

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазири 2
025 йил "23"июндаги
№180 сон буйруғига
Илова

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

**"АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ
ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ
ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

"АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5
«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	50
«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	66
«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	81

**"АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА
ОРТИ ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С48 - аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар) и:**

КХТ-10:	
Коди	Номланиши
C48	– Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари
C48.0	– Қорин парда ортистранства
C48.1	– Қорин парданинг аниқлаштирилган қисмлари
C48.2	– Қорин парданинг аниқлаштирилмаган қисмлари
C48.8	– Юқорида келтирилган битта ёки бир нечта локализациядан ташқари чиққан қорин парда орти соҳа ва қорин парданинг зарарланиши
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
КХТ-11:	
Код и	Номланиши
2C50-2C5Z	Хавфли ўсмалар: қорин парда орти, қорин парда ёки чарвида
2C50	Қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C50.0	Қорин парда ортидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C50.Y	Қорин парда орти ва қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C50.Z	Аниқланмаган қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51	Қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51.0	Қорин парда аденокарциномалари
2C51.1	Қорин пардадаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома

2C51.Y	Қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C51.Z	Аниқланмаган қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C52	Чарвидаги хавфли ўсмалар
2C52.0	Чарвидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2C52.Y	Чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C52.Z	Аниқланмаган чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53.0	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарви аденокарциномаси
2C53.Y	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсма
2C53.Z	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги аниқланмаган хавфли ўсма
2C5Y	Қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C5Z	Аниқланмаган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2F73	Қорин парда ортидаги номаълум табиатли ўсмалар
2F74	Қорин пардадаги номаълум табиатли ўсмалар
2D90	Қорин парда ортидаги хавфли ўсманинг метастази
2D91	Қорин пардага хавфли ўсманинг метастази, хавфли ўсманинг бошқа жойларга метастази
2B59.1	Қорин парда ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B58.0	Қорин парда ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025-2028 йил.

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

- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, кўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Якубов Юсуфджон Кенжаевич – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИОваРИАТМ) гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими илмий раҳбари;
2. Эгамбердиев Дилшод Махмудович – т.ф.н., РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи ходими;
3. Максимкулов Джума Муминович – т.ф.н., РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи ходими;
4. Туйев Хусниддин Насриддинович –РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи ходими;
5. Соипов Бобур Бахтиёрович –РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими мудири;
6. Рахимов Санатжон Собирович –РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи ходими;
7. Хатамов Акбар Мухаметович –РИОваРИАТМ гепатопанкреатобилиар соҳа ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи ходими.

- Такризчилар:

Республикадан:

Акбаров Миршавкат Миролимович – т.ф.д., профессор, В.В.Вохидов номидаги РИ хирургия ИАТМнинг 1-сон гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими раҳбари.

Ҳориждан:

Трифанов В.С. — Тиббиёт фанлари доктори, доцент, П.А. Герцен номидаги МИТОИнинг абдоминал онкохирургия маркази мудири, Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги ФДБМ «Радиология ИТТМ» филиали;

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

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

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

Республикадан:

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

Ҳориждан:

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

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

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

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

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
АФП	–	альфа-фетопротеин
в/и	–	вена ичига
м/о	–	мушак орасига
АТҚПОС	–	Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари
ЕД	–	бирлик
МИЙ	–	меъда – ичак йўли

ХЎ	– хавфли ўсма
ИФА	– иммунофермент анализ
КТ	– компьютер томография
НТ	– нур терапия
ХНМ	– халқаро нормаллаштирилган муносабат
МРТ	– магнит-резонанс томография
НЭЎ	– Нейроэндокрин ўсмалар
ҚУТ	– қон умумий таҳлили
ПУТ	– пешоб умумий таҳлили
т/о	– тери остига
ПТВ	– Протромбин вақти
ПТИ	– протромбин индекси
ПЭТ	– позитрон –эмиссион томография
РЭА	– Рак эмбрионал антигени
ЮҚТ	– юрак қон-томир тизими
ЮТС	– Юмшоқ тўқима саркомалари
УЗДГ	– ультратовуш доплерография
УТТ	– ультратовуш текшируви
СГВ	– сурункали гепатит В
СГС	– сурункали гепатит С
СГD	– сурункали гепатит D
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭхоКГ	– эхокардиография
per os	– перорал
CTV	– clinical tumor volume, ўсманинг клиник тарқалиш соҳаси
ECOG	– Eastern Cooperative Oncology Group, Шарқий бирлашган онкологик гуруҳ
GTV	– gross tumor volume, аниқланадиган ўсма ҳажми
RECIST	– Response evaluation criteria in solid tumours, Солид ўсмаларни терапияга жавобини баҳолаш мезонлари

TNM – Tumor Nodulus Metastasis – хавфли ўсмалар босқичларининг халқаро таснифи

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

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

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

- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:

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

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

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

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

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

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

2. Асосий қисм.

- Кириш

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари – мезодермал, нейроген ва эмбриоген келиб чиқишига эга бўлган, қорин парда орти соҳасида жойлашган хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

- Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.esmo.org/guidelines>)

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари (АКҚПОС) – турли хил бириктирувчи тўқималардан ривожланувчи ва қорин парда орти соҳасида жойлашувчи кам учрайдиган хавфли ўсмалар тури. Энг кенг тарқалган шакллар қаторига липосаркома, лейомиосаркома ва шваннома киради. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Ҳозирги кунга қадар аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг этиологик омиллари аниқланмаган. Липосаркомалар – ҳар хил даражадаги дифференцияцияга эга бўлган ўсма липоцитлари/липобластларидан ташкил топган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Уларнинг гистогенетик манбаи аксарият ҳолларда паранефрал ёғ тўқимаси, йўғон ёки ингичка ичак тутқичидаги ёғ тўқимаси ҳисобланади. Лейомиосаркомалар – липосаркомалардан кейин аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари орасида иккинчи ўринда туради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Улар силлиқ мушак хужайраларидан шаклланидиган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Аъзодан ташқари қорин парда орти локализациясига кўра улар икки гистогенетик манбага эга: ингичка ичак тутқичининг миоцитлари ва пастки ковак вена ҳамда унинг висцерал шохларининг мушак хужайралари. Шунинг учун аъзодан ташқари қорин парда орти лейомиосаркомалари ва пастки ковак вена ҳамда буйрак веналарининг лейомиосаркомалари ажратилади. Периферик нерв қобиғи хужайраларидан келиб чиққан хавфли ўсмалар (хавфли шванномалар) – аъзодан ташқари қорин парда орти хавфли ўсмаларининг учинчи энг кенг тарқалган гуруҳидир. Улар нейроэктодермал келиб чиқишга эга бўлиб, шваннов хужайралари ва периневрал фибробластлардан (нейрофибросаркомалар) шаклланади. Бошқа гистологик турлар анча кам учрайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

РСНПМЦОиРнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 0,4 ҳолатни ташкил этади ва сўнгги 10 йил давомида барқарор қолмоқда. Бу республикада илк бор аниқланган барча хавфли янги ҳосилаларнинг 5,2% ни ташкил этади. 2023 йилда жами 134 нафар беморда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари биринчи марта аниқланган. Улардан 5,2% ҳолат профилактик кўриқлар пайтида фаол аниқланган. Морфологик тасдиқланган ҳолатлар улуши 92,5% ни ташкил этади. Биринчи босқичда 1,5%, иккинчи босқичда 44,8%, учинчи босқичда 38,8%, тўртинчи босқичда 10,4% беморда аниқланган. 4,5% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошига келиб 504 нафар бемор диспансер назоратида бўлган, касаллик тарқалиш даражаси 1,4 ҳолат/100 минг аҳоли ни ташкил этган. Республика бўйича 5 йиллик тирик қолиш даражаси 27,2%, бир йиллик леталлик 24,7% ни ташкил этади. 2023 йилда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари сабабли 79 бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,2 ҳолат ни ташкил этади.

Клиник таснифи

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини кодлашнинг ўзига хослиги шундаки, ушбу ўсмалар юмшоқ тўқима саркомалари қаторига киради. Кўпчилик юмшоқ тўқима саркомаларининг гистологик турлари катта ёшли беморларда қорин парда орти локализациясида жуда кам учрайди. Халқаро касалликлар ва соғлиқ муаммоларининг 10-таҳрирдаги статистик классификацияси (МКБ-10)га мувофиқ, аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари С48.0 коди билан белгиланади.

1.5. Холат ва касалликнинг таснифи (касаллик ва ҳолат гуруҳининг)

1.5.1. Халқаро гистологик тасниф (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Soft-Tissue-And-Bone-2013>)

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг халқаро гистологик классификацияси Юмшоқ тўқима саркомаларининг халқаро гистологик классификациясига мос келади, у Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) мутахассислари томонидан ишлаб чиқилган (4-таҳрир, 2013 йил) (жадвал 4). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24378391/>)

4-жадвал. Юмшоқ тўқима саркомаларини халқаро гистологик таснифи

8680/3	Параганглиома, хавфли
8693/3	Буйрак усти безидан ташқари параганглиома, хавфли Нехромаффин параганглиома, хавфли
8710/3	Гломангиосаркома Гломус саркомаси
8711/3	Гломус ўсмаси, хавфли
8800/3	Саркома, БДУ Мезенхимал ўсма, хавфли Юмшоқ тўқима саркомаси Юмшоқ тўқма ўсмаси, хавфли
8801/3	Урчуксимон ҳужайрали саркома
8802/3	Гигант ҳужайрали саркома <i>суяклардан ташқари М-9250/3)</i> Полиморф-ҳужайрали саркома
8803/3	Майда ҳужайрали саркома Йирик ҳужайрали саркома
8804/3	Эпителиоид саркома Эпителиоид- ҳужайрали саркома
8805/3	Дифференциаллашмаган саркома

8806/3	Десмопластик майда-чирик хужайрали ўсма
8810/3	Фибросаркома, БДУ
8811/3	Фибромиксосаркома
8813/3	Фасциал фибросаркома
8814/3	Инфантил фибросаркома Туғма фибросаркома
8815/3	Солидар фиброз ўсма, хавфли
8830/3	Хавфли фиброз гистиоцитоме
8832/3	Дерматофибросаркома, БДУ (С44.) Дерматофибросаркома бўртиб турувчи, БДУ (С44.)
8833/3	Пигмент дерматофибросаркома бўртиб турувчи (С44.) Беднар ўсмаси (С44.)
8840/3	Миксосаркома
8850/3	Липосаркома, БДУ Фибролипосаркома
8851/3	Липосаркома, юкори дифференциаллашган Липомасимон липосаркома Липосаркома, дифференциаллашган. Яллиғланишли липосаркома. Склерозланувчи липосаркома
8852/3	Миксоид липосаркома Миксолипосаркома
8853/3	Юмалоқ хужайрали липосаркома
8854/3	Плеоморф липосаркома
8855/3	Аралаш липосаркома
8857/3	Фибробластик липосаркома
8858/3	Дедифференциаллашган липосаркома
8890/3	Лейомиосаркома, БДУ
8891/3	Эпителиоид лейомиосаркома
8894/3	Ангиомиосаркома
8895/3	Миосаркома
8896/3	Миксоид лейомиосаркома
8900/3	Рабдомиосаркома, БДУ Рабдосаркома

8901/3	Плеоморф рабдомиосаркома, катталаш тип Плеоморф рабдомиосаркома, БДУ
8902/3	Рабдомиосаркома аралаш тип Аралаш эмбриональ рабдомиосаркома ва альвеоляр рабдомиосаркома
8910/3	Эмбрионал рабдомиосаркома, БДУ Эмбрионал рабдомиосаркома, плеоморф Ботриоид саркома Гроздсимон саркома
8912/3	Урчуксимон хужайрали рабдомиосаркома
8920/3	Альвеоляр рабдомиосаркома
8921/3	Рабдомиосаркома ганглийлар дифференциацияси билан Эктомезенхимома
8930/3	Эндометриал стромал саркома, БДУ (C54.1) Эндометриал саркома, БДУ (C54.1) Эндометриал стромал саркома юқори хавф даражаси билан (C54.1)
8931/3	Эндометриал стромал саркома паст хавфлилик даражаси билан (C54.1) Эндолимфатик стромал миоз (C54.1) Эндометриал строматоз (C54.1) Стромал эндометриоз (C54.1) Стромал миоз, БДУ (C54.1)
8935/3	Стромал саркома, БДУ
8936/3	Гастроинтестинал стромаль саркома Гастроинтестинал стромал ўсма, хавфли ГИСО (GIST, GastroIntestinal Stromal Tumor), хавфли
8940/3	Аралаш ўсма, хавфли, БДУ
8963/3	Хавфли рабдоид ўсма Рабдоид саркома Рабдоид ўсма, БДУ
8964/3	Буйрак ёруғ хужайрали саркомаси (C64.9)
8982/3	Хавфли миоэпителиома Миюэпителиал саратон
8990/3	Мезенхимома, хавфли Аралаш мезенхимал саркома
8991/3	Эмбрионал саркома

9020/3	Баргсимон (филлоид) ўсма, хавфли (C50.) Баргсимон цистосаркома (филлоид), хавфли (C50.)
9040/3	Синовииал саркома, БДУ Синовииома, БДУ Синовииома, хавфли
9041/3	Синовииал саркома, урчуқсимон Синовииал саркома, монофаз фиброз
9042/3	Синовииал саркома, эпителиоид-хужайрали
9043/3	Синовииал саркома, бифаз
9044/3	Ёруғ хужайрали саркома, БДУ (буйракдан таиқари M-8964/3) Пай ва апонефрознинг ёруғ хужайрали саркомаси (C49.) Юмшоқ тўқима меланомаси, хавфли (C49.)
9120/3	Гемангиосаркома Ангиосаркома
9124/3	Купфер хужайраларидан саркома (C22.0)
9130/3	Гемангиоэндотелиома, хавфли Гемангиоэндотелиал саркома
9133/3	Эпителиоид гемангиоэндотелиома, хавфли Томир ичи бронхиал-альвеоляр ўсма (C34.) [уст.]
9140/3	Капоши саркомаси Кўплаб геморрагик саркома
9150/3	Гемангиоперицитома, хавфли
9180/3	Остеосаркома, БДУ (C40. , C41.) Остеоген саркома, БДУ (C40. , C41.) Остеобластик саркома (C40. , C41.) Остеохондросаркома (C40. , C41.)
9220/3	Хондросаркома, БДУ (C40. , C41.) Фиброхондросаркома (C40. , C41.)
9231/3	Миксоид хондросаркома
9240/3	Мезенхимал хондросаркома
9251/3	Юмшоқ тўқималарнинг хавфли гигант хужайрали ўсмаси
9252/3	Хавфли теносиновииал гигант хужайрали ўсма(C49.) Пайли қиннинг гигант хужайрали ўсмаси, хавфли (C49.)
9364/3	Периферик нейроэктодермал ўсма

	<p>Нейроэктодермал ўсма, БДУ</p> <p>Периферик примитив нейроэктодермал ўсма, БДУ</p> <p>ППНЭО (PPNET, Peripheral Primitive NeuroEctodermal Tumor)</p>
9365/3	Аскин ўсмаси
9473/3	<p>Примитив нейроэктодермал ўсма, БДУ</p> <p>ПНЭО (PNET, Primitive NeuroEctodermal Tumor), БДУ</p> <p>Марказий асаб тизими примитив нейроэктодермал ўсмаси, БДУ (C71. _)</p> <p>ЦНС-ПНЭО (CPNET, Central Primitive NeuroEctodermal Tumor)(C71.)</p> <p>Супратенториал ПНЭО (PNET, Primitive NeuroEctodermal Tumor)(C71.)</p>
9540/3	<p>Периферик нервлар қобиғи хавфли ўсмаси</p> <p>ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor), БДУ</p> <p>Нейрофибросаркома [уст.]</p> <p>Нейроген саркома [уст.]</p> <p>Нейросаркома [уст.]</p> <p>Эпителиоид ЗООПН (MPNST)</p> <p>Меланотик ЗООПН (MPNST)</p> <p>Меланотик псаммоматоз ЗООПН (MPNST)</p> <p>Безли дифференцировкали ЗООПН (MPNST)</p> <p>Мезенхимал дифференцировкали ЗООПН (MPNST)</p>
9561/3	<p>Периферик нервларнинг хавфли ўсмаси рабдомиобластик дифференцировка билан</p> <p>Хавфли шваннома рабдомиобластик дифференцировка билан</p> <p>ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor)</p> <p>рабдомиобластик дифференцировка билан</p> <p>Тритон-ўсма, хавфли</p>
9571/3	<p>Периневриома, хавфли</p> <p>Периневрал ЗООПН (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor)</p>
9580/3	<p>Донадор-хужайрали ўсма, хавфли</p> <p>Донадор-хужайрали хавфли миобластома</p>
9581/3	Юмшо тўқималар альвеоляр саркомаси

Изоҳлар: Хавфли ўсманинг гистологик даражаси (Grade) – рутин гистологик текширув давомида French Federation of Cancer Centers (FNCLCC) тизими бўйича баҳоланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693192/>). шбу тизим қуйидаги параметрларни балл бўйича баҳолашни ўз ичига олади: ўсма ҳужайраларининг дифференциация даражаси, митозлар сони, ўсмадаги некроз майдони. Гистологик

даража (G) саркоманинг гистологик турига боғлиқ эмас, балки унинг морфологиясига асосан аниқланади. Тизим ўсмаларни юқори дифференцияцияланган (Grade 1) ва паст дифференцияцияланган (Grade 2 ва 3) гуруҳларга ажратади. Саркоманинг гистологик даражасини аниқлаш унинг гистологик тури (нозологик шакли) белгилангандан сўнг амалга оширилади. Агар ўсма хавфлилик потенциали чегарада (аниқланмаган) бўлса (интраабдоминал десмоид фиброматоз, солитар фиброз ўсма/гемангиоперицитома, баъзи гастроинтестинал стромал ўсмалар, яллиғланишли миофибробластик ўсма), гистологик даража кўрсатилмайди.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг даволаш патоморфози даражасини аниқлаш усуллари бўйича ягона фикр мавжуд эмас. (https://www.researchgate.net/publication/316850978_Aims_and_methods_of_the_work_of_a_pathologist_in_modern_oncology). Миллий марказларда аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг даволаш патоморфози даражаси Лавникова томонидан ишлаб чиқилган тўрт босқичли тизим ёрдамида аниқланади. Ушбу тизим идентификация қилиш мумкин бўлган («тирик») ўсма ҳужайралари эгаллаган майдонни ҳисобга олади. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг биопсия материаллари стандарт гистологик тадқиқотга тайёрлаш жараёнида махсус талабларга эга эмас.

Режали жарроҳликдан сўнг мажбурий морфологик тадқиқот нафақат ўсманинг гистологик турини аниқлаш, балки неоадъювант кимё терапияси ўтказилган ҳолларда даволаш патоморфози даражасини баҳолаш имконини беради. Бу эса кейинги даволаш тактикаси ва прогноз баҳолаш учун муҳим. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг, айниқса, йирик ўлчамдагиларининг резекция чеккаларидаги ўсмани аниқлаш жуда қийин.

(<https://istina.msu.ru/publications/book/318224457/>). Бундай уринишни жарроҳ ва морфолог томонидан биргаликда ўтказиладиган тадқиқот орқали амалга ошириш мумкин. Агар жарроҳликнинг радикалиги борасида шубҳалар пайдо бўлса, жарроҳ бу ҳолатни операция протоколида кўрсатиши, резекция чеккаларини белгиланган ҳолда ажратиши ва кейинги даволаш тактикаси юзасидан мултидисциплинар консилиумда муҳокама ўтказиши керак.

1.5.2. Босқичлаш [9] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758500/>)

Ҳозирги вақтда аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг босқичи юмшоқ тўқима саркомалари учун ишлаб чиқилган TNM стадиялаш тизими (7-таҳрир, 2011) бўйича белгиланади (жадвал 5).

Босқични аниқлаш ўсма ҳажми, хавфлилик даражаси ва узоқ метастазларнинг мавжудлиги каби кўрсаткичларга асосланади.

TNM 7-таҳрири (2011) бўйича стадиялаш жадвали (жадвал 5).

Ўсма ўлчами:

T1 – ўсма ўлчами ≤ 5 см;

T2 – ўсма ўлчами >5 см;

Жойлашиш чуқурлиги

a – ўсма юзаки фасция устида жойлашган;

b – ўсма юзаки фасция остида жойлашган;

хавфлилик даражаси (G):

G1 – паст;

G2, G3 – юқори.

5-жадвал. Юмшоқ тўқима саркомаларини TNM тизими бўйича босқичлаш (7-нашр, 2011 й.)

