

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
2025 йил "23" июндаги
№180 сон буйруғига
илова __

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

**"КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

**"КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

"КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5
"КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	66
«КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	81
«КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	98

**"КУКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С37 (2С27), С38 (2С28)–кўкс оралиғи ўсмалари бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ кўкс оралиғи ўсмаларини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Кўкс оралиғи ўсмалари нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасалар ининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар) и:**

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
С37	Айрисимон безининг хавфли ўсмалари
С38	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг хавфли ўсмалари
С38.0	Юрак
С38.1	Олдинги кўкс оралиғи
С38.2	Орқа кўкс оралиғи
С38.3	Аниқланмаган қисмида жойлашган кўкс оралиғи ўсмалари
С38.4	Плевра
С38.8	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг зарарланиши, бир ёки бир нечта юқорида қайд этилган локализациялардан ташқари тарқалган ҳолатлар
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1184	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2С26	Плевранинг хавфли ўсмалари
2С26.У	Плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2С26.З	Плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2С27	Айрисимон безнинг хавфли ўсмалари
2С27.0	Айрисимон без саратони

2C27.1	Айрисимон безнинг карциноид ўсмаси ёки бошқа нейроэндокрин ҳосилалари
2C27.2	Хавфли тимома
2C27.Y	Айрисимон безнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C27.Z	Айрисимон безнинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C28	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.0	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг герминоген хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.1	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.Z	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C29	Кўкрак қафасидаги бошқа ёки аниқланмаган жойлашувдаги аъзоларнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
XA7WA2	Кўкс оралиғи ўсмалари
XA5UF8	Олдинги кўкс оралиғи
XA99Z0	Ўрта кўкс оралиғи
XA1FD0	Орқа кўкс оралиғи
XA8607	Кўкс оралиғидаги бириктирувчи, эпителиал ва бошқа юмшоқ тўқималар
2D71	Кўкс оралиғига хавфли ўсманинг метастази
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#381956131	

- **Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:**

2025-2028 йил.

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

- **МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:**

- **Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

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

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
2. Расулов Абдугаффар Элманович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими мудири;
3. Хайрутдинов Рафик Вахидович – т.ф.д., РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
4. Мадийёров Бахтиёр Ташпулатович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
5. Усманов Бегзод Байматович – т.ф.д., РИОваРИАТМ даволаш ишлари бўйича директор муовини;
6. Жураев Элёр Эргашбаевич – т.ф.н., РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;

7. Джуманазаров Темирбек Матчанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими етакчи мутахассиси;
8. Туйчиев Отабек Дилшод угли – РИОваРИАТМ торкал онкожарроҳлик бўлими докторанти.

- Рецензентлар:

Республикадан:

Гофур-Охунов Мирза-Али Алиярович – т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг "Ультратовуш курси билан Онкология" кафедраси мудири.

Хориждан:

Дениш Пендхаркар – профессор, Ҳиндистон онкологлари Ассоциацияси президенти, Сарвадоя институти директори, Фаридобод, Ҳиндистон;

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

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

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

Республикадан:

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

Хориждан:

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

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

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

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

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

АЛТ	–	Аланинтрансминаза
АСТ	–	Аспартаттрансминаза
ФҚТВ	–	Фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
в/и	–	Вена ичига
м/о	–	Мушак орасига
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	–	Грей
ГКСФ	–	Гранулоцитар-макрофагал колониестимулловчи омил
ЕД	–	Бирлик
МИЙ	–	Меъда – ичак йўли
ХЎ	–	Хавфли ўсма
ИГТ	–	иммуно гистохимик текширув
ИФА	–	иммунофермент анализ
КТ	–	компьютер томография
НТ	–	нур терапия
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
ЛФК	–	Даволовчи физкультура
МРТ	–	магнит резонанс томография
ПХТ	–	Полихимиотерапия
ПЭТ	–	позитрон-эмиссион томография

БМЎД	–	Бир марталик ўчиқли доза
СЎД	–	Сумар ўчоқли доза
ЭЧТ	–	Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ЮҚТ	–	Юрак-қон томир тизими
УТТ	–	Ультратовуш текширув
ЭКГ	–	Электрокардиография
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
per os	–	Перорал (оғиз орқали)
TNM	–	(англ. Tumor, Nodus и Metastasis) саратон ўсмаларини ривожланиш босқичи ҳалқаро таснифи
UICC	–	Ҳалқаро саратонга қарши кураш иттифоқи
*	–	Препарат Ўзбекистон Республикасида регистрация қилинмаган
#	–	Препаратни қўллаш бўйича кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар , қўлланиш усуллари ва дозалар ига номувофиқ ишлатиладиган дори (off-label – офф-лейбл)

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Торакал онкологлар;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Кимё терапевтлар;
- Радиотерапевтлар;
- Пульмонологлар;
- Фтизиатрлар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалар и, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

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

- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:

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

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

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

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

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

ДИД	Батавсил
А	<i>Кучли тавсия</i> (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлар (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий

	сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалар и бўйича хулосалар и келишилган).
В	<i>Шартли тавсия</i> (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралар и (натижалар и) муҳим эмас, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалар и бўйича уларнинг хулосалар и келишилмаган).
С	<i>Заиф тавсия</i> (тегишли сифат далилларининг йўқлиги, кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалар и) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалар и бўйича уларнинг хулосалар и келишилмаган).

2. Асосий қисм.

- Кириш

Кўкс оралиғи ўсмалари — турли пайдо бўлиш манбалар ига эга бўлган, ҳар хил тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ни ифодаловчи умумий атама бўлиб, уларни ягона нозологик шакл сифатида бирлаштирувчи асосий омил ягона анатомик чегаралар дир. [1-4] (УД-А). (<https://www.tadqiqot.uz/index.php/medical/article/view/9934>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com)

Кўкс оралиғи (лат. mediastinum) — ўнг ва чап плевра бўшлиқлари орасида жойлашган аъзолар мажмуасидир. Кўкс оралиғи олдиндан тўш суяги, орқадан эса умуртқа поғонаси билан чегараланган. Кўкс оралиғидаги аъзолар ёғ тўқимаси билан ўралган бўлиб, унинг икки томонида плевра бўшлиқлари жойлашган. Кўкс оралиғи юқорида кўкрак қафаси юқори тешигигача, пастда эса диафрагмагича чўзилади.

Кўкс оралиғи ўсмалари — кўкс оралиғи анатомик ҳудудида жойлашган, турли тузилишга эга бўлган, хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир. Уларнинг аксарияти аъзодан ташқари келиб чиқишга эга. Бундан мустасно ҳолатлар — айрисимон без ўсмаси (тимома) ва плевра мезотелиомаси, чунки улар аъзолардан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади.

Кўкс оралиғида юзгача турли хил ўсмалар учраши мумкин. Аммо замонавий тасаввурларга кўра, ҳақиқий хавфли ва хавфсиз кўкс оралиғи ўсмалари деб фақат ана шу анатомик ҳудудда эмбриогенетик жиҳатдан учрайдиган ёки эмбриогенез жараёнида кўкс оралиғига кўчиб келган тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади [1, 2].

Кўкс оралиғи ўсмаларининг онкологик касалликлар таркибидаги учрашиш тезлиги тахминан 1% ни ташкил этади. Хавфли ва хавфсиз ўсмалар 4:1 нисбатида учрайди ва ташхис қўйилади. Кўкс оралиғи ўсмалари асосан ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда аниқланади, эркалар ва аёллар ўртасида касалланиш частотаси бир хил [3].

Кўкс оралиғи ўсмалари ва кисталар и барча ўсмавий жараёнларнинг 3-7% ни ташкил этади. Улар орасида 60-80% ҳолларда хавфсиз ўсмалар , 20-40% ҳолларда эса хавфли ўсмалар аниқланади. Кўкс оралиғи ўсмалари эркалар ва аёлларда бир хил тезликда учрайди ва асосан 20-40 ёшдаги аҳолида, яъни ижтимоий фаол қатламда кузатилади.

Кўкс оралиғи ўсмалари морфологик жиҳатдан хилма-хил бўлиб, бошланғич хавфли тусга эга бўлиши ёки хавфсиз ўсмадан хавфли ўсмага айланиши (малигнизация) эҳтимоли мавжуд. Улар ҳаётий муҳим аъзоларга — нафас йўллари, йирик қон томирлар, нерв тўқималар и ва қизилўнгачга инвазия қилиш ёки сиқиб қўйиш хавфига эга. Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш техник жиҳатдан қийин кечади. Бу омиллар кўкс оралиғи ўсмаларини замонавий кўкрак қафаси жарроҳлиги ва пульмонология соҳасидаги энг муҳим ва мураккаб муаммолардан бирига айлантиради. (https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com).

- Клиник таснифи

(https://www.researchgate.net/publication/379495639_Plazmokletocnye_opuholi_v_gematologiceskih_klassifikaciah_2022_g_WHO-NAEM5_VOZ_5-j_peresmotr_i_ICC_Mezdunarodnaa_konsensusnaa_klassifikacia_Vzglad_klinicistaPlasma_Cell_Tumors_in_Hematological_Classif)

Кўкс оралиғи ўсмалари келиб чиқишига кўра учта катта гуруҳга бўлинади: эпителиал, эмбрионал (герминоген) ва мезенхимал (юмшоқ тўқимали) ўсмалар. ЖССТнинг морфологик таснифига (5-нашр, 2021) кўра, барча тимомалар хавфли янги ҳосилалар қаторига киритилган.

Халқаро касалликлар таснифи – онкология (КХТ-О) бўйича тегишли кодлар жадвалда келтирилган (ўпка, плевра, гематолимфоид ўсмалар ҳамда қалқонсимон ва чаққон безларнинг эктопик ўсмалари тегишли бўлимларда кўрсатилган).

Эпителиал ўсмалар	
Тимомалар - 8580/3 Тимома, БДУ - 8581/3 Тимома тип А - 8582/3 Тимома тип АВ	Тимик карциномалар - 8586/3 Тимик карцинома, БДУ

<ul style="list-style-type: none"> - 8583/3 Тимома тип В1 - 8584/3 Тимома тип В2 - 8585/3 Тимома тип В3 - 8580/1 Тимома микронодуляр лимфоид строма билан - 8580/3 Метапластик тимома - 9010/0 Липофиброаденома, хавфсиз (D15) 	
<p>Ясси хужайрали карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8070/3 Ясси хужайрали саратон, БДУ - 8123/3 Базалиоид карцинома - 8082/3 Лимфоэпителиал (аввал лимфоэпителимасимон) карцинома 	<p>Сўлак безлари карциномалар ига ўхшаш карциномалар схожие с карциномами слюнных желез</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8430/3 Мукоэпидермоид карцинома - 8310/3 Ёруғ хужайрали карцинома - 8033/3 Саркоматоид карцинома - 8980/3 Карциносаркома
<p>Аденокарциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8140/3 Аденокарцинома, БДУ - 8260/3 Папилляр аденокарцинома low-grade - 8200/3 Тимик карцинома аденоидо-кистоз саркомасимон белгилар билан - 8144/3 Аденокарцинома ичак типи - 8560/3 безли ясси хужайрали карцинома 	<p>Дифференциаллашмаган карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8020/3 Дифференциаллашмаган карцинома, БДУ
<p>NUT-карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8023/3 NUT-карцинома 	<p>Тимик карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8586/3 Тимик карцинома (тимус саратони), БДУ
<p>Тимуснинг нейроэндокрин ўсмалари</p>	
<p>Нейроэндокрин ўсмалар (НЭЎ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8240/3 Типик карциноид - 8249/3 Атипик карциноид 	<p>Нейроэндокрин карциномалар (НЭК)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8041/3 Майда хужайрали карцинома - 8045/3 Комбинирланган майда хужайрали карцинома - 8013/3 Йирик хужаёрали нейроэндокрин карцинома
<p>Герминоген ўсмалар</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - 9061/3 Семинома - 9070/3 Эмбрионал саратон (эмбрионал аденокарцинома), БДУ - 9071/3 Сариклик қоғи ўсмаси - 9100/3 Хориокарцинома 	<p>Тератомалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9080/0 Етилган тератома, хавфсиз - 9080/1 Етилмаган тератома, БДУ - 9085/3 Аралаш герминоген ўсма - 9084/3 Тератома соматик типдаги ўсмалар билан - 9086/3 Герминоген, гематологик хавфли ўсмалар билан ассоцирланган
<p>Кўкс оралиғи юмшоқ тўқималари (мезенхимал) ўсмалари</p>	
<p>Ёғ тўқимаси ўсмаси, хавфсиз</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8850/0 Липома, БДУ - 8850/0 Тимолипома (D15) 	<p>Ёғ тўқимаси ўсмаси, хавфли</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8850/3 Липосаркома, БДУ - 8851/3 Липосаркома юқори дифференциаллашган - 8852/3 Липосаркома миксоид (аралаш) - 8815/3 Липосаркома плеоморф - 8858/3 Липосаркома дедифференциаллашган
<p>Фибробласт ва миофибробласт ўсмалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8821/1 Десмоид фиброматоз - 8815/3 Солитар фиброз ўсма, хавфли, БДУ - 8825/1 Яллиғланишли миофибробластик ўсма - 8811/3 Миксофибросаркома - 8817/0 Кальцинацияланган фиброз ўсма, хавфсиз 	<p>Сосудистые опухоли</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9120/0 Гемангиома, БДУ - 9121/0 Каверноз гемангиома - 9122/0 Веноз гемангиома - 9132/0 Мушак ичи гемангиома - 9123/0 Артериовеноз гемангиома - 9170/0 Лимфангиома, БДУ - 9173/0 Кистоз лимфангиома - 9133/3 Эпителиоид гемангиоэндотелиома - 9120/3 Ангиосаркома
<p>Скелет мушаклари ўсмалари</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8900/3 Рабдомиосаркома, БДУ - 8910/3 Эмбрионал рабдомиосаркома - 8912/3 Урчуқсимон хужайрали рабдомиосаркома - 8920/3 Альвеоляр рабдомиосаркома - 8901/3 Плеоморф рабдомиосаркома 	<p>Нейроген ўсмалар (периферик нервларни)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8693/3 Буйрак усти безидан ташқари параганглиома - 9490/0 Ганглионеврома - 9490/3 Ганглионейробластома - 9500/3 Нейробластома - 9580/0 Донадор хужайрали ўсма

