

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vaziri
2025 yil "23"iyundagi
№180 son buyrug‘iga
Ilova

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

**"A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA ORTI
O‘SMALARI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

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



2025 yil

"A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA ORTI
O'SMALARI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

Mundarija

"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	48
«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	63
«АЪЗОДАН ТАШҚАРИ ҚОРИН ПАРДА ОРТИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	76

**"A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA
ORTI O'SMALARI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotasiya. C48 - a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bo'yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalarini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o'z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari nozologiyasi bo'yicha ushbu milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog'liqni saqlash muassasalarining ambulator va stasionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan.

- - XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C48	– A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari
C48.0	– Qorin parda ortistranstva
C48.1	– Qorin pardaning aniqlashtirilgan qismlari
C48.2	– Qorin pardaning aniqlashtirilmagan qismlari
C48.8	– Yuqorida keltirilgan bitta yoki bir nechta lokalizasichdan tashqari chiqqan qorin parda orti soha va qorin pardaning zararlanishi
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
KXT-11:	
Kod i	Nomlanishi
2C50-2C5Z	Xavfli o'smalar: qorin parda orti, qorin parda yoki charvida
2C50	Qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C50.0	Qorin parda ortidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C50.Y	Qorin parda orti va qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C50.Z	Aniqlanmagan qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51	Qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51.0	Qorin parda adenokarsinomalari
2C51.1	Qorin pardadagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C51.Y	Qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar

2C51.Z	Aniqlanmagan qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C52	Charvidagi xavfli o'smalar
2C52.0	Charvidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2C52.Y	Charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C52.Z	Aniqlanmagan charvidagi xavfli o'smalar
2C53	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2C53.0	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvi adenokarsinomasi
2C53.Y	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'sma
2C53.Z	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi aniqlanmagan xavfli o'sma
2C5Y	Qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C5Z	Aniqlanmagan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2F73	Qorin parda ortidagi noma'lum tabiatli o'smalar
2F74	Qorin pardadagi noma'lum tabiatli o'smalar
2D90	Qorin parda ortidagi xavfli o'smaning metastazi
2D91	Qorin pardaga xavfli o'smaning metastazi, xavfli o'smaning boshqa joylarga metastazi
2B59.1	Qorin parda yoki qorin parda orti liposarkomasi
2B58.0	Qorin parda yoki qorin parda orti leyomiosarkomasi
2B5F.1	Boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2B5F.1Y	Boshqa aniqlangan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.1Z	Aniqlanmagan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

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

2025-2028 yil.

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

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

- Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari;
3. Juraev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo'limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo'limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbaevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo'limi ilmiy rahbari;
7. Raximov Nodir Maxamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., Toshkent Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo'yin o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
10. Abdulkarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muxamedjanovich – t.f.n., RIOvaRIATM endovizual jarrohlik bo'limi mudiri;

- Multidissiplinar mualliflar ro'yxati, qo'shimcha hammualliflar jamoasi:

1. Yakubov Yusufdjon Kenjaevich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIOvaRIATM) gepatopankreatobiliar soha o'smalari jarrohligi bo'limi ilmiy rahbari;

2. Egamberdiev Dilshod Maxmudovich – t.f.n., RIOvaRIATM
gepatopankreatobiliar soha o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi xodimi;
3. Maksimkulov Djuma Muminovich – t.f.n., RIOvaRIATM gepatopankreatobiliar
soha o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi xodimi;
4. Tuyev Xusniddin Nasriddinovich –RIOvaRIATM gepatopankreatobiliar soha
o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi xodimi;
5. Soipov Bobur Baxtiyorovich –RIOvaRIATM gepatopankreatobiliar soha
o‘smalari jarrohligi bo‘limi mudiri;
6. Raximov Sanatjon Sobirovich –RIOvaRIATM gepatopankreatobiliar soha
o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi xodimi;
7. Xatamov Akbar Muxametovich –RIOvaRIATM gepatopankreatobiliar soha
o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi xodimi.

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich – t.f.d., professor, V.V.Voxidov nomidagi RI xirurgiya IATMning 1-son gepatobiliar jarrohlik va jigar transplantasiyasi bo‘limi rahbari.

Horijdan:

Trifanov V.S. — Tibbiyot fanlari doktori, dosent, P.A. Gersen nomidagi MITOIning abdominal onkoxirurgiya markazi mudiri, Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligi FDBM «Radiologiya ITTM» filiali;

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

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

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

Respublikadan:

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

Horijdan:

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

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

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

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

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

ALT	– alaninaminotransferaza
AST	– aspartataminotransferaza
AFP	– alfa-fetoprotein
v/i	– vena ichiga
m/o	– mushak orasiga
ATQPOS	– A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari
ED	– birlik
MIY	– me'da – ichak yo‘li
XO‘	– xavfli o‘sma
IFA	– immunoferment analiz
KT	– kompyuter tomografiya
NT	– nur terapiya
XNM	– xalqaro normallashtirilgan munosabat
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
NEO‘	– Neyroendokrin o‘smalar
QUT	– qon umumiy tahlili

PUT	– peshob umumiy tahlili
t/o	– teri ostiga
PTV	– Protrombin vaqti
PTI	– protrombin indeksi
PET	– pozitron –emission tomografiya
REA	– Rak embrional antigeni
YuQT	– yurak qon-tomir tizimi
YuTS	– Yumshoq to‘qima sarkomalari
UZDG	– ultratovush dopplerografiya
UTT	– ultratovush tekshiruvi
SGV	– surunkali gepatit B
SGS	– surunkali gepatit C
SGD	– surunkali gepatit D
EGDS	– ezofagogastroduodenoskopiya
EKG	– elektrokardiogramma
ExoKG	– exokardiografiya
per os	– peroral
CTV	– clinical tumor volume, o‘smaning klinik tarqalish sohasi
ECOG	– Eastern Cooperative Oncology Group, Sharqiy birlashgan onkologik guruh
GTV	– gross tumor volume, aniqlanadigan o‘sma hajmi
RECIST	– Response evaluation criteria in solid tumours, Solid o‘smalarni terapiyaga javobini baholash mezonlari
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – xavfli o‘smalar bosqichlarining xalqaro tasnifi

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Asosiy qism.

- Kirish

A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari – mezodermal, neyrogen va embriogen kelib chiqishiga ega bo'lgan, qorin parda orti sohasida joylashgan xavfli va xavfsiz o'smalar guruhidir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: <https://www.esmo.org/guidelines>)

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari (AQQPOS) – turli xil biriktiruvchi to'qimalardan rivojlanuvchi va qorin parda orti sohasida joylashuvchi kam uchraydigan xavfli o'smalar turi. Eng keng tarqalgan shakllar qatoriga liposarkoma, leyomiosarkoma va shvannoma kiradi. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Hozirgi kunga qadar a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining etiologik omillari aniqlanmagan. Liposarkomalar – har xil darajadagi differensiyasiyaga ega bo'lgan o'sma lipositlari/lipoblastlaridan tashkil topgan xavfli mezenximal o'smalardir. Ularning gistogenetik manbai aksariyat hollarda paranefral yog' to'qimasi, yo'g'on yoki ingichka ichak tutqichidagi yog' to'qimasi hisoblanadi. Leyomiosarkomalar – liposarkomalardan keyin a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari orasida ikkinchi o'rinda turadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Ular silliq mushak hujayralaridan shakllanadigan xavfli mezenximal o'smalardir. A'zodan tashqari qorin parda orti lokalizatsiyasiga ko'ra ular ikki gistogenetik manbaga ega: ingichka ichak tutqichining miositlari va pastki kovak vena hamda uning visseral shoxlarining mushak hujayralari. Shuning uchun a'zodan tashqari qorin parda orti leyomiosarkomalari va

pastki kovak vena hamda buyrak venalarining leyomiosarkomalari ajratiladi. Periferik nerv qobig‘i hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o‘smalar (havfli shvannomalar) – a‘zodan tashqari qorin parda orti xavfli o‘smalarining uchinchi eng keng tarqalgan guruhidir. Ular neyroektodermal kelib chiqishga ega bo‘lib, shvannov hujayralari va perinevral fibroblastlardan (neyrofibrosarkomalar) shakllanadi. Boshqa gistologik turlar ancha kam uchraydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

RSNPMSOiRning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, a‘zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 0,4 holatni tashkil etadi va so‘nggi 10 yil davomida barqaror qolmoqda. Bu respublikada ilk bor aniqlangan barcha xavfli yangi hosilalarning 5,2% ni tashkil etadi. 2023 yilda jami 134 nafar bemorda a‘zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari birinchi marta aniqlangan. Ulardan 5,2% holat profilaktik ko‘riklar paytida faol aniqlangan. Morfologik tasdiqlangan holatlar ulushi 92,5% ni tashkil etadi. Birinchi bosqichda 1,5%, ikkinchi bosqichda 44,8%, uchinchi bosqichda 38,8%, to‘rtinchi bosqichda 10,4% bemorda aniqlangan. 4,5% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo‘lmagan. 2025 yil boshiga kelib 504 nafar bemor dispanser nazoratida bo‘lgan, kasallik tarqalish darajasi 1,4 holat/100 ming aholi ni tashkil etgan. Respublika bo‘yicha 5 yillik tirik qolish darajasi 27,2%, bir yillik letallik 24,7% ni tashkil etadi. 2023 yilda a‘zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari sababli 79 bemor vafot etgan, bu esa 100 ming aholiga 0,2 holat ni tashkil etadi.

Klinik tasnifi

A‘zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini kodlashning o‘ziga xosligi shundaki, ushbu o‘smalar yumshoq to‘qima sarkomalari qatoriga kiradi. Ko‘pchilik yumshoq to‘qima sarkomalarining gistologik turlari katta yoshli bemorlarda qorin parda orti lokalizatsiyasida juda kam uchraydi. Xalqaro kasalliklar va sog‘liq muammolarining 10-tahrirdagi statistik klassifikatsiyasi (MKB-10)ga muvofiq, a‘zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari C48.0 kodi bilan belgilanadi.

1.5. Xolat va kasallikning tasnifi (kasallik va holat guruhining)

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

A‘zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasi Yumshoq to‘qima sarkomalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasiga mos keladi, u Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) mutaxassisleri tomonidan ishlab chiqilgan (4-tahrir, 2013 yil) (jadval 4). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24378391/>)

4-jadval. Yumshoq to‘qima sarkomalarini halqaro gistologik tasnifi

8680/3	Paraganglioma, xavfli
---------------	------------------------------

8693/3	Buyrak usti bezidan tashqari paraganglioma, xavfli Nexromaffin paraganglioma, xavfli
8710/3	Glomangiosarkoma Glomus sarkomasi
8711/3	Glomus o'smasi, xavfli
8800/3	Sarkoma, BDU Mezenximal o'sma, xavfli Yumshoq to'qima sarkomasi Yumshoq to'qima o'smasi, xavfli
8801/3	Urchuqsimon hujayrali sarkoma
8802/3	Gigant hujayrali sarkoma <i>suyaklardan tashqari M-9250/3)</i> Polimorf-hujayrali sarkoma
8803/3	Mayda hujayrali sarkoma Yirik hujayrali sarkoma
8804/3	Epitelioid sarkoma Epitelioid- hujayrali sarkoma
8805/3	Differensiallashmagan sarkoma
8806/3	Desmoplastik mayda-chiirik hujayrali o'sma
8810/3	Fibrosarkoma, BDU
8811/3	Fibromiksosarkoma
8813/3	Fassial fibrosarkoma
8814/3	Infantil fibrosarkoma Tug'ma fibrosarkoma
8815/3	Solitar fibroz o'sma, xavfli
8830/3	Xavfli fibroz gistiositoma
8832/3	Dermatofibrosarkoma, BDU (S44.) Dermatofibrosarkoma bo'rtib turuvchi, BDU (S44.)
8833/3	Pigment dermatofibrosarkoma bo'rtib turuvchi (S44.) Bednar o'smasi (S44.)
8840/3	Miksosarkoma
8850/3	Liposarkoma, BDU Fibroliposarkoma
8851/3	Liposarkoma, yuqori differensiallashgan Lipomasimon liposarkoma

	Liposarkoma, differensiallashgan. Yalligʻlanishli liposarkoma. Sklerozlanuvchi liposarkoma
8852/3	Miksoid liposarkoma Miksoliiposarkoma
8853/3	Yumaloq hujayrali liposarkoma
8854/3	Pleomorf liposarkoma
8855/3	Aralash liposarkoma
8857/3	Fibroblastik liposarkoma
8858/3	Dedifferensiallashgan liposarkoma
8890/3	Leyomiosarkoma, BDU
8891/3	Epitelioid leyomiosarkoma
8894/3	Angiomiosarkoma
8895/3	Miosarkoma
8896/3	Miksoid leyomiosarkoma
8900/3	Rabdomiosarkoma, BDU Rabdosarkoma
8901/3	Pleomorf rabdomiosarkoma, kattalash tipi Pleomorf rabdomiosarkoma, BDU
8902/3	Rabdomiosarkoma aralash tipi Aralash embrional rabdomiosarkoma va alveolyar rabdomiosarkoma
8910/3	Embrional rabdomiosarkoma, BDU Embrional rabdomiosarkoma, pleomorf Botrioid sarkoma Grozdsimon sarkoma
8912/3	Urchuqsimon hujayrali rabdomiosarkoma
8920/3	Alveolyar rabdomiosarkoma
8921/3	Rabdomiosarkoma gangliylar differensiasiyasi bilan Ektomezeximoma
8930/3	Endometrial stromal sarkoma, BDU (S54.1) Endometrial sarkoma, BDU (S54.1) Endometrial stromal sarkoma yuqori xavf darajasi bilan (S54.1)
8931/3	Endometrial stromal sarkoma past xavflilik darajasi bilan (S54.1) Endolimfatik stromal mioz (S54.1) Endometrial stromatoz (S54.1)

	Stromal endometrioz (S54.1) Stromal mioz, BDU (S54.1)
8935/3	Stromal sarkoma, BDU
8936/3	Gastrointestinal stromal sarkoma Gastrointestinal stromal o'sma, xavfli GISO (GIST, GastroIntestinal Stromal Tumor), xavfli
8940/3	Aralash o'sma, xavfli, BDU
8963/3	Xavfli rabdoid o'sma Rabdoid sarkoma Rabdoid o'sma, BDU
8964/3	Buyrak yorug' hujayrali sarkomasi (S64.9)
8982/3	Xavfli mioepitelioma Mioepitelial saraton
8990/3	Mezenximoma, xavfli Aralash mezenximal sarkoma
8991/3	Embrional sarkoma
9020/3	Bargsimon (filloid) o'sma, xavfli (S50._) Bargsimon sistosarkoma (filloid), xavfli (S50._)
9040/3	Sinovial sarkoma, BDU Sinovioma, BDU Sinovioma, xavfli
9041/3	Sinovial sarkoma, urchuqsimon Sinovial sarkoma, monofaz fibroz
9042/3	Sinovial sarkoma, epitelioid-hujayrali
9043/3	Sinovial sarkoma, bifaz
9044/3	Yorug' hujayrali sarkoma, BDU (<i>buyrakdan tashqari M-8964/3</i>) Pay va aponefrozning yorug' hujayrali sarkomasi (S49._) Yumshoq to'qima melanomasi, xavfli (S49._)
9120/3	Gemangiosarkoma Angiosarkoma
9124/3	Kupfer hujayralaridan sarkoma (S22.0)
9130/3	Gemangioendotelioma, xavfli Gemangioendotelial sarkoma
9133/3	Epitelioid gemangioendotelioma, xavfli

	Tomir ichi bronxial-alveolyar o'sma (S34._) [ust.]
9140/3	Kaposhi sarkomasi Ko'plab gemorragik sarkoma
9150/3	Gemangioperisitoma, xavfli
9180/3	Osteosarkoma, BDU (S40._, S41._) Osteogen sarkoma, BDU (S40._, S41._) Osteoblastik sarkoma (S40._, S41._) Osteoxondrosarkoma (S40._, S41._)
9220/3	Xondrosarkoma, BDU (S40._, S41._) Fibroxondrosarkoma (S40._, S41._)
9231/3	Miksoid xondrosarkoma
9240/3	Mezenximal xondrosarkoma
9251/3	Yumshoq to'qimalarning xavfli gigant hujayrali o'smasi
9252/3	Xavfli tenosinovial gigant hujayrali o'sma(S49._) Payli qinning gigant hujayrali o'smasi, xavfli (S49.)
9364/3	Periferik neyroektodermal o'sma Neyroektodermal o'sma, BDU Periferik primitiv neyroektodermal o'sma, BDU PPNEO (PPNET, Peripheral Primitive NeuroEctodermal Tumor)
9365/3	Askin o'smasi
9473/3	Primitiv neyroektodermal o'sma, BDU PNEO (PNET, Primitive NeuroEctodermal Tumor), BDU Markaziy asab tizimi primitiv neyroektodermal o'smasi, BDU (S71._) SNS-PNEO (CPNET, Central Primitive NeuroEctodermal Tumor)(S71.) Supratentorial PNEO (PNET, Primitive NeuroEctodermal Tumor)(S71.)
9540/3	Periferik nervlar qobig'i xavfli o'smasi ZOOPN (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor), BDU Neyrofibrosarkoma [ust.] Neyrogen sarkoma [ust.] Neyrosarkoma [ust.] Epitelioid ZOOPN (MPNST) Melanotik ZOOPN (MPNST) Melanotik psammomatoz ZOOPN (MPNST) Bezli differensirovkali ZOOPN (MPNST) Mezenximal differensirovkali ZOOPN (MPNST)

9561/3	Periferik nervlarning xavfli o'smasi rabdomioplastik differensirovka bilan Xavfli shvannoma rabdomioplastik differensirovka bilan ZOOPN (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor) rabdomioplastik differensirovka bilan Triton-o'sma, xavfli
9571/3	Perinevrioma, xavfli Perinevral ZOOPN (MPNST, Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor)
9580/3	Donador-hujayrali o'sma, xavfli Donador-hujayrali xavfli mioplastoma
9581/3	Yumsho to'qimalar alveolyar sarkomasi

Izohlar: Xavfli o'smaning gistologik darajasi (Grade) – rutin gistologik tekshiruv davomida French Federation of Cancer Centers (FNCLCC) tizimi bo'yicha baholanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693192/>). Shbu tizim quyidagi parametrlarni ball bo'yicha baholashni o'z ichiga oladi: o'sma hujayralarining differensiyasiya darajasi, mitozlar soni, o'smadagi nekroz maydoni. Gistologik daraja (G) sarkomaning gistologik turiga bog'liq emas, balki uning morfologiyasiga asosan aniqlanadi. Tizim o'smalarni yuqori differensiyasiyalangan (Grade 1) va past differensiyasiyalangan (Grade 2 va 3) guruhlariga ajratadi. Sarkomaning gistologik darajasini aniqlash uning gistologik turi (nozologik shakli) belgilangandan so'ng amalga oshiriladi. Agar o'sma xavflilik potentsiali chegarada (aniqlanmagan) bo'lsa (intraabdominal desmoid fibromatoz, solitar fibroz o'sma/gemangioperisitoma, ba'zi gastrointestinal stromal o'smalar, yallig'lanishli miofibroblastik o'sma), gistologik daraja ko'rsatilmaydi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining davolash patomorfozi darajasini aniqlash usullari bo'yicha yagona fikr mavjud emas. (https://www.researchgate.net/publication/316850978_Aims_and_methods_of_the_work_of_a_pathologist_in_modern_oncology). Milliy markazlarda a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining davolash patomorfozi darajasi Lavnikova tomonidan ishlab chiqilgan to'rt bosqichli tizim yordamida aniqlanadi. Ushbu tizim identifikatsiya qilish mumkin bo'lgan («tirik») o'sma hujayralari egallagan maydonni hisobga oladi. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining biopsiya materiallari standart gistologik tadqiqotga tayyorlash jarayonida maxsus talablarga ega emas.

Rejali jarrohlikdan so'ng majburiy morfologik tadqiqot nafaqat o'smaning gistologik turini aniqlash, balki neoad'yuvant kimyo terapiyasi o'tkazilgan hollarda davolash patomorfozi darajasini baholash imkonini beradi. Bu esa keyingi davolash taktikasi va prognoz baholash uchun muhim. A'zodan tashqari qorin parda orti

sarkomalarining, ayniqsa, yirik o'lchamdagilarining rezeksiya chekkalaridagi o'smani aniqlash juda qiyin.

(<https://istina.msu.ru/publications/book/318224457/>). Bunday urinishni jarroh va morfolog tomonidan birgalikda o'tkaziladigan tadqiqot orqali amalga oshirish mumkin. Agar jarrohlikning radikalligi borasida shubhalar paydo bo'lsa, jarroh bu holatni operatsiya protokolida ko'rsatishi, rezeksiya chekkalarini belgilangan holda ajratishi va keyingi davolash taktikasi yuzasidan multidissiplinar konsiliumda muhokama o'tkazishi kerak.