Босқич	T	N	M	Хавфлилик даражаси	Ўсманинг ўлчам ва локализацияси
IA	T1a	N0	M0	Паст	≤ 5 см, юзаки
	T1b	N0	M0	Паст	≤ 5 см, чуқур
IB	T2a	N0	M0	Паст	>5 см, юзаки
	T2b	N0	M0	Паст	>5 см, чуқур
IIA	T1a	N0	M0	Юқори	≤ 5 см, юзаки
	T1b	N0	M0	Юқори	≤ 5 см, чуқур
IIb	T2a	N0	M0	Юқори	>5 см, юзаки
III	T2b	N0	M0	Юқори	>5 см, чуқур
	Ҳар қандай T	N1	M0	Ҳар қандай	Ҳар қандай
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай	Ҳар қандай

TNM тизимининг 8-таҳрири (2016) бўйича T1 индекси ўсма ҳажми ≤ 5 см, T2 – >5 см, лекин ≤ 10 см, T3 – >10 см, лекин ≤ 15 см, T4 – >15 см ни англатади.

6-жадвал. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини TNM (8-таҳрир, 2016) тизими бўйича стадиялаш.

Босқич	T	N	M	Хавфлилик даражаси
IA	T1	N0	M0	Паст, GX
IB	T2, T3, T4	N0	M0	Паст, GX

II	T1	N0	M0	Юқори
IIIА	T2	N0	M0	Юқори
IIIВ	T3, T4	N0	M0	Юқори
IIIВ	Ҳар қандай T	N1	M0	Ҳар қандай
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай

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

Ташхис қўйишнинг ташхислаш мезонлари:

- Шикоятлари ва анамнез:

- Қоринда қўл билан сезиладиган ўсманинг мавжудлиги
- Қорин оғриғи – енгил, уйқунувчи ноаниқ оғриқлардан то кучли, хуружсимон оғриқларгача
- Ошқозон дискомфорти – иштаҳа йўқолиши, кекириш, баъзан қайт қилиш, қорин юқори қисмида оғирлик ҳисси
- Ичак иш фаолиятининг бузилиши – қабзият, ич кетиши, уларнинг навбатма-навбат алмашиши, қоринда ғудуллаш ва шишиши.
- Умумий ҳолатнинг ўзгариши – умумий беҳоллик, чарчоқ, заифлик, вазн йўқотиш, иситма, тери қопламларининг оқариши
- Қўл билан сезиладиган ўсманинг мавжудлиги

- Физикал текширувлар

Объектив текширув маълумотлари:

- Кўрик: тери қопламларининг оқариши, қорин асимметрияси
- Қоринни палпация қилиш: ўсмани палпация орқали аниқлаш, бу касаллик босқичи, анатомик ўсиш шакли ва қорин девори таранглигига боғлиқ
- Қоринни перкуссия қилиш: ўсма устидаги товушнинг пасайиши

- Лаборатор текширувлар:

Асосий текширувлар:

- Умумий қон таҳлили – гипохром анемия, ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз кузатилади
- Ахлатда яширин қон таҳлили – йўғон ичакка ўсма ўсиб кирганда ижобий реакция бўлади.
- Коагулограмма – гиперкоагуляция белгилари кузатилиши мумкин (ҳамиша эмас)

Қўшимча текширувлар: йўқ.

Инструментал текширувлар:

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг контрастли КТси – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш мақсадида.
- Кичик чаноқ аъзоларининг МРТ (агар ўсма кичик чаноқда жойлашган ёки унга тарқалган бўлса) – ўсма тарқалиш даражасини аниқлаш мақсадида.
- Кўкрак қафаси аъзоларининг КТ – ўпкада метастазларни аниқлаш учун
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси
- ПЭТ-КТ/МРТ – кичик чаноқ, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кўкрак қафаси, бош мия, юмшоқ тўқималар ва суяклардаги ўсма жараёни тарқалишини, шунингдек, кичик ўсмалар, рецидивлар ва метастазларни аниқлаш учун энг сезгир ва ахборотли усуллардан бири;
- Пункцион биопсия – кенг игна ёрдамида тўқима намуналарини олиш, УТТ, КТ ёки МРТ назорати остида ўтказилади;
- Инцизион биопсия – янги ҳосиланинг бир қисмини ёки тўқима намунасини олиб ташлаш, пункцион биопсия хавфли ёки ноаниқ натижалар берган ҳолларда қўлланилади;
- Колоноскопия – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш учун ўтказилади;
- ФЭГДС – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш учун ўтказилади.

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;

5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
12. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти контрастли соҳаси КТси;
13. Кичик чаноқ МРТси (ўсманинг кичик чаноққа жэойлашиши ёки тарқалишида);
14. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфағи, меъда ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти соҳа ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кўкрак қафаси компьютер томографияси;
16. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
17. Пункцион ёки инцизион биопсия;
18. Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
19. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP
9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер

11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Стандарт –цитогенетик текшириш;
14. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
15. Ўсмаларни молекуляр-генетик текшируви (биопсия ва амалиётдан кейинги материалларни, ойналарни, ўсмаларнинг эркин циркуляциядаги ДНКлари);
16. Колоноскопия;
17. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини рентгеноскопик текшируви, контрастлаш билан (икки қарра контрастлаш);
18. Бош ва бўйин контрастли КТси;
19. Бош мия МРТси;
20. Спирография;
21. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
22. Скелет суякларини сканирлаш;
23. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
24. Холтер – мониторинг билан ЭКГ
25. Бутун тана ПЭТ/КТси**;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

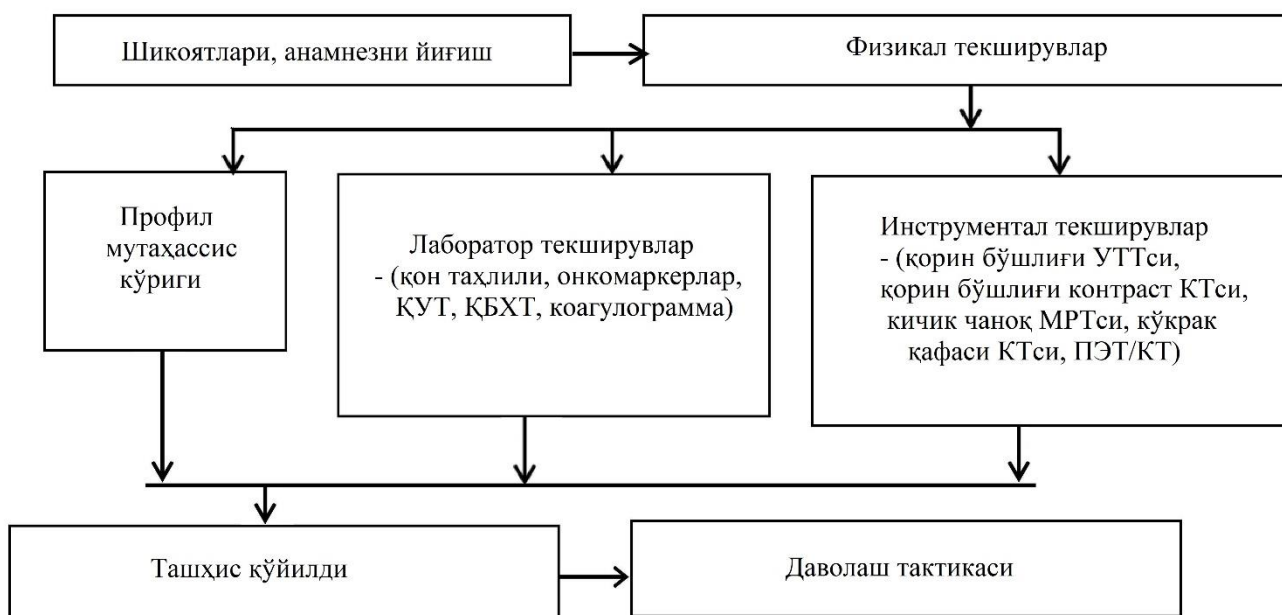
- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Меъда ости беши саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт,

мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);

- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).
- **фтизиатр кўриги** – агар ўпканинг сил касаллигига шубҳа қилинган бўлса ва периферик шаклланишлар мавжуд бўлса.
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.

Диагностик алгоритм.



Дифференциал ташҳислаш

Ташҳис	Дифференциал ташҳис учун асослаш	текширув	Ташҳисни истисно мезони
Буйраклар ва тухумдонлар кистаси	Буйрак кистаси – патологик ҳолат бўлиб, унда бўшлиқли тузилманинг ноормал ўсиши кузатилади. Бўшлиқли тузилма	Қорин бўшлиғи ва ҚПО УТТси, Қорин бўшлиғи ва ҚПО УМРТси,	Тўқималар ичи кистасининг мавжудлиги

	<p>ҳажми 1 см дан 10 см гача бўлиши мумкин, якка ёки қўп сонли бўлиши мумкин.</p> <p>Тухумдонлар кистаси – суяқлик билан тўлдирилган, аёлларнинг бир ёки икки тухумдон юзасида шаклланадиган тузилма бўлиб, кўпчилик ҳолларда фолликуладан ривожланади.</p> <p>Анатомик жиҳатдан, бу юпқа деворли, халтача кўринишидаги бўшлиқли тузилма. Унинг ўлчами бир неча сантиметрдан 15–20 см гача етиши мумкин.</p> <p>Ҳолатларнинг 90% да киста функционал ёки фолликуляр ҳисобланади.</p>	Қорин бўшлиғи ва ҚПО КТси, лапароскопия.	
Асорта ва унинг шахлари аневризмаси	<p>Аорта аневризмаси – магистрал артериянинг маълум қисмидаги патологик локал кенгайиш бўлиб, унинг деворларининг заифлиги билан боғлиқ.</p> <p>Локализациясига қараб, аорта аневризмаси кўкрак қафаси ёки қорин соҳасида оғрик, пульсирловчи ўсмага ўхшаш тузилманинг мавжудлиги, ҳамда қўшни аъзоларни сиқиш билан боғлиқ белгилар – нафас қисиши, йўтал, дисфония, дисфагия, юз ва бўйинда шиш ва цианоз билан намоён бўлиши мумкин.</p>	Кўкрак/қорин аортасини КТ-аортографияси	Аневризматик томирнинг аниқланиши
Гематомалар	<p>Қорин парда орти гематомалари кўпинча чаноқ суяклари синғи (46,9%), қорин парда ортида жойлашган аъзоларнинг шикастланиши (31,6%), умуртқа поғонаси жароҳатлари (21,5%) натижасида юзага келади.</p> <p>Одатда, қорин парда орти қон</p>	Қорин бўшлиғи ва ҚПО УТТси, Қорин бўшлиғи ва ҚПО МРТси, Қорин бўшлиғи ва ҚПО КТси	Аввалги травманинг ва қорин парда орти ҳосиласининг мавжудлиги

	қўйилишлари оғир жароҳатлар ва биргаликдаги шикастланишлар бўлган беморларда учрайди.		
--	---	--	--

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

АТҚПОСни даволаш режаси

АТҚПОС даволаш режаси мутахассислардан иборат мултидисциплинар гуруҳ томонидан махсус марказларда муҳокама қилинади ва қўйидагиларни ҳисобга олиши керак:

- Ўсма жараёнининг тарқалиши (касалликнинг кечиш клиник босқичи);
- Беморнинг объектив ҳолати;
- Асосий касалликнинг прогнози;
- Ҳамроҳ касалликлар;
- Беморнинг истаклари.

Амбулатор шароитда қорин парда орти ноорган ўсмаларини иммунотерапияси онколог ёки онкодиспансернинг амбулатор кимё терапияси кабинети химеотерапевти назорати остида ўтказилади. Амбулатор даволаниш ECOG классификацияси бўйича I–II баллга эга бўлган, соматик ҳолати барқарор ва ҳаёт сифати сақланган беморларга тавсия этилади.

Номедикаментоз даво:

Консерватив даво ўтказилаётганда (иммунотерапия) беморнинг режими – умумий;

Пархез стол - №15.

Медикаментоз даво:

Амбулатор онкотерапия мултидисциплинар гуруҳ (МДГ) қарорига мувофиқ онкологик марказнинг амбулатор кимё терапияси кабинети (КАХ) да, доимий шифокор назорати талаб этилмайдиган даволаш режимларида ўтказилади.

КАХ шароитида даволаниш учун ECOG шкаласи бўйича 0–1 баллга эга бўлган беморлар қабул қилинади.

7-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлганлар)

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ҲПН	Қўлланилиш усули	ИД
BCR-ABL тирозинкиназа ингибитори	Иматиниб	Дозаси ва қабул қилиш частотаси кимё терапияси режимларига мувофиқ белгиланади, в/и	А
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа ингибитори	Сунитиниб	Дозаси ва қабул қилиш частотаси кимё терапияси режимларига мувофиқ белгиланади, оғиз орқали	А
Ўсмага қарши восита, ҳужайрали ичи тирозинкиназа селектив ва тескари ингибитори	Лапатиниб	Дозаси ва қабул қилиш частотаси кимё терапияси режимларига мувофиқ белгиланади, оғиз орқали	А
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа ингибитори	Дазатиниб	Дозаси ва қабул қилиш частотаси кимё терапияси режимларига мувофиқ белгиланади, оғиз орқали	А
Моноклонал антитана	Деносуаб	Дозаси ва қабул қилиш частотаси кимё терапияси режимларига мувофиқ белгиланади, тери остиға	А
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-		

Кўшимча дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлмаганлар) – мавжуд эмас.

Жарроҳлик давоси: йўқ.

3.4 Кейинги олиб бориш:

Кузатув режими:

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

Текширув кўлами:

- физикал;
- лаборатор – ҚУТ, ҚБТ, ПУТ, коагулограмма.

Асосий текширувлар:

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг контрастли КТси;
- Кичик чанок аъзоларининг МРТси (агар ўсма кичик чанокда жойлашган ёки унга тарқалган бўлса);
- Кўкрак қафаси аъзоларининг КТси.

Кўшимча текширувлар:

- ПЭТ-КТ/МРТ (кўрсатмалар бўйича ҳар 6 ойда бир марта)
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТ

Протоколда келтирилган даволаш самарадорлиги ва диагностика усуллари хавфсизлигининг индикаторлари:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши;
- **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия бўлмаган ҳолатда;
- **Стабилизация** – ҳажмнинг 50% дан камаймаслиги ёки 25% дан ошмаслиги, янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолатда;
- **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмалар ҳажмининг 25% дан кўпроқ ошиши

ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

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

Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Мураккаб интервенцион диагностика тиббий аралашувларини ўтказиш зарурати, улардан сўнг кундузги ёки суткалик стационар шароитида кузатув талаб этилиши
2. Ихтисослашган хавфли ўсмаларга қарши даволаш (жарроҳлик аралашуви, луч терапияси, жумладан контактли, дистанцион ва бошқа турлари, дори воситалари билан даволаш ва бошқалар) кўрсатмалари мавжуд бўлиб, суткалик ёки кундузги стационарда кузатув талаб этилиши

Шошилиш ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ўткир ичак тутилиши;
- ички қон кетиш;
- оғриқ синдроми.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

Даволаш тактикаси:

- ўсма ўчоғи ва метастазларни ликвидацияси;
- ўсма жараёнининг тўшлиқ ёки қисман регрессияси, стабилизациясига эришиш.

Босқичлар бўйича даволаш:

• **Ia босқич** (T1bN0, NXM0, хавфлиликнинг паст даражаси): ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш.

• **Ib босқич** (T2bN0, NXM0, хавфлиликнинг паст даражаси): ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш + резидуал ўсма соҳасига операциядан кейинги нур терапия СЎД 60–70Гр, БМЎД 2 Гр (R1,R2 да).

• **II–III босқичлар** (T1b–T2bN0, N1M0, хавфлиликнинг юқори даражаси): ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш (N+ да лимфодиссекция бажарилади) + операциядан кейинги нур терапия (СЎД 40–50Гр, БМЎД 2Гр) + 3–4 курс адъювант химиотерапии (ўсманинг сезгир гистологик турларида). Кенг ҳажмда ўсмани соғлом тўқималар доирасида, футлярлик ва зоналик принципларини

ҳисобга олган ҳолда кесиб олиш жарроҳлик аралашувининг стандарт усули ҳисобланади.

Агар R1 ёки R2 резекция амалга оширилган бўлса, резидуал ўсма худудидаги умумий ўчоқли нур терапияси дозаси 60–70 Гр гача оширилиши керак, соғлом аъзолар ва тўқималар толерантли дозаси оширилмасдан.

Агар ресектабеллик шубҳали ёки ўсма жарроҳлик орқали олиб ташланмайдиган (нерезектабель) бўлса, 40–50 Гр СЎД билан классик фракциялаштириш режимида луч терапияси ва ёки 2–3 курс кимё терапияси (умумий ёки регионар гипертермия шароитида афзал) ўтказилади.

Агар ўсманинг нерезектабеллиги сақланса, умумий СЎД 60–70 Гр гача етказилган ҳолда нур терапияси ва 3–4 курс кимё терапияси ўтказилади. Даволаш схемаси неоадьювант кимё терапиясининг самарадорлиги КТ ёки УТТ маълумотлари асосида баҳоланганидан сўнг аниқланади.

- **IV босқич** (ҳар қандай T ва NM1, хавфлиликнинг ҳар қандай даражаси):

Паллиатив даволаш индивидуал дастурлар асосида кимё терапияси ва ёки нур терапиясини ўз ичига олади, шу жумладан модификацияланган шароитларда (умумий ва регионар гипертермияда) ўтказилади.

Жарроҳлик аралашувлари ўсма массасини камайтириш ва ўсма томонидан сиқиш белгиларига барҳам бериш мақсадида амалга оширилади.

NB! Агар ўсма резектабел бўлса ва узоқ аъзоларда якка ёки ягона метастазлар мавжуд бўлса, циторедуктив операция бир вақтнинг ўзида ёки кейинчалик метастазларни олиб ташлаш билан ўтказилади.

Абляция ва эмболизация ўсма мавжудлиги билан боғлиқ белгиларни (оғриқ, қон кетиш, нерв тузилмаларининг сиқилиши ва бошқалар) минималлаштириш учун ҳам қўлланилади.

Трансартериал кимёэмболизация (ТАХЭ)

◇- ТАХЭ ўсмани қон билан таъминлайдиган жигар артерияларига эмболик агентларни етказиб бериш орқали қон томирларини ёпишни таъминлайди.

◇ ТАХЭ жигар саркомаси метастазларини даволаш учун жигарнинг нересектабель касаллиги мавжуд бўлган беморлар ёки стандарт терапияга жавоб бермайдиган беморлар учун кўриб чиқилиши мумкин.

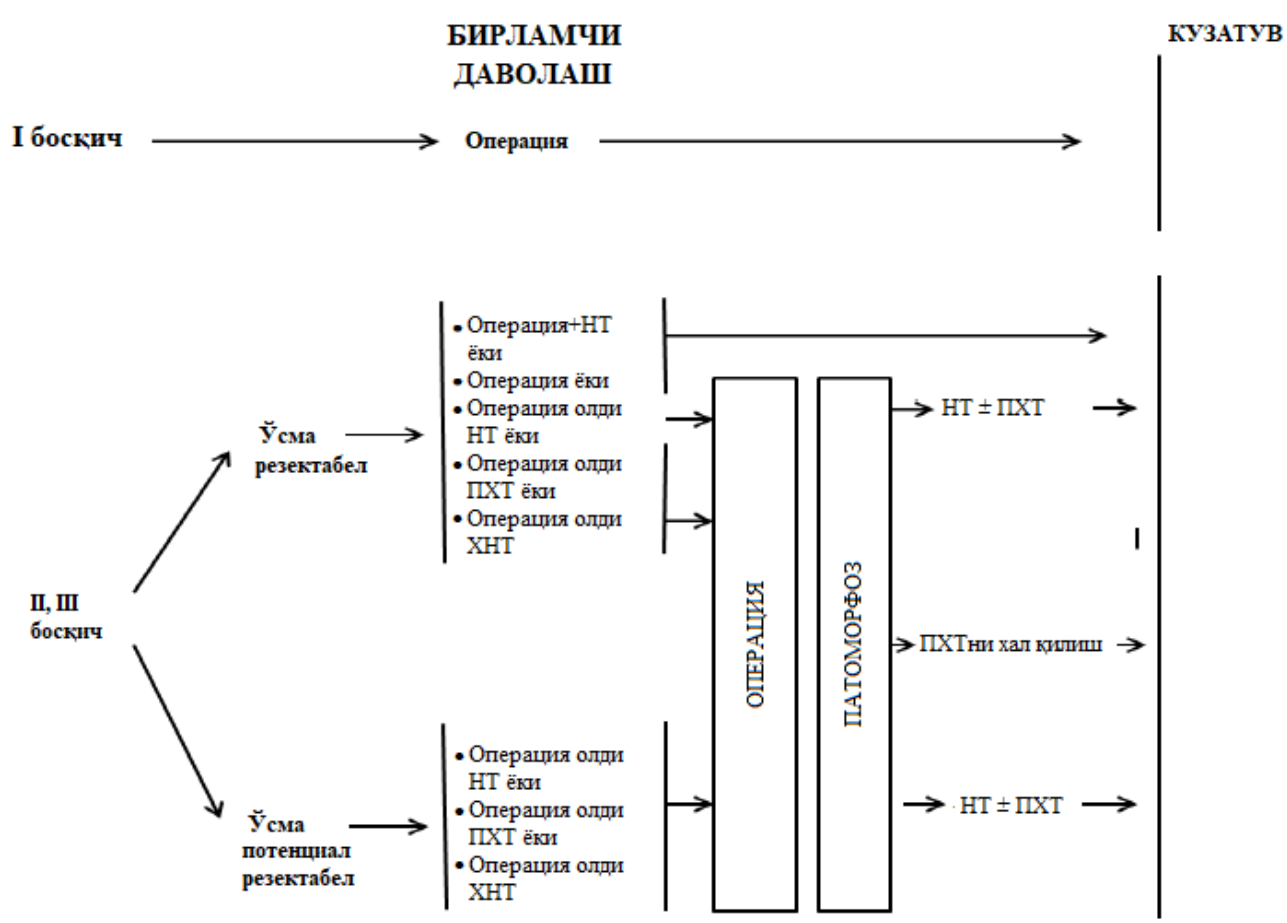
Жойлашган абляцион даволаш олигометастатик касалликка эга беморларда умумий тирик қолиш кўрсаткичини яхшилаши аниқланган.