	<ul style="list-style-type: none"> - 9580/3 Донадор хужайрали ўсма, хавфли - 9560/0 Шваннома - 9540/3 Периферик нервлар қобиғи хавли ўсмаси
<p>Аниқланмаган дифференцировкали ўсмалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9040/3 Синовиал саркома, БДУ - 9041/3 Синовиал саркома, урчуқсимон хужайрали - 9042/3 Синовиал саркома, эпителиоид хужайрали - 9043/3 Синовиал саркома, бифазали - 9364/3 Юинг саркомаси - 9367/3 CIC - реаранжировкаланган саркома - 9368/3 Саркома BCOR генетик ўзгаришлари билан - 9366/3 Юмалоқ хужайрали саркома EWSR1-non-ETS қўшилиши билан 	

Ўсманинг агрессивлиги куйидагича кодланади:

/0 – хавфсиз ўсмалар учун;

/1 дчегарадош ёки аниқланмаган хавфли потенциал билан;

/2 in situ карциномалар ва III даражали эпителий ичи неоплазиялар учун;

/3 хавфли ўсмалар учун

Айрисимон без (тимус) ўсмаларининг босқичлашда Masaoka-Koga таснифи энг кўп қўлланилади. У айрисимон без ўсмалари (тимомалар) ва айрисимон без саратонлари (тимус саратонлари) учун мос келади. Ҳозирги TNM босқичлаш тизими айрисимон без ўсмалари ва тимус саратонлари учун Халқаро айрисимон без ўсмалари тадқиқот гуруҳи (ITMIG - International Thymic Malignancy Interest Group) ҳамда Халқаро ўпка саратонини ўрганиш ассоциацияси (IASLC - International Association for the Study of Lung Cancer) томонидан йиғилган маълумотлар асосида ишлаб чиқилган. Клиник амалиётда ҳар икки таснифдан фойдаланиш мумкин, аммо Masaoka-Koga таснифи ўсманинг микроскопик инвазиясини аниқроқ тавсифлайди, бу эса даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамиятга эга [75].

TNM бўйича айрисимон без эпителиал ўсмалари таснифи (тимома, тимус саратони) (8-чи нашр AJCC, 2018 й.). (4-жадвал)

4-жадвал. TNM бўйича айрисимон без эпителиал ўсмалари таснифи (тимома, тимус саратони)

Бирламчи ўсма (T категориясини аниқлаш учун инвазия даражаси микроскопик жиҳатдан тасдиқланиши лозим.).

Tx	Бирламчи ўсма баҳоланиши имконсиз
T0	Бирламчи ўсма аниқланмайди
T1	Ўсма айрисимон без ҳудудидан ташқарига чиқмаган ёки кўкс оралиғи ёғ тўқимасига тарқалган; шунингдек, кўкс оралиғи плевраси ҳам зарарланган бўлиши мумкин.
T1a	Медиастинал плевра зарарланмаган
T1b	Медиастинал плевра зарарланган
T2	Ўсма перикардга (қисман ёки бутун қалинлиги бўйича) ўсиб ўтган
T3	Ўсма ўпкага, брахиоцефал венага, юқори ковак венага, диафрагмал нервга, кўкрак қафасига ўсиб ўтади ёки экстраперикардиал равишда ўпка артерияси ёки венасига тарқалади.
T4	Ўсма аорта, перикард ичидаги ўпка артерияси, миокард, нафас йўли (трахея) ёки қизилўнгачни зарарлайди.
Регионар лимфа тугунлари	
Nx	Регионал лимфа тугунларини баҳолаш имконсиз
N0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ
N1	Олдинги (претимик) лимфа тугунларида метастазлар бор
N2	Кўкрак қафаси чуқур ва бўйин лимфа тугунларида метастазлар бор
Узоқ метастазлар	
M0	Узоқ метастазлар йўқ
M1	Узоқ метастазлар бор
M1a	Плевра ёки перикарднинг алоҳида зарарланиши
M1b	Ўпка паренхимаси ичидаги тугунлар ва узоқ метастазлар (ўпка, жигар, суяклар, бош мия)

5-жадвал. Masaoka-Koga таснифи

Бос	Мезон	TNM босқич
-----	-------	------------

қич		(эквивалент)
I	Микроскопик ва макроскопик жиҳатдан тасдиқланган ҳолда ўсманинг без капсуласидан ташқарига чиқмаганлиги, тўлиқ инкапсуляцияланганлиги, капсулага ўсиб кириши мумкин, лекин унинг чегарасидан чиқмаслиги	T1N0M0-I
II	(A) Микроскопик транскапсуляр инвазия, лекин плевра ва перикард зарарланмаган.	T1aN0M0-Ia
	(A) Макроскопик инвазия яқин атрофдаги ёғ тўқимасига, лекин кўкс оралиғи плевраси ва перикард зарарланмаган.	T1aN0M0-Ia
III	(A) Макроскопик инвазия кўшни аъзоларга: кўкс оралиғи плевраси, перикард, ўпка, лекин йирик қон томирларга инвазияланмаган	T1bN0M0-Ib T2N0M0-II T3N0M0-IIa
	(B) Макроскопик инвазия кўшни аъзоларга: перикард, плевра, ўпка, нафас йўли (трахея), қизилўнгач, миокард, шунингдек, йирик қон томирларга инвазия мавжуд	T4N0M0-IIIb
IV	(A) Плеврал ёки перикардиал диссеминация	T ҳар қандай N0-1M0-1a-IVa
	(B) Узоқ лимфоген ва гематоген метастазлар	T ҳар қандай N ҳар қандай M1b-IVb

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

Клиник белгилари кўкс оралиғи ўсмаларининг жойлашуви, ўлчами, хавфлилиги, шунингдек, атрофдаги тузилмаларга инфильтрация қилиши, метастазлар ва паранеопластик синдромлар мавжудлиги билан боғлиқ. Ўткир ва сурункали медиастинитлар ўсмавий шикастланишни симуляция мумкин.

Кўпчилик ҳолларда клиник белгилари специфик эмас: йўтал, нафас қисиши, кўкрак қафасида оғриқ, дисфагия, кўкс оралиғи сиқилиш синдроми, кўпинча юқори ковак вена сиқилиши, юрак ритми бузилишлари.

Хавфли ўсмалар белгилари аниқроқ ва тезроқ кучаяди, хавфсиз ўсмалар эса одатда рентгенологик текширувда тасодифан аниқланади.

Кўкс оралиғи ўсмалари, асосан хавфли, баъзан хавфсиз ўсмалар вақт ўтиши билан катта ўлчамларга етиши, ҳатто кўкрак қафасининг ярмини эгаллаши мумкин. Бундай ҳолларда гигант ўсмалар кузатилади.

Ҳаётий муҳим аъзоларнинг кучли сиқилиши нафас қисиши, акроцианоз, юзида шиш, кўкрак девори ва бўйин веналарининг кенгайиши, юрак уришининг тезлашиши, стенокардия хуружлари, бош оғриғи каби ҳолатларга олиб келади. Ўсманинг ўсиб кириши натижасида кўкрак қафаси шакли ўзгаради, Горнер синдроми, хиқилдоқ ва диафрагма парези пайдо бўлиши мумкин.

Клиник симптоматика айрисимон без карциноиди специфик эмас, фақат эндокринопатиялар билан кечувчи ҳолатлар бундан мустасно. У асосан кўкс оралиғи сиқилиш синдроми белгилари билан намоён бўлади. Беморларнинг 25-30 фоизида Иценко-Кушинг синдроми [4, 5] ва бошқа эндокрин бузилишлар кузатилади. Баъзан номутаносиб эктопик антидиуретик гормон ишлаб чиқарилиши, гипертрофик остеоартропатия ва Итон-Ламберт синдроми кузатилиши мумкин. Эндокрин бузилишлар карциноид синдроми кўринишида ҳам намоён бўлиши мумкин. Бу ҳолат нафас қисиши ва кучли цианоз билан кечувчи хуружлар, шунингдек, ич кетиши билан характерланади [6, 7]. Бундай ҳолларда ташхис қўйиш учун сийдикдаги 5-гидроксииндолацетат кислотаси даражасининг юқори бўлиши (серотонин метаболити) асос бўлади. Кам ҳолларда бу ўсмаларнинг биринчи белгиси бўйин лимфа тугунларига, суякларга ёки териға қилган метастазлар бўлиши мумкин.

Ташхис қўйишнинг ташхислаш мезонлари: патогномоник симптомлар йўқ. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограмма/КТ/МРТ да кўкс оралиғида меърий ҳолатларда учрамайдиган хосила аниқланади.

Ташхислаш мезонлари:

Шикоятлари ва анамнез

Клиник кўринишлари босқич ва жойлашувига қараб:

- тўш ортида оғриқ
- юқори ковак вена синдроми (бўйин веналарининг кенгайиши ёки бўлмаслиги, бўйин, юз ва елка соҳасида шиш);
- жисмоний зўриқишда нафас қисиши;
- овозда хириллаш;
- ҳолсизлик;
- тунги терлаш;
- субфебрил ҳарорат;

- вазн йўқотиш;

- Барча беморларда шикоятлар ва анамнезни синчиклаб тўплаш тавсия этилади. Бу хавф омиллари ҳамда даволаш тактикаси, ташхис усуллари ва иккинчи даражали профилактикага таъсир қилувчи омилларни аниқлаш учун зарур [2].

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

Кўкс оралиғи ўсмалари кўпинча узоқ вақт давомида симптомсиз кечади ва улар профилактик кўкрак қафаси рентгенологик текширувида тасодифан аниқланади.

Кейинги босқичларда энг кўп учрайдиган белгилари оғриқ бўлиб, бу ўсманнинг нерв тўқималари ёки нерв йўғонларига сиқилиши ёки ўсиб кириши натижасида юзага келади.

Хиқилдоқнинг қайтувчи нерви шикастланиши овозда хириллаш билан намоён бўлади, диафрагма нерви шикастланганда эса диафрагма қавати юқори кўтарилади.

Компрессион синдром белгиларидан бири йирик веноз тўқималар, биринчи навбатда, юқори ковак вена сиқилиши ҳисобланади. Беморларда кўкрак қафасида оғриқ, нафас қисиши, юз ва тананинг юқори қисмида шиш ва кўкариш, бўйин ва кўкрак қафаси веналарининг кенгайиши кузатилади.

Нафас йўли ва йирик бронхлар сиқилганда йўтал ва нафас қисиши пайдо бўлади. Қизилўнгач сиқилганда дисфагия ривожланиши мумкин.

