasiya**

- Jarrohlik davolashdan so‘ng reabilitasiyani tezlashtirish, charchoqni kamaytirish va uyqu sifatini yaxshilash maqsadida bemorlarga davolash jismoniy tarbiya mashqlarini bajarish va jismoniy faollikni oshirish bo‘yicha tavsiyalar berish tavsiya etiladi, shu jumladan metastatik anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bo‘lgan bemorlar uchun ham. (48, 49).

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

**Izohlar:** *Jismoniy faollikni oshirish holsizlikni kamaytiradi, harakatchanlikni yaxshilaydi, depressiya darajasini pasaytiradi va hayot sifatini oshiradi.*

- Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bo‘lgan bemorlarda ximioterapiyaga ko‘rsatmalarni cheklash va quyosh nurlarida bo‘lishni taqiqlash tavsiya etilmaydi, chunki bu omillarning salbiy ta'siri haqida nashr etilgan ma'lumotlar mavjud emas. Shuningdek, bunday cheklovlar bemorlarning ruhiy holatiga ta'sir qilishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26315692/>).

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

**Izohlar:** Ushbu reabilitasiya usullarini qo'llash natijasida o'sma jarayonining progressiya xavfi oshishi haqida ma'lumotlar mavjud emas.

### 4.3. Kimyo terapiyada reabilitasiya

- Ximioterapiya davomida davolashning nojo'ya ta'sirlari va charchoq xavfini kamaytirish maqsadida davolash jismoniy tarbiya mashqlarini bajarish, diafragmal nafas olish va progressiv mushak relaksasiyasini o'z ichiga olgan relaksasiya usullarini qo'llash tavsiya etiladi. (50, 51).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

**Izohlar:** LFKning hajmi va intensivligi holsizlik darajasiga (engil, o'rtacha, og'ir) qarab individual tanlanadi. Umumiy holat yaxshilanganida LFK intensivligini oshirish mumkin. Aerob yuklamalar va kuch mashqlarini birgalikda qo'llash tavsiya etiladi.

- Reabilitasiyaning uchinchi bosqichida tiklanish jarayonini tezlashtirish va charchoqni kamaytirish maqsadida faol turmush tarzini olib borish va kolorektal saraton bo'yicha kompleks davolashdan so'ng davolash jismoniy tarbiya mashqlarini bajarish tavsiya etiladi. (40).

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

**Izohlar:** Residivli saraton bilan og'riqan bemorlarda davolash jismoniy tarbiya mashqlarini bajarish umumiy o'lim xavfini 29% ga kamaytiradi. Disseminasiyalangan o'sma jarayoni mavjud bemorlarda LFK va jismoniy faollik holsizlikni kamaytiradi, harakatchanlikni oshiradi, depressiya darajasini pasaytiradi va hayot sifatini yaxshilaydi.

### 4.4. Nur terapiyada reabilitasiya

- Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bilan og'riqan bemorlarda nur terapiyasi davomida davolashning nojo'ya ta'sirlarini kamaytirish maqsadida aerob yuklamalar va kuch mashqlarini o'z ichiga olgan LFK kompleksini qo'llash imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. (40).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

**Izohlar:** LFK kompleksini bajarish nur terapiyasi davomida suyak to'qimasi zichligini oshiradi va bemorning chidamliligini yaxshilaydi.

- Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bilan og'riqan va nur terapiyasini olayotgan bemorlarda nurli dermatitning oldini olish maqsadida past intensivli lazeroterapiyani qo'llash imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Past intensivli lazeroterapiya nur terapiyasi boshlanganidan 3 kun o'tgach, haftasiga 3 kun davomida o'tkaziladi. (52).

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

#### 4. Reabilitasiya bosqichi va ko‘lami:

Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bemorlari anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, andominal onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo‘lsa. Bemorlarni yiliga bir marta etarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish maqsadga muvofiqdir.

Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bilan og‘rigan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o‘z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko‘tara olishligi monitoringi, virusli kontamizasiya, kasallikning o‘zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og‘iz gigienasi, me‘da-ichak trakti, MIT organlari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni bilan og‘rigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro‘yxatdan o‘tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi.

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

#### 5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitasiya darajasini ko‘rsatadigan xolda tashxislash tadbirlari:

##### 1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:

- Trombositlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- Peshob umumiy tahlili;
- Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
- To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- anoskopiya;
- chov sohasi palpasiyasi;
- kichik chanoq MRTsi davo tugagandan so‘ng dastlabki 2 yil;

- shifokor-akusher-ginekolog ko‘rigi (ginekologik ko‘rik) ayollar uchun;
- qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq, chov limfa tugunlari UTTsi;
- ko‘krak qafasi rentgenografiyasi.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)*

## **2) Dalillar darajasi kiritilgan xolda qo‘shimcha tashxislash tadbirlari:**

- T3-4 o‘smalari bo‘lgan bemorlarni kuzatish zarur bo‘lganda yoki boshlang‘ich holda chov/iliqson limfa tugunlarining zararlanishi mavjud bo‘lganda, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoqning MRT yoki KT-tadqiqoti;
- kichik chanoqning MRTni o‘tkazish imkoniyati bo‘lmaganda, tomir ichida kontrastlashtirish bilan kichik chanoqning KTsi;
- kichik chanoqning MRT o‘tkazib bo‘lmaganda yoki qo‘shimcha ravishda endorektal UTT;
- faqat palpasiya qilinadigan qoldiq o‘sma mavjud bo‘lgan hollarda biopsiya uchun material olish;
- davolashdan oldin boshlang‘ich oshgan holda, qondagi yassi hujayrali karsinoma antigeni (SCC) darajasini tadqiq qilish.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)*

## **7. Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:**

Profilaktik terapiya va reabilitasiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni uchun profilaktika va reabilitasiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

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



**«ANAL KANALI, ANAL CHETI, PERIANAL  
TERI SARATONI» NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

- - XKT kod (lar) i:

<b>XKT-10:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
<b>C21</b>	<b>Orqa chiqaruv teshigi (anus) va anal kanal xavfli o‘smalari</b>
C21.0	– Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali tashqi chiqaruv teshigi xavfli o‘smalari
C21.1	– Anal kanal xavfli o‘smalari
C21.2	– Kloakogen soha xavfli o‘smalari
C21.8	– Yuqorida ko‘rsatilgan bir yoki bir nechli lokalizatsiyadan tashqari to‘g‘ri ichak, orqa siqaruv teshigi (anus), anal kanali xavfli o‘smalari
<b>C44</b>	<b>Terining boshqa xavfli o‘smalari</b>
C44.5	– Tana terisining boshqa (anal cheti va perianal terisi) xavfli o‘smalari
* Teri saratoni perianal sohada joylashganida diagnostika va davolash tamoyillari anal kanali yassi hujayrali saratonidagi tamoyillarga o‘xshash bo‘lib, bu mazkur nozologiyalarni yagona klinik tavsiyalar doirasida ko‘rib chiqish imkonini beradi.	
Yuklash (KXT-10dan havola): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1123">https://mkb-10.com/index.php?pid=1123</a>	
<b>XKT-11:</b>	
<b>Kodi</b>	<b>Nomlanishi</b>
2E64.2	Anus chetida yoki perianal soha terisidagi karsinoma in situ
2C00	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali xavfli hosilalari
2C00.0	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali adenokarsinomasi
2C00.1	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali melanomasi
2C00.2	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali neyroendokrin hosilasi
2C00.3	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanali yassi hujayrali saraton
2C00.Y	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining boshqa aniqlangan xavfli yangi hosilalari
2C00.Z	Orqa chiqish teshigi yoki anal kanalining aniqlanmagan xavfli yangi hosilalari
Yuklash (KXT-11 dan havola): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## 1. Asosiy qism.