Жигар метастазларининг резектабеллик мезонлари: Нерезектабел жигардан ташқари метастазлар мавжуд эмаслиги; Функционал бардошлик ва

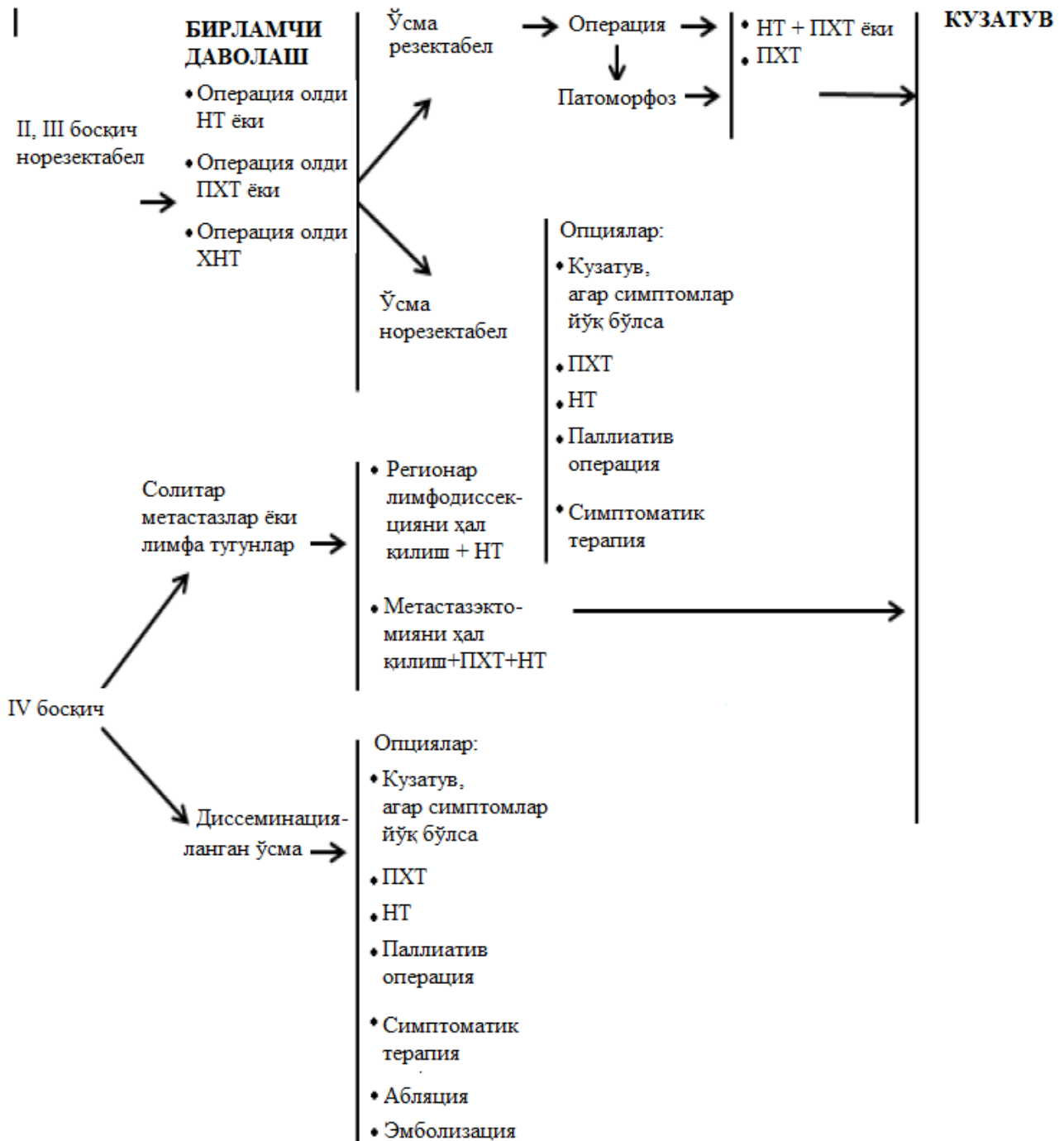
субкомпенсация ёки декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касалликларнинг йўқлиги; Барча метастазларни 0,1 см ёки ундан ортиқ клиренс билан ўсмасиз ва зарарланмаган ҳолда олиб ташлаш имконияти; Жигарнинг 70 фоизидан кам қисми ёки 6 сегментдан кўпроғи зарарланмаган бўлиши.

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси

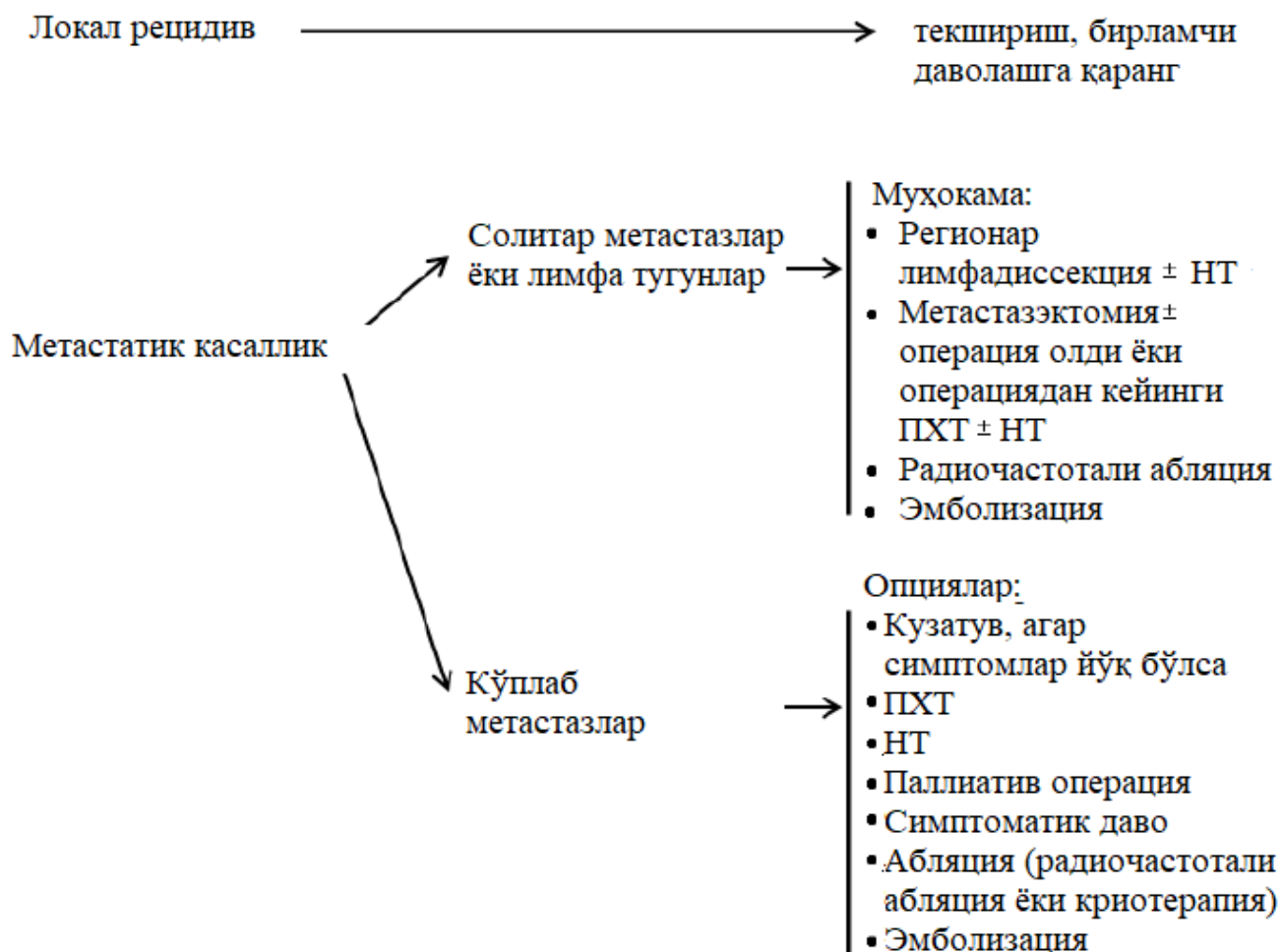
Қорин парда орти хавфли ўсмаларини даволаш



Қорин парда орти хавфли ўсмаларини даволаш (маҳаллий тарқалган ва метастатик жараён)



Қорин парда орти хавфли ўсмаларини даволаш



6.2 Номедикаментоз даво:

- Режим – консерватив даволаш давомида беморнинг режими умумий. Эрта операциядан кейинги даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (жарроҳлик ҳажми ва ҳамроҳ патологияга боғлиқ ҳолда). Операциядан кейинги даврда – палата режими.
- Диета – жарроҳлик даволашдан сўнг №1-стол, кейин №2-столга ўтиш.

Нур терапия:

Операциядан кейинги нур терапияси жойлашган ўсма тарқалиш даражаси St Ib – St IV га мос келганда тавсия этилади.

Резидуал ўсма ҳудудида операциядан кейинги нур терапияси СЎД 60–70 Гр, БМЎД 2 Гр (R1, R2 ҳолатида) миқдорида ўтказилади.

Агар ўсманинг резектабеллиги шубҳали ёки у нересектабель бўлса, СЎД 40–

50 Гр билан классик фракциялаштириш режимида нур терапияси ўтказилади.

Нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал режимда статик кўп майдонли нурлантириш усулида БМЎД 2–2,5–3,0 Гр билан, умумий доза 40–60 Гр гача, ўсма ўсиб кирган худудга йўналтирилган ҳолда ўтказилади.

Нур терапияси жараёнида организмни нур шикастланишидан ҳимоя қилувчи препаратлар қўллаш мумкин.

Нурлантириш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизиқли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларида нур терапияси принциплари

Юқори рецидив частотаси ва нисбатан паст узоқ метастазлар частотаси қорин парда орти ноорган ўсмаларини комплекс даволашда нур терапиясини қўллашни асослайди. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини даволашда нур терапиясининг роли ҳали аниқ белгиланмаган. Нур терапияси жарроҳлик билан бирга операция олдидан ва кейинги даврда қўлланилади [29].

- Операция олдидан нур терапияси қуйидаги мақсадлар учун операбел ва шартли операбел АТҚПОЎ бўлган беморларга тавсия этилиши мумкин:

- анаплазияга учраган, яхши оксигенацияланган ва нурга юқори сезгир ҳужайраларнинг нобуд бўлиши ва тирик қолган ҳужайраларнинг биологик хусусиятларини ўзгартириш орқали ўсманинг хавфлилиқ даражасини пасайтириш;

- субклиник ўсма ўчоқларини тўлиқ йўқ қилиш;

- сма атрофидаги яллиғланиш ва шишни камайтириш, ҳажмини чеклаш ва юмшатиш;

- ўсманинг биологик фаоллигини пасайтириш, маҳаллий рецидивлар, имплантацион ва узоқ метастазлар ривожланиш хавфини камайтириш;

- жарроҳлик аралашуви учун қулайроқ шароит яратиш, яъни, ўсма ҳажмини кичрайтириш ва айрим ҳолларда уни нерезектабель ҳолатдан операбел ҳолатга ўтказиш, шунингдек, аъзони сақлаб қолиш имкониятини таъминлаш [29, 30];

- перифокал шишни камайтириш;

- ўсма атрофида "ёлғон капсула" шакллантириш ва уни соғлом тўқималардан аниқроқ ажратиш.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – А (далиллар ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳлар: *Операция олдидан нур терапиясининг афзаллиги шундаки, у ўсманинг ҳажмини кичрайтириши, унинг резектабеллигини ва жарроҳлик аралашувининг радикаллиги ошишини таъминлаши мумкин. Шунингдек, GTV ни аниқ белгилаш имконияти яратилади, чунки ўсма тугунлари визуализация қилинади*

[31]. Нур терапияси натижасида ўсма кичрайиши жарроҳлик даволаш жараёнини энгиллаштириши мумкин. Ўсманинг ўзи нурнинг максимал дозасини олувчи соҳадан соғлом тўқималарни узоқлаштириб, токсиклик даражасини камайтириши мумкин [29, 31]. Неоадъювант нур терапияси ўтказилаётганда ўсма яхши оксигенацияланган бўлади, бу эса даволаш самарадорлигини оширади. Бу жараён жарроҳлик босқичида ўсма ҳужайраларининг қорин пардаси ёки қўшни анатомик соҳаларга тарқалиш хавфини камайтиришга ёрдам беради. Шунингдек, операциядан кейинги асоратлар туфайли узоқ муддатли даволаш танаффусининг олди олинади.

• Даволаш режасини тайёрлашда қуйидаги нурлантириладиган ҳажмларни аниқлаш тавсия этилади:

- GTV (gross tumor volume) – аниқланган ўсма ҳажми: асосий ўсма ўчоғи;
- CTV (clinical tumor volume) – клиник ўсма тарқалиш соҳаси:
- GTV + 2–3 см чегара (фасциялар, суяклар ва ҳаво бундан мустасно);
- PTV (planned treatment volume) – қўллашдаги хато эҳтимолини ҳисобга олган нурлантириладиган ҳажм:
- CTV + 0,5–1,0 см чегара.

3D CRT усулида нур терапияси ўтказилганда олд-орқа ва қия майдонлар ишлатилади.

• Техник имкониятлар мавжуд бўлса, барча беморларда IMRT усулида конформал нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Танафи хавфи юқори бўлган аъзо – ингичка ичак. Разовая очаговая доза (РОД) 1,8–2,0 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) 45,0–50,4 Гр.

• Агар ўсма қорин бўшлиғининг юқори қисмларида жойлашган бўлса, нафас олиш ҳаракатлари назорати остида даволаш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – А (далиллар ишончлилиқ даражаси – 2).

• Операциядан кейинги нур терапияси тирик қолган ўсма ҳужайраларининг сонини камайтириш ва рецидив хавфини пасайтириш учун тавсия этилади. Операциядан кейинги нурлантириладиган ҳажм операциягача бўлган ҳолатга қараганда каттароқ бўлади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – С (далиллар ишончлилиқ даражаси – 4).

• Жойлашган юқори хавфли рецидив ҳудуди ёки R1, R2 резекция чегараларини клиплаш тавсия этилади. [36].

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – А (далиллар ишончлилиқ даражаси – 2).

• CTV ни аниқлаш учун операция олдида олинган диагностик тасвирларни

изодоз тақсимоти режалаштириш дастурида бирлаштириш тавсия этилади.

- Агар ўсма қолган бўлса ёки R1, R2 резекция қилинган бўлса, қўшимча «буст» ётказиш мақсадга мувофиқ: Микроскопик тарқалиш ҳудуди учун СЎД 16–18 Гр; Қолган ўсма бўлган ҳудудда СЎД 20–26 Гр [32, 33].

- Юқори рецидив хавфи мавжуд бўлган ҳудудга IMRT усулида СЎД 45,0–50,4 Гр дан интеграцияланган «буст» қўллаш тавсия этилади, бунинг учун 25 фракцияда СЎД 57,5 Гр қўлланилади. [32, 33, 36].

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – В (далиллар ишончлилиқ даражаси – 2).

- Кам хавфли АТҚПОЎ эрта босқичларини даволашда операциядан кейин 3D CRT ёки IMRT усулида регионар нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Ложадаги чегаралардан 2–3 см масофа билан, БМЎД 1,8–2,0 Гр, СЎД 45,0–50,4 Гр. Агар резекция чегарасида ўсма белгилари аниқланса, СЎД 65–70 Гр. [32, 36].

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – А (далиллар ишончлилиқ даражаси – 2).

- Юқори хавфли АТҚПОЎ эрта босқичларини даволашда операциядан кейин 3D CRT ёки IMRT усулида регионар нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Ўсма ўрнидаги чегаралардан 5 см масофа билан, БМЎД 1,8–2,0 Гр, СЎД 45,0–50,4 Гр, кейинчалиқ локал нур терапияси 60 Гр гача. Агар резекция чегарасида ўсма мавжуд бўлса, СЎД 70 Гр. [35, 37].

6.3. Медикаментоз даво

Нейроэндокрин ўсмалар кимё терапияси:

Кимё терапия жарроҳлик давоси мумкин бўлмаганда, циторедуктив жарроҳлик амалиётларидан сўнг буюрилади.

Фаолиятдаги НЭЎ G1-G3: соматостатин аналоглари (симптоматик терапия):

Октреотид 0,1 мг т/о, кунига 3 марта қисқа муддат давомида (тахминан 2 ҳафта) унинг самарадорлиги ва умумий бардошлилигини баҳолаш мақсадида қўлланилади, сўнг октреотид ЛАР 20 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта юборилади.

Агар 3 ой давомида клиник белгилар ва касалликнинг биологик маркерлари устидан етарли назорат таъминланса – октреотид ЛАР 10 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта юборилади.

Агар 3 ой давомида клиник белгилари ва биологик маркерлари устидан фақат қисман назорат таъминланса – октреотид ЛАР 30 мг в/м ҳар 4 ҳафтада бир марта юборилади.

Тарқалган нейроэндокрин ўсмалар (йўғон ичак ёки биринчи ўсма локализацияси номаълум ҳолларда) – октреотид ЛАР 30 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта, касаллик прогрессиясигача қўлланилади.

Фаолияти йўқ НЭЎ:

Ki67<2-10%, G1/G2:

- соматостатин аналоглари;
- α -ИФН;
- Эверолимус 10мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгача;
- Эверолимус10мг ичишга ҳар куни Октреотид ЛАР билан комбинацияда 28 кунда 1 марта, прогрессияланишгача Ki 67 3-20%, G1/G2:

- Фторурацил + Эверолимус;
- Темозоломид + Капецитабин;
- соматостатин аналоглари. Ki67>20%, G3:
- карбоплатин / цисплатин + этопозид;
- темозоломид + бевацизумаб;
- соматостатин аналоглари.

Гастроинтестинал стромал ўсмаларни (GIST) дори билан даволаш бўйича амалиё тавсиялар

Рецидив ёки метастатик касалликда норезектабел ўсмаларни даволаш.

Терапиянинг биринчи линияси

Норезектабел ўсмалар, рецидив ёки метастатик касаллик ҳолатида асосий даволаш усули – таргетли терапия бўлиб, иматиниб 400 мг кунига тавсия этилади. Агар KIT гени 9-экзонида мутация аниқланса, иматиниб 800 мг кунига тавсия этилади (бу прогрессиягача бўлган вақтни узайтириши аниқланган, лекин умумий яшовчанлик кўрсаткичларига статистик аҳамиятли таъсир кўрсатмайди). Агар иматиниб 400 мг кунига қабул қилинган ҳолда касаллик прогрессияси кузатилса, доза 800 мг кунига оширилиши тавсия этилади. Агар бошланғич ҳолатда ўсма норезектабел бўлган бўлса ва терапия натижасида ижобий самарага эришилса, даволаш бошланганидан 6–12 ой ўтиб радикал жарроҳлик имкониятини баҳолаш мақсадга мувофиқ.

