

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
№180 sonli buyrug‘iga
ilova

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

**"TERI MELANOMASI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

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



_____ 2025 yil

"TERI MELANOMASI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

Mundarija

"TERI MELANOMASI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	54
«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	71
«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	94

**"TERI MELANOMASI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotasiya. C43 - teri melanomasi bo'yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq teri melanomasini 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.

Teri melanomasi 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:**

XKT-10:	
Kod	Nomlanishi
C43	– Teri xavfli melanomasi
C43.1	– Qovoq terisi
C43.2	– Quloq supراسi terisi
C43.3	– Yuzning boshqa qismlari terisi
C43.4	– Bosh va bo'yinning sochli qismi terisi
C43.5	– Tana terisi
C43.6	– Qo'llarning terisi
C43.7	– Oyoqlarning terisi
C43.8	– terining kombinirlangan shikastlanishi
C43.9	– Teri, QAS
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1214	
XKT-11:	
Kod	Nomlanishi
2C30	Teri melanomasi
2C30.0	Yuzasidan tarqaluvchi melanoma, birlamchi
2C30.1	Tugunsimon melanoma, birlamchi
2C30.2	Xavfli lentigo-melanoma, birlamchi
2C30.3	Akral lentiginoz melanoma, birlamchi
2C30.Y	Boshqa aniqlangan teri melomasi
2C30.Z	Aniqlanmagan teri melanomasi

2E63	Melanoma in situ
XH9KY6	Xavfli lentigo
XH3XX3	Melanoma in situ
XH41F9	QAS – saratongacha melanoz
XH9L11	Akral melanoma
XH3TK1	Amelanotik melanoma
XH8TE3	Ballon hujayrali melanoma
XH1P36	Desmoplastik amelanotik melanoma
XH1Z15	QAS – desmoplastik melanoma
XH9NL4	Xavfli lentigo melanoma
XH5L25	Gigant tug‘ma nevusdan kelib chiqqan xavfli melanoma
XH23B1	Chegaraviy nevusdagi xavfli melanoma
XH7L76	Saratongacha melanozdagi xavfli melanoma
XH6XP3	Residivga moyil xavfli melanoma
XH1BP7	Meningeal melanomatoz
XH5QP3	Shilliq qavatlar lentiginoz melomasi
XH5F94	Neyrotrop xavfli melanoma
XH4QG5	Tugunsimon melanoma
XH08X7	Yuzaga tarqaluvchi melanoma
XH4846	QAS – xavfli melanoma
XH25M1	QAS – urchuqsimon hujayrali melanoma
XH8HA2	Aralash epitelioid va urchuqsimon hujayrali melanoma
XH0QL5	Epitelioid hujayrali melanoma
XH5KW3	Urchuqsimon hujayrali melanoma, A turi
XH5YE7	Urchuqsimon hujayrali melanoma, B turi
XH1G74	Havfli havorang nevus
XH7JW1	Quyosh nuridan kam shikastlangan melanoma
XH8DS3	Shpis xavfli o‘smasi
XH3DN1	Meningeal melanoma
XH8681	Nevusga o‘xshash melanoma
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171	

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

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

1. Gofur-Oxunov Mirza-Ali Aliyarovich – t.f.d., professor, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiy xodimlar kasbiy malakasini rivojlantirish markazining “Onkologiya va UTT kursi” kafedrasini mudiri.
2. Abdulkarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d., RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi rahbari.
3. Davletov Rasulbek Raximberdievich – RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi mudiri;
4. Sadriddinov Shukurulla Azadovich – RIOvaRIATM tayanch-harakat tizimi o‘smalari jarrohligi bo‘limi etakchi mutahassisi;

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Muxamedaminov Shuxrat Karimovich – t.f.d., O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tibbiy xodimlar kasbiy malakasini rivojlantirish markazining “Onkologiya va UTT kursi” kafedrasini professori.

Horijdan:

Musaev Elmar Rasimovich – 62-Moskva shahar onkologiya kasalxonasining suyak va yumshoq to‘qimalar shishlari ilmiy-amaliy markazi rahbari, Rossiya Fanlar akademiyasining a‘zosi-korrespondenti, tibbiyot fanlari doktori;

- **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 gospitali tashqi aloqalar departamenti professori.

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

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash 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:

QAS	–	Qo‘shimcha aniqlashtirilshlarsiz
QPA	–	Qorin parda orti
SRX	–	stereotaksik radioxirurgiya
SRT	–	stereotaksik radioterapiya
AJCC	–	Amerika saraton birlashgan qo‘mitasi
CTCAE	–	Noqulay effektlar umumiy terminologik mezonlari
ECOG	–	Sharqiy onkologlar birlashgan guruhi
MARK	–	mitogen-faollashtiruvchi proteinkinaz yo‘li
RECIST	–	Solid o‘smalarning terapiyaga javobi mezonlari
UICC	–	Saratonga qarshi kurash halqaro ittifoqi
MKA	–	monoklonal antitanalar (ATX-tasnifi kodi: L01XS)
ALT	–	alanintransaminaza
APTV	–	aktivirov parsial (qisman) tromboplastin vaqti
AST	–	aspartattransminaza;
v/i	–	Vena ichiga
t/o	–	Teri ostiga
m/o	–	Mushak orasiga
PSYa	–	Progressiyasiz yashovchanlik

OIV	– Odam immuntanqis virusi
JSST	– Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
GR	– Grey
DNT	– Distansion nur terapiya
ED	– Birlik
MIT	– Me‘da ichak trakti
IGX	– immunogistoximiya
KT	– Kompyuter tomografiya
LDG	– laktatdegidrogenaza
NT	– nur terapiya
mg	– Milligramm
ml	– Millilitr
MRT	– Magnit-rezonans tomografiya
MSKT	– Multispiral kompyuter tomografiya
mts	– Metastazlar
PKV	– Pastki kavak vena
QUT	– Qon umumiy tahlili
PUT	– Peshob umumiy tahlili
KQA	– Ko‘krak qafasi a‘zolari
QBA	– Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari
PET-KT	– pozitron-emission kompyuter tomografiya
t/o	– Teri ostiga
RKT	– Randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar
BMOD	– Bir martalik o‘choqli doza
SO‘D	– Summar-o‘choqli doza
EChT	– Eritrositlarni cho‘kish tezligi
ID	– Ibotlanganlik darajasi
UTDG	– Ultra tovush doplerografiya
UTT	– Ultratovush tekshiruv
XNT	– ximio-nur terapiya

XT	–	Ximioterapiya
EKG	–	Elektrokardiogramma
EFGDS	–	Ezofagofibrogastroduodenoskopiya
ExoKG	–	Exokardiografiya
per os	–	Peroral
RW	–	Vasserman reaksiyasi
TNM	–	Tumor Nodus Metastasis (xavfli o‘smalarni bosqichlashning xalqaro tasnifi)

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Tayanch-harakat tizimi onkojarrohlari;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Dermatovenerologlar;
- Kosmetologlar;
- Kimyo terapevtlar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Tez tibbiy yordam shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.

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

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

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

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o‘tkaziladigan 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 ko'rib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Ma'lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

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

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

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

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

2. Asosiy qism.

- Kirish

Teri melanomasi – neyroektodermal kelib chiqishli, melanositlar (pigment hujayralari)dan rivojlanuvchi xavfli o‘smadir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Ayrim hollarda, uzoq metastazlar mavjud bo‘lganda, teridagi (yoki boshqa a‘zoldagi) birlamchi o‘choq aniqlanmasligi mumkin. Bu holat spontan regressiya (birlamchi o‘smaning o‘z-o‘zidan yo‘qolishi) yoki morfologik tekshiruvsiz tibbiy yoki kosmetik manipulyasiya vaqtida o‘choqning olib tashlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bunday holat "birlamchi o‘choq aniqlanmagan melanoma metastazlari" deb atalishi kerak. Shuni hisobga olish kerakki, melanositlar normal holatda bir qator a‘zolda uchraydi (oshqozon-ichak trakti, jinsiy a‘zolar shilliq pardasi, miya pardalari, ko‘zning tomirli pardasi va boshqalar). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), birlamchi o‘sma (melanoma) mazkur a‘zolarining istalganida rivojlanishi mumkin. Bunday holatda, o‘sma joylashgan a‘zoga mos ravishda nomlanadi, masalan: ichak shilliq pardasi melanomasi (masalan, yonbosh ichak shilliq pardasi melanomasi), ko‘zning tomirli pardasi melanomasi.

- Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16)

Xalqaro Saratonni O‘rganish Agentligi (IARC) – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda jami 331 722 ta teri melanomasi holati aniqlangan va 58 667 nafar inson ushbu kasallikdan vafot etgan

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16).

Melanoma rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Teri melanomasining sporadik (irsiy bo‘lmagan) shakllari uchun eng muhim xavf omillari – ultrabinafsha (UB) nurlanishining ta'siri, ayniqsa: UB-V (290–320 nm to‘lqin uzunligi), UB-A (320–400 nm to‘lqin uzunligi). Shu bilan birga, odamlarning teri ultrabinafsha ta'siriga sezgirligi turlicha bo‘lib, 6 turga ajratiladi: 1 va 2-turlar eng yuqori sezgirlikka ega (kuyosh ta'sirida qo‘lda quyosh kuyishi ehtimoli yuqori). 5 va 6-turlar esa eng past sezgirlikka ega (quyosh ta'sirida kuyish xavfi juda kam) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Boshqa xavf omillari quyidagilarni o‘z ichiga oladi: 10 dan ortiq displastik nevuslar mavjudligi; 100 dan ortiq oddiy (so‘nggi hayot davrida paydo bo‘lgan) nevuslar mavjudligi; jigarrang sochlar (odatda, I fototip teriga bog‘liq); bolalik davrida kuchli va davriy ravishda takrorlanib turadigan quyosh nuri ta'siri (quyosh kuyishlari) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Epidemiologik ma'lumotlarga ko‘ra, ultrabinafsha nurlanishi bilan bog‘liq melanoma xavfi eng yuqori darajada qisqa muddatli, lekin kuchli quyosh ta'siriga uchragan va bolalikda quyosh kuyishlarini boshdan kechirgan shaxslarda kuzatiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Qo‘shimcha xavf omillari quyidagilarni o‘z ichiga oladi: umumiy tananing 5% yoki undan ortiq maydonini egallagan gigant yoki

katta tugʻma nevus mavjudligi; oilada teri melanomasi tarixi (irsiy moyillik); bemorning shaxsiy anamnezida teri melanomasi boʻlishi; displastik nevuslar sindromi; PUVA-terapiya (psoriaz va boshqa surunkali dermatozlar davolash uchun qoʻllaniladi); pigmentli kseroderma (genetik himoya mexanizmlarining etishmovchiligi sababli teridagi oʻziga xos kasallik); tugʻma yoki keyin orttirilgan immun etishmovchiligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan soʻng yoki immunosupressorlar qabul qilish talab etiladigan boshqa kasalliklar) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Boshqa lokalizatsiyalardagi melanoma xavf omillari (masalan, shilliq pardalar melanomasi, akral lokalizatsiyali melanoma, uveal melanoma) hali toʻliq oʻrganilmagan va etarlicha tadqiq qilinmagan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Melanoma kanserogenezing ayrim mexanizmlari in vitro va in vivo tadqiqotlar orqali oʻrganilgan. Ultrabinafsha (UB) nurlanishi melanoma induksiyasi va oʻsishini ragʻbatlantirishi bir nechta hayvon modellarida namoyish etilgan. UB nurlanishi melanoma rivojlanishiga turli mexanizmlar orqali yordam berishi mumkin: UB-V nurlanishiga xos mutasiyalar melanoma rivojlanishida ishtirok etuvchi genlarda uchraydi. UB nurlanishi oʻsma supressor oqsili p16INK4A ni inaktiv qiladi, bu esa melanomaning progressiyasiga yordam beradi. UB nurlanishi normal va xavfli melanositlarda E- va P-kadgerin ekspressiyasini kamaytiradi, bu esa B-katenin signal uzatishini kuchaytiradi, melanositlarda xavfli fenotip paydo boʻlishiga olib keladi. UB nurlanishi hujayra adgeziyasini buzadi, bu esa melanoma hujayralarining qoʻshni keratinositlardan ajralib chiqishiga va invaziv fenotip paydo boʻlishiga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 yilda Rossiya Federasiyasida 11 258 kishi teri melanomasi bilan kasallangan. 2017 yilda umumiy kasallanish koʻrsatkichi (ikki jins uchun) 100 000 aholiga 7,6 ni tashkil qilgan. Standartizatsiyalangan kasallanish koʻrsatkichi – 100 000 aholiga 4,67: Ayollarda – 4,93; Erkaklarda – 4,51. 2016 yilda melanoma umumiy onkologik kasallanish tuzilishida: Erkaklarda 1,5%; Ayollarda 2%. Oxirgi 10 yil ichida oʻrtacha yillik kasallanish oʻsish sur'ati: Erkaklarda – 3,74%; Ayollarda – 3,04%. Kasallik aniqlangan oʻrtacha yosh: Ikki jins uchun – 61,6 yosh; Erkaklar – 61,3 yosh; Ayollar – 61,8 yosh. Kumulyativ xavf (2007–2017 yillarda, 0–74 yosh orasida) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 yilda Rossiyada teri melanomasi sababli: 1 757 erkak; 1 956 ayol vafot etgan. Umumiy oʻlim koʻrsatkichi (ikki jins uchun) – 100 000 aholiga 2,53. Standartizatsiyalangan oʻlim koʻrsatkichi – 100 000 aholiga 1,48: Ayollarda – 1,28; Erkaklarda – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiy-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Oʻrtacha oʻlim yoshi: Ikki jins uchun – 64,3 yosh, Erkaklar – 63,0 yosh, Ayollar – 65,6 yosh. 2017 yilda 20 yoshgacha boʻlgan bemorlarda 25 ta melanoma holati qayd etilgan. 2017 yilda kasallikning bosqichlar boʻyicha taqsimoti: I bosqich – 35,7%; II

bosqich – 43,5%, III bosqich – 10,5%, IV bosqich – 8,6%, Bosqich aniqlanmagan – 1,6%. Ilk bor kasallanganlar orasida aktiv aniqlangan kasallik holatlari – 31,8%. 1-yillik letallik – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 yil yakuniga ko‘ra 94 153 nafar bemor dispanser kuzatuvda bo‘lgan (100 000 aholiga 64,1). Shundan 55 758 nafar bemor (59,2%) 5 yil va undan ortiq muddat kuzatuvda qolgan. Kontingent yig‘ilish indeksi – 9,2 (2014 yilda – 9,1). Letallik – 3,7% (2011 yilda – 4,3%). 2017 yilda radikal davolashga muhtoj bo‘lgan melanoma bilan kasallangan bemorlar orasida: 87,3% faqat jarrohlik davolash olgan; 12,7% esa kombinasiyalashgan yoki kompleks (kimyo-nur terapiyasiz) davolash olgan (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi 2023 yil statistik ma'lumotlariga ko‘ra, Teri melanomasi bilan kasallanish ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 0,3 ni tashkil etdi. 2023 yilda jami 123 ta yangi melanoma holati aniqlangan. Shundan profilaktik ko‘riklar davomida aktiv aniqlangan holatlar – 33,3% holat aniqlandi. Morfologik tasdiqlangan melanoma tashxisiga ega bemorlar ulushi – 91,1%. Kasallik bosqichlari bo‘yicha taqsimot: I bosqich – 7,3%, II bosqich – 47,2%, III bosqich – 29,3%, IV bosqich – 12,2%. Bosqich aniqlanmagan holatlar – 4,1%. 2025 yil boshiga kelib dispanser kuzatuvda turgan bemorlar soni – 1 034 kishi. Bemorlik ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 2,8 ni tashkil qildi. 5 yillik yashovchanlik ko‘rsatkichi – 36,5%ni tashkil qildi. 1 yillik letallik – 8,0%. 2023 yilda O‘zbekiston Respublikasi bo‘yicha 57 nafar bemor melanoma sababli vafot etgan, bu esa 100 000 aholiga nisbatan o‘lim ko‘rsatkichi 0,2 ni tashkil etadi.

Klinik tasnifi:

Xalqaro gistologik tasnif

Teri melanositar o‘smalarini Xalqaro gistologik tasnifi (<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>):

Nomlanishi	XKT-O-3 kodi
Epizodik quyosh nuri ta'sir qiluvchi teri melanositar o‘smalari:	
• Past kumulyativ quyoshdan shikastlanuvchi teridagi melanoma (yuzaki-tarqalgan melanoma):	8743/3
– oddiy lentigo va lentiginoz melanositar nevus	8742/0 (yangi kod)
– chegara nevusi	8740/0

– murakkab nevus	8760/0
– dermal nevus	8750/0
– displastik nevus	8727/0
– dog‘li nevus (<i>nevus spilus</i>)	8720/0
– o‘ziga hos lokalizatsiyali nevus (sut bezi, qo‘ltiq osti soha, boshning soch qismi, quloq):	
○ galo-nevus	8723/0
○ Meyerson nevusi	8720/0
– residivlanuvchi nevus	
– chuqur penetrasiyalovchi nevus	8720/0
– pigmentlangan epitelioid melanositoma	8780/1 (yangi kod)
– kombinirlangan nevus, jumladan nevus/melanositoma BAP1 inaktivatsiyasi bilan	8720/0
Surunkali insolyasiyaga uchrovchi terida hosil bo‘luvchi melanositar o‘smalar:	
• xavfli lentigo tipidagi melanoma	8742/3
• desmoplastik melanoma	8745/3
Spisoid o‘smalar:	
• Spits xavfli o‘smasi (Spits-melanoma)	8770/3
• Spits-nevus	8770/0
• pigmentlangan urchuqsimon nevus (Rid nevusi)	8770/0
Terida paydo bo‘luvchi akral lokalizatsiyali melanositar o‘smalar:	
• akral melanoma	8744/3
• akral nevus	8744/0 (yangi kod)
Genitaliy va shilliq qavatlarning melanositar o‘smalari:	
• shilliq qavatlar melanomalari (genitaliy, og‘iz bo‘shlig‘i, burun yondosh bo‘shliqlari):	8720/3
– shilliq qavatlar lentigo-melanomasi	8746/3
– shilliq qavatlar tugunli melanomasi	8721/3
• genital nevus	8720/0
Havorang nevusdan kelib chiquvchi melanositar o‘smalar:	
• havorang nevusdan kelib chiqqan melanoma	8780/3

• havorang nevus, qo‘shimcha aniqlashtirishlarsiz	8780/0
• hujayrali havorang nevus	8790/0
• mo‘g‘ul dog‘i	
• Ito nevusi	
• Ota nevusi	
Tug‘ma nevuslardan melanositar o‘smalar:	
• Gigant tug‘ma nevusdan melanoma	8761/3
• tug‘ma melanositar nevus	8761/0
• tug‘ma nevusda proliferativ tugunchalar	8762/1
Ko‘zning melanositar o‘smalari:	
• uveal melanoma	
– epitelioid-hujayrali melanoma	8771/3
– urchuqsimon hujayrali melanoma, A tipi	8773/3
– urchuqsimon hujayrali melanoma, B tipi	8774/3
• kon'yunktiva melanomasi	
• melanoma, qo‘shimcha aniqlashtirishlarsiz	8720/3
• kon'yunktival birlamchi orttirilgan melanoz atipiya bilan / in situ melanoma	8720/2
• kon'yunktival nevus	8720/0
Tugunli, nevoid va metastatik melanoma:	
• tugunli melanoma	8721/3
• nevoid melanoma	8720/3
• metastatik melanoma	8720/6

TNM tizimi bo‘yicha halqaro tasnif (VIII–chi nashr, 2017 y.)
[\(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/)

TNM tizimi bo‘yicha tasnif (8 nashr 2017y) Amerika xavfli o‘smalar bo‘yicha birlashgan komissiyasining tavsiyalari [19] (ID – A).

T – birlamchi o‘sma.

Birlamchi o‘smaning tarqalash darajasi uning olib tashlanganidan so‘ng baholanadi (**rT UD**).

N – regionar limfa tugunlari.

NX – Regionar limfa tugunlarini baholash imkoni yo‘q.

N0 – Regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas.

N1 – 1 ta regionar limfa tugunida metastaz mavjud.

N1a – Faqat mikroskopik metastaz (klinik jihatdan namoyon bo‘lmaydi).

N1b – Makroskopik metastaz (klinik jihatdan aniqlanadi).

N1s – Satellit yoki tranzit metastaz, regionar limfa tugunlarida metastazsiz.

N2 – 2–3 ta regionar limfa tugunlarida metastaz yoki limfa ichidagi regionar metastaz limfa tuguni zararlanishi bilan.

N2a – Faqat mikroskopik metastazlar regionar limfa tugunlarida.

N2b – Makroskopik metastazlar regionar limfa tugunlarida.

N2c – Satellit yoki tranzit metastaz va 1 ta regionar limfa tugunida metastaz.

N3 – 4 va undan ortiq regionar limfa tugunlarida metastazlar, yoki birlashgan (yagona) metastatik regionar limfa tugunlarining zararlanishi, yoki satellit yoki tranzit metastazlar regionar limfa tugunlarida metastazlar bilan.

N3a – Limfa tugunida mikroskopik metastaz.

N3b – Limfa tugunida makroskopik metastaz.

N3c – Satellit va/yoki tranzit metastazlar 2 yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarida.

Izoh. Satellitlar – birlamchi o‘smadan 2 sm ichida joylashgan o‘sma hujayralari yig‘indisi yoki tugunchalar (makro- yoki mikroskopik). Tranzit metastazlar – birlamchi o‘smadan 2 smdan ortiq masofada joylashgan, lekin regionar limfa tugunlariga etib bormagan teri va teri osti to‘qimalarini zararlaydigan metastazlar.

M – Uzoq metastazlar.

M0 – Uzoq metastazlar mavjud emas.

M1 – Uzoq metastazlar mavjud.

M1a – Teri, teri osti to‘qimalari yoki regionar limfa tugunlaridan uzoqda joylashgan limfa tugunlarida metastazlar.

M1b – O‘pkada metastazlar.

M1c – Boshqa a'zolarida metastazlar, lekin markaziy nerv tizimi (SNS) zararlanmagan.

M1d – Markaziy nerv tizimi (SNS) metastazlari, jumladan, bosh miya zararlanishi.

M (metastazlar) mezoni bo‘yicha izoh:

(1) –LDG darajasi me'yoriy

(2) –LDG me'yordan yuqori

M mezoni mavjud bo'lganda LDG miqdorini ko'rsatish zarur: masalan, M1a (1).

rTNM – patogistologik tasnif

rT – Birlamchi o'sma

pTX – Birlamchi o'smani baholash mumkin emas.

pT0 – Birlamchi o'smaga oid ma'lumotlar mavjud emas.

pTis – Melanoma in situ (Clark bo'yicha I darajadagi invaziya): atipik melanositar giperplaziya, og'ir melanositar displaziya, noinvaziv xavfli shikastlanish.

Izoh: pTX natijalari shave-biopsiya (dermatom orqali) va regress-melanoma holatlarini o'z ichiga oladi.

pT1 – Melanoma qalinligi 1 mm yoki kamroq.

pT1a – Qalinligi 0,8 mm yoki kamroq, yaralanishsiz.

pT1b – Qalinligi 0,8 mm bo'lgan yaralanish bilan yoki 0,8 mmdan katta, lekin 1 mmdan oshmaydigan holat.

pT2 – Melanoma qalinligi 1 mmdan ortiq, lekin 2 mmdan oshmaydigan holat.

pT2a – yaralanishsiz.

pT2b – yaralanish bilan.

pT3 – Melanoma qalinligi 2 mmdan katta, lekin 4 mmdan oshmaydigan holat.

pT3a – yaralanishsiz.

pT3b – yaralanish bilan.

pT4 – Melanoma qalinligi 4 mmdan ortiq.

pT4a – yaralanishsiz.

pT4b – yaralanish bilan.

rN – Regionar limfa tugunlari

rN-kategoriyalari N-kategoriyalarga mos keladi.

pN0 – Regionar limfadenektomiyada gistologik tekshiruv kamida 6 ta limfa tugunini o'z ichiga olishi kerak.

Agar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmasa, lekin kamroq tugunlar tekshirilgan bo'lsa, bu holat **pN0** sifatida tasniflanadi.

Agar N-kategoriya biopsiya orqali (qo‘riqchi limfa tuguni) belgilansa, lekin qo‘ltiq osti limfodisseksiya qilinmagan bo‘lsa, bu holat **pN0(sn)** sifatida tasniflanadi.

Agar yagona metastaz biopsiya orqali (qo‘riqchi limfa tuguni) aniqlangan bo‘lsa, bu holat **pN1(sn)** sifatida tasniflanadi.

rM – Uzoq metastazlar

rM-kategoriyalari M-kategoriyalarga mos keladi.

Klinik bosqichlari

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	rTis	N0	M0
IA bosqich	p T1a	N0	M0
IV bosqich	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA bosqich	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIV bosqich	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIC bosqich	p T4b	N0	M0
III bosqich	har qanday pT	N1-3	M0
IV bosqich	har qanday pT	har qanday N	M1

Patomorfologik bosqichlar

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	rTis	N0	M0
I bosqich	pT1	N0	M0
IA bosqich	p T1a	N0	M0
IV bosqich	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA bosqich	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0

IIV bosqich	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIC bosqich	p T4b	N0	M0
III bosqich	har qanday pT	N1,2,3	M0
IIIA bosqich	p T1a, T1b, T2a	N1a, 2a	M0
IIIV bosqich	p T1a, T1b, T2a,	N1b,N1c,N2b	M0
	p T2b–3a	N1, N2a,N2b	M0
IIIC bosqich	p T1a, T1b–4b	N1b, 2b	M0
	har qanday pT	N3	M0
IIID bosqich	T4b	N3a, N3b, N3c	M0
IV bosqich	har qanday pT	har qanday N	M1

Teri melanomasi

pT1a	≤1 mm, invaziya darajasi II yoki III, yaralanishsiz
pT1b	≤1 mm, invaziya darajasi IV yoki V, yoki yaralanish
pT2a	>1–2 mm, yaralanishsiz
pT2b	>1–2 mm, yaralanish bilan
pT3a	>2–4 mm, yaralanishsiz
pT3b	>2–4 mm, yaralanish bilan
pT4a	>4 mm, yaralanishsiz
pT4b	>4 mm, yaralanish bilan
N1	1 limfatik tugun
N1a	mikroskopik metastaz
N1b	makroskopik metastaz
N2	2–3 ta limfa tugunlarida metastazlar yoki satellitlar/tranzit metastazlar, limfa tugunlari zararlanmasdan
N2a	mikroskopik metastazlar
N2b	makroskopik metastazlar

N2c	Satellitlar yoki tranzit metastazlar, limfa tugunlarini zararlanishsiz
N3	≥ 4 ta limfa tugunlari; konglomerat; satellitlar yoki tranzit metastazlar limfa tugunlari zararlanishi bilan.

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

Ko'pchilik holatlarda teri melanomasining birlamchi klinik tashxisi tayyorgarlikka ega mutaxassis uchun qiyinchilik tug'dirmaydi (<https://istina.msu.ru/publications/article/434452944/>).

Eng keng tarqalgan 4 ta klinik shakl ajratiladi: **Yuzaki-tarqaluvchi melanoma, tugunli melanoma, lentigo-melanoma va akrall-lentiginoz melanoma.**

Yuzaki-tarqaluvchi melanoma barcha teri melanomalarining taxminan 70%ini tashkil etadi. Ikki bosqichli rivojlanish mexanizmi tufayli nisbatan yaxshi prognozga ega. Rivojlanish fazalari: Radial o'sish fazasi, kam metastaz berish ehtimoli (Klark bo'yicha II daraja). Bir necha yil davom etishi mumkin. Vertikal o'sish fazasi. O'sma hujayralari teri to'ri (retikulyar) qatlami va teri osti yog' to'qimasiga chuqur invaziya qiladi. Yuqori metastaz berish salohiyatiga ega. Klinik tasvir: Yuzaki-tarqaluvchi melanoma o'zgarmagan terida (de novo) yoki pigmentli nevus fonida rivojlanadi. 1–3 mm o'lchamli, qora yoki qorarangli yassi tuguncha shaklida paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan qalinlashadi, chegaralari o'zgaradi, yuzasi notekis va nomuntazam shaklga keladi. O'sma oson jarohatlanadi va qon quyilishi mumkin. Bemorlarda qichish, noqulaylik ("o'sma hissi") kabi sub'ektiv alomatlar kuzatilishi mumkin.

Tugunli (nodulyar) melanoma birlamchi vertikal o'sish xos bo'lgan va prognoz jihatidan eng xavfli melanoma turi hisoblanadi. Vertikal o'sishi tufayli erta metastaz berish ehtimoli yuqori. Klinik surati: zich, bo'rtma tugun (uzel) shaklida namoyon bo'ladi. Tugun yuzasi nohamvor va har xil o'lchamda bo'lishi mumkin. O'sma yuzasi yaralanadi, qon ketishi mumkin va ko'pincha qoplamlar (quruq qon qoplamlari) hosil bo'ladi.

Lentigo-melanoma yuzaki-tarqaluvchi melanomaga o'xshab, ikki bosqichli rivojlanishga ega. Radial o'sish fazasi ancha uzoq – 10 yil va undan ortiq davom etishi mumkin. Vertikal o'sish mavjud bo'lsa-da, u yuzaki-tarqaluvchi melanomaga qaraganda sekinroq kechadi. Metastaz berish ehtimoli past, prognoz yaxshiroq. Rivojlanish fazalari: Radial o'sish fazasi: Birinchi bosqich – noinvaziv shakl, xavfli lentigo sifatida baholanadi (obligat predrak). Keyin invaziv o'sish boshlanadi, xavfli lentigo lentigo-melanomaga aylanadi. Bu jarayon yuzaki-tarqaluvchi melanomaga nisbatan ancha sekin kechadi. Vertikal o'sish fazasi: O'sma derma va teri osti yog' to'qimasiga chuqur invaziya qiladi.

Bu jarayon bir necha oy emas, balki bir necha yil davom etadi. O'simtaning biologik xususiyatlari o'zgarishi ancha sust kechadi, metastaz xavfi past. Prognoz: Lentigo-melanoma yuzaki- tarqaluvchi melanomaga nisbatan yaxshiroq prognozga ega. To'g'ri tashxis va o'z vaqtida davolash bilan metastaz berish ehtimoli kam.

Akral-lentiginoz melanoma tananing distal qismlarida joylashadi: Qo'l kafti va oyoq tovon terisida; tirnoq osti (nogtevoe loje) va tirnoq atrofi (proksimal okolonogtevoy valik) sohalarida. Ikki bosqichli rivojlanish xos: Gorizontal o'sish fazasi – lentigo-melanomaga o'xshash biologik xususiyatga ega. Vertikal invaziv o'sish fazasi. Xususiyatlari: Agressiv klinik kechishga ega. Erta va tez metastaz beradi. Joylashgan o'rni tufayli vizualizasiya qiyin, shu sababli aksariyat holatlarda invaziv o'sish bosqichida tashxis qilinadi.

Klinik-anamnestik tahlilda yuzaki- tarqaluvchi teri melanomasining tavsifi ABCDE qoidasiga asoslanadi:

– A (Asymmetry – asimmetriya) – Yuzaki-tarqaluvchi teri melanomasi asimmetrik pigmentli dog' ko'rinishida bo'ladi. Agar uning o'rtasidan taxminiy chiziq o'tkazilsa, bir qismi ikkinchisiga mutanosib emas.