### 1) Kirish

**Anal kanali saratoni** – anorektal chiziqning yuqori cheti proksimal chegarasi, anoderma va perianal teri tutashgan joy esa distal chegarasi hisoblangan sohada paydo bo‘ladigan o‘σμα. Anus chetiga nisbatan distalroq joylashib, yupqalangan teridan yog‘ teri qismiga o‘tadigan hududgacha (KXT-10 kodi C44.5) rivojlanadigan yangi hosilalar (o‘smalar) perianal teri o‘smalari sifatida tasniflanadi. Asosan ano-kutan chiziq sohasini qamrab olib, anal kanaliga katta darajada tarqalmaydigan yangi hosilalar esa anus cheti saratoni deb tasniflanadi. [1]. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

## 2) Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola:

[https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.onco-surgery.info/jour/article/view/264?utm_source=chatgpt.com))

Xalqaro saratonni o‘rganish agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda anal kanali saratonining jami 54 306 ta holati aniqlangan va 22 035 kishi ushbu kasallikdan vafot etgan

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

Anal kanali saratoni asosiy populyasiyada etarlicha kam uchraydigan kasallik bo‘lib, dunyo bo‘yicha o‘rtacha ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holat to‘g‘ri keladi, boshqa ma'lumotlarga ko‘ra esa anorektal zonadagi xavfli o‘smalarning jami soniga nisbatan 6% dan oshmaydi. Mutaxassislarning baholashicha, bu kasallikning tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda o‘shishda bo‘lib, har yili 27 mingta yangi holat qayd etilishi kutilmoqda (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575588/>). Dunyoning turli mintaqalarida bu kasallikning uchrash tezligi 100 ming aholiga 0,2 dan 0,9 holatgacha o‘zgarib turadi, erkaklar va ayollar o‘rtasidagi nisbat turli manbalarga ko‘ra 1:2 dan 1:7 gacha (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33867291/>). Industrial rivojlangan davlatlarda bu ko‘rsatkich 100 ming aholiga 1 holatga yaqinlashib, AQShda har yili taxminan 3,5 mingta anal kanali saratoni holati qayd etiladi. Osiyo va Sharq mamlakatlarida bu kasallik juda kam uchraydi, bemorlarning o‘rtacha yoshi 50 yoshni tashkil etsa, Evropada bu ko‘rsatkich 63 yoshga teng (<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1414>). Shuningdek, Evropada ushbu kasallikka chalinganlar orasida ayollar ustunlik qilgan bo‘lib, ularning nisbati 1:3 yoki hatto 1:6 ga etadi.

Anal kanali saratonining rivojlanishi onkogen tipdagi (16, 18 va boshqalar) odam papilloma virusini (OPV) tashuvchilik bilan bog‘liq deb hisoblanadi. Virusga chalinish va uning populyasiyada tarqalish mexanizmi asosan anus orqali jinsiy aloqa yo‘li bilan yuzaga keladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19189402/>). Hozirgi paytda OPV insonning anogenital saratoni rivojlanishida etiologik omil sifatida ko‘rib chiqilmoqda. So‘nggi o‘n yilliklarda ushbu saraton turining tarqalishi tez sur‘atlar bilan o‘smoqda, ayniqsa, noan'anaviy jinsiy yo‘nalishga ega erkaklar va odam immunitet tanqisligi virusi (OITV) bilan zararlangan shaxslar guruhida. Anus saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi gomoseksuallar va OITV-infeksiyalangan bemorlarda dunyo bo‘yicha bachadon bo‘yni saratonining eng yuqori ko‘rsatkichlaridan uch barobar ortiqdir

(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10342585/>). Asosiy populyasiyada ushbu saraton turi nisbatan kam uchraydi, ammo so‘nggi 30 yil ichida 1 million aholiga 10 tadan 20 tagacha holatga oshgan. Eng yuqori kasallanish holatlari IPV bilan zararlangan ayollar, hayoti davomida ko‘plab va tez-tez almashuvchi jinsiy sheriklarga ega bo‘lgan shaxslar, genital so‘grakli bemorlar, chekish odatiga ega bo‘lganlar, reseptiv anus jinsiy aloqada bo‘lganlar va OITV-infeksiyalangan shaxslar bilan bog‘liqdir. Shu sababli, etiologik nuqtai nazardan, anal kanali saratoni oshqozon-ichak tizimi o‘smalaridan ko‘ra ayol jinsiy a‘zolarining xavfli o‘smalari bilan ko‘proq o‘xshashlikka ega (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8125190/>). Yakka yashovchi erkaklar orasida anal kanali saratoni bilan kasallanish ko‘rsatkichi uylangan erkaklarga nisbatan 6 barobar yuqori, 35 yoshgacha bo‘lgan populyasiyada esa ushbu kasallik ayollarga qaraganda erkaklarda ko‘proq uchraydi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11372733/>). Bemorlarning o‘rtacha yoshi 60 yoshni tashkil etadi. Umuman olganda, ayollar bemorlar orasida ustunlik qilgan bo‘lib, ularning erkaklarga nisbati 7:1 ga teng (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889039/>).

RIOvaRIATMning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, anal kanali saratoni bilan kasallanish 100 ming aholiga 0,1 holatni tashkil etdi. 2023 yilda anal kanali saratoni birinchi marta 41 bemorda aniqlangan. Ulardan 9,8% holat profilaktik ko‘riklar davomida faol ravishda aniqlangan. Anal kanali saratoni tashxisi morfologik tasdiqlangan bemorlar ulushi 85,4% ni tashkil etgan. Bemorlarning 4,9% da kasallik I bosqichda, 39,0% da II bosqichda, 34,1% da III bosqichda va 14,6% da IV bosqichda aniqlangan. Shuningdek, 7,3% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo‘lmagan. 2025 yil boshida anal kanali saratoni bilan 293 bemor dispanser nazoratida bo‘lib, kasallanish 100 ming aholiga 0,8 ni tashkil qilgan. Anal kanali saratonida 5 yillik yashovchanlik respublika bo‘yicha 32,8% ni, 1 yillik letallik esa 7,0% ni tashkil etadi. 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasida anal kanali saratonidan 29 bemor vafot etgan bo‘lib, o‘lim ko‘rsatkichi 100 ming aholiga 0,1 ga teng.

## **Klinik tasnifi:**

### **2.1. Kasallik va holat tasnifi (kasallik va holat guruhi)**

#### **Xalqaro gistologik tasnif (2010)**

Anal kanali o‘smalarining asosiy qismi (70–80%) yassi hujayrali saraton hisoblanadi. Adenokarsinoma 10–15% ni tashkil etsa, boshqa o‘smalar 3–5% dan oshmaydi. O‘smaning gistologik turini aniqlash davolash taktikasi tanlovida asosiy ahamiyatga ega.

#### **Epitelial o‘smalar:**

##### **III. Xavfsiz o‘smalar.**

- Yassi hujayrali papilloma.

#### IV. Xavfli o‘smalar.

7. Yassi hujayrali (kloakogen) saraton\* 8070/3:

A. Yirik hujayrali muguzlanuvchi.

V. Yirik hujayrali muguzlanmaydigan.

S. Bazaloid.

8. Adenokarsinoma 8140/3.

A. Ichak tipi.

V. Anal bezlari.

S.To‘g‘ri ichak oqmasida.

9. Shilliqli adenokarsinoma 8480/3.

10. Ayda hujayrali saraton 8041/3.

11. Differensiallashmagan 8020/3.

12. Boshqalar.

**Neyroendokrin o‘smalar 8240/3** (kam uchraydi, to‘g‘ri ichak saratoni tasnifiga kiradi).

**Xavfli melanoma 8720/3.**

**Noepitelial o‘smalar.**

**Ikkilamchi o‘smalar.**

**O‘smasimon xosilalar:**

- O‘tkir uchli kondilomalar.
- Yallig‘lanishli kloakogen polip.
- Oleogranulema.

**Anal kanali va perianal terining epiteliy tuzilmalaridagi o‘zgarishlar (predrak holatlar/intraepitelial saraton).**

Anal intraepitelial displaziyasi (8077/0 – past darajali intraepitelial neoplaziya; 8077/2 – yuqori darajali intraepitelial neoplaziya).

8081/2 Bouen kasalligi.

8542/3 Pedjet kasalligi.

\*O‘smalar yuqori, o‘rtacha va past darajada differensiyalangan hamda nedifferensiyalangan tuzilmalarga bo‘linadi.

Anal kanali adenokarsinomasini davolash tamoyillari to‘g‘ri ichakning quyi ampulyar qismi saratonlarini davolash prinsiplariga bog‘liq bo‘lib, ushbu sohadagi tegishli tavsiyalar bo‘limiga qarash tavsiya etiladi. Anal kanali adenokarsinomalarini

davolash tamoyillari to'g'ri ichak saratoniga bag'ishlangan tavsiyalar bo'limidan ko'rish mumkin.