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

Hozirgi vaqtda a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining bosqichi yumshoq to'qima sarkomalari uchun ishlab chiqilgan TNM stadiyalash tizimi (7-tahrir, 2011) bo'yicha belgilanadi (jadval 5).

Bosqichni aniqlash o'sma hajmi, xavflilik darajasi va uzoq metastazlarning mavjudligi kabi ko'rsatkichlarga asoslanadi.

TNM 7-tahriri (2011) bo'yicha stadiyalash jadvali (jadval 5).

O'sma o'lchami:

T1 – o'sma o'lchami ≤ 5 sm;

T2 – o'sma o'lchami >5 sm;

Joylashish chuqurligi

a – o'sma yuzaki fassiya ustida joylashgan;

b – o'sma yuzaki fassiya ostida joylashgan;

xavflilik darajasi (G):

G1 – past;

G2, G3 – yuqori.

5-jadval. Yumshoq to'qima sarkomalarini TNM tizimi bo'yicha bosqichlash (7-nashr, 2011 y.)

Bosqich	T	N	M	Xavflilik darajasi	O'smaning o'lcham va lokalizatsiyasi
IA	T1a	N0	M0	Past	≤ 5 sm, yuzaki
	T1b	N0	M0	Past	≤ 5 sm, chuqur
IB	T2a	N0	M0	Past	>5 sm, yuzaki
	T2b	N0	M0	Past	>5 sm, chuqur
IIA	T1a	N0	M0	Yuqori	≤ 5 sm, yuzaki

	T1b	N0	M0	Yuqori	≤5 sm, chuqur
IIB	T2a	N0	M0	Yuqori	>5 sm, yuzaki
III	T2b	N0	M0	Yuqori	>5 sm, chuqur
	Har qanday T	N1	M0	Har qanday	Har qanday
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1	Har qanday	Har qanday

TNM tizimining 8-tahriri (2016) bo'yicha T1 indeksi o'sma hajmi ≤5 sm, T2 – >5 sm, lekin ≤10 sm, T3 – >10 sm, lekin ≤15 sm, T4 – >15 sm ni anglatadi.

6-jadval. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini TNM (8-tahrir, 2016) tizimi bo'yicha stadiyalash.

Bosqich	T	N	M	Xavflilik darajasi
IA	T1	N0	M0	Past, GX
IB	T2,T3,T4	N0	M0	Past, GX
II	T1	N0	M0	Yuqori
IIIA	T2	N0	M0	Yuqori
IIIB	T3, T4	N0	M0	Yuqori
IIIB	Har qanday T	N1	M0	Har qanday
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1	Har qanday

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

Tashhis qo'yishning tashhislash mezonlari:

- Shikoyatlari va anamnez:

- Qorinda qo'l bilan seziladigan o'smaning mavjudligi
- Qorin og'rig'i – engil, uyqunuvchi noaniq og'riqlardan to kuchli, xurujsimon og'riqlargacha
- Oshqozon diskomforti – ishtaha yo'qolishi, kekirish, ba'zan qayt qilish, qorin yuqori qismida og'irlik hissi
- Ichak ish faoliyatining buzilishi – qabziyat, ich ketishi, ularning navbatma-navbat almashishi, qorinda g'udullash va shishishi.
- Umumiy holatning o'zgarishi – umumiy behollik, charchoq, zaiflik, vazn yo'qotish,

isitma, teri qoplamlarining oqarishi

- Qo‘l bilan seziladigan o‘smaning mavjudligi

- Fizikal tekshiruvlar

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari:

- Ko‘rik: teri qoplamlarining oqarishi, qorin asimmetriyasi
- Qorinni palpasiya qilish: o‘smanni palpasiya orqali aniqlash, bu kasallik bosqichi, anatomik o‘shish shakli va qorin devori tarangligiga bog‘liq
- Qorinni perkussiya qilish: o‘sma ustidagi tovushning pasayishi

- Laborator tekshiruvlar:

Asosiy tekshiruvlar:

- Umumiy qon tahlili – gipoxrom anemiya, EChTning oshishi, leykositoz kuzatiladi
- Axlatda yashirin qon tahlili – yo‘g‘on ichakka o‘sma o‘shib kirganda ijobiy reaksiya bo‘ladi.
- Koagulogramma – giperkoagulyasiya belgilari kuzatilishi mumkin (hamisha emas)

Qo‘shimcha tekshiruvlar: yo‘q.

Instrumental tekshiruvlar:

- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a'zolarining kontrastli KTsi – o‘sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash maqsadida.
- Kichik chanoq a'zolarining MRT (agar o‘sma kichik chanoqda joylashgan yoki unga tarqalgan bo‘lsa) – o‘sma tarqalish darajasini aniqlash maqsadida.
- Ko‘krak qafasi a'zolarining KT – o‘pkada metastazlarni aniqlash uchun
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a'zolarining UTTsi
- PET-KT/MRT – kichik chanoq, qorin bo‘shlig‘i, qorin parda orti, ko‘krak qafasi, bosh miya, yumshoq to‘qimalar va suyaklardagi o‘sma jarayoni tarqalishini, shuningdek, kichik o‘smalar, residivlar va metastazlarni aniqlash uchun eng sezgir va axborotli usullardan biri;
- Punksion biopsiya – keng igna yordamida to‘qima namunalarini olish, UTT, KT yoki MRT nazorati ostida o‘tkaziladi;
- Insizion biopsiya – yangi hosilaning bir qismini yoki to‘qima namunasini olib tashlash, punktsion biopsiya xavfli yoki noaniq natijalar bergan hollarda qo‘llaniladi;

- Kolonoskopiya – o‘sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash uchun o‘tkaziladi;
- FEGDS – o‘sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash uchun o‘tkaziladi.

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo‘yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
12. Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti kontrastli sohasi KTsi;
13. Kichik chanoq MRTsi (o‘smaning kichik chanoqqa jeoylashishi yoki tarqalishida);
14. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o‘t pufagi, me‘da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti soha va periferik limfa tugunlari);
15. Ko‘krak qafasi kompyuter tomografiyasi;
16. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
17. Punksion yoki insizion biopsiya;
18. Bioptatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Bioptatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *
20. EKG;
21. ExoKG;

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);

3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
8. ProBNP
9. Prokalsitonin
10. Antitrombin III, D-dimer
11. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
12. Periferik qon IFTsi;
13. Standart –sitogenetik tekshirish;
14. Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
15. O‘smalarni molekulyar-genetik tekshiruvi (biopsiya va amaliyotdan keyingi materiallarni, oynalarni, o‘smalarning erkin sirkulyasiyadagi DNKlari);
16. Kolonoskopiya;
17. Me'da, 12 barmoq ichak va me'da osti bezini rentgenoskopik tekshiruvi, kontrastlash bilan (ikki karra kontrastlash);
18. Bosh va bo‘yin kontrastli KTsi;
19. Bosh miya MRTsi;
20. Spirografiya;
21. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
22. Skelet suyaklarini skanirlash;
23. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
24. Xolter – monitorlash bilan EKG
25. Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

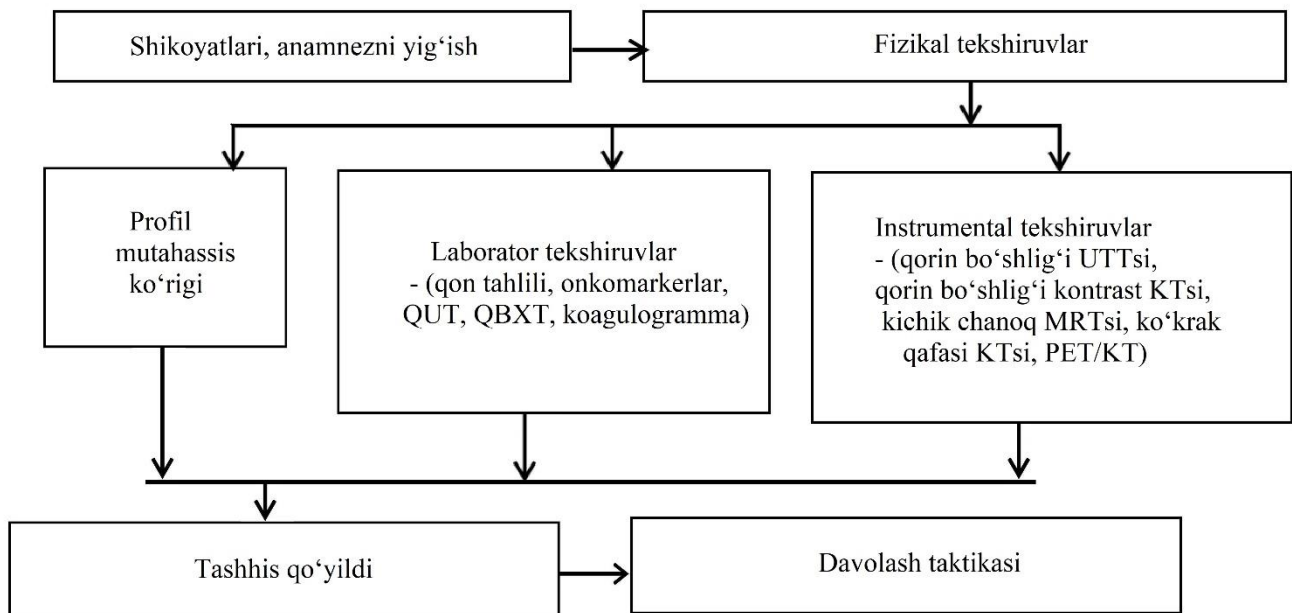
- Mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar:

- **Kardilog ko‘rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo‘lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Ginekolog ko‘rigi** (kichik chanoq a'zolarida hajmli hosila belgilari bo‘lgan ayollarda,

oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);

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

Diagnostik algoritm.



Differensial tashhislash

Tashhis	Differensial tashhis uchun asoslash	tekshiruv	Tashhisni istisno mezonlari
Buyraklar va tuxumdonlar kistasi	<p>Buyrak kistasi – patologik holat bo‘lib, unda bo‘shliqli tuzilmaning noormal o‘shishi kuzatiladi.</p> <p>Bo‘shliqli tuzilma hajmi 1 sm dan 10 sm gacha bo‘lishi mumkin, yakka yoki ko‘p sonli bo‘lishi mumkin.</p> <p>Tuxumdonlar kistasi – suyuqlik bilan to‘ldirilgan, ayollarning bir yoki ikki tuxumdon yuzasida shakllanadigan tuzilma bo‘lib, ko‘pchilik hollarda follikuladan rivojlanadi. Anatomik jihatdan, bu yupqa devorli, xaltacha ko‘rinishidagi bo‘shliqli tuzilma.</p> <p>Uning o‘lchami bir necha santimetrdan 15–20 sm gacha etishi mumkin.</p> <p>Holatlarning 90% da kista funksional yoki follikulyar hisoblanadi.</p>	Qorin bo‘shlig‘i va QPO UTTsi, Qorin bo‘shlig‘i va QPO UMRTsi, Qorin bo‘shlig‘i va QPO KTsi, laparoskopiya.	To‘qimalar ichi kistasining mavjudligi
Asorta va	Aorta anevrizmasi – magistral	Ko‘krak/qorin	Anevrizmatik

uning shaxlari anevrizmasi	arteriyaning ma'lum qismidagi patologik lokal kengayish bo'lib, uning devorlarining zaifligi bilan bog'liq. Lokalizatsiyasiga qarab, aorta anevrizmasi ko'krak qafasi yoki qorin sohasida og'riq, pulsirlovchi o'smaga o'xshash tuzilmaning mavjudligi, hamda qo'shni a'zolari siqish bilan bog'liq belgilar – nafas qisishi, yo'tal, disfoniya, disfagiya, yuz va bo'yinda shish va sianoz bilan namoyon bo'lishi mumkin.	asortasini KT-aortografiyasi	tomirning aniqlanishi
Gematomalar	Qorin parda orti gematomalari ko'pincha chanoq suyaklari sing'i (46,9%), qorin parda ortida joylashgan a'zolarining shikastlanishi (31,6%), umurtqa pog'onasi jarohatlari (21,5%) natijasida yuzaga keladi. Odatda, qorin parda orti qon quyilishlari og'ir jarohatlar va birgalikdagi shikastlanishlar bo'lgan bemorlarda uchraydi.	Qorin bo'shlig'i va QPO UTTsi, Qorin bo'shlig'i va QPO MRTsi, Qorin bo'shlig'i va QPO KTsi	Avvalgi travmaning va qorin parda orti hosilasining mavjudligi

4. AMBULATORIY^a DARAJASIDA DAVOLASH TAKTIKASI:

ATQPOSni davolash rejasi

ATQPOS davolash rejasi mutaxassislardan iborat multidissiplinar guruh tomonidan maxsus markazlarda muhokama qilinadi va quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- O'sma jarayonining tarqalishi (kasallikning kechish klinik bosqichi);
- Bemorning ob'ektiv holati;
- Asosiy kasallikning prognozi;
- Hamroh kasalliklar;
- Bemorning istaklari.

Ambulator sharoitda qorin parda orti noorgan o'smalarini immunoterapiyasi onkolog yoki onkodispenserning ambulator kimyo terapiyasi kabineti ximeoterapevti nazorati ostida o'tkaziladi. Ambulator davolanish ECOG klassifikatsiyasi bo'yicha I–II ballga ega

bo‘lgan, somatik holati barqaror va hayot sifati saqlangan bemorlarga tavsiya etiladi.

Nomedikamentoz davo:

Konservativ davo o‘tkazilayotganda (immunoterapiya) bemorning rejimi – umumiy;

Parxez stol - №15.

Medikamentoz davo:

Ambulator onkoterapiya multidissiplinar guruh (MDG) qaroriga muvofiq onkologik markazning ambulator kimyo terapiyasi kabineti (KAX) da, doimiy shifokor nazorati talab etilmaydigan davolash rejimlarida o‘tkaziladi.

KAX sharoitida davolanish uchun ECOG shkalasi bo‘yicha 0–1 ballga ega bo‘lgan bemorlar qabul qilinadi.

7-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lganlar)

Dori guruhi	Dori vositasining HPN	Qo‘llanilish usuli	ID
BCR-ABL tirozinkinaza ingibitori	Imatinib	Dozasi va qabul qilish chastotasi kimyo terapiyasi rejimlariga muvofiq belgilanadi, v/i	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Sunitinib	Dozasi va qabul qilish chastotasi kimyo terapiyasi rejimlariga muvofiq belgilanadi, og‘iz orqali	A
O‘smaga qarshi vosita, hujayrali ichi tirozinkinaza selektiv va teskari ingibitori	Lapatinib	Dozasi va qabul qilish chastotasi kimyo terapiyasi rejimlariga muvofiq belgilanadi, og‘iz orqali	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Dazatinib	Dozasi va qabul qilish chastotasi kimyo terapiyasi rejimlariga muvofiq belgilanadi, og‘iz orqali	A

Monoklonal antitana	Denosumab	Dozasi va qabul qilish chastotasi kimyo terapiyasi rejimlariga muvofiq belgilanadi, teri ostiga	A
Yuklash (havola)	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		

Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lmaganlar) – mavjud emas.

Jarrohlik davosi: yo‘q.

3.4 Keyingi olib borish:

Kuzatuv rejimi:

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

Tekshiruv ko‘lami:

- fizikal;
- laborator – QUT, QBT, PUT, koagulogramma.

Asosiy tekshiruvlar:

- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a‘zolarining kontrastli KTsi;
- Kichik chanoq a‘zolarining MRTsi (agar o‘sma kichik chanoqda joylashgan yoki unga tarqalgan bo‘lsa);
- Ko‘krak qafasi a‘zolarining KTsi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar:

- PET-KT/MRT (ko‘rsatmalar bo‘yicha har 6 oyda bir marta)
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a‘zolarining UTT

Protokolda keltirilgan davolash samaradorligi va diagnostika usullari xavfsizligining indikatorlari:

- **To'liq samara** – barcha shikastlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida yo'qolishi;
- **Qisman samara** – barcha yoki ayrim o'smalar hajmining 50% yoki undan ko'proq kamayishi, boshqa o'choqlarda progressiya bo'lmagan holatda;
- **Stabilizatsiya** – hajmning 50% dan kamaymasligi yoki 25% dan oshmasligi, yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holatda;
- **Progressiya** – bir yoki bir nechta o'smalar hajmining 25% dan ko'proq oshishi yoki yangi o'choqlar paydo bo'lishi.

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

Rejali yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Murakkab intervension diagnostika tibbiy aralashuvlarini o'tkazish zarurati, ulardan so'ng kunduzgi yoki sutkalik stasionar sharoitida kuzatuv talab etilishi
2. Ixtisoslashgan xavfli o'smalarga qarshi davolash (jarrohlik aralashuvi, luch terapiyasi, jumladan kontaktli, distansion va boshqa turlari, dori vositalari bilan davolash va boshqalar) ko'rsatmalari mavjud bo'lib, sutkalik yoki kunduzgi stasionarda kuzatuv talab etilishi

Shoshilinch yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- o'tkir ichak tutilishi;
- ichki qon ketish;
- og'riq sindromi.

6. Stasionar darajasida davolash taktikasi:

Davolash taktikasi:

- o'sma o'chog'i va metastazlarni likvidatsiyasi;
- o'sma jarayonining to'shliq yoki qisman regressiyasi, stabilizatsiyasiga erishish.

Bosqichlar bo'yicha davolash:

- **Ia bosqich** (T1bN0, NXM0, xavflilikning past darajasi): o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash.

- **Ib bosqich** (T2bN0, NXM0, xavflilikning past darajasi): o'smani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash + rezidual o'sma sohasiga operatsiyadan keyingi nur terapiya SO'D

60–70Gr, BMO‘D 2 Gr (R1,R2 da).

- **II–III bosqichlar** (T1b–T2bN0, N1M0, xavflilikning yuqori darajasi): o‘smari jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash (N+ da limfodisseksiya bajariladi) + operatsiyadan keyingi nur terapiya (SO‘D 40–50Gr, BMO‘D 2Gr) + 3–4 kurs ad'yuvant ximioterapii (o‘smarining sezgir gistologik turlarida). Keng hajmda o‘smari sog‘lom to‘qimalar doirasida, futlyarlik va zonalik prinsiplarini hisobga olgan holda kesib olish jarrohlik aralashuvining standart usuli hisoblanadi.

Agar R1 yoki R2 rezeksiya amalga oshirilgan bo‘lsa, rezidual o‘sma hududidagi umumiy o‘choqli nur terapiyasi dozasi 60–70 Gr gacha oshirilishi kerak, sog‘lom a'zolar va to‘qimalar tolerantli dozasi oshirilmasdan.

Agar resektabellik shubhali yoki o‘sma jarrohlik orqali olib tashlanmaydigan (nerezektabel) bo‘lsa, 40–50 Gr SO‘D bilan klassik fraksiyalashtirish rejimida luch terapiyasi va yoki 2–3 kurs kimyo terapiyasi (umumiy yoki regional gipertermiya sharoitida afzal) o‘tkaziladi.

Agar o‘smarining nerezektabelligi saqlansa, umumiy SO‘D 60–70 Gr gacha etkazilgan holda nur terapiyasi va 3–4 kurs kimyo terapiyasi o‘tkaziladi. Davolash sxemasi neoad'yuvant kimyo terapiyasining samaradorligi KT yoki UTT ma'lumotlari asosida baholanganidan so‘ng aniqlanadi.

- **IV bosqich** (har qanday T va NM1, xavflilikning har qanday darajasi):

Palliativ davolash individual dasturlar asosida kimyo terapiyasi va yoki nur terapiyasini o‘z ichiga oladi, shu jumladan modifikatsiyalangan sharoitlarda (umumiy va regional gipertermiyada) o‘tkaziladi.

Jarrohlik aralashuvlari o‘sma massasini kamaytirish va o‘sma tomonidan siqish belgilariga barham berish maqsadida amalga oshiriladi.

NB! Agar o‘sma rezektabel bo‘lsa va uzoq a'zolarida yakka yoki yagona metastazlar mavjud bo‘lsa, sitoreduktiv operatsiya bir vaqtning o‘zida yoki keyinchalik metastazlarni olib tashlash bilan o‘tkaziladi.

Ablyasiya va embolizatsiya o‘sma mavjudligi bilan bog‘liq belgilarni (og‘riq, qon ketish, nerv tuzilmalarining siqilishi va boshqalar) minimallashtirish uchun ham qo‘llaniladi.

Transarterial kimyoembolizatsiya (TAXE)

◇- TAXE o‘smari qon bilan ta'minlaydigan jigar arteriyalariga embolik agentlarni etkazib berish orqali qon tomirlarini yopishni ta'minlaydi.