– B (Border – chegaralar) – Melanomaning chegaralari notekkis, noaniq va "geografik" shaklda bo'lishi mumkin.

– C (Color – rang) – Yuzaki-tarqaluvchi melanoma polixromlikka ega, ya'ni bir o'smadan bir nechta rang ko'rinishi mumkin.

– D (Diameter – diametr) – Yuzaki-tarqaluvchi melanomaning o'lchami ko'pincha 0,5 smdan oshadi.

– E (Evolution yoki Elevation – evolyusiya yoki bo'rtma hosil qilish) – Teri melanomasi vaqt o'tishi bilan o'zgarish xususiyatiga ega (o'lchami oshadi, rangi o'zgaradi, tuzilishida o'zgarishlar kuzatiladi).

ABCDE qoidasi quyidagi holatlarda qo'llanilmaydi: O'lchami 0,5 smdan kichik melanomalar uchun. Tugunli (nodulyar) melanoma uchun, chunki dastlabki bosqichda simmetrik, tekis chegarali va bir xil qora yoki ko'k-qora rangda bo'lishi mumkin. Diametri har qanday bo'lishi mumkin. Bunday hollarda "evolyusiya" belgisi asosiy ahamiyatga ega: bemorlar tugunchaning o'sishi, og'riq yoki yonish hissi paydo bo'lganini kuzatishadi. Qiyin tashxis qo'yiladigan kam uchraydigan shakllar: Xavfli lentigoga o'xshash melanoma, akral-lentiginoz melanoma, tirnoq osti melanomasi, pigmentsiz melanoma va boshqa noyob variantlar. Qo'shimcha tashxis usullari tavsiya etiladi: Dermatoskopiya – malakali mutaxassis tomonidan o'tkaziladi. Agar dermatoskopik ma'lumotlarning talqini qiyin bo'lsa yoki natijalar noaniq bo'lsa, biopsiya o'tkazish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9449921/>).

Melanomaning boshqa klinik tekshirish uchuli ichki individual taqqoslama tahlil hisoblanadi: "Badbashara o'rdakcha" va "qizil shapkacha" belgisi (simptom "gadkogo

utenka" i "krasnoy shapochki"). "Badbashara o'rdakcha" belgisi har qanday mavjud pigmentli yangi hosilalarni umumiy baholashga asoslangan. Melanoma boshqa xavfsiz pigmentli o'smalardek ko'rinmasligi, ulardan keskin farq qilishi mumkin. Boshqa varianti – muayyan anatomik sohada bir xil pigmentli hosilaning aniq o'zgarishi, xususan, uning dinamikasi xavfsiz pigmentli o'smalarining odatiy evolyusion xususiyatlariga zid bo'lsa. "Qizil qalpoqcha" belgisi (simptom "krasnoy shapochki"). Klinik tasvir bir xil ko'ringan bo'lsa-da, dermatoskopik tahlilda melanoma xavfsiz nevuslardan farq qilishi mumkin. Bu usul shubhali holatlarni aniqlash va qo'shimcha tashxisni aniqlashtirishga yordam beradi. Tavsiyalar: Shubhali hollarda dermatoskopiya tavsiya etiladi. Agar dermatoskopik ma'lumotlar noaniq bo'lsa, morfologik tasdiqlash uchun biopsiya o'tkazish tavsiya qilinadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27367293/>).

Ba'zi holatlarda melanoma limfa tugunlarining kattalashishi bilan namoyon bo'ladi. Avvaliga bu holat noto'g'ri limfadenit, limfoma yoki aniqlanmagan birlamchi o'choqli saraton metastazlari sifatida baholanishi mumkin. Vaqtida o'tkazilgan tonki ignali biopsiya yoki core-biopsiya (zarur hollarda immunogistoximik yoki immunositoximik tahlil bilan birgalikda) kattalashgan limfa tugunlarining melanoma metastazlaridan farqlanishiga yordam beradi.

Shilliq qavatda joylashgan melanomaning klinik belgilari: 1. Burun va paranazal bo'shliqlarda (havo yo'llari atrofida) joylashgan melanoma: Eng ko'p uchraydigan simptomlar: Burun bitishi, burundan qon ketishi (epistaksis). Kam uchraydigan simptomlar: Diplopiya (ikki xil ko'rish), ekzoftalm (ko'z qobig'ining oldinga siljishi), og'riq, yuz konturlarining deformasiyasi. Boshqa shilliq pardalarda joylashgan melanoma: Erta bosqichda – simptomlar kuzatilmasligi mumkin. Keyingi bosqichlarda: Og'riq, yaralanish, qon ketishi. Tashxis va erta aniqlash: Erta tashxis qo'yish uchun shubhali holatlarda biopsiya va morfologik tahlil o'tkazish tavsiya etiladi. Dermatoskopiya, endoskopiya va MRT singari qo'shimcha tashxis usullari qo'llanilishi mumkin.

3.1. Tashhislash mezonlari:

- 1) Anamnez belgilari;
- 2) Fizikal ko'rik va qator holatlarda dermatoskopik tekshiruv;
- 3) Hayot vaqtidagi biopsiya materialini patologo-anatomik tekshiruv ma'lumotlari.

Klinik tashxis pigmentli yangi hosilalarni tahlil qilishning uchta usuliga asoslanadi:

- 1) har bir zararlanishni alohida vizual tahlili (ABCD qoidasi): A (Asymmetry – asimetriya) – yangi hosila ikkiga bo'linganda, ikki qismi bir-biriga mutanosib emas. B (Border – chegaralar) – chegaralari notekkis, noaniq yoki "geografik" shaklda. C (Color – rang) – bir xil emas, turli xil ranglar (qora, qo'ng'ir, qizg'ish va h.k.). D (Diameter – diametr) – 5 mm yoki undan katta.

2) Ichki-individual taqqoslama tahlil ("Badbashara o'rdokcha" belgisi): Bir bemordagi pigmentli yangi hosilalarni solishtirish asosida shubhali o'smalarni aniqlash. Agar yangi hosila boshqalarga o'xshamasa, melanoma ehtimoli yuqori.

3) O'zgarishlarni xronologik tahlili ("E – evolyusiya"): Pigmentli yangi hosilaning tez o'zgarishi – o'lchami oshishi, rangi o'zgarishi, tuzilishida o'zgarishlar kuzatilishi. Bemor tomonidan tasdiqlanishi yoki avvalgi suratlar bilan solishtirilishi mumkin. Tavsiyalar: Shubhali holatlarda dermatoskopiya o'tkazish kerak. Qo'shimcha tashxis talab etilsa, biopsiya va morfologik tahlil bajarilishi lozim [20, 21].

4-jadvalda bemorning biopsiya natijalari va klinik ko'rikda aniqlangan belgilarga qarab tekshiruv taktikasini tanlash rejasi keltirilgan. Tegishli tibbiy muolajalarni amalga oshirish bo'yicha tavsiyalar tegishli bo'limlarda bayon etilgan.

4-jadval. Pigment hosilaning biopsiya natijasi va klinik ko'rikka ko'ra tekshirish rejasi

Kasallik bosqichi	Fizikal ko'rik	Instrumental diagnostika	Laborator diagnostika	Qo'riqchi limfa tuguni biopsiyasi	Molekulyar-genetik tekshiruv
0, I	Ha	1. regional limfa tugunlari ultratovush tekshiruvi (UTT). 2. Agar belgilar bo'lmasa nur diagnostika tavsiya etilmaydi	Yo'q	Ha (o'sma qalinligi 0,8 mm va undan katta bo'lsa)	Yo'q
IIA	Ha	1. regional limfa tugunlari UTTsi 2. Nur diagnostika to'la ko'lamda tavsiya etiladi	Yo'q	Ha	Yo'q
IIB, IIC, III	Ha	1. . regional limfa tugunlari UTTsi. 2. Nur diagnostika to'la ko'lamda. 3. Bosh miyani Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) v/i kontrast bilan	Zarurat bo'lsa umumiy klinik va bioximik qon tahlili	Ha (IIB, IIC bosqich uchun)	BRAF genida mutasiyaga molekulyar-genetik tekshiruv albatta (III bosqich uchun)

		(III bosqich uchun)			
IV	Ha	1. . regionar limfa tugunlari UTTsi. 2. Nur diagnostika to‘la ko‘lamda. 3. Bosh miyani Magnit- rezonans tomografiyasi (MRT) v/i kontrast bilan	1. qonda Laktatdegidrogenaza faolligini aniqlash. 2. Umumiy klinik va bioximik qon tahlili	Qo‘lanilma ydi	BRAF genida mutasiyaga molekulyar-genetik tekshiruv albatta (teri melanomasida), BRAF genida mutasiya yo‘q bo‘lsa – c-KIT genida mutasiyaga molekulyar-genetik tekshiruv

Shikoyatlari va anamnez [17] (ID – B):

- Bemorda xavf omillari va davolash taktikasini tanlash, tashxis usullari va ikkillamchi profilaktikaga ta'sir ko'rsatuvchi omillarni aniqlash maqsadida shikoyatlar va anamnezni yig'ish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224016/>). Ko'p holatlarda bemor "hol" (nevus) o'zgarishga uchragani haqida shikoyat qiladi – uning o'sishi, chegaralarining o'zgarishi, yangi rang tuslari paydo bo'lishi kuzatiladi. Shikastlangan yoki yangi paydo bo'lgan hosilaning qichishishi, yonish hissi yoki noqulaylik sezilishi ham bemorlar tomonidan ko'p uchraydigan shikoyatlar qatoriga kiradi.

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

Izoh: Melanoma rivojlanishining asosiy xavf omillari 1.2 «Etiologiya va patogenez» bo'limida bayon etilgan.

Fizikal tekshiruvlar [17] (ID – B):

- Limfa tugunlarini palpasiya qilish: Barcha mavjud limfa tugunlari guruhlarini tekshirish tavsiya etiladi: Bo'yin, qo'ltiq osti, chov-son sohasi, boshqa ehtimoliy o'sma paydo bo'lishi mumkin bo'lgan limfa tugunlari.

- Teridagi yangi hosilalarni tekshirish: Melanomani erta aniqlash uchun shubhali hosilalarni diqqat bilan ko'zdan kechirish zarur. Tekshiruv profilaktik ko'rik paytida bemorning o'zi, yaqinlari yoki shifokor tomonidan aniqlangan hosilalarni o'z ichiga

olishi kerak. Barcha teri sathini yaxshi yoritish va lupa yordamida tekshirish kerak.

3. "ABCDE" qoidasi bo'yicha baxolash (ID – A) [18]:

- A (Asymmetry – asimmetriya) – hosilaning bir tomoni ikkinchi tomoniga o'xshamaydi.

- B (Border irregularity – chegaralar) – chegaralar notekkis va noaniq.

- C (Color – rang) – qizil, qo'ng'ir, ko'k yoki oq rangning aralashmasi mavjud.

- D (Diameter – diametr) – 6 mm yoki undan katta.

- E (Elevation – ko'tarilganlik) – hosilaning atrofdagi teri sathidan balandligi.

Tavsiya: Shubhali hosilalarni aniqlashda dermatoskopiya o'tkazish, zarur hollarda biopsiya va morfologik tahlil o'tkazish tavsiya etiladi.

Laborator tekshiruvlar:

- QUT;

- PUT;

- Biokimyoviy tahlil (bilirubin, umumiy oqsil, ALT, AST, mochevina, kreatinin, glyukoza, LDG);

- ABO tizimi bo'yicha standart zardoblarda qon gurug'ini aniqlash;

- Koagulogramma;

- Mikrofloraga bakteriologik tekshiruv: jarohatdan, tanglaylan, parchalangan o'sma yuzasidan surtma;

- Sitologik tekshiruv;

- Gistologik tekshiruv;

- O'smada BRAF-mutasiya tipini aniqlash.

Instrumental tekshiruvlar:

- Bemorning umumiy holatini baholash: Karnovskiy shkalasi bo'yicha hayot sifati va umumiy holatni baholash (*Qo'shimcha 1-ga qarang*).

- Glazgo koma shkalasi (GCS) bo'yicha ong darajasini baholash (*Qo'shimcha 2-ga qarang*).

- Vizualizasiya va tashxislash usullari: Dermatoskopiya – maxsus yoritish va 10 karragacha kattalashtirish imkoniyatiga ega lupa yordamida (*Qo'shimcha 3-ga qarang*).

• Ingichka ignali punksiionnaya (aspirasionnaya) biopsiya – kattalashgan yoki o‘zgargan limfa tugunlarining metastatik xususiyatini tasdiqlash uchun.

- MRT bosh miya – kontrast modda bilan.
- EKG;
- PET-KT;
- Ko‘krak qafasi a'zolari KTsi;
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti KTsi kontrastlash bilan;
- Kichik chanoq a'zolari KTsi;
- Kompleks ultratovush diagnostika (jigar, o‘t qopi, me‘da osti bezi, taloq, buyraklar);
- Skelet suyaklarini ssintigrafiyasi;
- Regionar limfa tugunlari UTTsi;
- Qo‘riqchi (signal) limfa tuguni biopsiyasi [36; A] (*O‘zbekiston Respublikasida tegishli uskunalar va radioizotoplar ro‘yxatdan o‘tgan taqdirda*).

- 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. Virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash IFA (immunoferment tahlil) yoki IXL (immunxemilyuminessent tahlil) usuli orqali.
8. Virus gepatitlar B va C ga PZR (sifat)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o‘t pufagi, me‘da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti, periferik limfa tugunlari);
12. Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);

13. Maxsus graduirovkali yoki oddiy yoritgichli lupa orqali, 10 martagacha kattalashtirish imkoniyati bilan dermoskopiya.
14. Ingichka ignali punksiya (aspiration) biopsiya, agar kattalashgan yoki o'zgargan limfa tugunlari mavjud bo'lsa, ularning metastatik zararlanish xususiyatini tasdiqlash maqsadida o'tkaziladi.
15. Bosh miya MRTsi kontrastlash bilan;
16. Skelet suklari ssintigrafiyasi;
17. O'smani suyaklarga tarqalishiga gumon bo'lsa suyaklar KTsi;
18. Bioplatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Bioplatni 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 kislotasi 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. Bioplatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
14. O'smaning BRAF-mutasiya tipini aniqlash;
15. Qo'riqchi (signal) limfa tugunini biopsiyasi;
16. Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash maqsadida mikrosatellit nostabillikni molekulyar-genetik tekshiruvini;
17. Burun yondosh bo'shliqlari rentgenografiyasi;

18. Bosh, bo'yin KTsi;
19. Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
20. Bronxoskopiya;
21. Kolonoskopiya;
22. Oyoqlar tomirlari (vena va/yoki arteriyalar) UZDGsi;
23. Spirografiya;
24. Xolter – monitorlash bilan EKG
25. Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

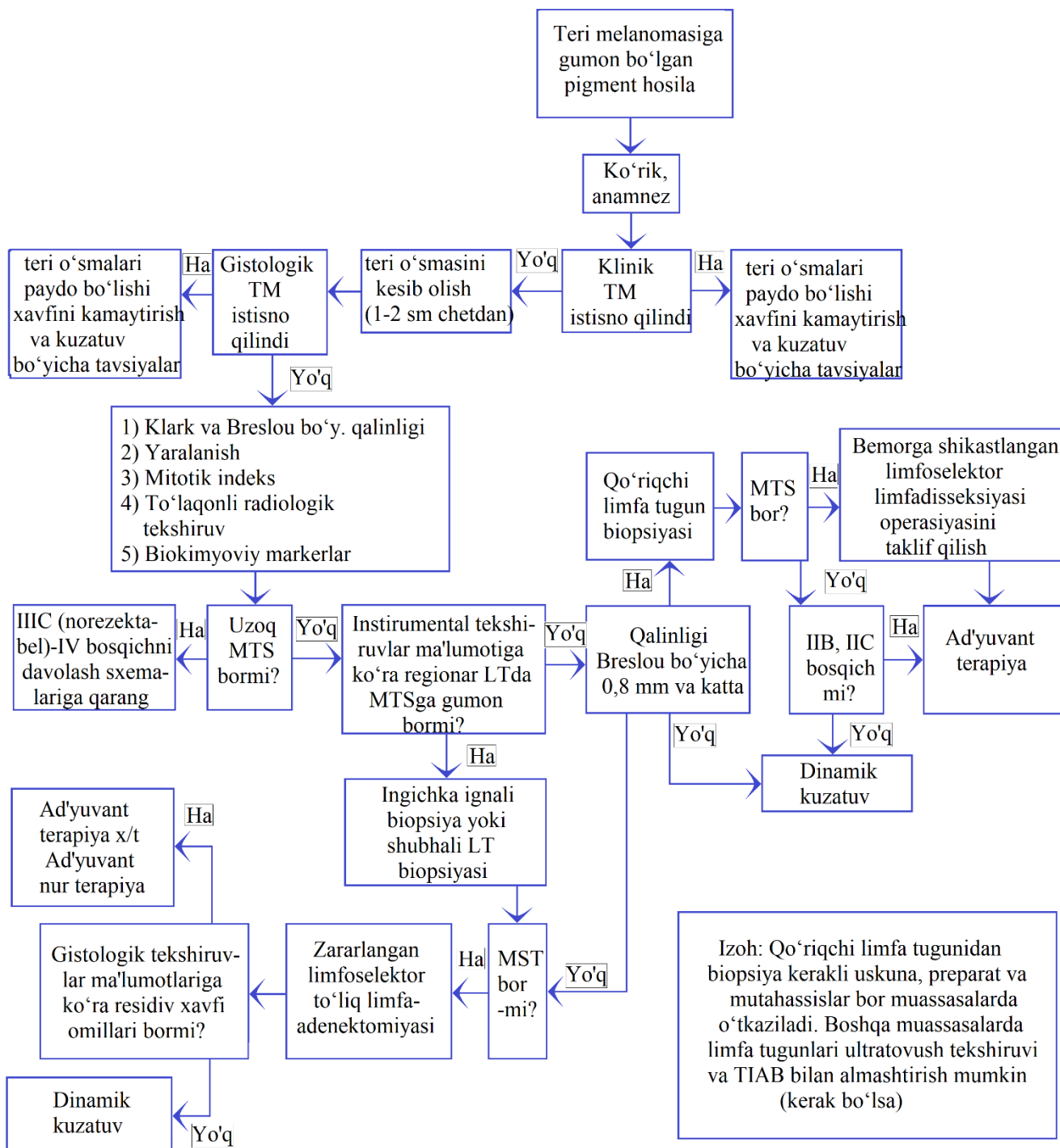
- Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **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).
- hamroh patologiyalar mavjud bo'lganda, **boshqa mutaxassislar ko'riklari**: ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo'lsa), yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo'lsa) va boshqalar.

- **nefrolog ko‘rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo‘lganda).
- **ftiziatr ko‘rigi** – agar o‘pkaning sil kasalligiga shubha qilingan bo‘lsa va periferik shakllanishlar mavjud bo‘lsa.

Diagnostik algoritm (sxema).

1-sxema – Teri melanomasida diagnostik algoritm.



3.3 Differensial diagnostika va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash.

Tashhis	Differensial diagnostikani asoslash	Tekshiruv	Tashhisni istisno mezonlari
Epitelioid va/yoki urchuqsimon hujayrali nevus –	Yuvenil melanoma (o'smirlar melanomasi) asosan 5-10 yoshli bolalarda uchraydi, ammo	Lokal ko'rik dermatoskopiya	Bolalak va o'smirlik davrida uchraydi

<p>o‘smirlar, “melanoma”. Adabiyotlarda juda ko‘p hollarda Spits nevusi deb kelinadi.</p>	<p>kattalarda juda kam kuzatiladi. Ko‘pincha yuz terisida lokalizasiylanadi, rang turlicha bo‘lishi mumkin – qizg‘ishdan to qo‘ng‘ir-qoragacha, hajmi 0,3 sm dan 4,0 sm gacha o‘zgaradi. Yuvenil melanomaning qaytalanish (residiv), xavfli shaklga o‘tish (malignizasiya) va metastaz berish ehtimoli juda past. Odatda, bu hosila o‘z-o‘zidan yo‘qoladi (spontan involyusiya) yoki oddiy nevusga aylanadi.</p>		
<p>Havorang yoki ko‘k nevus</p>	<p>Ko‘k yoki havorang nevus tug‘ma bo‘lishi yoki bolalik davrida paydo bo‘lishi mumkin. U asosan bolalar va yoshlarda aniqlanadi va ko‘proq ayollar orasida uchraydi. Rivojlanishi dermada dog‘ yoki zichlashgan tuzilmaning paydo bo‘lishi bilan boshlanib, keyinchalik to‘q yoki ko‘k tusli, yuzaki tekis yoki noqisarlilik blyashka yoki tugunchaga aylanadi. O‘lchami 2–2,5 sm gacha etishi mumkin.</p>	<p>Dermatoskopiya Lokal ko‘rik</p>	<p>Havorang nevusdan farqli ravishda «xavfli havorang nevusa» o‘lchamlari diametri 2 smdan katta bo‘ladi.</p>
<p>Galonevus – Setton kasalligi.</p>	<p>Galo-nevus yumaloq shaklda bo‘lib, diametri 3-8 mm va atrofdagi teridan 1-1,5 mm balandroq bo‘ladi. Atrofida depigmentasiyalangan (rangsiz) halqa mavjud bo‘lib, bu halqa nevus diametridan 3-4 marta katta</p>	<p>Lokal ko‘rik. Ko‘pinchi 3 yoshdan 42 yosh oralig‘ida uchraydi.</p>	<p>Gipopigmentli doira shuningdek terini xavfli o‘smasida uchrashi mumkin: bazaliomada, melanomada (birlamchi yoki uni</p>

	<p>bo'lishi mumkin. Bu hosilalar o'z-o'zidan yo'qolishi yoki yangi nevuslarning paydo bo'lishi ehtimoli mavjud. Teridagi depigmentasiya (Setton sindromi) ichki a'zolarining xavfli o'smalari yoki teri melanomasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, shuning uchun bu holat paraneoplastik jarayon sifatida qaralishi mumkin. Galo-nevus har qanday joyda paydo bo'lishi mumkin, ammo 40-50% hollarda orqa sohasida kuzatiladi.</p>		metastazlari).
Bazaliomaning pigment shakli	<p>Pigmentli bazalioma zararlangan o'choqda diffuz yoki nomutanosib pigmentasiya bilan xarakterlanadi. Bu bazaliomaning pigmentli shakli bo'lib, tugun yoki blyashka ko'rinishida namoyon bo'ladi va asosan keksalarda uchraydi.</p>	<p>Dermatoskopiya Lokal ko'rik. Yaralanish bo'lsa yuzasidan surtma olish</p>	<p>Bazalioma odatda uzoq muddatli anamnezga ega. Agar o'sma tez o'ssa ham, regional metastazlar kuzatilmaydi. Tugunli melanomadan farqli ravishda, bazalioma zichroq tuzilmaga ega. Ko'pincha yuz sohasida uchraydi, Melanoma esa teri qoplamalarining har qanday qismida paydo bo'lishi mumkin.</p>
Dermatofibromalar	<p>Qizg'ish-qo'ng'ir rangli zich papulalar yoki tugunlar Bu zich tuzilmaga ega bo'lgan, qizg'ish-qo'ng'ir rangli papulalar yoki tugunchalar bo'lib, asosan biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan.</p>	Lokal ko'rik	<p>1% hollarda atipik shakldagi melanoma dermatofibroma "niqobi" ostida namoyon bo'lishi mumkin, shuning uchun operativ davolash tavsiya etiladi va gistologik</p>

	Ko‘pincha son yoki oyoqlarda paydo bo‘ladi, ammo badanning boshqa joylarida ham uchrashi mumkin.		tekshiruv majburiy tarzda o‘tkazilishi kerak.
Dyubreyl chegaralangan predrak melanozi	<p>Ko‘proq keksa yoshdagi ayollarda uchraydi.</p> <p>Eng ko‘p uchraydigan joylari: yuz, ko‘krak, qo‘l-oyoqlarning ochiq joylari.</p> <p>Tashqi ko‘rinishi: 3 sm gacha bo‘lgan pigmentli dog‘ bo‘lib, rangi och-qo‘ng‘irdan tortib qoragacha o‘zgaradi, konturlari noaniq, teri tuzilishi esa saqlangan bo‘ladi.</p> <p>Dog‘ bir necha o‘n yil davomida mavjud bo‘lishi mumkin, ba’zi hollarda o‘z-o‘zidan yo‘qolgani ham kuzatilgan.</p> <p>Xavf: Travmalanish yoki haddan tashqari quyosh ta'siri (giperinsolyasiya) oqibatida melanoz Dyubreilya melanomaga aylanishi mumkin.</p>	Dermatoskopiya Lokal ko‘rik	Teri melanomasiga aylanish yuqori ehtimolini hisobga olib, gistologik tekshiruv bilan operativ davo tavsiya etiladi

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

4.1 Nomedikamentoz davolash (rejim, dieta va boshq. nur);

Bemor rejimi va dietasi

Konservativ davolash vaqtida – umumiy rejim.

Erta operatsiyadan keyingi davrda – yarim yotoq rejim yoki umumiy rejim.

Operatsiyadan keyingi davrda – erkin rejim.

Dieta:

Umumiy holatda – №15 taomnomasi

Operasiyadan keyin – №1 taomnomasi

Rejim: umumiy, taomnoma – 15.

4.2. Medikamentoz davo:

Birlamchi va majburiy bosqich lokal melanomani davolashda birlamchi o‘smi sog‘lom to‘qimalar chegarasida radikal kesib olish hisoblanadi. Keyingi terapiya bosqichi aniqlangan stadiyaga bog‘liq ravishda belgilanadi.

IA, IB yoki IIA stadiyasi aniqlangan bemorlarga ad'yuvant terapiya o‘tkazish tavsiya etilmaydi, chunki kasallikning progress qilish xavfi past bo‘lib, IFN qo‘llanilishi bilan bog‘liq nojo‘ya ta’sirlar kutilgan foydadan yuqori bo‘lishi mumkin. Yaralangan IIB va IIC stadiyalarda IFN- α ad'yuvant tarzida qo‘llash asoslidir, past dozada IFN- α 3–5 mln. Ed. t/o haftada 3 marta 12 oy davomida.

Kasallikning bosqichi va mutasiya holatiga qarab teri melanomasining ad'yuvant terapiyasi uchun tavsiya etilgan rejimlar.

Bosqich	BRAF mutasiyasi	Davolashning optimal ko‘lami
IIB, IIC bosqich (yaralangan shakli)	-	IFN- α past dozalari 3–5 mln. Ed. t/o \times haftasiga 3 marta \times 12 oy.
III A	BRAF V600 bor	BRAF/MEK ingibitorlari: dabrafenib 150 mg ichishga \times sutkasiga 2 marta + trametinib 2 mg ichishga \times sutkasiga 1 marta \times 12 oy. yoki anti-PD1 terapiya: pembrolizumab 200 mg v/i har 3 haftada
III A	BRAF V600 yo‘q	Anti-PD1 terapiya: pembrolizumab 200 mg v/i v/i har 3 haftada
IIIB, IIIC, IIID	BRAF V600 bor	BRAF/MEK ingibitorlari: dabrafenib 150 mg ichishga \times sutkasiga 2 marta + trametinib 2 mg ichishga \times sutkasiga 1 marta \times 12 oy. yoki anti-PD1 terapiya: - pembrolizumab 200 mgv/v har 3 haftada \times 12 oy.; yoki - nivolumab* 3 mg/kg (240 mgdan ko‘p emas) v/i har 2 haftada. (yoki nivolumab* 480 mg v/i har 4 haftada.) \times 12

		oy.
IIIB, IIIC, IIID	BRAF V600 yo‘q	Anti-PD1 terapiya: pembrolizumab 200 mg v/i har 3 haftada × 12 oy.; yoki nivolumab*3 mg/kg (240 mgdan ko‘p emas) v/i har 2 haftada. (yoki nivolumab* 480 mg v/i har 4 haftada.) × 12 oy.

Izoh: Ad'yuvant terapiyani PD1 blokatorlari yoki BRAF/MEK ingibitorlari bilan tayinlash shifokorlar komissiyasining qaroriga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

**Preparat O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tkazilgandan so‘ng qo‘llaniladi.*

Target terapiya: BRAFV600 mutasiyasi mavjudligini aniqlash zarur, agar u mavjud bo‘lsa, BRAF ingibitorlari – vemurafenib, dabrafenib [9; S] monorejimda va/yoki MEK ingibitorlari – kobimetinib va trametinib [21; S] bilan kombinasiyada tayinlanadi. BRAF ingibitorlarini tayinlash metastatik melanoma holatida, shuningdek, III bosqichdagi va BRAF (V600E va V600K) gen mutasiyasi mavjud bo‘lgan bemorlarga ad'yuvant rejimda ko‘rsatilgan. [22; S].

Target terapiya ad'yuvant rejimda: dabrafenibning tavsiya etilgan dozasi kuniga 2 marta 150 mg (75 mglik 2 kapsula) ni tashkil etadi, bu preparatni monoterapiya sifatida ham, trametinib bilan kombinasiyada ham qo‘llashda umumiy sutkalik doza 300 mg ga to‘g‘ri keladi. Dabrafenib bilan kombinasiyada qo‘llanilganda, trametinibning tavsiya etilgan dozasi kuniga 1 marta 2 mg ni tashkil etadi.

5-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lgan);

Farmakoterapevtik guruh	DVning halqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
BRAF ingibitori	Vemurafenib	960 mg sutkada 2 marta., og‘iz orqali, har kuni, uzoq vaqt progressiyalanishgacha	C

BRAF ingibitori	Dabrafenib	150 mg sutkada 2 marta., og‘iz orqali, har kuni, uzoq vaqt progressiyalanishgacha	C
MEK ingibitori	Trametinib	2 mg og‘iz orqali, har kuni, uzoq vaqt progressiyalanishgacha	C
MEK ingibitori	Kobimetinib	60 mg og‘iz orqali, 1-chidan 21-chi kungacha, so‘ngra 7 kun tanaffus, uzoq vaqt progressiyalanishgacha	C
Monoklonal antitana	Pembrolizumab	200 mg v/i infuziya ko‘rinishida, har 3 haftada 1 marta	C
Monoklonal antitana	Nivolumab*	Monoterapiya: 240mg v/i tomch., har 2 haftada yoki 480mg v/i tomchilab har 4 haftada Kombinirlangan: 1mg/kg v/i tomch. Ipilimumab bilan kombinasiyada, har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish	C
Monoklonal antitana	Ipilimumab*	Metastatik melanoma: 3mg/kg, v/i tomch., har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish. Ad'yuvant terapiya: 10mg/kg, v/i tomch. har 3 haftada – 4 yuborilish, so‘ngra 10m/kg v/i tomch. har 12 haftada – 3 yil.	B

(*Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yxatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi)

Teri metastatik melanomasida BRAF va MEK ingibitorlarini qo‘llash tavsiya etilgan rejimlari (faqat musbat BRAF mutasiyasi mavjud bo‘lganda):

1. Monoterapiya:

- Vemurafenib 960 mg ichishga × sutkasiga 2 marta har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab boʻlmas toksiklikkacha. Oʻtkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan soʻng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

- Dabrafenib 150 mg ichishga × sutkasiga 2 marta Har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab boʻlmas toksiklikkacha. Oʻtkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan soʻng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

2. Kombinirlangan terapiya:

- Vemurafenib 960 mg ichishga × sutkasiga 2 marta Har kuni + kobimetinib 60 mg sutka ichishga 1–21-chi kunlar, tanaffus 7 kun, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab boʻlmas toksiklikkacha. Oʻtkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan soʻng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

- Dabrafenib 150 mg ichishga × sutkasiga 2 marta Har kuni + trametinib 2 mg ichishga × sutkasiga 1 marta Har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab boʻlmas toksiklikkacha. Oʻtkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan soʻng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

4.3. Xirurgik davo:

- Radikal jarrohlik amaliyotini bajarish imkoni boʻlgan holatlarda teri oʻsmasini keng kesib olish amaliyoti bajariladi.