Физикал текширувлар:

- кўкрак қафасида асимметрия;
 - юқори ковак вена синдроми, бўйин веналарининг кенгайиши ёки бўлмаслиги, бўйин, юз ва елка соҳасида шиш;
 - юзда цианоз ёки тўлиқ қонга тўйиниш (плетора);
 - тез нафас олиш (тахипноэ);
- Юз ва бўйин шишлари, кўкрак қафаси тери ости веналарининг кенгайиши, кўкрак девори деформацияси ва овқатланиш ҳолатини баҳолашни ўз ичига олган синчиклаб физик текширув ўтказиш тавсия этилади [2, 8].

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

Лаборатор текширувлар

- Барча беморларга кўкс оралиғи ўсмаси аниқланган ҳолда қуйидаги таҳлиллар

Ўтказиш тавсия этилади: умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлили, умумий терапевтик биохимик қон таҳлили, жумладан, қонда мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, умумий (клиник) сийдик таҳлили. Ушбу таҳлиллар химиятерапия ва/ёки нур терапияси бошланишидан кўпи билан 5 кун олдин ўтказилиши керак. Қон таҳлилларида аниқланган махсус ўзгаришлар даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин.

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

Изоҳлар: Периферик қоннинг морфологик таркибидаги ўзгаришлар асосан хавфли ўсмаларда кузатилади. Улар қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: камқонлик (анемия), лейкоцитоз, лимфопения, эритроцитларнинг чўкиш тезлигининг ошиши. Бундай ўзгаришлар шунингдек, яллиғланиш жараёнлари ва системик касалликларда ҳам учраши мумкин.

- Қуйидаги таҳлилларни ўтказиш тавсия этилади: қонда альфа-фетопротеин (АФП) миқдорини аниқлаш, қонда хорион гонадотропини (ХГЧ, эркин бета-субъединица) даражасини ўлчаш, қонда лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини аниқлаш. Ушбу таҳлиллар олдинги кўкс оралиғи ўсмаларини герминоген ўсма эҳтимолини аниқлаш мақсадида ўтказилади [11-14]. Шунингдек, қонда ацетилхолин рецепторларига қарши антителолар миқдорини аниқлаш тавсия этилади. Бу миастения гравис ривожланиш хавфини баҳолашга ёрдам беради, ҳатто агар касаллик симптомсиз кечаётган бўлса ҳам [23]

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

Изоҳлар: Қонда альфа-фетопротеин (АФП) даражасининг ошиши ва хорион гонадотропини (ХГЧ) миқдорининг 1000 мМЕ/мл дан юқори бўлиши хавфли носеминома герминоген ўсмаси мавжудлигидан далолат беради, ҳатто агар морфологик ташхис "семинома" ёки "етилган тератома" бўлса ҳам.

- **Цитологик текширув:** хужайра ҳажмининг катталаниши, ҳатто гигант хужайралар ҳосил бўлиши, шакли ва ички элементлари сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, контурларининг ўзгариши, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражада етилиш даражаси, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши.
- **Гистологик текширув:** йирик полигонал ёки шипсимон хужайралар, яхши ифодаланган цитоплазма, аниқ шаклланган ядро ва ядрочалар, митозларнинг мавжудлиги, хужайралар хужайрали тузилмалар ёки тугунлар шаклида жойлашиши, кератин ҳосил бўлиши ёки йўқлиги, қон томирларда ўсма эмболларининг мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг

даражаси, ўсма ҳужайраларининг митотик фаоллиги.

Инструментал текширувлар:

- Барча беморларга кўкс оралиғи ўсмаси аниқланган ҳолда кўкрак қафаси аъзоларининг мақсадли рентгенографиясини тўғри ва ён проекцияларда ўтказиш тавсия этилади [2].

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

Изоҳлар: Рентгенография қўлланилиши ўсманинг шакли ва жойлашуви, шикастланиш ҳажми, патологик тузилманинг атрофдаги тўқималар ва аъзолар билан топографик-анатомик муносабатлари ҳақида етарлича тўлиқ тасаввур ҳосил қилиш имконини беради. Айрим ҳолларда, ушбу усул орқали жараённинг асли табиати ҳақида тахмин қилиш мумкин. Олдинги юқори кўкс оралиғида энг кўп учрайдиган ўсмалар – айрисимон без ўсмалари (тимома), тератома, лимфома [15]. Олдинги пастки кўкс оралиғида асосан липома ва перикард кисталари учрайди. Орқа кўкс оралиғида кўпроқ нейроген ўсмалар (невринома, шваннома ва бошқалар) ҳамда бронхоген кисталар локализацияланади.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографиясини (кейинги ўринларда – КТ) вена ичи болюсли контрастлаштириш билан, қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичи болюсли контрастлаштириш билан ва аёлларда кичик таносил аъзоларининг вена ичи контрастлаштириш билан компьютер томографиясини ўтказиш тавсия этилади [8].

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

Изоҳлар: КТ контрастли кучайтириш билан кўкс оралиғи ўсмаларида аниқлаш ташхиси стандарти ҳисобланади ва кўкс оралиғидаги бирламчи ўсма жараёнларини аниқлашда муҳим роль ўйнайди, олинадиган маълумот ҳажмини сезиларли даражада кенгайтиради ва шу билан унинг шикастланиш эҳтимоли бўлган шакллариининг дифференциал-диагностик диапазонини торайтириб, баъзи беморларда морфологик ташхис қўйиш имконини беради. КТ-ангиография ўсмани аниқлаш, унинг локализацияси ва қўшни аъзолар билан муносабатини аниқлаш, ўсмани мақсадли пункция қилиш, шунингдек, кўкс оралиғи лимфа тугунларида орган ўсмаларининг метастазларини аниқлаш имконини беради [8].

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган ва ўсманинг томирлар билан боғлиқлигига шубҳа қилинган беморларга кўкрак қафаси аъзоларининг магнит-резонанс томографиясини (кейинги ўринларда – МРТ) ўтказиш тавсия этилади [8].

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

Изоҳлар: МРТ тамоман янги ташхис қўйиш имкониятларини очди. МРТ орқали кўкс оралиғи ўсмаси, йирик қон томирлари, трахея ва бронхлар аниқ кўринадди, аммо ўсманинг қон томирлар ва кўкрак қафасига инвазиясини аниқлаш қийин. МРТ ўтказиш орқали кўкс оралиғидаги қон томир тузилмалари (шу жумладан, қон томир аномалиялари) ва ўсмавий шикастланишлар ўртасини қўшимча усулларсиз фарқлаш мумкин. Янги ҳосиланинг орган мансублиги ноаниқ бўлган ҳолларда, буни қўшимча текширув усуллари орқали аниқлаш мумкин.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга узоқ метастазларни истисно қилиш, касаллик рецидивини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш мақсадида тўлиқ танани қамраб олувчи компьютер томографияси билан бирга бажариладиган позитрон-эмиссия томографиясини (кейинги ўринларда – ПЭТ-КТ) ўтказиш тавсия этилади [8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Кўкс оралиғи ўсма жараёнининг локализацияси ва тарқалиш даражасини аниқлашда ПЭТ ва КТ технологияларининг бирлаштирилиши янги имкониятларни намоён этмоқда. Тадқиқот натижаларига кўра, ПЭТ-КТ кўкс оралиғи ўсмалари ҳолатини баҳолаш, шунингдек, даволаш самарадорлиги ва рецидивларни ташхис қилишда самаралироқ усул эканлиги аниқланган. 18F-ФДГ (Фтордезоксиглюкоза [18F]) билан ПЭТ-КТ бирламчи босқичлаш учун тавсия этилмайди, аммо плевра шикастланишини ташхис қилишда қўшимча усул сифатида, шунингдек, ўтказилган даволашдан кейин ва нур терапиясини режалаштиришдан олдин назорат мақсадида фойдаланилиши мумкин.

- Трахеяга босим ўтказувчи кўкс оралиғи ўсмаси бўлган барча беморларга трахеоскопия ўтказиш тавсия этилади [2, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Трахеобронхиал дарахтини кўздан кечириш трахея ва бронхларнинг ўсма томонидан ёйилиши ва обструкциясини (босим, силжиш) аниқлаш имконини беради. Экзофит компонент мавжуд бўлганда, цитологик ташхисни тасдиқлаш учун тўқималар биопсиясини олиш мумкин. Агар трахея ёки бронх деворига ўсиш кузатилмаса, аммо деформация мавжуд бўлса, трансbronхиал (трахея) пункцион биопсия ўтказиш мумкин.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга морфологик ташхисни тасдиқлаш мақсадида ультратовуш (УЗИ) ёки компьютер томографияси (КТ) назорати остида кўкс оралиғи ўсмасининг трансторакал пункциясини ўтказиш тавсия этилади. [8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик

даражаси - 5)

Изоҳлар: Трансторакал пункция кенг ташхис қўйиш имкониятларига эга бўлиб, усулнинг ахборотлилик даражаси 70,0 - 95,0% ни ташкил этади. Кўкс оралиғидаги янги ҳосилалардан олинган пунктатларни тадқиқ қилиш уларнинг хусусиятини аниқлаш, баъзи ҳолларда эса гистогенезини белгилаш имконини беради. Бу эса клиник ташхис қўйиш ва даволаш тактикаси танлашда ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Шунингдек, трансбронхиал ва трансэзофагеал ингичка игнали биопсия усуллари қўлланилади. Бу ташхис усуллари орқали орқа кўкс оралиғи ўсмаларини ва бифуркация, аортопальмонал ҳамда параэзофагеал лимфа тугунларининг метастатик шикастланишини морфологик тасдиқлаш мумкин [16, 17]. Бироқ, клиник-рентгенологик маълумотларга кўра ўсма мутлақо резектабель ҳисобланса ёки миастения гравис мавжуд бўлса, жарроҳлик амалиётидан аввалги гистологик тасдиқ мажбурий ҳисобланмайди.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга трансторакал пункцияни ўтказиш имкони бўлмаган ёки унинг самарасизлиги аниқланган ҳолларда, шунингдек, лимфомани истисно қилиб бўлмайдиган беморларга ташхисий видеоторакоскопия ўтказиш тавсия этилади. [8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Видеоторакоскопия кўкс оралиғи ўсмасини батафсил визуализация қилиш, унинг тарқалиш даражаси ва атрофдаги аъзо ҳамда тўқималар билан боғлиқлигини аниқлаш имконини беради. Шунингдек, ўсманинг турли қисмларидан мақсадли биопсия олиш ва морфологик ташхисни 90,0% дан ортиқ ҳолларда тасдиқлаш имконияти мавжуд. [18].

- Қорин бўшлиғи аъзоларининг комплекс ультратовуш текшируви (кейинги ўринларда – УТТ), бўйин лимфа тугунлари ва периферик лимфа тугунларини УТТ орқали баҳолаш кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар КТ контрастли кучайтириш билан ўтказиш имкони бўлмаса, тавсия этилади. [2].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳ: Кўкс оралиғининг хавfli ўсмаларида ультратовуш текширувининг асосий вазифаси – қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти ҳудуди ва ўмров усти, бўйин ҳамда қўлтиқ ости лимфа тугунларида лимфоген ва гематоген узоқ метастазларни аниқлашдан иборат.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар суяк тўқималарининг метастатик шикастланишига шубҳа туғилса, бутун тана суяқларининг сцинтиграфиясини (остеосцинтиграфия) ўтказиш тавсия этилади. [2, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик

даражаси - 5)

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар бош мияга метастатик шикастланишдан шубҳа қилинса, бош миянинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) ёки компьютер томографиясини (КТ) вена ичи контрастлаштириш билан ўтказиш тавсия этилади. [8].

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

Изоҳлар: Бош миянинг метастатик шикастланишига шубҳа қилинганда ушбу текширув ўтказилади.

Бошқа диагностик текширувлар

- Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма тўқимасини патолого-анатомик тадқиқ қилиш тавсия этилади. [2, 8].

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

Изоҳ: Морфологик хулосада қуйидаги параметрларни акс эттириш тавсия этилади:

1. Проксимал ва дистал резекция чегараларигача бўлган масофа.
2. Ўсманинг ўлчамлари.
3. Ўсманинг гистологик тузилиши.
4. Ўсманинг дифференцияция даражаси.
5. Проксимал резекция чегарасининг шикастланиш ҳолати (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).
6. Дистал резекция чегарасининг шикастланиш ҳолати (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).
7. Лимфоваскуляр ва периневрал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).

- Патолого-анатомик тадқиқотда биопсия ёки жарроҳлик йўли билан олинган материални иммуногистохимик усуллар орқали таҳлил қилиш тавсия этилади. Шунингдек, ўсма тўқимасининг биологик материални иммуноцитохимик тадқиқ этиш орқали унинг аъзога мансублиги ва гистогенезини аниқлаш мумкин. [8].