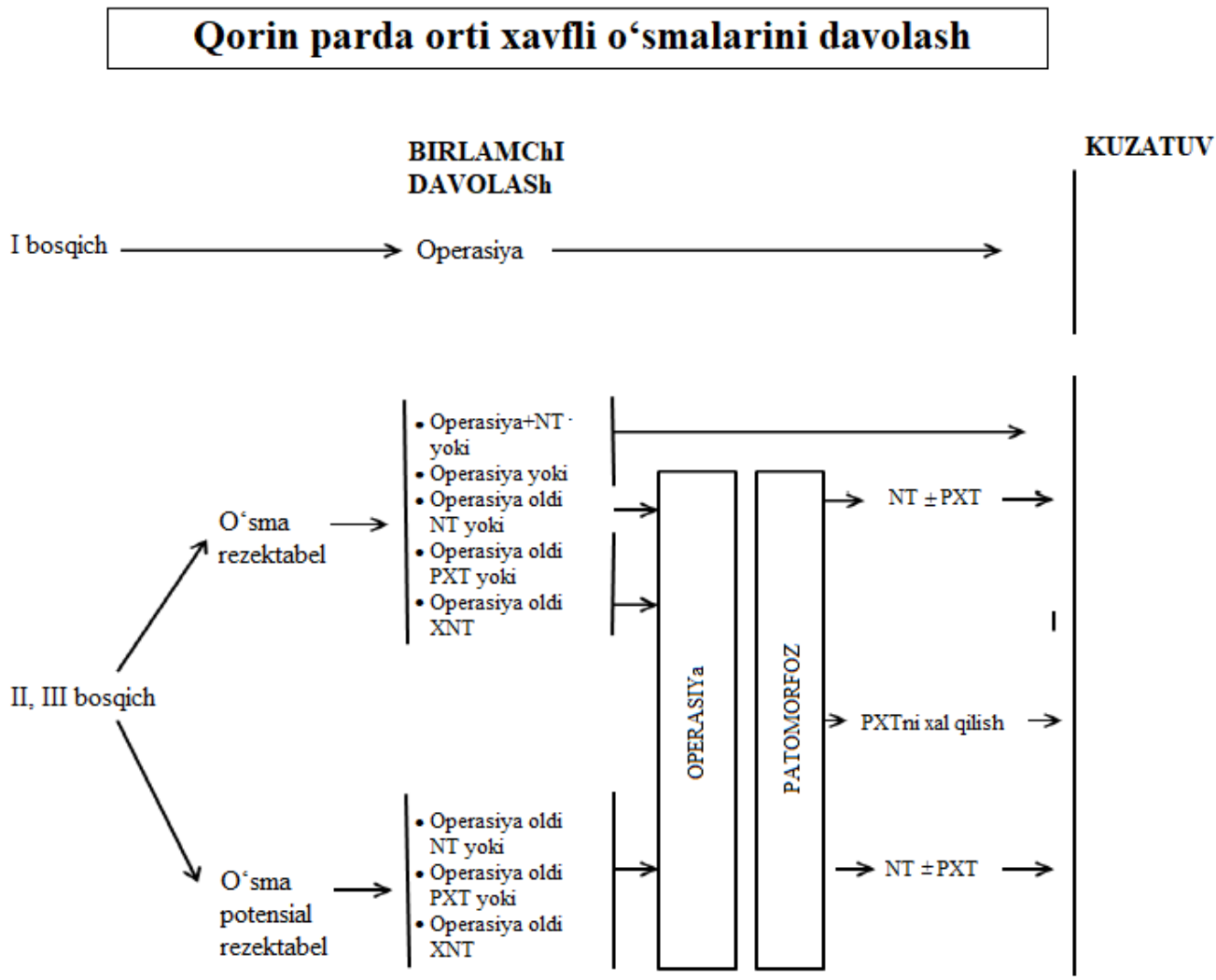
◇ TAXE jigar sarkomasi metastazlarini davolash uchun jigarning nerezektabel kasalligi mavjud bo‘lgan bemorlar yoki standart terapiyaga javob bermaydigan bemorlar

uchun ko‘rib chiqilishi mumkin.

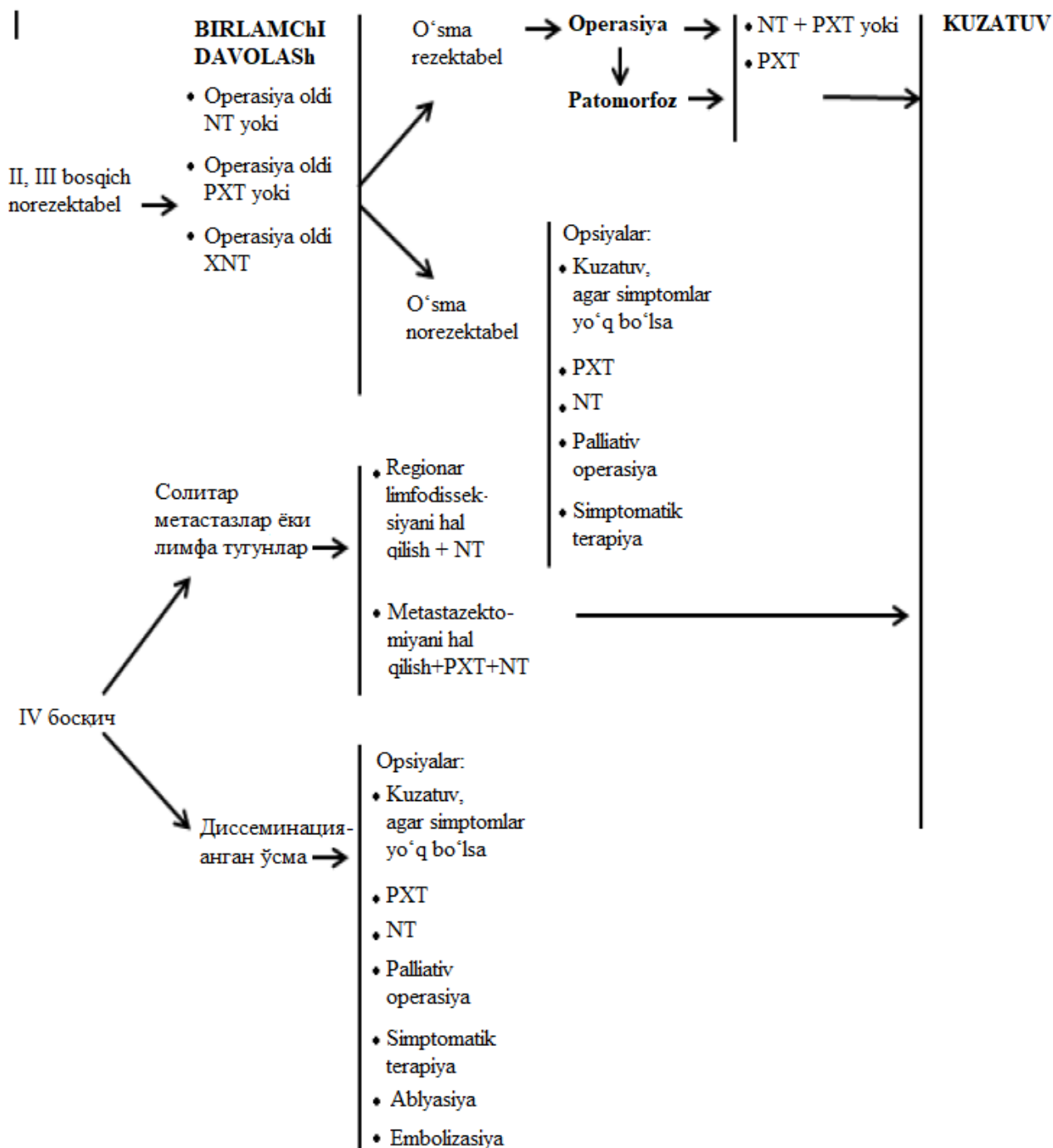
Joylashgan ablyasion davolash oligometastatik kasallikka ega bemorlarda umumiy tirik qolish ko‘rsatkichini yaxshilashi aniqlangan.

Jigar metastazlarining rezektabellik mezonlari: Nerezektabel jigardan tashqari metastazlar mavjud emasligi; Funktsional bardoshlik va subkompensasiya yoki dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasalliklarning yo‘qligi; Barcha metastazlarni 0,1 sm yoki undan ortiq klirens bilan o‘smasiz va zararlanmagan holda olib tashlash imkoniyati; Jigarning 70 foizidan kam qismi yoki 6 segmentdan ko‘prog‘i zararlanmagan bo‘lishi.

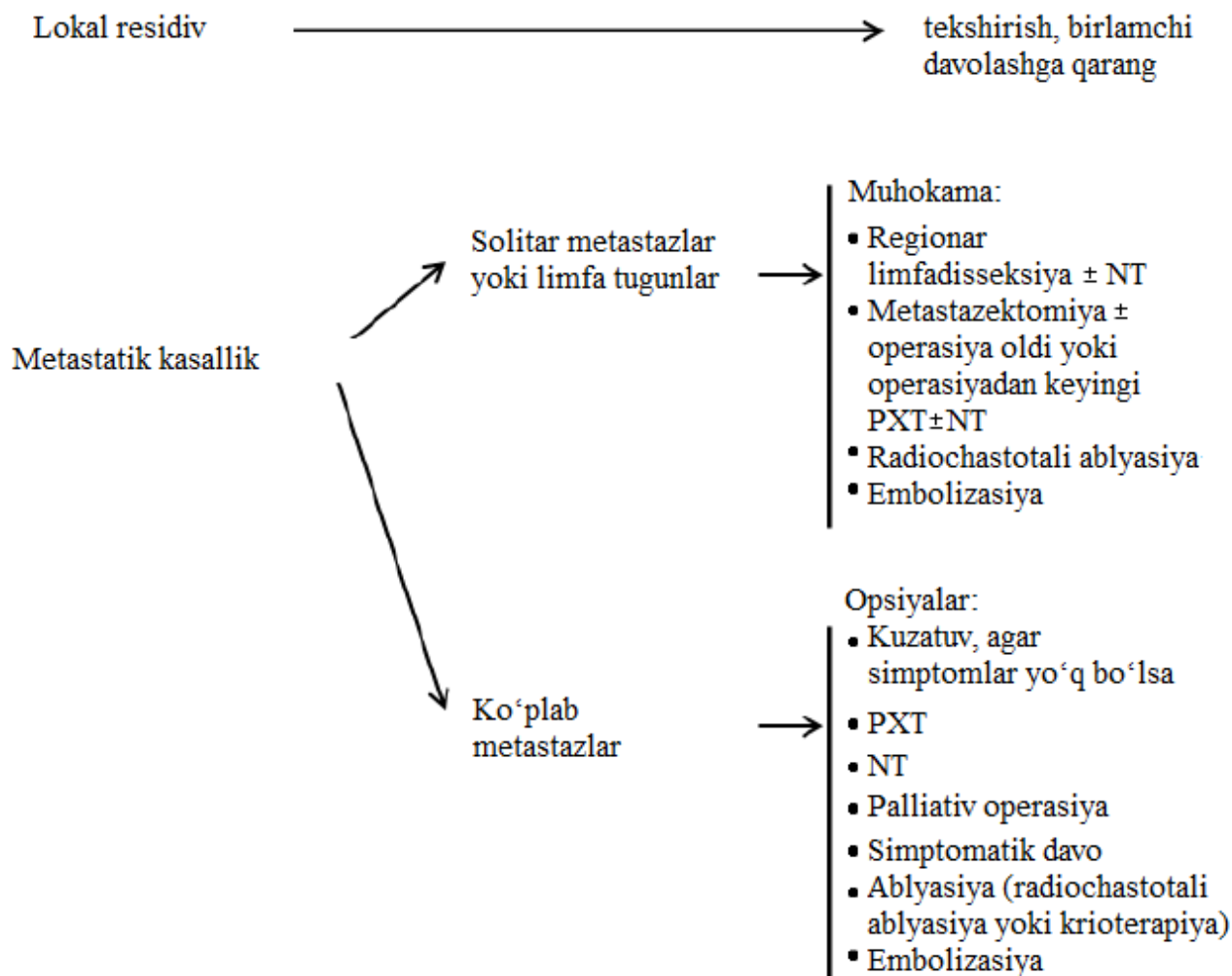
6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizasiyasi



Qorin parda orti xavfli o'smalarini davolash (mahalliy tarqalgan va metastatik jarayon)



Qorin parda orti xavfli o‘smalarini davolash



6.2 Nomedikamentoz davo:

- Rejim – konservativ davolash davomida bemorning rejimi umumiy. Erta operatsiyadan keyingi davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (jarrohlik hajmi va hamroh patologiyaga bog‘liq holda). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.
- Dieta – jarrohlik davolashdan so‘ng №1-stol, keyin №2-stolga o‘tish.

Nur terapiya:

Operatsiyadan keyingi nur terapiyasi joylashgan o‘sma tarqalish darajasi St Ib – St IV ga mos kelganda tavsiya etiladi.

Rezidual o‘sma hududida operatsiyadan keyingi nur terapiyasi SO‘D 60–70 Gr, BMO‘D 2 Gr (R1, R2 holatida) miqdorida o‘tkaziladi.

Agar o'smaning rezektbelligi shubhali yoki u nerektabel bo'lsa, SO'D 40–50 Gr bilan klassik fraksiyalashtirish rejimida nur terapiyasi o'tkaziladi.

Nur terapiyasi konvensional (standart) yoki konformal rejimda statik ko'p maydonli nurlantirish usulida BMO'D 2–2,5–3,0 Gr bilan, umumiy doza 40–60 Gr gacha, o'sma o'sib kirgan hududga yo'naltirilgan holda o'tkaziladi.

Nur terapiyasi jarayonida organizmni nur shikastlanishidan himoya qiluvchi preparatlar qo'llash mumkin.

Nurlantirish gamma-terapevtik apparatlar yoki chiziqli tezlatgichlar yordamida amalga oshiriladi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarida nur terapiyasi prinsiplari

Yuqori residiv chastotasi va nisbatan past uzoq metastazlar chastotasi qorin parda orti noorgan o'smalarini kompleks davolashda nur terapiyasini qo'llashni asoslaydi. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini davolashda nur terapiyasining roli hali aniq belgilanmagan. Nur terapiyasi jarrohlik bilan birga operatsiya oldidan va keyingi davrda qo'llaniladi [29].

- Operatsiya oldidan nur terapiyasi quyidagi maqsadlar uchun operabel va shartli operabel ATQPOO' bo'lgan bemorlarga tavsiya etilishi mumkin:

- anaplaziyaga uchragan, yaxshi oksigenasiyalangan va nurga yuqori sezgir hujayralarning nobud bo'lishi va tirik qolgan hujayralarning biologik xususiyatlarini o'zgartirish orqali o'smaning xavflilik darajasini pasaytirish;

- subklinik o'sma o'choqlarini to'liq yo'q qilish;

- sma atrofidagi yallig'lanish va shishni kamaytirish, hajmini cheklash va yumshatish;

- o'smaning biologik faolligini pasaytirish, mahalliy residivlar, implantasion va uzoq metastazlar rivojlanish xavfini kamaytirish;

- jarrohlik aralashuvi uchun qulayroq sharoit yaratish, ya'ni, o'sma hajmini kichraytirish va ayrim hollarda uni nerektabel holatdan operabel holatga o'tkazish, shuningdek, a'zoni saqlab qolish imkoniyatini ta'minlash [29, 30];

- perifokal shishni kamaytirish;

- o'sma atrofida "yolg'on kapsula" shakllantirish va uni sog'lom to'qimalardan aniqroq ajratish.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 3).

Izohlar: *Operatsiya oldidan nur terapiyasining afzalligi shundaki, u o'smaning hajmini kichraytirishi, uning rezektbelligini va jarrohlik aralashuvining radikalligi oshishini ta'minlashi mumkin. Shuningdek, GTV ni aniq belgilash imkoniyati yaratiladi, chunki o'sma tugunlari vizualizasiya qilinadi [31]. Nur terapiyasi natijasida o'sma*

kichrayishi jarrohlik davolash jarayonini engillashtirishi mumkin. O'smaning o'zi nurning maksimal dozasini oluvchi sohadan sog'lom to'qimalarni uzoqlashtirib, toksiklik darajasini kamaytirishi mumkin [29, 31]. Neoad'yuvant nur terapiyasi o'tkazilayotganda o'sma yaxshi oksigenasiyalangan bo'ladi, bu esa davolash samaradorligini oshiradi. Bu jarayon jarrohlik bosqichida o'sma hujayralarining qorin pardasi yoki qo'shni anatomik sohalarga tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi. Shuningdek, operatsiyadan keyingi asoratlar tufayli uzoq muddatli davolash tanaffusining oldi olinadi.

• Davolash rejasini tayyorlashda quyidagi nurlantiriladigan hajmlarni aniqlash tavsiya etiladi:

- GTV (gross tumor volume) – aniqlangan o'sma hajmi: asosiy o'sma o'chog'i;
- CTV (clinical tumor volume) – klinik o'sma tarqalish sohasi;
- GTV + 2–3 sm chegara (fassiylar, suyaklar va havo bundan mustasno);
- PTV (planned treatment volume) – qo'llashdagi xato ehtimolini hisobga olgan nurlantiriladigan hajm;
- CTV + 0,5–1,0 sm chegara.

3D CRT usulida nur terapiyasi o'tkazilganda old-orqa va qiya maydonlar ishlatiladi.

• Texnik imkoniyatlar mavjud bo'lsa, barcha bemorlarda IMRT usulida konformal nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. Tanafi xavfi yuqori bo'lgan a'zo – ingichka ichak. Razovaya ochagovaya doza (ROD) 1,8–2,0 Gr, summarnaya ochagovaya doza (SOD) 45,0–50,4 Gr.

• Agar o'sma qorin bo'shlig'ining yuqori qismlarida joylashgan bo'lsa, nafas olish harakatlari nazorati ostida davolash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

• Operatsiyadan keyingi nur terapiyasi tirik qolgan o'sma hujayralarining sonini kamaytirish va residiv xavfini pasaytirish uchun tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi nurlantiriladigan hajm operatsiyagacha bo'lgan holatga qaraganda kattaroq bo'ladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

• Joylashgan yuqori xavfli residiv hududi yoki R1, R2 rezeksiya chegaralarini kliplash tavsiya etiladi. [36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

• CTV ni aniqlash uchun operatsiya oldidan olingan diagnostik tasvirlarni izodoz taqsimoti rejalashtirish dasturida birlashtirish tavsiya etiladi.

• Agar o'sma qolgan bo'lsa yoki R1, R2 rezeksiya qilingan bo'lsa, qo'shimcha «bust» etkazish maqsadga muvofiq: Mikroskopik tarqalish hududi uchun SO'D 16–18 Gr; Qolgan o'sma bo'lgan hududda SO'D 20–26 Gr [32, 33].

- Yuqori residiv xavfi mavjud bo‘lgan hududga IMRT usulida SO‘D 45,0–50,4 Gr dan integrasiyalangan «bust» qo‘llash tavsiya etiladi, buning uchun 25 fraksiyada SO‘D 57,5 Gr qo‘llaniladi. [32, 33, 36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

- Kam xavfli ATQPOO‘ erta bosqichlarini davolashda operasiyadan keyin 3D CRT yoki IMRT usulida regionar nur terapiyasi o‘tkazish tavsiya etiladi. Lojadagi chegaralardan 2–3 sm masofa bilan, BMO‘D 1,8–2,0 Gr, SO‘D 45,0–50,4 Gr. Agar rezeksiya chegarasida o‘sma belgilari aniqlansa, SO‘D 65–70 Gr. [32, 36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

- Yuqori xavfli ATQPOO‘ erta bosqichlarini davolashda operasiyadan keyin 3D CRT yoki IMRT usulida regionar nur terapiyasi o‘tkazish tavsiya etiladi. O‘sma o‘rnidagi chegaralardan 5 sm masofa bilan, BMO‘D 1,8–2,0 Gr, SO‘D 45,0–50,4 Gr, keyinchalik lokal nur terapiyasi 60 Gr gacha. Agar rezeksiya chegarasida o‘sma mavjud bo‘lsa, SO‘D 70 Gr. [35, 37].

6.3. Medikamentoz davo

Neyroendokrin o‘smalar kimyo terapiyasi:

Kimyo terapiya jarrohlik davosi mumkin bo‘lmaganda, sitoreduktiv jarrohlik amaliyotlaridan so‘ng buyuriladi.

Faoliyatdagi NEO‘ G1-G3: somatostatin analoglari (simptomatik terapiya):

Oktreotid 0,1 mg t/o, kuniga 3 marta qisqa muddat davomida (taxminan 2 hafta) uning samaradorligi va umumiy bardoshlilikini baholash maqsadida qo‘llaniladi, so‘ng oktreotid LAR 20 mg v/m har 28 kunda bir marta yuboriladi.

Agar 3 oy davomida klinik belgilar va kasallikning biologik markerlari ustidan etarli nazorat ta‘minlansa – oktreotid LAR 10 mg v/m har 28 kunda bir marta yuboriladi.

Agar 3 oy davomida klinik belgilari va biologik markerlari ustidan faqat qisman nazorat ta‘minlansa – oktreotid LAR 30 mg v/m har 4 haftada bir marta yuboriladi.