## **2.2. Anal kanali, Anal cheti va perianal teri saratonini TNM-8 (2017) tizimi bo'yicha bosqichlash**

Anal kanali va perianal teri (anokutan chiziqdan 5 sm ichida) o'smalari uchun TNM-8 (2017) bo'yicha bosqichlash (tablisa 4)

**T** – Birlamchi o'sma (Tumor) gradasiyasi:

**TX** – Birlamchi o'smani baholash uchun etarli ma'lumot mavjud emas.

**T0** – Birlamchi o'sma mavjudligi to'g'risida ma'lumot yo'q.

**Tis** – Preinvaziv saraton (Bouen kasalligi, Pedjet kasalligi, anal intraepitelial neoplaziyasi II–III (AIN–II–III)).

**T1** – O'smaning eng katta o'lchami  $\leq 2$  sm.

**T2** – O'smaning eng katta o'lchami  $>2$  sm, lekin  $\leq 5$  sm.

**T3** – O'smaning eng katta o'lchami  $>5$  sm.

**T4** – Har qanday o'lchamdagi o'sma, qo'shni a'zolar (vagina, uretra, siydik pufagi)ga taralgan.

*Izoh:* Agar o'sma perianal teriga, teri osti yog' hujayra to'qimasiga yoki sfinkter apparatiga invaziya qilgan bo'lsa, T4 deb hisoblanmaydi.

**N** – Regionar limfa tugunlariga metastazlar (Nodes)

Regionar limfa tugunlariga quyidagilar kiritiladi: mezorektum (pararektal, sakral) limfa tugunlari, ichki va tashqi iliyak, ingvinal limfa tugunlari.

**NX** – Regionar limfa tugunlarini baholash uchun etarli ma'lumot yo'q.

**N0** – Regionar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmagan.

**N1a** – Mezorektum, ingvinal yoki ichki iliyak limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

**N1b** – Tashqi iliyak limfa tugunlarida metastazlar mavjud.

**N1c** – Tashqi va ichki iliyak, ingvinal yoki mezorektal limfa tugunlarida bir vaqtning o'zida metastazlar mavjud.

**M** – Uzoq metastazlar (Metastases)

**M0** – Uzoq metastazlar yo'q.

**M1** – Uzoq metastazlar mavjud.

*Izoh:* Ushbu tasnif anal kanali va perianal terida (anokutan chiziqdan 5 sm ichida) joylashgan o'smalar uchun bir xil qo'llaniladi.

**13-jadval.** Anal kanali saratonini TNM tizimi bo‘yicha bosqichlash (UICC, 2017, 8-nashr)

Tradision bosqichlash	TNM tizimi (UICC, 2017, 8-nashr)		
	Birlamchi o‘sma	Regionar limfa tugunlari	Uzoq metastazlar
0 bosqich	Tis	N0	M0
I bosqich	T1	N0	M0
IIA bosqich	T2	N0	M0
IIV bosqich	T3	N0	M0
III bosqich	IIIA	T1/T2	N1
	IIIB	T4	N0
	IIIC	T3/T4	N1
IV bosqich	Thar qanday	Nhar qanday	M1

### 2.3. Kasallik yoki holatning (kasalliklar yoki holatlar guruhining) klinik manzarasi

Anal kanali saratoni odatda orqa chiqish sohasida palpasiya qilinadigan to‘qimaning paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Eng xos belgilari – axlatda qon va shilliq modda ajralishi, defekasiya vaqtida kuchayadigan orqa chiqish sohasidagi og‘riq, orqa chiqishda begona jism hissining paydo bo‘lishi. Shuningdek, anal kanali saratoni ba‘zan anus yorig‘i yoki gemorroy tufayli amalga oshirilgan jarrohlik amaliyotidan keyin operasion materialni patologoanatomik tekshiruv jarayonida tasodifan aniqlanishi mumkin.

## 2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

### 1) Palliativ yordam ko‘rsatish uchun kasalxonaga yotqizish ko‘rsatmalari;

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

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

- Palliativ kimyoterapiya, target davo, immunoterapiya, nur terapiya va davolash boshqa turlarini (palliativ yoki simptomatik jarrohlik davosi) o‘tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo‘lishi;

## 3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

### 3.1. Shikoyatlari va anamnez:

• Bemorning shikoyatlari va anamnezini sinchiklab to‘plash tavsiya etiladi, chunki bu davolash taktikasini tanlashga ta'sir etuvchi omillarni aniqlashga yordam beradi.

([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)).

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

### 3.2. Fizikal tekshiruvlar

• Barcha bemorlarda klinik ko‘rik o‘tkazish **tavsiya etiladi**, chunki bu davolash taktikasini va diagnostika usullarini tanlashga ta'sir etuvchi omillarni aniqlashga yordam beradi. Ko‘rik quyidagilarni o‘z ichiga olishi kerak:

– Perianal terini ko‘rikdan o‘tkazish: o‘sma o‘sislari, oqma teshiklari, maserasiya, yaralar mavjudligini baholash, ingvinal limfa tugunlarini palpasiya qilish (kattalashgan limfa tugunlari, ularning konsistensiyasi va atrof to‘qimalarga nisbatan harakatchanligini aniqlash).

– Ayollar uchun ginekologik ko‘rik: o‘smaning qin orqa devoriga tarqalishini baholash va bachadon bo‘yni saratonini skrining qilish maqsadida servikal kanaldan sitologik mazok tekshiruvini o‘tkazish.

– To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirish: o‘smaning hajmini aniqlash. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-48363-0>).

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

**Izoh:** Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning 3–5%ida sinxron bachadon bo‘yni saratoni yoki servikal intraepitelial neoplaziya aniqlanishi mumkin.

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda davolash boshlanishidan oldin nutritiv holat baholanishi tavsiya etiladi, bu esa qo‘shimcha yordamchi terapiyani o‘tkazish zaruratini aniqlashga yordam beradi.

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

### 3.3. Laborator diagnostik tekshiruvlar

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda prognozni baholash va davolash samaradorligini monitoring qilish maqsadida qonda yassi hujayrali karsinoma antigeni (SCC) darajasini tekshirish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272844/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izohlar:** *Ushbu onkologik markerning rutin qo'llanishda klinik ahamiyati isbotlanmagan. Uning aniqlanishi metastatik kasallikka yoki boshlang'ichdan mahalliy taralgan anal kanali saratoniga chalingan bemorlarda ko'rib chiqilishi tavsiya etiladi.*

#### 3.3.1. Jarrohlik davosidan so'ng morfologik tekshiruv

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan va to'g'ri ichakning qorin-oraliq ekstirpasiyasi amalga oshirilgan bemorlarda patologoanatomik biopsiya (operasiya) materialini tekshirish **tavsiya etiladi.** Morfologik xulosada prognoz faktorlarini to'liq baholash uchun quyidagi parametrlar aks ettirilishi lozim (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>):

- 1) Proksimal va distal rezeksiya chegaralarigacha bo'lgan masofa;
- 2) O'smaning o'lchami;
- 3) O'smaning gistologik tuzilishi;
- 4) O'smaning differensirovka darajasi;
- 5) rT (birlamchi o'sma bosqichi);
- 6) rN (tadqiq qilingan va zararlangan limfa tugunlari umumiy soni ko'rsatilgan holda);
- 7) Proksimal rezeksiya chegarasining zararlanish holati (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
- 8) Distal rezeksiya chegarasining zararlanish holati (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
- 9) Limfovaskulyar va perinevral invaziya mavjudligi (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak);
- 10) Mandard shkalasi bo'yicha o'sma regressiya darajasi (agar oldindan majmuaviy davolash o'tkazilgan bo'lsa);

11) Apikal limfa tugunining zararlanishi (manfiy natija ham tasdiqlanishi kerak).

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

### **3.4. Instrumental diagnostik tekshiruvlar:**

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda davolashni boshlashdan oldin kolonoskopiya yoki anoskopiya o'tkazilishi va biopsiya materialini olish **tavsiya etiladi**. Bu eng optimal davolash usulini aniqlash uchun zarur. Kerakli miqdorda material olish maqsadida standart endoskopik shipsalar yordamida 3–5 marta biopsiya olish tavsiya etiladi. Patologoanatomik tekshiruv natijalari olinmaguniga qadar davolash rejasi tuzilmasligi kerak. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13191/>).