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

Изоҳлар: Дифференцияланмаган ўсмалар ҳолатида иммуногистохимик тадқиқот уларнинг тўқима ёки ҳатто аъзога мансублигини аниқлаш имконини

беради. Бу эса янги ҳосиланинг метастатик келиб чиқишини тасдиқлаш ёки инкор этишга ёрдам беради ҳамда бирламчи ўчоқни аниқлаш имконини оширади.

- Агар УТТ ёки КТ назорати остида ўтказилган биринчи трансторакал биопсия ахборотли бўлмаса ва беморда лимфома ҳамда юқори ковак венаси компрессияси синдроми бўлишига шубҳа қилинса, парастернал медиастинотомия ва ўсманинг биопсиясини ўтказиш тавсия этилади. [13].

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

Изоҳ: Кўкс оралиғининг лимфопрлифератив ўсмаси ҳолатида иммуногистохимик (ИГХ) тадқиқот ўтказиш зарур бўлиб, бу биопсия материалининг сифати ва ҳажмига алоҳида талаблар қўяди. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, биринчи трепан-биопсия ахборотли бўлмаган ҳолларда, кейинги уринишлар ташхис қўйиш самарадорлигини оширмайди, аммо шифокорлик даволашини кечиктириши мумкин, бу айниқса компрессия синдроми бўлган беморлар учун муҳимдир. Шу сабабли, бундай ҳолларда парастернал медиастинотомия орқали очиқ биопсия ўтказиш тавсия этилади.

- Ўсма ҳажми 5 см дан кичик, инвазия ва юқори ковак венаси компрессияси мавжуд эмас, шунингдек, ўсма чуқур жойлашган ва кўкрак девори билан контакт қилмаган ҳолларда, морфологик тасдиқлашдан олдин даволовчи-диагностик торакоскопик резекция ўтказиш тавсия этилади. [13].

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

Изоҳ: Агар морфологик тасдиқни минимал инвазив усуллар билан амалга ошириш имкони бўлмаса ва ўсма кўкрак девори билан контакт қилмаса, даволовчи-диагностик резекцияни ўтказиш масаласини кўриб чиқиш лозим. Бу усул айниқса, ўсманинг ўлчами 5 см дан кичик, инвазив ўсиш ва юқори ковак венаси компрессияси мавжуд бўлмаган ҳолларда мақсадга мувофиқдир. Шу билан бирга, анъанавий жарроҳлик усуллари (торакотомия, стернотомия) юқори даражада травматик бўлгани сабабли, бундай ҳолатларда жарроҳлик амалиётини торакоскопик усулда ўтказиш афзал ҳисобланади.

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:

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

5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит В ва С маркерларини аниқлаш
8. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
9. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Спирография;
12. Қон ичидаги альфа-фетопро테인 (АФП) миқдорини, хорион гонадотропининг эркин бета-субъединицасини (ХГЧ) ва лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини аниқлаш бўйича таҳлил ўтказиш тавсия этилади.
13. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
14. Кўкрак қафаси мульти кесимли компьютер томографияси, кўкс оралиғи қон томирларини контрастлаш билан, қорин бўшлиғи ва кичк чанок МСКТси;
15. Фибробронхоскопия биопсия билан;
16. Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт пуфағи, ошқозон ости бези, талоқ, буйраклар, кўкс оралиғи, плевра бўшлиғи, перикард, периферик лимфа тугунлари);
17. УЗИ/КТ навигация остида кўкс оралиғи ўсмасини трансторакал пункцион биопсияси;
18. Трансторакал пункция ўтказиш имконсиз бўлса ва унинг самарасизлигида диагностик ва даволовчи видеоторакоскопия;
19. Биоптатни цитологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
20. Биоптатни гистологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
21. Биоптатни иммуногистохимик текшируви (ўсмани, лимфа тугунини) *;
22. Тана суяклари сцинтиграфияси;
23. ЭКГ;
24. ЭхоКГ;
25. Бутун тана ПЭТ/КТси**;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);

3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP
9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер
11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Стандарт –цитогенетик текшириш;
14. Ўсманинг молекуляр-генетик текшируви (биопсия ва амалиётдан кейинги материални, стеклоблокларни, суюқликларни, эркин циркуляцияланувчи ўсманинг ДНКси);
15. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
16. Скелет суяқларини радиоизотоп сканирлаш;
17. Бош ва бўйин контрастли КТси;
18. Фиброэзофаго-гастродуоденоскопия;
19. Колоноскопия;
20. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
21. Бош мия МРТси;
22. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини контрастли рентген скопик текшируви (жуфт контрастлаш);
23. Холтер – мониторинг билан ЭКГ;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Қасалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар :

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чаноқ аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);

- Номайда ҳужайрали кўкс оралиғи ўсмаларини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалар дан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар .
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).
- **фтизиатр кўриги** – ўпка туберкулёзига гумон бўлганда ва периферик хосилалар мавжуд бўлганда.

Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш

ташхис	Қиёсий ташхис учун асослаш	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезони
Тўш орти бўқоғи	Клиник белгилари ҳолсизлик, хансираш кўринишида. Кўкрак қафаси рентгенография ва компьютер томографиясида ўзгаришлар (юқори кўкс	1) Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси 2) Кўкрак қафаси аъзолари КТси 3) Қалқонсимон без УТТси	Тўш орти бўқоғи – бу аномал тарзда паст жойлашган ва патологик равишда катталашган қалқонсимон без ҳисобланади. Палпация орқали

	оралиғида сояланиш).		катталашган безни тўш суяги юқори чегарасида ёки Вальсальва синамаси ўтказиш вақтида аниқлаш мумкин. Йўтал пайтида кўкрак ичи босими ошиши сабабли тўш орти безининг силжиши кузатилади. Рентгенологик текширув энг ахборотли ташхис усулларида бири бўлиб, тўш орти без учун хос рентгенологик белгилардан бири – олдинги кўкс оралиғининг юқори қисмида қоронғиланиш мавжудлигидир. Тўш орти бўқоғи тугунли шаклини аниқроқ ташхислаш учун ультратовуш (УТТ) текшируви тавсия этилади.
Кўкс оралиғи хавфсиз ўсмалари ва кисталари	Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва компьютер томографиясида аниқланган	Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси Кўкрак қафаси аъзолари КТси	Кўкс оралиғининг хавфсиз ўсмалари секин ўсади ва атрофдаги тўқималар ҳамда аъзоларни

	Ўзгаришлар (кўкс оралиғида қоронғиланиш мавжудлиги).		силжитади, аммо уларни ичига ўсиб қирмайди. Кисталар ингичка деворли, юмалоқ шаклда бўлиб, суяқлик билан тўлган бўлади. Улар бронхиал ва перикардиал турларга бўлинади. Ташхис қўйишда энг ахборотли усул компьютер томографияси ҳисобланади. Ушбу усул орқали кистанинг ўлчамларини, девор қаватининг қалинлигини, унинг таркиби хусусиятларини ва қўшни анатомик тузилмалар билан муносабатини баҳолаш мумкин.
Перикарднинг целомик кистаси	Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва компьютер томографиясида аниқланган ўзгаришлар (кўкс оралиғида қоронғиланиш мавжудлиги).	Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси Кўкрак қафаси аъзолари КТси	Целомик перикард кистаси – ингичка деворли, рангсиз ёки оч сариқ суяқлик билан тўлган киста ҳисобланади. Целомик перикард кисталари учун

			<p>юмалоқ ёки суяксимон шаклдаги, аниқ контурларга эга соя мавжудлиги хос бўлиб, у кўпроқ ўнг, камдан-кам ҳолларда эса чап кардиодиафрагма л бурчакда ёки ўрта соянинг юқори қисмида жойлашади. Ён томондан олинган проекцияда ушбу соя олдинги кўкс оралиғига тўғри келади.</p>
<p>Аорта ва юрак аневризмаси</p>	<p>Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва компьютер томографиясида аниқланган ўзгаришлар (кўкс оралиғида қоронғиланиш мавжудлиги).</p>	<p>1) Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси 2) Кўкрак қафаси аъзолари КТси 3) Ангиорграфия</p>	<p>Аневризма – бу артерия (кам ҳолларда вена) ёки юрак деворининг ингичкариши ёки чўзилиши натижасида ҳосил бўладиган характерли кенгайишдир. Аневризма учун қон томир тутамининг сояси кенгайиши ҳосилдир. Беморларнинг кўпчилигида контрастланган қизилўнғачнинг силжиши кузатилади. Ультратовуш (УТТ) орқали кўтарилувчи,</p>

			<p>тушувчи аорта, аорта равоғи ва корин аортасининг аневризмалари, аортага боғлиқ қон томирлар ҳолати, шунингдек, аортал клапан нуқсони ва аорта деворидаги ўзгаришлар аниқланиши мумкин. Компьютер томографияси орқали йирик артерияларнинг жараёнга жалб этилганини ва деворларнинг қатламларга ажраши белгиларини аниқлаш имконияти мавжуд.</p>
<p>Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили</p>	<p>Клиник кўринишлар йўтал ва тез чарчаш билан намоён бўлади. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва томографиясида ўпка илдизининг лимфа тугунлари катталашганлиги белгилари қайд этилади</p>	<p>Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси. Кўкрак қафаси аъзолари КТси.</p>	<p>Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сил касаллиги – бу силнинг бирламчи юқиши натижасида ривожланади. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва томографиясида ўпка илдизининг лимфа тугунлари катталашганлиги белгилари қайд этилади. Клиник жиҳатдан интоксикация белгиларининг мавжудлиги билан намоён бўлади, уларга хос симптомлар</p>

			қуйидагилардан иборат: субфебрил харорат, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши, иштаҳанинг йўқолиши, тана вазнининг камайиши, ҳаддан ташқари терлаш ва ёмон уйқу.
Саркаидоз	Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ва компьютер томографиясида аниқланган ўзгаришлар (кўкс оралиғида қоронғиланиш мавжудлиги).	Кўкрак қафаси аъзолари рентгенграфияси. Кўкрак қафаси аъзолари КТси.	Саркоидоз – бу ўпка, бронхопульмонал, трахеобронхиал ва кўкрак ичи лимфа тугунларининг шикастланиши билан кечадиган тизимли яллиғланиш касаллигидир. Саркоидознинг ўткир шаклларида бири – Лёфгрэн синдроми бўлиб, у учлик симптомлар билан намоён бўлади: икки томонлама кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталаниши (кўкрак ичи лимфоаденопатияси), тугунли эритема ва артралгия.

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ: йўқ.

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

Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар :

1) Гистологик ёки/ва цитологик тасдиқланган ўсма жараёнининг мавжудлиги, шунингдек, эндовидеоторакоскопия ёки ташхисий торакотомия орқали тасдиқлаш тавсия этиладиган жараёнларнинг мавжудлиги.

2) Кундузги ёки тунги стационар шароитида кузатувни талаб қилувчи мураккаб интервенцион ташхисий тиббий аралашувларни ўтказиш зарурияти.

3) Кундузги ёки тунги стационар шароитида кузатувни талаб қилувчи махсус шифокорлик шишларга қарши даволаш (жарроҳлик амалиёти, шу жумладан контактли ва узоқ масофали нур терапияси ҳамда бошқа турлар, дори-дармон терапияси ва ҳ.к.) ўтказиш учун кўрсатмалар мавжудлиги.

Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар :

1) ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилич ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган саратон касаллигининг асоратлари мавжудлиги;

2) онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапияси ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

6.1. Номедикаментоз даво:

- Беморхона ва госпиталларда қўлланиладиган ҳаракатланиш режимлари тўртга бўлинади:

I – қатъий тўшакда, II – тўшакда, III – палата (ярим тўшакда), IV – эркин (умумий).

- Неoadъювант ёки адъювант кимё терапияси ўтказилаётганда III (палата) режим тавсия этилади.

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки даврда II (тўшакдаги) режим сақланади, кейинчалик бемор ҳолати яхшиланиб, жарроҳлик яраси битишига қараб III ва IV режимларга ўтиш тавсия этилади.

- Диета:

Жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки даврда – очлик тавсия этилади, кейинчалик 15-стол диетасига ўтиш тавсия қилинади.

Кимё терапияси олаётган беморлар учун ҳам 15-стол диетаси қўлланилади.

Нур терапия:

Қизилўнгач саратонида нур терапиянинг мақсадли вазифаси:

- радикал нур терапия;
- паллиатив нур терапия;

- симптоматик нур терапия.

Мустақил, операциядан олдин ва кейинги режимда.

Нур терапияси учун кўрсатмалар:

- Резектабел бўлмаган ўсмаларни даволашда;
- Беморнинг жарроҳлик амалиётдан бош тортиш ҳолатида.