Tarqalgan neyroendokrin o‘smalar (yo‘g‘on ichak yoki birinchi o‘sma lokalizatsiyasi noma‘lum hollarda) – oktreotid LAR 30 mg v/m har 28 kunda bir marta, kasallik progressiyasigacha qo‘llaniladi.

Faoliyati yo‘q NEO‘:

Ki67<2-10%, G1/G2:

- somatostatin analoglari;
- α -IFN;

- Everolimus 10mg ichishga har kuni progressiyalanishgacha;
- Everolimus 10mg ichishga har kuni Oktreotid LAR bilan kombinasiyada 28 kunda 1 marta, progressiyalanishgacha Ki 67 3-20%, G1/G2:
- Ftorurasil + Everolimus;
- Temozolomid + Kapesitabin;
- somatostatin analoglari. Ki67>20%, G3:
- karboplatin / sisplatin + etopozid;
- temozolomid + bevasizumab;
- somatostatin analoglari.

Gastrointestinal stromal o'smalarni (GIST) dori bilan davolash bo'yicha amaliyo tavsiyalar

Residiv yoki metastatik kasallikda norezektabel o'smalarni davolash.

Terapiyaning birinchi liniyasi

Norezektabel o'smalar, residiv yoki metastatik kasallik holatida asosiy davolash usuli – targetli terapiya bo'lib, imatinib 400 mg kuniga tavsiya etiladi. Agar KIT geni 9-ekzonida mutasiya aniqlansa, imatinib 800 mg kuniga tavsiya etiladi (bu progressiyagacha bo'lgan vaqtni uzaytirishi aniqlangan, lekin umumiy yashovchanlik ko'rsatkichlariga statistik ahamiyatli ta'sir ko'rsatmaydi). Agar imatinib 400 mg kuniga qabul qilingan holda kasallik progressiyasi kuzatilsa, doza 800 mg kuniga oshirilishi tavsiya etiladi. Agar boshlang'ich holatda o'sma norezektabel bo'lgan bo'lsa va terapiya natijasida ijobiy samaraga erishilsa, davolash boshlanganidan 6–12 oy o'tib radikal jarrohlik imkoniyatini baholash maqsadga muvofiq.

Terapiyaning ikkinchi liniyasi:

Agar kasallik imatinib qabul qilingan holda progressiya qilsa (400 mg dan 800 mg gacha dozani oshirgandan keyin), imatinibni o'zlashtira olmaslik yoki birlamchi rezistentlik kuzatilsa, sunitinib terapiyasi tavsiya etiladi: 50 mg kuniga, 4 hafta davomida, so'ng 2 haftalik tanaffus. Agar kuchli nojo'ya ta'sirlar kuzatilsa, doza 37,5 mg kuniga tushirilishi mumkin.

Qorin parda orti sohasi sarkomalari

Tarqalgan o'sma jarayoni –III–IV bosqichlar:

Kimyo terapiyasi sarkomalarda disseminasiyalangan jarayonni davolashning asosiy usuli hisoblanadi. Eng ko'p qo'llaniladigan preparatlar doksorubisin, ifosfamid va dakarbazindir. Birlamchi liniya uchun disseminasiyalangan sarkomalarni kimyo terapiyasida standart rejim – doksorubisin + ifosfamid kombinasiyasidir. 65 yoshdan katta bemorlar uchun tanlov usuli antrasiklinlar bilan monoterapiya hisoblanadi. Agar bemorning umumiy holati yaxshi bo'lsa, kombinasiyalangan kimyo terapiyasi afzalroq, ayniqsa, o'sma javob reaksiyasi kuchli bo'lishi kutilayotganda. Yuzaki angiosarkomalarda alternativa sifatida taksanlar tavsiya etiladi, chunki ular ushbu gistologik turda yuqori xavfli o'smaga qarshi faollikni namoyon etgan. Paklitaksel mahalliy tarqalgan angiosarkomalarni, xususan, Styuart-Trivis sindromi bilan bog'liq holatlarni davolashda yuqori samaradorlik ko'rsatgan.

Liposarkoma, leyomiosarkoma, sinovial sarkoma va ekstraossal Yuing sarkomasi davolashda ikkinchi yoki undan keyingi liniya sifatida trabektedin qo'llanishi mumkin. Ikkinchi va undan keyingi liniyalar uchun, liposarkoma va GIST dan tashqari, aksariyat gistologik turlar uchun pazopanib qo'llanilishi mumkin. Liposarkoma uchun eribulin qo'llash mumkin. Gemsitabin leyomiosarkoma davolashda yagona xavfli o'smaga qarshi agent sifatida samarali ekanini ko'rsatgan. Dakarbazin ikkinchi liniya kimyo terapiyasi sifatida ayrim xavfli o'smalarga, ehtimol, ayniqsa leyomiosarkomada samarali bo'lishi mumkin. Pazopanib ikkinchi va undan keyingi liniyalarda aksariyat gistologik turlar uchun qo'llanadi, ammo kimyo terapiyasiga rezistent gistotiplar (alveolyar sarkoma, yorug' hujayrali sarkoma, solitar fibroz o'sma / gemangioendotelioma) uchun birlamchi liniya sifatida qo'llash tavsiya etiladi.

Kombinasiyalangan davolash bosqichini yakunlagan bemorlarda dinamik kuzatuv birinchi 2 yil davomida har 3 oyda bir marta, so'ng 5 yilgacha har 6 oyda bir marta o'tkaziladi.

Sarkomalarni kimyo terapiyasi rejimlari, monoterapiya:

- Doksorubisin 30 mg/m², v/i, 1-kundan 3-kungacha;
- Doksorubisin 60–75 mg/m², v/i, har 3 haftada bir marta;
- Ifosfamid 1,6–2,5 g/m²/sut, 5 kun davomida, uroprotektor Mesna bilan (ifosfamid dozasi 20% + 100% hajmida bir vaqtning o'zida);
- Gemsitabin 1200 mg/m², ≥120 minut davomida, 1- va 8-kunlarda, har 21 kunda bir marta, belgilangan infuziya tezligida (faqat bachadon leyomiosarkomasi uchun, agar GemTax rejimi ishlatilmasa);
- Trabektedin 1,5 mg/m², v/i, 24 soatlik infuziya ko'rinishida, har 21 kunda bir marta, ikkinchi liniya sifatida liposarkoma, leyomiosarkoma, sinovial sarkoma va Yuing sarkomasining ekstraossal shakllarini davolashda;

- Pazopanib 800 mg per os har kuni, ikkinchi liniya sifatida yumshoq to‘qima sarkomalarni (SMT) liposarkoma va GIST dan tashqari davolashda, samaradorlikni baholash qabul boshlanganidan 2 oy o‘tib amalga oshiriladi.

Poliximioterapiya:

- **AI:**

- doksorubisin 75 mg/m², 72-soatlik infuziya ko‘rinishida;
- ifosfamid 2,5 gr/m², v/i 3 soatlik infuziya ko‘rinishida, v1-chi–4-chi kunlar;
- mesna 500mg/m², 1-chi kun ifosfamid bilan birgalikda, so‘ngra 1500 mg/m² 24-soatlik infuziya ko‘rinishida 4 kun davomida;
- filgrastim t/o 5-chidan–15-chi kungacha yoki neyetrofillar darajasi tiklangunga qadar. Interval 3 hafta.

- **MAID:**

- mesna OD 8000 mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida (2000mg/m²/sutka, 4 kun);
- doksorubisin 60mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida v/i;
- ifosfamid 6000mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida va 2000 mg/m² v/i 4-soatlik infuziya shaklida 1-chi-3-chi kunlar;
- dakarbazin 900 mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida, doksorubisin bilan birga eritilgan;

Interval 3–4 hafta.

- **ADIC:**

- doksorubisin 90mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida v/i;
- dakarbazin 900mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida, doksorubisin bilan birga eritilgan.

Interval 3–4 hafta.

Rabdomiosarkomada kimyo terapiya rejimlari:

- **VAI:**

- vinkristin OD2 mg 1-chi kun;
- doksorubisin 75 mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida;
- ifosfamid 2,5 gr/m² v/i 3 soatlik infuziya ko‘rinishida 1-chi-4-chi kunlar;
- mesna 500 mg/m² 1-chi kun ifosfamid bilan birgalikda, so‘ngra –1500mg/m² 24-soatlik infuziya ko‘rinishida 4 kun davomida;

— filgrastim t/o 5-chi-15-chi kunlar yoki neyetrofillar darajasi tiklangunga qadar. Interval – 3 hafta.

• **VAC:**

— vinkristin 2mg/m², 1-chi va 8-chi kunlar v/i, interval – 5 hafta;

— daktinomisin* 0,5mg/m², 1-chi, 2-chi, 3-chi, 4-chi,5-chi kunlar (har 3 oyda takrorlanadi, 5 kursgacha);

— siklofosfamid 300 mg/m², har kuni 7-kun davomida har 6 hafta.

• **VAdriaC:**

— vinkristin 1,5mg/m², 1-chi,8-chi,15-chi kunlar dastlabki 2 kurs davomida, keyinchalik faqat 1-chi kun;

— doksorubisin 60 mg/m², 48-soatlik infuziya ko‘rinishida;

— siklofosfamid 600 mg/m², 2 kun davomida. Interval – 3 hafta.

keyinchalik:

— ifosfamid 1800 m/m² + mesna 5 kun davomida;

— etopozid 100mg/m² v 1-chi– 5-chi kunlar. Interval– 3 hafta.

• **Target preparatlar:**

— imatinib kuniga 400mg dan ichishga doimiy, aggressivo fibromatozni davolash uchun.

Yuqori darajada mutasion yuklamali sarkomalar (TMB-H (≥10 mutations/megabase) Tumors) – immunoterapiya:

— Pembrolizumab 200 mg har 3 hafta yoki 400 mg har 6 hafta – davolash davomiyligini multidissiplinar guruh belgilaydi.

— Nivolumab + ipilimumab*: nivolumab 240 mg v/i tomch. har 2 haftada, ipilimumab* 1 mg/kg v/i tomch. har 6 haftada (ipilimumab* yuborish 4 tadan oshmasin).*

*- O‘zbekiston Respublikasida sarkomalarni davolashda immunoterapiya uchun rasmiy tasdiqlangan ko‘rsatmalar mavjud emas.

8-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lganlar):

Dori guruhi	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
O‘smaga qarshi antibiotiklar – antrasiklinlar	Doksorubisin	75 mg/m ² , v/i 1-4 kunlar	A
Alkillovchi agentlar–	Ifosfamid	2,5 gr/m ² , v/i 1-4	A

xloretilaminlar		kunlar	
Antimetabolitlar –sitidin analoglari.	Gemsitabin	90 mg/ m ² ,v/i 1 i 8 kunlar	A
O‘simlik kelib chiqishli alkaloidlar va byuoshqa tabiiy kelib chiqishli preparatlar, mikronaychali ingibitorlar	Trabektidin	1,5 mg/ m ² ,v/i 3 haftada 1 marta	A
Akrolein antidoti	Mesna	100-120% ifosfamid dozasiga, v/i	A
Alkillovchi agentlar – triazinlar	Dakarbazin	750 mg/m ² summar v/i, uzluksiz infuziya 72 ch	A
Alkillovchi agentlar – xloretilaminlar	Siklofosfamid	300 mg/ m ² , v/i 1 kun	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	Etopozid	100 mg/m ² , v/i 1-3 kunlar	A
Barvink alkaloidi	Vinkristin	1,5 mg/m ² ,v/i 1 kun	B
Somatostatin analogi	Oktreotid	0,1 mg t/o, sutkada 3 marta, 2 hafta	B
Immunodepressant, proliferativ signal o‘tkazish ingibitori	Everolimus	10mg ichishga har kuni progressiyalanishgacha	A
Antimetabolit	Ftorurasil	400 mg/ m ² v/i; 2400 mg/m ² v/i	A
Alkillovchi birikma	Temozolomid	150 mg/ m ² ichishga	A
Alkillovchi agentlar – platinaning kompleks birikmalari	Karboplatin	AUC 5 v/i 1 kun	B
	Sisplatin	75 mg/ m ² v/i 1 kun	B
O‘shish omillari va ularning reseptorlariga monoklonal antitanalar	Bevasizumab	5-7,5 mg/kg v/i 3 haftada 1 marta	A
Mikronaycha ingibitorlari – taksanlar	Paklitaksel	80 mg/ m ² v/i 1 kun	A

Pirimidin ingibitorlari – ftorpirimidinlar	Kapesitabin	2500 mg/ m2 ichishga 1-14 kunlar	A
Proteinkinaza ingibitori	Pazopanib	800 mg kuniga 1 marta, ichishga	A
Yuklash (havola)	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-jadval. QFo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (100% dan kam qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lganlar):

Dori guruhi	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
BCR-ABL tirozinkinaza ingibitori	Imatinib	400 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Sunitinib	37,5 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, hujayra ichi tirozinkinazaning selektiv va qaytar ingibitori	Lapatinib	1250 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Dazatinib	100 mg ichishga	A
Monoklonal antitana	Denosumab	120 mg har 4 haftada t/o	B
Immunoonkologik preparat, PD-1 ingibitori, gumanizasiyalangan monoklonal antitana	Pembrolizumab	200mg 3 haftada 1ki 400mg har 6 haftada	A
Immunoonkologik preparat, gumanizasiyalangan monoklonal antitana	Nivolyumab*	nivolumab 240 mg v/i har 2 haftada	A
Immunoonkologik preparat,	Ipilimumab*	1 mg/kg v/i har 6 haftada (yuborilishi 4	B

gumanizasiyalangan monoklonal antitana		tadan ko‘p bo‘lmasin)	
Galixondrin guruhi o‘smaga qarshi vositasi, mikrotrubochek notaksan qator mikronaychalar dinamikasi ingibitori	Eribulin	1.4 mg/m ² 21 kunlik siklning 1-chi va 8-chi kunlari	A
O‘smaga qarshi antibiotiklar aktinomisinlar	Daktinomisin*	0,5 mg/ m ² , v/i 1-5 kunlar	B
KSF	Epoetinalfa	40 ming MEhaftada 3 marta, ko‘rsatmalarga ko‘ra 1 oy davomida, teri ostiga, vena ichiga	C
KSF	Darbopoetin alfa	2,25mkg/m ² 7 kunda 1 marta, har 9 haftada, teri ostiga	C
KSF	Filgrastim	30 mln ED, har kuni ko‘rsatmalarga ko‘ra, teri ostiga	C
Yuklash (havola)	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. Jarrohlik davosi

A'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalarida asosiy davolash usuli jarrohlik hisoblanadi.

Maqsad: radikal yoki sitoreduktiv o‘smanni olib tashlash.

Jarrohlik aralashuvi nomi: to‘liq yoki subtotal o‘smanni olib tashlash.

Amalga oshirish ko‘rsatmalari: a'zodan tashqari qorin parda orti hosilasining mavjudligi.

Qarshi ko‘rsatmalar: og‘ir hamroh patologiyaning dekompensasiya bosqichida bo‘lishi.

Bajarish usuli: to‘liq.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini jarrohlik usulida davolash

prinsiplari.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining klinik jarayonining o'ziga xosligi tez-tez mahalliy residiv qilish va uzoq metastazlarning kam uchrashidir. Jarrohlik davolash maqsadi – o'smani en bloc usulida to'liq olib tashlash, shuningdek, aniq o'sma jarayoniga jalb qilingan a'zolarni rezeksiya qilish [28]. O'smani kapsula ichida olib tashlashga intilish lozim. Eng ko'p olib tashlanadigan a'zolar – yo'g'on ichak va buyrakdir [25]. Vizualizasiya usullari orqali qo'shni a'zolarning o'sma jarayoniga qay darajada jalb etilganini aniq baholash har doim ham mumkin emas, shu sababli, kombinasiyalangan operatsiyalar xavfi va foydasi sinchiklab baholanishi kerak [26]. Oldindan (upfront) qo'shni a'zolarni rezeksiya qilish nazariy jihatdan radikallikni oshirishi mumkin, lekin bu operatsiyani murakkablashtiradi va asoratlar ehtimolini oshiradi. Ayniqsa, yirik qon tomirlar va nervlar, oshqozon osti bezi bosh qismi, buyrak va siydik yo'llari, to'g'ri ichakni rezeksiya qilish maqsadga muvofiqligini sinchiklab baholash juda muhim. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining norezektabellik belgisi odatda tutqich qon tomirlarining (arteriya va/yoki vena) muftasimon o'rab olinishi bilan namoyon bo'ladi. Shu bilan birga, o'smaning qon tomiriga yaqin joylashgani har doim ham invaziya borligini bildirmaydi. Chanoq sohasida joylashgan o'smalarni olib tashlash murakkab jarayon bo'lib, turli ixtisoslikdagi jarrohlarning ishtirokini talab qiladi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining residivini jarrohlik yo'li bilan davolash onkojarrohlikda murakkab muammolardan biri hisoblanadi. Spayka jarayoni haqiqiy tarqalish darajasini baholashni qiyinlashtiradi. Lokoregionar residivni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashda asosiy o'smani rezeksiya qilish prinsiplariga amal qilish lozim. Multifokal residiv (ayniqsa, boshqa anatomik sohalarga tarqalishi bilan) kasallikning tez progressiyasidan dalolat beradi. Bunday hollarda multivisseral rezeksiyalar operatsiyaning radikalligi oshishini ta'minlamaydi [24, 25, 26, 28].

- Buyrak va jigar venalari kabi visseral shoxlar va pastki kovak vena orqali adekvat qon oqimini ta'minlash maqsadida, pastki kovak venaning leyomiosarkomasi bo'lgan bemorlarda o'smani sog'lom to'qimalar doirasida olib tashlash hajmida jarrohlik o'tkazish tavsiya etiladi. Zarur hollarda qon tomir plastikasi elementlarini, shu jumladan, tomirni protezlashni qo'llash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

6.5. Keyingi olib borish:

4.1 Kuzatuv:

Rejim nablyudeniya:

- Birinchi yil – har 3 oyda bir marta;
- Ikkinchi yil – har 6 oyda bir marta;

- Keyingi yillarda, umrbod – har yili bir marta.

Tekshiruvlar ko‘lami:

- fizikal;
- laborator – QUT, QBT, PUT, koagulogramma;

Asosiy:

KT s kontrastirovaniem/ organov bryushnoy polosti, zabryushinnogo prostranstva;

MRT organov malogo taza (pri lokalizatsii/rasprostraneni opuxoli v malom taz);

KT OGG

Qo‘shimcha:

PET-KT/MRT (ko‘rsatmalarga ko‘ra, 6 oyda 1 marta).

Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari va qorin parda orti UTTsi

Boshqa tekshiruv usullari (FEGDS, FKS va boshq.) va mutahassislar ko‘riklari (ginekolog, urolog va boshq.) ko‘rsatmalar asosida.

7. Davo samaradorligi indikatorlari

- Qoniqarli holat – asoratlar yo‘qligi va operatsiyadan keyingi yaraning tuzalishi sharti bilan.
- Klinik va/yoki vizualizatsiya usullari orqali aniqlangan holatda kasallik progressiyasi belgilari yo‘qligi, shuningdek, bemor hayot sifati yaxshilanishi.
- **"O‘smaning javobi"** – davolashdan keyin o‘smaning regressiyasi.
 - **To‘liq samara** – barcha zararlanish o‘choqlarining kamida 4 hafta davomida yo‘qolishi.
 - **Qisman samara** – barcha yoki ayrim o‘smalar hajmining 50% yoki undan ko‘proq kamayishi, boshqa o‘choqlarda progressiya bo‘lmasligi.
 - **Stabilizatsiya** – o‘smaning hajmi 50% dan kam kamayishi yoki 25% dan oshmasligi, yangi o‘choqlar paydo bo‘lmasligi.
 - **Progressiya** – bir yoki bir nechta o‘smalar hajmining 25% dan ortiq o‘sishi yoki yangi o‘choqlar paydo bo‘lishi (ishonchlilik darajasi – A).
- Uch yillik va besh yillik residivsiz yashovchanlik.
- **Hayot sifati** – bemorning jismoniy holatidan tashqari, uning psixologik, emosional va ijtimoiy faoliyatini ham o‘z ichiga oladi.