4.4. Keyingi olib borish:

Tuzalgan bemorlarni dispanser kuzatuv:

birinchi yil davomida – har 3 oyda 1 marta;

ikkinchi yil davomida – har 6 oyda 1 marta;

uchinchi yildan boshlab – 3 yil davomida yiliga 1 marta.

Tekshirish usullari:

- Lokal nazorat – har bir tekshiruvda;
- Regionar limfa tugunlarini palpasiya qilish – har bir tekshiruvda;
- Koʻkrak qafasi aʼzolarining rentgenografik tekshiruvi – yiliga 1 marta;
- Qorin boʻshligʻi aʼzolarining ultratovush tekshiruvi – har 6 oyda 1 marta (birlamchi tarqalgan va metastatik oʻsmalarda).

Yashash joyi boʻyicha onkolog nazorati (olib tashlangan oʻsma hududini koʻzdan

kechirish, periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish).

- ko'krak qafasi a'zolari KTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yildan 5-yilgacha – har 6 oyda 1 marta).
- Regionar limfa oqimi zonalarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Bosh miya kontrastli MRTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti a'zolarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Qonda LDG darajasini aniqlash (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- PET-KT (har 6 oyda 1 marta yoki qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha boshqa muddatlarda).

4.5. Protokolda bayon etilgan davolash samaradorligi va tashxis hamda davolash usullarining xavfsizlik ko'rsatkichlari:

- UTT ma'lumotlari – metastazlar (MTS) va residiv mavjud emasligi;
- KT ma'lumotlari – uzoq metastazlar (MTS) mavjud emasligi;
- MRT ma'lumotlari – uzoq metastazlar (MTS) mavjud emasligi;
- Qon, peshob va qon biokimyoviy ko'rsatkichlarining qoniqarli darajada bo'lishi;
- Operasiyadan keyingi jaroxatning bitishi;
- Bemor(a)ning nisbatan qoniqarli holati.

5. Tibbiy yordam ko'rsatish turini hisobga olgan holda gosptalizasiyaga ko'rsatmalar.

5.1. Rejali gosptalizasiyaga ko'rsatmalar:

• aniqlangan melanoma yoki melanomaga shubhali tuzilmalarga ega bo'lgan bemorlar uchun: gistologik tasdiqlash, kasallik bosqichini aniqlash va davolash taktikasini belgilash maqsadida tekshirish; agar somatik holat bo'yicha jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, mustaqil va/yoki jarrohlikdan keyingi (ad'yuvant) kimyo terapiyasi, morfologik tasdiqlangan tashxisdan so'ng (jarrohlikdan keyin) immunoterapiya o'tkazish.

Davolash maqsadi: tkeri o'smasini olib tashlash, rezektabel metastazlarni olib tashlash, ad'yuvant immunoterapiya va mustaqil ximioterapiya o'tkazish.

5.2. Shoshilinch gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:

- Ushbu kasallik uchun shoshilinch gospitalizasiyaga ko'rsatmalar yo'q

6. Stasionar darajasida davolash taktikasi.

6.1. bemorlarni kuzatish kartasi, bemorlar marshrutizasiyasi – ushbu bemorlar kategoriyasi turar joy onkologi nazoratida bo'lishadi.

Davolashning umumiy mezonlari

Teri melanomasini davolashning asosiy usullari – jarrohlik va dori-darmon terapiyasidir. Metastatik shakllarda jarrohlik va dori-darmon usullari mustaqil ravishda yoki qo'shma va kompleks davolash shaklida qo'llaniladi. Nur terapiyasi bosh miyaning metastatik zararlanishlarida qo'llaniladi.

Bosqichlar bo'yicha davolash

Melanomaning 0 bosqichi:

Ambulator sharoitlarda o'smaning 0,5-1,0 sm sog'lom to'qima bilan birga kesib olinishi amalga oshiriladi.

I bosqich:

A'zoni saqlab qoluvchi o'smani takroriy kesib olish biopsiyadan keyin ambulator shart-sharoitlarda amalga oshiriladi. Stasionar sharoitda o'smani keng kesib olish (chetiga 1-2 sm masofadan chekinish: rT1 – 1 sm, rT2 – 2 sm). Terining katta defekti hosil bo'lganda, loskut va transplantatlar qo'llaniladi. Ba'zan o'smaga yondosh limfa tugunlari ham kesib olinadi.

II bosqich:

- Birlamchi o'sma o'chog'ini keng kesib olish, shu bilan birga regional limfa tugunlarini metastazlar mavjudligini tekshirish.
- Melanomani va regional limfa tugunlarini keng kesib olish, bitta bosqichda yoki ikki bosqichda amalga oshirish.
- O'smani keng kesib olishni qo'llab-quvvatlovchi terapiya (ximioterapiya yoki immunoterapiya) bilan birgalikda o'tkazish.

III bosqich:

- O'smani keng jarrohlik yo'li bilan olib tashlash (chetiga 2,0 sm masofadan chekinish). Defektni plastik yopish. Regional limfadisseksiya. Ximio-immunoterapiya.

IV bosqich (har qanday rT har qanday N M1):

- Bemorlarning umumiy holati kompensirlangan va aniq ifodalangan o'sma intoksikatsiyasi bo'lmagan holatda, individual sxemalar bo'yicha kompleks davolash targetli terapiya, ximioterapiya, palliativ nur terapiyasini qo'llagan holda o'tkaziladi.
- Palliativ jarrohlik aralashuvlari sanitar ko'rsatmalar yoki kasallikning asoratli kechishi bilan bog'liq holatlarda bajariladi.
- Palliativ nur terapiyasi bemorning holati va kasallik simptomlarining og'irligiga qarab individual ko'rsatmalar asosida o'tkaziladi.

6.2 Nomedikamentoz davo

Konservativ davolash davomida bemor rejimi – umumiy.

Erta jarrohlikdan keyingi davrda – yotqizilgan yoki yarim yotqizilgan (amaliyot hajmi va hamroh patologiyaga bog'liq holda).

Jarrohlikdan keyingi davrda – palatali.

Dieta stoli – №15, jarrohlik davolashdan keyin – №1.

Nur terapiya.

Nur terapiyaga ko'rsatmalar:

Metastatik bosh miya shikastlanishlarida palliativ maqsadda nur terapiyasini o'tkazish. Palliativ nur terapiyasi shuningdek, bosh miyaning ko'plab shikastlanishlarida yoki "simptomatik" suyaklar, yumshoq to'qimalar va limfa tugunlarining zararlanishida ham tayinlanishi mumkin.

Nur terapiya turlari:

- Distansion nur terapiya;
- 3D-konform nurlantirish;
- intensivligi bo'yicha modulirlangan nur terapiya (IMRT).
- tomoapparatlarda tomoterapiya; tomoterapiyada $ROD < 2,5$ Gr bo'lganda kipofraksiyalashga urg'u beriladi.
- Bosh miyada 3 sm gacha bo'lgan yagona metastaz mavjud bo'lganda stereotaksik nur terapiyasini (SRT) o'tkazish. 3 sm dan katta o'choqlari bo'lgan, bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatsiz bo'limlarida joylashgan, metastatik shikastlanish ta'sirini hisobga olmagan holda kutilgan umr davomiyligi 3 oydan ko'proq bo'lgan bemorlarda ochiq jarrohlik amaliyoti SRTdan ustunlikka ega. Jarrohlik muolajasidan keyin lokal nazoratni yaxshilash maqsadida operatsiya bo'lgan bo'shliqqa qo'shimcha ravishda

stereotaksik nur terapiyasi seansini o'tkazish mumkin. Bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatli bo'limlari shikastlangan hollarda afzallik SRTga berilishi mumkin. Bosh miyaning oligometastatik shikastlanishida (har biri 3 sm gacha bo'lgan 3–10 ta o'choq) stereotaksik nur terapiyasi dori-darmon bilan davolash yoki butun bosh miyani nurlantirishga nisbatan afzallikka ega bo'lishi mumkin. Bosh miyaning ko'plab metastazlari yoki uning pardalari zararlanishi holatida nur terapiyasining roli haqidagi ma'lumotlar ziddir. Ushbu muolaja bosh miyada ko'plab metastazlar mavjud bo'lganda nevrologik simptomlarni engillashtirish maqsadida bemorga taklif etilishi mumkin.

Regionar metastazlarni palliativ NTsi.

Ko'rsatmalar bo'lishi mumkin: norezektabel tugunlar, satellitlar, qoldiq o'sma.

Dozali rejimlar. Optimal doza belgilanmagan, lekin potensial to'g'ri dozalar mavjud:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 20 Gr 5 fraksiyada 1 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Simptomli ekstrakranial metastazlar uchun palliativ nur terapiyasi.

Rejimni tanlash lokalizasiya yoki klinik simptomlarga bog'liq. Simptomlarni engillashtirish maqsadida yuqori dozalar va/yoki gipofraktsiyalangan rejimlar qo'llanilishi mumkin. Dozaviy rejimlar:

- 24-27 Gr fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Bosh miyaga metastazlarda NT

SRX va SRT miya va orqa miya metastazlari uchun yuqori dozali radiyasiyani aniq mo'ljalga yo'naltirib, atrofidagi to'qimalarga minimal ta'sir ko'rsatish uchun qo'llaniladi:

- Eng katta diametri 20 mm gacha bo'lgan o'choq – 24 Gr gacha
- Eng katta diametri 21-30 mm bo'lgan o'choq – 18 Gr gacha
- Eng katta diametri 31-40 mm bo'lgan o'choq – 15 Gr gacha

Yirik o'choqlar fraksionirlangan SRT bilan davolanishi mumkin:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada
- 25-26 Gr 5 fraksiyada.

6.3 Medikamentoz davolash:

Poliximioterapiya

Melanomaning generalizasiyalangan shakllarini davolash:

1. CVD:

sisplatin 20 mg/m² v/i 2-5 kunlar

vinblastin 1,6 mg/m² infuziya 1-5 kunlar

dakarabazin 800 mg/m² v/i 2-soatlik infuziya 1 kun (disseminasiyalangan jarayonda palliativ kimyo terapiya tavsiya etilishi mumkin). Interval 3-4 hafta.

2. Dakarbazin 1000 mg/m², interval 3-4 hafta

3. Temozolomid 150-200mg/m² 1-5 kunlar har 28 kunda

4. Paklitaksel 175-225mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada 4 kursdan so'ng dozasina 175mg/m²gacha kamaytirish. Karboplatin AUC 6 v/i 1-chi kun har 3 haftada, 4 kursdan so'ng dozasini AUC 4 gacha kamaytirish.

6-jadval. Asosiy dori vositalari ro'yxati (100% qo'llanish ehtimoliga ega bo'lgan);

Farmakoterapevtik guruh	DVning halqaro patentlanmagan nomi	Qo'llash usuli	Isbotlangan lik darajasi
Monoklonal antitana	Pembrolizumab	200 mg v/i infuziya ko'rinishida, har 3 haftada 1 marta	C
Monoklonal antitana	Nivolumab*	Monoterapiya: 240mg v/i tomch., har 2 haftada yoki 480mg v/i tomch. har 4 haftada Kombinirlangan:	C

		1mg/kg v/i tomch. Ipilimumab bilan birgalikda, har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish	
Monoklonal antitana	Ipilimumab*	Metastatik melanoma: 3mg/kg, v/i tomch., har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish. Ad'yuvant terapiya: 10mg/kg, v/i tomch. har 3 haftada – 4 yuborilish, so‘ngra 10m/kg v/i tomch. har 12 haftada – 3 yil.	И
Yuklab olish (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509		

7-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (100% dan kam qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lgan);

Farmakoterapevtik guruh	DVning halqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llash usuli	ID
Platina preparatlari	Sisplatin	20 mg/m ² v/i 2-5 kunlar, har 3 haftada	C
Alkillovchi preparatlar	Dakarbazin	1000mg/m ² , v/i har 3-4 haftada	B
Alkillovchi preparatlar	Temozolomid	150-200mg/m ² 1-5 kunlar, og‘iz orqali, har 28 kunda	C
O‘simlik tabiatli o‘smaga qarshi vositalar	Paklitaksiel	175-225m/m ² , v/i tomch., har 3 haftada	C
Platina preparatlari	Karboplatin	AUC4-6 v/i tomch., har 3 haftada	C
O‘simlik kelib chiqishli alkaloid	Vinkristin	2mg v/i tomch., har 3 haftada	C
Antibakterial	Sefazolin	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A

preparatlar	Seftazidim	100mg, 100mg dan m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftriakson	1,0 gr, po 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	A
	Sefuroksim	natriya 1,0 gr, 1,0 gr dan m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Sefepim	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Imipenem + silastatin	500mg, m/o kuniga 2 mahal, 5-7 kun	C
	Amikasin	500mg, 10mg/kg hisobda m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Siprofoloksasin	100mg, 100 mg v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	C
	Ofloksasin	0,2gr, 0,2 gr v/i kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Metronidazol	100 ml, 100 ml v/i kuniga 2 mahal, 5 kun	C
Zamburug'ga qarshi preparatlar	Flukonazol	100 mg, 100mg v/i – bir marta	A
Plazma o'rnini bosuvchi preparatlar	Gidrosietilkraxmal	200ml, 500 ml v/i kuniga 1 marta 3 kungacha	B
	Dekstran	400ml, 400 ml v/i kuniga 2 mahal 2-3 kun	B
Parenteral ovqatlantirish preparatlari	Aminokislotalar kompleksi	500ml, 500ml v/i kuniga 1 marta, 5 – 7 kun	B
	Dekstroza	5% - 400ml, 400ml v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	A
Regidratasion terapiya preparatlari	Natriya xlorid	0,9% - 400ml, 400 ml v/i 2 – kuniga 3 mahal. 5 – 7 kun	A
Analgetik preparatlar	Ketoprofen	1ml, 1 ml, m/o 2 – kuniga 3 mahal 5 – 7 kun	A
	Diklofenak natriya	m/o 2 – kuniga 3 mahal 7 – 10 kun	B
	Tramadol gidroxlorid	1 ml, 1ml m/o 2 – kuniga 3 mahal	B
Gormonal preparatlar	Prednizolon	30mg, 30 – 60 – 90 mg v/i kuniga 1 marta 1 – 5 kun	A
	Deksametazon	4 mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 mg kuniga 1 marta 1 – 5 kun	A

	Inson insulini	40 ED, 4 – 6 ED kuniga 1 marta 2 – 10 kun	C
Spazmolitiklar	Drotoverin	2,0 ml, 2,0 ml m/o, v/i 1 – kuniga 3 mahal 1 – 7 kun	C
	Platifillin gidrotartarat	1,0 ml, po 1 ml m/o, v/i 1-kuniga 3 mahal 1-7 kun	A
Bronxolitiklar	Aminofillin	10ml, 6 – 10mg/kg/sut m/o kuniga 3 mahal,10 kun	C
	Teofillin	0,2gr, 0,2 gr per os kuniga 2-4 mahal, 10 – 15 kun	C
Antikoagulyantlar	Nadroparin kalsiya	0,3 ml, 0,3 ml kuniga 1 marta t/o	C
	<u>Эноксапарин натрий</u>	0,2 ml, 0,2 ml kuniga 1 marta t/o	A
	<u>Geparin</u>	<u>10mingED, 5000-10000 ED v/i yoki t/o kuniga 1 marta</u>	B
Mukolitiklar	Bromgeksin	8 mg, 8 mg per os kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	C
	Ambroksol	2 ml, 2 ml m/o, kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	B
Qayt qilishga qarshi vositalar	Ondansetron	4mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 mg v/i, m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	A
	Metoklopramid	10 mg, 10 – 20 mg v\m, v/i kuniga 1 – 2 – 3 mahal, 1 – 5 kun	A
Sedativ preparatlar	Tofizopam	50 mg, 50 mg per os 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	C
	Neostigmina metilsulfat	1,0ml, 1ml m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 10 kun	C
Isitma tushuruvchilar	Asetilsalisil kislota	0,5 gr, 0,5 gr per os kuniga 2 mahal	A
	Parasetamol	0,5gr, 0,5 gr per os, kuniga 3 mahal	A
Gemostatiklar	Aminokapron kislota	5% - 100ml, 100 ml v/i kuniga 1 marta, 1 – 5 kun	B
	Etamzilat	12,5% - 2ml, 2 ml m/o kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	C
	Disinon	1 ml, 1,0 ml m/o 1 – kuniga 2 mahal	B
Diuretiklar	Furosemid	1% - 2 ml, 2 ml m/o, v/i 1-kuniga 3 mahal, 1 – 5 kun	A
	Spironolakton	100mg, 100 mg per os kuniga 1 marta, 5 – 14 kun	C
Antianemik	Ferkayl	50mg - 2 ml, 2 ml m/o haftada 2-3	C

preparatlar		marta	
	Kosmofer	2 ml, 2 ml m/o haftada 2-3 marta	C
Gemopoetik preparatlar	Filgrastim	1 ml – 0,3gr, 5 mg/kg t/o, 1 – 3 kun	A
Antigistaminlar	Difengidramin	1 ml – 10 mg, 10 mg m/o kuniga 1-2 mahal	A
	Xloropiramin	25 mg, 25 mg per os kuniga 3 – 4 mahal	C
Yuklab olish (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509		

Metastatik yoki nooperabel melanomani immunoterapiyasi

Metastatik nooperabel melanomni davolash uchun pembrolizumab, nivolumab*, ipilimumab* preparatlari buyuriladi (*Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yhatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi) [1-7; S].

Pembrolizumabni tayinlash uchun o‘sma hujayralarida PD-L1 ekspressiyasini aniqlash zarur emas. [8; S]

Teri metastatik melanomasini immunoterapiyasini tavsiya etilgan rejimlari:

1. Kombinirlangan immunoterapiya (anti-PD1 + anti-CTLA-4):

- Nivolumab* 1 mg/ kg v/i tomchilab + ipilimumab* 3 mg/ kg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta (maksimum 4 yuborilish, yoki ko‘tara olmaydigan toksiklik rivojlanganda kamroq), so‘ngra nivolumab* 3 mg/ kg (yoki 240 mg, undan ko‘p emas) v/i tomchilab 2 haftada 1 marta(yoki 480 mg dozada har 4 haftada), uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

*Izoh: * Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yhatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi.*

2. Anti-PD1 terapiya:

- Nivolumab* 3 mg/ kg (yoki 240 mg, lekin undan ko‘p emas) v/i tomchilab 2 haftada 1 marta, uzoq vaqt (yoki nivolumab 480 mg v/i har 4 haftada.) progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.
- Pembrolizumab 200 mg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

3. Anti-CTLA-4:

- Ipilimumab* 3 mg/ kg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta, 4 yuborilish metastatik melanomani kombinirlangan davolash tarkibida, yoki 10mg/kg, v/i tomch. har 3 haftada – 4 yuborilish, so‘ngra 10m/kg v/i tomch. har 12 haftada – 3 yil, ad'yuvant terapiya sifatida

*Izoh: * Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yhatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi.*

Davolashning boshqa turlari:

Elektroximioterapiya.

Ko‘rsatmalar. Ushbu davolash usulini teri va yumshoq to‘qimalarning mahalliy shikastlanishi hamda metastatik tugunchalarning yuzaki joylashgan holatlarida (ichki teri va teri osti metastazlari) qo‘llash mumkin. [20; B]

6.4 Jarrohlik davosi

Teri melanomasini davolashda standart jarrohlik amaliyotlari

- Ekonom kesib olishda o‘sma ellipssimon kesik orqali, uning chegaralaridan 0,5-1,0 sm uzoqlikda, narkoz ostida kesib olinadi.
- Melanoma in situ, qavatma-qavat o‘sovchi lentigo-melanoma (qalinligi 1,5 mm gacha va I-II invaziya darajasi) hamda yuzadan tarqaluvchi melanoma (qalinligi 0,76 mm gacha va I invaziya darajasi) bo‘lganda teri o‘smaning chegaralaridan 1–2 sm uzoqlikda kesiladi. O‘sma atrofidagi teri va teri osti hujayralari bilan birga yagona blok sifatida olib tashlanadi.
- Qo‘l va oyoq barmoqlarida joylashgan melanoma holatida barmoq amputasiyasi yoki ekzartikulyasiya amalga oshiriladi.
- Quloq suprasida joylashgan o‘sma yuqori yoki markaziy qismida bo‘lganda, butun quloq suprasi olib tashlanadi.
- Limfadiisseksiya limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo‘lganda amalga oshiriladi va asosiy o‘sma o‘chog‘i bilan bir vaqtda kesib olinadi.
- Profilaktik limfadiisseksiya o‘tkazilmaydi.

Teri melanomasida regionar limfa apparatida bajariladigan standart jarrohlik amaliyotlari:

Standartli limfa tizimida o‘tkaziladigan jarrohlik aralashuvlari quyidagilardan iborat: o‘mrov osti-qo‘ltiq osti-kurak limfadiisseksiya (qo‘ltiq osti, elka osti va qovurg‘a ustki limfa tugunlarini olib tashlash), Yonbosh, chov-son limfadiisseksiyasi (chov va son limfa tugunlarini olib tashlash), Klassik radikal bo‘yin limfadiisseksiyasi (Krayl

amaliyoti), Modifikasiyalangan radikal bo‘yin limfadi-seksiyasi III turi (futlyar-fassial bo‘yin limfadi-seksiyasi), Chov-son limfadi-seksiyasi, Yonbosh-chov-son limfadi-seksiyada limfa tugunlari aorta bifurkasiyasi darajasigacha olib tashlanadi.

6.5 Keyingi olib borish.

Tuzalgan bemorlarni dispanser kuzatuv:

birinchi yil davomida – har 3 oyda 1 marta;

ikkinchi yil davomida – har 6 oyda 1 marta;

uchinchi yildan boshlab – 3 yil davomida yiliga 1 marta.

Tekshirish usullari:

- Lokal nazorat – har bir tekshiruvda;
- Regionar limfa tugunlarini palpasiya qilish – har bir tekshiruvda;
- Ko‘krak qafasi a‘zolarining rentgenografik tekshiruvi – yiliga 1 marta;
- Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining ultratovush tekshiruvi – har 6 oyda 1 marta (birlamchi tarqalgan va metastatik o‘smalarda).

Yashash joyi bo‘yicha onkolog nazorati (olib tashlangan o‘sma hududini ko‘zdan kechirish, periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish).

- ko‘krak qafasi a‘zolari KTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yildan 5-yilgacha – har 6 oyda 1 marta).
- Regionar limfa oqimi zonalarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Bosh miya kontrastli MRTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a‘zolarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Qonda LDG darajasini aniqlash (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- PET-KT (har 6 oyda 1 marta yoki qat‘iy ko‘rsatmalar bo‘yicha boshqa muddatlarda).

7. davo samaradorligi indikatorlari:

- UTT ma'lumotlari – metastazlar (MTS) va residiv mavjud emasligi;

- KT ma'lumotlari – uzoq metastazlar (MTS) mavjud emasligi;
- MRT ma'lumotlari – uzoq metastazlar (MTS) mavjud emasligi;
- Qon, peshob va qon biokimyoviy ko'rsatkichlarining qoniqli darajada bo'lishi;
- Operatsiyadan keyingi jaroxatning bitishi;
- Bemor(a)ning nisbatan qoniqli holati.

Solid o'smalarda JSST shkalasi bo'yicha davolash samaradorligi mezonlari

Uzoq vaqt davomida ximiyaterapiyaning ob'ektiv samaradorligini baholash uchun JSST mutaxassislari qo'mitasi mezonlari ishlatilib kelingan. Bu baholash usulida o'sma va metastazlar hajmini aniqlash uchun eng katta ikki perpendikulyar diametrlar ko'rsatkichi hisobga olinadi.

Samara	Belgilar
To'liq samara	Barcha shikastlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida yo'qolishi.
Qisman samara	Barcha yoki ayrim o'smalarning $\geq 50\%$ ga kichrayishi va boshqa o'choqlarda progressiyaning yo'qligi.
Stabilizasiya (o'zgarishsiz)	Kichrayish $< 50\%$ yoki kattalashish $< 25\%$ va yangi shikastlanish o'choqlarining yo'qligi.
Progressiyaning	Bir yoki bir necha o'smaning $> 25\%$ kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

RECIST shkalasi bo'yicha davo samaradorligi mezonlari

2000 yildan boshlab xalqaro klinik tadqiqotlarda qattiq o'smalar terapiyasining samaradorligini baholash uchun RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 shkalasi qo'llanila boshlandi, u 2009 yilda qayta ko'rib chiqildi (RECIST 1.1).

Ushbu shkala bo'yicha o'smalar o'lchanadigan (standart tadqiqotda diametri 20 mm yoki undan katta, spiral kompyuter tomografiyasida 10 mm) yoki o'lchanmaydigan (yuqorida ko'rsatilgan o'lchamlardan kichik) deb baholanadi. 5 ta shikastlanish o'chog'ining eng katta diametri (bir organda 2 tagacha yoki turli organlarda 5 tagacha) aniqlanadi. Davolashdan oldingi diametrlar yig'indisi asosiy ko'rsatkich sifatida qabul qilinadi va davolashdan keyingi ko'rsatkichlar bilan solishtiriladi.

Samara	Belgilar
To'liq samara	Barcha shikastlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida

	yo‘qolishi.
Qisman samara	O‘lchanadigan o‘choqlarning 30% yoki undan ko‘proq kichrayishi.
Stabilizasiya	Qisman samara sifatida baholash uchun etarli kamayish yoki progressiya sifatida baholash uchun etarli oshish mavjud emas.
Progressiyalanish	Eng kichik qayd etilgan shikastlanish o‘choqlari yig‘indisining kuzatuv davomida 20% ga oshishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

RECIST shkalasi bo‘yicha suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligi mezonlari

Suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligini baholash uchun alohida samaradorlik mezonlari mavjud.

Samara	Belgilar
To‘liq samara	Barcha shikastlanish o‘choqlarining rentgenogramma yoki skanogrammada to‘liq yo‘qolishi.
Qisman samara	Osteolitik metastazlarning qisman kichrayishi, ularning rekalsifikatsiyasi yoki osteoblastik shikastlanishlar zichligining kamayishi.
Stabilizasiya	Davolash boshlanganidan keyin 8 hafta davomida o‘zgarishlarning yo‘qligi.
Progressiyalanish	Mavjud o‘choqlarning kattalashishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

**«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

XKT-10:	
Kod	Nomlanishi
C43	– Teri xavfli melanomasi
C43.1	– Qovoq terisi
C43.2	– Quloq supراسi terisi
C43.3	– Yuzning boshqa qismlari terisi
C43.4	– Bosh va bo‘yinning sochli qismi terisi
C43.5	– Tana terisi
C43.6	– Qo‘llarning terisi
C43.7	– Oyoqlarning terisi
C43.8	– terining kombinirlangan shikastlanishi
C43.9	– Teri, QAS

Yuklab olish (XKT-10 dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1214>

XKT-11:	
Kod	Nomlanishi
2C30	Teri melanomasi
2C30.0	Yuzasidan tarqaluvchi melanoma, birlamchi
2C30.1	Tugunsimon melanoma, birlamchi
2C30.2	Xavfli lentigo-melanoma, birlamchi
2C30.3	Akral lentiginoz melanoma, birlamchi
2C30.Y	Boshqa aniqlangan teri melomasi
2C30.Z	Aniqlanmagan teri melanomasi
2E63	Melanoma in situ
XH9KY6	Xavfli lentigo
XH3XX3	Melanoma in situ
XH41F9	QAS – saratongacha melanoz
XH9L11	Akral melanoma
XH3TK1	Amelanotik melanoma
XH8TE3	Ballon hujayrali melanoma
XH1P36	Desmoplastik amelanotik melanoma
XH1Z15	QAS – desmoplastik melanoma

XH9NL4	Xavfli lentigo melanoma
XH5L25	Gigant tug‘ma nevusdan kelib chiqqan xavfli melanoma
XH23B1	Chegaraviy nevusdagi xavfli melanoma
XH7L76	Saratongacha melanozdagi xavfli melanoma
XH6XP3	Residivga moyil xavfli melanoma
XH1BP7	Meningeal melanomatoz
XH5QP3	Shilliq qavatlar lentiginoz melomasi
XH5F94	Neyrotrop xavfli melanoma
XH4QG5	Tugunsimon melanoma
XH08X7	Yuzaga tarqaluvchi melanoma
XH4846	QAS – xavfli melanoma
XH25M1	QAS – urchuqsimon hujayrali melanoma
XH8HA2	Aralash epitelioid va urchuqsimon hujayrali melanoma
XH0QL5	Epitelioid hujayrali melanoma
XH5KW3	Urchuqsimon hujayrali melanoma, A turi
XH5YE7	Urchuqsimon hujayrali melanoma, B turi
XH1G74	Havfli havorang nevus
XH7JW1	Quyosh nuridan kam shikastlangan melanoma
XH8DS3	Shpis xavfli o‘smasi
XH3DN1	Meningeal melanoma
XH8681	Nevusga o‘xshash melanoma
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171	

1. Asosiy qism.

Kirish (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16):

Teri melanomasi – neyroektodermal kelib chiqishli, melanositlar (pigment hujayralari)dan rivojlanuvchi xavfli o‘smadir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Ayrim hollarda, uzoq metastazlar mavjud bo‘lganda, teridagi (yoki boshqa a'zolaridagi) birlamchi o‘choq aniqlanmasligi mumkin. Bu holat spontan regressiya (birlamchi o‘smaning o‘z-o‘zidan yo‘qolishi) yoki

morfologik tekshiruvsiz tibbiy yoki kosmetik manipulyasiya vaqtida o‘choqning olib tashlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bunday holat "birlamchi o‘choq aniqlanmagan melanoma metastazlari" deb atalishi kerak. Shuni hisobga olish kerakki, melanositlar normal holatda bir qator a'zolarida uchraydi (oshqozon-ichak trakti, jinsiy a'zolar shilliq pardasi, miya pardalari, ko‘zning tomirli pardasi va boshqalar). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), birlamchi o‘sma (melanoma) mazkur a'zolarining istalganida rivojlanishi mumkin. Bunday holatda, o‘sma joylashgan a'zoga mos ravishda nomlanadi, masalan: ichak shilliq pardasi melanomasi (masalan, yonbosh ichak shilliq pardasi melanomasi), ko‘zning tomirli pardasi melanomasi.

Xalqaro Saratonni O‘rganish Agentligi (IARC) – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko‘ra, 2022 yilda jami 331 722 ta teri melanomasi holati aniqlangan va 58 667 nafar inson ushbu kasallikdan vafot etgan

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16).