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

**Izohlar:** Anal kanalida ham yassi hujayrali saraton, ham adenokarsinoma uchrashi mumkin. Ushbu kasalliklarning davolash tamoyillari tubdan farq qiladi, shuning uchun har bir holatda davolashni boshlashdan oldin aniq morfologik verifikasiya o'tkazilishi shart.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda mahalliy bosqichlash (stadiyani aniqlash) uchun kichik chanoq sohasining magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5410279/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** Kichik chanoq sohasining magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) anal kanali saratoni mahalliy tarqalishini aniqlashda ustunlikka ega, chunki u nafaqat anal kanali devoriga invaziya chuqurligini, balki barcha kichik chanoq va ingvinal limfa tugunlarining holatini baholash imkonini beradi. Erta bosqichlarda (T1–T2) birlamchi o'smani baholash uchun transrektal ultratovush tekshiruvi (UTT) qo'llash mumkin, ammo ushbu usul yuqori og'riq sindromi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning uchun taz limfa tugunlari holatini baholash uchun qo'shimcha diagnostika usuli bilan to'ldirilishi kerak. MRTga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, quyidagi usullardan biri tavsiya etiladi: Kichik chanoq sohasining kompyuter tomografiyasi (KT) vena ichidagi kontrast modda bilan; Pozitron-emission tomografiya + kompyuter tomografiyasi (PET-KT) ftordezoksiglyukoza [18F] bilan, KT kontrast va saraton to'qimalarini tanlovchan aniqlaydigan radiofarmasevtik preparatlar bilan birgalikda.

Anal kanali va perianal teri saratoni uchun birlamchi bosqichlash (stadiyalash)

maqsadida kichik chanoq MRT xulosasida quyidagi parametrlar ko'rsatilishi lozim:

- O'smaning maksimal o'lchami va lokalizatsiyasi;
- Chov limfa tugunlari: zararlangan limfa tugunlarining mavjudligi, soni va o'lchami;
- Mezurektal limfa tugunlari va pastki tutqich arteriya bo'ylab joylashgan limfa tugunlari: zararlanish holati, soni va o'lchami;
- Tos limfa tugunlari: zararlangan limfa tugunlarining mavjudligi, soni, o'lchami va lokalizatsiyasi;
- O'smaning qo'shni a'zolar va to'qimalarga invaziyasi haqida ma'lumotlar;
- Oqmalar yoki paratumoral abscesslar mavjudligi haqida ma'lumotlar.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar MRT yoki UTT natijalari asosida chov limfa tugunlarining metastatik zararlanishiga shubha tug'lsa, tashxisni aniqlash maqsadida chov limfa tugunlarini punksiya qilish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078990/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** Ko'plab bemorlarda punksiya natijalari bo'yicha faqat reaktiv yallig'lanish aniqlanishi mumkin. Agar punksiya natijalari bo'yicha yolg'on-manfiy xulosa haqida shubha tug'lsa, punksiya takroran o'tkazilishi **tavsiya etiladi**.

- Ko'plab bemorlarda punksiya natijalari bo'yicha faqat reaktiv yallig'lanish aniqlanishi mumkin. Agar punksiya natijalari yolg'on-manfiy bo'lishi mumkin deb hisoblansa, uni takroran o'tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

**Izoh:** Qorin bo'shlig'i a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) vena ichidagi kontrast modda bilan anal kanali saratoni uchun aniq tashxis qo'yishda rivojlangan mamlakatlarda standart usul hisoblanadi.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan barcha bemorlarda, davolashni boshlashdan oldin, ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu metastatik zararlanish mavjudligini istisno qilish uchun muhim hisoblanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15137955/>).

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

**Izoh:** Ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasi (KT) anal kanali saratoni uchun aniq tashxis qo'yishda rivojlangan mamlakatlarda standart usul hisoblanadi.

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda hamroh kasalliklarni istisno qilish va davolashni qabul qilish imkoniyatini baholash maqsadida elektrokardiografiya (EKG) o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar suyak skeletining metastatik zararlanishiga shubha tug'lsa, uni istisno qilish maqsadida davolashni boshlashdan oldin osteossintigrafiya (butun tana suyaklarining ssintigrafiyasi) o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar KT yoki MRT natijalariga ko'ra metastazlarga shubha tug'lsa va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini keskin o'zgartirsa, tashxisni aniqlash maqsadida UTT yoki KT nazorati ostida biopsiya olish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar KT yoki MRT natijalariga ko'ra metastazlarga shubha tug'lsa va ularning tasdiqlanishi davolash taktikasini keskin o'zgartirsa, tashxisni aniqlash maqsadida ftordezoksiglyukoza [18F] bilan pozitron-emission tomografiya + kompyuter tomografiyasi (PET-KT) o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

**Izoh:** Ushbu tekshiruv asosan metastatik va mahalliy taralgan shakldagi kasallikka chalingan bemorlarda o'tkazilishi maqbul hisoblanadi.

- Qorin pardasi bo'ylab o'smaning disseminasiyasiga shubha tug'lganda va uning aniqlanishi davolash taktikasini o'zgartirish mumkin bo'lsa, kasallik bosqichini aniqlash maqsadida laparoskopiya o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27262701/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda, agar bosh miyaning metastatik zararlanishiga shubha tug'lsa, uni istisno qilish maqsadida bosh miyaning magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) vena ichidagi kontrast modda bilan o'tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://dl.mehrsys.ir/pdf->

[books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg\\_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition\(www.myuptodate.com\).pdf](https://www.myuptodate.com/pdfs/books/DeVita,%20Hellman,%20and%20Rosenberg_s%20Cancer%20Principles%20&%20Practice%20of%20Oncology%2010th%20Edition(www.myuptodate.com).pdf).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida ko'rsatmalarga asosan qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish **tavsiya etiladi**: Exokardiografiya, xolter monitoringi (yurak faoliyatining uzluksiz kuzatuv), tashqi nafas olish funksiyasini baholash, bo'yin va quyi qo'l-oyoq qon tomirlarining ultratovush dopplerografik tekshiruvi (UZDG) va boshqa zarur diagnostik usullar. ([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)).

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

### 3.5. Boshqa diagnostik tekshiruvlar

- Anal kanali saratoniga shubha qilingan bemorlarda, agar biopsiya natijasi shubhali bo'lsa, tashxisni tasdiqlash yoki istisno qilish maqsadida biopsiya materialini takroran olish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

Biopsiya natijasi musbat chiqqan bemorlarda morfologik xulosada o'smaning gistologik turi va uning differensirovka darajasi ko'rsatilishi **tavsiya etiladi**, chunki bu eng optimal davolash taktikasini belgilashda muhim ahamiyatga ega. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoniga shubha qilingan bemorlarda, agar biopsiya natijasi manfiy chiqsa va o'smaning tashxisi tasdiqlanmasa, qo'shimcha endoskopik va rentgenologik tekshiruvlar natijalarida xavfli o'sma belgilari mavjud bo'lsa, takroran biopsiya o'tkazish masalasi individual ravishda hal etilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida ko'rsatmalarga asosan qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish **tavsiya etiladi**, jumladan: Kardiolog konsultasiyasi, endokrinolog konsultasiyasi, nevrolog konsultasiyasi, zarur hollarda boshqa mutaxassislar ko'rigi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

- Anal kanali saratoni va OITV-infeksiyasi mavjud bemorlarda, nur terapiyasi fonida ximioterapiya rejimini tanlash maqsadida, davolashni boshlashdan oldin CD4+

limfositlar darajasini tekshirish tavsiya etiladi.  
(<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819940601%2973%3A11%3C2680%3A%3AAID-CNCR2820731105%3E3.0.CO%3B2-C>) va antiretrovirus terapiyasini o'tkazish masalasida infeksiyalar shifokor ko'rigi tavsiya etiladi.

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izoh:** *CD4+ limfositlar darajasi 200 hujayra/mkldan yuqori bo'lgan bemorlarda, agar boshqa qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, immun tizimi zaiflashmagan bemorlar singari standart ximionur terapiya kursi tayinlanishi mumkin.*

#### **4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:**

- ✓ Og'riq, ichak tutilishi, qon ketish, mexanik va parenximatoz sariqlik, portal gipertenziya va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini engillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish hayot sifatini yaxshilash;
- ✓ Psixologik, ijtimoiy, ma'naviy qo'llab-quvvatlash, psixosomatik tomonidan qo'llab-quvvatlash;
- ✓ O'smaga qarshi davolashning nojo'ya ta'sirini engish uchun;

#### **5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:**

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

#### **1) Palliativ yordam ko'rsatishda bemorni kuzatish kartasi:**

##### **9.6. Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1)**

Anal kanali, anal cheti yoki perianal terisi saraton kasalligi (Thar qandayNhar qandayM1) bo'lgan bemorlarda asosiy davolash usuli sifatida palliativ ximioterapiya o'tkazish **tavsiya etiladi** (batafsil «Ximioterapiya o'tkazish prinsiplari» bo'limida

keltirilgan). Qo‘shimcha yondashuvlar: Ximionur terapiya onkologik konsilium qaroriga ko‘ra o‘tkazilishi mumkin, agar: Og‘riq sindromini kamaytirish yoki ,irlamchi o‘smaning o‘shini nazorat qilish zarur bo‘lsa. Bu holatda, nometastatik shakllardagi davolash tamoyillariga mos yondashuvlar qo‘llaniladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24947004/>).