**«A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA ORTI
O'SMALARI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA
TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C48	– A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari
C48.0	– Qorin parda ortistranstva
C48.1	– Qorin pardaning aniqlashtirilgan qismlari
C48.2	– Qorin pardaning aniqlashtirilmagan qismlari
C48.8	– Yuqorida keltirilgan bitta yoki bir nechta lokalizatsichdan tashqari chiqqan qorin parda orti soha va qorin pardaning zararlanishi
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
KXT-11:	
Kod i	Nomlanishi
2C50- 2C5Z	Xavfli o'smalar: qorin parda orti, qorin parda yoki charvida
2C50	Qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C50.0	Qorin parda ortidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C50.Y	Qorin parda orti va qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C50.Z	Aniqlanmagan qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51	Qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51.0	Qorin parda adenokarsinomalari
2C51.1	Qorin pardadagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C51.Y	Qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C51.Z	Aniqlanmagan qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C52	Charvidagi xavfli o'smalar
2C52.0	Charvidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2C52.Y	Charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C52.Z	Aniqlanmagan charvidagi xavfli o'smalar
2C53	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2C53.0	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvi adenokarsinomasi

2C53.Y	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'sma
2C53.Z	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi aniqlanmagan xavfli o'sma
2C5Y	Qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C5Z	Aniqlanmagan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2F73	Qorin parda ortidagi noma'lum tabiatli o'smalar
2F74	Qorin pardadagi noma'lum tabiatli o'smalar
2D90	Qorin parda ortidagi xavfli o'smaning metastazi
2D91	Qorin pardaga xavfli o'smaning metastazi, xavfli o'smaning boshqa joylarga metastazi
2B59.1	Qorin parda yoki qorin parda orti liposarkomasi
2B58.0	Qorin parda yoki qorin parda orti leyomiosarkomasi
2B5F.1	Boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2B5F.1Y	Boshqa aniqlangan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.1Z	Aniqlanmagan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

Kirish (foydalanilgan manba'ga havola: <https://www.esmo.org/guidelines>):

A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari – mezodermal, neyrogen va embriogen kelib chiqishiga ega bo'lgan, qorin parda orti sohasida joylashgan xavfli va xavfsiz o'smalar guruhidir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari (AQQPOS) – turli xil biriktiruvchi to'qimalardan rivojlanuvchi va qorin parda orti sohasida joylashuvchi kam uchraydigan xavfli o'smalar turi. Eng keng tarqalgan shakllar qatoriga liposarkoma, leyomiosarkoma va shvannoma kiradi. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Hozirgi kunga qadar a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining etiologik omillari aniqlanmagan. Liposarkomalar – har xil darajadagi differensiyasiyaga ega bo'lgan o'sma lipositlari/lipoblastlaridan tashkil topgan xavfli mezenximal o'smalardir. Ularning gistogenetik manbai aksariyat hollarda paranefral yog' to'qimasi, yo'g'on yoki ingichka ichak tutqichidagi yog' to'qimasi hisoblanadi. Leyomiosarkomalar – liposarkomalardan keyin a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari orasida ikkinchi o'rinda turadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Ular silliq mushak hujayralaridan shakllanadigan xavfli mezenximal o'smalardir. A'zodan tashqari qorin parda orti lokalizatsiyasiga ko'ra ular ikki gistogenetik manbaga ega: ingichka ichak tutqichining miositlari va pastki kovak vena hamda uning visseral shoxlarining mushak hujayralari. Shuning uchun a'zodan tashqari qorin parda orti leyomiosarkomalari va pastki kovak vena hamda buyrak venalarining leyomiosarkomalari ajratiladi. Periferik nerv qobig'i hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o'smalar (havfli shvannomalar) – a'zodan tashqari qorin parda orti xavfli o'smalarining uchinchi eng keng tarqalgan guruhidir. Ular neyroektodermal kelib chiqishga ega bo'lib, shvannov hujayralari va perinevral fibroblastlardan (neyrofibrosarkomalar) shakllanadi. Boshqa gistologik turlar ancha kam uchraydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

RSNPMSOiRning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko'ra, a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 0,4 holatni tashkil etadi va so'nggi 10 yil davomida barqaror qolmoqda. Bu respublikada ilk bor aniqlangan barcha xavfli yangi hosilalarning 5,2% ni tashkil etadi. 2023 yilda jami 134 nafar bemorda a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari birinchi marta aniqlangan. Ulardan 5,2% holat profilaktik ko'riklar paytida faol aniqlangan. Morfologik tasdiqlangan holatlar ulushi 92,5% ni tashkil etadi. Birinchi bosqichda 1,5%, ikkinchi bosqichda 44,8%, uchinchi bosqichda 38,8%, to'rtinchi bosqichda 10,4% bemorda aniqlangan. 4,5% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo'lmagan. 2025 yil boshiga kelib 504 nafar bemor dispanser nazoratida bo'lgan, kasallik tarqalish darajasi 1,4 holat/100 ming aholi ni tashkil etgan. Respublika bo'yicha 5 yillik tirik qolish darajasi 27,2%, bir yillik letallik 24,7% ni tashkil etadi. 2023 yilda a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari sababli 79 bemor vafot etgan, bu esa 100 ming aholiga 0,2 holat ni tashkil etadi.

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

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

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

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorning ogʻir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- oʻtkir kechiktirib boʻlmaydigan gʻolalar (miokard infarkti, insult);
- septik holatlar;
- qon ketish xavfi bilan, parchalanish bosqichidagi oʻsmalar (nur terapiya uchun);
- psixorgan kasalliklar (shizofreniya, kuchli tutqanoq sindromi bilan epilepsiya);
- Bemorning Karnovskiy shkalasi boʻyicha 60%dan kam boʻlgan ogʻir holati.
- Dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja yoki aralashuvga koʻrsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi aʼzodan tashqari qorin parda orti oʻsmalarining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan soʻng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan oʻchoqsiz) oʻsmaning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdigʻining yoʻqligi, ammo aʼzodan tashqari qorin parda orti oʻsmalarining asosiy oʻchogʻining gistologik tekshiruvi mavjudligi.

Kimyo va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi oʻtkaziladi:

- Oʻsma hujayralari yoʻq qilish;
- Oʻsma oʻlchamlarini kichraytirish, uni oʻsishdan toʻxtatish;
- jiggar saratoni residivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga taʼsir qiladigan tizimli xavfli oʻsmalar, shu jumladan, aʼzodan tashqari qorin parda orti oʻsmalari uchun koʻrsatma hisoblanadi. Mutaxassislar preparatning dozasini diqqat bilan tanlaydilar: agar u juda kichik boʻlsa, davolanish samaradorligi kamayadi, agar u yuqori boʻlsa, nojoʻya taʼsirlar xavfi ortadi.

Jarrohlik davolash tamoyillari

Aʼzodan tashqari qorin parda orti oʻsmalarida asosiy davolash usuli jarrohlik hisoblanadi.

Maqsad: radikal yoki sitoreduktiv oʻsmani olib tashlash.

Jarrohlik aralashuvi nomi: toʻliq yoki subtotal oʻsmani olib tashlash.

Amalga oshirish ko'rsatmalari: a'zodan tashqari qorin parda orti hosilasining mavjudligi.

Qarshi ko'rsatmalar: og'ir hamroh patologiyaning dekompensasiya bosqichida bo'lishi.

Bajarish usuli: to'liq.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini jarrohlik usulida davolash prinsiplari.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining klinik jarayonining o'ziga xosligi tez-tez mahalliy residiv qilish va uzoq metastazlarning kam uchrashidir. Jarrohlik davolash maqsadi – o'smani en bloc usulida to'liq olib tashlash, shuningdek, aniq o'sma jarayoniga jalb qilingan a'zolari rezeksiya qilish [28]. O'smani kapsula ichida olib tashlashga intilish lozim. Eng ko'p olib tashlanadigan a'zolar – yo'g'on ichak va buyrakdir [25]. Vizualizasiya usullari orqali qo'shni a'zolarining o'sma jarayoniga qay darajada jalb etilganini aniq baholash har doim ham mumkin emas, shu sababli, kombinatsiyalangan operatsiyalar xavfi va foydasi sinchiklab baholanishi kerak [26]. Oldindan (upfront) qo'shni a'zolari rezeksiya qilish nazariy jihatdan radikallikni oshirishi mumkin, lekin bu operatsiyani murakkablashtiradi va asoratlarni ehtimolini oshiradi. Ayniqsa, yirik qon tomirlar va nervlar, oshqozon osti bezi bosh qismi, buyrak va siydik yo'llari, to'g'ri ichakni rezeksiya qilish maqsadga muvofiqligini sinchiklab baholash juda muhim. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining norezektabellik belgisi odatda tutqich qon tomirlarining (arteriya va/yoki vena) muftasimon o'rab olinishi bilan namoyon bo'ladi. Shu bilan birga, o'smaning qon tomiriga yaqin joylashgani har doim ham invaziya borligini bildirmaydi. Chanoq sohasida joylashgan o'smalarni olib tashlash murakkab jarayon bo'lib, turli ixtisoslikdagi jarrohlarning ishtirokini talab qiladi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining residivini jarrohlik yo'li bilan davolash onkojarrohlikda murakkab muammolardan biri hisoblanadi. Spayka jarayoni haqiqiy tarqalish darajasini baholashni qiyinlashtiradi. Lokoregionar residivni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashda asosiy o'smani rezeksiya qilish prinsiplariga amal qilish lozim. Multifokal residiv (ayniqsa, boshqa anatomik sohalarga tarqalishi bilan) kasallikning tez progressiyasidan dalolat beradi. Bunday hollarda multivisseral rezeksiyalar operatsiyaning radikalligi oshishini ta'minlamaydi [24, 25, 26, 28].

- Buyrak va jigar venalari kabi visseral shoxlar va pastki kovak vena orqali adekvat qon oqimini ta'minlash maqsadida, pastki kovak venaning leyomiosarkomasi bo'lgan bemorlarda o'smani sog'lom to'qimalar doirasida olib tashlash hajmida jarrohlik o'tkazish tavsiya etiladi. Zarur hollarda qon tomir plastikasi elementlarini, shu jumladan, tomirni protezlashni qo'llash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

Nur terapiya:

Operasiyadan keyingi nur terapiyasi joylashgan o'sma tarqalish darajasi St Ib – St IV ga mos kelganda tavsiya etiladi.

Rezidual o'sma hududida operasiyadan keyingi nur terapiyasi SO'D 60–70 Gr, BMO'D 2 Gr (R1, R2 holatida) miqdorida o'tkaziladi.

Agar o'smaning rezektabelligi shubhali yoki u nereseptabel bo'lsa, SO'D 40–50 Gr bilan klassik fraksiyalashtirish rejimida nur terapiyasi o'tkaziladi.

Nur terapiyasi konvensional (standart) yoki konfromal rejimda statik ko'p maydonli nurlantirish usulida BMO'D 2–2,5–3,0 Gr bilan, umumiy doza 40–60 Gr gacha, o'sma o'sib kirgan hududga yo'naltirilgan holda o'tkaziladi.

Nur terapiyasi jarayonida organizmni nur shikastlanishidan himoya qiluvchi preparatlar qo'llash mumkin.

Nurlantirish gamma-terapevtik apparatlar yoki chiziqli tezlatgichlar yordamida amalga oshiriladi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarida nur terapiyasi prinsiplari

Yuqori residiv chastotasi va nisbatan past uzoq metastazlar chastotasi qorin parda orti noorgan o'smalarini kompleks davolashda nur terapiyasini qo'llashni asoslaydi. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini davolashda nur terapiyasining roli hali aniq belgilanmagan. Nur terapiyasi jarrohlik bilan birga operatsiya oldidan va keyingi davrda qo'llaniladi [29].

- Operatsiya oldidan nur terapiyasi quyidagi maqsadlar uchun operabel va shartli operabel ATQPOO' bo'lgan bemorlarga tavsiya etilishi mumkin:

- anaplaziyaga uchragan, yaxshi oksigenasiyalangan va nurga yuqori sezgir hujayralarning nobud bo'lishi va tirik qolgan hujayralarning biologik xususiyatlarini o'zgartirish orqali o'smaning xavflilik darajasini pasaytirish;

- subklinik o'sma o'choqlarini to'liq yo'q qilish;

- sma atrofidagi yallig'lanish va shishni kamaytirish, hajmini cheklash va yumshatish;

- o'smaning biologik faolligini pasaytirish, mahalliy residivlar, implantasion va uzoq metastazlar rivojlanish xavfini kamaytirish;

- jarrohlik aralashuvi uchun qulayroq sharoit yaratish, ya'ni, o'sma hajmini kichraytirish va ayrim hollarda uni nerezeptabel holatdan operabel holatga o'tkazish, shuningdek, a'zoni saqlab qolish imkoniyatini ta'minlash [29, 30];

- perifokal shishni kamaytirish;

- o'sma atrofida "yolg'on kapsula" shakllantirish va uni sog'lom to'qimalardan aniqroq ajratish.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 3).

Izohlar: *Operasiya oldidan nur terapiyasining afzalligi shundaki, u o'smaning hajmini kichraytirishi, uning rezektabelligini va jarrohlik aralashuvining radikalligi oshishini ta'minlashi mumkin. Shuningdek, GTV ni aniq belgilash imkoniyati yaratiladi, chunki o'sma tugunlari vizualizasiya qilinadi [31]. Nur terapiyasi natijasida o'sma kichrayishi jarrohlik davolash jarayonini engillashtirishi mumkin. O'smaning o'zi nurning maksimal dozasini oluvchi sohadan sog'lom to'qimalarni uzoqlashtirib, toksiklik darajasini kamaytirishi mumkin [29, 31]. Neoad'yuvant nur terapiyasi o'tkazilayotganda o'sma yaxshi oksigenasiyalangan bo'ladi, bu esa davolash samaradorligini oshiradi. Bu jarayon jarrohlik bosqichida o'sma hujayralarining qorin pardasi yoki qo'shni anatomik sohalarga tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi. Shuningdek, operatsiyadan keyingi asoratlar tufayli uzoq muddatli davolash tanaffusining oldi olinadi.*

• Davolash rejasini tayyorlashda quyidagi nurlantiriladigan hajmlarni aniqlash tavsiya etiladi:

- GTV (gross tumor volume) – aniqlangan o'sma hajmi: asosiy o'sma o'chog'i;
- CTV (clinical tumor volume) – klinik o'sma tarqalish sohasi;
- GTV + 2–3 sm chegara (fassiylar, suyaklar va havo bundan mustasno);
- PTV (planned treatment volume) – qo'llashdagi xato ehtimolini hisobga olgan nurlantiriladigan hajm;
- CTV + 0,5–1,0 sm chegara.

3D CRT usulida nur terapiyasi o'tkazilganda old-orqa va qiya maydonlar ishlatiladi.

• Texnik imkoniyatlar mavjud bo'lsa, barcha bemorlarda IMRT usulida konfromal nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. Tanafi xavfi yuqori bo'lgan a'zo – ingichka ichak. Razovaya ochagovaya doza (ROD) 1,8–2,0 Gr, summarnaya ochagovaya doza (SOD) 45,0–50,4 Gr.

• Agar o'sma qorin bo'shlig'ining yuqori qismlarida joylashgan bo'lsa, nafas olish harakatlari nazorati ostida davolash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

• Operatsiyadan keyingi nur terapiyasi tirik qolgan o'sma hujayralarining sonini kamaytirish va residiv xavfini pasaytirish uchun tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi nurlantiriladigan hajm operatsiyagacha bo'lgan holatga qaraganda kattaroq bo'ladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

• Joylashgan yuqori xavfli residiv hududi yoki R1, R2 rezeksiya chegaralarini kliplash tavsiya etiladi. [36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

- CTV ni aniqlash uchun operatsiya oldidan olingan diagnostik tasvirlarni izodoz taqsimoti rejalashtirish dasturida birlashtirish tavsiya etiladi.

- Agar o'sma qolgan bo'lsa yoki R1, R2 rezeksiya qilingan bo'lsa, qo'shimcha «bust» etkazish maqsadga muvofiq: Mikroskopik tarqalish hududi uchun SO'D 16–18 Gr; Qolgan o'sma bo'lgan hududda SO'D 20–26 Gr [32, 33].

- Yuqori residiv xavfi mavjud bo'lgan hududga IMRT usulida SO'D 45,0–50,4 Gr dan integrasiyalangan «bust» qo'llash tavsiya etiladi, buning uchun 25 fraksiyada SO'D 57,5 Gr qo'llaniladi. [32, 33, 36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

- Kam xavfli ATQPOO' erta bosqichlarini davolashda operatsiyadan keyin 3D CRT yoki IMRT usulida regionar nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. Lojadagi chegaralardan 2–3 sm masofa bilan, BMO'D 1,8–2,0 Gr, SO'D 45,0–50,4 Gr. Agar rezeksiya chegarasida o'sma belgilari aniqlansa, SO'D 65–70 Gr. [32, 36].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

- Yuqori xavfli ATQPOO' erta bosqichlarini davolashda operatsiyadan keyin 3D CRT yoki IMRT usulida regionar nur terapiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. O'sma o'rnidagi chegaralardan 5 sm masofa bilan, BMO'D 1,8–2,0 Gr, SO'D 45,0–50,4 Gr, keyinchalik lokal nur terapiyasi 60 Gr gacha. Agar rezeksiya chegarasida o'sma mavjud bo'lsa, SO'D 70 Gr. [35, 37].

4) muolaja va aralashuv o'tkazayotgan mutahassisga talablar:

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

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

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

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

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

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo‘yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
8. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
12. Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti kontrastli sohasi KTsi;
13. Kichik chanoq MRTsi (o‘smanning kichik chanoqqa jeoylashishi yoki tarqalishida);
14. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o‘t pufagi, me‘da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti soha va periferik limfa tugunlari);
15. Ko‘krak qafasi kompyuter tomografiyasi;
16. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
17. Punksion yoki insizion biopsiya;
18. Bioptatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Bioptatni gistologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *
20. EKG;
21. ExoKG;

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo‘shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19 gi PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;

5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
8. ProBNP
9. Prokalsitonin
10. Antitrombin III, D-dimer
11. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
12. Periferik qon IFTsi;
13. Standart –sitogenetik tekshirish;
14. Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
15. O‘smalarni molekulyar-genetik tekshiruvi (biopsiya va amaliyotdan keyingi materiallarni, oynalarni, o‘smalarning erkin sirkulyasiyadagi DNKlari);
16. Kolonoskopiya;
17. Me‘da, 12 barmoq ichak va me‘da osti bezini rentgenoskopik tekshiruvi, kontrastlash bilan (ikki karra kontrastlash);
18. Bosh va bo‘yin kontrastli KTsi;
19. Bosh miya MRTsi;
20. Spirografiya;
21. Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
22. Skelet suyaklarini skanirlash;
23. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
24. Xolter – monitorlash bilan EKG
25. Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

6) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar:

Onkologik muassasaning jarrohlik (abdominal onkojarroh) bo‘limi faoliyatini tashkil etish qoidalari

Ushbu qoidalar onkologik shifoxonaning (onkologik markaz va uning filiallari), onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatadigan boshqa tibbiy

tashkilotning (keyinchalik - tibbiyot tashkilotlari) jarrohlik davolash usullari onkologik bo'limlari (keyinchalik - bo'lim) faoliyatini tashkil etish tartibini belgilaydi.

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo'limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo'limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo'limi), <1>;
- endoskopik tekshiruvlarni o'tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo'lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo'limlari yoki anesteziologiya-reanimasiya bo'limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operasion bo'linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o'smaga qarshi dori terapiyasi bo'limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

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

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

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

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

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

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsvild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyasiyalangan vanna/pech;

- vakkum matraslar uchun nasos;
- o'rnatilgan, to'liq integrasiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarning standart to'plami;
- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo'yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasini o'tkazish to'g'risida qaror bemorni keng qamrovli tekshiruvdan, aniq tashxisdan so'ng qabul qilinadi. Jarayon oldidan bemor

premedikasiya qilinadi — organizmga qilinishi kutilayotgan davolanishni yaxshi koʻtarishi uchun bir qator dorilar qoʻllaniladi:

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

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

8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi koʻrsatkichlari.

- Qoniqarli holat – asoratlar yoʻqligi va operatsiyadan keyingi yaraning tuzalishi sharti bilan.
- Klinik va/yoki vizualizasiya usullari orqali aniqlangan holatda kasallik progressiyasi belgilari yoʻqligi, shuningdek, bemor hayot sifati yaxshilanishi.
- "Oʻsmaning javobi" – davolashdan keyin oʻsmaning regressiyasi.
 - **Toʻliq samara** – barcha zararlanish oʻchoqlarining kamida 4 hafta davomida yoʻqolishi.
 - **Qisman samara** – barcha yoki ayrim oʻsmalar hajmining 50% yoki undan koʻproq kamayishi, boshqa oʻchoqlarda progressiya boʻlmasligi.
 - **Stabilizasiya** – oʻsmaning hajmi 50% dan kam kamayishi yoki 25% dan oshmasligi, yangi oʻchoqlar paydo boʻlmasligi.
 - **Progressiya** – bir yoki bir nechta oʻsmalar hajmining 25% dan ortiq oʻsishi yoki yangi oʻchoqlar paydo boʻlishi (ishonchlilik darajasi – A).
- Uch yillik va besh yillik residivsiz yashovchanlik.
- Hayot sifati – bemorning jismoniy holatidan tashqari, uning psixologik, emosional va ijtimoiy faoliyatini ham oʻz ichiga oladi.