Нур терапиясига қарши кўрсатмалар

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- Беморнинг психик жиҳатдан ноадекват ҳолати;
- Нур касаллиги;
- 38°C дан юқори гипертермия;
- Карновский шкаласи бўйича 50% ёки ундан паст бўлган оғир ҳолат.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- Ҳомиладорлик;
- Декомпенсация босқичидаги касалликлар (юрак-қон томир тизими, жигар, буйрак);
- Сепсис;
- Фаол ўпка сил касаллиги;
- Ўсманинг тарқалиши (қон кетиш хавфи);
- Қон таркибида доимий патологик ўзгаришлар (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- Кахексия.

Нур терапиясининг турлари:

- Фотон терапияси (юқори энергияли тормозланиш нурланиши, гамма терапия);
- Корпускуляр терапия (юқори энергияли тезкор электронлар, протон, ион ва нейтрон терапияси).

Нур терапияси усуллари (вақт бўйича дозани фракциялаштириш режимлари):

- а) Классик (стандарт) фракциялаштириш режими: БМЎД (бир марталик ўчоқли

доза) 1,8-2,4 Гр. Ҳафтасига 5 фракциягача. Бўлинган ёки узлуксиз курс СЎД (умумий очагли доза) 20,0-70,0 Гр.

б) Гипофракциялаштириш режими: БМЎД >2,5 Гр. Ҳафтасига 5 фракциягача. Бўлинган ёки узлуксиз курс. СЎД >15,0 Гр.

в) Гиперфракциялаштириш (мультифракция) режими: БМЎД 1,0-1,25 Гр. Кунда 2 марта (орасида 4-6 соат ёки 18-20 соат интервал). Бўлинган ёки узлуксиз курс СЎД 20-70 Гр.

г) Стереотаксик радиожарроҳлик (SRS): Бир марталик юқори доза (БМЎД 12 Гр ва ундан юқори). Стереотаксик техника қўлланади. Аниқ чегарали, 3 см гача бўлган ўсмалар учун

д) Стереотаксик нур терапияси (SRT): Катта фракцияли нурланиш. 2-5 фракция. БМЎД > 7,0 Гр ҳар куни. СЎД > 14 Гр

е) Томотерапия томоаппаратларда. Юқори технологияли нур терапиясининг (РТМ) бир варианты сифатида томотерапия махсус тизимли тезлаткичларда – томоаппаратларда ўтказиладиган спирал (геликал "helical") нурланиш усули ҳисобланади. Сеанс давомида томоаппаратнинг нурланиш боши ва лепестоклари бир вақтда ротацион ҳаракат қилади (секторли IMRT), шу билан бирга столнинг узлуксиз узунламасига ҳаракатланиши таъминланади. Спирал томотерапия – тасвир асосида бошқариладиган (IGRT) юқори аниқликдаги нур терапияси бўлиб, у нурланиш пучкини аниқ йўналтириш ҳамда атрофдаги соғлом тўқималарни ҳимоя қилиш имконини беради. Бу усул даволаш жараёни давомида анатомик тузилмаларни визуализация ва локализация қилиш ҳисобига амалга оширилади. Ҳар бир йўналишда модуляцияланган нур доғлари нафақат аниқ фокусланади, балки юқори конформликка эга. Бир қатор тизимлар майда дозаларнинг сферик тақсимотини таъминлайди, лекин томотерапия ноодатий шакли, шу жумладан, мураккаб ва ўйиқ нишонлар учун дозани ўзгартириш имконини беради. Яқка дозалар ва умумий ўчоқли дозаларни етказиб беришда стандарт фракциялаштириш методлари қўлланилади. Аммо томотерапия асосан гипофракциялаштиришга йўналтирилган бўлиб, РОД <2,5 Гр этиб белгиланади.

Нур терапия усуллари

- Дистанцион НТ:
- 2-х ўлчамли конвенциал (стандарт) нур терапия (2D RT);
- 3-х ўлчамли конформ нур терапия (3D CRT);
- интенсив-модулирланган нур терапия (IMRT);
- суратлар бўйича бошқариладиган нур терапия (IGRT);
- нафас билан синхронлаштирилган нур терапия (4D RT);

- томоаппаратларда томотерапия;
- стереотаксик радиохирургия (SRS);
- стереотаксик радиотерапия (SRT);
- интраоперацион нур терапия (IORT);
- брахитерапия.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

- Рентген симулятори;
- Виртуал симуляция функциясига эга компьютер томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Виртуал симуляция функциясига эга магнит-резонанс томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Со-60 асосидаги дистанцион гамма-терапия аппарати;
- 4-6 Мэв чегаравий энергияга эга паст энергияли чизиқли тезлатгич;
- 6-15-18 Мэв чегаравий энергияга эга юқори энергияли чизиқли тезлатгич;
- Томотерапия аппарати;
- Интраоперацион нур терапияси аппарати;
- Со-60 ёки Ir-192 ионизирловчи манбаларга эга брахитерапия аппарати.

Бош миёга метастазларда нур терапия.

1. С1 бўйин умумртқасигача бош миёни тотал нурлантириш:
 - БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 Гр;
 - БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 Гр;
 - БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 Гр;
 - БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 20 Гр.
2. Бош миёни локал нурлаш
 - стереотаксик радиохирургия (SRS) - БМЎД 10,0 – 30,0 Гр 1 фракция – агар метастаз ўлчами 3 смдан катта бўлмаса.;
 - стереотаксик радиотерапия (SRT) – БМЎД 6,0-10,0 Гр 3-5 фракция – агар метастаз ўлчами 3,0 дан 6,0 смгача бўлса;

- метастазларни локал нурлантириш БМЎД 2,0-3,0 СЎД 20-60 Гргача.

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

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

Операция олди нур терапияси: Кўкс оралиғи соҳасига 2 Гр ҳар куни, СОД 38-40 Гр гача.

"Шошилич нур ёки кимё терапияси" тушунчаси мавжуд. Бу усул кўпроқ кўкс оралиғининг хавfli ўсмаларида, юқори ковак венаси босилиши синдроми билан қийинлашган ҳолларда қўлланилади. Бундай беморларда муросасиз ҳолатда ва яхши ахволга қайтиш учун морфологик ташхис тасдиқланмасдан даволашни бошлаш мумкин. Агар беморнинг оғир ҳолати туфайли инвазив ташхисий усуллар қўллаб бўлмаса, морфологик верификациясиз шишларга қарши даволаш бошлаш ҳақида қарор қабул қилиниши мумкин. Муҳим шарт: Бу қарор фақат консилиум томонидан қабул қилинади. Консилиум таркиби: жарроҳ, нур терапевти, кимё терапевти ва рентгенолог. Бу қарор беморнинг касаллик тарихида расмий тарзда қайд этилиши лозим. Бемор ҳолати яхшиланган сари, морфологик ташхисни тасдиқлаш уринишлари қайта тикланади.

6.2 Медикаментоз даво:

Кимё терапия:

Кимё терапиясининг турлари мақсадга кўра бир нечта турлари фарқланади:

- Неоадъювант кимё терапияси – жарроҳлик амалиётидан олдин тайинланади, асосий мақсади нооперабел ўсмани кичрайтириш ва жарроҳлик имкониятини ошириш. Шунингдек, у саратон ҳужайраларининг дори воситаларга сезгирлигини аниқлаш учун ҳам қўлланилади.
- Адъювант кимё терапияси – жарроҳлик даволашдан кейин тайинланади, метастазлар тарқалишининг олдини олиш ва рецидив хавфини камайитириш мақсадида ўтказилади.
- Даволовчи кимё терапияси – метастатик ўсмаларни кичрайтириш учун тайинланади.

Кимё терапияси ўсманинг жойлашуви ва турига қараб турли схемалар бўйича ўтказилади ва ўзига хос хусусиятларга эга.

Кимё терапияси учун кўрсатмалар:

- Цитологик ёки гистологик тасдиқланган қўкс оралиғининг хавфли ўсмалари (ЗНО);
- Норезектабел ўсмаларни даволашда;
- Бошқа аъзолар ёки регионар лимфа тугунларига метастазлар мавжудлигида;
- Ўсманинг рецидивиди;
- Қон таҳлили нормал бўлган ҳолатлар: гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари меъёрда, гранулоцитлар 200 дан юқори, тромбоцитлар 100 000 дан юқори;
- Жигар, буйрак, нафас ва юрак-қон томир тизими фаолияти сақланган ҳолатларда;
- Нооперабел ўсма жараёнини жарроҳликка мос ҳолатга келтириш имконияти;
- Беморнинг жарроҳликдан бош тортиши;
- Ноқулай гистотипга эга ўсмалар (паст дифференцияланган, дифференцияланмаган) бўлган ҳолатларда даволаш самарадорлигини ошириш.

Кимё терапиясига қарши кўрсатмалар:

- Қарши кўрсатмалар икки гуруҳга бўлинади: абсолют ва нисбий.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- 38°C дан юқори гипертермия;
- Декомпенсация босқичидаги касалликлар (юрак-қон томир, нафас, жигар ва буйрак касалликлари);
- Ўткир инфекция касалликлари мавжудлиги;
- Руҳий касалликлар;
- Бир ёки бир неча мутахассис томонидан кимё терапиясининг самарасизлиги тасдиқланган ҳолатлар;
- Ўсманинг тарқалиши (қон кетиш хавфи);
- Карновский шкаласи бўйича оғир ҳолат (50% ёки ундан кам).

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- Хомиладорлик;
- Тана интоксикацияси;
- Фаол ўпка сил касаллиги;
- Қон таркибида доимий патологик ўзгаришлар (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- Кахексия.

6.3. Айрисимон без ўсмаларини даволаш

Жарроҳлик давоси.

- Айрисимон безнинг хавфсиз ўсмалари ва резектабел хавфли ўсмаларида асосий усул сифатида жарроҳлик даволаш тавсия этилади. [4, 20, 22, 23].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - **C** (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

Изоҳлар: Жарроҳлик даволаш учун мутлақ кўрсатма I босқич ҳисобланади. Ҳар бир беморни даволаш тактикаси мултидисциплинар консилиум томонидан муҳокама қилиниши керак. II босқич кўпинча патоморфолог томонидан аниқланади, шунинг учун атрофдаги тўқималарга макроинвазия мавжуд бўлса ҳам, жарроҳлик даволаш устувор усул ҳисобланади. Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар айрисимон без ўсмаларининг секин ўсиши ва фақат 30-40% беморларда ўсма капсуласига маҳаллий инвазия аниқланиши билан асосланади. Миастения гравис учун дори воситалари билан даволаш. Иложи борича эрта бошланиши керак, ҳатто жарроҳликдан олдинги даврда ҳам. Невролог шифокор билан ҳамкорликда олиб борилиши керак. Россия неврологлар жамиятининг миастенияни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияларига мувофиқ амалга оширилиши зарур. [19, 20].

Айрисимон безини олиб ташлаш учун мажбурий шартлар: Айрисимон безининг барча қолдиқларини ва атрофдаги тўқималарни лимфа тугунлари билан бирга тўлиқ резекция қилиш. Ўсманинг "шоҳларини" топиш ва олиб ташлаш, чунки улар кўпинча бўйинга тарқалган бўлади (айрисимон без эмбриогенези билан боғлиқ ҳолат) [15]. Айрисимон без "шоҳларини" энг юқори даражада ажратиш, боғлаш ва кесиш – бу жарроҳлик амалиётининг мажбурий қисмидир, чунки қолган тўқималар кейинчалик рецидив манбаи бўлиши мумкин [21, 22]. Ёмон хилли ўсмаларда: Кўкс оралиғи ҳудудий лимфа тугунлари билан бирга барча тўқималарни тўлиқ резекция қилиш зарур, чунки лимфа тугунлари шикастланиши мумкин. Радикал ўсмани олиб ташлаш мақсадида бир неча қўшни аъзолар резекциясини ўз ичига олган комбиналашган жарроҳликлар ўринли ҳисобланади

(масалан, перикард, диафрагмал нерв, йирик қон томирлари пластикаси билан, ўпка ва бошқа тузилмалар). Минимал инвазив торакоскопик жарроҳлик: Камрок травматик, лекин рутин амалиётда кенг тавсия этилмайди. I – II босқичларда, агар ўсма инвазив бўлмаса, тажрибали жарроҳ томонидан кўп тармоқли йирик марказларда ўтказилиши мумкин. Жойлашган ўсма жараёни учун энг самарали усул: Тўлиқ узунламасига стернотомия, зарур ҳолларда торакотомия билан тўлдирилиши мумкин. Фақат торакотомия орқали радикал резекция ўтказиб бўлмайди, чунки бу усул юқори маҳаллий рецидив хавфи билан боғлиқ. Шу сабабли, торакотомия кенг қўллаш учун тавсия этилмайди.