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

**Izoh:** *Metastatik anal kanali saraton kasalligida ximionur terapiyaning yashovchanlikka ta'siri haqida aniq ma'lumotlar mavjud emas. Biroq, ushbu davolash usuli jg‘riq sindromini samarali kamaytirish, ,irlamchi o‘sma bilan bog‘liq boshqa simptomlarni nazorat qilish imkonini beradi.*

## **2) Palliativ nomedikamentoz davo:**

### **Rejim**

- Konservativ davo o‘tkazishda – umumiy.
- Erta amaliyotdan oldingi davrda – yotoq yoki yarim yotoq (bajarilgan amaliyot ko‘lami va hamroh patologiyalarga qarab).
- Amaliyotdan keyingi davrda – palata.

### **Dieta**

– Stol №1 Amaliyotdan keyingi davrda, so‘ngra Stol №2ga o‘tiladi.

## **Nur terapiya o‘tkazish tamoyillari**

Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi samaradorligini maksimal darajada oshirish maqsadida quyidagi tamoyillar qo‘llanilishi maqsadga muvofiq (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587278/>):

- 1) Distansion nur terapiyasi har kuni, fotonlar 6–18 MeV;
- 2) Optimal usul – uch o‘lchovli konformal nur terapiyasi (3DCRT) yoki moduliroyangan intensivlik nur terapiyasi (IMRT);
- 3) Nur terapiyasiga topometrik tayyorgarlik KT va MRT tekshiruvlarini o‘z ichiga oladi, ularning davomiyligi davolash boshlanishidan oldin 30 kundan oshmasligi kerak. Keltirilgan ma'lumotlar asosida nurlantirish rejasi tuziladi;
- 4) Nurlantirish hajmi birlamchi o‘sma va regionar limfa tugunlarini o‘z ichiga oladi;
- 5) Nurlantirish hajmi regionar metastazlar hududiga presakral, pararektal, obturator, ichki iliyak, pastki qo‘shmachasimon, chov limfa tugunlarini o‘z ichiga olishi kerak;

- 6) Yuqori chegara – L5-S1 pozvonkalar darajasida;
- 7) Quyi chegara – birlamchi o‘smaning distal chegarasidan 2,5 sm pastda;
- 8) Birinchi bosqichda nur terapiyasi ROD 1,8–2 Gr, SOD 40–46 Gr birlamchi o‘sma va regional metastazlar hududiga o‘tkaziladi;
- 9) Ikkinchi bosqichda boshlang‘ich aniqlangan o‘choqlarga bust o‘tkaziladi;
- 10) Bust ROD 1,8–2 Gr bilan o‘tkaziladi, SOD kasallikning boshlang‘ich tarqalishiga qarab aniqlanadi (SOD 50–54 Gr T1–T2 da, SOD 56–60 Gr T3–T4 da);
- 11) Distansion nur terapiyasi 3D-planlashtirish bilan boshlanadi va konformal nur terapiyasi (3DCRT va uning variantlari) texnologiyasi bo‘yicha amalga oshiriladi;
- 12) Nur terapiyasining aniq bajarilishini nazorat qilish portal vizualizatsiya tizimi (OBI – on board imager) va konik rentgen nuri (CBCT – cone beam computed tomography) orqali ta'minlanadi;
- 13) Texnik imkoniyat mavjud bo‘lganda protonlar/og‘ir ionlar bilan 250 MeV energiyada distansion nur terapiyasi, proton tizimlaridan foydalangan holda qo‘llanilishi mumkin;
- 14) Oligometastatik kasallikda multidissiplinar jamoa qaroriga ko‘ra stereotaksik nur ta'siri qo‘llanilishi mumkin.

- Texnik imkoniyat mavjud bo‘lganda, davolashning nojo‘ya ta'sirlari va majburiy tanaffuslar sonini kamaytirish maqsadida IMRT usulini yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6400906/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** *Yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarning davolash jarayonida IMRT qo‘llanilishi negematologik toksiklikni sezilarli darajada kamaytirish va davolash kursidagi majburiy tanaffuslar sonini qisqartirish imkonini beradi. Ayrim tadqiqotlarda (isbot darajasi past) ximionur terapiya jarayonida mahalliy gipertermiya qo‘shilganida ehtimoliy ijobiy ta'sir kuzatilgan, biroq uni qo‘llash rejimi, seanslar soni va davomiyligi standartlashtirilmagan.* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15685041/>).

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda nur terapiyasi profilaktik maqsadda o‘tkazilganda, kasallik T va N parametrlari bosqichidan qat'i nazar, nurlantirish hajmiga chov limfa tugunlarini kiritish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608237/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

- Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda davolash samaradorligini

oshirish maqsadida ximionur terapiya kursini rejalashtirilgan tanaffuslarsiz o‘tkazish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izoh:** Ximionur terapiya davomida tanaffuslar qilish davolash samaradorligini ishonchli darajada pasaytiradi va ximionur terapiyadan so‘ng to‘liq javob ehtimolini kamaytiradi.

• Anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ximionur terapiya kursida tanaffuslar faqat RTOG (Qo‘shimcha G2) va/yoki NCI-CTCAE (Qo‘shimcha G3) shkalalari bo‘yicha III darajadan past bo‘lmagan asoratlar aniqlangan taqdirda o‘tkazilishi **tavsiya etiladi.** Ximionur terapiya kursidagi tanaffuslar davolash samaradorligini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472363/>).

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3).*

**Izohlar:** III darajadan past bo‘lgan asoratlarni konservativ yo‘l bilan bartaraf etilishi kerak, ular bemor hayoti uchun xavf tug‘dirmaydi va boshlang‘ich davolash rejasini o‘zgartirish sababi bo‘lishi kerak emas. Ushbu qoidalar xavfli o‘smalarni majmuaviy davolash usullari uchun umumiy qabul qilingan tamoyillar hisoblanadi va ularni klinik tadqiqotlar doirasida qo‘shimcha o‘rganish talab etilmaydi. Ximionur terapiya kursida majburiy tanaffusga sabab bo‘lgan asoratlarning turi va darajasi albatta hujjatlashtirilishi kerak. Ximionur terapiya kursida tanaffus qilish to‘g‘risida qaror qabul qilishdan oldin konservativ davolash choralari ko‘rilishi shart. Tanaffusga qaror faqat quyidagi hollarda qabul qilinishi mumkin: Adekvat yordamchi terapiyaga qaramay, asoratlar darajasini RTOG va/yoki NCI-CTCAE shkalalari bo‘yicha II darajaga yoki undan past darajaga tushirish imkoni bo‘lmagan holda; Bemor salomatligi uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri xavf mavjud bo‘lgan taqdirda.

## **Bosh miyaga metastazlarda nur terapiya.**

1. S1 bo‘yin umumrtqasigacha bosh miyani total nurlantirish:

- BMO‘D 2,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-40 Gr;
- BMO‘D 2,5 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-35 Gr;
- BMO‘D 3,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-33 Gr;
- BMO‘D 4,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 20 Gr.

2. Bosh miyani lokal nurlash

- stereotaksik radioxirurgiya (SRS) - BMO‘D 10,0 – 30,0 Gr 1 fraksiya – agar metastaz o‘lchami 3 smdan katta bo‘lmasa.;

- stereotaksik radioterapiya (SRT) – BMO‘D 6,0-10,0 Gr 3-5 fraksiya – agar metastaz o‘lchami 3,0 dan 6,0 smgacha bo‘lsa;
- metastazlarni lokal nurlantirish BMO‘D 2,0-3,0 SO‘D 20-60 Grgacha.

### **Skelet suyaklariga metastazlarda nur terapiya.**

- BMO‘D 2,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 40-50 Gr;
- BMO‘D 2,5 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 40-50 Gr;
- BMO‘D 3,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 39-45 Gr;
- BMO‘D 4,0 Gr haftasiga 3-5 fraksiya SO‘D 20-40 Gr;
- BMO‘D 8,0 Gr 1-2 fraksiya.