Терапиянинг иккинчи линияси:

Агар касаллик иматиниб қабул қилинган ҳолда прогрессия қилса (400 мг дан 800 мг гача дозани оширгандан кейин), иматинибни ўзлаштира олмаслик ёки

бирламчи резистентлик кузатилса, сунитиниб терапияси тавсия этилади: 50 мг кунига, 4 ҳафта давомида, сўнг 2 ҳафталик танаффус. Агар кучли ножўя таъсирлар кузатилса, доза 37,5 мг кунига туширилиши мумкин.

Қорин парда орти соҳаси саркомалари

Тарқалган ўсма жараёни –III–IV босқичлар:

Кимё терапияси саркомаларда диссеминацияланган жараённи даволашнинг асосий усули ҳисобланади. Энг кўп қўлланиладиган препаратлар доксорубицин, ифосфамид ва дакарбазиндир. Бирламчи линия учун диссеминацияланган саркомаларни кимё терапиясида стандарт режим – доксорубицин + ифосфамид комбинациясидир. 65 ёшдан катта беморлар учун танлов усули антрациклинлар билан монотерапия ҳисобланади. Агар беморнинг умумий ҳолати яхши бўлса, комбинацияланган кимё терапияси афзалроқ, айниқса, ўсма жавоб реакцияси кучли бўлиши кутилаётганда. Юзаки ангиосаркомаларда альтернатива сифатида таксанлар тавсия этилади, чунки улар ушбу гистологик турда юқори хавфли ўсмага қарши фаолликни намоён этган. Паклитаксел маҳаллий тарқалган ангиосаркомаларни, хусусан, Стюарт-Тривс синдроми билан боғлиқ ҳолатларни даволашда юқори самарадорлик кўрсатган.

Липосаркома, лейомиосаркома, синовиал саркома ва экстраоссал Юинг саркомаси даволашда иккинчи ёки ундан кейинги линия сифатида трабектедин қўлланиши мумкин. Иккинчи ва ундан кейинги линиялар учун, липосаркома ва GIST дан ташқари, аксарият гистологик турлар учун пазопаниб қўлланилиши мумкин. Липосаркома учун эрибулин қўллаш мумкин. Гемцитабин лейомиосаркома даволашда ягона хавфли ўсмага қарши агент сифатида самарали эканини кўрсатган. Дакарбазин иккинчи линия кимё терапияси сифатида айрим хавфли ўсмаларга, эҳтимол, айниқса лейомиосаркомада самарали бўлиши мумкин. Пазопаниб иккинчи ва ундан кейинги линияларда аксарият гистологик турлар учун қўлланади, аммо кимё терапиясига резистент гистотиплар (альвеоляр саркома, ёруғ хужайрали саркома, солитар фиброз ўсма / гемангиоэндотелиома) учун бирламчи линия сифатида қўллаш тавсия этилади.

Комбинацияланган даволаш босқичини яқунлаган беморларда динамик кузатув биринчи 2 йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, сўнг 5 йилгача ҳар 6 ойда бир марта ўтказилади.

Саркомаларни кимё терапияси режимлари, монотерапия:

- Доксорубицин 30 мг/м², в/и, 1-кундан 3-кунгача;
- Доксорубицин 60–75 мг/м², в/и, ҳар 3 ҳафтада бир марта;

- Ифосфамид 1,6–2,5 г/м²/сут, 5 кун давомида, уропротектор Месна билан (ифосфамид дозасининг 20% + 100% ҳажмида бир вақтнинг ўзида);
- Гемцитабин 1200 мг/м², ≥120 минут давомида, 1- ва 8-кунларда, ҳар 21 кунда бир марта, белгиланган инфузия тезлигида (фақат бачадон лейомиосаркомаси учун, агар GemТax режими ишлатилмаса);
- Трабектедин 1,5 мг/м², в/и, 24 соатлик инфузия кўринишида, ҳар 21 кунда бир марта, иккинчи линия сифатида липосаркома, лейомиосаркома, синовиал саркома ва Юинг саркомасининг экстраоссал шакллари даволашда;
- Пазопаниб 800 мг per os ҳар куни, иккинчи линия сифатида юмшоқ тўқима саркомаларни (СМТ) липосаркома ва GIST дан ташқари даволашда, самарадорликни баҳолаш қабул бошланганидан 2 ой ўтиб амалга оширилади.

Полихимиотерапия:

• AI:

- доксорубицин 75 мг/м², 72-соатлик инфузия кўринишида;
- ифосфамид 2,5 гр/м², в/и 3 соатлик инфузия кўринишида, в1-чи–4-чи кунлар;
- месна 500мг/м², 1-чи кун ифосфамид билан биргаликда, сўнгра 1500 мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида 4 кун давомида;
- филграстим т/о 5-чидан–15-чи кунгача ёки нейтрофиллар даражаси тиклангунга қадар. Интервал 3 ҳафта.

• MAID:

- месна ОД 8000 мг/м² 96-соатлик инфузия шаклида (2000мг/м²/сутка, 4 кун);
- доксорубицин 60мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида в/и;
- ифосфамид 6000мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида ва 2000 мг/м² в/и 4-соатлик инфузия шаклида 1-чи-3-чи кунлар;
- дакарбазин 900 мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида, доксорубицин билан бирга эритилган;

Интервал 3–4 ҳафта.

• ADIC:

- доксорубицин 90мг/м² 96-соатлик инфузия шаклида в/и;
- дакарбазин 900мг/м²96-соатлик инфузия шаклида, доксорубицин билан бирга эритилган.

Интервал 3–4 ҳафта.

Рабдомиосаркомада кимё терапия режимлари:

- **VAl:**

- винкрестин ОД2 мг 1-чи кун;
- доксорубицин 75 мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида;
- ифосфамид 2,5 гр/м² в/и 3 соатлик инфузия кўринишида 1-чи-4-чи кунлар;
- месна 500 мг/м² 1-чи кун ифосфамид билан биргаликда, сўнгра –1500мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида 4 кун давомида;
- филграстим т/о 5-чи-15-чи кунлар ёки нейтрофиллар даражаси тиклангунга қадар. Интервал – 3 ҳафта.

- **VAC:**

- винкрестин 2мг/м², 1-чи ва 8-чи кунлар в/и, интервал – 5 ҳафта;
- дактиномицин* 0,5мг/м², 1-чи, 2-чи, 3-чи, 4-чи,5-чи кунлар (ҳар 3 ойда такрорланади, 5 курсгача);
- циклофосфамид 300 мг/м², ҳар куни 7-кун давомида ҳар 6 ҳафта.

- **VAdriaC:**

- винкрестин 1,5мг/м², 1-чи,8-чи,15-чи кунлар дастлабки 2 курс давомида, кейинчалик фақат 1-чи кун;
- доксорубицин 60 мг/м², 48-соатлик инфузия кўринишида;
- циклофосфамид 600 мг/м², 2 кун давомида. Интервал – 3 ҳафта.

кейинчалик:

- ифосфамид 1800 м/м² + месна 5 кун давомида;
- этопозид 100мг/м² в 1-чи– 5-чи кунлар. Интервал– 3 ҳафта.

- **Таргет препаратлар:**

- иматиниб кунига 400мг дан ичишга доимий, агрессиво фиброматозни даволаш учун.

Юқори даражада мутацион юкламали саркомалар (TMB-H (≥10 mutations/megabase) Tumors) – иммунотерапия:

- Пембролизумаб 200 мг ҳар 3 ҳафта ёки 400 мг ҳар 6 ҳафта – даволаш давомийлигини мултидисциплинар гуруҳ белгилайди.
- Ниволумаб + ипилиумаб*: ниволумаб 240 мг в/и томч. ҳар 2 ҳафтада, ипилиумаб* 1 мг/кг в/и томч. ҳар 6 ҳафтада (ипилиумаб* юбориш 4 тадан ошмасин).*

*- Ўзбекистон Республикасида саркомаларни даволашда иммунотерапия учун расмий тасдиқланган кўрсатмалар мавжуд эмас.

8-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлганлар):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	Доксорубицин	75 мг/м ² , в/и 1-4 кунлар	А
Алкилловчи агентлар– хлорэтиламинлар	Ифосфамид	2,5 гр/м ² , в/и 1-4 кунлар	А
Антиметоболитлар – цитидин аналоглари.	Гемцитабин	90 мг/ м ² ,в/и 1 и 8 кунлар	А
Ўсимлик келиб чиқишли алкалоидлар ва буюшқа табиий келиб чиқишли препаратлар, микронайчали ингибиторлар	Трабектидин	1,5 мг/ м ² ,в/и 3 ҳафтада 1 марта	А
Акролеин антидоти	Месна	100-120% ифосфамид дозасига, в/и	А
Алкилловчи агентлар – триазинлар	Дакарбазин	750 мг/м ² суммар в/и, узлуксиз инфузия 72 ч	А
Алкилловчи агентлар – хлорэтиламинлар	Циклофосфамид	300 мг/ м ² , в/и 1 кун	А
Топоизомераза 11 ингибиторлари	Этопозид	100 мг/м ² , в/и 1-3 кунлар	А
Барвинк алколоиди	Винкрестин	1,5 мг/м ² ,в/и 1 кун	В
Соматостатин аналоглари	Октреотид	0,1 мг т/о, суткада 3 марта, 2 ҳафта	В
Иммунодепрессант, пролифератив сигнал ўтказиш ингибитори	Эверолимус	10мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгача	А

Антиметаболит	Фторурацил	400 мг/ м2 в/и; 2400 мг/м2 в/и	А
Алкилловчи бирикма	Темозоломид	150 мг/ м2 ичишга	А
Алкилловчи агентлар – платинанинг комплекс бирикмалари	Карбоплатин	AUC 5 в/и 1 кун	В
	Цисплатин	75 мг/ м2 в/и 1 кун	В
Ўсиш омиллари ва уларнинг рецепторларига моноклонал антитаналар	Бевацизумаб	5-7,5 мг/кг в/и 3 ҳафтада 1 марта	А
Микронайча ингибиторлари – таксанлар	Паклитаксел	80 мг/ м2 в/и 1 кун	А
Пиримидин ингибиторлари – фторпиримидинлар	Капецитабин	2500 мг/ м2 ичишга 1-14 кунлар	А
Протеинкиназа ингибитори	Пазопаниб	800 мг кунига 1 марта, ичишга	А
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17902		

9-жадвал. ҚФўшимча дори воситалари рўйхати (100% дан кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлганлар):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
BCR-ABL тирозинкиназа ингибитори	Иматиниб	400 мг ичишга ҳар куни	А
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа ингибитори	Сунитиниб	37,5 мг ичишга ҳар куни	А
Ўсмага қарши восита, ҳужайра ичи тирозинкиназанинг	Лапатиниб	1250 мг ичишга ҳар куни	А

селектив ва қайтар ингибитори			
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа ингибитори	Дазатиниб	100 мг ичишга	А
Моноклонал антитана	Деносумаб	120 мг ҳар 4 ҳафтада т/о	В
Иммуноонкологик препарат, PD-1 ингибитори, гуманизацияланган моноклонал антитана	Пембролизумаб	200мг 3 ҳафтада 1ки 400мг ҳар 6 ҳафтада	А
Иммуноонкологик препарат, гуманизацияланган моноклонал антитана	Ниволюмаб*	ниволумаб 240 мг в/и ҳар 2 ҳафтада	А
Иммуноонкологик препарат, гуманизацияланган моноклонал антитана	Ипилимумаб*	1 мг/кг в/и ҳар 6 ҳафтада (юборилиши 4 тадан кўп бўлмасин)	В
Галихондрин гуруҳи ўсмага қарши воситаси, микротрубочек нотаксан қатор микронайчалар динамикаси ингибитори	Эрибулин	1.4 мг/м ² 21 кунлик циклинг 1-чи ва 8-чи кунлари	А
Ўсмага қарши антибиотиклар актиномицинлар	Дактиномицин*	0,5 мг/ м ² , в/и 1-5 кунлар	В
КСФ	Эпоэтинальфа	40 минг МЕ ҳафтада 3 марта, кўрсатмаларга кўра 1 ой давомида, тери остига, вена ичига	С
КСФ	Дарбопозэтин альфа	2,25мкг/м ² 7 кунда 1 марта, ҳар 9 ҳафтада, тери остига	С

КСФ	Филграстим	30 млн ЕД, ҳар куни кўрсатмаларга кўра, тери остига	С
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17902		

6.4. Жарроҳлик давоси

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларида асосий даволаш усули жарроҳлик ҳисобланади.

Мақсад: радикал ёки циторедуктив ўсмани олиб ташлаш.

Жарроҳлик аралашуви номи: тўлиқ ёки субтотал ўсмани олиб ташлаш.

Амалга ошириш кўрсатмалари: аъзодан ташқари қорин парда орти ҳосиласининг мавжудлиги.

Қарши кўрсатмалар: оғир ҳамроҳ патологиянинг декомпенсация босқичида бўлиши.

Бажариш усули: тўлиқ.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини жарроҳлик усулида даволаш принциплари.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг клиник жараёнининг ўзига хослиги тез-тез маҳаллий рецидив қилиш ва узоқ метастазларнинг кам учрашидир. Жарроҳлик даволаш мақсади – ўсмани en bloc усулида тўлиқ олиб ташлаш, шунингдек, аниқ ўсма жараёнига жалб қилинган аъзоларни резекция қилиш [28]. Ўсмани капсула ичида олиб ташлашга интилиш лозим. Энг кўп олиб ташланадиган аъзолар – йўғон ичак ва буйракдир [25]. Визуализация усуллари орқали қўшни аъзоларнинг ўсма жараёнига қай даражада жалб этилганини аниқ баҳолаш ҳар доим ҳам мумкин эмас, шу сабабли, комбинацияланган операциялар хавфи ва фойдаси синчиклаб баҳоланиши керак [26]. Олдиндан (upfront) қўшни аъзоларни резекция қилиш назарий жиҳатдан радикаликни ошириши мумкин, лекин бу операцияни мураккаблаштиради ва асоратлар эҳтимолини оширади. Айниқса, йирик қон томирлар ва нервлар, ошқозон ости беши бош қисми, буйрак ва сийдик йўллари, тўғри ичакни резекция қилиш мақсадга мувофиқлигини синчиклаб баҳолаш жуда муҳим. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг норезектабеллик белгиси одатда туткич қон томирларининг (артерия ва/ёки вена) муфтасимон ўраб олиниши билан намоён бўлади. Шу билан бирга, ўсманинг қон томирига яқин жойлашгани ҳар доим ҳам инвазия борлигини билдирмайди. Чанок

соҳасида жойлашган ўсмаларни олиб ташлаш мураккаб жараён бўлиб, турли ихтисосликдаги жарроҳларнинг иштирокини талаб қилади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг рецидивини жарроҳлик йўли билан даволаш онкожарроҳликда мураккаб муаммолардан бири ҳисобланади. Спайка жараёни ҳақиқий тарқалиш даражасини баҳолашни қийинлаштиради. Локорегионар рецидивни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашда асосий ўсмани резекция қилиш принципларига амал қилиш лозим. Мультифокал рецидив (айниқса, бошқа анатомик соҳаларга тарқалиши билан) касалликнинг тез прогрессиясидан далолат беради. Бундай ҳолларда мультивисцерал резекциялар операциянинг радикалиги ошишини таъминламайди [24, 25, 26, 28].

- Буйрак ва жигар веналари каби висцерал шохлар ва пастки ковак вена орқали адекват қон оқимини таъминлаш мақсадида, пастки ковак венанинг лейомиосаркомаси бўлган беморларда ўсмани соғлом тўқималар доирасида олиб ташлаш ҳажмида жарроҳлик ўтказиш тавсия этилади. Зарур ҳолларда қон томир пластикаси элементларини, шу жумладан, томирни протезлашни қўллаш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси – С (далиллар ишончлилиқ даражаси – 4).

6.5. Кейинги олиб бориш:

4.1 Кузатув:

Режим наблюдения:

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

Текширувлар кўлами:

- физикал;
- лаборатор – ҚУТ, ҚБТ, ПУТ, коагулограмма;

Асосий:

КТ с контрастированием/ органов брюшной полости, забрюшинного пространства;

МРТ органов малого таза (при локализации/распространении опухоли в малом тазу);

КТ ОГК

Кўшимча:

ПЭТ-КТ/МРТ (кўрсатмаларга кўра, 6 ойда 1 марта).

Қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти УТТси

Бошқа текширув усуллари (ФЭГДС, ФКС ва бошқ.) ва мутахассислар кўриклари (гинеколог, уролог ва бошқ.) кўрсатмалар асосида.

7. Даво самарадорлиги индикаторлари

- Қониқарли ҳолат – асоратлар йўқлиги ва операциядан кейинги яранинг тузалиши шарти билан.
- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали аниқланган ҳолатда касаллик прогрессияси белгилари йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифати яхшиланиши.
- **"Ўсманинг жавоби"** – даволашдан кейин ўсманинг регрессияси.
 - **Тўлиқ самара** – барча зарарланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
 - **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия бўлмаслиги.
 - **Стабилизация** – ўсманинг ҳажми 50% дан кам камайиши ёки 25% дан ошмаслиги, янги ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
 - **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмалар ҳажмининг 25% дан ортиқ ўсиши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши (ишончлилиқ даражаси – А).
- Уч йиллик ва беш йиллик рецидивсиз яшовчанлик.
- **Ҳаёт сифати** – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари, унинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятини ҳам ўз ичига олади.

**«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА
ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

КХТ-10:	
Коди	Номланиши
C48	– Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари
C48.0	– Қорин парда ортистранства
C48.1	– Қорин парданинг аниқлаштирилган қисмлари
C48.2	– Қорин парданинг аниқлаштирилмаган қисмлари
C48.8	– Юқорида келтирилган битта ёки бир нечта локализациядан ташқари чиққан қорин парда орти соҳа ва қорин парданинг зарарланиши
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
КХТ-11:	
Код и	Номланиши
2C50- 2C5Z	Хавфли ўсмалар: қорин парда орти, қорин парда ёки чарвида
2C50	Қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C50.0	Қорин парда ортидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C50.Y	Қорин парда орти ва қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C50.Z	Аниқланмаган қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51	Қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51.0	Қорин парда аденокарциномалари
2C51.1	Қорин пардадаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C51.Y	Қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C51.Z	Аниқланмаган қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C52	Чарвидаги хавфли ўсмалар
2C52.0	Чарвидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2C52.Y	Чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C52.Z	Аниқланмаган чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53.0	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарви аденокарциномаси

2C53.Y	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсма
2C53.Z	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги аниқланмаган хавфли ўсма
2C5Y	Қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C5Z	Аниқланмаган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2F73	Қорин парда ортидаги номаълум табиатли ўсмалар
2F74	Қорин пардадаги номаълум табиатли ўсмалар
2D90	Қорин парда ортидаги хавфли ўсманинг метастази
2D91	Қорин пардага хавфли ўсманинг метастази, хавфли ўсманинг бошқа жойларга метастази
2B59.1	Қорин парда ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B58.0	Қорин парда ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.esmo.org/guidelines>):

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари – мезодермал, нейроген ва эмбриоген келиб чиқишига эга бўлган, қорин парда орти соҳасида жойлашган хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари (АҚҚПОС) – турли хил бириктирувчи тўқималардан ривожланувчи ва қорин парда орти соҳасида жойлашувчи кам учрайдиган хавфли ўсмалар тури. Энг кенг тарқалган шакллар қаторига липосаркома, лейомиосаркома ва шваннома киради. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Ҳозирги кунга қадар аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг этиологик омиллари аниқланмаган. Липосаркомалар – ҳар хил даражадаги дифференцияцияга эга бўлган ўсма липоцитлари/липобластларидан ташкил топган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Уларнинг гистогенетик манбаи аксарият ҳолларда паранефрал ёғ тўқимаси, йўғон ёки ингичка ичак тутқичидаги ёғ тўқимаси ҳисобланади. Лейомиосаркомалар – липосаркомалардан кейин аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари орасида иккинчи ўринда туради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Улар силлиқ мушак хужайраларидан шаклланадиган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Аъзодан ташқари қорин парда орти локализациясига кўра улар икки гистогенетик манбага эга: ингичка ичак тутқичининг миоцитлари ва пастки ковак вена ҳамда унинг висцерал шохларининг мушак хужайралари. Шунинг учун аъзодан ташқари қорин парда орти лейомиосаркомалари ва пастки ковак вена ҳамда буйрак веналарининг лейомиосаркомалари ажратилади. Периферик нерв қобиғи хужайраларидан келиб чиққан хавфли ўсмалар (хавфли шванномалар) – аъзодан ташқари қорин парда орти хавфли ўсмаларининг учинчи энг кенг тарқалган гуруҳидир. Улар нейроектодермал келиб чиқишга эга бўлиб, шваннов хужайралари ва периневрал фибробластлардан (нейрофибросаркомалар) шаклланади. Бошқа гистологик турлар анча кам учрайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

РСНПМЦОиРнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 0,4 ҳолатни ташкил этади ва сўнгги 10 йил давомида барқарор қолмоқда. Бу республикада илк бор аниқланган барча хавфли янги ҳосилаларнинг 5,2% ни ташкил этади. 2023 йилда жами 134 нафар беморда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари биринчи марта аниқланган. Улардан 5,2% ҳолат профилактик кўриклар пайтида фаол аниқланган. Морфологик тасдиқланган ҳолатлар улуши 92,5% ни ташкил этади. Биринчи босқичда 1,5%, иккинчи босқичда 44,8%, учинчи босқичда 38,8%, тўртинчи босқичда 10,4% беморда аниқланган. 4,5% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошига келиб 504 нафар бемор диспансер назоратида бўлган, касаллик тарқалиш даражаси 1,4 ҳолат/100 минг аҳоли ни ташкил этган. Республика бўйича 5 йиллик тирик қолиш даражаси 27,2%, бир йиллик леталлик 24,7% ни ташкил этади. 2023 йилда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари сабабли 79 бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,2 ҳолат ни ташкил этади.