Melanoma rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Teri melanomasining sporadik (irsiy bo‘lmagan) shakllari uchun eng muhim xavf omillari – ultrabinafsha (UB) nurlanishining ta'siri, ayniqsa: UB-V (290–320 nm to‘lqin uzunligi), UB-A (320–400 nm to‘lqin uzunligi). Shu bilan birga, odamlarning teri ultrabinafsha ta'siriga sezgirligi turlicha bo‘lib, 6 turga ajratiladi: 1 va 2-turlar eng yuqori sezgirlikka ega (kuyosh ta'sirida qo‘lda quyosh kuyishi ehtimoli yuqori). 5 va 6-turlar esa eng past sezgirlikka ega (quyosh ta'sirida kuyish xavfi juda kam) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Boshqa xavf omillari quyidagilarni o‘z ichiga oladi: 10 dan ortiq displastik nevuslar mavjudligi; 100 dan ortiq oddiy (so‘nggi hayot davrida paydo bo‘lgan) nevuslar mavjudligi; jigarrang sochlar (odatda, I fototip teriga bog‘liq); bolalik davrida kuchli va davriy ravishda takrorlanib turadigan quyosh nuri ta'siri (quyosh kuyishlari) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Epidemiologik ma'lumotlarga ko‘ra, ultrabinafsha nurlanishi bilan bog‘liq melanoma xavfi eng yuqori darajada qisqa muddatli, lekin kuchli quyosh ta'siriga uchragan va bolalikda quyosh kuyishlarini boshdan kechirgan shaxslarda kuzatiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Qo‘shimcha xavf omillari quyidagilarni o‘z ichiga oladi: umumiy tananing 5% yoki undan ortiq maydonini egallagan gigant yoki katta tug‘ma nevus mavjudligi; oilada teri melanomasi tarixi (irsiy moyillik); bemorning shaxsiy anamnezida teri melanomasi bo‘lishi; displastik nevuslar sindromi; PUVA-terapiya (psoriaz va boshqa surunkali dermatozlar davolash uchun qo‘llaniladi); pigmentli kseroderma (genetik himoya mexanizmlarining etishmovchiligi sababli teridagi o‘ziga xos kasallik); tug‘ma yoki keyin orttirilgan immun etishmovchiligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so‘ng yoki immunosupressorlar qabul qilish talab etiladigan boshqa kasalliklar) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Boshqa lokalizasiyalardagi melanoma xavf omillari (masalan, shilliq pardalar melanomasi, akral lokalizatsiyali melanoma, uveal melanoma) hali to‘liq o‘rganilmagan

va etarlicha tadqiq qilinmagan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Melanoma kanserogenezining ayrim mexanizmlari in vitro va in vivo tadqiqotlar orqali o'rganilgan. Ultrabinafsha (UB) nurlanishi melanoma induksiyasi va o'sishini rag'batlantirishi bir nechta hayvon modellarida namoyish etilgan. UB nurlanishi melanoma rivojlanishiga turli mexanizmlar orqali yordam berishi mumkin: UB-V nurlanishiga xos mutasiyalar melanoma rivojlanishida ishtirok etuvchi genlarda uchraydi. UB nurlanishi o'sma supressor oqsili p16INK4A ni inaktiv qiladi, bu esa melanomaning progressiyasiga yordam beradi. UB nurlanishi normal va xavfli melanositlarda E- va P-kadgerin ekspressiyasini kamaytiradi, bu esa B-katenin signal uzatishini kuchaytiradi, melanositlarda xavfli fenotip paydo bo'lishiga olib keladi. UB nurlanishi hujayra adgeziyasini buzadi, bu esa melanoma hujayralarining qo'shni keratinositlardan ajralib chiqishiga va invaziv fenotip paydo bo'lishiga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 yilda Rossiya Federasiyasida 11 258 kishi teri melanomasi bilan kasallangan. 2017 yilda umumiy kasallanish ko'rsatkichi (ikki jins uchun) 100 000 aholiga 7,6 ni tashkil qilgan. Standartizasiyalangan kasallanish ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 4,67: Ayollarda – 4,93; Erkaklarda – 4,51. 2016 yilda melanoma umumiy onkologik kasallanish tuzilishida: Erkaklarda 1,5%; Ayollarda 2%. Oxirgi 10 yil ichida o'rtacha yillik kasallanish o'sish sur'ati: Erkaklarda – 3,74%; Ayollarda – 3,04%. Kasallik aniqlangan o'rtacha yosh: Ikki jins uchun – 61,6 yosh; Erkaklar – 61,3 yosh; Ayollar – 61,8 yosh. Kumulyativ xavf (2007–2017 yillarda, 0–74 yosh orasida) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 yilda Rossiyada teri melanomasi sababli: 1 757 erkak; 1 956 ayol vafot etgan. Umumiy o'lim ko'rsatkichi (ikki jins uchun) – 100 000 aholiga 2,53. Standartizasiyalangan o'lim ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 1,48: Ayollarda – 1,28; Erkaklarda – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

O'rtacha o'lim yoshi: Ikki jins uchun – 64,3 yosh, Erkaklar – 63,0 yosh, Ayollar – 65,6 yosh. 2017 yilda 20 yoshgacha bo'lgan bemorlarda 25 ta melanoma holati qayd etilgan. 2017 yilda kasallikning bosqichlar bo'yicha taqsimoti: I bosqich – 35,7%; II bosqich – 43,5%, III bosqich – 10,5%, IV bosqich – 8,6%, Bosqich aniqlanmagan – 1,6%. Ilk bor kasallanganlar orasida aktiv aniqlangan kasallik holatlari – 31,8%. 1-yillik letallik – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 yil yakuniga ko'ra 94 153 nafar bemor dispanser kuzatuvda bo'lgan (100 000 aholiga 64,1). Shundan 55 758 nafar bemor (59,2%) 5 yil va undan ortiq muddat kuzatuvda qolgan. Kontingent yig'ilish indeksi – 9,2 (2014 yilda – 9,1). Letallik – 3,7% (2011 yilda – 4,3%). 2017 yilda radikal davolashga muhtoj bo'lgan melanoma bilan kasallangan bemorlar orasida: 87,3% faqat jarrohlik davolash olgan; 12,7% esa

kombinasiyalashgan yoki kompleks (kimyo-nur terapiyasiz) davolash olgan (<https://nood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiij-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi 2023 yil statistik ma'lumotlariga ko'ra, Teri melanomasi bilan kasallanish ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 0,3 ni tashkil etdi. 2023 yilda jami 123 ta yangi melanoma holati aniqlangan. Shundan profilaktik ko'riklar davomida aktiv aniqlangan holatlar – 33,3% holat aniqlandi. Morfologik tasdiqlangan melanoma tashxisiga ega bemorlar ulushi – 91,1%. Kasallik bosqichlari bo'yicha taqsimot: I bosqich – 7,3%, II bosqich – 47,2%, III bosqich – 29,3%, IV bosqich – 12,2%. Bosqich aniqlanmagan holatlar – 4,1%. 2025 yil boshiga kelib dispanser kuzatuvda turgan bemorlar soni – 1 034 kishi. Bemorlik ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 2,8 ni tashkil qildi. 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichi – 36,5%ni tashkil qildi. 1 yillik letallik – 8,0%. 2023 yilda O'zbekiston Respublikasi bo'yicha 57 nafar bemor melanoma sababli vafot etgan, bu esa 100 000 aholiga nisbatan o'lim ko'rsatkichi 0,2 ni tashkil etadi.

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

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'smani radikal olib tashlash;
- birlamchi o'choqni olib tashlash;
- o'smani stabilizatsiyasi, qisman yoki to'liq regressiyasi;
- umumiy holatini yaxshilash;
- umumiy yashovchanlikni oshirish.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorning og'ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o'tkir kechiktirib bo'lmaydigan g'olalar (miokard infarkti, insult);
- septik holatlar;
- qon ketish xavfi bilan, parchalanish bosqichidagi o'smalar (nur terapiya uchun);
- psixorgan kasalliklar (shizofreniya, kuchli tutqanoq sindromi bilan epilepsiya);

- Bemorning Karnovskiy shkalasi bo'yicha 60%dan kam bo'lgan og'ir holati.
- Dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar;

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

Medikamentoz (Kimyo va/yoki target, va/yoki immunoterapiya) va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi o'tkaziladi:

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

4) Jarrohlik davolash tamoyillari

Teri melanomasini davolashda standart jarrohlik amaliyotlari

- Ekonom kesib olishda o'sma ellipssimon kesik orqali, uning chegaralaridan 0,5-1,0 sm uzoqlikda, narkoz ostida kesib olinadi.
- Melanoma in situ, qavatma-qavat o'suvchi lentigo-melanoma (qalinligi 1,5 mm gacha va I-II invaziya darajasi) hamda yuzadan tarqaluvchi melanoma (qalinligi 0,76 mm gacha va I invaziya darajasi) bo'lganda teri o'smaning chegaralaridan 1–2 sm uzoqlikda kesiladi. O'sma atrofidagi teri va teri osti hujayralari bilan birga yagona blok sifatida olib tashlanadi.
- Qo'l va oyoq barmoqlarida joylashgan melanoma holatida barmoq amputasiyasi yoki ekzartikulyasiya amalga oshiriladi.
- Quloq suprasida joylashgan o'sma yuqori yoki markaziy qismida bo'lganda, butun quloq supراسi olib tashlanadi.
- Limfadi-seksiya limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi

va asosiy o'sma o'chog'i bilan bir vaqtda kesib olinadi.

- Profilaktik limfadi-seksiya o'tkazilmaydi.

Teri melanomasida regional limfa apparatida bajariladigan standart jarrohlik amaliyotlari:

Standartli limfa tizimida o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvlari quyidagilardan iborat: o'mrov osti-qo'ltiq osti-kurak limfadi-seksiya (qo'ltiq osti, elka osti va qovurg'a ustki limfa tugunlarini olib tashlash), Yonbosh, chov-son limfadi-seksiyasi (chov va son limfa tugunlarini olib tashlash), Klassik radikal bo'yin limfadi-seksiyasi (Krayl amaliyoti), Modifikasialangan radikal bo'yin limfadi-seksiyasi III turi (futlyar-fassial bo'yin limfadi-seksiyasi), Chov-son limfadi-seksiyasi, Yonbosh-chov-son limfadi-seksiyada limfa tugunlari aorta bifurkasiyasi darajasigacha olib tashlanadi.

4) Nur terapiya.

Nur terapiyaga ko'rsatmalar:

Metastatik bosh miya shikastlanishlarida palliativ maqsadda nur terapiyasini o'tkazish. Pallativ nur terapiyasi shuningdek, bosh miyaning ko'plab shikastlanishlarida yoki "simptomatik" suyaklar, yumshoq to'qimalar va limfa tugunlarining zararlanishida ham tayinlanishi mumkin.

Nur terapiya turlari:

- Distansion nur terapiya;
- 3D-konform nurlantirish;
- intensivligi bo'yicha modulirlangan nur terapiya (IMRT).
- tomoapparatlarda tomoterapiya; tomoterapiyada $ROD < 2,5$ Gr bo'lganda kipofraksiyalashga urg'u beriladi.
- Bosh miyada 3 sm gacha bo'lgan yagona metastaz mavjud bo'lganda stereotaksik nur terapiyasini (SRT) o'tkazish. 3 sm dan katta o'choqlari bo'lgan, bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatsiz bo'limlarida joylashgan, metastatik shikastlanish ta'sirini hisobga olmagan holda kutilgan umr davomiyligi 3 oydan ko'proq bo'lgan bemorlarda ochiq jarrohlik amaliyoti SRTdan ustunlikka ega. Jarrohlik muolajasidan keyin lokal nazoratni yaxshilash maqsadida operatsiya bo'lgan bo'shliqqa qo'shimcha ravishda stereotaksik nur terapiyasi seansini o'tkazish mumkin. Bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatli bo'limlari shikastlangan hollarda afzallik SRTga berilishi mumkin. Bosh miyaning oligometastatik shikastlanishida (har biri 3 sm gacha bo'lgan 3–10 ta o'choq) stereotaksik nur terapiyasi dori-darmon bilan davolash yoki butun bosh miyani

nurlantirishga nisbatan afzallikka ega bo'lishi mumkin. Bosh miyaning ko'plab metastazlari yoki uning pardalari zararlanishi holatida nur terapiyasining roli haqidagi ma'lumotlar ziddir. Ushbu muolaja bosh miyada ko'plab metastazlar mavjud bo'lganda nevrologik simptomlarni engillashtirish maqsadida bemorga taklif etilishi mumkin.

Regionar metastazlarni palliativ NTsi.

Ko'rsatmalar bo'lishi mumkin: norezektabel tugunlar, satellitlar, qoldiq o'sma.

Dozali rejimlar. Optimal doza belgilanmagan, lekin potensial to'g'ri dozalar mavjud:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 20 Gr 5 fraksiyada 1 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Simptomli ekstrakranial metastazlar uchun palliativ nur terapiyasi.

Rejimni tanlash lokalizasiya yoki klinik simptomlarga bog'liq. Simptomlarni engillashtirish maqsadida yuqori dozalar va/yoki gipofraktsiyalangan rejimlar qo'llanilishi mumkin. Dozaviy rejimlar:

- 24-27 Gr fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Bosh miyaga metastazlarda NT

SRX va SRT miya va orqa miya metastazlari uchun yuqori dozali radiyasiyani aniq mo'ljalga yo'naltirib, atrofidagi to'qimalarga minimal ta'sir ko'rsatish uchun qo'llaniladi:

- Eng katta diametri 20 mm gacha bo'lgan o'choq – 24 Gr gacha
- Eng katta diametri 21-30 mm bo'lgan o'choq – 18 Gr gacha

- Eng katta diametri 31-40 mm bo'lgan o'choq – 15 Gr gacha

Yirik o'choqlar fraksionirlangan SRT bilan davolanishi mumkin:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada
- 25-26 Gr 5 fraksiyada.

5) muolaja va aralashuv o'tkazayotgan mutahassisga talablar:

Aholiga onkologik yordam ko'rsatadigan tibbiy muassasalarning umumiy 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, umumiy onkologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiasiya xavfsizligi kurslarini o'tash muddati o'tmagan sertifikatlari bor bo'lishi kerak.

- «Onkologiya», «umumiy onkologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiasion onkologiya) mutahassisliklari bo'yicha sertifikati bo'lgan, ihtisosligi 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.

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

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

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlil (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);

7. Virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash IFA (immunoferment tahlil) yoki IXL (immunxemilyuminessent tahlil) usuli orqali.
8. Virus gepatitlar B va C ga PZR (sifat)
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
11. Kompleks ultratovush diagnostikasi (jigar, o't pufagi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, qorin parda orti, periferik limfa tugunlari);
12. Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi (skopiya, grafiya);
13. Maxsus graduirovkali yoki oddiy yoritgichli lupa orqali, 10 martagacha kattalashtirish imkoniyati bilan dermoskopiya.
14. Ingichka ignali punktsion (aspirasion) biopsiya, agar kattalashgan yoki o'zgargan limfa tugunlari mavjud bo'lsa, ularning metastatik zararlanish xususiyatini tasdiqlash maqsadida o'tkaziladi.
15. Bosh miya MRTsi kontrastlash bilan;
16. Skelet suklari ssintigrafiyasi;
17. O'smani suyaklarga tarqalishiga gumon bo'lsa suyaklar KTsi;
18. Biopatni sitologik tekshirish (hosilani, limfa tugunini) *;
19. Biopatni 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.Bioptatni immunogistokimyoviy tekshirish (hosilani, limfa tugunini)*
- 14.O‘smaning BRAF-mutasiya tipini aniqlash;
- 15.Qo‘riqchi (signal) limfa tugunini biopsiyasi;
- 16.Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash maqsadida mikrosatellit nostabillikni molekulyar-genetik tekshiruvi;
- 17.Burun yondosh bo‘shliqlari rentgenografiyasi;
- 18.Bosh, bo‘yin KTsi;
- 19.Fibroezofagogastroduodenoskopiya;
- 20.Bronxoskopiya;
- 21.Kolonoskopiya;
- 22.Oyoqlar tomirlari (vena va/yoki arteriyalar) UZDGsi;
- 23.Spirografiya;
- 24.Xolter – monitorlash bilan EKG
- 25.Butun tana PET/KTsi**;

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

Onkologik muassasaning jarrohlik (umumiy 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", "umumiy 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 xonasi;
- Bo‘lim mudiri xonasi;
- Shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog‘lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;

- xuqnaxona;
- hamshiralar xonasi.

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojatxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- 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 Xaunsfild 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)

8) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko'rsatkichlari.

Solid o'smalarda JSST shkalasi bo'yicha davolash samaradorligi mezonlari

Uzoq vaqt davomida ximiyaterapiyaning ob'ektiv samaradorligini baholash uchun JSST mutaxassislari qo'mitasi mezonlari ishlatilib kelingan. Bu baholash usulida o'sma va metastazlar hajmini aniqlash uchun eng katta ikki perpendikulyar diametrlar ko'rsatkichi hisobga olinadi.

Samara	Belgilar
To'liq samara	Barcha shikastlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida yo'qolishi.
Qisman samara	Barcha yoki ayrim o'smalarning $\geq 50\%$ ga kichrayishi va boshqa o'choqlarda progressiyaning yo'qligi.
Stabilizasiya (o'zgarishsiz)	Kichrayish $< 50\%$ yoki kattalashish $< 25\%$ va yangi shikastlanish o'choqlarining yo'qligi.
Progressiyalanish	Bir yoki bir necha o'smaning $> 25\%$ kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

RECIST shkalasi bo'yicha davo samaradorligi mezonlari

2000 yildan boshlab xalqaro klinik tadqiqotlarda qattiq o'smalar terapiyasining samaradorligini baholash uchun RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 shkalasi qo'llanila boshlandi, u 2009 yilda qayta ko'rib chiqildi (RECIST 1.1).

Ushbu shkala bo'yicha o'smalar o'lchanadigan (standart tadqiqotda diametri 20 mm yoki undan katta, spiral kompyuter tomografiyasida 10 mm) yoki o'lchanmaydigan (yuqorida ko'rsatilgan o'lchamlardan kichik) deb baholanadi. 5 ta shikastlanish o'chog'ining eng katta diametri (bir organda 2 tagacha yoki turli organlarda 5 tagacha) aniqlanadi. Davolashdan oldingi diametrlar yig'indisi asosiy ko'rsatkich sifatida qabul qilinadi va davolashdan keyingi ko'rsatkichlar bilan solishtiriladi.

Samara	Belgilar
To'liq samara	Barcha shikastlanish o'choqlarining kamida 4 hafta davomida yo'qolishi.
Qisman samara	O'lchanadigan o'choqlarning 30% yoki undan ko'proq kichrayishi.

Stabilizasiya	Qisman samara sifatida baholash uchun etarli kamayish yoki progressiya sifatida baholash uchun etarli oshish mavjud emas.
Progressiyalanish	Eng kichik qayd etilgan shikastlanish o‘choqlari yig‘indisining kuzatuv davomida 20% ga oshishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

RECIST shkalasi bo‘yicha suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligi mezonlari

Suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligini baholash uchun alohida samaradorlik mezonlari mavjud.

Samara	Belgilar
To‘liq samara	Barcha shikastlanish o‘choqlarining rentgenogramma yoki skanogrammada to‘liq yo‘qolishi.
Qisman samara	Osteolitik metastazlarning qisman kichrayishi, ularning rekalsifikasiyasi yoki osteoplastik shikastlanishlar zichligining kamayishi.
Stabilizasiya	Davolash boshlanganidan keyin 8 hafta davomida o‘zgarishlarning yo‘qligi.
Progressiyalanish	Mavjud o‘choqlarning kattalashishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

**«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITASIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

XKT-10:	
Kod	Nomlanishi
C43	– Teri xavfli melanomasi
C43.1	– Qovoq terisi
C43.2	– Quloq supراسi terisi
C43.3	– Yuzning boshqa qismlari terisi
C43.4	– Bosh va bo‘yinning sochli qismi terisi
C43.5	– Tana terisi
C43.6	– Qo‘llarning terisi
C43.7	– Oyoqlarning terisi
C43.8	– terining kombinirlangan shikastlanishi
C43.9	– Teri, QAS
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1214	
XKT-11:	
Kod	Nomlanishi
2C30	Teri melanomasi
2C30.0	Yuzasidan tarqaluvchi melanoma, birlamchi
2C30.1	Tugunsimon melanoma, birlamchi
2C30.2	Xavfli lentigo-melanoma, birlamchi
2C30.3	Akral lentiginoz melanoma, birlamchi
2C30.Y	Boshqa aniqlangan teri melomasi
2C30.Z	Aniqlanmagan teri melanomasi
2E63	Melanoma in situ
XH9KY6	Xavfli lentigo
XH3XX3	Melanoma in situ
XH41F9	QAS – saratongacha melanoz
XH9L11	Akral melanoma
XH3TK1	Amelanotik melanoma
XH8TE3	Ballon hujayrali melanoma
XH1P36	Desmoplastik amelanotik melanoma
XH1Z15	QAS – desmoplastik melanoma

XH9NL4	Xavfli lentigo melanoma
XH5L25	Gigant tug‘ma nevusdan kelib chiqqan xavfli melanoma
XH23B1	Chegaraviy nevusdagi xavfli melanoma
XH7L76	Saratongacha melanozdagi xavfli melanoma
XH6XP3	Residivga moyil xavfli melanoma
XH1BP7	Meningeal melanomatoz
XH5QP3	Shilliq qavatlar lentiginoz melomasi
XH5F94	Neyrotrop xavfli melanoma
XH4QG5	Tugunsimon melanoma
XH08X7	Yuzaga tarqaluvchi melanoma
XH4846	QAS – xavfli melanoma
XH25M1	QAS – urchuqsimon hujayrali melanoma
XH8HA2	Aralash epitelioid va urchuqsimon hujayrali melanoma
XH0QL5	Epitelioid hujayrali melanoma
XH5KW3	Urchuqsimon hujayrali melanoma, A turi
XH5YE7	Urchuqsimon hujayrali melanoma, B turi
XH1G74	Havfli havorang nevus
XH7JW1	Quyosh nuridan kam shikastlangan melanoma
XH8DS3	Shpis xavfli o‘smasi
XH3DN1	Meningeal melanoma
XH8681	Nevusga o‘xshash melanoma
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Teri melanomasi – neyroektodermal kelib chiqishli, melanositlar (pigment hujayralari)dan rivojlanuvchi xavfli o‘smadir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Ayrim hollarda, uzoq metastazlar mavjud bo‘lganda, teridagi (yoki boshqa a'zoldagi) birlamchi o‘choq aniqlanmasligi mumkin. Bu holat spontan regressiya (birlamchi o‘smaning o‘z-o‘zidan yo‘qolishi) yoki morfologik tekshiruvsiz tibbiy yoki kosmetik manipulyasiya vaqtida o‘choqning olib

tashlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bunday holat "birlamchi o'choq aniqlanmagan melanoma metastazlari" deb atalishi kerak. Shuni hisobga olish kerakki, melanositlar normal holatda bir qator a'zolarida uchraydi (oshqozon-ichak trakti, jinsiy a'zolar shilliq pardasi, miya pardalari, ko'zning tomirli pardasi va boshqalar). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), birlamchi o'sma (melanoma) mazkur a'zolarning istalganida rivojlanishi mumkin. Bunday holatda, o'sma joylashgan a'zoga mos ravishda nomlanadi, masalan: ichak shilliq pardasi melanomasi (masalan, yonbosh ichak shilliq pardasi melanomasi), ko'zning tomirli pardasi melanomasi.

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

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16)

Xalqaro Saratonni O'rganish Agentligi (IARC) – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 331 722 ta teri melanomasi holati aniqlangan va 58 667 nafar inson ushbu kasallikdan vafot etgan

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16).

Melanoma rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Teri melanomasining sporadik (irsiy bo'lmagan) shakllari uchun eng muhim xavf omillari – ultrabinafsha (UB) nurlanishining ta'siri, ayniqsa: UB-V (290–320 nm to'lqin uzunligi), UB-A (320–400 nm to'lqin uzunligi). Shu bilan birga, odamlarning teri ultrabinafsha ta'siriga sezgirligi turlicha bo'lib, 6 turga ajratiladi: 1 va 2-turlar eng yuqori sezgirlikka ega (kuyosh ta'sirida qo'lda quyosh kuyishi ehtimoli yuqori). 5 va 6-turlar esa eng past sezgirlikka ega (quyosh ta'sirida kuyish xavfi juda kam) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Boshqa xavf omillari quyidagilarni o'z ichiga oladi: 10 dan ortiq displastik nevuslar mavjudligi; 100 dan ortiq oddiy (so'nggi hayot davrida paydo bo'lgan) nevuslar mavjudligi; jigarrang sochlar (odatda, I fototip teriga bog'liq); bolalik davrida kuchli va davriy ravishda takrorlanib turadigan quyosh nuri ta'siri (quyosh kuyishlari) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, ultrabinafsha nurlanishi bilan bog'liq melanoma xavfi eng yuqori darajada qisqa muddatli, lekin kuchli quyosh ta'siriga uchragan va bolalikda quyosh kuyishlarini boshdan kechirgan shaxslarda kuzatiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Qo'shimcha xavf omillari quyidagilarni o'z ichiga oladi: umumiy tananing 5% yoki undan ortiq maydonini egallagan gigant yoki katta tug'ma nevus mavjudligi; oilada teri melanomasi tarixi (irsiy moyillik); bemorning shaxsiy anamnezida teri melanomasi bo'lishi; displastik nevuslar sindromi; PUVA-terapiya (psoriasis va boshqa surunkali dermatozlar davolash uchun qo'llaniladi); pigmentli kseroderma (genetik himoya mexanizmlarining etishmovchiligi sababli teridagi o'ziga xos kasallik); tug'ma yoki keyin orttirilgan immun etishmovchiligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so'ng yoki immunosupressorlar qabul qilish talab

etiladigan boshqa kasalliklar) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Boshqa lokalizatsiyalardagi melanoma xavf omillari (masalan, shilliq pardalar melanomasi, akral lokalizatsiyali melanoma, uveal melanoma) hali to‘liq o‘rganilmagan va etarlicha tadqiq qilinmagan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Melanoma kanserogenezining ayrim mexanizmlari in vitro va in vivo tadqiqotlar orqali o‘rganilgan. Ultrabinafsha (UB) nurlanishi melanoma induksiyasi va o‘rishini rag‘batlantirishi bir nechta hayvon modellarida namoyish etilgan. UB nurlanishi melanoma rivojlanishiga turli mexanizmlar orqali yordam berishi mumkin: UB-V nurlanishiga xos mutasiyalar melanoma rivojlanishida ishtirok etuvchi genlarda uchraydi. UB nurlanishi o‘sma supressor oqsili p16INK4A ni inaktiv qiladi, bu esa melanomaning progressiyasiga yordam beradi. UB nurlanishi normal va xavfli melanositlarda E- va P-kadgerin ekspressiyasini kamaytiradi, bu esa B-katenin signal uzatishini kuchaytiradi, melanositlarda xavfli fenotip paydo bo‘lishiga olib keladi. UB nurlanishi hujayra adgeziyasini buzadi, bu esa melanoma hujayralarining qo‘shni keratinositlardan ajralib chiqishiga va invaziv fenotip paydo bo‘lishiga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 yilda Rossiya Federasiyasida 11 258 kishi teri melanomasi bilan kasallangan. 2017 yilda umumiy kasallanish ko‘rsatkichi (ikki jins uchun) 100 000 aholiga 7,6 ni tashkil qilgan. Standartizatsiyalangan kasallanish ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 4,67: Ayollarda – 4,93; Erkaklarda – 4,51. 2016 yilda melanoma umumiy onkologik kasallanish tuzilishida: Erkaklarda 1,5%; Ayollarda 2%. Oxirgi 10 yil ichida o‘rtacha yillik kasallanish o‘rish sur‘ati: Erkaklarda – 3,74%; Ayollarda – 3,04%. Kasallik aniqlangan o‘rtacha yosh: Ikki jins uchun – 61,6 yosh; Erkaklar – 61,3 yosh; Ayollar – 61,8 yosh. Kumulyativ xavf (2007–2017 yillarda, 0–74 yosh orasida) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 yilda Rossiyada teri melanomasi sababli: 1 757 erkak; 1 956 ayol vafot etgan. Umumiy o‘lim ko‘rsatkichi (ikki jins uchun) – 100 000 aholiga 2,53. Standartizatsiyalangan o‘lim ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 1,48: Ayollarda – 1,28; Erkaklarda – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

O‘rtacha o‘lim yoshi: Ikki jins uchun – 64,3 yosh, Erkaklar – 63,0 yosh, Ayollar – 65,6 yosh. 2017 yilda 20 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda 25 ta melanoma holati qayd etilgan. 2017 yilda kasallikning bosqichlar bo‘yicha taqsimoti: I bosqich – 35,7%; II bosqich – 43,5%, III bosqich – 10,5%, IV bosqich – 8,6%, Bosqich aniqlanmagan – 1,6%. Ilk bor kasallanganlar orasida aktiv aniqlangan kasallik holatlari – 31,8%. 1-yillik letallik – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 yil yakuniga ko‘ra 94 153 nafar bemor dispanser kuzatuvda bo‘lgan (100 000 aholiga 64,1). Shundan 55 758 nafar bemor (59,2%) 5 yil va undan ortiq muddat

kuzatuvda qolgan. Kontingent yig'ilish indeksi – 9,2 (2014 yilda – 9,1). Letallik – 3,7% (2011 yilda – 4,3%). 2017 yilda radikal davolashga muhtoj bo'lgan melanoma bilan kasallangan bemorlar orasida: 87,3% faqat jarrohlik davolash olgan; 12,7% esa kombinasiyalashgan yoki kompleks (kimyo-nur terapiyasiz) davolash olgan (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiij-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi 2023 yil statistik ma'lumotlariga ko'ra, Teri melanomasi bilan kasallanish ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 0,3 ni tashkil etdi. 2023 yilda jami 123 ta yangi melanoma holati aniqlangan. Shundan profilaktik ko'riklar davomida aktiv aniqlangan holatlar – 33,3% holat aniqlandi. Morfologik tasdiqlangan melanoma tashxisiga ega bemorlar ulushi – 91,1%. Kasallik bosqichlari bo'yicha taqsimot: I bosqich – 7,3%, II bosqich – 47,2%, III bosqich – 29,3%, IV bosqich – 12,2%. Bosqich aniqlanmagan holatlar – 4,1%. 2025 yil boshiga kelib dispanser kuzatuvda turgan bemorlar soni – 1 034 kishi. Bemorlik ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 2,8 ni tashkil qildi. 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichi – 36,5%ni tashkil qildi. 1 yillik letallik – 8,0%. 2023 yilda O'zbekiston Respublikasi bo'yicha 57 nafar bemor melanoma sababli vafot etgan, bu esa 100 000 aholiga nisbatan o'lim ko'rsatkichi 0,2 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»[39] 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[40] [41].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo'linadi [42]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spesifik profilaktikasi ham mavjud[42].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo'nalishi hisoblanadi[40] [43] 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 [44], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo'yicha ta'lim

[45] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bogʻliqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan[46] [47].

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

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin boʻlgan oʻzgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni koʻrish orqali toʻliq sogʻlom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan koʻrib chiqiladi [48] [49].

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 [50]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yoʻqolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sogʻlom boʻlish, jismoniy faollik, harakat erkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali oʻzini oʻzi anglash [51] [52] [53].

Davolashdan farqli oʻlaroq, reabilitasiya tanadagi patologik jarayonning oʻtkir bosqichi boʻlmaganda amalga oshiriladi [54].

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

2.1. Profilaktika yoki reabilitasiya turlari.

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

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo boʻlishi va ta'sirini oldini olish boʻyicha 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 koʻrish davomiyligini uzaytiradi [57]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qoʻshadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sogʻliqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini

to'ldiradi [57]. 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) [56].