### **Transfuzion qo‘llab quvvatlash.**

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

### **Eritrositar massa/aralashma:**

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensasiya mexanizmlari etarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrositlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevasiyasi bilan namoyon bo‘ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo‘lishi, eritrositlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;
- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensasiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrositlarni profilaktik quyish uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin bo‘lgan gemoglobin darajasi:

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

### **Trombositlar konsentrati:**

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

### **Yangi muzlatilgan plazma:**

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

### **3) Palliativ medikamentoz davo**

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

#### **Palliativ kimyo terapiya**

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda birinchi chiziq ximioterapiyasi sifatida quyidagi tizimli ximioterapiya **tavsiya etiladi:**  
#Paklitaksel\*\* –  $80 \text{ mg/m}^2$  vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, 1-y, 8-y va 15-y

kunlar; #Karboplatin\*\* – AUC-5, 1-y kun; Kurs davomiyligi – 28 kun; Davolash kasallik progressiyasi yoki qabul qilib bo‘lmaydigan toksiklik holatigacha davom ettiriladi, lekin 24 haftadan oshmasligi kerak. [1].

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

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda birinchi chiziq ximioterapiyasi uchun alternativa sifatida quyidagi mDCF tizimli ximioterapiya sxemasi **tavsiya etiladi**: #Sisplatin\*\* – 40 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida 40 daqiqalik infuziya shaklida, 1-y kun (2,5 l dan kam bo‘lmagan vena ichidagi gidratasiya fonida); #Doksetel\*\* – 40 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida infuziya shaklida, 1-y kun; #Ftorurasil\*\* – 2400 mg/m<sup>2</sup> (sutkasiga 1200 mg/m<sup>2</sup>), keyingi 46 soatlik infuziya shaklida; Keyingi kursni boshlash – 15-y kun. [4].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi chiziq ximioterapiyasi sifatida quyidagi tizimli ximioterapiya **tavsiya etiladi**: #Ftorurasil\*\* – 1000 mg/m<sup>2</sup>, 1–4-y kunlar, vena ichida uzluksiz infuziya shaklida; #Sisplatin\*\* – 60 mg/m<sup>2</sup>, 2-y kun; Kurs davomiyligi – 21 kun. [1, 2].

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

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi liniya ximioterapiyasi uchun alternativ sxema sifatida, shuningdek uchinchi va keyingi chiziqalarda quyidagi ximioterapiya sxemalarini qo‘llash **tavsiya etiladi**:

- FOLFCIS (#Sisplatin\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), kalsiya folinat\*\* 400 mg/m<sup>2</sup> v/i 2 soat davomida keyinchalik #ftorurasila\*\* 400 mg/m<sup>2</sup> bolyus bilan v/i oqim bilan va #ftorurasila\*\* 2000 mg/m<sup>2</sup> 46 soatlik infuziya bilan (sutkasiga 1000 mg/m<sup>2</sup>). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun) [3],

- mDCF (#Sisplatin\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), #doksetel\*\* 40 mg/m<sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik #ftorurasil\*\* 2400 mg/m<sup>2</sup> 46-soatlik infuziya bilan (1200 mg/m<sup>2</sup> /sut.). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun) [4],

- monoklonal antitanalar bilan monoterapiya (anti-PD1-antitana; #nivolumab\*\* (240 mg [45] yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg v/i tomchilab 60 min har 4 haftada) yoki #pembrolizumab\*\* (200 mg yoki 2 mg/kg v/i tomchilab 30 min har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 6 haftada)) o‘smada PDL ekspressiyasi darajasi yuqori bo‘lganda (CPS>1) [5, 6, 53-55].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).

**Izohlar:** Ushbu davolash sxemalarining samaradorligi haqidagi ma'lumotlar kichik tadqiqotlar asosida olingan bo‘lib, dalillar darajasi past hisoblanadi. Shu bilan birga,

*ularning dalillar darajasi ikkinchi liniya terapiyasi sifatida tavsiya etilgan #ftorurasil\*\* + #sisplatin\*\* rejimiga nisbatan past emas.*

- Metastatik yassi hujayrali anal kanali saratoni bilan kasallangan bemorlarda ikkinchi liniya terapiyasi uchun alternativ sxema sifatida, shuningdek uchinchi va keyingi chiziqlarda quyidagi ximioterapiya sxemalarini qo‘llash **tavsiya etiladi**: #Irinotekan\*\* – 180 mg/m<sup>2</sup>, 1-y kun, 2 haftada 1 marta; #Setuksimab\*\* – 400 mg/m<sup>2</sup>, vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, 1-y kun, keyin 250 mg/m<sup>2</sup> haftasiga 1 marta yoki 500 mg/m<sup>2</sup> vena ichida tomchilab, 2 haftada 1 marta; #Panitumumab\*\* – 6 mg/kg, vena ichida 1-soatlik infuziya shaklida, har 2 haftada 1 marta [(ilova A3)] [10].

*Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 4).*

**Izohlar:** *Metastatik anal kanali saratonining ikkinchi va keyingi liniyalaridagi davolash rejimi individual ravishda tanlanishi kerak, chunki bu kasallik kam uchraydiganligi sababli, etarli darajada dalillar mavjud emas. Funktsional holati past bo‘lgan bemorlarda monoterapiyani quyidagi vositalardan birini qo‘llash orqali o‘tkazish mumkin: Paklitaksel\*\*, Anti-EGFR antitelalari, Pirimidin analoglari, Nivolumab\*\* yoki Pembrolizumab\*\* (o‘smada PDL ekspressiyasi darajasi yuqori bo‘lganda).*

**Tarqalgan/metastatik anal kanali saratonida qo‘llaniladigan tizimli terapiya rejimlari**

<b>Rejim</b>	<b>Tavsifi</b>
#Paklitaksel** + #karboplatin** [1]	#Paklitaksel** 80 mg/m <sup>2</sup> 1-soatlik infuziya 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar, #karboplatin** 45-daqiqalik infuziya AUC-5 dozada 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni
#Sisplatin** + #ftorurasil** [2]	#Ftorurasil** uzluksiz v/i infuziyasi ko‘rinishida 1-chidan 4-chi kungacha sutkada 1000 mg/m <sup>2</sup> , #sisplatin** 60 daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 60 mg/m <sup>2</sup> dozada 2-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida). Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni

FOLFCIS* [3]	#Sisplatin** 40 mg/m <sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), kalsiya folinat** 400 mg/m <sup>2</sup> v/i 2 soat davomida keyinchalik #ftorurasil** 400 mg/m <sup>2</sup> bolyus bilan v/i oqim bilan #ftorurasila** 2000 mg/m <sup>2</sup> 46-soatlik infuziyasi (sutkada 1000 mg/m <sup>2</sup> ). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun
mDCF* [4]	#Sisplatin** 40 mg/m <sup>2</sup> 40-daqiqalik v/i infuziya ko‘rinishida 1-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida), #dosetaksel** 40 mg/m <sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik 46-soatlik infuziya bilan #ftorurasila** 2400 mg/m <sup>2</sup> (sutkadi 1200 mg/m <sup>2</sup> ). Keyingi kursning boshlanishi 15-kun
#Nivolumab** [2]	240 mg yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg har 4 haftada
#Pembrolizumab** [3]	200 mg yoki 2 mg/kg v/i tomchilab 30 min har 3 haftada yoki 400 mg har 6 haftada
#Setuksimab** [8, 9]	400 mg/m <sup>2</sup> v/i 1-soatlik infuziya 1-chi kun, so‘ngra 250 mg/m <sup>2</sup> har hafta (monorejimda yoki #irinotekan** bilan). Ehtimol #setuksimaba** 500 mg/m <sup>2</sup> v/i tomchilab buyurilishi mumkin 2 haftada 1 marta
#Panitumumab** [10]	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada (monorejimda yoki #irinotekan** bilan)
#Irinotekan** [7]	#Irinotekan** 180 mg/m <sup>2</sup> 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 15-kun

\* Rejim #Karboplatin\*\* #paklitaksel\*\* rejimiga qaraganda nojo‘ya ta’sirlar ko‘proq namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

### **Ko‘maklashuvchi terapiya terapiya**

Profilaktika va ximioterapiyaning noxush ta’sirlarini davolash maqsadida o‘tkaziladi, rivojlangan asoratlarni davolash protokollariga muvofiq o‘tkaziladi.