Айрисимон без ўсмаларининг эрта босқичларини ташхислаш ва даволаш алгоритми иловада келтирилган.

Адьювант нур терапия.

- Тавсия қилинади: I инкапсуляцияли босқичда, агар жарроҳлик амалиёти R0 резекция билан яқунланган бўлса, гистологик туридан қатъи назар, адьювант даволаш тавсия этилмайди. [23].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - C (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

- Айрисимон безнинг хавфли ўсмаларида жарроҳликдан кейинги (адьювант) нур терапиясини ўтказиш тавсия этилади қуйидаги ҳолларда: [6, 20, 22]:

- V2 ва V3 типдаги тимомаларда ;капсулага ўсма инвазиясида.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - C (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

Изоҳлар: JT II босқичда катта баҳсларга сабаб бўлади. Радикал R0 операцияси ўтказилган ҳолда микроинвазияли IIA босқич (A, AB, V1, V2 турлари) ва капсуладан ташқари макроинвазияли IIB босқич (A, AB, V1 турлари) учун адьювант нур терапиясини ўтказиш масаласи очик қолмоқда. Ҳозирги кунда II босқичдан кейин радикал операциядан кейин НТ ўтказиш зарурияти бўйича ҳам, уни инкор этувчи ҳам ишончли маълумотлар мавжуд эмас. IIA босқичда V3 тури ва IIB босқичда V2 - V3 турларининг агрессив гистологик тузилиши ҳолатида адьювант нур терапиясини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини консилиум муҳокама қилиши керак. ITMIG маълумотлар базаси асосида, бугунги кунда тимоманинг II босқичида операциядан кейин НТ ўтказиш бўйича энг ишончли далилларни тақдим этиши мумкин, шунингдек, Vasse ва бошқ. (2016 й.) ягона проспектив тадқиқот натижаларига кўра, II босқич тимомасида тўлиқ резекция ўтказилган ҳолатда ҳам НТнинг энг катта самарадорлиги V2 - V3 гистологик турларида кузатилган.

III босқич тимомасида, ўсманинг қўшни аъзоларга макроскопик инвазияси

ҳолатида R0 резекциядан кейин адъювант НТ ўтказиш масаласи мултидисциплинар консилиумда муҳокама қилиниши керак. Бунинг учун барча ноқулай омиллар ва рецидив ривожланиш хавфи ҳисобга олинади.

- Айрисимон безнинг хавфли ўсмаларида жарроҳликдан кейинги (адъювант) нур терапиясини ўтказиш тавсия этилади қуйидаги ҳолларда: [23]:

- Резекция чегарасида (R1) ўсма хужайраларининг аниқланиши;

- Макроскопик қолдиқ ўсманинг мавжудлиги (R2);

- Айрисимон без карциномаси ПА - ПВ босқичи морфологик тасдиқланган ҳолатда, ҳатто R0 резекция амалга оширилганда ҳам.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2).

Изоҳлар: 3D конформ ЛТ, IMRT, VMAT қўлланилади, критик аъзолар учун доза чекловлари сақланган ҳолда. Нурлантириш ҳажмига бошланғич ўсма тарқалган ҳудуд, олдинги, юқори ва ўрта кўкс оралиғи киритилади. Ҳудудий лимфа тугунларини (медиастинал ва икки томонлама ўмров усти лимфа тугунларини), медиастинал ва қовурға плеврасини профилактик нурлантириш тавсия этилмайди. Нур терапияси операциядан кейин 3 ойдан кечиктирилмай бошланиши керак. Бошқа ҳолатларда унинг мақсадга мувофиқлиги консилиумда муҳокама қилиниши керак.

Операциядан кейинги даволаш алгоритми иловада келтирилган.

Адъювант кимё терапия.

- R1 резекция қилинган айрисимон без карциномасида ва R2 резекция ҳолатида, гистологик туридан қатъи назар, қўшимча системавий даволаш тавсия этилади. [23].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Адъювант кимё терапияси радикал R0 операциясидан кейин II/III/IVa босқичдаги айрисимон без карциномасида кўриб чиқилиши мумкин, айниқса, агар индукцион кимё терапияси ўтказилмаган бўлса.

Адъювант кимё терапияси R1 операция қилинган айрисимон без карциномасида ва R2 резекция ҳолатида, гистологик туридан қатъи назар, талаб этилади.

Адъювант кимё терапияси радикал операциядан кейин I - III босқичда, гистологик туридан қатъи назар, ҳамда тимода R1 резекция қилинган ҳолатда

тавсия этилмайди.

Олигометастатик касалликда R0 метастаз резекциясидан кейин адъювант кимё терапияси ва нур терапиясини ўтказиш масаласи мултидисциплинар консилиумда муҳокама қилиниши керак.

Адъювант кимё терапияси операциядан кейин 4 - 6 ҳафта ичида ўтказилиши лозим. Адъювант кимё терапиясининг аниқ режими белгилаб қўйилмаган. I линия учун қўлланадиган схемалар ишлатилиши мумкин.

Неoadъювант терапия.

- Айрисимон безнинг хавфли ўсмаларида, агар бошланғич ўсма инвазияси кўкс оралиғи аъзоларига тарқалган бўлса, даволаш кимё терапияси ва/ёки нур терапияси билан бошланиши тавсия этилади.

[13, 20 - 23].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - **B** (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 3)

Изоҳлар: IIIa - IIIb босқичларида (масалан, T3 - T4) кўкс оралиғи аъзоларига бошланғич ўсма инвазияси аниқланганда, даволаш кимё терапияси ва/ёки нур терапияси билан бошланиши керак. Агар объектив ижобий таъсирга эришилса, жарроҳлик аралашуви ўтказиш масаласи муҳокама қилинади. Бундай операциялар атрофдаги тўқималарда чандиқ-склеротик ўзгаришлар сабабли техник жиҳатдан мураккаб ҳисобланади. Фақат нур терапияси резектабел бўлмаган ўсмаларда кимё терапияси билан бирга қўлланилади. Нурлантириш ҳажми – кўкс оралиғидаги ўсма ҳосилалари (нур терапияси ҳажми диагностик КТ ва/ёки МРТ маълумотлари асосида режалаштирилади). Операциягача ўртача 2 - 4 курс ўтказилади, даволаш самарадорлиги RECIST 1.1 мезонлари асосида баҳоланади. Неoadъювант ва адъювант терапия тимик карциномада устувор ҳисобланади.

Жарроҳликдан кейинги кетма-кет ХЛТ (#этопозид + #цисплатин (табл. 4) ва НТ СЎД - 60 Гр) R2 резекция қилинган ҳолларда ҳам тимома, ҳам айрисимон без карциномасида қўлланилиши мумкин. [23]

- Айрисимон безнинг хавфли ўсмаларида узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, ўсма жараёни билан боғлиқ симптомларни бартараф этиш учун паллиатив нур терапияси ва кимё терапиясини ўтказиш тавсия этилади (беморнинг ҳолати инобатга олинган ҳолда – қаранг, илова). [20, 22].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - **C** (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

Изоҳлар: Ўсманинг кам учрайдиганлиги туфайли маълум бир дори

воситаларини ёки уларнинг комбинацияларини танлаш устунлиги бўйича ишончли маълумотлар мавжуд эмас (доривор даволаш самарадорлигини баҳолаш – қаранг, илова). Бироқ, кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра, тимомани даволашда антрациклин таркибли схемалар (САР ёки АДОС) устувор ҳисобланади, чунки улар энг яхши натижаларни беради. Тимомаларда объектив жавоб частотаси 50 - 98% гача етиши мумкин. Афсуски, айрисимон без карциномаси дори воситалари билан даволашга кам жавоб беради. Антрациклинсиз схемалар антрациклинлар (L01DB: Антрациклинлар ва уларнинг бирикмалари) тайинлашга қарши кўрсатмалари мавжуд бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Асосий ва альтернатив доривор даволаш схемалари 6-жадвалда келтирилган.

Жадвал 6. Айрисимон без ўсмалари учун тавсия этиладиган кимё терапияси схемалари.

I линия реживлари	
Тимома	Тимус саратони
<p>САР <1> [24] #Цисплатин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун Доксорубицин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун #Циклофосфамид** 500 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 8 курс</p>	<p>ТС <1> [24] #Паклитаксел** 200 мг/м² в/и 1-чи кун #Карбоплатин** АУС 5 - 6 в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача</p>
<p>АДОС [24] Доксорубицин** 40 мг/м² в/и 1-чи кун #Цисплатин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун #Винкристин** 0,6 мг/м² в/и 3-чи кун #Циклофосфамид** 700 мг/м² в/и 4-чи кун Цикл ҳар 21-28 кунда максимал 5 курсгача</p>	
<p>ЕР [21] #Этопозид** 120 мг/м² в/и в 1-3 кунлар #Цисплатин ** 60 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6-8 курсгача</p>	
<p>САРР: САР + преднизолон** [22] Цисплатин** 30 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Доксорубицин** 20 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Циклофосфамид** 500 мг/м² в/и 1-чи кун</p>	

<p>Преднизолон** 100 мг кунига ичишга 1-5 кунлар Цикл ҳар 21 кунда максимал 3-4 курсгача</p>	
<p>II линии ва кейинги линия режимлари</p>	
<p>Тимома</p>	<p>Тимус саратони</p>
<p>ЕР [24] #Этопозид** 60 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Цисплатин** 120 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6-8 курсгача. (Этопозид*** монотерапия тарзида, шу жумладан, таблетка шаклида ҳам тайинланиши мумкин.)</p>	<p>ТС <1> [24] #Паклитаксел** 200 мг/м² в/и 1-чи кун #Карбоплатин** АУС 5 - 6 в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача (Агар ушбу режим аввал қўлланилмаган бўлса ёки ремиссия даври 6 ойдан ортик бўлса)</p>
<p>GEM +/- CAP [21] #Гемцитабин** 1000 мг/м² в/и в 1-чи ва 8-чи кунлар #Капецитабин** 650 мг/м² х кунига 2 маҳал (1300 мг/м²/сут) ичишга 1-14-чи кунлар Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача (Гемцитабин монотерапияси мумкин: 1000 мг/м² 1-, 8-, 15-кунларда, ҳар 21 кунда, прогрессиягача)</p>	
<p>ПЕМЕТРЕКСЕД [18] #Пеметрексед** 500 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача</p>	
<p>ОКТРЕОТИД** +/- преднизолон** <2> [17] #Октреотид** қисқа таъсирлидан бошлаб: 100 мкг 3 марта/кун, т/о, 14 кун. Кейин: пролонгланган шакли 20 - 30 мг в/м, ҳар 28 кунда, 1 йилгача. Комбинацияда: #Октреотид** 0,5 мг т/о 3 марта/кун, ҳар куни + #Преднизолон** 0,6 мг/кг ичишга 4 марта/кунига.</p>	
<p>CODE [17] #Цисплатин** 25 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 7 кунда #Винкрестин** 1 мг/м² в/и 1-чи кун, 1, 2, 4, 6 ва 8 ҳафталар Доксорубицин** 40 мг/м² в/и 1-чи кун, 1, 3, 5, 7 ва 9 ҳафталар #Этопозид** 80 мг/м² в/и в 1-3 кунлар, 1, 3, 5, 7 ва 9 ҳафталар ГКСФ қўллаб-қувватловчи терапияси циклининг 3-кундан 5-кунгача талаб этилади.</p>	

VIP*** [24].

#Цисплатин** по 20 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача;

#Ифосфамид** 1200 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача;

#Этопозид** по 75 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача, ҳар 3 ҳафтада

Ифосфамид инфузиясидан 15 дақиқа олдин 240 мг/м² дозада вена ичига месна препаратини мажбурий қўшиш талаб этилади.

Цикл ҳар 21 кунда, максимал 4 курс

<1> мақадга мувофиқ режим

<2> Агар кимё терапияни кўтара олмаса ёки унга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, октреоскан-позитив тимома ва карциноид синдроми бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Таргет ва иммунотерапия

- Кимё терапия самарасиз бўлганда ва кўтара олмаганда [24] таргет ёки иммунотерапия қўлланилиши мумкин

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 3)

Изоҳлар: Плазмада VEGF, FGF юқори концентрацияси, ўсмада PDGF мембрана гиперэкспрессияси ва с-KIT мутацияси (экзон 9 - 17) аниқланган ҳолатларда таргетли препаратлар (L01: Ўсмага қарши препаратлар) ўрганила бошланган. С-KIT ген мутацияси айрисимон без карциномасининг 10% дан кўпроқ ҳолатларида учрамайди, тимомаларда эса умуман мавжуд эмас.