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 [55].
3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitasiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitasiyasiga qaratilgan bo'ladi [55].

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:

Kanseroprevensiya bo'yicha barcha chora-tadbirlarni shartli ravishda uchga bo'lish mumkin [55].

— **Birlamchi profilaktika:** xavf omillarini bartaraf etish yoki ta'sirini kamaytirish, organizmning xavf omillariga nisbatan rezistentligini oshirish.

— **Ikkilamchi profilaktika:** kasallikni erta doklinik bosqichlarda aniqlash va davolash.

— **Uchlamchi profilaktika:** radikal davolashdan keyingi reabilitasiya va kuzatuv, shuningdek, metaxron melanomani o'z vaqtida aniqlash.

2.3. Profilaktika usuli va muolajalari:

2) Birlamchi profilaktika

(<https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2018/5/1230549482018051136#:~:text=%D0%9F%D0%BE%D0%B4%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%8B%20%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8,%D1%87%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B2%D1%8B%D1%87%D0%B0%D0%B9%D0%BD%D0%BE%20%D0%B7%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%20%5B%5D>):

Melanomaning rivojlanishini induksiya qilishga qodir bo'lgan asosiy omil an'anaviy ravishda ultrafiolet nurlanishi hisoblanadi. Bunda tabiiy va sun'iy manbalardan keladigan ultrafiolet nurlanishi bir xil darajada xavflidir. Bu haqda A. Cust va hammualliflarning (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669232/>) ma'lumotlari dalil bo'lib xizmat qiladi. Ular ko'rsatganidek, solyariy yosh ayollar orasida melanoma kasalligi o'sishining asosiy sababidir: Avstraliyada 18-29 yoshdagi oq yuzli bemorlarning 76% da melanoma solyariydan foydalanish natijasida rivojlangan. Ultrafiolet nurlanishidan himoya an'anaviy ravishda bir qator himoya vositalarini qo'llashni o'z ichiga oladi (yopiq kiyimlar, keng toshkenli shlyapalar, qo'yoshdan himoyalovchi ko'zoynaklar, ultrafiolet filtrlari bo'lgan kosmetik vositalar), shuningdek, xulq-atvorni to'g'rilash (sayohat davomida soyali joylarni tanlash, plyajda dam olish vaqtida harakat tarzini o'zgartirish). Shuningdek, ma'muriy darajada profilaktik tadbirlarni tashkil etish mumkin (yopiq bolalar maydonchalarini tashkil etish, yopiq yo'laklarni qurish va h.k.).

Quyoshdan himoyalovchi yuqori darajadagi himoyaga ega vositalarni qo'llash maqsadga muvofiqligi ayollar orasida xavfli o'smalar bo'yicha Norvegiya tadqiqotida yaqqol namoyon etilgan. Ushbu tadqiqotda 40-75 yosh oralig'idagi 143 844 nafar ayol ishtirok etgan bo'lib, ularning 722 nafarida teri melanomasi aniqlangan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621396/>). Mualliflar SPF ≥ 15 bo'lgan quyoshdan himoyalovchi vositalar SPF < 15 bo'lgan vositalarga nisbatan teri melanomasi rivojlanish xavfini haqiqatdan ham kamaytirishini tasdiqlashdi. Bundan tashqari, 40-75 yoshdagi ayollar tomonidan SPF ≥ 15 bo'lgan quyoshdan himoyalovchi vositalardan foydalanish melanoma kasalligi uchrash holatini 18% ga kamaytirishi aniqlangan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621396/>). Shu bois, teri melanomasining birlamchi profilaktikasi melanomani shakllantirishga sabab bo'luvchi asosiy omil — ultrafiolet nurlanishi ta'sirini minimallashtirishga qaratilgan. Bunda sun'iy ultrafiolet nurlanishi

ta'siriga uchraydigan bemorlarga alohida e'tibor berish lozim. Chunki bu guruhga teri kasalliklari bilan og'rikan va fototerapiya olayotgan bemorlardan tashqari, sog'lom odamlar — solyariy foydalanuvchilari hamda ultrafiolet lampalaridan foydalanib gellakni quritish xizmatiga murojaat qiladigan shaxslar ham tobora ko'proq kirmoqda.

Teri melanomasining birlamchi profilaktika dasturini muvaffaqiyatli amalga oshirishga eng yaxshi misol sifatida Avstraliya tajribasini keltirish mumkin. U erda XX asrning 80-yillaridan boshlab «Slip! Slop! Slap!» nomli kompleks dastur joriy etildi, keyinchalik SunSmart dasturi orqali yanada takomillashtirildi. Ushbu dasturga qo'shimcha ravishda «Seek!» va «Slide!» tushunchalari qo'shildi. Ushbu sozuvchli va oson esda qoladigan iboralar quyosh nuri ta'sirida xavfsiz yurishning asosiy tamoyillarini anglatadi: «Slip on a shirt» – «Futbolka kiy!», «Slop on the 50+ sunscreen» – «SPF50+ li quyoshdan himoyalovchi krem surt!», «Slap on a hat» – «Shlyapa kiy!», «Seek shade or shelter» – «Soyo va panoh top!», «Slide on some glasses» – «Quyoshdan himoyalovchi ko'zoynak taq!». Avstraliyaning bu tajribasi melanomani oldini olishda samarali yondashuv sifatida tan olingan. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678530/>).

Ushbu profilaktika dasturining muhim jihatlaridan biri bolalar va o'smirlarni quyosh nurlaridan himoya qilishga qaratilgan ishlarni o'z ichiga oldi. Shu jumladan, maktablarda quyoshdan himoyalangan hududlarni yaratish, innovasion sport dasturlarini joriy etish kabi chora-tadbirlar amalga oshirildi. Shuningdek, o'qituvchilar, farmasevtlar, sport tashkilotlari va ochiq havoda tadbirlar o'tkazishga mas'ul boshqa muassasalar bilan hamkorlik ishlari olib borildi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678530/>). Ta'kidlash joizki, melanomaning birlamchi profilaktika dasturlari natijasida Avstraliyada o'smirlar orasida bu kasallikka chalinish holatlarining kamayishi kuzatilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24806428/>).

3) Ikkilamchi profilaktika:

Teri melanomasi ikkinchi darajali profilaktikasining vazifalari ushbu o'smani erta tashxislash chora-tadbirlaridan iborat bo'lib, bular: birinchidan, teri melanomasi rivojlanishi xavfi yuqori va juda yuqori bo'lgan guruhlarga mansub shaxslarni maqsadli skrining tekshiruvlaridan o'tkazish; ikkinchidan, bemor tomonidan mustaqil ravishda teri holatini kuzatish. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204572/>).

4) Skrining:

Teri melanomasi rivojlanishining yuqori va juda yuqori xavfi bo'lgan shaxslarni skrining tekshiruvi.

Skrining tekshiruvlari dermatovenerologlar yoki boshqa mutaxassislar ishtirokida, shu jumladan, o'rta tibbiyot xodimlarini jalb etgan holda o'tkazilishi mumkin. Bu holda, turli

xil xavfli o‘smalarni aniqlashga qaratilgan skrining klinik-dermatoskopik algoritmlaridan foydalanish imkoniyati mavjud. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515993/>):

[11] – <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5424662/>

[12] – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22762066/>

[13] – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515993/>

[14] – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14730233/>

O‘zbekiston Respublikasida teri melanomasini skrining dasturlari ishlab chiqilmagan va uning nisbatan kam uchrashi hamda iqtisodiy samarasizligi sababli, ommaviy skrining dasturlari o‘tkazilmaydi.

5) Uchlamchi profilaktika:

Residivlar va metastazlarni erta aniqlash va davolashni amalga oshirish lozim;

Bir marta melanoma tashxisi qo‘yilgan bemorlarda yangi o‘smalarning qayta paydo bo‘lish xavfi sezilarli darajada yuqori bo‘ladi. Qayta kasallanish taxminan har uchinchi bemorda ro‘y beradi, shuningdek, ko‘p hollarda yangi o‘smalar davolash tugallanganidan keyingi uch yil ichida paydo bo‘ladi. Shu sababli, davolash tugaganidan keyin kamida uch yil davomida har yillik klinik teri ko‘rigidan o‘tish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, bemorlarga o‘z terisini diqqat bilan kuzatish va shubhali holatlarda shifokorga murojaat qilish tavsiya etiladi.

6). Profilaktika va dispanser kuzatuvi, profilaktika usullarini qo‘llashga ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalar (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/06/melanoma-kozhi-i-slizistyh-obolochek.pdf>)

Bugungi kunga kelib, teri melanomasi bilan kasallangan bemorlarni kuzatishning tez-tezligi va intensivligi borasida yagona fikr mavjud emas. Bemorlarni kuzatishdan ko‘zlangan maqsadlar quyidagilardan iborat bo‘lishi lozim: kasallik residivini (ayniqsa, uzoq metastazlarni) erta aniqlash, ikkinchi o‘smalarni (xususan, yangi melanomalarni) erta aniqlash hamda bemorlarga psixoiqtimoiy yordam ko‘rsatish.

Birlamchi melanoma xavfini kamaytirish va yangi melanomalar yoki boshqa teridagi yovvoyi o‘smalarni oldini olish maqsadida quyosh kuyishidan yoki sun‘iy ultrabinafsha nurlarining ta‘siridan qochish **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703311/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2)

- Ilgari "teri melanomasi" tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga teri qoplamlari

va periferik limfa tugunlarini muntazam ravishda o‘z-o‘zini tekshirish **tavsiya etiladi** hamda qandaydir o‘zgarishlar aniqlangan taqdirda o‘z vaqtida shifokorga murojaat qilish lozim. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710122/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3)

6.1. Kasallik progresiyalanishi juda yuqori xavfi bo‘lgan bemorlarni kuzatuv (0–IA bosqich).

• Fizik tekshiruvlar teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini diqqat bilan baholash asosida har 6 oyda 3 yil davomida, so‘ngra 10 yil mobaynida har yili o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Instrumental tekshiruvlar faqat ko‘rsatmalar bo‘yicha – «Instrumental diagnostika tadqiqotlari» bo‘limida berilgan tavsiyalarga muvofiq o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5599085/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

6.2. Kasallik progresiyalanishi past xavfi bo‘lgan bemorlarni kuzatuv (IB–IIB bosqichlar).

• Fizik tekshiruvlar teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini diqqat bilan baholash asosida har 6 oyda 5 yil davomida, so‘ngra 10 yil mobaynida har yili o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Shuningdek, regionar limfa tugunlarining UTT 3 yil davomida o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5599085/>).

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

6.3. Kasallik progresiyalanishi yuqori xavfi bo‘lgan bemorlarni kuzatuv (IIC–III bosqichlar va IV bosqich solitar metastazlarni olib tashlangandan so‘ng).

• Fizik tekshiruvlar teri qoplamlari va periferik limfa tugunlarining holatini diqqat bilan baholash asosida har 3 oyda 3 yil davomida, so‘ngra har 6 oyda 10 yil mobaynida o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Regionar limfa tugunlarining UTT har 3 oyda 3 yil davomida, so‘ngra har 6 oyda 10 yil mobaynida o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. Nur diagnostika (ko‘krak qafasi a'zolarining KT, qorin bo‘shligi va kichik chanoq a'zolarining KT yoki MRT v/v kontrastlash bilan yoki butun tanani qamrab oluvchi ftordezoksiglyukoza bilan PET/KT) har 6 oyda 5 yil davomida o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21540750/>).

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

• Ilk bor aniqlangan uzoq metastazlari bo‘lgan bemorlarga miyaning metastatik shikastlanishini istisno qilish maqsadida v/v kontrastlash bilan miyaning MRT o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260100/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

2.4. Reabilitasiya usuli va muolajalari:

Teri melanomasi reabilitasiyasining maqsadi:

- shikastlangan a'zo yoki tizimning yo'qotilgan funksiyalarini to'liq yoki qisman tiklanishva/yoki kompensasiyalash;
- O'tkir rivojlangan patalogik jarayon tugagan vaqtda organizm funksiyalarini saqlash;
- Shikastlangan a'zo yoki tizimning funksiyalaridagi ehtimoliy buzilishlarning oldini olish, erta aniqlash va to'g'rilash;
- Mumkin bo'lgan nogironlik darajasini oldini olish va kamaytirish;
- Hayot sifati yaxshilanishi;
- Bemorning ish qobiliyatini saqlab qolish;
- Bemorni jamiyatga ijtimoiy integrasiya qilish.

1. Tibbiy reabilitasiya, reabilitasiya usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar:

Hozirgi vaqtda meri melanomasi bo'lgan bemorlar ishtirokida tibbiy reabilitasiyaning ko'pchilik turlari bo'yicha klinik tadqiqotlar mavjud emas. Ushbu tavsiyalar ko'plab tadqiqotlarda, jumladan, meta-tahlillarda (Steffens, D. va boshq., 2018) va tizimli sharhlarda (Nicole L. Stout va boshq., 2017; R. Segal va boshq., 2017) turli xil tibbiy reabilitasiya usullari funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtirishi, operatsiyadan so'ng stasionarda bo'lish muddatini qisqartirishi, asoratlar va o'lim holatlari sonini kamaytirishini isbotlagan ma'lumotlarga asoslanib ishlab chiqilgan.

1.1. Predreabilitasiya

● Barcha bemorlarga funksional tiklanishni tezlashtirish, operatsiyadan so'ng stasionarda vaqtni qisqartirish, asoratlar va letal holatlarning kamayishini ta'minlash maqsadida predreabilitasiya o'tkazish tavsiya etiladi. Predreabilitasiyaga davolash jismoniy tarbiyasi (LFK), psixologik va nutritiv yordam hamda bemorlarni ma'lumot bilan ta'minlash kiradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

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

Izoh: Bemorga operatsiyadan 2 hafta oldin fizik faollikni oshirishni tavsiya etish kerak, bu stasionarda bo'lish vaqtni qisqartiradi, jarrohlikdan keyingi asoratlar xavfini kamaytiradi va operatsiyadan keyin hayot sifatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

1.2. Jarrohlik davosida reabilitasiya

1.2.1. Reabilitasiyaning birinchi bosqichi

- Onkodermatologiyada bemorlarni reabilitasiya qilishda multidissiplinar yondashuv tavsiya etiladi, bu jismoniy reabilitasiya, psixologik yordam, ish terapiyasi mutaxassislari (ish terapiyasi bo'yicha instruktorlar) bilan ishlashni o'z ichiga oladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>)

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

- Onkodermatologiyada operatsiyalardan so'ng funksional natijalarni yaxshilash maqsadida tiklanish davolashni erta boshlash **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

- Har bir holatda jismoniy mashqlar majmuasi (LFK) operatsiyaning xususiyatlari va hajmidan kelib chiqqan holda individual tarzda ishlab chiqilishi **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117349/>).

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

- Bemorlarga erta ba'da operatsiya davrida tibbiy massaj tayinlash **tavsiya etiladi** (operatsiya qilingan anatomik zonadan tashqari), chunki tibbiy massaj mushaklar tonusini oshiradi, ba'da operatsiya yarasi bitishini yaxshilaydi, og'riq sindromi va shishni kamaytiradi, shuningdek trombotik asoratlarning oldini olishga yordam beradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502797/>).

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

- Ba'da operatsiya shishlarining oldini olish maqsadida pnevmokompressiya qo'llash tavsiya etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068019/>).

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

- Ba'da operatsiya shishlarini davolash va oldini olish maqsadida kineziologik teyplash qo'llash **tavsiya etiladi**, buning ta'siri pressoterapiya qo'llash bilan taqqoslanadi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068019/>).

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

- Og'riqni kamaytirish maqsadida davolash pozitsiyasi, LFK, operatsiya sohasiga krioterapiya, tibbiy massaj va elektroterapiyani birgalikda qo'llash **tavsiya etiladi.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/>).

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

- LFK hajmini bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi.** Faol chetga olib borish imkoniyati paydo bo'lganda, operatsiya qilingan qo'l-oyoqqa to'liq yuklama berishga ruxsat etiladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

1.2.2. Reabilitasiyaning ikkinchi bosqichi

- Chandiqlarning qo‘pol o‘zgarishlar hosil bo‘lishining oldini olish uchun ularni harakatlantirishga qaratilgan usullardan foydalanish **tavsiya etiladi**, jumladan, chuqur massaj, cho‘zilish mashqlari, chandiq o‘zgarishlarni yumshatish maqsadida ultratovush terapiyasi. [58].

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

- Limfedema paydo bo‘lganda to‘liq shishga qarshi terapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**, u qo‘l bilan limfodrenaj, kompression trikotaj kiyish, LFK kompleksini bajarish va teri parvarishini o‘z ichiga oladi. [59].

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

- To‘liq shishga qarshi terapiya bilan birga, kameralardagi bosim 30–60 mm simob ustuni bo‘lgan, kamida 1 soat davom etadigan navbatma-navbat pnevmokompressiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://atlanticlymph.ca/en/wp-content/uploads/2012/09/nlnriskreduction.pdf>).

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

- To‘liq shishga qarshi terapiya bilan birga past intensivli lazeroterapiya qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29216916/>).

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

1.2.3. Reabilitasiyaning uchinchi bosqichi

- Aerobik yuklamalarni o‘z ichiga olgan LFK majmuasini bajarish va bosqichma-bosqich kengaytirish **tavsiya etiladi**, bu esa yovvoyi o‘smalarni majmuaviy davolash natijalarini va hayot sifatini yaxshilaydi. [60].

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

- Hayot sifatini yaxshilash, og‘riq sindromi va zaiflikni kamaytirish maqsadida tibbiy massaj **tavsiya etiladi**. [61].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

1.3. Kimyo terapiyada reabilitasiya

- Himiyoterapiya fonida jismoniy zaiflik, gipotrofiya va jismoniy yuklamalarga tolerantlik pasayishini oldini olish uchun jismoniy yuklamalarni barvaqt boshlash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

• Ushbu tavsiya Nicole L. Stout va boshq. (2017) hamda R. Segal va boshq. (2017) tomonidan o‘tkazilgan tizimli ko‘rib chiqish natijalariga asoslangan bo‘lib, boshqa xavfli o‘smalar bilan kasallangan bemorlarga jismoniy mashqlarning ta‘sirini o‘rgangan. Himiyoterapiya fonida aerobik yuklamalarni qo‘llash tavsiya etiladi, chunki u gemoglobin va eritrositlar darajasini oshiradi, leyko- va trombositopeniya davomiyligini kamaytiradi, shuningdek, rejalashtirilgan himiyoterapiya kursini to‘liq yakunlash ehtimolini oshiradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

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

• Himiyoterapiya fonida LFK o‘tkazish **tavsiya etiladi**, chunki u holsizlik va depressiyani kamaytiradi. Himiyoterapiya fonida holsizlik va depressiyani davolashda LFKni psixologik qo‘llab-quvvatlash bilan birgalikda qo‘llash, faqat dori-darmonli korreksiyaga nisbatan samaraliroq hisoblanadi. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557289/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

• Himiyoterapiya fonida LFK hajmi va intensivligini individual tarzda tanlash tavsiya etiladi, holsizlik darajasini (engil, o‘rtacha, og‘ir) hisobga olgan holda. Umumiy holat yaxshilanganda LFK intensivligini oshirish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

• Bemorlarga davolashning nojo‘ya ta‘sirini boshqarish va davolashga tolerantlikni oshirish maqsadida aerobik yuklama va kuch ishlatish mashqlarini birlashtirish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

• Bemorlarga ximiyoterapiya boshlanganidan keyin 6 hafta davomida tibbiy massaj kursini o‘tkazish **tavsiya etiladi**, bu esa kompleks davolash fonida kuchsizlikni kamaytiradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044466/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi –5)

• Muvozanatni mashq qilish bo‘yicha mashqlarni o‘tkazish **tavsiya etiladi**, chunki bu chidamlilik va kuch mashqlarini birlashtirishga nisbatan polineyropatiyani tuzatishda samaraliroqdir. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

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

• Melanoma kasalligi yoki shilliq qavat melanomasi bo‘lgan va ximiyoterapiyaning toksik ta‘siri natijasida polineyropatiya rivojlangan bemorlarga klinik ko‘rinishlarni nazorat qilish maqsadida tiklanish muolajalari umumiy kompleksi tarkibida 6 haftalik yurish (terrenkur) kursi tayinlash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29243164/>).

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

- Ximioterapiya fonidagi periferik polineyroptiyani davolashda past intensivli lazeroterapiyani qo‘llash **tavsiya etiladi** (<https://experts.mcmaster.ca/display/publication1233659>).

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

- Ximioterapiya fonidagi periferik polineyroptiyani davolashda past chastotali magnitoterapiyani qo‘llash **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27657350/>).

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

- Ximioterapiya fonidagi polineyroptiyani davolash uchun 4 hafta davomida kuniga 20 daqiqa teri orqali qisqa impulsli elektrostimulyasiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

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

- Ximioterapiya fonidagi og‘iz bo‘shlig‘i mukozitlarini oldini olish uchun past intensivli lazeroterapiya o‘tkazish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198431/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

- Ximioterapiya fonida kardial asoratlari rivojlanish chastotasini kamaytirish uchun LFK kompleksi o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [62].

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

- Ximioterapiya fonida alopesiyaning oldini olish maqsadida bosh terisini sovitish tizimlarini qo‘llash **tavsiya etiladi**. [63].

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

1.4. Nur terapiyada reabilitatsiya

- Nur terapiyasi fonida zaiflikning oldini olish va hayot sifatini yaxshilash maqsadida aerobik yuklama hamda kuch mashqlari birlashmasidan iborat LFK majmuasini bajarish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Birinchi navbatda suyak metastazlari bo‘lgan bemorlarda nur terapiyasi fonida suyak to‘qimasi zichligini va chidamlilikni oshirish maqsadida LFK majmuasini o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [64].

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

- Nur terapiyasi boshlanganidan 3 kun o‘tgach, nurli dermatit profilaktikasi maqsadida haftasiga 3 kun davomida past intensivli lazer terapiyasini qo‘shish **tavsiya etiladi**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

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

1.5. Teri xavfli o‘smalari bemorlarini psixologik reabilitasiya asoslari

- Bemorlarni kasallik, ruhiy reaksiyalar, davolash jarayonidagi mas’uliyati, qarindoshlar va tibbiy xodimlar bilan muloqot usullari, kasalligi yoki holati haqida qo‘shimcha ma’lumot olish yo‘llari, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash usullari to‘g‘risida xabardor qilish **tavsiya etiladi**, bu esa hayot sifatini va kasallik natijasini yaxshilashga olib keladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Engib o‘tish xulq-atvor va qabul qilinadigan ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning birlashgan ta’siriga erishish **tavsiya etiladi**, bu esa davolashdan oldin takrorlanuvchi va chetlanuvchi fikrlar sonining kamayishiga hamda davolashdan 1 oy o‘tgach yaxshiroq ruhiy moslashuv ta’minlanishiga olib keladi. [65].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Psixo-ta’limiy tadbirlar va ruhiy qo‘llab-quvvatlash (patologik ruhiy reaksiyalarni o‘z-o‘ziga tashhis qilish; stressga bardosh berish usullari; ruhiy reaksiyalar va jismoniy holat o‘zaro ta’sirini kuzatish) **tavsiya etiladi**, bu esa kasallik va davolash sharoitida ijtimoiy va ruhiy moslashuvga ko‘maklashuvchi stressli voqealarni shaxsiy tajribaga aylantirishning asosiy mexanizmi sifatida qaralishi mumkin. [66]

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi –5)

Izoh: Ilmiy tadqiqotlarda onkopsixologiya doirasida melanoma va NMK bilan xastalangan bemorlar orasida uchta engib o‘tish uslubi ko‘p uchraydi:

(1) *Emosional, jismoniy va ijtimoiy qiyinchiliklarni faol harakatlar bilan engish, kasallik va uni davolash bilan bog‘liq muammolarni faol hal qilish;*

(2) *Faol-kognitiv yondashuv, ya’ni kasallikka bo‘lgan munosabat, ishonch va fikrlash jarayonlari orqali uni tushunish va qabul qilish;*

(3) *Engishning uzoqlashtiruvchi usuli, ya’ni muammolarni faol ravishda chetlab o‘tish yoki hissiy zo‘riqishni kamaytirish uchun diqqatni boshqa narsalarga qaratish.*

Umuman olganda, tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, faol (muammoga yo‘naltirilgan) hayot kechirish strategiyalarini qo‘llaydigan bemorlar kasallikka passiv yoki uzoqlashtiruvchi usublardan foydalanadiganlarga nisbatan yaxshiroq moslashadilar [67].

Faol-xulq-atvor yo'li bilan qiyinchiliklarni engish usullaridan foydalangan bemorlar o'zlarida yuqoriroq o'z-o'zini baholash va energiya darajasini, kamroq jismoniy belgilari hamda qo'zg'aluvchanlik va astenizasiyaning pasayganini qayd etdilar. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

Bunga teskari ravishda, melanoma va NMKning boshlang'ich bosqichlaridagi bemorlarda muammolardan qochish yo'li bilan engish usullari va xavotir, depressiya, sarosima hamda noustuvor kayfiyat o'rtasida ijobiy bog'liqlik namoyon bo'ldi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>)

Boesen et al. bemorlarga psixologik-ma'rifiy yordam ko'rsatuvchi tuzilgan aralashuvlar distress va kayfiyat buzilishlarini kamaytirishga yordam berishi hamda melanoma va NMK bilan kasallangan bemorlar orasida yashab qolish strategiyalaridan faolroq foydalanishga olib kelishini namoyon qildi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089864/>).

- NMK bilan bog'liq ruhiy reaksiyalarni (asteno-tashvishli-depressiv turdagi reaksiyalar, narsissik reaksiyalar, PTS doirasidagi reaksiyalar, ijtimoiy izolyasiya) maqsadli ravishda psixokorreksiya qilish tadbirlarini o'tkazish **tavsiya etiladi**, bu esa tashvishni, sog'liq bilan bog'liq buzilishlarni kamaytirishga hamda kasallikka qarshi kurashda ijobiy o'zgarishlarga olib keladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22933380/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

Izoh: Psixokorreksiya tadbirlarining natijalari melanoma va NMK bilan og'riqan bemorlar orasida depressiya, ongning chalkashligi, astenizasiya, apatiya va umumiy kayfiyat pasayishining past darajasini namoyon etadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>). Shuningdek, ko'plab tadqiqotlar aralashuvning immun tizimi funksiyalariga ijobiy ta'sirini, jumladan, ayrim turdagi tabiiy killerlar (NK) sonining ortishi va NK-hujayralarning o'smalarga qarshi kurashish salohiyati oshishi bilan bog'liqligini ko'rsatadi. Besh yillik kuzatuv natijalariga ko'ra, ushbu psixologik va biologik o'zgarishlar residiv va yashovchanlik ko'rsatkichlari bilan bog'liq ekanligi aniqlangan. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

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

Teri melanomasining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali teri melanomasi bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika teri melanomasini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda teri melanomasini to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi reabilitasion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko‘rinish bosqichidan qat’i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan teri melanomasi bo‘lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

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

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

- teri melanomasi rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*
- Ikkinchi darajali profilaktika maqsadida, ayniqsa xavf omillari mavjud bo‘lgan odamlar uchun, mahalliy shifokor tomonidan profilaktik tekshiruvlardan o‘tish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*
- Maxsus maxsus jarrohlik va sitostatik terapiya tugagandan so‘ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitasiya profilaktikasini o‘tkazish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*

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

Birlamchi davolashdan keyin bemorlarni kuzatish algoritmi boshqa xavfli o‘smalar bilan kasallangan bemorlarnikiga o‘xshash. Birinchi yil davomida bunday bemorlar har 3 oyda bir marta kuzatiladi. Har 3 oyda bemor onkolog qabuliga keladi, nazorat tekshiruvlari tayinlanadi. Odatda, bu ko‘rik, metastazlar tarqalishining mintaqaviy hududlaridagi UTT, limfa tugunlarini baholash va ko‘rsatmalarga muvofiq o‘pkalardagi o‘zgarishlarni aniqlash bo‘yicha tekshiruv (odatda, bu o‘pkalarning KT bo‘lishi mumkin) o‘tkaziladi.

Zarur hollarda qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining KT o‘tkaziladi. Har olti oyda butun tana PET/KTsi amalga oshiriladi. Bundan tashqari, melanoma bilan kasallangan bemorlarda bosh miyada metastazlar mavjud yoki yo‘qligini baholash maqsadida ko‘p hollarda

MRT tayinlanadi. Bu ham melanoma bilan kasallangan bemorlarni davolash, kuzatish va tekshirish standartlaridan biri hisoblanadi.

Biz muhokama qilgan melanoma rivojlanishining etiologik omillarini hisobga olgan holda, umuman olganda, hayoti davomida melanoma bilan kasallangan odamlarga asosiy tavsiya – insolyasiyadan qochish, ochiq quyosh nurlari yoki ultrafiolet ta'siridan saqlanish va o'zini himoya qilishdir. Quyoshdan himoyalovchi kremlardan foydalanish tavsiya etiladi. Bu tavsiyalar universal bo'lib, shu jumladan melanoma bo'yicha davolanishni o'tagan bemorlar uchun ham amal qiladi.

4. Reabilitasiya bosqichi va ko'lam:

8-jadvalda oldin belgilangan tashxis bilan dispanser kuzatuv doirasida tavsiya etiladigan tekshiruvlar jadvali keltirilgan bo'lib, u «Tashxis» bo'limida berilgan tavsiyalar va kasallikning avj olish xavflari asosida tuzilgan.

8-jadval. Teri melanomasi bo'lgan bemorlarning tekshiruv jadvali

Kasallik bosqichi (yoki ekvivalent)	Fizikal ko'rik			Limfa tugunlari UTTsi			To'liq ko'lamda nur diagnostika		
	Kuzatuv yillari			Kuzatuv yillari			Kuzatuv yillari		
	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10
0-IA	Har 6 oyda	Har 12 oyda	Har 12 oyda	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan
IB-IIB	Har 3 oyda	Har 6 oyda	Har 12 oyda	Har 6 oyda	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan	Ko'rsatma bilan
IIC-IV	Har 3 oyda	Har 6 oyda	Har 6 oyda	Har 3 oyda	Har 6 oyda	Ko'rsatma bilan	Har 6 oyda	Har 6 oyda	Ko'rsatma bilan

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

Barcha bemorlarga quyoshdan kuyishdan saqlanish, teri qoplamalarini va periferik limfa tugunlarini muntazam ravishda o'z-o'ziga tekshirish hamda har qanday o'zgarishlar aniqlanganda o'z vaqtida shifokorga murojaat qilish tavsiya etiladi. Muvofaqiyatli davolanishning asosiy omillaridan biri belgilangan muddatlarda dinamik kuzatuvdan o'tishdir: - davolash tugatilganidan keyingi birinchi yil davomida – har 3 oyda 1 marta; - davolash tugatilganidan keyingi ikkinchi yil davomida – har 6 oyda 1 marta; - davolash tugatilganidan keyingi uchinchi yildan boshlab – 3 yil davomida yiliga 1 marta.