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсма ўсишини стабиллаштириш ва оғир ҳамроҳ симптомларни бартараф этиш учун ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессиясига эришиш ва

паллиатив даволаниш мақсадида жарроҳлик усули, кимётерапия (таргет, иммунотерапия) ва ёки нур терапияси ўқазилади.

2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

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

3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар;

- жарроҳлик даволаш ёки биопсиядан кейин ташхисни мажбурий морфологик текшириш билан ҳар қандай босқичдаги аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очик биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Кимё ва ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

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

Жарроҳлик даволаш тамойиллари

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларида асосий даволаш усули жарроҳлик ҳисобланади.

Мақсад: радикал ёки циторедуктив ўсмани олиб ташлаш.

Жарроҳлик аралашуви номи: тўлиқ ёки субтотал ўсмани олиб ташлаш.

Амалга ошириш кўрсатмалари: аъзодан ташқари қорин парда орти ҳосиласининг мавжудлиги.

Қарши кўрсатмалар: оғир ҳамроҳ патологиянинг декомпенсация босқичида бўлиши.

Бажариш усули: тўлиқ.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини жарроҳлик усулида даволаш принциплари.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг клиник жараёнининг ўзига хослиги тез-тез маҳаллий рецидив қилиш ва узок метастазларнинг кам учрашидир. Жарроҳлик даволаш мақсади – ўсмани en bloc усулида тўлиқ олиб ташлаш, шунингдек, аниқ ўсма жараёнига жалб қилинган аъзоларни резекция қилиш [28]. Ўсмани капсула ичида олиб ташлашга интилиш лозим. Энг кўп олиб ташланадиган аъзолар – йўғон ичак ва буйракдир [25]. Визуализация усуллари орқали қўшни аъзоларнинг ўсма жараёнига қай даражада жалб этилганини аниқ баҳолаш ҳар доим ҳам мумкин эмас, шу сабабли, комбинацияланган операциялар хавфи ва фойдаси синчиклаб баҳоланиши керак [26]. Олдиндан (upfront) қўшни аъзоларни резекция қилиш назарий жиҳатдан радикалликни ошириши мумкин, лекин бу операцияни мураккаблаштиради ва асоратлар эҳтимолини оширади. Айниқса, йирик қон томирлар ва нервлар, ошқозон ости бези бош қисми, буйрак ва сийдик йўллари, тўғри ичакни резекция қилиш мақсадга мувофиқлигини синчиклаб баҳолаш жуда муҳим. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг норезектабеллик белгиси одатда тутқич қон томирларининг (артерия ва/ёки вена) муфтасимон ўраб олиниши билан намоён бўлади. Шу билан бирга, ўсманинг қон томирига яқин жойлашгани ҳар доим ҳам инвазия борлигини билдирмайди. Чанок соҳасида жойлашган ўсмаларни олиб ташлаш мураккаб жараён бўлиб, турли ихтисосликдаги жарроҳларнинг иштирокини талаб қилади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг рецидивини жарроҳлик йўли билан даволаш онкожарроҳликда мураккаб муаммолардан бири ҳисобланади. Спайка жараёни ҳақиқий тарқалиш даражасини баҳолашни қийинлаштиради. Локорегионар рецидивни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашда асосий ўсмани резекция қилиш принципларига амал қилиш лозим. Мультифокал рецидив (айниқса, бошқа анатомик соҳаларга тарқалиши билан) касалликнинг тез

прогрессиясидан далолат беради. Бундай ҳолларда мультивисцерал резекциялар операциянинг радикалиги ошишини таъминламайди [24, 25, 26, 28].

- Буйрак ва жигар веналари каби висцерал шохлар ва пастки ковак вена орқали адекват қон оқимини таъминлаш мақсадида, пастки ковак венанинг лейомиосаркомаси бўлган беморларда ўсмани соғлом тўқималар доирасида олиб ташлаш ҳажмида жарроҳлик ўтказиш тавсия этилади. Зарур ҳолларда қон томир пластикаси элементларини, шу жумладан, томирни протезлашни қўллаш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).

Нур терапия:

Операциядан кейинги нур терапияси жойлашган ўсма тарқалиш даражаси St Ib – St IV га мос келганда тавсия этилади.

Резидуал ўсма ҳудудида операциядан кейинги нур терапияси СЎД 60–70 Гр, БМЎД 2 Гр (R1, R2 ҳолатида) миқдорида ўтказилади.

Агар ўсманинг резектабеллиги шубҳали ёки у нересектабель бўлса, СЎД 40–50 Гр билан классик фракциялаштириш режимида нур терапияси ўтказилади.

Нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал режимда статик кўп майдонли нурлантириш усулида БМЎД 2–2,5–3,0 Гр билан, умумий доза 40–60 Гр гача, ўсма ўсиб кирган ҳудудга йўналтирилган ҳолда ўтказилади.

Нур терапияси жараёнида организмни нур шикастланишидан ҳимоя қилувчи препаратлар қўллаш мумкин.

Нурлантириш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизиқли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларида нур терапияси принциплари

Юқори рецидив частотаси ва нисбатан паст узоқ метастазлар частотаси қорин парда орти ноорган ўсмаларини комплекс даволашда нур терапиясини қўллашни асослайди. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини даволашда нур терапиясининг роли ҳали аниқ белгиланмаган. Нур терапияси жарроҳлик билан бирга операция олдида ва кейинги даврда қўлланилади [29].

- Операция олдида нур терапияси қуйидаги мақсадлар учун операбел ва шартли операбел АТҚПОЎ бўлган беморларга тавсия этилиши мумкин:

–анаплазияга учраган, яхши оксигенацияланган ва нурга юқори сезгир ҳужайраларнинг нобуд бўлиши ва тирик қолган ҳужайраларнинг биологик хусусиятларини ўзгартириш орқали ўсманинг хавфлилик даражасини пасайтириш;

–субклиник ўсма ўчоқларини тўлиқ йўқ қилиш;

– сма атрофидаги яллиғланиш ва шишни камайтириш, ҳажмини чеклаш ва юмшатиш;

–ўсманинг биологик фаоллигини пасайтириш, маҳаллий рецидивлар, имплантацион ва узоқ метастазлар ривожланиш хавфини камайтириш;

–жарроҳлик аралашуви учун қулайроқ шароит яратиш, яъни, ўсма ҳажмини кичрайтириш ва айрим ҳолларда уни нерезектабель ҳолатдан операбел ҳолатга ўтказиш, шунингдек, аъзони сақлаб қолиш имкониятини таъминлаш [29, 30];

–перифокал шишни камайтириш;

–ўсма атрофида "ёлғон капсула" шакллантириш ва уни соғлом тўқималардан аниқроқ ажратиш.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далиллар ишончлилик даражаси – 3).

Изоҳлар: *Операция олдидан нур терапиясининг афзаллиги шундаки, у ўсманинг ҳажмини кичрайтириши, унинг резектабеллигини ва жарроҳлик аралашувининг радикаллиги ошишини таъминлаши мумкин. Шунингдек, GTV ни аниқ белгилаш имконияти яратилади, чунки ўсма тугунлари визуализация қилинади [31]. Нур терапияси натижасида ўсма кичрайиши жарроҳлик даволаш жараёнини енгиллаштириши мумкин. Ўсманинг ўзи нурнинг максимал дозасини олувчи соҳадан соғлом тўқималарни узоқлаштириб, токсиклик даражасини камайтириши мумкин [29, 31]. Неoadъювант нур терапияси ўтказилаётганда ўсма яхши оксигенацияланган бўлади, бу эса даволаш самарадорлигини оширади. Бу жараён жарроҳлик босқичида ўсма ҳужайраларининг қорин пардаси ёки қўшни анатомик соҳаларга тарқалиш хавфини камайтиришга ёрдам беради. Шунингдек, операциядан кейинги асоратлар туфайли узоқ муддатли даволаш танаффусининг олди олинади.*

• Даволаш режасини тайёрлашда куйидаги нурлантириладиган ҳажмларни аниқлаш тавсия этилади:

- GTV (gross tumor volume) – аниқланган ўсма ҳажми: асосий ўсма ўчоғи;
- CTV (clinical tumor volume) – клиник ўсма тарқалиш соҳаси;
- GTV + 2–3 см чегара (фасциялар, суяклар ва ҳаво бундан мустасно);
- PTV (planned treatment volume) – қўллашдаги хато эҳтимолини ҳисобга олган нурлантириладиган ҳажм;
- CTV + 0,5–1,0 см чегара.

3D CRT усулида нур терапияси ўтказилганда олд-орқа ва қия майдонлар ишлатилади.

- Техник имкониятлар мавжуд бўлса, барча беморларда IMRT усулида конформал нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Танафи хавфи юқори бўлган аъзо – ингичка ичак. Разовая очаговая доза (РОД) 1,8–2,0 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) 45,0–50,4 Гр.

- Агар ўсма қорин бўшлиғининг юқори қисмларида жойлашган бўлса, нафас олиш ҳаракатлари назорати остида даволаш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

- Операциядан кейинги нур терапияси тирик қолган ўсма хужайраларининг сонини камайтириш ва рецидив хавфини пасайтириш учун тавсия этилади. Операциядан кейинги нурлантириладиган ҳажм операциягача бўлган ҳолатга қараганда каттароқ бўлади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).

- Жойлашган юқори хавфли рецидив ҳудуди ёки R1, R2 резекция чегараларини клиплаш тавсия этилади. [36].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

- СТВ ни аниқлаш учун операция олдида олинган диагностик тасвирларни изодоз тақсимоти режалаштириш дастурида бирлаштириш тавсия этилади.

- Агар ўсма қолган бўлса ёки R1, R2 резекция қилинган бўлса, қўшимча «буст» етказиш мақсадга мувофиқ: Микроскопик тарқалиш ҳудуди учун СЎД 16–18 Гр; Қолган ўсма бўлган ҳудудда СЎД 20–26 Гр [32, 33].

- Юқори рецидив хавфи мавжуд бўлган ҳудудга IMRT усулида СЎД 45,0–50,4 Гр дан интеграцияланган «буст» қўллаш тавсия этилади, бунинг учун 25 фракцияда СЎД 57,5 Гр қўлланилади. [32, 33, 36].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – В (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

- Кам хавфли АТҚПОЎ эрта босқичларини даволашда операциядан кейин 3D CRT ёки IMRT усулида регионар нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Ложадаги чегаралардан 2–3 см масофа билан, БМЎД 1,8–2,0 Гр, СЎД 45,0–50,4 Гр. Агар резекция чегарасида ўсма белгилари аниқланса, СЎД 65–70 Гр. [32, 36].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

- Юқори хавфли АТҚПОЎ эрта босқичларини даволашда операциядан кейин 3D CRT ёки IMRT усулида регионар нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Ўсма ўрнидаги чегаралардан 5 см масофа билан, БМЎД 1,8–2,0 Гр, СЎД 45,0–50,4 Гр, кейинчалик локал нур терапияси 60 Гр гача. Агар резекция чегарасида ўсма мавжуд бўлса, СЎД 70 Гр. [35, 37].

4) муолажа ва аралашув ўтказаетган мутахассисга талаблар:

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

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

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
12. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти контрастли соҳаси КТси;

13. Кичик чанок МРТси (ўсманинг кичик чанокқа жэойлашиши ёки тарқалишида);
14. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости беши, талок, буйраклар, қорин парда орти соҳа ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кўкрак қафаси компьютер томографияси;
16. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
17. Пункцион ёки инцизион биопсия;
18. Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
19. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP
9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер
11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Стандарт –цитогенетик текшириш;
14. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
15. Ўсмаларни молекуляр-генетик текшируви (биопсия ва амалиётдан кейинги материалларни, ойналарни, ўсмаларнинг эркин циркуляциядаги ДНКлари);
16. Колоноскопия;
17. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини рентгеноскопик текшируви, контрастлаш билан (икки қарра контрастлаш);

- 18.Бош ва бўйин контрастли КТси;
- 19.Бош мия МРТси;
- 20.Спирография;
- 21.Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
- 22.Скелет суякларини сканирлаш;
- 23.Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- 24.Холтер – мониторинг билан ЭКГ
- 25.Бутун тана ПЭТ/КТси**;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;

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

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);

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

Нур терапия ўтказиш учун:

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

- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

- Қониқарли ҳолат – асоратлар йўқлиги ва операциядан кейинги яраинг тузалиши шарти билан.
- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали аниқланган ҳолатда касаллик прогрессияси белгилари йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифати яхшиланиши.
- "Ўсманинг жавоби" – даволашдан кейин ўсманинг регрессияси.
 - **Тўлиқ самара** – барча зарарланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
 - **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия бўлмаслиги.
 - **Стабилизация** – ўсманинг ҳажми 50% дан кам камайиши ёки 25% дан ошмаслиги, янги ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
 - **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмалар ҳажмининг 25% дан ортиқ ўсиши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши (ишонччилик даражаси – А).
- Уч йиллик ва беш йиллик рецидивсиз яшовчанлик.
- Ҳаёт сифати – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари, унинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятини ҳам ўз ичига олади.

**«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА
ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

КХТ-10:	
Коди	Номланиши
C48	– Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари
C48.0	– Қорин парда ортистранства
C48.1	– Қорин парданинг аниқлаштирилган қисмлари
C48.2	– Қорин парданинг аниқлаштирилмаган қисмлари
C48.8	– Юқорида келтирилган битта ёки бир нечта локализациядан ташқари чиққан қорин парда орти соҳа ва қорин парданинг зарарланиши
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
КХТ-11:	
Код и	Номланиши
2C50- 2C5Z	Хавфли ўсмалар: қорин парда орти, қорин парда ёки чарвида
2C50	Қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C50.0	Қорин парда ортидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C50.Y	Қорин парда орти ва қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C50.Z	Аниқланмаган қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51	Қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51.0	Қорин парда аденокарциномалари
2C51.1	Қорин пардадаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C51.Y	Қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C51.Z	Аниқланмаган қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C52	Чарвидаги хавфли ўсмалар
2C52.0	Чарвидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2C52.Y	Чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C52.Z	Аниқланмаган чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53.0	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарви аденокарциномаси

2C53.Y	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсма
2C53.Z	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги аниқланмаган хавфли ўсма
2C5Y	Қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C5Z	Аниқланмаган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2F73	Қорин парда ортидаги номаълум табиатли ўсмалар
2F74	Қорин пардадаги номаълум табиатли ўсмалар
2D90	Қорин парда ортидаги хавфли ўсманинг метастази
2D91	Қорин пардага хавфли ўсманинг метастази, хавфли ўсманинг бошқа жойларга метастази
2B59.1	Қорин парда ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B58.0	Қорин парда ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари – мезодермал, нейроген ва эмбриоген келиб чиқишига эга бўлган, қорин парда орти соҳасида жойлашган хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари (АҚҚПОС) – турли хил бириктирувчи тўқималардан ривожланувчи ва қорин парда орти соҳасида жойлашувчи кам учрайдиган хавфли ўсмалар тури. Энг кенг тарқалган шакллар

қаторига липосаркома, лейомиосаркома ва шваннома киради. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Ҳозирги кунга қадар аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг этиологик омиллари аниқланмаган. Липосаркомалар – ҳар хил даражадаги дифференцияцияга эга бўлган ўсма липоцитлари/липобластларидан ташкил топган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Уларнинг гистогенетик манбаи аксарият ҳолларда паранефрал ёғ тўқимаси, йўғон ёки ингичка ичак тутқичидаги ёғ тўқимаси ҳисобланади. Лейомиосаркомалар – липосаркомалардан кейин аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари орасида иккинчи ўринда туради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Улар силлиқ мушак хужайраларидан шаклланадиган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Аъзодан ташқари қорин парда орти локализациясига кўра улар икки гистогенетик манбага эга: ингичка ичак тутқичининг миоцитлари ва пастки ковак вена ҳамда унинг висцерал шохларининг мушак хужайралари. Шунинг учун аъзодан ташқари қорин парда орти лейомиосаркомалари ва пастки ковак вена ҳамда буйрак веналарининг лейомиосаркомалари ажратилади. Периферик нерв қобиғи хужайраларидан келиб чиққан хавфли ўсмалар (хавфли шванномалар) – аъзодан ташқари қорин парда орти хавфли ўсмаларининг учинчи энг кенг тарқалган гуруҳидир. Улар нейроектодермал келиб чиқишга эга бўлиб, шваннов хужайралари ва периневрал фибробластлардан (нейрофибросаркомалар) шаклланади. Бошқа гистологик турлар анча кам учрайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

РСНПМЦОиРнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 0,4 ҳолатни ташкил этади ва сўнгги 10 йил давомида барқарор қолмоқда. Бу республикада илк бор аниқланган барча хавфли янги ҳосилаларнинг 5,2% ни ташкил этади. 2023 йилда жами 134 нафар беморда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари биринчи марта аниқланган. Улардан 5,2% ҳолат профилактик кўриклар пайтида фаол аниқланган. Морфологик тасдиқланган ҳолатлар улуши 92,5% ни ташкил этади. Биринчи босқичда 1,5%, иккинчи босқичда 44,8%, учинчи босқичда 38,8%, тўртинчи босқичда 10,4% беморда аниқланган. 4,5% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошига келиб 504 нафар бемор диспансер назоратида бўлган, касаллик тарқалиш даражаси 1,4 ҳолат/100 минг аҳоли ни ташкил этган. Республика бўйича 5 йиллик тирик қолиш даражаси 27,2%, бир йиллик леталлик 24,7% ни ташкил этади. 2023 йилда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари сабабли 79 бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,2 ҳолат ни ташкил этади.

2) Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B>

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_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0

(профилактика, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» [38] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир [39] [40].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [41]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [41].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [39] [42] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [43], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [44] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [45] [46].

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [47] [48].

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

еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [53] [54] [55].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [56].

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

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[51]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [51]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [50].
2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир [50].
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика

ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [50].

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

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

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

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

2.2 Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларининг бирламчи профилактикаси

Бирламчи профилактика – бу касаллик пайдо бўлиш сабабларини бартараф этиш орқали унинг олдини олишга қаратилган чоралар тизими. Бу барча одамлар учун онкологик хавфни камайтириш мақсадида амалга ошириладиган умумий тавсиялар ҳисобланади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари хавф омиллари:

Нур терапияси

Табиий радиация саркомаларнинг 5% дан камини чақиритиши мумкин. Лекин, бошқа хавфли ўсмалар (масалан, кўкрак беги саратони ёки лимфома) даволаш учун қўлланган нур терапияси натижасида саркома ривожланиши мумкин. Кўпинча

саркома нур терапияси қўлланган жисм қисмидан бошланади. Нур терапияси ва саркома ташхиси ўртасидаги ўртача вақт тахминан 10 йил.

Сўнгги ўн йилликларда нур терапияси усуллари доимий такомиллаштирилди. Замонавий усуллар радиация оқимини айнан ўсмага йўналтиришга қаратилган. Шунингдек, шифокорлар облучение дозасини бемор учун минимал хавфли даражада белгилашни ўргандилар. Шу сабабли, нур терапиясига боғлиқ ўсмалар сони камайиши кутилмоқда. Шу билан бирга, ҳозирги кунда нур терапияси фақатгина унинг фойдаси (яшовчанлик даражасини ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш) хавфдан устун бўлган ҳолатларда қўлланилади.