**«A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA ORTI
O'SMALARI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C48	– A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari
C48.0	– Qorin parda ortistranstva
C48.1	– Qorin pardaning aniqlashtirilgan qismlari
C48.2	– Qorin pardaning aniqlashtirilmagan qismlari
C48.8	– Yuqorida keltirilgan bitta yoki bir nechta lokalizatsichdan tashqari chiqqan qorin parda orti soha va qorin pardaning zararlanishi
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
KXT-11:	
Kod i	Nomlanishi
2C50- 2C5Z	Xavfli o'smalar: qorin parda orti, qorin parda yoki charvida
2C50	Qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C50.0	Qorin parda ortidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C50.Y	Qorin parda orti va qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C50.Z	Aniqlanmagan qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51	Qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51.0	Qorin parda adenokarsinomalari
2C51.1	Qorin pardadagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C51.Y	Qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C51.Z	Aniqlanmagan qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C52	Charvidagi xavfli o'smalar
2C52.0	Charvidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2C52.Y	Charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C52.Z	Aniqlanmagan charvidagi xavfli o'smalar
2C53	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2C53.0	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvi adenokarsinomasi

2C53.Y	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'sma
2C53.Z	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi aniqlanmagan xavfli o'sma
2C5Y	Qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C5Z	Aniqlanmagan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2F73	Qorin parda ortidagi noma'lum tabiatli o'smalar
2F74	Qorin pardadagi noma'lum tabiatli o'smalar
2D90	Qorin parda ortidagi xavfli o'smaning metastazi
2D91	Qorin pardaga xavfli o'smaning metastazi, xavfli o'smaning boshqa joylarga metastazi
2B59.1	Qorin parda yoki qorin parda orti liposarkomasi
2B58.0	Qorin parda yoki qorin parda orti leyomiosarkomasi
2B5F.1	Boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2B5F.1Y	Boshqa aniqlangan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.1Z	Aniqlanmagan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari – mezodermal, neyrogen va embriogen kelib chiqishiga ega bo'lgan, qorin parda orti sohasida joylashgan xavfli va xavfsiz o'smalar guruhidir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari (AQQPOS) – turli xil biriktiruvchi to'qimalardan rivojlanuvchi va qorin parda orti sohasida joylashuvchi kam uchraydigan xavfli o'smalar turi. Eng keng tarqalgan shakllar qatoriga liposarkoma, leyomiosarkoma va shvannoma kiradi. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Hozirgi kunga qadar a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining etiologik omillari aniqlanmagan. Liposarkomalar – har xil darajadagi differensiyasiyaga ega bo‘lgan o‘sma lipositlari/lipoblastlaridan tashkil topgan xavfli mezenximal o‘smalardir. Ularning gistogenetik manbai aksariyat hollarda paranefral yog‘ to‘qimasi, yo‘g‘on yoki ingichka ichak tutqichidagi yog‘ to‘qimasi hisoblanadi. Leyomiosarkomalar – liposarkomalardan keyin a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari orasida ikkinchi o‘rinda turadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Ular silliq mushak hujayralaridan shakllanadigan xavfli mezenximal o‘smalardir. A'zodan tashqari qorin parda orti lokalizatsiyasiga ko‘ra ular ikki gistogenetik manbaga ega: ingichka ichak tutqichining miositlari va pastki kovak vena hamda uning visseral shoxlarining mushak hujayralari. Shuning uchun a'zodan tashqari qorin parda orti leyomiosarkomalari va pastki kovak vena hamda buyrak venalarining leyomiosarkomalari ajratiladi. Periferik nerv qobig‘i hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o‘smalar (havfli shvannomalar) – a'zodan tashqari qorin parda orti xavfli o‘smalarining uchinchi eng keng tarqalgan guruhidir. Ular neyroektodermal kelib chiqishga ega bo‘lib, shvannov hujayralari va perinevral fibroblastlardan (neyrofibrosarkomalar) shakllanadi. Boshqa gistologik turlar ancha kam uchraydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

RSNPMSOiRning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 0,4 holatni tashkil etadi va so‘nggi 10 yil davomida barqaror qolmoqda. Bu respublikada ilk bor aniqlangan barcha xavfli yangi hosilalarning 5,2% ni tashkil etadi. 2023 yilda jami 134 nafar bemorda a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari birinchi marta aniqlangan. Ulardan 5,2% holat profilaktik ko‘riklar paytida faol aniqlangan. Morfologik tasdiqlangan holatlar ulushi 92,5% ni tashkil etadi. Birinchi bosqichda 1,5%, ikkinchi bosqichda 44,8%, uchinchi bosqichda 38,8%, to‘rtinchi bosqichda 10,4% bemorda aniqlangan. 4,5% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo‘lmagan. 2025 yil boshiga kelib 504 nafar bemor dispanser nazoratida bo‘lgan, kasallik tarqalish darajasi 1,4 holat/100 ming aholi ni tashkil etgan. Respublika bo‘yicha 5 yillik tirik qolish darajasi 27,2%, bir yillik letallik 24,7% ni tashkil etadi. 2023 yilda a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari sababli 79 bemor vafot etgan, bu esa 100 ming aholiga 0,2 holat ni tashkil etadi.

2) Profilaktika yoki rehabilitasiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) (profilaktologiya, grech. πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi»[38] i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir[39] [40].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [41]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spesifik profilaktikasi ham mavjud[41].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[39] [42] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta‘minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigienik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyasiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [43], me‘moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta‘lim [44] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[45] [46].

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

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi [47][48].

Tibbiy reabilitasiya (manbani yuklab olish uchun havola: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (lot. *rehabilitatio*, tiklash [52]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo‘qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat erkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma‘lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [53] [54] [55].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitasiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [56].

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

2.1. Profilaktika yoki reabilitasiya turlari.

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

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta'sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinseksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi[51]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [51]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [50].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir [50].
3. Ba'zi profilaktika mutaxassisleri "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to‘liq ishlash imkoniyatini yo‘qotgan bemorlarni reabilitasiya qilish bo‘yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o‘z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko‘nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitasiyasiga qaratilgan bo‘ladi [50].

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

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

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

Reabilitasiyaning III bosqichi – reabilitasiya, fizioterapiya, fizioterapiya, refleksologiya, qo‘lda terapiya, psixoterapiya, tibbiy psixologiya bo‘limlarida (kabinetlarda), nutq terapevtining (o‘qituvchi–defektolog) xonalari. ambulatoriya sharoitida, kunduzgi shifoxonalarda, shuningdek uyga boruvchi brigadalar (shu jumladan sanatoriy-kurort tashkilotlari sharoitida) erta va kech reabilitasiya davrlarida, kasallikning qoldiq hodisalari davrida reabilitasiya.

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

A'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalarining birlamchi profilaktikasi

Birlamchi profilaktika – bu kasallik paydo bo‘lish sabablarini bartaraf etish orqali uning oldini olishga qaratilgan choralar tizimi. Bu barcha odamlar uchun onkologik xavfni kamaytirish maqsadida amalga oshiriladigan umumiy tavsiyalar hisoblanadi.

A'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari xavf omillari:

Nur terapiyasi

Tabiiy radiasiya sarkomalarning 5% dan kamini chaqirishi mumkin. Lekin, boshqa xavfli o‘smalar (masalan, ko‘krak bezi saratoni yoki limfoma) davolash uchun qo‘llangan nur terapiyasi natijasida sarkoma rivojlanishi mumkin. Ko‘pincha sarkoma nur terapiyasi qo‘llangan jism qismidan boshlanadi. Nur terapiyasi va sarkoma tashxisi o‘rtasidagi o‘rtacha vaqt taxminan 10 yil.

So‘nggi o‘n yilliklarda nur terapiyasi usullari doimiy takomillashtirildi. Zamonaviy usullar radiasiya oqimini aynan o‘smaga yo‘naltirishga qaratilgan. Shuningdek, shifokorlar obluchenie dozasi uchun minimal xavfli darajada belgilashni o‘rgandilar. Shu sababli, nur terapiyasiga bog‘liq o‘smalar soni kamayishi kutilmoqda. Shu bilan birga, hozirgi kunda nur terapiyasi faqatgina uning foydasi (yashovchanlik darajasini oshirish va hayot sifatini yaxshilash) xavfdan ustun bo‘lgan holatlarda qo‘llaniladi.

O‘sma rivojlanish xavfini oshiradigan irsiy sindromlar

O‘sma rivojlanish xavfini oshiradigan irsiy sindromlar – bu odamlar tug‘ilganidan (ko‘pincha ota-onalardan meros qilib olingan) genetik nuqsonlar (mutasiyalar) bilan bog‘liq kasalliklar bo‘lib, ular ma'lum xavfli o‘sma turlari rivojlanish xavfini oshiradi. Ayrim sindromlar yumshoq to‘qima sarkomasi rivojlanish xavfini oshirishi mumkin. (<https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/causes-risks-prevention/risk-factors.html>);).

Limfa tizimi patologiyalari

Limfa – bu shaffof suyuqlik bo‘lib, immun tizimi hujayralarini o‘z ichiga oladi va limfa tomirlari orqali butun organizm bo‘ylab tashiladi. Ushbu tomirlar limfa tugunlari (kichik, bug‘doy shaklidagi immun hujayralari to‘plami) bilan bog‘langan. Agar limfa tugunlari olib tashlansa yoki nur terapiyasi ta'sirida shikastlansa, limfa suyuqligi to‘planib, shishga sabab bo‘lishi mumkin. Bu holat limfedema deb ataladi. Limfangiosarkoma (limfa tomirlarida rivojlanadigan xavfli o‘σμα) surunkali limfedemaning juda kam uchraydigan asorati hisoblanadi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining ikkinchi darajali profilaktikasi:

Ikkilamchi profilaktika – bu organizmda allaqachon rivojlanayotgan patologik jarayonni to‘xtatish yoki uning kuchayishini oldini olish va xavfli asoratlarning oldini olishga qaratilgan choralardir. Uning asosiy maqsadi – kasallikni erta bosqichda aniqlash va to‘xtatish. Ikkilamchi profilaktika usullariga qorin parda orti sohasini profilaktik tekshirishlar kirib, ayniqsa xavf guruhidagi shaxslar uchun tavsiya etiladi. Bu tekshirishlar quyidagilarni o‘z ichiga oladi: UTT (ultratovush tekshiruvi), MSKT (kəp spiralli kompyuter tomografiyasi), MRT (magnit-rezonans tomografiya).

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining uchlamchii profilaktikasi:

Uchlamchi profilaktika – bu a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalarini o‘tkazgan bemorlarda residiv xavfini kamaytirish va metastazlar yoki boshqa onkologik kasalliklar rivojlanishining oldini olishga qaratilgan choralardir.

Residiv profilaktikasi uchun tavsiyalar:

- Chekish va spirtli ichimliklar iste'molini to‘liq to‘xtatish;
- Immunitetni mustahkamlash;
- O‘tkir infeksiya kasalliklarining oldini olish;
- Reabilitasiya davrida davolovchi shifokorning tavsiyalariga qat'iy rioya qilish.

Barcha bemorlar muntazam profilaktik tekshiruvlardan o‘tadilar:

- Shifokor ko‘rigi;
- Mutaxassis maslahati;
- O‘pka rentgenografiyasi;
- Qonning umumiy va biokimyoviy tahlili;
- UTT, MRT yoki KT (qorin parda orti sohasi, operatsiya o‘tkazilgan hudud).

Tekshiruvlar grafigi:

- Operasiyadan keyingi birinchi 1–2 yil davomida har 3–6 oyda bir marta;
- Keyinchalik har yili bir marta.

3. Profilaktika va dispanser kuzatuv, profilaktika usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.:

Hozirgi kunda a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomasi bilan og'riqan bemorlarni kuzatishning aniq va bir xil davomiylilik va chastotasi bo'yicha yagona fikr mavjud emas. Kuzatuvning asosiy maqsadlari:

- Kasallikning residivini erta aniqlash
- Bemorlarning psixo-ijtimoiy qo‘llab-quvvatlanishini ta'minlash
- A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomasi bo‘lgan bemorlarni tekshirish uchun qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a'zolarining KT har 3–6 oyda bir marta, 2–3 yil davomida, so‘ng 5 yilgacha har 6 oyda bir marta o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Keyingi tekshiruvlar chastotasi individual tarzda belgilanadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

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

3.2. Tibbiy rehabilitasiya, rehabilitasiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.:

Hozirgi vaqtda a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomasi bo'lgan bemorlarning tibbiy rehabilitasiya usullarining aksariyati klinik tadqiqotlarda to'liq o'rganilmagan. Quyidagi tavsiyalar Steffens D. (2018), Stout N.L. (2017), Segal R. (2017) va boshqa mualliflar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar, metaanalizlar va tizimli sharhlar asosida berilgan. Bu tadqiqotlarda turli tibbiy rehabilitasiya usullari funksional tiklanishni jadallashtirishi, operasiyadan keyin stasionarda bo'lish muddatini qisqartirishi, asoratlarni va o'lim holatlari rivojlanish tezligini kamaytirishi ko'rsatilgan. Ushbu samaralar boshqa xil xavfli o'smalarga ega bemorlarda aniqlangan.

4.1. Predreabilitasiya

- Barcha bemorlarga a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomasi bo'yicha davolash fonida funksional tiklanishni tezlashtirish, operasiyadan keyin stasionarda bo'lish muddatini qisqartirish, asoratlarni va o'lim holatlari rivojlanish tezligini kamaytirish maqsadida predreabilitasiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. Predreabilitasiyaga LFK, psixologik va nutritiv qo‘llab-quvvatlash, bemorlarni xabardor qilish kiritiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

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

- Bemorga operatsiyadan 2 hafta oldin jismoniy faollikni oshirish **tavsiya etiladi**. Bu stasionarda bo‘lish muddatini qisqartirish, operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanish xavfini kamaytirish va reabilitasiya davrida hayot sifatini oshirishga yordam beradi [57].

4.2. Jarrohlik davosida reabilitasiya

4.2.1. Reabilitasiyaning birinchi bosqichi

- A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomasi bo‘lgan bemorlarni reabilitasiya qilishda multidissiplinar yondashuv **tavsiya etiladi**. Ushbu yondashuv harakat reabilitasiyasi, psixologik qo‘llab-quvvatlash va mehnat terapiyasi bo‘yicha mutaxassislar (instruktorlar) bilan mashg‘ulotlarni o‘z ichiga oladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>).

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

4.2.2. Reabilitasiyaning ikkinchi bosqichi

- Limfedema paydo bo‘lgan hollarda to‘liq qarshi shishga qarshi terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. Bu quyidagilarni o‘z ichiga oladi: qo‘l yoki oyoq uchun tibbiy massaj (manual limfodrenaj), kompression trikotaj kiyish, LFK mashqlarini bajarish va teri parvarishi [58].

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

4.2.3. Reabilitasiyaning uchinchi bosqichi

- LFK mashqlarini bajarish va ularni bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi**, shu jumladan aerobik yuklamalarni qo‘shish. Bu xavfli o‘smalarni kompleks davolash natijalarini yaxshilaydi va hayot sifatini oshiradi, ayniqsa, qo‘l-oyoq funksiyasi buzilgan hollarda. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28874900/>).

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

- Hayot sifatini yaxshilash, og‘riq sindromi, holsizlik va xavotirni kamaytirish maqsadida tibbiy massaj **tavsiya etiladi**. [59].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

4.3. Kimyo terapiyada reabilitasiya

- Kimyo terapiyasi davomida jismoniy yuklamalarni erta boshlash **tavsiya etiladi**, chunki bu mushaklar holsizligining oldini olish, gipotrofiya va jismoniy yuklamalarga tolerantlik pasayishini kamaytirishga yordam beradi. [60].

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

- Kimyo terapiyasi davomida aerobik yuklamalar **tavsiya etiladi**, chunki ular gemoglobin va eritrositlar darajasini oshiradi, leykopeniya va trombositopeniya

davomiyligini qisqartiradi hamda rejalashtirilgan kimyo terapiya kursini to'liq yakunlash ehtimolini oshiradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

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

Izoh: *Ushbu tavsiya Stout N.L. et al. (2017) va Segal R. et al. (2017) tomonidan o'tkazilgan tizimli sharhlar natijalariga asoslangan bo'lib, ularda jismoniy mashqlarning boshqa xavfli o'smalarga chalingan bemorlarga ta'siri o'rganilgan.*

- Kimyo terapiyasi davomida LFK mashg'ulotlari **tavsiya etiladi**, chunki ular holsizlik va depressiya belgilarini kamaytirishga yordam beradi. LFK ni psixologik qo'llab-quvvatlash bilan birga qo'llash holsizlik va depressiyani tuzatishda faqat dori vositalari bilan davolashga nisbatan samaraliroq hisoblanadi. [61].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

4.4. Nur terapiyada reabilitasiya

- Nur terapiyasi davomida aerobik va kuch mashqlarini o'z ichiga olgan kompleks LFK mashg'ulotlari **tavsiya etiladi**. Bu mushak holsizligini kamaytirish va nur terapiyasi fonida hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1).

4.5. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari bemorlarini ruhiy reabilitasiya tamoyillari

- Qo'llovchi xulq-atvor va ijtimoiy qo'llab-quvvatlashning kombinatsiyalangan ta'siriga erishish **tavsiya etiladi**, chunki bu davolash oldidan shilqim va chetlanuvchi fikrlar sonini kamaytiradi hamda davolashdan bir oy o'tib bemorning psixologik moslashuvini yaxshilaydi. [62].

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

- Bemorlarga ruhiy ta'lim tadbirlari (patologik ruhiy reaksiyalarni o'z-o'zini tashxis qilish usullari, stressga qarshi kurashish usullari, ruhiy reaksiyalar va jismoniy holat o'rtasidagi o'zaro ta'sirni kuzatish zaruriyati haqida ma'lumot berish) va ruhiy qo'llab-quvvatlash **tavsiya etiladi**. Bu usullar stressli holatlarni shaxsiy tajribaga aylantirish mexanizmi sifatida qaralishi mumkin, bu esa bemorning ijtimoiy va psixologik moslashuviga yordam beradi. [63].

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

4. Reabilitasiya bosqichi va ko'lami:

a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bemorlari a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo'lgan onkolog, amdominal onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan

nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o'tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo'lsa. Bemorlarni yiliga bir marta etarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko'rikdan o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bilan og'riqan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o'z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko'tara olishligi monitoringi, virusli kontamizasiya, kasallikning o'zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og'iz gigienasi, me'da-ichak trakti, MIT organlari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bilan og'riqan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro'yxatdan o'tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

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

- 1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:
 - Trombositlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
 - Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
 - Peshob umumiy tahlili;
 - Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
 - Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi;
 - qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolarining multifazali MRT yoki KT tekshiruvi vena ichiga kontrast modda yuborish orqali;
 - Kichik chanoq MRTsi (o'sma kichik chanoqda joylashganda);
 - Kompleks ultratovush tashhislash (jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti sohasi, periferik limfa tugunlari);
 - EKG

Tavsiya ishonchliligi darajasi S (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)

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

- Burun yondosh bo‘shliqlari rentgenografiyasi;
- ko‘krak qafasi MSKTsi;
- bosh va bo‘yinni kontrastlash bilan KTsi;
- Fibroezofagogastroduodenoskopiya ;
- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriya) UZDGsi;
- Bosh miya MRTsi;
- Me‘da, 12 barmoq ichak va me‘da osti bezieni kontrastlash bilan rentgen tekshruvi (juft kontrastlash);
- ExoKG
- Xolter – monitoring EKG

Tavsiya ishonchliligi darajasi S (dalillar ishonchliligi darajasi – 5)

7. Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitasiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari uchun profilaktika va reabilitasiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik residivining yo‘qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo‘qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarining yo‘qligi;
- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang‘ich pozitsiyasiga to‘liq qaytish;
- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog‘lom turmush tarziga rioya qilish, sog‘lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o‘z vaqtida murojaat qilishi;
- a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan xolatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash.

**«A'ZODAN TASHQARI QORIN PARDA ORTI
O'SMALARI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA
PALLIATIV TIBBIY YORDAM MILLIY
KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

KXT-10:	
Kodi	Nomlanishi
C48	– A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari
C48.0	– Qorin parda ortistranstva
C48.1	– Qorin pardaning aniqlashtirilgan qismlari
C48.2	– Qorin pardaning aniqlashtirilmagan qismlari
C48.8	– Yuqorida keltirilgan bitta yoki bir nechta lokalizatsichdan tashqari chiqqan qorin parda orti soha va qorin pardaning zararlanishi
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1262	
KXT-11:	
Kod i	Nomlanishi
2C50-2C5Z	Xavfli o'smalar: qorin parda orti, qorin parda yoki charvida
2C50	Qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C50.0	Qorin parda ortidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C50.Y	Qorin parda orti va qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C50.Z	Aniqlanmagan qorin parda orti va qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51	Qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C51.0	Qorin parda adenokarsinomalari
2C51.1	Qorin pardadagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2C51.Y	Qorin pardadagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C51.Z	Aniqlanmagan qorin pardadagi xavfli o'smalar
2C52	Charvidagi xavfli o'smalar
2C52.0	Charvidagi kistoz, musinoz yoki seroz karsinoma
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2C52.Y	Charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C52.Z	Aniqlanmagan charvidagi xavfli o'smalar
2C53	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2C53.0	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvi adenokarsinomasi

2C53.Y	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'sma
2C53.Z	Bir yoki bir nechta lokalizasiya chegarasidan tashqari tarqalgan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi aniqlanmagan xavfli o'sma
2C5Y	Qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi boshqa aniqlangan xavfli o'smalar
2C5Z	Aniqlanmagan qorin parda orti, qorin parda yoki charvidagi xavfli o'smalar
2F73	Qorin parda ortidagi noma'lum tabiatli o'smalar
2F74	Qorin pardadagi noma'lum tabiatli o'smalar
2D90	Qorin parda ortidagi xavfli o'smaning metastazi
2D91	Qorin pardaga xavfli o'smaning metastazi, xavfli o'smaning boshqa joylarga metastazi
2B59.1	Qorin parda yoki qorin parda orti liposarkomasi
2B58.0	Qorin parda yoki qorin parda orti leyomiosarkomasi
2B5F.1	Boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.10	Charvi miosarkomasi
2B5F.1Y	Boshqa aniqlangan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
2B5F.1Z	Aniqlanmagan, boshqa rubrikalarga kiritilmagan qorin parda va qorin parda orti sarkomasi
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

A'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari – mezodermal, neyrogen va embriogen kelib chiqishiga ega bo'lgan, qorin parda orti sohasida joylashgan xavfli va xavfsiz o'smalar guruhidir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34303806/>).

2) Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola: <https://www.esmo.org/guidelines>)

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalari (AQQPOS) – turli xil biriktiruvchi to'qimalardan rivojlanuvchi va qorin parda orti sohasida joylashuvchi kam uchraydigan xavfli o'smalar turi. Eng keng tarqalgan shakllar qatoriga liposarkoma, leyomiosarkoma

va shvannoma kiradi. ([https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31692-8/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31692-8/fulltext)).

Hozirgi kunga qadar a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining etiologik omillari aniqlanmagan. Liposarkomalar – har xil darajadagi differensiyasiyaga ega bo'lgan o'sma liposidlari/lipoblastlaridan tashkil topgan xavfli mezenximal o'smalardir. Ularning gistogenetik manbai aksariyat hollarda paranefral yog' to'qimasi, yo'g'on yoki ingichka ichak tutqichidagi yog' to'qimasi hisoblanadi. Leyomiosarkomalar – liposarkomalardan keyin a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari orasida ikkinchi o'rinda turadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10993610/>). Ular silliq mushak hujayralaridan shakllanadigan xavfli mezenximal o'smalardir. A'zodan tashqari qorin parda orti lokalizatsiyasiga ko'ra ular ikki gistogenetik manbaga ega: ingichka ichak tutqichining miosidlari va pastki kovak vena hamda uning visseral shoxlarining mushak hujayralari. Shuning uchun a'zodan tashqari qorin parda orti leyomiosarkomalari va pastki kovak vena hamda buyrak venalarining leyomiosarkomalari ajratiladi. Periferik nerv qobig'i hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o'smalar (havfli shvannomalar) – a'zodan tashqari qorin parda orti xavfli o'smalarining uchinchi eng keng tarqalgan guruhidir. Ular neyroektodermal kelib chiqishga ega bo'lib, shvannov hujayralari va perinevral fibroblastlardan (neyrofibrosarkomalar) shakllanadi. Boshqa gistologik turlar ancha kam uchraydi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29846498/>).

RSNPMSOIRning 2023 yildagi statistik ma'lumotlariga ko'ra, a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 0,4 holatni tashkil etadi va so'nggi 10 yil davomida barqaror qolmoqda. Bu respublikada ilk bor aniqlangan barcha xavfli yangi hosilalarning 5,2% ni tashkil etadi. 2023 yilda jami 134 nafar bemorda a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari birinchi marta aniqlangan. Ulardan 5,2% holat profilaktik ko'riklar paytida faol aniqlangan. Morfologik tasdiqlangan holatlar ulushi 92,5% ni tashkil etadi. Birinchi bosqichda 1,5%, ikkinchi bosqichda 44,8%, uchinchi bosqichda 38,8%, to'rtinchi bosqichda 10,4% bemorda aniqlangan. 4,5% holatda kasallik bosqichini aniqlash imkoni bo'lmagan. 2025 yil boshiga kelib 504 nafar bemor dispanser nazoratida bo'lgan, kasallik tarqalish darajasi 1,4 holat/100 ming aholi ni tashkil etgan. Respublika bo'yicha 5 yillik tirik qolish darajasi 27,2%, bir yillik letallik 24,7% ni tashkil etadi. 2023 yilda a'zodan tashqari qorin parda orti o'smalari sababli 79 bemor vafot etgan, bu esa 100 ming aholiga 0,2 holat ni tashkil etadi.

3) Tasnifi

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasi Yumshoq to'qima sarkomalarining xalqaro gistologik klassifikatsiyasiga mos keladi, u Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) mutaxassislari tomonidan ishlab chiqilgan (4-tahrir, 2013 yil) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24378391/>)

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

Hozirgi vaqtda a'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarining bosqichi yumshoq to'qima sarkomalari uchun ishlab chiqilgan TNM stadiyalash tizimi (7-tahrir, 2011) bo'yicha belgilanadi (jadval 10).

Bosqichni aniqlash o'sma hajmi, xavflilik darajasi va uzoq metastazlarning mavjudligi kabi ko'rsatkichlarga asoslanadi.

TNM 7-tahriri (2011) bo'yicha stadiyalash jadvali (jadval 10).

O'sma o'lchami:

T1 – o'sma o'lchami ≤ 5 sm;

T2 – o'sma o'lchami >5 sm;

Joylashish chuqurligi

a – o'sma yuzaki fassiya ustida joylashgan;

b – o'sma yuzaki fassiya ostida joylashgan;

xavflilik darajasi (G):

G1 – past;

G2, G3 – yuqori.

10-jadval. Yumshoq to'qima sarkomalarini TNM tizimi bo'yicha bosqichlash (7-nashr, 2011 y.)

Bosqich	T	N	M	Xavflilik darajasi	O'smaning o'lcham va lokalizatsiyasi
IA	T1a	N0	M0	Past	≤ 5 sm, yuzaki
	T1b	N0	M0	Past	≤ 5 sm, chuqur
IB	T2a	N0	M0	Past	>5 sm, yuzaki
	T2b	N0	M0	Past	>5 sm, chuqur
IIA	T1a	N0	M0	Yuqori	≤ 5 sm, yuzaki
	T1b	N0	M0	Yuqori	≤ 5 sm, chuqur
IIB	T2a	N0	M0	Yuqori	>5 sm, yuzaki
III	T2b	N0	M0	Yuqori	>5 sm, chuqur
	Har qanday T	N1	M0	Har qanday	Har qanday
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1	Har qanday	Har qanday

TNM tizimining 8-tahriri (2016) bo'yicha T1 indeksi o'sma hajmi ≤ 5 sm, T2 – >5 sm, lekin ≤ 10 sm, T3 – >10 sm, lekin ≤ 15 sm, T4 – >15 sm ni anglatadi.

11-jadval. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini TNM (8-tahrir, 2016) tizimi bo'yicha stadiyalash.

Bosqich	T	N	M	Xavflilik darajasi
IA	T1	N0	M0	Past, GX
IB	T2,T3,T4	N0	M0	Past, GX
II	T1	N0	M0	Yuqori
IIIA	T2	N0	M0	Yuqori
IIIB	T3, T4	N0	M0	Yuqori
IIIB	Har qanday T	N1	M0	Har qanday
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1	Har qanday

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

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

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

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

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

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

1) Shikoyatlari va anamnez:

- Qorinda qo'l bilan seziladigan o'smaning mavjudligi
- Qorin og'rig'i – engil, uyqunuvchi noaniq og'riqlardan to kuchli, xurujsimon

og'riqlargacha

- Oshqozon diskomforti – ishtaha yo'qolishi, kekirish, ba'zan qayt qilish, qorin yuqori qismida og'irlik hissi
- Ichak ish faoliyatining buzilishi – qabziyat, ich ketishi, ularning navbatma-navbat almashishi, qorinda g'udullash va shishishi.
- Umumiy holatning o'zgarishi – umumiy behollik, charchoq, zaiflik, vazn yo'qotish, isitma, teri qoplamlarining oqarishi
- Qo'l bilan seziladigan o'smaning mavjudligi

2) Fizikal tekshiruvlar

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari:

- Ko'rik: teri qoplamlarining oqarishi, qorin asimmetriyasi
- Qorinni palpasiya qilish: o'smani palpasiya orqali aniqlash, bu kasallik bosqichi, anatomik o'sish shakli va qorin devori tarangligiga bog'liq
- Qorinni perkussiya qilish: o'sma ustidagi tovushning pasayishi

3) Laborator tekshiruvlar:

Asosiy tekshiruvlar:

- Umumiy qon tahlili – gipoxrom anemiya, EChTning oshishi, leykositoz kuzatiladi
- Axlatda yashirin qon tahlili – yo'g'on ichakka o'sma o'sib kirganda ijobiy reaksiya bo'ladi.
- Koagulogramma – giperkoagulyasiya belgilari kuzatilishi mumkin (hamisha emas)

Qo'shimcha tekshiruvlar: yo'f.

4) Instrumental tekshiruvlar:

- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolarining kontrastli KTsi – o'sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash maqsadida.
- Kichik chanoq a'zolarining MRT (agar o'sma kichik chanoqda joylashgan yoki unga tarqalgan bo'lsa) – o'sma tarqalish darajasini aniqlash maqsadida.
- Ko'krak qafasi a'zolarining KT – o'pkada metastazlarni aniqlash uchun
- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolarining UTTsi
- PET-KT/MRT – kichik chanoq, qorin bo'shlig'i, qorin parda orti, ko'krak qafasi, bosh miya, yumshoq to'qimalar va suyaklardagi o'sma jarayoni tarqalishini, shuningdek,

kichik o'smalar, residivlar va metastazlarni aniqlash uchun eng sezgir va axborotli usullardan biri;

- Punksion biopsiya – keng igna yordamida to'qima namunalarini olish, UTT, KT yoki MRT nazorati ostida o'tkaziladi;
- Insizion biopsiya – yangi hosilaning bir qismini yoki to'qima namunasini olib tashlash, punkсион biopsiya xavfli yoki noaniq natijalar bergan hollarda qo'llaniladi;
- Kolonoskopiya – o'sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash uchun o'tkaziladi;
- FEGDS – o'sma jarayoni tarqalish darajasini aniqlash uchun o'tkaziladi.

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

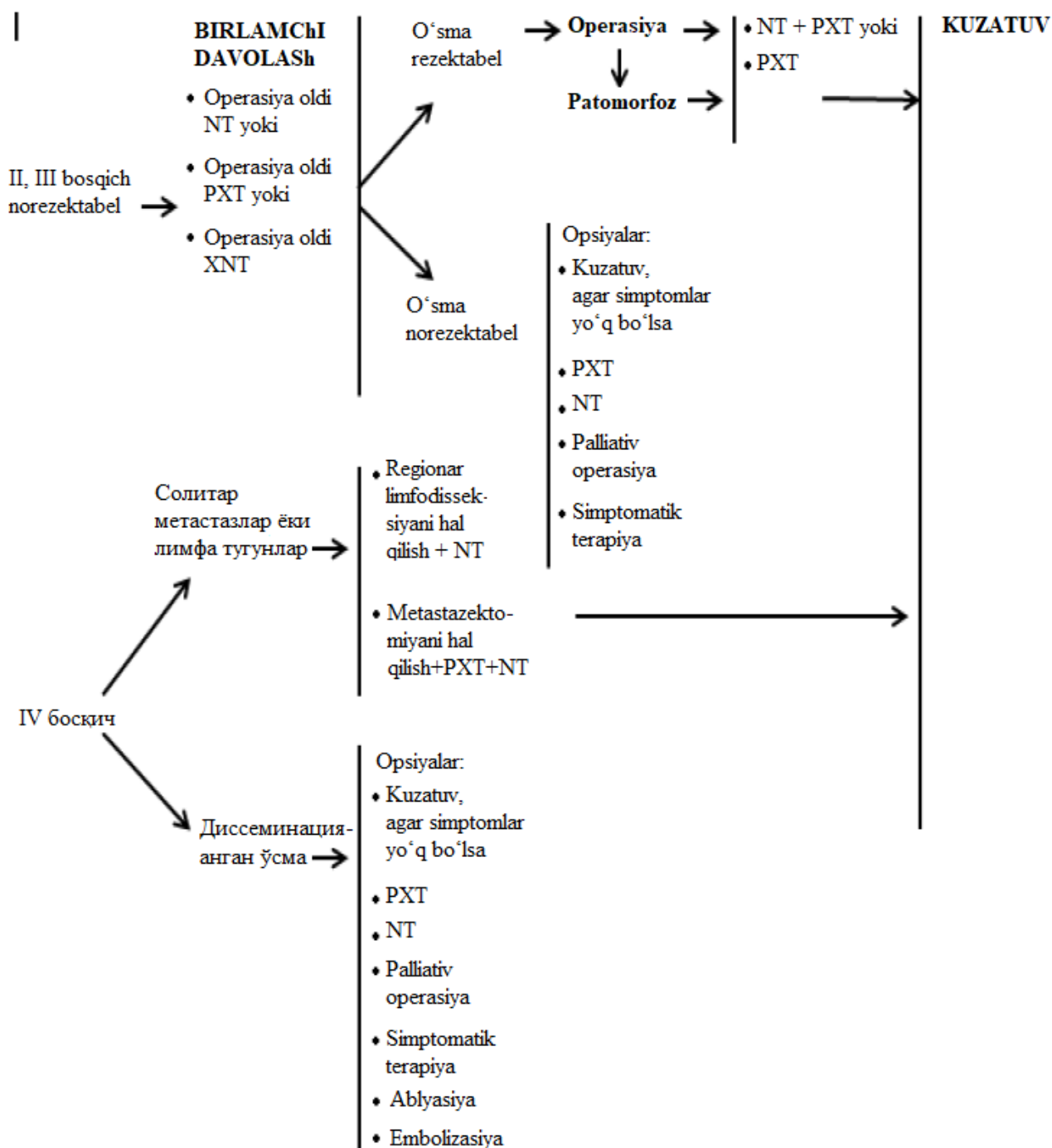
- ✓ Og'riq, qon ketish, mexanik va parenximatoz sariqlik, portal gipertenziya va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini engillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish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

5. Palliativ tibbiy yordam ko'rsatish taktikasi:

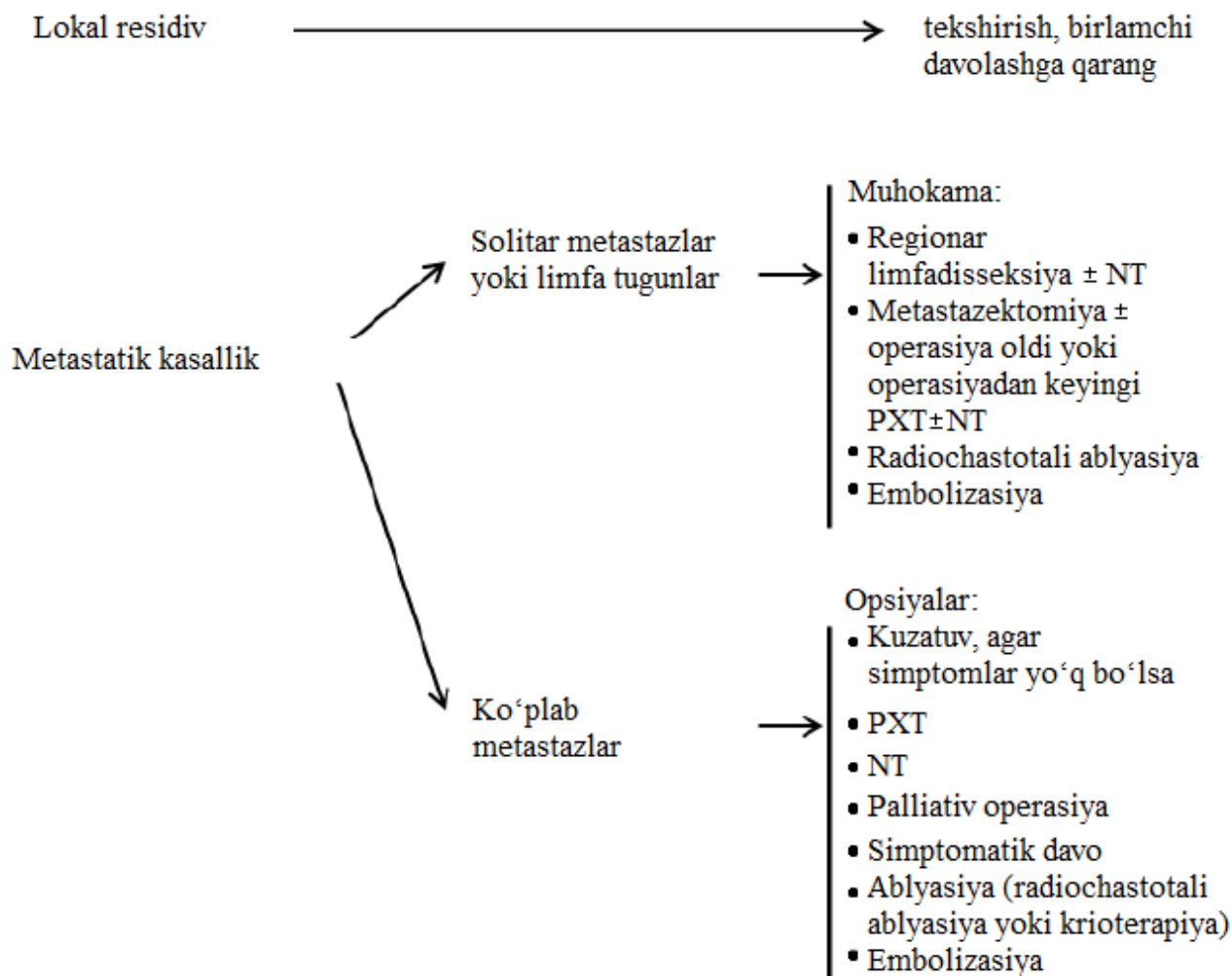
- o'sma o'qog'i va metastazlarni kichraytirish;
- o'sma jarayoni qisman regressiyasi yoki stabilizatsiyasiga erishish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- hayot davomiyligini uzaytirish.

6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorni palliativ yordam ko‘rsatishdagi marshrutizasiyasi:

Qorin parda orti xavfli o'smalarini davolash (mahalliy tarqalgan va metastatik jarayon)



Qorin parda orti xavfli o'smalarini davolash



2) Palliativ nomedikamentoz davo bo'yicha tavsiyalarga kiradi:

- Rejim – konservativ davolash davomida bemorning rejimi umumiy. Erta operatsiyadan keyingi davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (jarrohlik hajmi va hamroh patologiyaga bog'liq holda). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.
- Dieta – jarrohlik davolashdan so'ng №1-stol, keyin №2-stolga o'tish.

Palliativ nur terapiya:

Agar o'smaning rezektabelligi shubhali yoki u neresektabel bo'lsa, SO'D 40–50 Gr bilan klassik fraksiyalashtirish rejimida nur terapiyasi o'tkaziladi.

Nur terapiyasi konvensional (standart) yoki konfromal rejimda statik ko'p maydonli nurlantirish usulida BMO'D 2–2,5–3,0 Gr bilan, umumiy doza 40–60 Gr gacha, o'sma o'sib kirgan hududga yo'naltirilgan holda o'tkaziladi.

Nur terapiyasi jarayonida organizmni nur shikastlanishidan himoya qiluvchi

preparatlar qo‘llash mumkin.

Nurlantirish gamma-terapevtik apparatlar yoki chiziqli tezlatgichlar yordamida amalga oshiriladi.

A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarida palliativ nur terapiyasi prinsiplari

Yuqori residiv chastotasi va nisbatan past uzoq metastazlar chastotasi qorin parda orti noorgan o‘smalarini kompleks davolashda nur terapiyasini qo‘llashni asoslaydi. A'zodan tashqari qorin parda orti sarkomalarini davolashda nur terapiyasining roli hali aniq belgilanmagan. Nur terapiyasi jarrohlik bilan birga operatsiya oldidan va keyingi davrda qo‘llaniladi [29].

• Davolash rejasini tayyorlashda quyidagi nurlantiriladigan hajmlarni aniqlash tavsiya etiladi:

- GTV (gross tumor volume) – aniqlangan o‘sma hajmi: asosiy o‘sma o‘chog‘i;
- CTV (clinical tumor volume) – klinik o‘sma tarqalish sohasi;
- GTV + 2–3 sm chegara (fassiylar, suyaklar va havo bundan mustasno);
- PTV (planned treatment volume) – qo‘llashdagi xato ehtimolini hisobga olgan nurlantiriladigan hajm;
- CTV + 0,5–1,0 sm chegara.

3D CRT usulida nur terapiyasi o‘tkazilganda old-orqa va qiya maydonlar ishlatiladi.