1) Dalillar darajasi kiritilgan xolda asosiy tashxislash tadbirlari:

- Lokal nazorat – har tekshiruvda;
- regionar limfa tugunlarini paypaslash - har tekshiruvda;
- ko‘krak qafasi KTsi - har yili 1 marta;
- qorin bo‘shlig‘i a‘zolari UTTsi – 6 oyda 1 marta (birlamchi tarqalgan va metastatik o‘smalarda).
- Yashash joyi bo‘yicha onkolog tomonidan kuzatuv (olib tashlangan o‘sma sohasini ko‘zdan kechirish, periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish).
- Ko‘krak qafasi a‘zolarining KTsi (kuzatuvning birinchi 2 yili davomida har 3 oyda 1 marta; ikkinchi yildan beshinchi yilgacha har 6 oyda 1 marta).
- Hududiy limfa oqimi sohalari UTTsi (kuzatuvning birinchi 2 yili davomida har 3 oyda 1 marta; ikkinchi yil davomida har 6 oyda 1 marta va uchinchi yilda bir marta).
- Kontrastli bosh miya MRT si (kuzatuvning birinchi 2 yili davomida har 3 oyda 1 marta; ikkinchi yil davomida har 6 oyda 1 marta va uchinchi yilda bir marta).
- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a‘zolarining UTTsi (kuzatuvning birinchi 2 yili davomida har 3 oyda 1 marta; ikkinchi yil davomida har 6 oyda 1 marta va uchinchi yilda bir marta).
- Qonda LDG darajasini aniqlash (kuzatuvning birinchi 2 yili davomida har 3 oyda 1 marta; ikkinchi yil davomida har 6 oyda 1 marta va uchinchi yilda bir marta).
- PET-KT (har 6 oyda 1 marta yoki zarur ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda belgilangan muddatlarda).

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

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

- Bosh va bo‘yinni KTsi;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriya) UZDGsi;
- Bosh miya MRTsi;
- Xolter – monitoring EKG

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

6. Darajasi ko‘rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitasiyaning taktikasi:

Melanomaning progresslash xavfiga asoslangan tekshiruvlar jadvali

Juda past xavfli bemorlarga (**0-bosqich**) har yili teri holatini sinchiklab baholash bilan jismoniy ko‘rik o‘tkazish tavsiya etiladi.

Past xavfli bemorlarga (**I-IIA bosqichlar**) teri holatini va periferik limfa tugunlarini sinchiklab baholash bilan jismoniy ko‘rik har 6 oyda bir marta, 5 yil davomida

o‘tkazilishi, so‘ngra har yili tekshiruv o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Asbobiy tekshiruv faqat ko‘rsatmalar bo‘yicha bajariladi.

Yuqori xavfli bemorlarga (**IIB-III bosqichlar va yalg‘iz metastazlar olib tashlanganidan keyingi IV bosqich**), agar klinik kasallik alomatlari bo‘lmasa, 2 yil davomida har 3 oyda bir marta, keyingi 3 yil davomida har 6 oyda bir marta, so‘ngra har yili kuzatuvdan o‘tish tavsiya etiladi.

7. Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitasiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Teri melanomasi uchun profilaktika va reabilitasiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

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

**«TERI MELANOMASI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

- - XKT kod (lar) i:

XKT-10:	
Kod	Nomlanishi
C43	– Teri xavfli melanomasi
C43.1	– Qovoq terisi
C43.2	– Quloq supراسi terisi
C43.3	– Yuzning boshqa qismlari terisi
C43.4	– Bosh va bo‘yinning sochli qismi terisi
C43.5	– Tana terisi
C43.6	– Qo‘llarning terisi
C43.7	– Oyoqlarning terisi
C43.8	– terining kombinirlangan shikastlanishi
C43.9	– Teri, QAS
Yuklab olish (XKT-10 dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1214	
XKT-11:	
Kod	Nomlanishi
2C30	Teri melanomasi
2C30.0	Yuzasidan tarqaluvchi melanoma, birlamchi
2C30.1	Tugunsimon melanoma, birlamchi
2C30.2	Xavfli lentigo-melanoma, birlamchi
2C30.3	Akral lentiginoz melanoma, birlamchi
2C30.Y	Boshqa aniqlangan teri melomasi
2C30.Z	Aniqlanmagan teri melanomasi
2E63	Melanoma in situ
XH9KY6	Xavfli lentigo
XH3XX3	Melanoma in situ
XH41F9	QAS – saratongacha melanoz
XH9L11	Akral melanoma
XH3TK1	Amelanotik melanoma
XH8TE3	Ballon hujayrali melanoma
XH1P36	Desmoplastik amelanotik melanoma
XH1Z15	QAS – desmoplastik melanoma

XH9NL4	Xavfli lentigo melanoma
XH5L25	Gigant tug‘ma nevusdan kelib chiqqan xavfli melanoma
XH23B1	Chegaraviy nevusdagi xavfli melanoma
XH7L76	Saratongacha melanozdagi xavfli melanoma
XH6XP3	Residivga moyil xavfli melanoma
XH1BP7	Meningeal melanomatoz
XH5QP3	Shilliq qavatlar lentiginoz melomasi
XH5F94	Neyrotrop xavfli melanoma
XH4QG5	Tugunsimon melanoma
XH08X7	Yuzaga tarqaluvchi melanoma
XH4846	QAS – xavfli melanoma
XH25M1	QAS – urchuqsimon hujayrali melanoma
XH8HA2	Aralash epitelioid va urchuqsimon hujayrali melanoma
XH0QL5	Epitelioid hujayrali melanoma
XH5KW3	Urchuqsimon hujayrali melanoma, A turi
XH5YE7	Urchuqsimon hujayrali melanoma, B turi
XH1G74	Havfli havorang nevus
XH7JW1	Quyosh nuridan kam shikastlangan melanoma
XH8DS3	Shpis xavfli o‘smasi
XH3DN1	Meningeal melanoma
XH8681	Nevusga o‘xshash melanoma
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Teri melanomasi – neyroektodermal kelib chiqishli, melanositlar (pigment hujayralari)dan rivojlanuvchi xavfli o‘smadir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Ayrim hollarda, uzoq metastazlar mavjud bo‘lganda, teridagi (yoki boshqa a‘zodagi) birlamchi o‘choq aniqlanmasligi mumkin. Bu holat spontan regressiya (birlamchi o‘smaning o‘z-o‘zidan yo‘qolishi) yoki morfologik tekshiruvsiz tibbiy yoki kosmetik manipulyasiya vaqtida o‘choqning olib tashlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bunday holat "birlamchi o‘choq aniqlanmagan melanoma metastazlari" deb atalishi kerak. Shuni hisobga olish kerakki,

melanositlar normal holatda bir qator a'zolarida uchraydi (oshqozon-ichak trakti, jinsiy a'zolar shilliq pardasi, miya pardalari, ko'zning tomirli pardasi va boshqalar). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), birlamchi o'sma (melanoma) mazkur a'zolarining istalganida rivojlanishi mumkin. Bunday holatda, o'sma joylashgan a'zoga mos ravishda nomlanadi, masalan: ichak shilliq pardasi melanomasi (masalan, yonbosh ichak shilliq pardasi melanomasi), ko'zning tomirli pardasi melanomasi.

- Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16)

Xalqaro Saratonni O'rganish Agentligi (IARC) – GLOBOCAN ma'lumotlariga ko'ra, 2022 yilda jami 331 722 ta teri melanomasi holati aniqlangan va 58 667 nafar inson ushbu kasallikdan vafot etgan

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16).

Melanoma rivojlanishi uchun yagona etiologik omil mavjud emas. Teri melanomasining sporadik (irsiy bo'lmagan) shakllari uchun eng muhim xavf omillari – ultrabinafsha (UB) nurlanishining ta'siri, ayniqsa: UB-V (290–320 nm to'lqin uzunligi), UB-A (320–400 nm to'lqin uzunligi). Shu bilan birga, odamlarning teri ultrabinafsha ta'siriga sezgirligi turlicha bo'lib, 6 turga ajratiladi: 1 va 2-turlar eng yuqori sezgirlikka ega (kuyosh ta'sirida qo'lda quyosh kuyishi ehtimoli yuqori). 5 va 6-turlar esa eng past sezgirlikka ega (quyosh ta'sirida kuyish xavfi juda kam) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Boshqa xavf omillari quyidagilarni o'z ichiga oladi: 10 dan ortiq displastik nevuslar mavjudligi; 100 dan ortiq oddiy (so'nggi hayot davrida paydo bo'lgan) nevuslar mavjudligi; jigarrang sochlar (odatda, I fototip teriga bog'liq); bolalik davrida kuchli va davriy ravishda takrorlanib turadigan quyosh nuri ta'siri (quyosh kuyishlari) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, ultrabinafsha nurlanishi bilan bog'liq melanoma xavfi eng yuqori darajada qisqa muddatli, lekin kuchli quyosh ta'siriga uchragan va bolalikda quyosh kuyishlarini boshdan kechirgan shaxslarda kuzatiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Qo'shimcha xavf omillari quyidagilarni o'z ichiga oladi: umumiy tananing 5% yoki undan ortiq maydonini egallagan gigant yoki katta tug'ma nevus mavjudligi; oilada teri melanomasi tarixi (irsiy moyillik); bemorning shaxsiy anamnezida teri melanomasi bo'lishi; displastik nevuslar sindromi; PUVA-terapiya (psoriaz va boshqa surunkali dermatozlar davolash uchun qo'llaniladi); pigmentli kseroderma (genetik himoya mexanizmlarining etishmovchiligi sababli teridagi o'ziga xos kasallik); tug'ma yoki keyin orttirilgan immun etishmovchiligi (masalan, a'zo transplantasiyasidan so'ng yoki immunosupressorlar qabul qilish talab etiladigan boshqa kasalliklar) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Boshqa lokalizatsiyalardagi melanoma xavf omillari (masalan, shilliq pardalar

melanomasi, akral lokalizatsiyali melanoma, uveal melanoma) hali to‘liq o‘rganilmagan va etarlicha tadqiq qilinmagan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Melanoma kanserogenezining ayrim mexanizmlari in vitro va in vivo tadqiqotlar orqali o‘rganilgan. Ultrabinafsha (UB) nurlanishi melanoma induksiyasi va o‘shini rag‘batlantirishi bir nechta hayvon modellarida namoyish etilgan. UB nurlanishi melanoma rivojlanishiga turli mexanizmlar orqali yordam berishi mumkin: UB-V nurlanishiga xos mutasiyalar melanoma rivojlanishida ishtirok etuvchi genlarda uchraydi. UB nurlanishi o‘sma supressor oqsili p16INK4A ni inaktiv qiladi, bu esa melanomaning progressiyasiga yordam beradi. UB nurlanishi normal va xavfli melanositlarda E- va P-kadgerin ekspressiyasini kamaytiradi, bu esa B-katenin signal uzatishini kuchaytiradi, melanositlarda xavfli fenotip paydo bo‘lishiga olib keladi. UB nurlanishi hujayra adgeziyasini buzadi, bu esa melanoma hujayralarining qo‘shni keratinositlardan ajralib chiqishiga va invaziv fenotip paydo bo‘lishiga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 yilda Rossiya Federasiyasida 11 258 kishi teri melanomasi bilan kasallangan. 2017 yilda umumiy kasallanish ko‘rsatkichi (ikki jins uchun) 100 000 aholiga 7,6 ni tashkil qilgan. Standartizatsiyalangan kasallanish ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 4,67: Ayollarda – 4,93; Eraklarda – 4,51. 2016 yilda melanoma umumiy onkologik kasallanish tuzilishida: Eraklarda 1,5%; Ayollarda 2%. Oxirgi 10 yil ichida o‘rtacha yillik kasallanish o‘sh sur‘ati: Eraklarda – 3,74%; Ayollarda – 3,04%. Kasallik aniqlangan o‘rtacha yosh: Ikki jins uchun – 61,6 yosh; Eraklar – 61,3 yosh; Ayollar – 61,8 yosh. Kumulyativ xavf (2007–2017 yillarda, 0–74 yosh orasida) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 yilda Rossiyada teri melanomasi sababli: 1 757 erkak; 1 956 ayol vafot etgan. Umumiy o‘lim ko‘rsatkichi (ikki jins uchun) – 100 000 aholiga 2,53. Standartizatsiyalangan o‘lim ko‘rsatkichi – 100 000 aholiga 1,48: Ayollarda – 1,28; Eraklarda – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

O‘rtacha o‘lim yoshi: Ikki jins uchun – 64,3 yosh, Eraklar – 63,0 yosh, Ayollar – 65,6 yosh. 2017 yilda 20 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda 25 ta melanoma holati qayd etilgan. 2017 yilda kasallikning bosqichlar bo‘yicha taqsimoti: I bosqich – 35,7%; II bosqich – 43,5%, III bosqich – 10,5%, IV bosqich – 8,6%, Bosqich aniqlanmagan – 1,6%. Ilk bor kasallanganlar orasida aktiv aniqlangan kasallik holatlari – 31,8%. 1-yillik letallik – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 yil yakuniga ko‘ra 94 153 nafar bemor dispanser kuzatuvda bo‘lgan (100 000 aholiga 64,1). Shundan 55 758 nafar bemor (59,2%) 5 yil va undan ortiq muddat kuzatuvda qolgan. Kontingent yig‘ilish indeksi – 9,2 (2014 yilda – 9,1). Letallik – 3,7% (2011 yilda – 4,3%). 2017 yilda radikal davolashga muhtoj bo‘lgan melanoma bilan

kasallangan bemorlar orasida: 87,3% faqat jarrohlik davolash olgan; 12,7% esa kombinasiyalashgan yoki kompleks (kimyo-nur terapiyasiz) davolash olgan (<https://nood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiy-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi 2023 yil statistik ma'lumotlariga ko'ra, Teri melanomasi bilan kasallanish ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 0,3 ni tashkil etdi. 2023 yilda jami 123 ta yangi melanoma holati aniqlangan. Shundan profilaktik ko'riklar davomida aktiv aniqlangan holatlar – 33,3% holat aniqlandi. Morfologik tasdiqlangan melanoma tashxisiga ega bemorlar ulushi – 91,1%. Kasallik bosqichlari bo'yicha taqsimot: I bosqich – 7,3%, II bosqich – 47,2%, III bosqich – 29,3%, IV bosqich – 12,2%. Bosqich aniqlanmagan holatlar – 4,1%. 2025 yil boshiga kelib dispanser kuzatuvida turgan bemorlar soni – 1 034 kishi. Bemorlik ko'rsatkichi – 100 000 aholiga 2,8 ni tashkil qildi. 5 yillik yashovchanlik ko'rsatkichi – 36,5%ni tashkil qildi. 1 yillik letallik – 8,0%. 2023 yilda O'zbekiston Respublikasi bo'yicha 57 nafar bemor melanoma sababli vafot etgan, bu esa 100 000 aholiga nisbatan o'lim ko'rsatkichi 0,2 ni tashkil etadi.

Klinik tasnifi (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Skin-Tumours-2018>)

TNM tizimi bo'yicha halqaro tasnif (VIII–chi nashr, 2017 y.)
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/>)

TNM tizimi bo'yicha tasnif (8 nashr 2017y) Amerika xavfli o'smalar bo'yicha birlashgan komissiyasining tavsiyalari [19] (ID – A).

T – birlamchi o'sma.

Birlamchi o'smaning tarqalash darajasi uning olib tashlanganidan so'ng baholanadi (**rT UD**).

N – regionar limfa tugunlari.

NX – Regionar limfa tugunlarini baholash imkoni yo'q.

N0 – Regionar limfa tugunlarida metastazlar mavjud emas.

N1 – 1 ta regionar limfa tugunida metastaz mavjud.

N1a – Faqat mikroskopik metastaz (klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi).

N1b – Makroskopik metastaz (klinik jihatdan aniqlanadi).

N1s – Satellit yoki tranzit metastaz, regionar limfa tugunlarida metastazsiz.

N2 – 2–3 ta regionar limfa tugunlarida metastaz yoki limfa ichidagi regionar metastaz limfa tuguni zararlanishi bilan.

N2a – Faqat mikroskopik metastazlar regionar limfa tugunlarida.

N2b – Makroskopik metastazlar regionar limfa tugunlarida.

N2c – Satellit yoki tranzit metastaz va 1 ta regionar limfa tugunida metastaz.

N3 – 4 va undan ortiq regionar limfa tugunlarida metastazlar, yoki birlashgan (yagona) metastatik regionar limfa tugunlarining zararlanishi, yoki satellit yoki tranzit metastazlar regionar limfa tugunlarida metastazlar bilan.

N3a – Limfa tugunida mikroskopik metastaz.

N3b – Limfa tugunida makroskopik metastaz.

N3c – Satellit va/yoki tranzit metastazlar 2 yoki undan ortiq regionar limfa tugunlarida.

Izoh. Satellitlar – birlamchi o‘smadan 2 sm ichida joylashgan o‘sma hujayralari yig‘indisi yoki tugunchalar (makro- yoki mikroskopik). Tranzit metastazlar – birlamchi o‘smadan 2 smdan ortiq masofada joylashgan, lekin regionar limfa tugunlariga etib bormagan teri va teri osti to‘qimalarini zararlaydigan metastazlar.

M – Uzoq metastazlar.

M0 – Uzoq metastazlar mavjud emas.

M1 – Uzoq metastazlar mavjud.

M1a – Teri, teri osti to‘qimalari yoki regionar limfa tugunlaridan uzoqda joylashgan limfa tugunlarida metastazlar.

M1b – O‘pkada metastazlar.

M1c – Boshqa a'zolarida metastazlar, lekin markaziy nerv tizimi (SNS) zararlanmagan.

M1d – Markaziy nerv tizimi (SNS) metastazlari, jumladan, bosh miya zararlanishi.

M (metastazlar) mezoni bo‘yicha izoh:

(3) –LDG darajasi me'yoriy

(4) –LDG me'yordan yuqori

M mezoni mavjud bo‘lganda LDG miqdorini ko‘rsatish zarur: masalan, M1a (1).

rTNM – patogistologik tasnif

rT – Birlamchi o‘sma

pTX – Birlamchi o‘smanni baholash mumkin emas.

pT0 – Birlamchi o‘smaga oid ma'lumotlar mavjud emas.

pTis – Melanoma in situ (Clark bo‘yicha I darajadagi invaziya): atipik melanositar giperplaziya, og‘ir melanositar displaziya, noinvaziv xavfli shikastlanish.

Izoh: pTX natijalari shave-biopsiya (dermatom orqali) va regress-melanoma holatlarini o‘z ichiga oladi.

pT1 – Melanoma qalinligi 1 mm yoki kamroq.

pT1a – Qalinligi 0,8 mm yoki kamroq, yaralanishsiz.

pT1b – Qalinligi 0,8 mm bo‘lgan yaralanish bilan yoki 0,8 mmdan katta, lekin 1 mmdan oshmaydigan holat.

pT2 – Melanoma qalinligi 1 mmdan ortiq, lekin 2 mmdan oshmaydigan holat.

pT2a – yaralanishsiz.

pT2b – yaralanish bilan.

pT3 – Melanoma qalinligi 2 mmdan katta, lekin 4 mmdan oshmaydigan holat.

pT3a – yaralanishsiz.

pT3b – yaralanish bilan.

pT4 – Melanoma qalinligi 4 mmdan ortiq.

pT4a – yaralanishsiz.

pT4b – yaralanish bilan.

rN – Regionar limfa tugunlari

rN-kategoriyalari N-kategoriyalarga mos keladi.

pN0 – Regionar limfadenektomiyada gistologik tekshiruv kamida 6 ta limfa tugunini o‘z ichiga olishi kerak.

Agar limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmasa, lekin kamroq tugunlar tekshirilgan bo‘lsa, bu holat **pN0** sifatida tasniflanadi.

Agar N-kategoriya biopsiya orqali (qo‘riqchi limfa tuguni) belgilansa, lekin qo‘ltiq osti limfodisseksiya qilinmagan bo‘lsa, bu holat **pN0(sn)** sifatida tasniflanadi.

Agar yagona metastaz biopsiya orqali (qo‘riqchi limfa tuguni) aniqlangan bo‘lsa, bu holat **pN1(sn)** sifatida tasniflanadi.

rM – Uzoq metastazlar

rM-kategoriyalari M-kategoriyalarga mos keladi.

Klinik bosqichlari

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	rTis	N0	M0
IA bosqich	p T1a	N0	M0
IV bosqich	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA bosqich	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIV bosqich	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIC bosqich	p T4b	N0	M0
III bosqich	har qanday pT	N1-3	M0
IV bosqich	har qanday pT	har qanday N	M1

Patomorfologik bosqichlar

Bosqich	T	N	M
0 bosqich	rTis	N0	M0
I bosqich	pT1	N0	M0
IA bosqich	p T1a	N0	M0
IV bosqich	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA bosqich	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIV bosqich	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIC bosqich	p T4b	N0	M0
III bosqich	har qanday pT	N1,2,3	M0
IIIA bosqich	p T1a, T1b, T2a	N1a, 2a	M0
IIIV bosqich	p T1a, T1b, T2a,	N1b,N1c,N2b	M0
	p T2b–3a	N1, N2a,N2b	M0
IIIC bosqich	p T1a, T1b–4b	N1b, 2b	M0

	har qanday pT	N3	M0
IIID bosqich	T4b	N3a, N3b, N3c	M0
IV bosqich	har qanday pT	har qanday N	M1

Teri melanomasi

pT1a	≤1 mm, invaziya darajasi II yoki III, yaralanishsiz
pT1b	≤1 mm, invaziya darajasi IV yoki V, yoki yaralanish
pT2a	>1–2 mm, yaralanishsiz
pT2b	>1–2 mm, yaralanish bilan
pT3a	>2–4 mm, yaralanishsiz
pT3b	>2–4 mm, yaralanish bilan
pT4a	>4 mm, yaralanishsiz
pT4b	>4 mm, yaralanish bilan
N1	1 limfatik tugun
N1a	mikroskopik metastaz
N1b	makroskopik metastaz
N2	2–3 ta limfa tugunlarida metastazlar yoki satellitlar/tranzit metastazlar, limfa tugunlari zararlanmasdan
N2a	mikroskopik metastazlar
N2b	makroskopik metastazlar
N2c	Satellitlar yoki tranzit metastazlar, limfa tugunlarini zararlanishsiz
N3	≥ 4 ta limfa tugunlari; konglomerat; satellitlar yoki tranzit metastazlar limfa tugunlari zararlanishi bilan.

2. Diagnostika va palliativ davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

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

- Palliativ (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 davo, 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):

Tashhishlash mezonlari:

- 4) Anamnez belgilari;
- 5) Fizikal ko‘rik va qator holatlarda dermatoskopik tekshiruv;
- 6) Hayot vaqtidagi biopsiya materialini patologo-anatomik tekshiruv ma'lumotlari.

Klinik tashxis pigmentli yangi hosilalarni tahlil qilishning uchta usuliga asoslanadi:

4) har bir zararlanishni alohida vizual tahlili (ABCD qoidasi): A (Asymmetry – asimetriya) – yangi hosila ikkiga bo‘linganda, ikki qismi bir-biriga mutanosib emas. B (Border – chegaralar) – chegaralari notekkis, noaniq yoki "geografik" shaklda. C (Color – rang) – bir xil emas, turli xil ranglar (qora, qo‘ng‘ir, qizg‘ish va h.k.). D (Diameter – diametr) – 5 mm yoki undan katta.

5) Ichki-individual taqqoslama tahlil ("Badbashara o‘rdokcha" belgisi): Bir bemordagi pigmentli yangi hosilalarni solishtirish asosida shubhali o‘smalarni aniqlash. Agar yangi hosila boshqalarga o‘xshamasa, melanoma ehtimoli yuqori.

6) O‘zgarishlarni xronologik tahlili ("E – evolyusiya"): Pigmentli yangi hosilaning tez o‘zgarishi – o‘lchami oshishi, rangi o‘zgarishi, tuzilishida o‘zgarishlar kuzatilishi. Bemor tomonidan tasdiqlanishi yoki avvalgi suratlar bilan solishtirilishi mumkin. Tavsiyalar: Shubhali holatlarda dermatoskopiya o‘tkazish kerak. Qo‘shimcha tashxis talab etilsa, biopsiya va morfologik tahlil bajarilishi lozim [20, 21].

9-jadvalda bemorning biopsiya natijalari va klinik ko‘rikda aniqlangan belgilarga qarab tekshiruv taktikasini tanlash rejasi keltirilgan. Tegishli tibbiy muolajalarni amalga oshirish bo‘yicha tavsiyalar tegishli bo‘limlarda bayon etilgan.

9-jadval. Pigment hosilaning biopsiya natijasi va klinik ko‘rikka ko‘ra tekshirish rejasi

Kasallik bosqichi	Fizikal ko‘rik	Instrumental diagnostika	Laborator diagnostika	Qo‘riqchi limfa tuguni biopsiyasi	Molekulyar-genetik tekshiruv
0, I	Ha	1. regional limfa tugunlari ultratovush tekshiruvi (UTT). 2. Agar belgilar bo‘lmasa nur diagnostika tavsiya etilmaydi	Yo‘q	Ha (o‘sma qalinligi 0,8 mm va undan katta bo‘lsa)	Yo‘q
IIA	Ha	1. regional limfa tugunlari UTTsi 2. Nur diagnostika to‘la ko‘lamda tavsiya etiladi	Yo‘q	Ha	Yo‘q
IIB, IIC, III	Ha	1. . regional limfa tugunlari UTTsi. 2. Nur diagnostika to‘la ko‘lamda. 3. Bosh miyani Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) v/i kontrast bilan (III bosqich uchun)	Zarurat bo‘lsa umumiy klinik va bioximik qon tahlili	Ha (IIB, IIC bosqich uchun)	BRAF genida mutasiyaga molekulyar-genetik tekshiruv albatta (III bosqich uchun)
IV	Ha	1. . regional limfa tugunlari UTTsi. 2. Nur diagnostika to‘la ko‘lamda. 3. Bosh miyani Magnit- rezonans tomografiyasi (MRT) v/i kontrast bilan	1. qonda Laktatdegidrogenaza faolligini aniqlash. 2. Umumiy klinik va bioximik qon tahlili	Qo‘lanilmaydi	BRAF genida mutasiyaga molekulyar-genetik tekshiruv albatta (teri melanomasida), BRAF genida mutasiya yo‘q bo‘lsa – c-KIT genida

					mutasiyaga molekulyar- genetik tekshiruv
--	--	--	--	--	---

Shikoyatlari va anamnez [17] (ID – B):

• Bemorda xavf omillari va davolash taktikasini tanlash, tashxis usullari va ikkillamchi profilaktikaga ta'sir ko'rsatuvchi omillarni aniqlash maqsadida shikoyatlar va anamnezni yig'ish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224016/>). Ko'p holatlarda bemor "hol" (nevus) o'zgarishga uchragani haqida shikoyat qiladi – uning o'sishi, chegaralarining o'zgarishi, yangi rang tuslari paydo bo'lishi kuzatiladi. Shikastlangan yoki yangi paydo bo'lgan hosilaning qichishishi, yonish hissi yoki noqulaylik sezilishi ham bemorlar tomonidan ko'p uchraydigan shikoyatlar qatoriga kiradi.

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

Izoh: Melanoma rivojlanishining asosiy xavf omillari 1.2 «Etiologiya va patogenez» bo'limida bayon etilgan.

Fizikal tekshiruvlar [17] (ID – B):

• Limfa tugunlarini palpasiya qilish: Barcha mavjud limfa tugunlari guruhlarini tekshirish tavsiya etiladi: Bo'yin, qo'ltiq osti, chov-son sohasi, boshqa ehtimoliy o'sma paydo bo'lishi mumkin bo'lgan limfa tugunlari.

• Teridagi yangi hosilalarni tekshirish: Melanomani erta aniqlash uchun shubhali hosilalarni diqqat bilan ko'zdan kechirish zarur. Tekshiruv profilaktik ko'rik paytida bemorning o'zi, yaqinlari yoki shifokor tomonidan aniqlangan hosilalarni o'z ichiga olishi kerak. Barcha teri sathini yaxshi yoritish va lupa yordamida tekshirish kerak.

3. "ABCDE" qoidasi bo'yicha baxolash (ID – A) [18]:

• A (Asymmetry – asimmetriya) – hosilaning bir tomoni ikkinchi tomoniga o'xshamaydi.

• B (Border irregularity – chegaralar) – chegaralar notekkis va noaniq.

• C (Color – rang) – qizil, qo'ng'ir, ko'k yoki oq rangning aralashmasi mavjud.

• D (Diameter – diametr) – 6 mm yoki undan katta.

• E (Elevation – ko'tarilganlik) – hosilaning atrofdagi teri sathidan balandligi.

Tavsiya: Shubhali hosilalarni aniqlashda dermatoskopiya o'tkazish, zarur hollarda biopsiya va morfologik tahlil o'tkazish tavsiya etiladi.

Laborator tekshiruvlar:

- QUT;
- PUT;
- Biokimyoviy tahlil (bilirubin, umumiy oqsil, ALT, AST, mochevina, kreatinin, glyukoza, LDG);
 - ABO tizimi bo'yicha standart zardoblarda qon gurug'ini aniqlash;
 - Koagulogramma;
 - Mikrofloraga bakteriologik tekshiruv: jarohatdan, tanglaylan, parchalangan o'sma yuzasidan surtma;
 - Sitologik tekshiruv;
 - Gistologik tekshiruv;
 - O'smada BRAF-mutasiya tipini aniqlash.

Instrumental tekshiruvlar:

- Bemorning umumiy holatini baholash: Karnovskiy shkalasi bo'yicha hayot sifati va umumiy holatni baholash (*Qo'shimcha 1-ga qarang*).
- Glazgo koma shkalasi (GCS) bo'yicha ong darajasini baholash (*Qo'shimcha 2-ga qarang*).
- Vizualizasiya va tashxislash usullari: Dermatoskopiya – maxsus yoritish va 10 karragacha kattalashtirish imkoniyatiga ega lupa yordamida (*Qo'shimcha 3-ga qarang*).
- Ingichka ignali punksiyonnaya (aspirasionnaya) biopsiya – kattalashgan yoki o'zgargan limfa tugunlarining metastatik xususiyatini tasdiqlash uchun.
 - MRT bosh miya – kontrast modda bilan.
 - EKG;
 - PET-KT;
 - Ko'krak qafasi a'zolari KTsi;
 - Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti KTsi kontrastlash bilan;
 - Kichik chanoq a'zolari KTsi;
 - Kompleks ultratovush diagnostika (jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar);

- Skelet suyaklarini ssintigrafiyasi;
- Regionar limfa tugunlari UTTsi;
- Qo‘riqchi (signal) limfa tuguni biopsiyasi [36; A] (*O‘zbekiston Respublikasida tegishli uskunalar va radioizotoplar ro‘yxatdan o‘tgan taqdirda*).