#Пембролизумаб// II линия терапиясида айрисимон без карциномаси бўлган беморларда ўз самарадорлигини кўрсатган: Объектив таъсир частотаси – 22,5%. Ўсма ўсишини назорат қилиш – 75%. Ўртача умумий тирик қолиш (ОВ) – 24,9 ой. Бирок, ушбу даволаш усули юқори автоиммун асоратлар хавфи (15%) билан боғлиқ. 3 - 4-даражали автоиммун миокардит 5 - 9% ҳолатларда учраган. Тимомаларда #Пембролизумаб** қўллаш тавсия этилмайди.

#Сунитиниб** II линия терапиясида айрисимон без карциномаси учун тайинланади ва с-KIT мутациясига боғлиқ эмас, аммо тимомада қўлланилмайди. Thomas A. (2015) 2-фаза тадқиқот натижалари: Объектив жавоб частотаси – 26%. Ўсма ўсишини назорат қилиш – 91%. 17 ойлик кузатувдан сўнг: Тимома беморлари учун умумий тирик қолиш медианаси – 15,5 ой. Айрисимон без карциномаси бўлган беморларда умумий тирик қолиш медианасига эришилмаган. Энг жиддий

ножўя таъсир: 3-даражали кардиомиопатия 8% беморларда кузатилган. STYLE (2023) 2-фаза тадқиқот натижалари: Об'ектив жавоб частотаси – 21,7% (90% ДИ: 9,0% - 40,4%). Прогрессиясиз тирик қолиш медианаси – 8,8 ой (95% ДИ: 5,3 - 11,1). Умумий тирик қолиш медианаси – 27,8 ой (95% ДИ: 13,2 - 53,2). Энг кенг тарқалган асоратлар: Чарчок, гипертония, диарея ва оғиз мукозити. Шу сабабли: 45,2% ҳолатда препарат қабул қилиш графиги ўзгартирилган. 41,9% ҳолатда доза мослаштирилган. Италиянинг TUME (2022) ретроспектив тадқиқоти 37,5 мг дозада сунитиниб ўрганилган. Об'ектив жавоб частотаси – 31,6%. Самарали ва бошқариш мумкин бўлган токсиклик профили намоён бўлган. [11].

#Эверолимус** ҳам рефрактер тимомада, ҳам айрисимон без карциномасида қўлланилиши мумкин. Об'ектив жавоб частотаси – 11%. Ўсма ўсишини назорат қилиш – 88% ҳолатларда. Муҳим асорат: 4-даражали пульмонит 5% беморларда кузатилган.

Иммун ва таргет терапия режимлари 7-жадвалда келтирилган.

7-жадвал. Тимома ва айрисимон без карциномасида таргет ва иммунотерапия режимлари.

Тимомы	Тимус саратони
#Эверолимус** [19] 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча	#Эверолимус** [19] 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча
	#Пембролизумаб** [18] 200 мг в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда Максимал 2 йилгача, прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча
	#Сунитиниб** [12] 50 мг/сут. ичишга ҳар куни 4 ҳафта 2 ҳафта танаффус билан прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча Максимал доза - 87,5 мг/сут. Минимал доза - 25 мг/сут.

III - IVa босқичларда маҳаллий тарқалган ўсма жараёни мавжуд бўлишига қарамай, агар рецидив кузатилса (тимомада 10 - 15%, айрисимон без карциномаси ва тимик нейроэндокрин ўсмаларда 30% гача), ёки касаллик прогрессия қилса,

жарроҳлик даволаш имкониятларини қайта баҳолаш мақсадга мувофиқ. Даволаш тактикаси аввал ўтказилган терапия ва метастазлар жойлашувига боғлиқ. Мухим жиҳат: Олдин кўкс оралиғи аъзоларига НТ ўтказилган ҳолларда, кимё терапияси билан боғлиқ кардиотоксиклик хавфи юқори бўлиши мумкин. Ушбу беморлар учун даволаш алгоритми иловада келтирилган.

6.4. Кўкс оралиғи экстрагонад герминоген ўсмаларини даволаш

Кўкс оралиғининг герминоген ўсмаларини даволаш тамоман гонад локализациясидаги герминоген ўсмаларни даволаш усулларида фарқ қилмайди ва бу ҳақда батафсил маълумот "Эркакларда герминоген ўсмаларни даволаш" клиник тавсияларида келтирилган. Шу жумладан, кўкс оралиғининг герминоген ўсмаларини даволашда қўлланиладиган терапия схемалари ҳам шу тавсияларга асосланади.

- Кўкс оралиғининг етилган тератомаларида асосий даволаш усули сифатида жарроҳлик амалиёти тавсия этилади [23].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: АФП ва/ёки ХГЧ бошланғич даражасининг ошганлиги хавфли компонент мавжудлигини кўрсатади, бу эса 1-босқичда кимё терапиясини носеминома ўсмаларни даволаш тамойилларига мувофиқ ўтказишни талаб қилади. Жарроҳлик даволаш кўкс оралиғининг хавфсиз тератомаларида асосий даволаш усули ҳисобланади. Тератома бўйича жарроҳлик амалиёти ўзига хос жиҳатларга эга ва қатор техник қийинчиликлар билан боғлиқ, асосан йирик қон томирлар, трахея ва қизилўнгач билан яқингина жойлашган қаттиқ фиброз-эпишма жараёнлар туфайли. Кўп ҳолларда перикард ва диафрагмал нервни резекция қилиш зарур бўлади, бироқ пластикани талаб қилувчи йирик қон томирлар резекцияси камдан-кам ҳолларда амалга оширилади. Радикал тератома резекциясидан кейин прогноз яхши ҳисобланади. [11, 12, 14].

- Экстрагонад носеминома ўсмаларда кимё терапиясининг комбинирланган режимларини ўтказиш, сўнг қолдиқ ўсма ва барча метастазларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш тавсия этилади. [11, 12, 14].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

Изоҳлар: Кўкс оралиғида жойлашган носеминома хавфли ўсма касалликнинг ноқулай прогнозга эга эканлигини кўрсатади. Дори-дармон билан даволаш герминоген ўсмаларни даволашга ихтисослашган махсус марказларда ўтказилиши тавсия этилади.

Жарроҳлик аралашуви кимё терапиясининг самарадорлигини баҳолаш учун мажбурий ҳисобланади. Операциядан сўнг патолого-анатомик тадқиқотда қуйидагилар аниқланиши мумкин: Некроз, ёки Етук тератома ёки Ҳаётий қобиляти сақланган хавфли тўқима [15].

- Экстрагонад семиномаларда кимё терапиясининг комбинирланган режимларини ўтказиш тавсия этилади. [11 - 14].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4)

Изоҳлар: Кўкс оралиғи семиномаси – кам учрайдиган ўсма бўлиб, асосан 30 ёшгача бўлган ёш эркекларда учрайди. Катта ўлчамларга етиши, атрофдаги тўқималарни инфильтрация қилиши, лимфоген ва гематоген йўл орқали метастаз бериш хусусиятига эга. Шу билан бирга, кимё терапияси ва нур терапиясига жуда юқори сезгирликка эга. Аввалроқ, локаллашган кўкс оралиғи семиномасида 1-чи линия сифатида нур терапияси қўлланилган, ва тирик қолиш кўрсаткичи 66% дан 100% гача бўлган [11]. Кимё терапиясидан кейин қолдиқ ўсма кузатув талаб қилади, чунки аксарият ҳолларда у некротик массалардан иборат бўлади.

6.5. Кўкс оралиғи мезенхимал ўсмаларини даволаш

- кўкс оралиғи липомасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Липомалар – етук ёғ тўқимасидан тараққий этувчи хавфсиз ўсмалардир. Кўкс оралиғининг барча янги ҳосилаларининг 5–8% ни ташкил этади. Липомалар турли шаклга эга бўлиб, кўпроқ тугунсимон бўлади, яхшигина ифодаланган фиброз капсулага эга, кесимда ёғ тўқимаси кўринишида бўлади [2]. Жарроҳлик йўли ўсманинг жойлашувидан келиб чиқиб танланади. Кўпроқ IV–V қовурғалар орасидаги олд-ён ёки ён торакотомия усули қўлланилади. Одатда техник қийинчиликлар учрамайди: ўсма (ёки унинг бир неча тугунлари) капсулада, қўшни аъзоларни резекция қилмасдан олиб ташланади. Бўйин-кўкс оралиғи липомалари бўйин орқали ҳам олиб ташланиши мумкин. Агар текширув натижаларига кўра ўсманинг хавфсиз эканлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилинса, унинг ўлчами кичик бўлса ва клиник белгилари кузатилмаса, айниқса, ёши катта беморларда, кузатув тактикасини қўллаш мумкин.

- кўкс оралиғи липосаркомасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ

даражаси - 5)

Изоҳлар: Липосаркома хавфсиз ёғ тўқимаси ўсмаларидан анча кам учрайди. Эркаклар ва аёлларда бир хил тез-тезликда, ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин. Кўкс оралиғида биринчи марта кўплаб ўсма ўчоқлари шаклида пайдо бўлиши ёки бошқа жойлашувдаги ўсма тугунлари билан бирга учраши мумкин. Кўпроқ кўкс оралиғининг олд қисмида жойлашади ва улкан ўлчамларга етиши мумкин. Ўсма гистологик тузилиши ва клиник кечишига кўра турли вариантларга эга. Липосаркомаларни даволашда асосий усул жарроҳлик ҳисобланади, аммо катта ёки улкан (4–6 кг гача етадиган) ўсмаларда кўкс оралиғининг тўқималарига сингиб кириши ва ҳаётий муҳим аъзоларга таъсир этиши туфайли кўпинча паллиатив операциялар ўтказилади. Қайта ўсиш ёки узлуксиз ўсиш жараёни қайта-қайта (икки, уч ва ундан ортиқ марта) жарроҳлик амалиётлари ўтказиш заруратини келтириб чиқаради. Бу, айниқса, юқори дифференцияланган липосаркома вариантларида долзарб бўлиб, беморларнинг умр давомийлигини сезиларли даражада ошириш имконини беради. Кам дифференцияланган ўсмалар эса юқори инвазивлик ва метастазлар ҳосил қилиш хусусиятига эга бўлиб, жарроҳликдан кейин нур терапиясини ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

- кўкс оралиғи фибромасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [2, 26].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Фиброма – етук бириктирувчи тўқимадан тараққий этувчи хавфсиз ўсмадир. Кўкс оралиғида фасциялар, плевранинг фиброз тўқимаси ва бошқа тузилмалардан ривожланади. Ҳар қандай соҳада жойлашиши мумкин. Фибромалар зич тузилмали бўлиб, катта ўлчамларга етиши мумкин, бу эса клиник белгилари пайдо бўлишига олиб келади. Беморларнинг чорак қисмда хавфли тусга ўтиш эҳтимоли мавжуд. Шунингдек, гистологик жиҳатдан хавфлилиқ белгилари кузатилмасда, инвазив ўсиш хусусиятига эга бўлиши мумкин. Прогноз умумий ҳолда ижобий ҳисобланади. [17].

- кўкс оралиғи фибросаркомасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [2, 17].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Фибросаркома – етук эмас бириктирувчи тўқимадан тараққий этувчи хавфли ўсма бўлиб, кўкс оралиғидаги барча хавфли янги ҳосилаларнинг 4% гача қисмини ташкил этади. Одатда, кўкс оралиғининг орқа қисмида, паравертебрал соҳада жойлашади ва катта ўлчамларга етиши мумкин. Фибросаркома инфильтратив ўсиш хусусиятига эга бўлиб, бу радикал жарроҳлик амалиётини

ўтказишни қийинлаштиради. Шу билан бирга, радикал операциядан сўнг узок (4–5 йилгача) ремиссия ҳолатлари кузатилиши мумкин.

- кўкс оралиғи хавфсиз мезенхимомасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2, 16].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Хавфсиз мезенхимома ҳар қандай ёшда учраши мумкин. Турли хил етук мезенхимал тўқималардан (ёғ, шохсимон, суяк, томир, мушак тўқималари) ташкил топади. Тўқималарнинг қайси бири устунлик қилишига қараб, консистенцияси, ранги ва микроскопик тузилишига кўра ангиофиброма, ангиомиксома, ангиолипома, рабдомиолипома ва бошқа шаклларга ажратилади. Кичик ўлчамларда ўсма хавфсиз тусда бўлади, бироқ катта ўлчамга етишган сари атрофдаги аъзоларга инфилтратив ўсиши мумкин.