Ўсма ривожланиш хавфини оширадиган ирсий синдромлар

Ўсма ривожланиш хавфини оширадиган ирсий синдромлар – бу одамлар туғилганидан (кўпинча ота-оналардан мерос қилиб олинган) генетик нуқсонлар (мутациялар) билан боғлиқ касалликлар бўлиб, улар маълум хавфли ўсма турлари ривожланиш хавфини оширади. Айрим синдромлар юмшоқ тўқима саркомаси ривожланиш хавфини ошириши мумкин. (<https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/causes-risks-prevention/risk-factors.html>);).

Лимфа тизими патологиялари

Лимфа – бу шаффоф суюқлик бўлиб, иммун тизими хужайраларини ўз ичига олади ва лимфа томирлари орқали бутун организм бўйлаб ташилади. Ушбу томирлар лимфа тугунлари (кичик, буғдой шаклидаги иммун хужайралари тўплами) билан боғланган. Агар лимфа тугунлари олиб ташланса ёки нур терапияси таъсирида шикастланса, лимфа суюқлиги тўпланиб, шишга сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолат лимфедема деб аталади. Лимфангиосаркома (лимфа томирларида ривожланадиган хавфли ўсма) сурункали лимфедеманинг жуда кам учрайдиган асорати ҳисобланади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг иккинчи даражали профилактикаси:

Иккиламчи профилактика – бу организмда аллақачон ривожланаётган патологик жараёни тўхтатиш ёки унинг кучайишини олдини олиш ва хавфли асоратларнинг олдини олишга қаратилган чоралардир. Унинг асосий мақсади – касалликни эрта босқичда аниқлаш ва тўхтатиш. Иккиламчи профилактика усулларига қорин парда орти соҳасини профилактик текширишлар кириб, айниқса хавф гуруҳидаги шахслар учун тавсия этилади. Бу текширишлар қуйидагиларни ўз ичига олади: УТТ (ультратовуш текшируви), МСКТ (көп спиралли компьютер томографияси), МРТ (магнит-резонанс томография).

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг учламчии

профилактикаси:

Учламчи профилактика – бу аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларини ўтказган беморларда рецидив хавфини камайтириш ва метастазлар ёки бошқа онкологик касалликлар ривожланишининг олдини олишга қаратилган чоралардир.

Рецидив профилактикаси учун тавсиялар:

- Чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмолини тўлиқ тўхтатиш;
- Иммунитетни мустаҳкамлаш;
- Ўткир инфекция касалликларининг олдини олиш;
- Реабилитация даврида даволовчи шифокорнинг тавсияларига қатъий риоя қилиш.

Барча беморлар мунтазам профилактик текширувлардан ўтадилар:

- Шифокор кўриги;
- Мутахассис маслаҳати;
- Ўпка рентгенографияси;
- Қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили;
- УТТ, МРТ ёки КТ (қорин парда орти соҳаси, операция ўтказилган ҳудуд).

Текширувлар графиги:

- Операциядан кейинги биринчи 1–2 йил давомида ҳар 3–6 ойда бир марта;
- Кейинчалик ҳар йили бир марта.

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

Ҳозирги кунда аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаси билан оғриган беморларни кузатишининг аниқ ва бир хил давомийлик ва частотаси бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Кузатувнинг асосий мақсадлари:

- Касалликнинг рецидивини эрта аниқлаш

- Беморларнинг психо-ижтимоий қўллаб-қувватланишини таъминлаш

- Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаси бўлган беморларни текшириш учун қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг КТ ҳар 3–6 ойда бир марта, 2–3 йил давомида, сўнг 5 йилгача ҳар 6 ойда бир марта ўтказилиши **тавсия этилади**. Кейинги текширувлар частотаси индивидуал тарзда белгиланади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

Тавсиялар ишончилилик даражаси – С (далилларнинг ишончилилик даражаси – 5).

3.2. Тиббий реабилитация, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.:

Ҳозирги вақтда аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаси бўлган беморларнинг тиббий реабилитация усулларининг аксарияти клиник тадқиқотларда тўлиқ ўрганилмаган. Қуйидаги тавсиялар Steffens D. (2018), Stout N.L. (2017), Segal R. (2017) ва бошқа муаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотлар, метаанализлар ва тизимли шарҳлар асосида берилган. Бу тадқиқотларда турли тиббий реабилитация усуллари функционал тикланишни жадаллаштириши, операциядан кейин стационарда бўлиш муддатини қисқартириши, асоратлар ва ўлим ҳолатлари ривожланиш тезлигини камайтириши кўрсатилган. Ушбу самаралар бошқа хил хавфли ўсмаларга эга беморларда аниқланган.

4.1. Предреабилитация

- Барча беморларга аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаси бўйича даволаш фонида функционал тикланишни тезлаштириш, операциядан кейин стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, асоратлар ва ўлим ҳолатлари ривожланиш тезлигини камайтириш мақсадида предреабилитация ўтказиш **тавсия этилади**. Предреабилитацияга ЛФК, психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш, беморларни хабардор қилиш киритилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Тавсиялар ишончилилик даражаси – С (далилларнинг ишончилилик даражаси – 5).

- Беморга операциядан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликни ошириш **тавсия этилади**. Бу стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш ва реабилитация даврида ҳаёт сифатини оширишга ёрдам беради [57].

4.2. Жарроҳлик давосида реабилитация

4.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаси бўлган беморларни реабилитация қилишда мултидисциплинар ёндашув **тавсия этилади**. Ушбу ёндашув ҳаракат реабилитацияси, психологик қўллаб-қувватлаш ва меҳнат терапияси бўйича мутахассислар (инструкторлар) билан машғулотларни ўз ичига олади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>).

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

4.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Лимфедема пайдо бўлган ҳолларда тўлиқ қарши шишга қарши терапия ўтказиш **тавсия этилади**. Бу қуйидагиларни ўз ичига олади: қўл ёки оёқ учун тиббий массаж (мануал лимфодренаж), компрессион трикотаж кийиш, ЛФК машқларини бажариш ва тери парвариши [58].

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

4.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- ЛФК машқларини бажариш ва уларни босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**, шу жумладан аэробик юкламаларни қўшиш. Бу хавфли ўсмаларни комплекс даволаш натижаларини яхшилайти ва ҳаёт сифатини оширади, айниқса, қўл-оёқ функцияси бузилган ҳолларда. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28874900/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3).

- Ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ синдроми, ҳолсизлик ва хавотирни камайтириш мақсадида тиббий массаж **тавсия этилади**. [59].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1).

4.3. Кимё терапияда реабилитация

- Кимё терапияси давомида жисмоний юкламаларни эрта бошлаш **тавсия этилади**, чунки бу мушаклар ҳолсизлигининг олдини олиш, гипотрофия ва жисмоний юкламаларга толерантлик пасайишини камайтиришга ёрдам беради. [60].

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

- Кимё терапияси давомида аэробик юкламалар **тавсия этилади**, чунки улар гемоглобин ва эритроцитлар даражасини оширади, лейкопения ва тромбоцитопения давомийлигини қисқартиради ҳамда режалаштирилган кимё терапия курсини тўлиқ яқунлаш эҳтимолини оширади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

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

Изоҳ: Ушбу тавсия Stout N.L. et al. (2017) ва Segal R. et al. (2017) томонидан ўтказилган тизимли шарҳлар натижаларига асосланган бўлиб, уларда жисмоний машқларнинг бошқа хавфли ўсмаларга чалинган беморларга таъсири ўрганилган.

- Кимё терапияси давомида ЛФК машғулоти **тавсия этилади**, чунки улар ҳолсизлик ва депрессия белгиларини камайтиришга ёрдам беради. ЛФК ни психологик қўллаб-қувватлаш билан бирга қўллаш ҳолсизлик ва депрессияни тuzатишда фақат дори воситалари билан даволашга нисбатан самаралироқ ҳисобланади. [61].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1).

4.4. Нур терапияда реабилитация

- Нур терапияси давомида аэробик ва куч машқларини ўз ичига олган комплекс ЛФК машғулоти **тавсия этилади**. Бу мушак ҳолсизлигини камайтириш ва нур терапияси фонидида ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1).

4.5. Аъздан ташқари қорин парда орти саркомалари беморларини рухий реабилитация тамойиллари

- Қўлловчи хулқ-атвор ва ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг комбинацияланган таъсирига эришиш **тавсия этилади**, чунки бу даволаш олдида шилқим ва четланувчи фикрлар сонини камайтиради ҳамда даволашдан бир ой ўтиб беморнинг психологик мослашувини яхшилайдди. [62].

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

- Беморларга рухий таълим тадбирлари (патологик рухий реакцияларни ўз-ўзини ташхис қилиш усуллари, стрессга қарши курашиш усуллари, рухий реакциялар ва жисмоний ҳолат ўртасидаги ўзаро таъсирни кузатиш зарурияти ҳақида маълумот бериш) ва рухий қўллаб-қувватлаш **тавсия этилади**. Бу усуллар стрессли ҳолатларни шахсий тажрибага айлантириш механизми сифатида қаралиши мумкин, бу эса беморнинг ижтимоий ва психологик мослашувига ёрдам беради. [63].

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

4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари беморлари аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, амдоминал онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

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

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, меъда-ичак тракти, МИТ органлари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

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

- 1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:
 - Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
 - Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
 - Пешоб умумий таҳлили;
 - Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
 - Кўкрак қафаси рентген текшируви;
 - қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг мултифазали МРТ ёки КТ текшируви вена ичига контраст модда юбориш орқали;

- Кичик чаноқ МРТси (ўсма кичик чаноқда жойлашганда);
- Комплекс ультратовуш ташҳислаш (жигар, ўт қопи, меъда ости беши, талоқ, буйраклар, қорин парда орти соҳаси, периферик лимфа тугунлари);

– ЭКГ

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

2) Далиллар даражаси киритилган холда қўшимча ташҳислаш тадбирлари:

- Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенграфияси;
- кўкрак қафаси МСКТси;
- бош ва бўйинни контрастлаш билан КТси;
- Фиброэзофагогастроуденоскопия ;
- Колоноскопия;
- Томирлар (вена ва/ёки артерия) УЗДГси;
- Бош мия МРТси;
- Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости бешиени контрастлаш билан рентген текшруви (жуфт контрастлаш);
- ЭхоКГ
- Холтер – мониторинг ЭКГ

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари учун профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидагича:

- Касаллик рецидивининг йўқлиги;
- Касаллик метастазланишининг йўқлиги;
- Цитостатик ва нур терапиянинг кечки асоратларининг йўқлиги;
- Беморнинг ва беморнинг яқин қариндошларининг руҳий ҳолатининг бошланғич позициясига тўлиқ қайтиш;
- Беморнинг зарарли одатлардан воз кечиши, соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, соғлом овқатланиши;

- Беморнинг динамик назоратга ўз вақтида мурожаат қилиши;
- аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА
ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

КХТ-10:	
Коди	Номланиши
C48	– Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари
C48.0	– Қорин парда ортистранства
C48.1	– Қорин парданинг аниқлаштирилган қисмлари
C48.2	– Қорин парданинг аниқлаштирилмаган қисмлари
C48.8	– Юқорида келтирилган битта ёки бир нечта локализациядан ташқари чиққан қорин парда орти соҳа ва қорин парданинг зарарланиши
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
КХТ-11:	
Код и	Номланиши
2C50- 2C5Z	Хавфли ўсмалар: қорин парда орти, қорин парда ёки чарвида
2C50	Қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C50.0	Қорин парда ортидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C50.Y	Қорин парда орти ва қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C50.Z	Аниқланмаган қорин парда орти ва қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51	Қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C51.0	Қорин парда аденокарциномалари
2C51.1	Қорин пардадаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2C51.Y	Қорин пардадаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C51.Z	Аниқланмаган қорин пардадаги хавфли ўсмалар
2C52	Чарвидаги хавфли ўсмалар
2C52.0	Чарвидаги кистоз, муциноз ёки сероз карцинома
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2C52.Y	Чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C52.Z	Аниқланмаган чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2C53.0	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарви аденокарциномаси

2C53.Y	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсма
2C53.Z	Бир ёки бир нечта локализация чегарасидан ташқари тарқалган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги аниқланмаган хавфли ўсма
2C5Y	Қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги бошқа аниқланган хавфли ўсмалар
2C5Z	Аниқланмаган қорин парда орти, қорин парда ёки чарвидаги хавфли ўсмалар
2F73	Қорин парда ортидаги номаълум табиатли ўсмалар
2F74	Қорин пардадаги номаълум табиатли ўсмалар
2D90	Қорин парда ортидаги хавфли ўсманинг метастази
2D91	Қорин пардага хавфли ўсманинг метастази, хавфли ўсманинг бошқа жойларга метастази
2B59.1	Қорин парда ёки қорин парда орти липосаркомаси
2B58.0	Қорин парда ёки қорин парда орти лейомиосаркомаси
2B5F.1	Бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.10	Чарви миосаркомаси
2B5F.1Y	Бошқа аниқланган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
2B5F.1Z	Аниқланмаган, бошқа рубрикаларга киритилмаган қорин парда ва қорин парда орти саркомаси
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари – мезодермал, нейроген ва эмбриоген келиб чиқишига эга бўлган, қорин парда орти соҳасида жойлашган хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

2) Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: <https://www.esmo.org/guidelines>)

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомалари (АҚҚПОС) – турли хил бириктирувчи тўқималардан ривожланувчи ва қорин парда орти соҳасида

жойлашувчи кам учрайдиган хавфли ўсмалар тури. Энг кенг тарқалган шакллар қаторига липосаркома, лейомиосаркома ва шваннома киради. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Ҳозирги кунга қадар аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг этиологик омиллари аниқланмаган. Липосаркомалар – ҳар хил даражадаги дифференцияцияга эга бўлган ўсма липоцитлари/липобластларидан ташкил топган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Уларнинг гистогенетик манбаи аксарият ҳолларда паранефрал ёғ тўқимаси, йўғон ёки ингичка ичак тутқичидаги ёғ тўқимаси ҳисобланади. Лейомиосаркомалар – липосаркомалардан кейин аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари орасида иккинчи ўринда туради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Улар силлиқ мушак хужайраларидан шаклланидиган хавфли мезенхимал ўсмалардир. Аъзодан ташқари қорин парда орти локализациясига кўра улар икки гистогенетик манбага эга: ингичка ичак тутқичининг миоцитлари ва пастки ковак вена ҳамда унинг висцерал шохларининг мушак хужайралари. Шунинг учун аъзодан ташқари қорин парда орти лейомиосаркомалари ва пастки ковак вена ҳамда буйрак веналарининг лейомиосаркомалари ажратилади. Периферик нерв қобиғи хужайраларидан келиб чиққан хавфли ўсмалар (хавфли шванномалар) – аъзодан ташқари қорин парда орти хавфли ўсмаларининг учинчи энг кенг тарқалган гуруҳидир. Улар нейроэктодермал келиб чиқишга эга бўлиб, шваннов хужайралари ва периневрал фибробластлардан (нейрофибросаркомалар) шаклланади. Бошқа гистологик турлар анча кам учрайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

РСНПМҚОиРнинг 2023 йилдаги статистик маълумотларига кўра, аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 0,4 ҳолатни ташкил этади ва сўнгги 10 йил давомида барқарор қолмоқда. Бу республикада илк бор аниқланган барча хавфли янги ҳосилаларнинг 5,2% ни ташкил этади. 2023 йилда жами 134 нафар беморда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари биринчи марта аниқланган. Улардан 5,2% ҳолат профилактик кўриқлар пайтида фаол аниқланган. Морфологик тасдиқланган ҳолатлар улуши 92,5% ни ташкил этади. Биринчи босқичда 1,5%, иккинчи босқичда 44,8%, учинчи босқичда 38,8%, тўртинчи босқичда 10,4% беморда аниқланган. 4,5% ҳолатда касаллик босқичини аниқлаш имкони бўлмаган. 2025 йил бошига келиб 504 нафар бемор диспансер назоратида бўлган, касаллик тарқалиш даражаси 1,4 ҳолат/100 минг аҳоли ни ташкил этган. Республика бўйича 5 йиллик тирик қолиш даражаси 27,2%, бир йиллик леталлик 24,7% ни ташкил этади. 2023 йилда аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари сабабли 79 бемор вафот этган, бу эса 100 минг аҳолига 0,2 ҳолат ни ташкил этади.

3) Таснифи

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг халқаро гистологик классификацияси Юмшоқ тўқима саркомаларининг халқаро гистологик классификациясига мос келади, у Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) мутахассислари томонидан ишлаб чиқилган (4-таҳрир, 2013 йил). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24378391/>)

1.5.2. Босқичлаш [9] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758500/>)

Ҳозирги вақтда аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларининг босқичи юмшоқ тўқима саркомалари учун ишлаб чиқилган TNM стадиялаш тизими (7-таҳрир, 2011) бўйича белгиланади (жадвал 10).

Босқични аниқлаш ўсма ҳажми, хавфлилик даражаси ва узоқ метастазларнинг мавжудлиги каби кўрсаткичларга асосланади.

TNM 7-таҳрири (2011) бўйича стадиялаш жадвали (жадвал 10).

Ўсма ўлчами:

T1 – ўсма ўлчами ≤ 5 см;

T2 – ўсма ўлчами >5 см;

Жойлашиш чуқурлиги

a – ўсма юзаки фасция устида жойлашган;

b – ўсма юзаки фасция остида жойлашган;

хавфлилик даражаси (G):

G1 – паст;

G2, G3 – юқори.

10-жадвал. Юмшоқ тўқима саркомаларини TNM тизими бўйича босқичлаш (7-нашр, 2011 й.)

Босқич	T	N	M	Хавфлилик даражаси	Ўсманинг ўлчам ва локализацияси
IA	T1a	N0	M0	Паст	≤ 5 см, юзаки
	T1b	N0	M0	Паст	≤ 5 см, чуқур
IB	T2a	N0	M0	Паст	>5 см, юзаки
	T2b	N0	M0	Паст	>5 см, чуқур
IIA	T1a	N0	M0	Юқори	≤ 5 см, юзаки
	T1b	N0	M0	Юқори	≤ 5 см, чуқур
IIIB	T2a	N0	M0	Юқори	>5 см, юзаки

III	T2b	N0	M0	Юқори	>5 см, чуқур
	Ҳар қандай T	N1	M0	Ҳар қандай	Ҳар қандай
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай	Ҳар қандай

TNM тизимининг 8-таҳрири (2016) бўйича T1 индекси ўсма ҳажми ≤ 5 см, T2 – >5 см, лекин ≤ 10 см, T3 – >10 см, лекин ≤ 15 см, T4 – >15 см ни англатади.

11-жадвал. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини TNM (8-таҳрир, 2016) тизими бўйича стадиялаш.

Босқич	T	N	M	Хавфлилик даражаси
IA	T1	N0	M0	Паст, GX
IB	T2, T3, T4	N0	M0	Паст, GX
II	T1	N0	M0	Юқори
IIA	T2	N0	M0	Юқори
IIБ	T3, T4	N0	M0	Юқори
IIIВ	Ҳар қандай T	N1	M0	Ҳар қандай
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1	Ҳар қандай

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

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

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

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

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

1) Шикоятлари ва анамнез:

- Қоринда қўл билан сезиладиган ўсманинг мавжудлиги
- Қорин оғриғи – енгил, уйқунувчи ноаниқ оғриқлардан то кучли, хуружсимон оғриқларгача
- Ошқозон дискомфорти – иштаҳа йўқолиши, кекириш, баъзан қайт қилиш, қорин юқори қисмида оғирлик ҳисси
- Ичак иш фаолиятининг бузилиши – қабзият, ич кетиши, уларнинг навбатма-навбат алмашиши, қоринда ғудуллаш ва шишиши.
- Умумий ҳолатнинг ўзгариши – умумий беҳоллик, чарчоқ, заифлик, вазн йўқотиш, иситма, тери қопламларининг оқариши
- Қўл билан сезиладиган ўсманинг мавжудлиги

2) Физикал текширувлар

Объектив текширув маълумотлари:

- Кўрик: тери қопламларининг оқариши, қорин асимметрияси
- Қоринни палпация қилиш: ўсмани палпация орқали аниқлаш, бу касаллик босқичи, анатомик ўсиш шакли ва қорин девори таранглигига боғлиқ
- Қоринни перкуссия қилиш: ўсма устидаги товушнинг пасайиши

3) Лаборатор текширувлар:

Асосий текширувлар:

- Умумий қон таҳлили – гипохром анемия, ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз кузатилади
- Ахлатда яширин қон таҳлили – йўғон ичакка ўсма ўсиб кирганда ижобий реакция бўлади.
- Коагулограмма – гиперкоагуляция белгилари кузатилиши мумкин (ҳамиша эмас)

Қўшимча текширувлар: йўф.