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

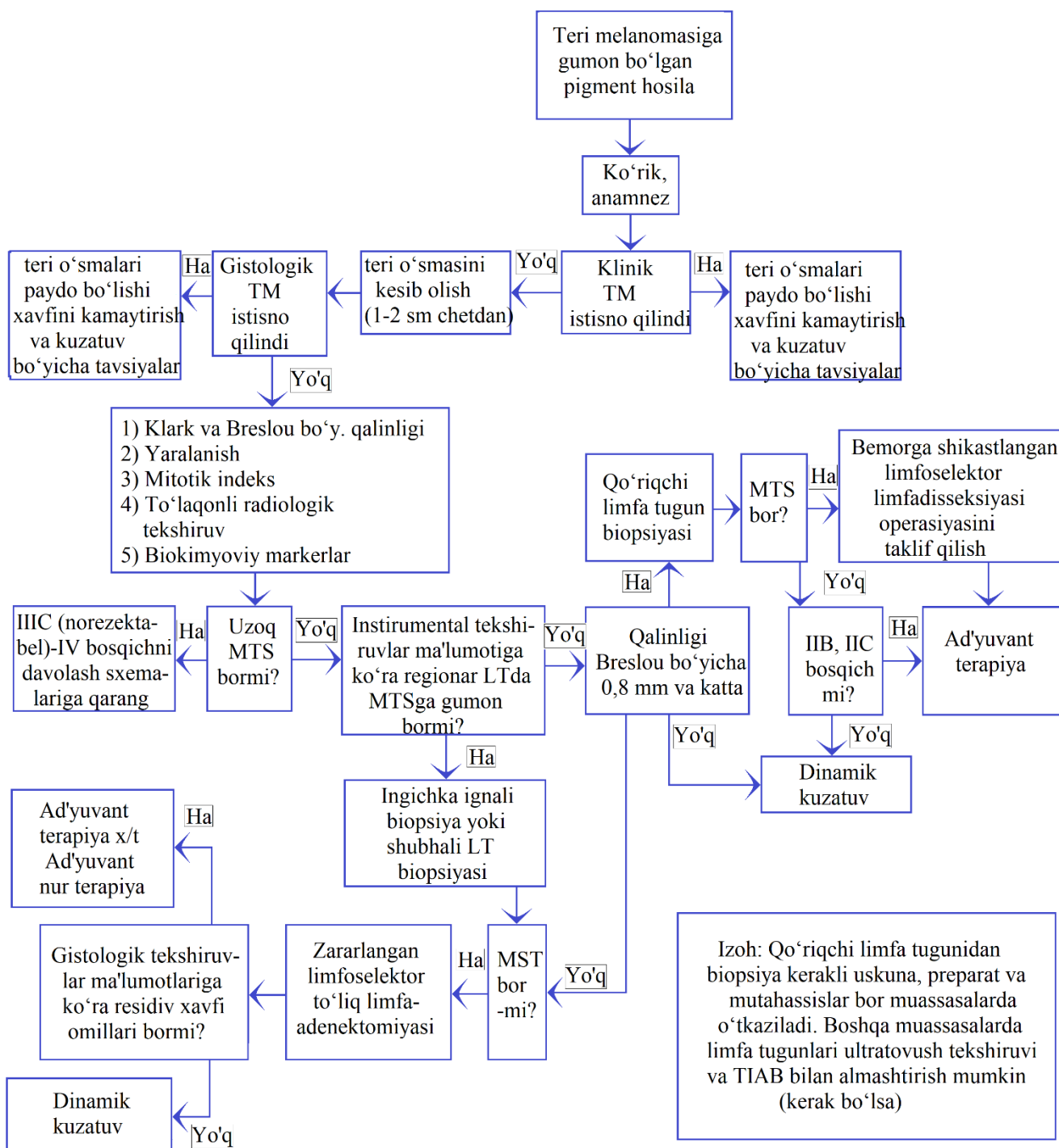
- ✓ Og‘riq, qon ketish, mexanik va parenximatoz sariqlik, portal gipertenziya va boshqa og‘riqli alomatlarining oldini olish va yo‘q qilish, bemorning azobini engillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish 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.

1) Palliativ yordamda bemorni kuzatish kartasi va marshrutizatsiyasi:

2-sxema – Teri melanomasida diagnostik algoritm.



Bosqichlar bo'yicha palliativ davolash

IV bosqich (har qanday rT har qanday N M1):

- Bemorlarning umumiy holati kompensirlangan va aniq ifodalangan o'sma intoksikatsiyasi bo'lmagan holatda, individual sxemalar bo'yicha kompleks davolash targetli terapiya, ximioterapiya, palliativ nur terapiyasini qo'llagan holda o'tkaziladi.
- Palliativ jarrohlik aralashuvlari sanitar ko'rsatmalar yoki kasallikning asoratli

kechishi bilan bogʻliq holatlarda bajariladi.

- Palliativ nur terapiyasi bemorning holati va kasallik simptomlarining ogʻirligiga qarab individual koʻrsatmalar asosida oʻtkaziladi.

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

Konservativ davolash davomida bemor rejimi – umumiy.

Erta jarrohlikdan keyingi davrda – yotqizilgan yoki yarim yotqizilgan (amaliyot hajmi va hamroh patologiyaga bogʻliq holda).

Jarrohlikdan keyingi davrda – palatali.

Dieta stoli – №15, jarrohlik davolashdan keyin – №1.

Nur terapiyaga koʻrsatmalar:

Metastatik bosh miya shikastlanishlarida palliativ maqsadda nur terapiyasini oʻtkazish. Palliativ nur terapiyasi shuningdek, bosh miyaning koʻplab shikastlanishlarida yoki "simptomatik" suyaklar, yumshoq toʻqimalar va limfa tugunlarining zararlanishida ham tayinlanishi mumkin.

Nur terapiya turlari:

- Distansion nur terapiya;
- 3D-konform nurlantirish;
- intensivligi boʻyicha modulirlangan nur terapiya (IMRT).
- tomoapparatlarda tomoterapiya; tomoterapiyada $ROD < 2,5$ Gr boʻlganda kipofraktsiyalashga urgʻu beriladi.
- Bosh miyada 3 sm gacha boʻlgan yagona metastaz mavjud boʻlganda stereotaksik nur terapiyasini (SRT) oʻtkazish. 3 sm dan katta oʻchoqlari boʻlgan, bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatsiz boʻlimlarida joylashgan, metastatik shikastlanish taʼsirini hisobga olmagan holda kutilgan umr davomiyligi 3 oydan koʻproq boʻlgan bemorlarda ochiq jarrohlik amaliyoti SRTdan ustunlikka ega. Jarrohlik muolajasidan keyin lokal nazoratni yaxshilash maqsadida operatsiya boʻlgan boʻshliqqa qoʻshimcha ravishda stereotaksik nur terapiyasi seansini oʻtkazish mumkin. Bosh miyaning funksional jihatdan ahamiyatli boʻlimlari shikastlangan hollarda afzallik SRTga berilishi mumkin. Bosh miyaning oligometastatik shikastlanishida (har biri 3 sm gacha boʻlgan 3–10 ta oʻchoq) stereotaksik nur terapiyasi dori-darmon bilan davolash yoki butun bosh miyani nurlantirishga nisbatan afzallikka ega boʻlishi mumkin. Bosh miyaning koʻplab metastazlari yoki uning pardalari zararlanishi holatida nur terapiyasining roli haqidagi

ma'lumotlar ziddir. Ushbu muolaja bosh miyada ko'plab metastazlar mavjud bo'lganda nevrologik simptomlarni engillashtirish maqsadida bemorga taklif etilishi mumkin.

Regionar metastazlarni palliativ NTsi.

Ko'rsatmalar bo'lishi mumkin: norezektabel tugunlar, satellitlar, qoldiq o'sma.

Dozali rejimlar. Optimal doza belgilanmagan, lekin potensial to'g'ri dozalar mavjud:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada 1-1,5 hafta davomida
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 20 Gr 5 fraksiyada 1 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Simptomli ekstrakranial metastazlar uchun palliativ nur terapiyasi.

Rejimni tanlash lokalizasiya yoki klinik simptomlarga bog'liq. Simptomlarni engillashtirish maqsadida yuqori dozalar va/yoki gipofraktsiyalangan rejimlar qo'llanilishi mumkin. Dozaviy rejimlar:

- 24-27 Gr fraksiyada 1-1,5 hafta
- 32 Gr 4 fraksiyada 4 hafta davomida
- 40 Gr 8 fraksiyada 4 hafta davomida
- 50 Gr 20 fraksiyada 4 hafta davomida
- 30 Gr 10 fraksiyada 2 hafta davomida
- 30 Gr 5 fraksiyada 2 hafta davomida
- 8 Gr 1 fraksiyada 1 kun davomida.

Bosh miyaga metastazlarda NT

SRX va SRT miya va orqa miya metastazlari uchun yuqori dozali radiyasiyani aniq mo'ljalga yo'naltirib, atrofidagi to'qimalarga minimal ta'sir ko'rsatish uchun qo'llaniladi:

- Eng katta diametri 20 mm gacha bo'lgan o'choq – 24 Gr gacha
- Eng katta diametri 21-30 mm bo'lgan o'choq – 18 Gr gacha
- Eng katta diametri 31-40 mm bo'lgan o'choq – 15 Gr gacha

Yirik o‘choqlar fraksionirlangan SRT bilan davolanishi mumkin:

- 24-27 Gr 3 fraksiyada
- 25-26 Gr 5 fraksiyada.

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 konsentrat:

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

Yangi muzlatilgan plazma:

- YaMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o'tkazishdan oldin o'tkaziladi.
- $MNO \geq 2.0$ bo'lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 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.

Teri metastatik melanomasida BRAF va MEK ingibitorlarini qo'llash tavsiya etilgan rejimlari (faqat musbat BRAF mutasiyasi mavjud bo'lganda):

1. Monoterapiya:

- Vemurafenib 960 mg ichishga \times sutkasiga 2 marta har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo'lmas toksiklikkacha. O'tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so'ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

- Dabrafenib 150 mg ichishga \times sutkasiga 2 marta Har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo'lmas toksiklikkacha. O'tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so'ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

2. Kombinirlangan terapiya:

- Vemurafenib 960 mg ichishga \times sutkasiga 2 marta Har kuni + kobimetinib 60 mg

sutk ichishga 1–21-chi kunlar, tanaffus 7 kun, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

- Dabrafenib 150 mg ichishga × sutkasiga 2 marta Har kuni + trametinib 2 mg ichishga × sutkasiga 1 marta Har kuni, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

Poliximioterapiya

Melanomaning generalizasiyalangan shakllarini davolash:

5. CVD:

sisplatin 20 mg/m² v/i 2-5 kunlar

vinblastin 1,6 mg/m² infuziya 1-5 kunlar

dakarabazin 800 mg/m² v/i 2-soatlik infuziya 1 kun (disseminasiyalangan jarayonda palliativ kimyo terapiya tavsiya etilishi mumkin). Interval 3-4 hafta.

6. Dakarabazin 1000 mg/m², interval 3-4 hafta

7. Temozolomid 150-200mg/m² 1-5 kunlar har 28 kunda

8. Paklitaksel 175-225mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada 4 kursdan so‘ng dozasina 175mg/m²gacha kamaytirish. Karboplatin AUC 6 v/i 1-chi kun har 3 haftada, 4 kursdan so‘ng dozasini AUC 4 gacha kamaytirish.

10-jadval. Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lgan);

Farmakoterapevtik guruh	DVning halqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Monoklonal antitana	Pembrolizumab	200 mg v/i infuziya ko‘rinishida, har 3 haftada 1 marta	C
Monoklonal antitana	Nivolumab*	Monoterapiya: 240mg v/i tomch., har 2 haftada yoki 480mg v/i tomch. har 4 haftada Kombinirlangan: 1mg/kg v/i tomch. Ipilimumab bilan birgalikda, har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish	C

Monoklonal antitana	Ipilimumab*	Metastatik melanoma: 3mg/kg, v/i tomch., har 3 haftada, maksimum 4 yuborilish. Ad'yuvant terapiya: 10mg/kg, v/i tomch. har 3 haftada – 4 yuborilish, so‘ngra 10m/kg v/i tomch. har 12 haftada – 3 yil.	И
Yuklab olish (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509		

11-jadval. Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (100% dan kam qo‘llanish ehtimoliga ega bo‘lgan);

Farmakoterapevtik guruh	DVning halqaro patentlanmagan nomi	Qo‘llash usuli	ID
Platina preparatlari	Sisplatin	20 mg/m ² v/i 2-5 kunlar, har 3 haftada	C
Alkillovchi preparatlar	Dakarbazin	1000mg/m ² , v/i har 3-4 haftada	B
Alkillovchi preparatlar	Temozolomid	150-200mg/m ² 1-5 kunlar, og‘iz orqali, har 28 kunda	C
O‘simlik tabiatli o‘smaga qarshi vositalar	Paklitaksel	175-225m/m ² , v/i tomch., har 3 haftada	C
Platina preparatlari	Karboplatin	AUC4-6 v/i tomch., har 3 haftada	C
O‘simlik kelib chiqishli alkaloid	Vinkristin	2mg v/i tomch., har 3 haftada	C
Antibakterial preparatlar	Sefazolin	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftazidim	100mg, 100mg dan m/o kuniga 3 mahal, 7 kun	A
	Seftriakson	1,0 gr, po 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	A
	Sefuroksim	natriya 1,0 gr, 1,0 gr dan m/o	C

		kuniga 2 mahal, 7 kun	
	Sefepim	1,0 gr, 1,0 gr m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Imipenem + silastatin	500mg, m/o kuniga 2 mahal, 5-7 kun	C
	Amikasin	500mg, 10mg/kg hisobda m/o kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Siprofoloksasin	100mg, 100 mg v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	C
	Ofloksasin	0,2gr, 0,2 gr v/i kuniga 2 mahal, 7 kun	C
	Metronidazol	100 ml, 100 ml v/i kuniga 2 mahal, 5 kun	C
Zamburug‘ga qarshi preparatlar	Flukonazol	100 mg, 100mg v/i – bir marta	A
Plazma o‘rnini bosuvchi preparatlar	Gidrosietilkraxmal	200ml, 500 ml v/i kuniga 1 marta 3 kungacha	B
	Dekstran	400ml, 400 ml v/i kuniga 2 mahal 2-3 kun	B
Parenteral ovqatlantirish preparatlari	Aminokislotalar kompleksi	500ml, 500ml v/i kuniga 1 marta, 5 – 7 kun	B
	Dekstroza	5% - 400ml, 400ml v/i kuniga 2 mahal, 5 – 7 kun	A
Regidratasion terapiya preparatlari	Natriya xlorid	0,9% - 400ml, 400 ml v/i 2 – kuniga 3 mahal. 5 – 7 kun	A
Analgetik preparatlar	Ketoprofen	1ml, 1 ml, m/o 2 – kuniga 3 mahal 5 – 7 kun	A
	Diklofenak natriya	m/o 2 – kuniga 3 mahal 7 – 10 kun	B
	Tramadol gidroxlorid	1 ml, 1ml m/o 2 – kuniga 3 mahal	B
Gormonal preparatlar	Prednizolon	30mg, 30 – 60 – 90 mg v/i kuniga 1 marta 1 – 5 kun	A
	Deksametazon	4 mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 mg kuniga 1 marta 1 – 5 kun	A
	Inson insulini	40 ED, 4 – 6 ED kuniga 1 marta 2 – 10 kun	C
Spazmolitiklar	Drotoverin	2,0 ml, 2,0 ml m/o, v/i 1 – kuniga 3 mahal 1 – 7 kun	C
	Platifillin gidrotartarat	1,0 ml, po 1 ml m/o, v/i 1-kuniga 3	A

		mahal 1-7 kun	
Bronxolitiklar	Aminofillin	10ml, 6 – 10mg/kg/sut m/o kuniga 3 mahal, 10 kun	C
	Teofillin	0,2gr, 0,2 gr per os kuniga 2-4 mahal, 10 – 15 kun	C
Antikoagulyantlar	Nadroparin kalsiya	0,3 ml, 0,3 ml kuniga 1 marta t/o	C
	Эноксапарин натрий	0,2 ml, 0,2 ml kuniga 1 marta t/o	A
	Geparin	10mingED, 5000-10000 ED v/i yoki t/o kuniga 1 marta	B
Mukolitiklar	Bromgeksin	8 mg, 8 mg per os kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	C
	Ambroksol	2 ml, 2 ml m/o, kuniga 3 mahal, 7 – 10 kun	B
Qayt qilishga qarshi vositalar	Ondansetron	4mg, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 mg v/i, m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	A
	Metoklopramid	10 mg, 10 – 20 mg v\m, v/i kuniga 1 – 2 – 3 mahal, 1 – 5 kun	A
Sedativ preparatlar	Tofizopam	50 mg, 50 mg per os 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	C
	Neostigmina metilsulfat	1,0ml, 1ml m/o 1 – kuniga 2 mahal, 1 – 10 kun	C
Isitma tushuruvchilar	Asetilsalisil kislota	0,5 gr, 0,5 gr per os kuniga 2 mahal	A
	Parasetamol	0,5gr, 0,5 gr per os, kuniga 3 mahal	A
Gemostatiklar	Aminokapron kislota	5% - 100ml, 100 ml v/i kuniga 1 marta, 1 – 5 kun	B
	Etamzilat	12,5% - 2ml, 2 ml m/o kuniga 2 mahal, 1 – 5 kun	C
	Disinon	1 ml, 1,0 ml m/o 1 – kuniga 2 mahal	B
Diuretiklar	Furosemid	1% - 2 ml, 2 ml m/o, v/i 1-kuniga 3 mahal, 1 – 5 kun	A
	Spiroolakton	100mg, 100 mg per os kuniga 1 marta, 5 – 14 kun	C
Antianemik preparatlar	Ferkayl	50mg - 2 ml, 2 ml m/o haftada 2-3 marta	C
	Kosmofer	2 ml, 2 ml m/o haftada 2-3 marta	C
Gemopoetik preparatlar	Filgrastim	1 ml – 0,3gr, 5 mg/kg t/o, 1 – 3 kun	A
Antigistaminlar	Difengidramin	1 ml – 10 mg, 10 mg m/o kuniga 1-2	A

		mahal	
	Xloropiramin	25 mg, 25 mg per os kuniga 3 – 4 mahal	C
Yuklab olish (havola)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509		

Metastatik yoki nooperabel melanomani immunoterapiyasi

Metastatik nooperabel melanomni davolash uchun pembrolizumab, nivolumab*, ipilimumab* preparatlari buyuriladi (*Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yhatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi) [1-7; S].

Pembrolizumabni tayinlash uchun o‘sma hujayralarida PD-L1 ekspressiyasini aniqlash zarur emas. [8; S]

Teri metastatik melanomasini immunoterapiyasini tavsiya etilgan rejimlari:

4. Kombinirlangan immunoterapiya (anti-PD1 + anti-CTLA-4):

- Nivolumab* 1 mg/ kg v/i tomchilab + ipilimumab* 3 mg/ kg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta (maksimum 4 yuborilish, yoki ko‘tara olmaydigan toksiklik rivojlanganda kamroq), so‘ngra nivolumab* 3 mg/ kg (yoki 240 mg, undan ko‘p emas) v/i tomchilab 2 haftada 1 marta (yoki 480 mg dozada har 4 haftada), uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

*Izoh: * Preparat O‘zbekiston respublikasida ro‘yhatdan o‘tkazilgach qo‘llaniladi.*

5. Anti-PD1 terapiya:

- Nivolumab* 3 mg/ kg (yoki 240 mg, lekin undan ko‘p emas) v/i tomchilab 2 haftada 1 marta, uzoq vaqt (yoki nivolumab 480 mg v/i har 4 haftada.) progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.
- Pembrolizumab 200 mg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta, uzoq vaqt, progressiyalanishgacha yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha. O‘tkazilgan davolash samarasini baholash 12 haftadan so‘ng, keyin esa har 8–12 haftada amalga oshiriladi.

6. Anti-CTLA-4:

- Ipilimumab* 3 mg/ kg v/i tomchilab 3 haftada 1 marta, 4 yuborilish metastatik melanomani kombinirlangan davolash tarkibida, yoki 10mg/kg, v/i tomch. har 3 haftada – 4 yuborilish, so‘ngra 10m/kg v/i tomch. har 12 haftada – 3 yil, ad'yuvant terapiya sifatida

*Izoh: * Preparat O'zbekiston respublikasida ro'yhatdan o'tkazilgach qo'llaniladi.*

4) Palliativ jarrohlik amaliyotlari

● Yalg'iz uzoq metastazlari (yumshoq to'qimalar, o'pka, bosh miya va boshqa a'zolar) mavjud bo'lgan hamda umumiy somatik holati yaxshi bo'lgan melanoma bemorlari radikal jarrohlik muolajasi uchun nomzod sifatida ko'rib chiqilishi **tavsiya etiladi**. Bunday muolaja uzoq muddatli residivsiz davrni ta'minlashi mumkin. [333-335].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2)

Izohlar: Ushbu bemorlar guruhi uchun samarali ad'yuvant terapiya – MKA PD-1 blokatori nivolumab paydo bo'lishi munosabati bilan jarrohlik muolajasining ahamiyati ortib bormoqda. Randomizasiyalangan tadqiqotda ushbu dori vositasi kuzatuvga nisbatan residivsiz tirik qolish muddatini oshirishini namoyish etdi. [230].

● Olib borilayotgan sistemali terapiya samara bergan hollarda to'liq sitoreduktiv aralashuvlar o'tkazish imkoniyati ko'rib chiqilishi mumkin. Noto'liq sitoreduksiya o'tkazish tavsiya etilmaydi. [336, 337].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3)

7. Keyingi davolash:

Tuzalgan bemorlarni dispanser kuzatuvi:

birinchi yil davomida – har 3 oyda 1 marta;

ikkinchi yil davomida – har 6 oyda 1 marta;

uchinchi yildan boshlab – 3 yil davomida yiliga 1 marta.

Tekshirish usullari:

- Lokal nazorat – har bir tekshiruvda;
- Regionar limfa tugunlarini palpasiya qilish – har bir tekshiruvda;
- Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografik tekshiruvi – yiliga 1 marta;
- Qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi – har 6 oyda 1 marta (birlamchi tarqalgan va metastatik o'smalarda).

Yashash joyi bo'yicha onkolog nazorati (olib tashlangan o'sma hududini ko'zdan kechirish, periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish).

- ko'krak qafasi a'zolari KTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yildan 5-yilgacha – har 6 oyda 1 marta).
- Regionar limfa oqimi zonalarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).
- Bosh miya kontrastli MRTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda

1 marta va 3-yilda bir marta).

- Qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti a'zolarining UTTsi (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).

- Qonda LDG darajasini aniqlash (ilk 2 yilda – har 3 oyda 1 marta; 2-yilda – har 6 oyda 1 marta va 3-yilda bir marta).

- PET-KT (har 6 oyda 1 marta yoki qat'iy ko‘rsatmalar bo‘yicha boshqa muddatlarda).

8. Palliativ davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari

- O‘smanni va metastazlarning regressiyasi bo‘yicha ob'ektiv belgilari
- Rentgen va/yoki UZI natijalarida metastazlar va qaytalanish yo‘qligi
- KT natijalarida uzoq metastazlar yo‘qligi
- Qon, peshob va bioximik ko‘rsatkichlarning qoniqarli holati
- Jarrohlikdan keyingi yaraning bitishi
- Bemorning nisbatan qoniqarli umumiy holati

Solid o‘smalarda JSST shkalasi bo‘yicha davolash samaradorligi mezonlari

Uzoq vaqt davomida ximiyaterapiyaning ob'ektiv samaradorligini baholash uchun JSST mutaxassislari qo‘mitasi mezonlari ishlatilib kelingan. Bu baholash usulida o‘sma va metastazlar hajmini aniqlash uchun eng katta ikki perpendikulyar diametrlar ko‘rsatkichi hisobga olinadi.

Samara	Belgilar
To‘liq samara	Barcha shikastlanish o‘choqlarining kamida 4 hafta davomida yo‘qolishi.
Qisman samara	Barcha yoki ayrim o‘smalarning $\geq 50\%$ ga kichrayishi va boshqa o‘choqlarda progressiyaning yo‘qligi.
Stabilizasiya (o‘zgarishsiz)	Kichrayish $< 50\%$ yoki kattalashish $< 25\%$ va yangi shikastlanish o‘choqlarining yo‘qligi.
Progressiyalanish	Bir yoki bir necha o‘smanning $> 25\%$ kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi.

RECIST shkalasi bo‘yicha davo samaradorligi mezonlari

2000 yildan boshlab xalqaro klinik tadqiqotlarda qattiq o‘smalar terapiyasining

samaradorligini baholash uchun RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 shkalasi qo‘llanila boshlandi, u 2009 yilda qayta ko‘rib chiqildi (RECIST 1.1).

Ushbu shkala bo‘yicha o‘smalar o‘lchanadigan (standart tadqiqotda diametri 20 mm yoki undan katta, spiral kompyuter tomografiyasida 10 mm) yoki o‘lchanmaydigan (yuqorida ko‘rsatilgan o‘lchamlardan kichik) deb baholanadi. 5 ta shikastlanish o‘chog‘ining eng katta diametri (bir organda 2 tagacha yoki turli organlarda 5 tagacha) aniqlanadi. Davolashdan oldingi diametrlar yig‘indisi asosiy ko‘rsatkich sifatida qabul qilinadi va davolashdan keyingi ko‘rsatkichlar bilan solishtiriladi.

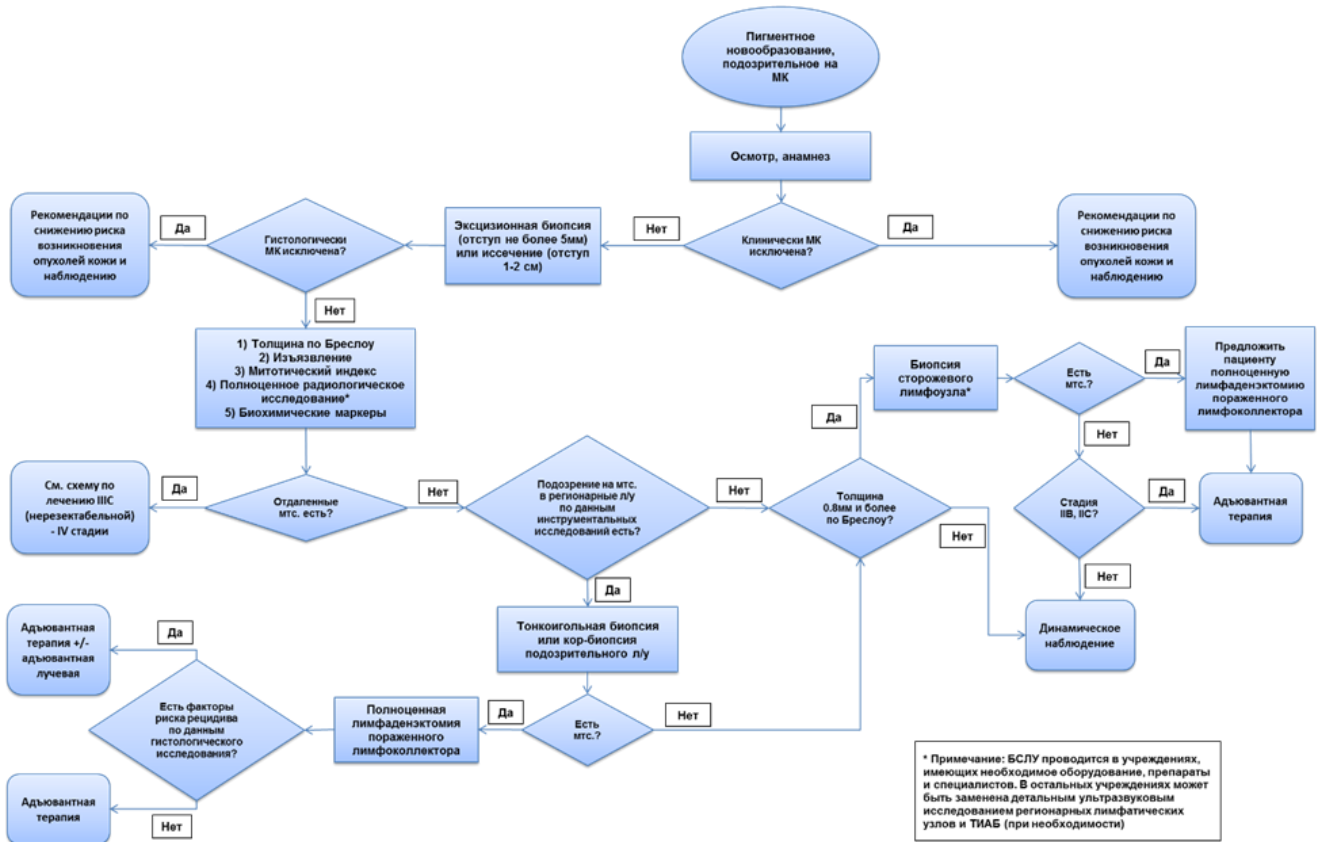
Samara	Belgilar
To‘liq samara	Barcha shikastlanish o‘choqlarining kamida 4 hafta davomida yo‘qolishi.
Qisman samara	O‘lchanadigan o‘choqlarning 30% yoki undan ko‘proq kichrayishi.
Stabilizasiya	Qisman samara sifatida baholash uchun etarli kamayish yoki progressiya sifatida baholash uchun etarli oshish mavjud emas.
Progressiyalanish	Eng kichik qayd etilgan shikastlanish o‘choqlari yig‘indisining kuzatuv davomida 20% ga oshishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

RECIST shkalasi bo‘yicha suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligi mezonlari

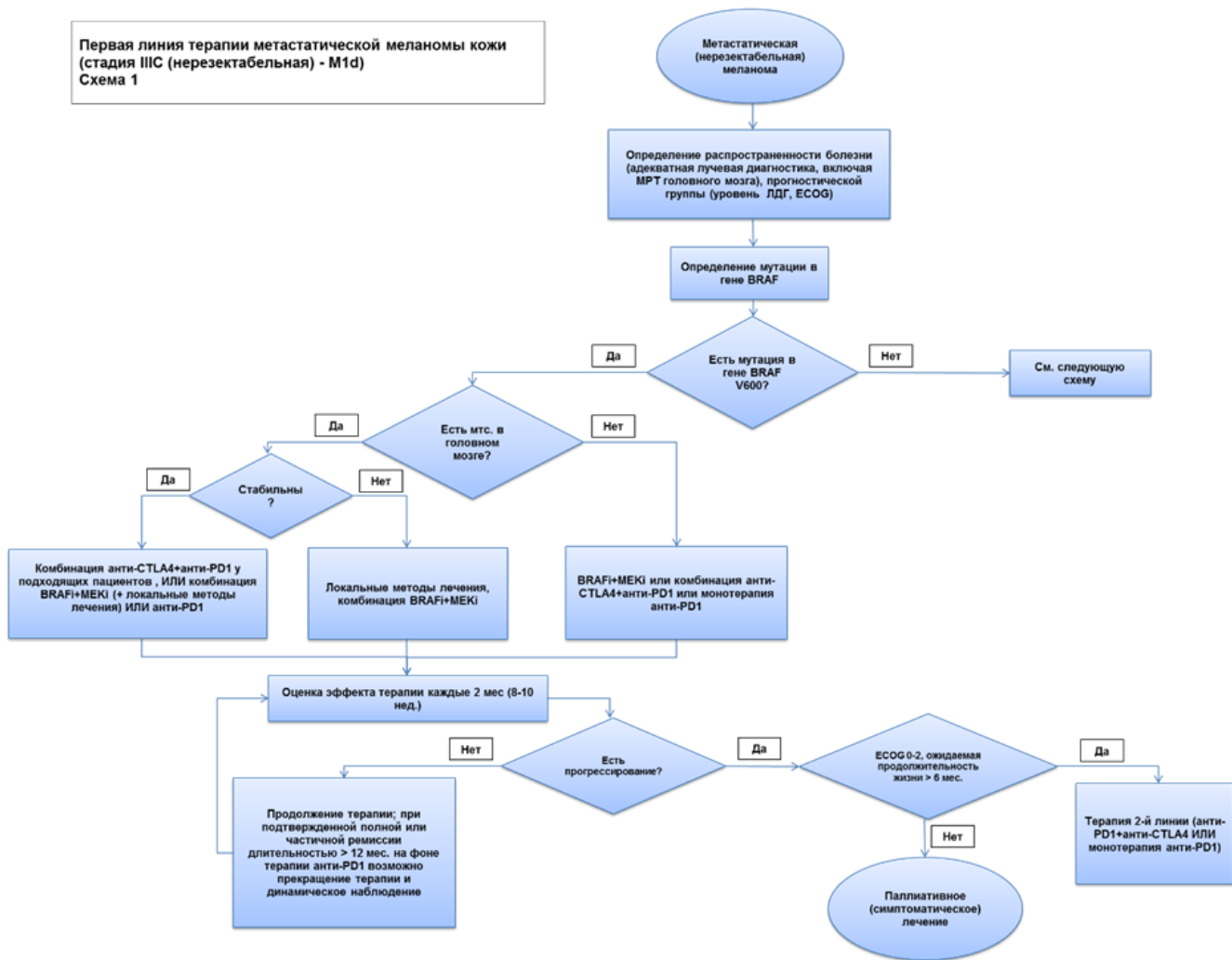
Suyaklarda metastazlarni davolash samaradorligini baholash uchun alohida samaradorlik mezonlari mavjud.