**14-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati va ularning shakli (100% qo‘llanish ehtimoli bilan) [11, 46-50, 63, 65, 67]:**

<b>Dori guruhi</b>	<b>XPN</b>	<b>Qo'llash usuli</b>	<b>ID</b>
O'smaga qarshi vosita, alkaloid. Taksanlar	Paklitaksel	80 mg/m <sup>2</sup> 1-soatlik infuziya 1-chi, 8-chi va 15-chi kunlar,	A
O'smaga qarshi vosita, alkaloid. Taksanlar	dosetaksel	40 mg/m <sup>2</sup> v/i infuziya 1-chi kun, keyinchalik 46 soatlik infuziya bilan	A
Alkillovchi vosita. Platinalar.	Karboplatin	45-daqiqalik infuziya AUC-5 dozada 1-chi kun. Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni	A
Alkillovchi vosita. Platinalar.	Sisplatin	60 daqiqalik v/i infuziya ko'rinishida 60 mg/m <sup>2</sup> dozada 2-chi kun (kamida 2.5 l v/i gidratasiyasi fonida). Keyingi kursning boshlanishi 22-chi kuni	A
Alkaloid L01XX19	Irinotekan	140 mg/m <sup>2</sup> 1-chi kun, v/i	A
Sitostatik terapiya toksikligini pasaytiruvchi preparatlar V03AF03	Kalsiya folinat	400 mg/m <sup>2</sup> v/i 2 soat davomida	A
Antimetabolitlar. Pirimidin analoglari <b>L01BC06</b>	Kapesitabin	2000 - 2500 mg/m <sup>2</sup> ichishga, 1-14dni	A
O'smaga qarshix antibiotiklar	mitomisinom	12 mg/m <sup>2</sup> v/i bolyus 1-chi kun	V
PD-1 va uning ligantlariga monoklonal antitanalar (PD-L1 va PD-L2).	nivolumabom	240 mg yoki 3 mg/kg v/i tomchilab 60 min har 2 haftada yoki 480 mg har 4 haftada	S

EGFR ga monoklonal antitanalar L01XC08	Panitumumab	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada	S
Antimetabolitlar. Pirimidin analoglari <b>L01BC02</b>	Ftorurasil	400 mg / m <sup>2</sup> v/i oqim bilan	A
EGFR ga monoklonal antitanalar L01XC06	Setuksimab	6 mg/kg v/i 1-soatlik infuziya har 2 haftada	S
PD-1 ga monoklonal antitanalar L01XC18	Pembrolizumab	200 mg v/i tomchilab 30 min. Har 3 haftada yoki 400 mg v/i tomchilab har 6 haftada.	S
<b>Yuklash (havola)</b>	<a href="https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf">https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/07/rak-analnogo-kanala.pdf</a>		

**15-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilishi 100 foizdan kam ehtimolga ega):**

<b>Farmako-terapevtik guruhi</b>	<b>Dori vositasi HPN</b>	<b>Qo‘llash usuli</b>	<b>ID</b>
<b>Antibakterial preparatlar</b>	Sefazolin	1,0 gr, 1,0 gr.dan m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftazidim	100mg, 100mg m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftriakson	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	A
	Sefuroksim	natriya 1,0gr, 1,0gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Sefepim	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Imipenem + silastatin	500mg, m/o kuniga 2 mahal, 5-7 kun	S
	Amikasin	500mg, 10mg/kg m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Siprofoloksasin	100mg, 100mg v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	S

	Ofloksasin	0,2gr, 0,2 gr v/i kuniga 2 mahal, 7 kun	S
	Metronidazol	100 ml, 100 ml v/i kuniga 2 mahal, 5 kun	S
<b>Zamburug'ga qarshi preparatlar</b>	Flukonazol	100 mg, 100 mg v/i – bir marta	A
<b>Plazma o'rnini bosuvchi preparatlar</b>	Gidroksietilkraxmal	200ml, 500 ml v/i kuniga 1 marta 3 kungacha	V
	Dekstran	400ml, 400 ml v/i kuniga 2 mahal 2 – 3 kun	V
<b>Parenteral ovqatlanish vositalari</b>	Parenteral ovqatlantirishga aminokislotalar kompleksi	500ml, 500ml v/i kuniga 1 mahal, 5 – 7 kun	V
	Dekstroza	5% - 400ml, 400ml v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	A
<b>Regidratasion terapiya vositalari</b>	Natriya xlorid	0,9% - 400ml, 400 ml v/i 2 – kuniga 3 mahal. 5 – 7 kun	A
<b>Analgetik preparatlar</b>	Ketoprofen	1ml, 1 ml, m/o 2 – kuniga 3 mahal 5 – 7 kun	A
	Diklofenak natriya	m/o 2 – kuniga 3 mahal 7 – 10 dney	V
	Tramadola gidroxlorid	1 ml, 1ml m/o 2 – kuniga 3 mahal	V
<b>Gormonal preparatlar</b>	Prednizolon	30mg, 30 – 60 – 90 mg v/i kuniga 1 mahal 1 – 5 kun	A
	Deksametazon	4 mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 mg kuniga 1 mahal 1 – 5 kun	A
	Odam insulini	40 ED, 4 – 6 ED kuniga 1 mahal 2 – 10 dney	S
<b>Spazmolitiklar</b>	Drotoverin	2,0 ml, 2,0 ml m/o, v/i 1 – kuniga 3 mahal 1 – 7 kun	S
	Platifillina gidrotartarat	1,0 ml, 1 ml m/o, v/i 1-kuniga 3 mahal 1-7 kun	A
<b>Bronxolitiklar</b>	Aminofillin	10ml, 6 – 10mg/kg/sut m/o kuniga 3 mahal, 10 dney	S
	Teofillin	0,2gr, 0,2 gr per os 2 – 4 mahal, 10 – 15 dney	S
<b>Antikoagulyantlar</b>	Nadroparin kalsiya	0,3 ml, 0,3 ml kuniga 1 mahal t/o	S

	<u>Эноксапарин</u> <u>натрия</u>	0,2 ml, 0,2 ml kuniga 1 mahal t/o	A
	<u>Гепарин</u>	<u>10 ming ED, po 5000-10000</u> <u>ED v/i yoki t/o kuniga 1</u> <u>mahal</u>	V
<b>Mukolitiklar</b>	Bromgeksin	8 mg, 8 mg per os kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	S
	Ambroksol	2 ml, 2 ml m/o, kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	V
<b>Qayt qilishga qarshi</b> <b>vositalar</b>	Ondansetron	4mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 mg v/i, m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	A
	Metoklopramid	10 mg, 10 – 20 mg v\m, v/i 1 – 2 – 3 mahal, 1 – 5 kunlar	A
<b>Sedativ preparatlar</b>	Tofizopam	50 mg, 50 mg per os 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kunlar	S
	Neostigmina metilsulfat	1,0ml, 1ml m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 10 kunlar	S
<b>Isitma tushuruvchilar</b>	Asetilsalisil kislota	0,5 gr, 0,5 gr per os kuniga 2 mahal	A
	Parasetamol	0,5gr, 0,5 gr per os, kuniga 3 mahal	A
<b>Gemostatiklar</b>	Aminokapron kislota	5% - 100ml, 100 ml v/i kuniga 1 mahal, 1 – 5 kunlar	V
	Etamzilat	12,5% - 2ml, 2 ml m/o kuniga 2 mahal, 1 – 5 kunlar	S
	Disinon	1 ml, 1,0 ml m/o 1 – kuniga 2 mahal	V
<b>Diuretiklar</b>	Furosemid	1% - 2 ml, 2 ml m/o, v/i 1- kuniga 3 mahal, 1 – 5 dney	A
	Spironolakton	100mg, 100 mg per os kuniga 1 mahal, 5 – 14 kunlar	S
<b>Antianemik preparatlar</b>	Ferkayl	50mg - 2 ml, 2 ml m/o, haftasiga 2-3 mahal	S
	Kosmofer	2 ml, 2 ml m/o haftasiga 2-3 mahal	S
<b>Gemopoetik preparatlar</b>	Filgrastim	1 ml – 0,3gr, 5 mg/kg t/o, 1 – 3 kunlar	A
<b>Antigistaminlar</b>	Difengidramin	1 ml – 10 mg, 10 mg m/o	A

		kuniga 1 – 2 mahal	
	Xloropiramin	25 mg, 25 mg per os kuniga 3 – 4 mahal	S
<b>Yuklash (manba)</b>	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## 6. Palliativ jarrohlik davosi.

Anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni sababli ichak o‘tkazuvchanligining buzilishi kuzatilgan bemorlarda jarrohlik davolashni ikki og‘izli transverzostoma yoki sigmostoma shakllantirish bilan cheklash tavsiya etiladi, bu keyinchalik kompleks davolash o‘tkazish imkonini yaratish uchun amalga oshiriladi.

Qon ketish va perforasiya bilan kechayotgan anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni holatida palliativ rezeksiya amaliyotlari bajarilishi mumkin. Boshqa o‘sma bilan bog‘liq asoratlarda vaqtinchalik yoki doimiy ichak stomasi shakllantirishga afzallik berilgani maqsadga muvofiq. Ayrim hollarda, klinikada tegishli tajriba va jihozlar mavjud bo‘lsa, ichak o‘tkazuvchanligini tiklashni stentlash orqali amalga oshirish va so‘ng bemorni rejali jarrohlik yoki kompleks davolashga tayyorlash mumkin.

## 7. Keyingi davolash:

Voyaga etgan bemorlar, agar anal kanali, anal cheti, perianal teri saratoni uchun kimyo-nur terapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, shifokor-onkolog kuzatuv va analgetik (agar kerak bo‘lsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

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

anal kanali, anal cheti, perianal teri saratonining rentgenkontrast tekshiruvi, periferik limfa tugunlari, qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq a‘zolari UTTsi, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoqni kontrastli KTsi klinik ko‘rsatmalarga ko‘ra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan so‘ng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/residiviga gumon bo‘lsa bajariladi.

### **Kuzatuv rejimi:**

- Birinchi yil – har 3 oyda 1 marta.
- Ikkinchi yil – har 6 oyda 1 marta.
- Keyingi yillarda, umrbod – har yili 1 marta.

### **Tekshiruvlar ko‘lami:**

- fizikal;

- laborator – QUT, QBT, PUT, koagulogramma;
- rektoskopiya;
- irrigoskopiya (ko‘rsatmalarga ko‘ra);
- fibrokolonoskopiya (ko‘rsatmalarga ko‘ra);
- qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti ultratovush tekshiruvi;
- ko‘krak qafasi a'zolari obzor rentgenografiyasi (1 proeksiya);
- qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti MRT, KTsi (ko‘rsatmalarga ko‘ra);
- PET (ko‘rsatmalarga ko‘ra);
- Boshqa tekshiruv usullari (ekskretor urografiya, FEGDS va boshq.) mutahassislar ko‘rigi (ginekolog, urolog va boshq.) ko‘rsatmalarga ko‘ra.

## **8. Palliativ davo samaradorligi indikatorlari:**

### **Davolash samaradorligi va diagnostika hamda davolash usullarining xavfsizlik indikatorlari.**

- Asoratlar mavjud bo‘lmagan holda va jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi sharti bilan qoniqarli holat.
- Klinik va/yoki vizualizasiya usullari orqali olingan ma'lumotlarga ko‘ra jarayonning progressiya belgilarining yo‘qligi, shuningdek, bemor hayot sifatining yaxshilanishi.

### **Davolash samaradorligi mezonlari:**

- **To‘liq effekt** – barcha zararlangan o‘choqlarning yo‘qolishi va kamida 4 hafta davomida qayta paydo bo‘lmasligi.
- **Qisman effekt** – barcha yoki ayrim o‘smalarning 50% yoki undan ko‘proq kichrayishi, boshqa o‘choqlarda progressiya kuzatilmassligi.
- **Stabilizasiya** (o‘zgarishsiz holat) – o‘smalarning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam o‘sishi, yangi zararlangan o‘choqlar paydo bo‘lmasligi.
- **Progressiya** – bir yoki bir nechta o‘smalarning 25% dan ko‘proq kattalashishi yoki yangi zararlangan o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

**Bemorni davolash tugatilgandan keyin nazorat tekshiruvlari rejasi:**

Tekshiruv usullari	Bemorni davolash tugatilgandan keyin nazorat tekshiruvlar muddati																			
	1- chi oy				2- chi oy				3- chi oy				4-5- chi oy				Keyinchalik			
	3 oy	6 oy	9 oy	12 oy	3 oy	6 oy	9 oy	12 oy	3 oy	6 oy	9 oy	12 oy	3 oy	6 oy	9 oy	12 oy	3 oy	6 oy	9 oy	12 oy
Shifokor-onkolog ko'rigi (shikoyatlar yig'ish + fizikal ko'rik)	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x				x
Saraton embiroinal antigenni tekshirish	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x	-			
Qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolari ultratovush tekshiruvi		x		x		x		x		x		x		x		x			x	x
O'pkalar rentgen grafiyasi yoki ko'krak qafasi a'zolari nishonli r-grafiyasi				x				x				x				x				x
Vena ichi kontrast bilan ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolari kompyuter tomografiyasi				x				x					-							
Kolonoskopiya*				x								x	Har 5 yilda							

\*Agar poliplar aniqlansa, kolonoskopiya har yili o'tkaziladi. Agar davolashdan oldin stenozlashgan o'sma sababli kolonoskopiya bajarilmagan bo'lsa, u rezeksiyadan so'ng 3–6 oy ichida o'tkazilishi lozim.

Izoh: residiv xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda tekshiruvlar orasidagi tanaffus qisqartirilishi mumkin.

## Bemor uchun ma'lumot

Kolorektal saraton kasalligini tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha ma'lumot manbai sifatida professional va bemor jamoalari tomonidan tasdiqlangan ma'lumot manbasidan foydalanish tavsiya etiladi: <http://www.russcpa.ru/patsientam/>.

**Kimyo terapiya asoratlarida tavsiyalar** – shifokor-onkolog bilan bog'lanish.

**1. Tana xarorati 38 °C va undan yuqori ko'tarilganda:** antibiotiklar qabul qilishni boshlash: shifokor-onkolog tavsiyasi bilan.

### 2. Stomatitda:

- dieta – mexanik, termik extiyot qilish;
- og'izni maychechak, qayin po'stlog'i, shalfey bilan tez-tez chayish (har soatda), og'izga oblepixa yog'i surish;
- shifokor-onkolog onkolog tavsiyasi bilan og'izga ishlov berish.

### 3. Diareyada:

- Dieta – yog'li, achchiq, dudlangan, shirin, sutli, kletchatkali ovqatlarni istisno qilish. Yog'siz go'sht, unli, qatiq, qaynatilgan guruch mumkin. Ko'p suv ichish kerak.
- Preparatlarni shifokor-onkolog tavsiyasi bilan qabul qilish.

### 4. Ko'ngil aynishda:

Preparatlarni shifokor-onkolog tavsiyasi bilan qabul qilish.

## **Davoga javob sifatida o‘smaning regressiyasini Mandard bo‘yicha baholash mezonlari**

**O‘zbekcha nomlanishi:** o‘smaning regressiyasini Mandard bo‘yicha baholash mezonlari.

**Original nomlanishi:** Mandard Tumor Regression Grade (TRG).

**Manba (ishlab chiqaruvchilarning rasmiy sayti):** 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.

**Turi:** baholash shkalasi.

**Buyurilishi:** dori va nur davoning samarasini morfologik baholash.

### **Mazmun (shablon) va Kalit (talqin):**

Mandard bo‘yicha o‘smaning davolashga javoban regressiya darajasini baholash mezonlari:

I daraja o‘sma regressiyasi (to‘liq regressiya) (TRG1) – o‘sma hujayralari mavjud emas, o‘sma o‘rnida fibroz o‘chog‘i mavjud (fibroz bo‘lmasligi ham mumkin).

II daraja o‘sma regressiyasi (TRG2) – fibroz o‘zgarishlari fonida kam sonli o‘sma hujayralarining saqlanishi.

III daraja o‘sma regressiyasi (TRG3) – fibroz ustunlik qilgan holda ko‘p sonli o‘sma hujayralarining saqlanishi.

IV daraja o‘sma regressiyasi (TRG4) – o‘sma elementlari fibroz o‘zgarishlariga nisbatan ustunlik qiladi.

V daraja o‘sma regressiyasi (TRG5) – o‘sma regressiyasi belgilarining yo‘qligi, fibroz mavjud emas.

**Izohlar:** mavjud emas.

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

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

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

Tip: baholash shkalasi

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

Tarkibi:

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

**Karnovskiy shkalasi**

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

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

Tip: baholash shkalasi.

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

Tarkibi (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

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

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

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

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

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

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

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

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

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

## 10. Qo'llanilgan adabiyotlar ro'yhati

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

35. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup> 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.

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