4) Инструментал текширувлар:

- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг контрастли КТси – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш мақсадида.
- Кичик чаноқ аъзоларининг МРТ (агар ўсма кичик чаноқда жойлашган ёки унга тарқалган бўлса) – ўсма тарқалиш даражасини аниқлаш мақсадида.
- Кўкрак қафаси аъзоларининг КТ – ўпкада метастазларни аниқлаш учун
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси
- ПЭТ-КТ/МРТ – кичик чаноқ, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кўкрак қафаси, бош мия, юмшоқ тўқималар ва суяклардаги ўсма жараёни тарқалишини, шунингдек, кичик ўсмалар, рецидивлар ва метастазларни аниқлаш учун энг сезгир ва ахборотли усуллардан бири;
- Пункцион биопсия – кенг игна ёрдамида тўқима намуналарини олиш, УТТ, КТ ёки МРТ назорати остида ўтказилади;
- Инцизион биопсия – янги ҳосиланинг бир қисмини ёки тўқима намунасини олиб ташлаш, пункцион биопсия хавфли ёки ноаниқ натижалар берган ҳолларда қўлланилади;
- Колоноскопия – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш учун ўтказилади;
- ФЭГДС – ўсма жараёни тарқалиш даражасини аниқлаш учун ўтказилади.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

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

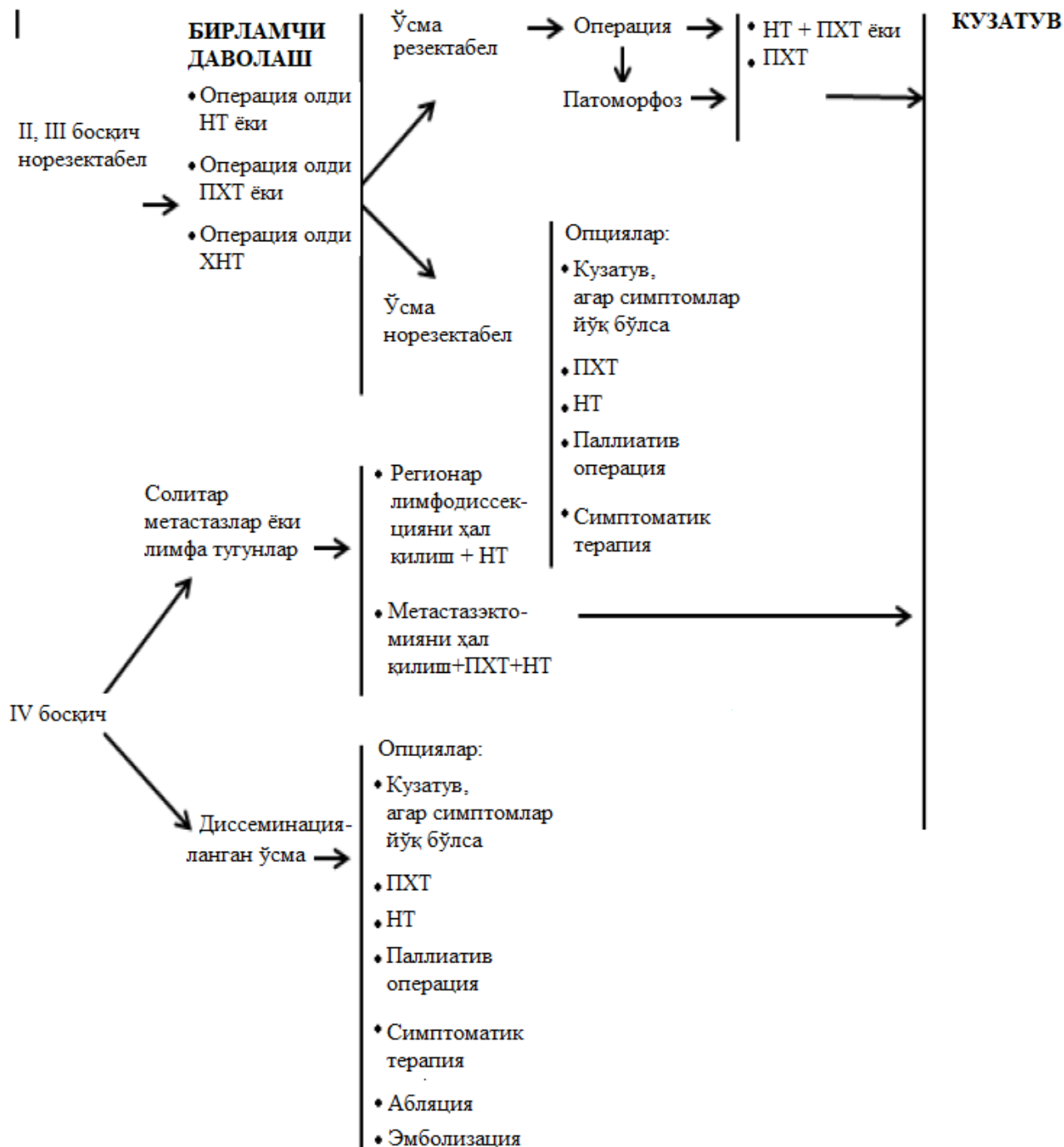
5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

- ўсма ўқоғи ва метастазларни кичрайтириш;

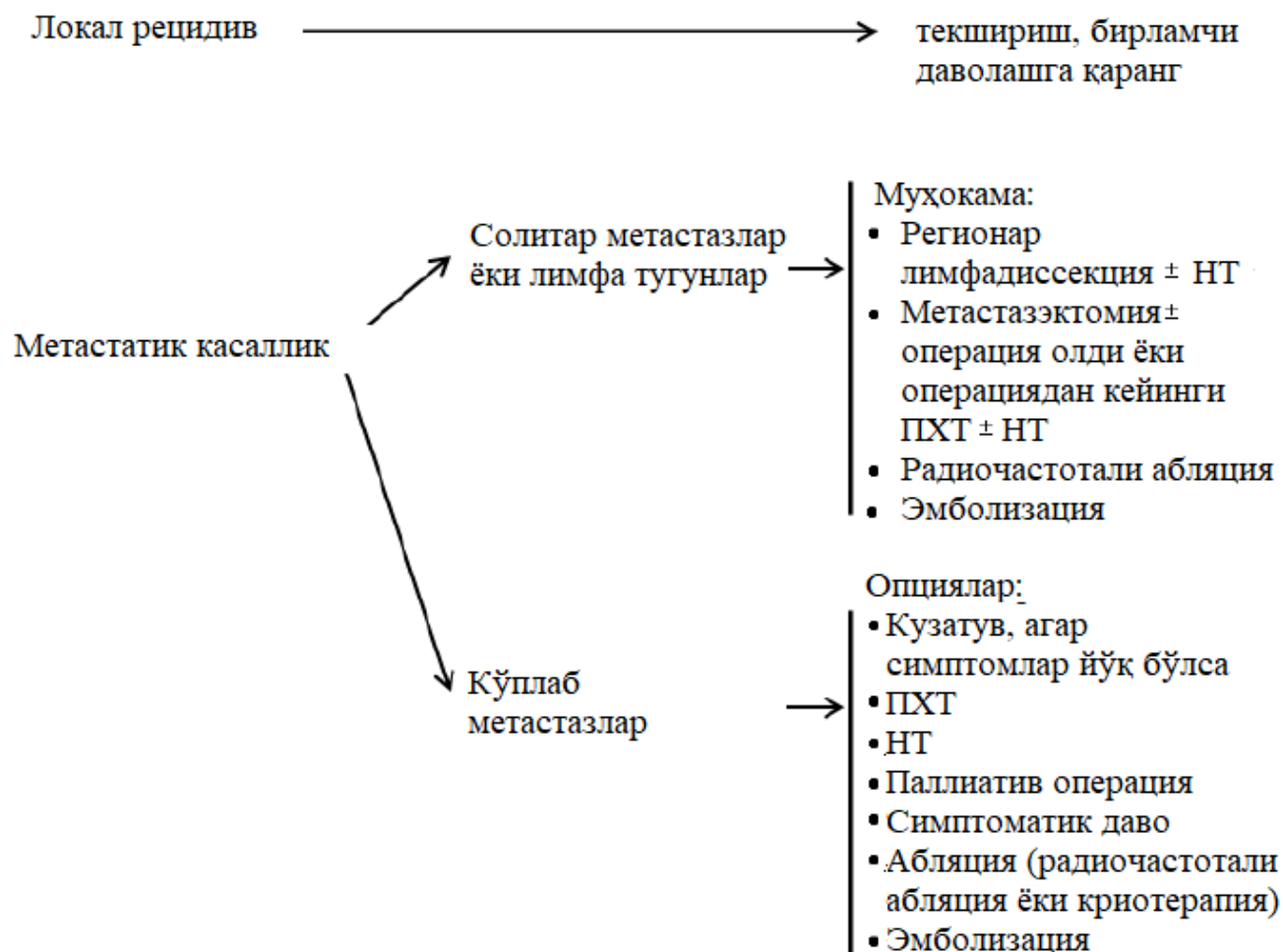
- ўсма жараёни қисман регрессияси ёки стабилизациясига эришиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ҳаёт давомийлигини узайтириш.

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни паллиатив ёрдам кўрсатишдаги маршрутизацияси:

**Қорин парда орти хавфли ўсмаларини даволаш
(маҳаллий тарқалган ва метастатик жараён)**



Қорин парда орти хавфли ўсмаларини даволаш



2) Паллиатив номедикаментоз даво бўйича тавсияларга киради:

- Режим – консерватив даволаш давомида беморнинг режими умумий. Эрта операциядан кейинги даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (жарроҳлик ҳажми ва ҳамроҳ патологияга боғлиқ ҳолда). Операциядан кейинги даврда – палата режими.
- Диета – жарроҳлик даволашдан сўнг №1-стол, кейин №2-столга ўтиш.

Паллиатив нур терапия:

Агар ўсманинг резектабеллиги шубҳали ёки у нересектабель бўлса, СЎД 40–50 Гр билан классик фракциялаштириш режимида нур терапияси ўтказилади.

Нур терапияси конвенционал (стандарт) ёки конформал режимда статик кўп майдонли нурлантириш усулида БМЎД 2–2,5–3,0 Гр билан, умумий доза 40–60 Гр гача, ўсма ўсиб кирган ҳудудга йўналтирилган ҳолда ўтказилади.

Нур терапияси жараёнида организмни нур шикастланишидан ҳимоя қилувчи препаратлар қўллаш мумкин.

Нурлантириш гамма-терапевтик аппаратлар ёки чизиқли тезлатгичлар ёрдамида амалга оширилади.

Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларида паллиатив нур терапияси принциплари

Юқори рецидив частотаси ва нисбатан паст узоқ метастазлар частотаси қорин парда орти ноорган ўсмаларини комплекс даволашда нур терапиясини қўллашни асослайди. Аъзодан ташқари қорин парда орти саркомаларини даволашда нур терапиясининг роли ҳали аниқ белгиланмаган. Нур терапияси жарроҳлик билан бирга операция олдидан ва кейинги даврда қўлланилади [29].

• Даволаш режасини тайёрлашда қуйидаги нурлантириладиган ҳажмларни аниқлаш тавсия этилади:

- GTV (gross tumor volume) – аниқланган ўсма ҳажми: асосий ўсма ўчоғи;
- CTV (clinical tumor volume) – клиник ўсма тарқалиш соҳаси;
- GTV + 2–3 см чегара (фасциялар, суяклар ва ҳаво бундан мустасно);
- PTV (planned treatment volume) – қўллашдаги хато эҳтимолини ҳисобга олган нурлантириладиган ҳажм;
- CTV + 0,5–1,0 см чегара.

3D CRT усулида нур терапияси ўтказилганда олд-орқа ва қия майдонлар ишлатилади.

• Техник имкониятлар мавжуд бўлса, барча беморларда IMRT усулида конформал нур терапияси ўтказиш тавсия этилади. Танафи хавфи юқори бўлган аъзо – ингичка ичак. Разовая очаговая доза (РОД) 1,8–2,0 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) 45,0–50,4 Гр.

• Агар ўсма қорин бўшлиғининг юқори қисмларида жойлашган бўлса, нафас олиш ҳаракатлари назорати остида даволаш тавсия этилади.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – А (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.
- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.

- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

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

Янги музлатилган плазма:

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

3) Паллиатив медикаментоз даво

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

Нейроэндокрин ўсмалар кимё терапияси:

Кимё терапия жарроҳлик давоси мумкин бўлмаганда, циторедуктив жарроҳлик амалиётларидан сўнг буюрилади.

Фаолиятдаги НЭЎ G1-G3: соматостатин аналоглари (симптоматик терапия):

Октреотид 0,1 мг т/о, кунига 3 марта қисқа муддат давомида (тахминан 2 ҳафта) унинг самарадорлиги ва умумий бардошлилигини баҳолаш мақсадида қўлланилади, сўнг октреотид ЛАР 20 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта юборилади.

Агар 3 ой давомида клиник белгилар ва касалликнинг биологик маркерлари устидан етарли назорат таъминланса – октреотид ЛАР 10 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта юборилади.

Агар 3 ой давомида клиник белгилари ва биологик маркерлари устидан фақат қисман назорат таъминланса – октреотид ЛАР 30 мг в/м ҳар 4 ҳафтада бир марта юборилади.

Тарқалган нейроэндокрин ўсмалар (йўғон ичак ёки биринчи ўсма локализацияси номаълум ҳолларда) – октреотид ЛАР 30 мг в/м ҳар 28 кунда бир марта, касаллик прогрессиясигача қўлланилади.

Фаолияти йўқ НЭЎ:

Ki67 < 2-10%, G1/G2:

- соматостатин аналоглари;
- α -ИФН;

- Эверолимус 10мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгача;
- Эверолимус 10мг ичишга ҳар куни Октреотид ЛАР билан комбинацияда 28 кунда 1 марта, прогрессияланишгача Ki 67 3-20%, G1/G2:
- Фторурацил + Эверолимус;
- Темозоломид + Капецитабин;
- соматостатин аналоглари. Ki67>20%, G3:
- карбоплатин / цисплатин + этопозид;
- темозоломид + бевацизумаб;
- соматостатин аналоглари.

Гастроинтестинал стромал ўсмаларни (GIST) дори билан даволаш бўйича амалиё тавсиялар

Рецидив ёки метастатик касалликда норезектабел ўсмаларни даволаш.

Терапиянинг биринчи линияси

Норезектабел ўсмалар, рецидив ёки метастатик касаллик ҳолатида асосий даволаш усули – таргетли терапия бўлиб, иматиниб 400 мг кунига тавсия этилади. Агар KIT гени 9-экзонида мутация аниқланса, иматиниб 800 мг кунига тавсия этилади (бу прогрессиягача бўлган вақтни узайтириши аниқланган, лекин умумий яшовчанлик кўрсаткичларига статистик аҳамиятли таъсир кўрсатмайди). Агар иматиниб 400 мг кунига қабул қилинган ҳолда касаллик прогрессияси кузатилса, доза 800 мг кунига оширилиши тавсия этилади. Агар бошланғич ҳолатда ўсма норезектабел бўлган бўлса ва терапия натижасида ижобий самарага эришилса, даволаш бошланганидан 6–12 ой ўтиб радикал жарроҳлик имкониятини баҳолаш мақсадга мувофиқ.

Терапиянинг иккинчи линияси:

Агар касаллик иматиниб қабул қилинган ҳолда прогрессия қилса (400 мг дан 800 мг гача дозани оширгандан кейин), иматинибни ўзлаштира олмаслик ёки бирламчи резистентлик кузатилса, сунитиниб терапияси тавсия этилади: 50 мг кунига, 4 ҳафта давомида, сўнг 2 ҳафталик танаффус. Агар кучли ножўя таъсирлар кузатилса, доза 37,5 мг кунига туширилиши мумкин.

Қорин парда орти соҳаси саркомалари

Тарқалган ўсма жараёни –III–IV босқичлар:

Кимё терапияси саркомаларда диссеминацияланган жараёни даволашнинг асосий усули ҳисобланади. Энг кўп қўлланиладиган препаратлар доксорубицин, ифосфамид ва дакарбазиндир. Бирламчи линия учун диссеминацияланган саркомаларни кимё терапиясида стандарт режим – доксорубицин + ифосфамид комбинациясидир. 65 ёшдан катта беморлар учун танлов усули антрациклинлар билан монотерапия ҳисобланади. Агар беморнинг умумий ҳолати яхши бўлса, комбинацияланган кимё терапияси афзалроқ, айниқса, ўсма жавоб реакцияси кучли бўлиши кутилаётганда. Юзаки ангиосаркомаларда альтернатива сифатида таксанлар тавсия этилади, чунки улар ушбу гистологик турда юқори хавфли ўсмага қарши фаолликни намоён этган. Паклитаксел маҳаллий тарқалган ангиосаркомаларни, хусусан, Стюарт-Тривс синдроми билан боғлиқ ҳолатларни даволашда юқори самарадорлик кўрсатган.

Липосаркома, лейомиосаркома, синовиал саркома ва экстраоссал Юинг саркомаси даволашда иккинчи ёки ундан кейинги линия сифатида трабектедин қўлланиши мумкин. Иккинчи ва ундан кейинги линиялар учун, липосаркома ва GIST дан ташқари, аксарият гистологик турлар учун пазопаниб қўлланилиши мумкин. Липосаркома учун эрибулин қўллаш мумкин. Гемцитабин лейомиосаркома даволашда ягона хавфли ўсмага қарши агент сифатида самарали эканини кўрсатган. Дакарбазин иккинчи линия кимё терапияси сифатида айрим хавфли ўсмаларга, эҳтимол, айниқса лейомиосаркомада самарали бўлиши мумкин. Пазопаниб иккинчи ва ундан кейинги линияларда аксарият гистологик турлар учун қўлланади, аммо кимё терапиясига резистент гистотиплар (альвеоляр саркома, ёруғ хужайрали саркома, солитар фиброз ўсма / гемангиоэндотелиома) учун бирламчи линия сифатида қўллаш тавсия этилади.

Комбинацияланган даволаш босқичини яқунлаган беморларда динамик кузатув биринчи 2 йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, сўнг 5 йилгача ҳар 6 ойда бир марта ўтказилади.

Саркомаларни кимё терапияси режимлари, монотерапия:

- Доксорубицин 30 мг/м², в/и, 1-кундан 3-кунгача;
- Доксорубицин 60–75 мг/м², в/и, ҳар 3 ҳафтада бир марта;
- Ифосфамид 1,6–2,5 г/м²/сут, 5 кун давомида, уропротектор Месна билан (ифосфамид дозасининг 20% + 100% ҳажмида бир вақтнинг ўзида);
- Гемцитабин 1200 мг/м², ≥120 минут давомида, 1- ва 8-кунларда, ҳар 21 кунда бир марта, белгиланган инфузия тезлигида (фақат бачадон лейомиосаркомаси учун, агар GemТax режими ишлатилмаса);

- Трабектедин 1,5 мг/м², в/и, 24 соатлик инфузия кўринишида, ҳар 21 кунда бир марта, иккинчи линия сифатида липосаркома, лейомиосаркома, синовиал саркома ва Юинг саркомасининг экстраоссал шакллари даволашда;

- Пазопаниб 800 мг per os ҳар куни, иккинчи линия сифатида юмшоқ тўқима саркомаларни (СМТ) липосаркома ва GIST дан ташқари даволашда, самарадорликни баҳолаш қабул бошланганидан 2 ой ўтиб амалга оширилади.

Полихимиотерапия:

- **AI:**

- доксорубицин 75 мг/м², 72-соатлик инфузия кўринишида;

- ифосфамид 2,5 гр/м², в/и 3 соатлик инфузия кўринишида, в1-чи–4-чи кунлар;

- месна 500мг/м², 1-чи кун ифосфамид билан биргаликда, сўнгра 1500 мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида 4 кун давомида;

- филграстим т/о 5-чидан–15-чи кунгача ёки нейтрофиллар даражаси тиклангунга қадар. Интервал 3 ҳафта.

- **MAID:**

- месна ОД 8000 мг/м² 96-соатлик инфузия шаклида (2000мг/м²/сутка, 4 кун);

- доксорубицин 60мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида в/и;

- ифосфамид 6000мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида ва 2000 мг/м² в/и 4-соатлик инфузия шаклида 1-чи-3-чи кунлар;

- дакарбазин 900 мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида, доксорубицин билан бирга эритилган;

Интервал 3–4 ҳафта.

- **ADIC:**

- доксорубицин 90мг/м² 96-соатлик инфузия шаклида в/и;

- дакарбазин 900мг/м² 96-соатлик инфузия шаклида, доксорубицин билан бирга эритилган.

Интервал 3–4 ҳафта.