• Texnik imkoniyatlar mavjud bo‘lsa, barcha bemorlarda IMRT usulida konformal nur terapiyasi o‘tkazish tavsiya etiladi. Tanafi xavfi yuqori bo‘lgan a'zo – ingichka ichak. Razovaya ochagovaya doza (ROD) 1,8–2,0 Gr, summarnaya ochagovaya doza (SOD) 45,0–50,4 Gr.

• Agar o‘sma qorin bo‘shlig‘ining yuqori qismlarida joylashgan bo‘lsa, nafas olish harakatlari nazorati ostida davolash tavsiya etiladi.

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

Transfuzion qo‘llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko‘rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko‘rinishlar bilan belgilanadi.
- Ko‘rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo‘lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo‘llaniladi.

- Transfuziyalarga ko‘rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog‘liq – keyingi bir necha kun ichida ko‘rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrositar massa/aralashma:

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

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

Trombositlar konsentrati:

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

Yangi muzlatilgan plazma:

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

3) Palliativ medikamentoz davo

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

Neyroendokrin o‘smalar kimyo terapiyasi:

Kimyo terapiya jarrohlik davosi mumkin bo‘lmaganda, sitoreduktiv jarrohlik amaliyotlaridan so‘ng buyuriladi.

Faoliyatdagi NEO‘ G1-G3: somatostatin analoglari (simptomatik terapiya):

Oktreotid 0,1 mg t/o, kuniga 3 marta qisqa muddat davomida (taxminan 2 hafta) uning samaradorligi va umumiy bardoshlilikini baholash maqsadida qo‘llaniladi, so‘ng oktreotid LAR 20 mg v/m har 28 kunda bir marta yuboriladi.

Agar 3 oy davomida klinik belgilar va kasallikning biologik markerlari ustidan etarli nazorat ta‘minlansa – oktreotid LAR 10 mg v/m har 28 kunda bir marta yuboriladi.

Agar 3 oy davomida klinik belgilari va biologik markerlari ustidan faqat qisman nazorat ta‘minlansa – oktreotid LAR 30 mg v/m har 4 haftada bir marta yuboriladi.

Tarqalgan neyroendokrin o‘smalar (yo‘g‘on ichak yoki birinchi o‘sma lokalizatsiyasi noma‘lum hollarda) – oktreotid LAR 30 mg v/m har 28 kunda bir marta, kasallik progressiyasigacha qo‘llaniladi.

Faoliyati yo‘q NEO‘:

Ki67<2-10%, G1/G2:

- somatostatin analoglari;
- α -IFN;
- Everolimus 10mg ichishga har kuni progressiyalanishgacha;
- Everolimus 10mg ichishga har kuni Oktreotid LAR bilan kombinatsiyada 28 kunda 1 marta, progressiyalanishgacha Ki 67 3-20%, G1/G2:
- Ftorurasil + Everolimus;
- Temozolomid + Kapesitabin;

- somatostatin analoglari. Ki67>20%, G3:
- karboplatin / sisplatin + etopozid;
- temozolomid + bevasizumab;
- somatostatin analoglari.

Gastrointestinal stromal o'smalarni (GIST) dori bilan davolash bo'yicha amaliyo tavsiyalar

Residiv yoki metastatik kasallikda norezektabel o'smalarni davolash.

Terapiyaning birinchi liniyasi

Norezektabel o'smalar, residiv yoki metastatik kasallik holatida asosiy davolash usuli – targetli terapiya bo'lib, imatinib 400 mg kuniga tavsiya etiladi. Agar KIT geni 9-ekzonida mutasiya aniqlansa, imatinib 800 mg kuniga tavsiya etiladi (bu progressiyagacha bo'lgan vaqtni uzaytirishi aniqlangan, lekin umumiy yashovchanlik ko'rsatkichlariga statistik ahamiyatli ta'sir ko'rsatmaydi). Agar imatinib 400 mg kuniga qabul qilingan holda kasallik progressiyasi kuzatilsa, doza 800 mg kuniga oshirilishi tavsiya etiladi. Agar boshlang'ich holatda o'sma norezektabel bo'lgan bo'lsa va terapiya natijasida ijobiy samaraga erishilsa, davolash boshlanganidan 6–12 oy o'tib radikal jarrohlik imkoniyatini baholash maqsadga muvofiq.

Terapiyaning ikkinchi liniyasi:

Agar kasallik imatinib qabul qilingan holda progressiya qilsa (400 mg dan 800 mg gacha dozani oshirgandan keyin), imatinibni o'zlashtira olmaslik yoki birlamchi rezistentlik kuzatilsa, sunitinib terapiyasi tavsiya etiladi: 50 mg kuniga, 4 hafta davomida, so'ng 2 haftalik tanaffus. Agar kuchli nojo'ya ta'sirlar kuzatilsa, doza 37,5 mg kuniga tushirilishi mumkin.

Qorin parda orti sohasi sarkomalari

Tarqalgan o'sma jarayoni –III–IV bosqichlar:

Kimyo terapiyasi sarkomalarda disseminasiyalangan jarayonni davolashning asosiy usuli hisoblanadi. Eng ko'p qo'llaniladigan preparatlar doksorubisin, ifosfamid va dakarbazindir. Birlamchi liniya uchun disseminasiyalangan sarkomalarni kimyo terapiyasida standart rejim – doksorubisin + ifosfamid kombinasiyasidir. 65 yoshdan katta bemorlar uchun tanlov usuli antrasiklinlar bilan monoterapiya hisoblanadi. Agar bemorning umumiy holati yaxshi bo'lsa, kombinasiyalangan kimyo terapiyasi afzalroq,

ayniqsa, o'sma javob reaksiyasi kuchli bo'lishi kutilayotganda. Yuzaki angiosarkomalarda alternativa sifatida taksanlar tavsiya etiladi, chunki ular ushbu gistologik turda yuqori xavfli o'smaga qarshi faollikni namoyon etgan. Paklitaksel mahalliy tarqalgan angiosarkomalarni, xususan, Styuart-Trivs sindromi bilan bog'liq holatlarni davolashda yuqori samaradorlik ko'rsatgan.

Liposarkoma, leyomiosarkoma, sinovial sarkoma va ekstraossal Yuing sarkomasi davolashda ikkinchi yoki undan keyingi liniya sifatida trabektedin qo'llanishi mumkin. Ikkinchi va undan keyingi liniyalar uchun, liposarkoma va GIST dan tashqari, aksariyat gistologik turlar uchun pazopanib qo'llanilishi mumkin. Liposarkoma uchun eribulin qo'llash mumkin. Gemsitabin leyomiosarkoma davolashda yagona xavfli o'smaga qarshi agent sifatida samarali ekanini ko'rsatgan. Dakarbazin ikkinchi liniya kimyo terapiyasi sifatida ayrim xavfli o'smalarga, ehtimol, ayniqsa leyomiosarkomada samarali bo'lishi mumkin. Pazopanib ikkinchi va undan keyingi liniyalarda aksariyat gistologik turlar uchun qo'llanadi, ammo kimyo terapiyasiga rezistent gistotiplar (alveolyar sarkoma, yorug' hujayrali sarkoma, solitar fibroz o'sma / gemangioendotelioma) uchun birlamchi liniya sifatida qo'llash tavsiya etiladi.

Kombinasiyalangan davolash bosqichini yakunlagan bemorlarda dinamik kuzatuv birinchi 2 yil davomida har 3 oyda bir marta, so'ng 5 yilgacha har 6 oyda bir marta o'tkaziladi.

Sarkomalarni kimyo terapiyasi rejimlari, monoterapiya:

- Doksorubisin 30 mg/m², v/i, 1-kundan 3-kungacha;
- Doksorubisin 60–75 mg/m², v/i, har 3 haftada bir marta;
- Ifosfamid 1,6–2,5 g/m²/sut, 5 kun davomida, uroprotektor Mesna bilan (ifosfamid dozasi 20% + 100% hajmida bir vaqtning o'zida);
- Gemsitabin 1200 mg/m², ≥120 minut davomida, 1- va 8-kunlarda, har 21 kunda bir marta, belgilangan infuziya tezligida (faqat bachadon leyomiosarkomasi uchun, agar GemTax rejimi ishlatilmasa);
- Trabektedin 1,5 mg/m², v/i, 24 soatlik infuziya ko'rinishida, har 21 kunda bir marta, ikkinchi liniya sifatida liposarkoma, leyomiosarkoma, sinovial sarkoma va Yuing sarkomasining ekstraossal shakllarini davolashda;
- Pazopanib 800 mg per os har kuni, ikkinchi liniya sifatida yumshoq to'qima sarkomalarni (SMT) liposarkoma va GIST dan tashqari davolashda, samaradorlikni baholash qabul boshlanganidan 2 oy o'tib amalga oshiriladi.

Poliximioterapiya:

- **AI:**

- doksorubisin 75 mg/m², 72-soatlik infuziya ko‘rinishida;
- ifosfamid 2,5 gr/m², v/i 3 soatlik infuziya ko‘rinishida, v1-chi–4-chi kunlar;
- mesna 500mg/m², 1-chi kun ifosfamid bilan birgalikda, so‘ngra 1500 mg/m² 24-soatlik infuziya ko‘rinishida 4 kun davomida;
- filgrastim t/o 5-chidan–15-chi kungacha yoki neytrofillar darajasi tiklangunga qadar. Interval 3 hafta.

- **MAID:**

- mesna OD 8000 mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida (2000mg/m²/sutka, 4 kun);
- doksorubisin 60mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida v/i;
- ifosfamid 6000mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida va 2000 mg/m² v/i 4-soatlik infuziya shaklida 1-chi-3-chi kunlar;
- dakarbazin 900 mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida, doksorubisin bilan birga eritilgan;

Interval 3–4 hafta.

- **ADIC:**

- doksorubisin 90mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida v/i;
- dakarbazin 900mg/m² 96-soatlik infuziya shaklida, doksorubisin bilan birga eritilgan.

Interval 3–4 hafta.

Rabdomiosarkomada kimyo terapiya rejimlari:

- **VAI:**

- vinkristin OD2 mg 1-chi kun;
- doksorubisin 75 mg/m² 72-soatlik infuziya shaklida;
- ifosfamid 2,5 gr/m² v/i 3 soatlik infuziya ko‘rinishida 1-chi-4-chi kunlar;
- mesna 500 mg/m² 1-chi kun ifosfamid bilan birgalikda, so‘ngra –1500mg/m² 24-soatlik infuziya ko‘rinishida 4 kun davomida;
- filgrastim t/o 5-chi-15-chi kunlar yoki neytrofillar darajasi tiklangunga qadar. Interval – 3 hafta.

- **VAC:**

- vinkristin 2mg/m², 1-chi va 8-chi kunlar v/i, interval – 5 hafta;

- daktinomisin* 0,5mg/m², 1-chi, 2-chi, 3-chi, 4-chi,5-chi kunlar (har 3 oyda takrorlanadi, 5 kursgacha);
- siklofosfamid 300 mg/m², har kuni 7-kun davomida har 6 haftada.

• **VAdriaC:**

- vinkristin 1,5mg/m², 1-chi,8-chi,15-chi kunlar dastlabki 2 kurs davomida, keyinchalik faqat 1-chi kun;
- doksorubisin 60 mg/m², 48-soatlik infuziya ko‘rinishida;
- siklofosfamid 600 mg/m², 2 kun davomida. Interval – 3 hafta.

keyinchalik:

- ifosfamid 1800 m/m² + mesna 5 kun davomida;
- etopozid 100mg/m² v 1-chi– 5-chi kunlar. Interval– 3 hafta.

• **Target preparatlar:**

- imatinib kuniga 400mg dan ichishga doimiy, agressivo fibromatozni davolash uchun.

Yuqori darajada mutasion yuklamali sarkomalar (TMB-H (≥10 mutations/megabase) Tumors) – immunoterapiya:

- Pembrolizumab 200 mg har 3 hafta yoki 400 mg har 6 hafta – davolash davomiyligini multidissiplinar guruh belgilaydi.
- Nivolumab + ipilimumab*: nivolumab 240 mg v/i tomch. har 2 haftada, ipilimumab* 1 mg/kg v/i tomch. har 6 haftada (ipilimumab* yuborish 4 tadan oshmasin).*

*- O‘zbekiston Respublikasida sarkomalarni davolashda immunoterapiya uchun rasmiy tasdiqlangan ko‘rsatmalar mavjud emas.

12-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lganlar):

Dori guruhi	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
O‘smaga qarshi antibiotiklar – antrasiklinlar	Doksorubisin	75 mg/m ² , v/i 1-4 kunlar	A
Alkillovchi agentlar– xloretilaminlar	Ifosfamid	2,5 gr/m ² , v/i 1-4 kunlar	A
Antimetabolitlar –sitidin analoglari.	Gemsitabin	90 mg/ m ² ,v/i 1 i 8 kunlar	A
O‘simlik kelib chiqishli alkaloidlar va byuoshqa tabiiy kelib chiqishli	Trabektidin	1,5 mg/ m ² ,v/i 3 haftada 1 marta	A

preparatlar, mikronaychali ingibitorlar			
Akrolein antidoti	Mesna	100-120% ifosfamid dozasiga, v/i	A
Alkillovchi agentlar – triazinlar	Dakarbazin	750 mg/m ² summar v/i, uzluksiz infuziya 72 ch	A
Alkillovchi agentlar – xloretilaminlar	Siklofosfamid	300 mg/ m ² , v/i 1 kun	A
Topoizomeraza 11 ingibitorlari	Etopozid	100 mg/m ² , v/i 1-3 kunlar	A
Barvink alkaloidi	Vinkristin	1,5 mg/m ² ,v/i 1 kun	B
Somatostatin analogi	Oktreotid	0,1 mg t/o, sutkada 3 marta, 2 hafta	B
Immunodepressant, proliferativ signal o‘tkazish ingibitori	Everolimus	10mg ichishga har kuni progressiyalanishgach a	A
Antimetabolit	Ftorurasil	400 mg/ m ² v/i; 2400 mg/m ² v/i	A
Alkillovchi birikma	Temozolomid	150 mg/ m ² ichishga	A
Alkillovchi agentlar – platinaning kompleks birikmalari	Karboplatin	AUC 5 v/i 1 kun	B
	Sisplatin	75 mg/ m ² v/i 1 kun	B
O‘shish omillari va ularning reseptorlariga monoklonal antitanalar	Bevasizumab	5-7,5 mg/kg v/i 3 haftada 1 marta	A
Mikronaycha ingibitorlari – taksanlar	Paklitaksel	80 mg/ m ² v/i 1 kun	A
Pirimidin ingibitorlari – ftorpirimidinlar	Kapesitabin	2500 mg/ m ² ichishga 1-14 kunlar	A
Proteinkinaza ingibitori	Pazopanib	800 mg kuniga 1 marta, ichishga	A
Yuklash (havola)	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-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (100% adn kam qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lganlar):

Dori guruhi	Dori vositasining HPN	Qo‘llash usuli	ID
BCR-ABL tirozinkinaza ingibitori	Imatinib	400 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Sunitinib	37,5 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, hujayra ichi tirozinkinazaning selektiv va qaytar ingibitori	Lapatinib	1250 mg ichishga har kuni	A
O‘smaga qarshi vosita, proteintirozinkinaza ingibitori	Dazatinib	100 mg ichishga	A
Monoklonal antitana	Denosumab	120 mg har 4 haftada t/o	B
Immunoonkologik preparat, PD-1 ingibitori, gumanizasiyalangan monoklonal antitana	Pembrolizumab	200mg 3 haftada 1ki 400mg har 6 haftada	A
Immunoonkologik preparat, gumanizasiyalangan monoklonal antitana	Nivolyumab*	nivolumab 240 mg v/i har 2 haftada	A
Immunoonkologik preparat, gumanizasiyalangan monoklonal antitana	Ipilimumab*	1 mg/kg v/i har 6 haftada (yuborilishi 4 tadan ko‘p bo‘lmasin)	B
Galixondrin guruhi o‘smaga qarshi vositasi, mikrotrubochek notaksan	Eribulin	1.4 mg/m ² 21 kunlik siklning 1-chi va 8-chi kunlari	A

qator mikronaychalar dinamikasi ingibitori			
O‘smaga qarshi antibiotiklar aktinomisinlar	Daktinomisin*	0,5 mg/ m ² , v/i 1-5 kunlar	B
KSF	Epoetinalfa	40 ming MEhaftada 3 marta, ko‘rsatmalarga ko‘ra 1 oy davomida, teri ostiga, vena ichiga	C
KSF	Darbopoetin alfa	2,25mkg/m ² 7 kunda 1 marta, har 9 haftada, teri ostiga	C
KSF	Filgrastim	30 mln ED, har kuni ko‘rsatmalarga ko‘ra, teri ostiga	C
Yuklash (havola)	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. Jarrohlik davosi. yo‘q

- A'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalarini palliativ davolash maqsadi – sitoreduktiv o‘smanni olib tashlash yoki o‘smadan biopsiya olish, keyingi konservativ terapiyani o‘tkazish uchun.

- Agar ichak yo‘li o‘tmasligi rivojlansa, hayotiy ko‘rsatmalar bo‘yicha entero yoki kolostoma shakllantirish orqali ichak yo‘li o‘tmasligining oldini olish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi o‘tkazilishi mumkin.

7. Keyingi davolash:

Katta yoshdagi bemorlarda, agar a'zodan tashqari qorin parda orti o‘smalari bo‘yicha palliativ sistemaviy terapiyani davom ettirish uchun qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, onkolog nazorati ostida dispanser kuzatuv va og‘riq qoldiruvchi (zarur holda narkotik) hamda simptomatik terapiya o‘tkazish tavsiya etiladi. [3].

Qonning umumiy tahlili (QUT) va biokimyoviy tahlil zaruriyat bo‘yicha yoki ichki a'zolar funksiyasi buzilish belgilar mavjud bo‘lganda o‘tkaziladi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar klinik ko‘rsatmalarga asosan bajariladi: Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi, Periferik limfa tugunlari UTT, Qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq UTT

(OBP, PMT), Ko'krak qafasi ko'p spiralli KT (MSKT), Kontrastli ko'p spiralli KT yoki MRT (OBP, kichik chanoq). PET-KT agar palliativ terapiyadan keyin remissiya kuzatilsa yoki kasallikning progressiyasi/residiviga shubha tug'ilsa o'tkaziladi.

Kuzatuv rejimi:

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

Tekshiruvlar ko'lami:

- fizikal;
- laborator – QUT, QBT, PUT, koagulogramma;

Asosiy:

KT s kontrastirovaniem/ organov bryushnoy polosti, zabryushinnogo prostranstva;

MRT organov malogo taza (pri lokalizatsii/rasprostraneni v malom taz);

KT OGK

Qo'shimcha:

PET-KT/MRT (ko'rsatmalarga ko'ra, 6 oyda 1 marta).

Qorin bo'shlig'i a'zolari va qorin parda orti UTTsi

Boshqa tekshiruv usullari (FEGDS, FKS va boshq.) va mutahassislar ko'riklari (ginekolog, urolog va boshq.) ko'rsatmalar asosida.

8. Palliativ davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

- Qoniqarli holat – asoratlar yo'qligi va operatsiyadan keyingi yaraning tuzalishi sharti bilan.
- Klinik va/yoki vizualizatsiya usullari orqali aniqlangan holatda kasallik progressiyasi belgilari yo'qligi, shuningdek, bemor hayot sifati yaxshilanishi.
- "O'smaning javobi" – davolashdan keyin o'smaning regressiyasi.
 - **To'liq samara** – barcha zararlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida yo'qolishi.
 - **Qisman samara** – barcha yoki ayrim o'smalar hajmining 50% yoki undan ko'proq kamayishi, boshqa o'choqlarda progressiya bo'lmasligi.
 - **Stabilizatsiya** – o'smaning hajmi 50% dan kam kamayishi yoki 25% dan oshmasligi, yangi o'choqlar paydo bo'lmasligi.

- **Progressiya** – bir yoki bir nechta o‘smalar hajmining 25% dan ortiq o‘sishi yoki yangi o‘choqlar paydo bo‘lishi (ishonchlilik darajasi – A).
- Uch yillik va besh yillik residivsiz yashovchanlik.
- Hayot sifati – bemorning jismoniy holatidan tashqari, uning psixologik, emosional va ijtimoiy faoliyatini ham o‘z ichiga oladi.

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

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

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

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

Tip: baholash shkalasi

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

Tarkibi:

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

Karnovskiy shkalasi

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

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

Tip: baholash shkalasi.

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

Tarkibi (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

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

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

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

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

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

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

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

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

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

10. Qo'llanilgan adabiyotlar ro'yhati

1. 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 полой 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-STSS 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 Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9. \(Текст в электронном виде \[Архивная копия\]\(#\) от 26 января 2021 на \[Wayback Machine\]\(#\) на сайте *monographies.ru*\)](#)
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. Беяев А.М., Чулкова В.А., Семглазова Т.Ю., Рогачев М.В. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. СПб.: Любавич, 2017.

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