Samara	Belgilar
To‘liq samara	Barcha shikastlanish o‘choqlarining rentgenogramma yoki skanogrammada to‘liq yo‘qolishi.
Qisman samara	Osteolitik metastazlarning qisman kichrayishi, ularning rekalsifikasiyasi yoki osteoblastik shikastlanishlar zichligining kamayishi.
Stabilizasiya	Davolash boshlanganidan keyin 8 hafta davomida o‘zgarishlarning yo‘qligi.
Progressiyalanish	Mavjud o‘choqlarning kattalashishi yoki yangi o‘choqlarning paydo bo‘lishi.

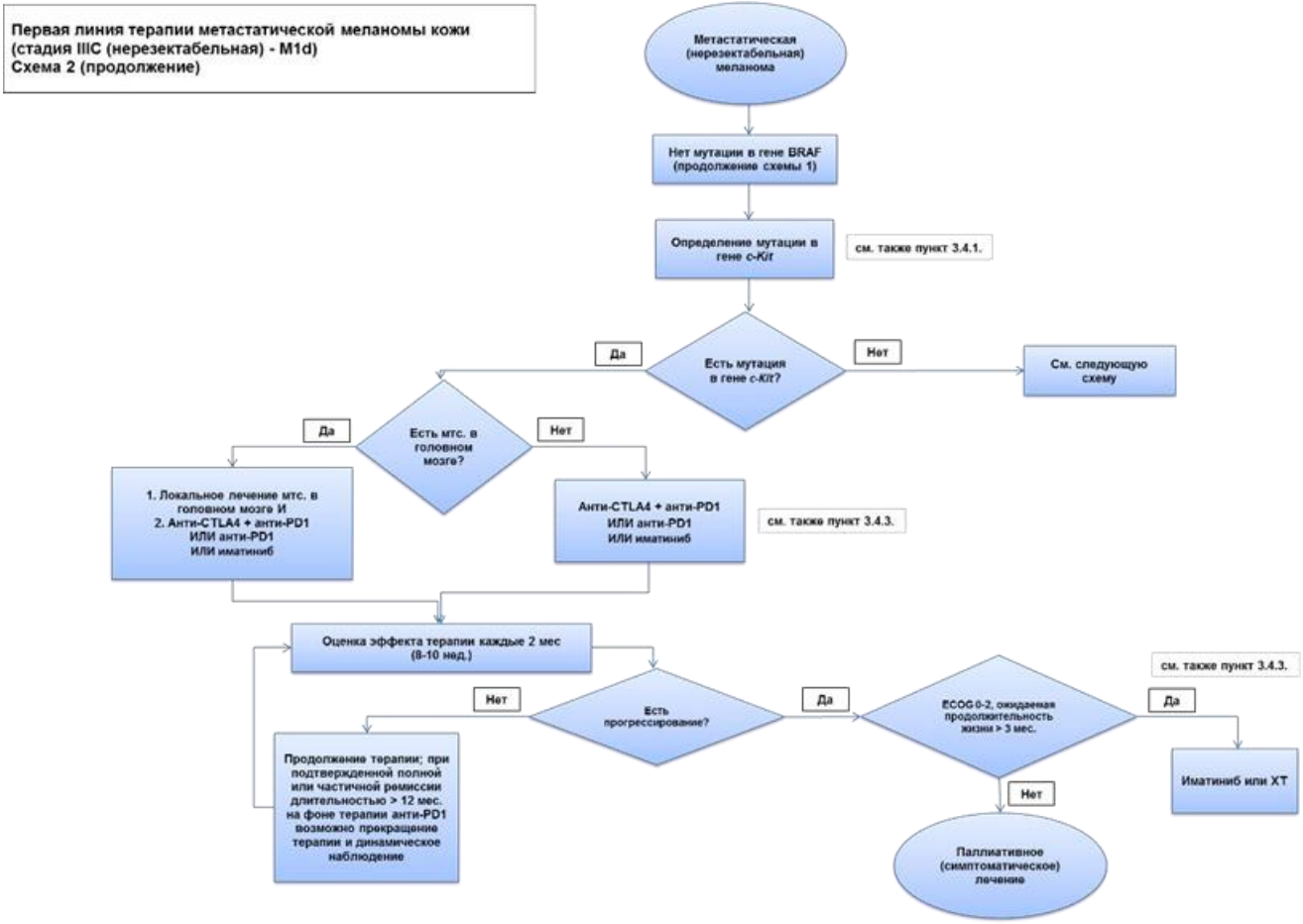
Shifokor harkati algoritmi



1-rasm. Teri melanomasi bilan og‘rigan bemorlarning mahalliy (0–III) bosqichlardagi kasalliklarini tashxislash va davolash sxemasi

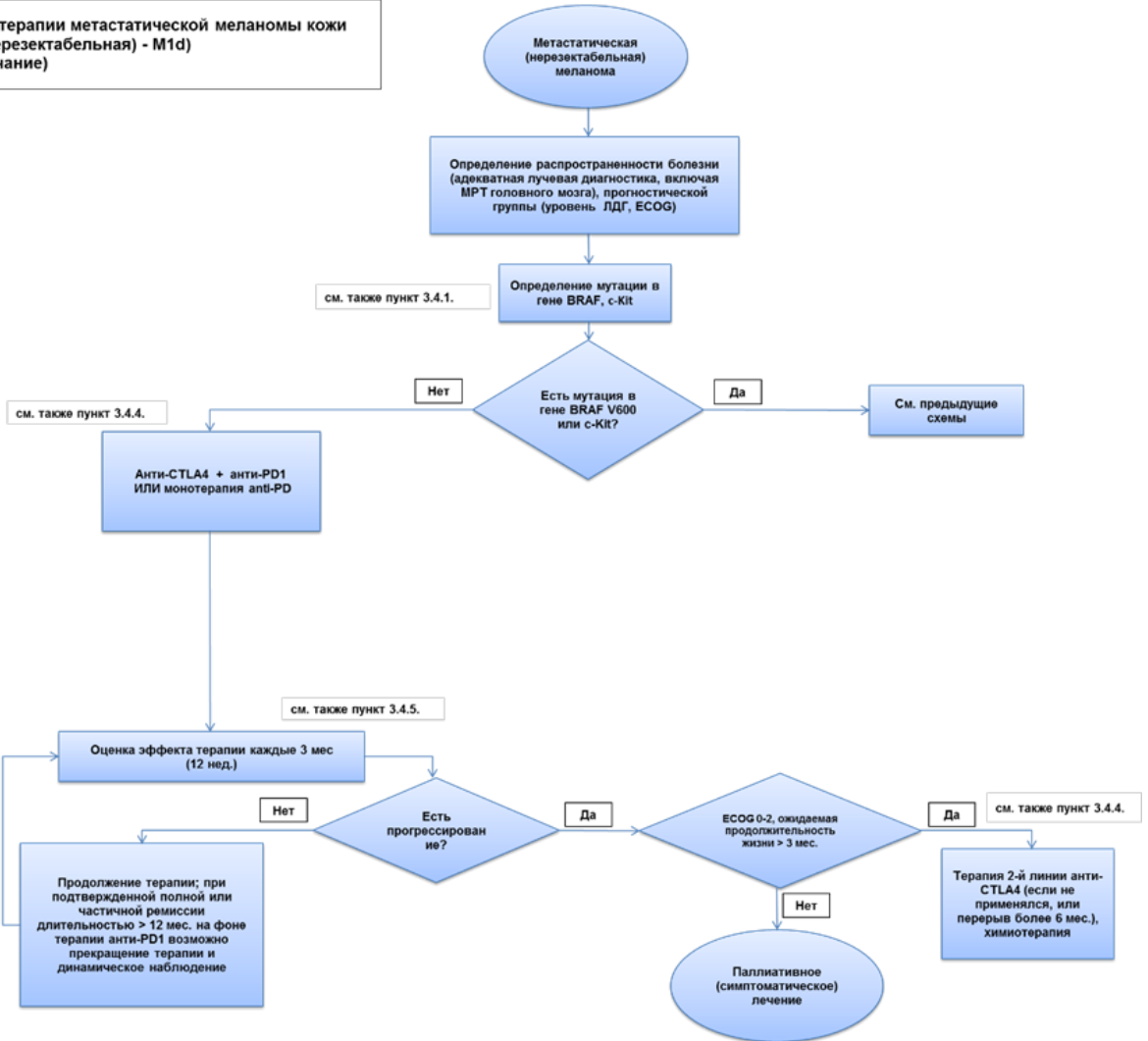


2-рasm. Metastatik yoki nozejektabel teri melanomasi va BRAF genida mutasiyasi mavjud bo'lgan bemorlarni tashxislash va davolash sxemasi



3-рasm. Metastatik yoki norezektable teri melanomasi va c-Kit genida mutasiyasi mavjud bo'lgan bemorlarni tashxislash va davolash sxemasi

Первая линия терапии метастатической меланомы кожи (стадия IIIС (нерезектабельная) - M1d)
Схема 3 (окончание)



4-rasm. Metastatik yoki norezektabel teri melanomasi va BRAF hamda c-Kit genlarida mutasiyasiz bemorlarni tashxislash va davolash sxemasi

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.

Glazgo shkalasi (Glasgow coma scale ili GCS).

Belgi	Ballar
Koʻzni ochilishi:	
• Spontan	4
• Ovozga reaksiya sifatida	3
• Ogʻriqqa reaksiya sifatida	2
• Yoʻq	1
Talaffuz reaksiyasi:	
• Bemor ongli, berilgan savolga tez va toʻgʻri javob beradi.	5
• Bemor dezorientasiyalangan, nutqi chalkash.	4
• Nutqi tartibsiz, javobi savol maʼnosiga mos emas.	3
• Savolga javoban tushunarsiz tovushlar chiqaradi.	2
• talaffuz yoʻq	1
Xarakat reaksiyasi:	
• Buyruq boʻyicha harakatlarni bajaradi.	6
• Ogʻriq tahrisinga javoban maqsadga muvofiq harakat qiladi (itaradi).	5
• Ogʻriq tahrisinga javoban qoʻl-oyogʻini tortadi.	4
• Ogʻriq tahrisinga javoban patologik buklish kuzatiladi.	3
• Ogʻriq tahrisinga javoban patologik yoyilish kuzatiladi.	2
• Xarakat yoʻq	1
<p>Bemorning holati Glazgo koma shkalasi boʻyicha uchta belgilar asosida baholanadi, har bir belgi maʼlum ball bilan baholanadi. Balllar yigʻindisi umumiy bahoni shakllantiradi.</p> <p>Olingan natijalarni komaning Glazgo boʻyicha shkalasida interpretasiyasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 ball – es-hush aniq • 13-14 ball - xiralashish • 9-12 ball - sopor • 4-8 ball – koma • 3 ball – poʻstloqning oʻlimi 	

Disseminasiyalangan melanomani davolash – asosiy dori vositalari ro‘yxati

preparat/kombinasiya nomi	Ko‘rsatmalar
Dabrafenib	1-chi liniya terapiyasi norezektabel melanoma va BRAFV600 mutasiyasi mavjud holatda.
Vemurafenib	1-chi liniya terapiyasi norezektabel melanoma va BRAFV600 mutasiyasi mavjud holatda.
Dabrafenib + trametinib	1-chi liniya terapiyasi norezektabel melanoma va BRAFV600 mutasiyasi mavjud holatda.
Vemurafenib+kobimetinib	1-chi liniya terapiyasi norezektabel melanoma va BRAFV600 mutasiyasi mavjud holatda.
Pembrolizumab	1-chi liniya terapiyasi rezeksiya qilib bo‘lmaydigan melanoma yoki BRAFV600 WT mutasiyasi mavjud holatda, shuningdek, BRAF yoki BRAF+MEK ingibitorlari bilan davolanishdan so‘ng progressiya kuzatilganda.
Dakarbazin 800mg/m ² v/i 1-chi kun	2-chi liniya terapiyasi BRAF/BRAF+MEK yoki PD-1/PD-L1 ingibitorlari bilan davolash jarayonida progressiya kuzatilganda.
Sisplatin 25 mg/m ² v/i 1-5 kunlar, interval 3-4 hafta	2-chi liniya terapiyasi BRAF/BRAF+MEK yoki PD-1/PD-L1 ingibitorlari bilan davolash jarayonida progressiya kuzatilganda.
Paklitaksel 225 mg/m ² vena ichiga (v/i) 1-kun, har 3 haftada bir marta. 4 kursdan keyin dozani 175 mg/m ² ga kamaytirish. Karboplatin AUC 6 vena ichiga (v/v) 1-kun, har 3 haftada bir marta. 4 kursdan keyin dozani AUCga kamaytirish.	2-chi liniya terapiyasi BRAF/BRAF+MEK yoki PD-1/PD-L1 ingibitorlari bilan davolash jarayonida progressiya kuzatilganda.
Temozolamid 200-250mg/m ² – 1-5-chi kunlar.	2-chi liniya terapiyasi BRAF/BRAF+MEK yoki PD-1/PD-L1 ingibitorlari bilan davolash jarayonida progressiya kuzatilganda. Bosh miyaga MTSda maqsadga muvofiq
Nivolumab*	1-chi liniya terapiyasi rezeksiya qilib bo‘lmaydigan melanoma yoki BRAFV600 WT mutasiyasi mavjud holatda, shuningdek, BRAF yoki BRAF+MEK ingibitorlari bilan davolanishdan so‘ng progressiya kuzatilganda.
Ipilimumab*	1-chi liniya terapiyasi rezeksiya qilib bo‘lmaydigan melanoma yoki BRAFV600 WT mutasiyasi mavjud holatda, shuningdek, BRAF yoki BRAF+MEK ingibitorlari bilan

	davolanishdan so'ng progressiya kuzatilganda.
--	---

**Preparatlar O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tgandan so'ng qo'llaniladi.*

Homilador ayollarda melanomani yuz berish taktikasi va davolash

Birlamchi o'smani gistologik tasdiqlash uchun uni keng rezeksiya qilish tavsiya etiladi. Melanoma tashxisi tasdiqlanganda, kasallik bosqichidan qat'i nazar, homiladorlikni to'xtatish tavsiya qilinadi.

Agar bemor homiladorlikni to'xtatishdan bosh tortsa, 0, I, Ia bosqichlarida homiladorlikni saqlab qolish mumkin, ammo bunday hollarda bemor va uning yaqin qarindoshlari kasallikning yuqori darajada progress qilish xavfi va ona hamda bola uchun o'lim xavfi haqida ogohlantirilishi kerak.

II–IV bosqichlarda melanoma:

- Agar homiladorlik muddati **28 haftagacha** bo'lsa, uni to'xtatish tavsiya etiladi.
- Agar muddat **28 haftadan yuqori** bo'lsa, bemorni muddatidan oldin tug'dirish masalasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

Homiladorlikni to'xtatish sabablari:

- Homilaga teratogen ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan instrumental tekshiruvlar (PET-KT, KT, rentgenografiya, ssintigrafiya) tufayli bemorni to'liq tekshirish imkoni yo'qligi.
- Homilaga teratogen ta'sir sababli dorivor terapiyani amalga oshirish imkoni yo'qligi va davolash jarayonida qo'shimcha asoratlar xavfi (jinsiy yo'ldan qon ketishi, o'z-o'zidan tushish, homilaning antenatal halokati, homiladorda DVS-sindrom rivojlanishi).
- Homiladorlarda umumiy narkoz ostida katta jarrohlik operatsiyalarini amalga oshirish imkoni yo'qligi yoki yuqori xavfi (limfadi-seksiya, teri va yumshoq to'qimalardagi ko'p sonli metastazlarni olib tashlash, suyak rezeksiyasi, bosh miya metastazlarini olib tashlash).
- Homilaga teratogen ta'sir tufayli nur terapiyasini amalga oshirish imkoni yo'qligi.
- Homiladorlik davom etayotgan paytda gormonal fonning keskin o'zgarishi sababli kasallikning tez sur'atda progress qilish xavfi.

Agar bemor homiladorlikni to'xtatishdan bosh tortsa:

Bemor va uning yaqin qarindoshlari bilan tushuntirish suhbatini o'tkazilishi, homiladorlikni to'xtatish sabablari, kasallikning progress qilish xavfi va ona hamda bola hayoti uchun xavfli oqibatlar haqida ogohlantirish zarur.

Homilador ayollarda melanoma har bir holatda melanoma mutaxassislari, akusher-ginekologlar, nur diagnostikasi mutaxassislari ishtirokida kengaytirilgan konsiliumda muhokama qilinishi va bemorni keyingi tashxislash, davolash va boshqarish taktikasi belgilanishi kerak.

Bemorlar uchun informasiya

Melanoma va boshqa teri o‘smalarining rivojlanishida asosiy xavf omillari: Asosiy xavf omili — ultrabinafsha shikastlanishi, bu tabiiy sabablar (quyosh yonishi) yoki sun'iy omillar (maxsus mehnat sharoitlari yoki solyariylarga tashrif) natijasida yuzaga keladi.

Teri turlari ultrabinafsha nurlanishining bir xil dozasi turlicha javob beradi. Ayrim insonlarda (och teriga ega, I fototip deb ataladigan guruh) hatto minimal ultrabinafsha ta'siri ham doimo quyosh yonishini (boshlang'ich bosqich — teri qizarishi) keltirib chiqaradi. Boshqa kishilarda esa (sumbul yoki to‘q teriga ega shaxslar) quyosh nurlanishining zararli ta'siri minimal bo‘ladi.

Rossiya aholisining katta qismi I yoki II fototip (ya'ni "och teri") guruhiga kiradi, shu sababli ular quyosh yonishlariga juda sezgir.

Quyosh yonishining oldini olish va melanomaning birlamchi profilaktikasi:

Quyosh yonishining oldini olish birlamchi profilaktikaning asosiy omili hisoblanadi. Bolalik va o‘smirlik davridagi quyosh yonishlari, ayniqsa, nemelanoma teri o‘smalari rivojlanish xavfini oshirishda jiddiy ahamiyatga ega.

Umumiy tavsiyalar quyidagi sodda qoidalarga asoslanadi:

- Plyajda faqat soat 11:00 gacha va 16:00 dan keyin bo‘lish tavsiya etiladi.
- Keng spektrli quyoshdan himoyalovchi kremlar (A va B turdagi ultrabinafsha ta'sirining oldini oluvchi) ishlatish zarur. Kremning himoya darajasi (SPF – Sun Protecting Factor) teri fototipiga mos tanlanishi kerak. Och teriga ega shaxslar uchun yuqori SPF talab etiladi. I va II fototiplar uchun SPF 30 va undan yuqori kremlar tavsiya etiladi.
- Quyoshdan himoyalovchi ko‘zoynak va bosh kiyim taqish tavsiya etiladi.
- Bolalar uchun qo‘shimcha ravishda UF-zashitaga ega maxsus kiyimlar tavsiya etiladi.

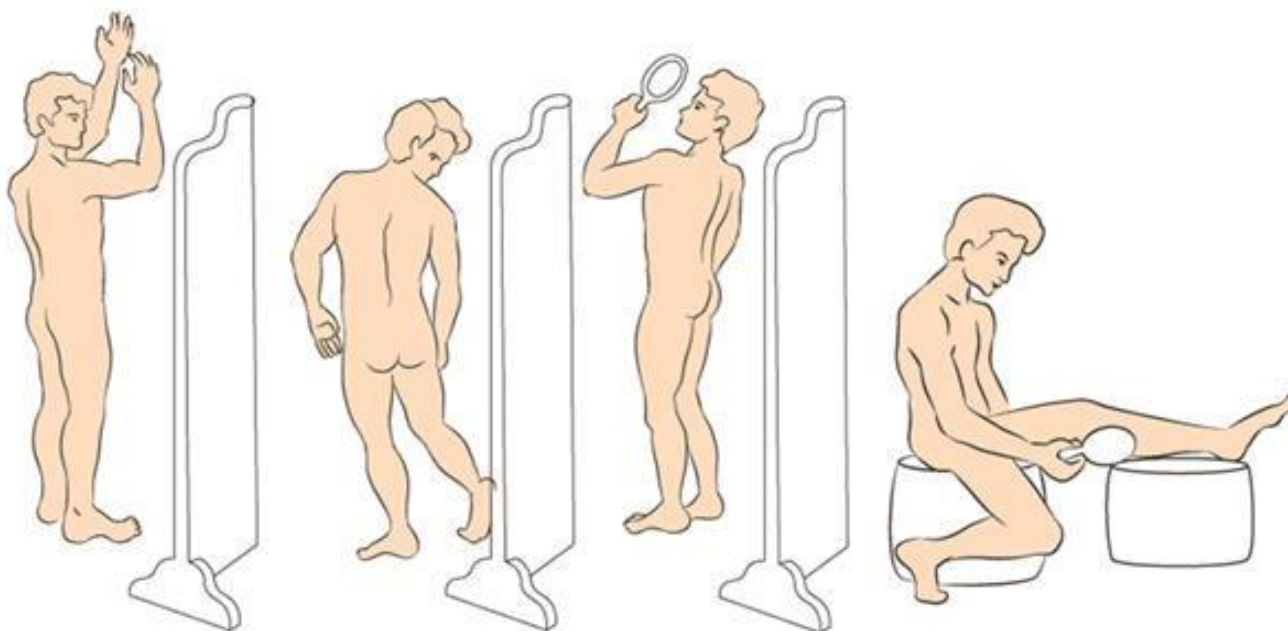
Teri ko‘rigi

Teri o‘smalari va melanomani barvaqt aniqlash uchun o‘z-o‘zini tekshirish tavsiyalari

- Muntazam ravishda (har 3–6 oyda bir martadan kam bo‘lmagan holda) o‘zingiz teri yuzasini to‘liq tekshirish tavsiya etiladi, buning uchun ham "panoramali", ham qo‘l oynalaridan foydalanish mumkin. Tekshirish algoritmi 1-rasmda sxemali tarzda keltirilgan.
- Tekshirishda alohida e'tibor berish lozim:
 - 4-5 mm va undan katta o‘lchamli pigmentli dog‘lar
 - Shakli yoki rang asimmetriyasi

- Noadekvat, "to'liqinsimon" chegaralar
- Rangining noxolisligi (turli tusdagi qahvarang soyalar)
- Agar pigmentli dog'larda ushbu belgilardan 2 tasi yoki ko'prog'i mavjud bo'lsa, dermatolog yoki onkologga murojaat qilish kerak. Bu albatta, o'sma yovvoyi (xavfli) ekanini anglatmaydi, ammo uning holatini baholashni shifokorga topshirish zarur.
- Shakli o'zgarayotgan teri hosilalariga alohida e'tibor berish kerak:
 - Pigmentli dog'ning kengayishi
 - "Mo'g'illoq" (xol) qavatining qalinlashishi
 - Holning ma'lum qismi rangsizlashib, yo'qolib borishi
 - Bunday o'zgarishlar mavjud bo'lsa, teri o'smalari erta tashxisi bo'yicha mutaxassis shifokorga murojaat qilish zarur.
- Boshqa teri hosilalariga ham e'tibor berish kerak:
 - Uzoq muddat davomida saqlanib kelayotgan qizg'ish dog'lar
 - Zich tugunchalar, yaralar
 - Teridagi yangi hosilalar, qon ketishi yoki oqish kuzatiladigan yuza hosilalari
 - Bunday hollarda ham mutaxassis shifokorga murojaat qilish zarur.

1-rasm. Terini ko'rish algoritmi (https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf)



10. Qo'llanilgan adabiyotlar ro'yhati

1. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи: И. А. Гилязутдинов, Р. Ш. Хасанов, И. Р. Сафин, В. Н. Моисеев — Москва, Практическая Медицина, 2010 г.- 204 с.
2. Меланома: — Санкт-Петербург, Гранат, 2015 г.- 252 с.
3. Фрадкин С.З. Залуцкий И.В. Меланома кожи: Практическое руководство для врачей. – Минск, Беларусь, 2000. – 221с.
4. Переводчикова Н.И. Справочник химиотерапевта
5. Клинические рекомендации ESMO 2010
6. Клинические рекомендации ASKO 2006
7. Онкология. Клинические рекомендации. 2-е исправленное издание. Под редакцией В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьялова. Москва. 2009.
8. TNM классификация злокачественных опухолей, 8-ой пересмотр.
9. Hauschild A, Grob JJ, Demidov LV, et al. Dabrafenib in BRA
10. F-mutated metastatic melanoma: a multicentre, open-label, phase 3
11. Randomised controlled trial. Lancet 2012;380:358-365.
12. Flaherty KT, Puzanov I, Kim KB, et al. Inhibition of mutated,
13. Activated BRAF in metastatic melanoma. N Engl J Med 2010;363:809-819.
14. Payne MJ, Argyropoulou K, Lorigan P, et al. Phase II Pilot Study of Intravenous High-Dose Interferon With or Without Maintenance Treatment in Melanoma at High Risk of Recurrence. J Clin Oncol 2014;32:185-190.
15. "Медицинский справочник" (Alexander D. Belyaev) 2008г.
16. В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова «Онкология. 2-е издание, исправленное и дополненное»
17. В. O'Sullivan MDM. Mason MDH. Asamura MDA. Lee MDE. Van Eycken MDL. Denny MB, Ch VM. B. Amin MDS. Gupta MD. 8й пересмотр TNM, 2017. Справочник по классификации злокачественных опухолей, официальные рекомендации международной объединенной комиссии по злокачественным новообразованиям.
18. Sersa G1, Miklavcic D, Cemazar M, Rudolf Z, Pucihar G, Snoj M. Electrochemotherapy in treatment of tumours. Eur J Surg Oncol. 2008 Feb;34(2):232-40.
19. Robert, C., Karaszewska, B., Schachter, J., Rutkowski, P., Mackiewicz, A., Stroiakovski, D., ... & Chiarion-Sileni, V. (2015). Improved overall survival in melanoma with combined dabrafenib and trametinib. New England Journal of Medicine, 372(1), 30-39.
20. Long GV, Hauschild A, Santinami, et al. Adjuvant dabrafenib plus trametinib in stage III BRAF-mutated melanoma. NEJM, published online September 10, 2017

21. Navari RM, Reinhardt RR, Gralla RJ, et al. Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist. *New Engl J Med.* 1999;340(3):190-195.
22. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Ann Oncol.* 1996;7(2):189-195.
23. Osaba D, Zee B, Warr D, Kaizer L, Latreille J, Pater J. Quality of life studies in chemotherapy-induced emesis. *Oncology.* 1996;53(suppl 1):92-95.
24. Morrow GR, Roscoe JA, Kirshner JJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ. Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT3 antiemetics. *Support Care Cancer.* 1998;6:244-247.
25. Bilgrami S, Fallon BG. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Postgrad Med.* 1993;94(5):55- 58, 62-64.
26. Адаптировано из 1 - Berger AM, Clark-Snow RA. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:2515–2523; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998;9:811–819.
27. J.D. Hainsworth “Nausea and vomiting”, *Abeloff’s Clinical Oncology (Fifth Edition)*, 2014, 626-634
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781455728657000424>
28. Roila F et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Clinical practice guidelines. Annals of Oncology* 27: v 119-133, 2016.
29. Antiemetic guidelines: MASCC/ESMO 2016
http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc_antiemetic_guidelines_english_2016_v.1.2.pdf
30. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2017 – March 2018, 2017 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf
31. P. Hesketh, M. G. Kris, et al. “Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update”. *Journal of Clinical Oncology.* Volume 35 (28), October 1, 2017 <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2017.74.4789>
32. Российское общество клинической онкологии RUSSCO, «Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи», 2019 год
33. Лучевая терапия в онкологии: Эрик К. Хансен, МэкРоач III — США, 2014г.- 34-44 с.
34. Ang K.K., Byers R.M., Peters L.J. Postoperative radiotherapy for cutaneous melanoma of the head and neck region. 1994. Vol 30. – P.169-172
35. Ang K.K., Peters L.J., Weber R.S. Regional radiotherapy as adjuvant treatment for head and neck malignant melanoma. 1990. Vol 116. – P.795-798

36. Atkins M.B., Hsu J., Lee S., et Phase III trial comparing concurrent biochemotherapy with cisplatin, vinblastine, dacarbazine, interleukin-2, and interferon alfa-2b with cisplatin, vinblastine, and dacarbazine alone in patients with metastatic malignant melanoma (E3695): A trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group // J. Clin. Oncol. -- 2008. -- Vol. 26. - P. 5748-5754.

37. Chang D.T., Amdur R.J., Morris C.G. et al. Adjuvant radiotherapy for cutaneous melanoma: comparing hypofractionation to conventional fractionation // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 2006. -- Vol. 66. -- Suppl. 4. - P. 1051-1055.

38. Burmeister B.H., Mark Smithers B., Burmeister E. et al. A prospective phase II study of adjuvant postoperative radiation therapy following nodal surgery in malignant melanoma - Trans Tasman Radiation Oncology Group (TROG) Study 96,06 // Radiether Oncol. - 2006. - Vol. 81. - P. 136-42.

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

40. ↑ [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. : [энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

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

42. ↑ [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.

43. ↑ [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

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

45. ↑ [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.

46. ↑ [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.

47. ↑ [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.

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

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

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

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

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

53. ↑ [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.).

54. ↑ 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)

55. 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

56. ↑ [Перейти обратно:¹ ²](#) [Алексенко 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*)

57. ↑ [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.

58. Oren R, Zagury AI, Katzir O, Kollender Y, Meller I: Musculoskeletal Cancer Surgery. In., edn. Edited by Malawer. Dordrecht: Springer; 2013: 583-593.

59. Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.
60. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T, Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017, 24(4):e290-e315.
61. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W, Evidence for Massage Therapy Working G: 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):1553-1568.
62. Westphal JG, Schulze PC: Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018, 10(Suppl 35):S4391-S4399.
63. Ross M, Fischer-Carlidge E: Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017, 21(2):226-233.
64. Rief H, Omlor G, Akbar M, Welzel T, Bruckner T, Rieken S, Haefner MF, Schlampp I, Gioules A, Habermehl D et al: Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. *BMC Cancer* 2014, 14:67.
65. Sollner W, Zschocke I, Zingg-Schir M, Stein B, Rumpold G, Fritsch P, Augustin M: Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999, 40(3):239-250.
66. Беляев АМ, Чулкова ВА, Семиглазова ТЮ, Рогачев МВ (eds.): Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. СПб: Любавич; 2017.
67. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P: Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005, 16(5):805-816.

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.