Рабдомиосаркомада кимё терапия режимлари:

- **VAI:**

- винкрестин ОД2 мг 1-чи кун;

- доксорубицин 75 мг/м² 72-соатлик инфузия шаклида;

- ифосфамид 2,5 гр/м² в/и 3 соатлик инфузия кўринишида 1-чи-4-чи кунлар;
- месна 500 мг/м² 1-чи кун ифосфамид билан биргаликда, сўнгра –1500мг/м² 24-соатлик инфузия кўринишида 4 кун давомида;
- филграстим т/о 5-чи-15-чи кунлар ёки нейтрофиллар даражаси тиклангунга қадар. Интервал – 3 ҳафта.

• **VAC:**

- винкрестин 2мг/м², 1-чи ва 8-чи кунлар в/и, интервал – 5 ҳафта;
- дактиномицин* 0,5мг/м², 1-чи, 2-чи, 3-чи, 4-чи,5-чи кунлар (ҳар 3 ойда такрорланади, 5 курсгача);
- циклофосфамид 300 мг/м², ҳар куни 7-кун давомида ҳар 6 ҳафтада.

• **VAdriaC:**

- винкрестин 1,5мг/м², 1-чи,8-чи,15-чи кунлар дастлабки 2 курс давомида, кейинчалик фақат 1-чи кун;
- доксорубицин 60 мг/м², 48-соатлик инфузия кўринишида;
- циклофосфамид 600 мг/м², 2 кун давомида. Интервал – 3 ҳафта.

кейинчалик:

- ифосфамид 1800 м/м² + месна 5 кун давомида;
- этопозид 100мг/м² в 1-чи– 5-чи кунлар. Интервал– 3 ҳафта.

• **Таргет препаратлар:**

- иматиниб кунига 400мг дан ичишга доимий, агрессиво фиброматозни даволаш учун.

Юқори даражада мутацион юкламали саркомалар (TMB-H (≥10 mutations/megabase) Tumors) – иммунотерапия:

- Пембролизумаб 200 мг ҳар 3 ҳафта ёки 400 мг ҳар 6 ҳафта – даволаш давомийлигини мультидисциплинар гуруҳ белгилайди.
- Ниволумаб + ипилимумаб*: ниволумаб 240 мг в/и томч. ҳар 2 ҳафтада, ипилимумаб* 1 мг/кг в/и томч. ҳар 6 ҳафтада (ипилимумаб* юбориш 4 тадан ошмасин).*

*- Ўзбекистон Республикасида саркомаларни даволашда иммунотерапия учун расмий тасдиқланган кўрсатмалар мавжуд эмас.

12-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлганлар):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	Доксорубицин	75 мг/м ² , в/и 1-4 кунлар	А
Алкилловчи агентлар– хлорэтиламинлар	Ифосфамид	2,5 гр/м ² , в/и 1-4 кунлар	А
Антиметоболитлар – цитидин аналоглари.	Гемцитабин	90 мг/ м ² ,в/и 1 и 8 кунлар	А
Ўсимлик келиб чиқишли алкалоидлар ва буюшқа табиий келиб чиқишли препаратлар, микронайчали ингибиторлар	Трабектидин	1,5 мг/ м ² ,в/и 3 ҳафтада 1 марта	А
Акролеин антидоти	Месна	100-120% ифосфамид дозасига, в/и	А
Алкилловчи агентлар – триазинлар	Дакарбазин	750 мг/м ² суммар в/и, узлуксиз инфузия 72 ч	А
Алкилловчи агентлар – хлорэтиламинлар	Циклофосфамид	300 мг/ м ² , в/и 1 кун	А
Топоизомераза 11 ингибиторлари	Этопозид	100 мг/м ² , в/и 1-3 кунлар	А
Барвинк алколоиди	Винкрестин	1,5 мг/м ² ,в/и 1 кун	В
Соматостатин аналоги	Октреотид	0,1 мг т/о, суткада 3 марта, 2 ҳафта	В
Иммунодепрессант, пролифератив сигнал ўтказиш ингибитори	Эверолимус	10мг ичишга ҳар куни прогрессияланишгач а	А
Антиметаболит	Фторурацил	400 мг/ м ² в/и; 2400 мг/м ² в/и	А
Алкилловчи бирикма	Темозоломид	150 мг/ м ² ичишга	А
Алкилловчи агентлар –	Карбоплатин	AUC 5 в/и 1 кун	В

платинанинг комплекс бирикмалари	Цисплатин	75 мг/ м2 в/и 1 кун	В
Ўсиш омиллари ва уларнинг рецепторларига моноклонал антитаналар	Бевацизумаб	5-7,5 мг/кг в/и 3 ҳафтада 1 марта	А
Микронайча ингибиторлари – таксанлар	Паклитаксел	80 мг/ м2 в/и 1 кун	А
Пиримидин ингибиторлари – фторпиримидинлар	Капецитабин	2500 мг/ м2 ичишга 1-14 кунлар	А
Протеинкиназа ингибитори	Пазопаниб	800 мг кунига 1 марта, ичишга	А
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17902		

13-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100% адн кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлганлар):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
BCR-ABL тирозинкиназа ингибитори	Иматиниб	400 мг ичишга ҳар куни	А
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа ингибитори	Сунитиниб	37,5 мг ичишга ҳар куни	А
Ўсмага қарши восита, ҳужайра ичи тирозинкиназанинг селектив ва қайтар ингибитори	Лапатиниб	1250 мг ичишга ҳар куни	А
Ўсмага қарши восита, протеинтирозинкиназа	Дазатиниб	100 мг ичишга	А

ингибитори			
Моноклонал антитана	Деносумаб	120 мг ҳар 4 ҳафтада т/о	В
Иммуноонкологик препарат, PD-1 ингибитори, гуманизацияланган моноклонал антитана	Пембролизумаб	200мг 3 ҳафтада 1ки 400мг ҳар 6 ҳафтада	А
Иммуноонкологик препарат, гуманизацияланган моноклонал антитана	Ниволумаб*	ниволумаб 240 мг в/и ҳар 2 ҳафтада	А
Иммуноонкологик препарат, гуманизацияланган моноклонал антитана	Ипилимумаб*	1 мг/кг в/и ҳар 6 ҳафтада (юборилиши 4 тадан кўп бўлмасин)	В
Галихондрин гуруҳи ўсмага қарши воситаси, микротрубочек нотақсан қатор микронайчалар динамикаси ингибитори	Эрибулин	1.4 мг/м ² 21 кунлик циклнинг 1-чи ва 8- чи кунлари	А
Ўсмага қарши антибиотиклар актиномицинлар	Дактиномицин*	0,5 мг/ м ² , в/и 1-5 кунлар	В
КСФ	Эпоэтинальфа	40 минг МЕ ҳафтада 3 марта, кўрсатмаларга кўра 1 ой давомида, тери остиға, вена ичига	С
КСФ	Дарбопозетин альфа	2,25мкг/м ² 7 кунда 1 марта, ҳар 9 ҳафтада, тери остиға	С
КСФ	Филграстим	30 млн ЕД, ҳар куни кўрсатмаларга кўра, тери остиға	С
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0		

6. Жарроҳлик давоси. йўқ

- Аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмаларини паллиатив даволаш мақсади – циторедуктив ўсмани олиб ташлаш ёки ўсмадан биопсия олиш, кейинги консерватив терапияни ўтказиш учун.

- Агар ичак йўли ўтмаслиги ривожланса, ҳаётий кўрсатмалар бўйича энтеро ёки колостома шакллантириш орқали ичак йўли ўтмаслигининг олдини олиш учун шошилиш жарроҳлик аралашуви ўтказилиши мумкин.

7. Кейинги даволаш:

Катта ёшдаги беморларда, агар аъзодан ташқари қорин парда орти ўсмалари бўйича паллиатив системавий терапияни давом эттириш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, онколог назорати остида диспансер кузатув ва оғриқ қолдирувчи (зарур ҳолда наркотик) ҳамда симптоматик терапия ўтказиш тавсия этилади. [3].

Қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ) ва биокимёвий таҳлил зарурият бўйича ёки ички аъзолар функцияси бузилиш белгилар мавжуд бўлганда ўтказилади.

Қўшимча текширувлар клиник кўрсатмаларга асосан бажарилади: Кўкрак қафаси рентген текшируви, Периферик лимфа тугунлари УТТ, Қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ УТТ (ОБП, ПМТ), Кўкрак қафаси кўп спиралли КТ (МСКТ), Контрастли кўп спиралли КТ ёки МРТ (ОБП, кичик чаноқ). ПЭТ-КТ агар паллиатив терапиядан кейин ремиссия кузатилса ёки касалликнинг прогрессияси/рецидивига шубҳа туғилса ўтказилади.

Кузатув режими:

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

Текширувлар кўлами:

- физикал;
- лаборатор – ҚУТ, ҚБТ, ПУТ, коагулограмма;

Асосий:

КТ с контрастированием/ органов брюшной полости, забрюшинного пространства;

МРТ органов малого таза (при локализации/распространении опухоли в малом тазу);

КТ ОГК

Қўшимча:

ПЭТ-КТ/МРТ (кўрсатмаларга кўра, 6 ойда 1 марта).

Қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти УТТси

Бошқа текширув усуллари (ФЭГДС, ФКС ва бошқ.) ва мутахассислар кўриклари (гинеколог, уролог ва бошқ.) кўрсатмалар асосида.

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- Қоникарли ҳолат – асоратлар йўқлиги ва операциядан кейинги яралинг тузалиши шarti билан.
- Клиник ва/ёки визуализация усуллари орқали аниқланган ҳолатда касаллик прогрессияси белгилари йўқлиги, шунингдек, бемор ҳаёт сифати яхшиланиши.
- "Ўсманинг жавоби" – даволашдан кейин ўсманинг регрессияси.
 - **Тўлиқ самара** – барча зарарланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
 - **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия бўлмаслиги.
 - **Стабилизация** – ўсманинг ҳажми 50% дан кам камайиши ёки 25% дан ошмаслиги, янги ўчоқлар пайдо бўлмаслиги.
 - **Прогрессия** – бир ёки бир нечта ўсмалар ҳажмининг 25% дан ортиқ ўсиши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши (ишончлилиқ даражаси – А).
- Уч йиллик ва беш йиллик рецидивсиз яшовчанлик.
- Ҳаёт сифати – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари, унинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятини ҳам ўз ичига олади.

9. Иловалар

1-илова

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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

Б а л л	Б а т а в с и л
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани беморлигидан аввалгидек бажара олади (Карновский шкаласи бўйича 90-100%)
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, аммо енгил, ўририб қилинувчи ишларни бажара олади (масалан, енгил уй ва канцеллярый ишларини, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор даволанади, ўз-ўзига хизмат кўрсата олади, лекин ишлай олмайди. 50% дан ортиқ вақтинтик оёқда, вертикал ҳолатда ўтказади (Карновский шкаласи бўйича 50-60 %)

3	Бемор фақатгина чегараланган ўз-ўзига хизмат қила олади, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки ётиқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30-40 %)
4	Ногирон, ўз-ўзига хизмат қилишга умуман лаёқатсиз, кресло ёки ётоққа бутунлай миҳланиб қолган (Карновский шкаласи бўйича 10-20 %)

Карновский шкаласи

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

10. Қўлланилган адабиётлар рўйхати

1. Клинические рекомендации ESMO2023 <https://www.esmo.org/guidelines>
2. NCCN guidelines 2015 <http://www.nccn.org/professionals/physician>
3. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone 4th Edition, IARS, Lyon, 2013
4. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи: И. А. Гилязутдинов, Р. Ш. Хасанов, И. Р. Сафин, В. Н. Моисеев — Москва, Практическая Медицина, 2010 г.-204с.
5. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний 2022г.
6. Цвелодуб С.В., Стилиди И.С. Лейомиосаркома нижней поллой вены: обзор литературы. Часть I. Анналы хирургии 2013;1:5–9.
7. Стилиди И.С., Никулин М.П., Давыдов М.М. и др. «Нефросохранные» операции в лечении больных внеорганными забрюшинными опухолям. Анналы хирургии 2014;(3):47–52.
8. Trans-Atlantic RPS Working Group. Management of primary retroperitoneal sarcoma (RPS) in the adult: a consensus approach from the Trans-Atlantic RPS Working Group. Ann Surg Oncol 2015;22:256–63.
9. Palassini E., Ferrari S., Verderio P. et al. Feasibility of preoperative chemotherapy with or without radiation therapy in localized soft tissue sarcomas of limbs and superficial trunk in the Italian Sarcoma Group/Grupo Espanol de Investigacion en Sarcomas randomized clinical 48 trial: three versus five cycles of full-dose epirubicin plus ifosfamide. J Clin Oncol 2015;33:3628–34.
10. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone 7th edition. Lyon: IARS, 2013.
11. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M et al: New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer 2014, 45(2):228-247.
12. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone 4th Edition, IARS, Lyon, 2013
13. Е.Ф. Лушников «Лечебный патоморфоз злокачественных новообразований человека», Обнинск, 2016
14. Стилиди И.С. «Нефросохранные» операции в лечении больных неорганными забрюшинными опухолям / И.С. Стилиди, М.П.Никулин, М.М.

Давыдов и др// *Анналы хирургии.* – 2014, № 3 – С.47-52.

15. P. G. Casali, N. Abecassis, S. Bauer, R. Biagini, S. Bielack, S. Bonvalot, I. Boukovinas, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, Volume 29, Issue Supplement_4, October 2018, Pages iv51–iv67.

16. Hull MA, Niemierko A, Haynes AB, et al. Post-operative renal function following nephrectomy as part of en bloc resection of retroperitoneal sarcoma (RPS). *J Surg Oncol.* 2015;112:98–102., 23.

17. Кит О.И., Максимова Н.А., Агаркова Е.И., Ильченко М.Г.. «Применение комплексной ультразвуковой диагностики и динамической реносцинтиграфии у пациентов с опухолевым поражением почки в предоперационном периоде при планировании хирургического лечения». *Современные проблемы науки и образования.* 2015. № 6. С. 200.

18. Стилиди, И.С. Ангиопластика в хирургическом лечении больных забрюшинными неорганными саркомами / И.С. Стилиди, М.Г.Абгарян, М.П. Никулин и др.// *Хирургия.* – 2017. –, №5. – С.14-18 26.

19. Стилиди, И.С. Резекция и протезирование бифуркации аорты по поводу забрюшинной гломусной опухоли/ И.С. Стилиди, М.П. М.Г. Абгарян, В.Ю. Бохян и др. // *Онкология. Журнал им.П.А.Герцена.* – 2017. – №1 – С.53-56.

20. Von Mehren M, Randall RL, Benjamin RS, Boles S, Bui MM, Ganjoo KN, George S, Gonzalez RJ, Heslin MJ, Kane JM, Keedy V, Kim E, Koon H, Mayerson J, McCarter M, McGarry SV, Meyer C, Morris ZS, O'Donnell RJ, Pappo AS, Paz IB, Petersen IA, Pfeifer JD, Riedel RF, Ruo B, Schuetze S, Tap WD, Wayne JD, Bergman MA, Scavone JL. Soft Tissue Sarcoma, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018 May;16(5):536-563 33.

21. Каприн А.Д., Рябов А.Б., Хомяков В.М. и др. Резекция нижней полой вены при местнораспространенных неорганных забрюшинных опухолях. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена.* 2017;6(1):28-38.

22. Palassini E, Ferrari S, Verderio P et al. Feasibility of preoperative chemotherapy with or without radiation therapy in localized soft tissue sarcomas of limbs and superficial trunk in the Italian Sarcoma Group/Grupo Espanol de Investigació n en Sarcomas randomized clinical trial: three versus five cycles of full-dose epirubicin plus ifosfamide. *J Clin Oncol* 2015; 33: 3628–3634. 36.

23. Gronchi A, Ferrari S, Quagliuolo V et al. Histotype-tailored neoadjuvant chemotherapy versus standard chemotherapy in patients with high-risk soft-tissue sarcomas (ISG-STS 1001): an international, open-label, randomized, controlled, phase 3, randomized trial. *Lancet Oncol* 2017; 18: 812–822

24. Bautista N., Su W., O'Connell T.X. Retroperitoneal soft-tissue sarcomas: prognosis and treatment of primary and recurrent disease. *Am Surg* 2000;66:832–6.
25. Стилиди И.С., Неред С.Н., Болотский В.И., Огородникова Е.В. Результаты радикальных и паллиативных хирургических вмешательств при забрюшинных неорганных липосаркомах. *Паллиативная медицина и реабилитация* 2011;(2):9–12.
26. Стилиди И.С., Никулин М.П., Давыдов М.М. и др. «Нефросохранные» операции в лечении больных неорганными забрюшинными опухолям. *Анналы хирургии* 2014;(3):47–52.
27. Цвелодуб С.В., Стилиди И.С. Лейомиосаркома нижней полой вены: обзор литературы. Часть I. *Анналы хирургии* 2013;1:5–9.
28. Gronchi A., Miceli R., Colombo C. et al. Frontline extended surgery is associated with improved survival in retroperitoneal low-to-intermediate-grade soft tissue sarcomas. *Ann Oncol* 2012;23:1067–73.
29. Treatment guidelines for preoperative radiation therapy for retroperitoneal sarcoma: preliminary consensus of an international expert panel. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2015;92(3):602–12.
30. Baldini E.H., Bosch W., Kane J.M. 3rd et al. Retroperitoneal sarcoma (RPS) high risk gross tumor volume boost (HR GTV boost) contour delineation agreement among NRG sarcoma radiation and surgical oncologists. *Ann Surg Oncol* 2015;22:2846–52.
31. Tuan J., Vitolo V., Vischioni B. et al. Radiation therapy for retroperitoneal sarcoma. *Radiol Med* 2014;119(10):790–802.
32. Tzeng C.W., Fiveash J.B., Popple R.A. et al. Preoperative radiation therapy with selective dose escalation to the margin at risk for retroperitoneal sarcoma. *Cancer* 2006;107:371–9.
33. Musat E., Kantor G., Caron J. et al. Comparison of intensity-modulated postoperative radiotherapy with conventional postoperative radiotherapy for retroperitoneal sarcoma. *Cancer Radiother* 2004;8:255–61.
34. Swanson E.L., Indelicato D.J., Louis D. et al. Comparison of three-dimensional (3D) conformal proton radiotherapy (RT), 3D conformal photon RT, and intensity-modulated RT for retroperitoneal and intra-abdominal sarcomas. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012;83(5):1549–57.
35. Silver J.K., Baima 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.
36. NCCN Guidelines Version 2.2020. Soft Tissue Sarcoma.
37. Pervaiz N., Colterjohn N., Farrokhyar F. et al. A systematic metaanalysis of

randomized controlled trials of adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma. *Cancer* 2008;113:573–81.

38. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А. М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

39. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Профилактика](#) / [Лисицын Ю. П.](#), [Трофимов В. В.](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

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

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

42. ↑ [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

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

44. ↑ [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.

45. ↑ [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.

46. ↑ [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.

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

48. ↑ [Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной](#) // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
49. 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
50. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) [Алексеев С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9. \(Текст в электронном виде \[Архивная копия\]\(#\) от 26 января 2021 на \[Wayback Machine\]\(#\) на сайте *monographies.ru*\)](#)
51. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) [Katz. D., Ater. A. "«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»" \(PDF\). \[Архивировано \\(PDF\\) 27 августа 2010. Дата обращения: 20 июля 2020.\]\(#\)](#)
52. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А.М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
53. ↑ [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.
54. ↑ [Реабилитация](#) [Архивная копия](#) от 12 мая 2022 на [Wayback Machine](#) // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте [ВОЗ](#).
55. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [[арх.](#) 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017. ([Реабилитация больных и инвалидов](#) // Пустырник — Румчерод. — М. : Большая российская энциклопедия, 2015. — С. 277-278. — ([Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#) ; 2004—2017, т. 28). — ISBN 978-5-85270-365-1.).
56. ↑ [Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ \(ред. от 03.07.2016\) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» \(с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016\)](#)
57. Nilsson H., Angeras U., Bock D. et al. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery? A cohort study of patients with breast cancer. *BMJ Open* 2016;6(1):e007997.
58. The diagnosis and treatment of lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network Committee. *NMA* 2011:1–19.
59. Boyd C., Crawford C., Paat C.F. et al. the impact of massage therapy on function in pain populations-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Part II, cancer pain populations. *Pain Med* 2016;17(8):1553–68.
60. Stout N.L., Baima J., Swisher A.K. et al. A systematic review of exercise systematic reviews in the cancer literature (2005–2017). *PM R* 2017;9(9S2):S347–84.

61. Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C. et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3(7):961–8.

62. Devine D., Parker P.A., Fouladi R.T., Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology* 2003;12(5):453–62.

63. Беляев А.М., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. СПб.: Любавич, 2017.

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