- кўкс оралиғи хавфли мезенхимомасининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2, 16].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Хавфли мезенхимома икки ёки ундан ортиқ саркоматоз тўқималардан ташкил топади. Бу капсуласиз, ғадир-будир ва зич тузилмали ўсма бўлиб, кўкс оралиғининг ҳам олд, ҳам орқа қисмларида жойлашиши ва улкан ўлчамларга етиши мумкин. Ҳар қандай ёшда учрайди ва тез инфилтратив ўсиш ҳамда метастаз бериш хусусиятига эга. Бу эса клиник белгилари ва умумий прогнозни аниқлайди.

- кўкс оралиғи қон томирли ўсмаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [2, 18].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Қон томир ўсмалари кўкс оралиғидаги барча янги ҳосилаларнинг 1,5–2% ни ташкил этади, уларнинг учдан бири хавфли тусда бўлади. Ривожланиши мезенхима элементлари – перицитлар билан боғлиқ бўлиб, турли хил томир ўсмалари шаклланишига олиб келади. Кўпроқ кўкс оралиғининг олд-юқори қисмида жойлашади, катта ўлчамларга етиши мумкин ва ўрта ёшдаги беморларда учрайди. Жарроҳлик амалиёти вақтида кучли қон кетиши эҳтимолини ҳисобга олиш зарур.

- кўкс оралиғи лимфангиомаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [19].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик

даражаси - 5)

Изоҳлар: Лимфангиомалар (лимфа томирларидан ривожланувчи) одатда кистоз тузилмага эга бўлиб, кўкс оралиғи мезенхимасидан ёки лимфа тизимининг примитив лимфатик халтасидан келиб чиқиши мумкин. Ўсма бир камерали ёки кўп камерали юпқа деворли киста шаклида бўлиб, кўпроқ якка ҳолда учрайди. Клиник белгилари кам ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Кўпинча болаларда профилактик кўриклар давомида ёки ярам тирқиши соҳасида чиқиб турган шаклда аниқланади.

- кўкс оралиғи артериовеноз анастомозлари ўсмаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [16].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Артериовеноз анастомоз ўсмалари – кўкс оралиғида жуда кам учрайдиган ўсмалар бўлиб, капилляр боғламлар иштирокисиз ривожланади. Ушбу гуруҳга гломус ўсмалари ва ангиолейомиомалар киради.

- кўкс оралиғи гломус ўсмаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2, 16].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар Гломус ўсмалари гломус артериовеноз анастомозларидан ривожланади, улар асосан терида жойлашган бўлади. Учта тури ажратилади: ангиоматоз, солид ва аралаш шакл. Энг кўп учрайдиган варианты – ангиоматоз шакли. Кўкс оралиғида жуда кам учрайди, эркаклар ва аёлларда бир хил тез-тезликда кузатилади. Одатда, орқа кўкс оралиғида жойлашиб, катта ўлчамларга етиши мумкин. Диагностика жараёнида узоқ муддатли анамнез ва бошқа жойлашувдаги тугунларнинг мавжудлигини ҳисобга олиш муҳим. Ўзгарувчан ва кучли оғриқ синдроми хос хусусиятлардан бири ҳисобланади. Жарроҳлик йўли билан даволаш техник жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди, чунки ўсма яхши ифодаланган фиброз капсулага эга.

- кўкс оралиғи ангиолейомазининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [1, 2, 16].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Ангиолейомиомалар – ёпувчи артерияларининг силлиқ мушак тўқимасидан келиб чиқувчи ўсмалардир. Улар кўкс оралиғининг орқа қисмида жойлашиб, зич тузилмали кичик тугунлар шаклида учрайди. Эркаклар ва аёлларда бир хил тез-тезликда, асосан 35–50 ёш оралиғида ривожланади. Беморларда оғриқ синдроми кузатилади. Патологоанатомик таҳлилда уларни невриномадан

фарқлаш қийин бўлиши мумкин, шунинг учун дифференциал диагностикага алоҳида эътибор бериш талаб этилади.

- кўкс оралиғи гемангиоперицитомаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [20, 21].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4)

Изоҳлар: Гемангиоперицитомалар Циммерман перицитлари ва томир тўқимасидан ташкил топади. Кўкс оралиғида камдан-кам учрайди. Кўп ҳолатларда яхши чегараланган, юмалоқ ва силлиқ тузилмага эга бўлади. Бироқ катта ўлчамларга етганда, ноқонуний шаклга кириб, ҳатто кўкрак қафасининг ярмини эгаллаши мумкин. Кўпроқ олд кўкс оралиғида жойлашади. Эркаклар ва аёлларда бир хил тез-тезликда, ҳар қандай ёшда учраши мумкин. Агар ташқи жойлашувдаги перицитомалар мавжуд бўлса, диагностика осонлашади. Ўсманинг катталашиши билан унинг хавфли тусга ўтиш эҳтимоли ортади. Хавфли гемангиоперицитомалар кўкс оралиғида жуда кам учрайди, асосан етук гемангиоперицитомалар ва ангиосаркома ўртасидаги ўтиш шакллари ҳисобланади, бунда хужайра анаплазияси юқори ўзгарувчанликка эга бўлиши мумкин [22]. Даволаш асосан жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Хавфсиз ва кичик ўлчамдаги вариантларда операция техник қийинчиликлар туғдирмайди.

- кўкс оралиғи ангиосаркомаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [20, 21].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

Изоҳлар: Ангиосаркомалар – томир тўқимасидан ривожланувчи, етук эмас ва кучли структур анаплазияга эга бўлган хавфли ўсмалардир. Улар ҳам олд, ҳам орқа кўкс оралиғида жойлашиши ва катта ўлчамларга етиши мумкин. Эркаклар ва аёлларда бир хил тез-тезликда, асосан 30–50 ёш оралиғида учрайди. Ўсма тезда атрофдаги тўқималарга инфильтрация қилиб, кенг метастаз беради. Бу ҳаётий муҳим аъзоларни зарарлаши натижасида оғир клиник белгиларга олиб келади. Асосий даволаш усули жарроҳлик бўлиб, кўп ҳолларда паллиатив операциялар амалга оширилади. Ҳатто радикал равишда кичик ўлчамли ўсмалар олиб ташланган ҳолларда ҳам қайта ўсиш ва метастаз бериш эҳтимоли юқори. Шу сабабли, ҳар қандай жарроҳлик муолажасидан кейин қўшимча нур терапияси ва замонавий кимё терапиясини ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Прогноз, афсуски, ёмон.

- кўкс оралиғи мушак тўқимаси ўсмаларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [20, 18, 21].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - С (Далилларнинг ишончлилиқ

даражаси - 5)

Изоҳлар: Мушак тўқимасидан келиб чиқадиган ўсмалар кўкс оралиғида жуда кам учрайди ва асосан қуйидаги ўсмалар билан ифодаланади: артериялар, веналар ва кўкс оралиғининг бошқа тузилмаларидаги силлиқ мушак тўқимасидан тараққий этувчи лейомиомалар ва лейомиосаркомалар. Қизилўнгачдан келиб чиқувчи бундай ўсмалар ҳақиқий кўкс оралиғи ўсмалари ҳисобланмайди. Улар кўпроқ орқа-пастки кўкс оралиғида жойлашади ва дисфагия (оғир ютиниш), кўкрак оғриғи каби симптомлар билан намоён бўлади. Агар ўсма паравертебрал соҳада жойлашса ва симпатик тўқималарни зарарласа, вегетатив бузилишлар ҳам кузатилиши мумкин.

Даволаш усули асосан жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

- кўкс оралиғи кўндаланг тарғил мушакларининг асосий давоси сифатида жарроҳлик давоси тавсия қилинади [17].

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси - С (Далилларнинг ишончилилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Кўндаланг-тарғил мушак тўқимасидан келиб чиқувчи ўсмалар – рабдомиомалар ва рабдомиосаркомалар – асосан олд кўкс оралиғида учрайди ва тератомалардан келиб чиқувчи ўсмалар сифатида қаралади. Юрак ёки кўкс оралиғининг мушак деворларидан тараққий этувчи янги ҳосилалар ҳақиқий кўкс оралиғи ўсмалари ҳисобланмайди. Кўпроқ эркакларда кузатилади.

6.6. Кўкс оралиғи нейроген ўсмаларини даволаш

- Хавфсиз нейроген ўсмаларни (нейрофиброма, ганглионеврома, шунингдек, периферик нерв ўсмалари – шваннома, невринома) даволашда асосий усул жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Жарроҳлик усули ўсмани тўлиқ олиб ташлаш имконини беради ва кўп ҳолларда даволаш самарали бўлади. [2, 23].

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси - С (Далилларнинг ишончилилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Хавфсиз нейроген ўсмалар асосан катта ёшлиларда учрайди, хавфли шакллари эса болалар ва ўсмирларда кўпроқ кузатилади. Улар юмалоқ шаклли, зич консистенцияли бўлиб, баъзан ички чириш жараёни туфайли юмшаш ёки кистоз тузилмалар ҳосил бўлиши мумкин. Одатда, бириктирувчи тўқима капсуласи билан ўралган ва умуртқа томон йўналган "ойоқча"га эга бўлади. Симпатик ганглийлардан келиб чиққан ўсмаларда 2–3 та "ойоқча" бўлиши мумкин. Орқа кўкс оралиғининг нейроген ўсмалари кўп ҳолларда умуртқа поғонаси ва умуртқа каналига кириб бориб, "қум соати" кўринишида бўлиши ва спинал нерв тузилмаларига босим ўтказиши мумкин. Шунингдек, ўсма кўкс оралиғига қўшни соҳаларга – бўйинга ёки қорин бўшлиғига тарқалиши эҳтимоли бор. Секин ўсиш

хусусияти туфайли бундай ўсмалар улкан ўлчамларга етиши мумкин, бироқ узок вақт давомида клиник белгилари сезилмаслиги ҳам мумкин.

- Кўкс оралиғи нейросаркомаларида жарроҳлик ва комбинирланган даволаш тавсия этилади [20].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Нейросаркома – хавфли нерв қобиклари ўсмаси бўлиб, кўп ҳолларда малигнизирланган нейрофибромадан ривожланади. Барча шундай келиб чиқишга эга ўсмаларнинг 2–3% ни ташкил этади. Гистологик тузилиши турлича бўлиб, хужайраларнинг етуклик даражасига қараб турли вариантлар учрайди. Нейроген саркомалар тўрт даражага бўлинади: Биринчи даража – хавфсиз нейрофибромага яқин, Охирги даража – гигант хужайрали саркома билан чегараланади. Ушбу етуклик даражасига қараб, клиник белгилари ва прогноз аниқланади.

- Кўкс оралиғи нейробластомаларида жарроҳлик ва комбинирланган даволаш тавсия этилади [20].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: нейробластома - симпатогониома, симпатическая нейробластома. Образована симпатогониями, наминает по структуре симпатический ганглий в эмбриональной стадии развития. Часто локализуется в задневерхнем отделе средостения справа. Высокозлокачественная опухоль, обычно встречается у младенцев и детей, крайне редко у взрослых. Характеризуется быстрым инфильтративным ростом, лимфогенным и гематогенным метастазированием. В единичных случаях может созреть до доброкачественной опухоли, что сопровождается кальцификацией как первичного очага, так и метастазов. Прогноз неблагоприятный.

- Кўкс оралиғи ганглионейробластомаларида жарроҳлик ва комбинирланган даволаш тавсия этилади [2, 20].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Ганглионейробластома – ганглионевроманинг хавфли шакли бўлиб, асосан болаларда учрайди. Ушбу ўсма тез ўсиш хусусиятига эга бўлиб, баъзан метастазлар бериши ҳам мумкин.

- Нохромафин ганглийлар медиастинал ўсмаларида жарроҳлик давоси тавсия этилади [2, 20].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - С (Далилларнинг ишончлилик

даражаси - 5)

Изоҳлар: Кўкс оралиғи нехромаффин параганглий ўсмалари: Хемодектома – етук ўсма. Етук бўлмаган шакли – хавфли нехромаффин параганглиомаси. Хромаффин тўқимасидан келиб чиқувчи ўсмалар: Етук шакли – феохромоцитома. Етук эмас шакли – хавфли феохромоцитома. Ўсманинг келиб чиқиши: Ушбу ўсмалар томирлар йўналишида жойлашган хеморецептор ҳужайраларидан келиб чиқади ва эмбриологик жиҳатдан парасимпатик нерв тизимига мансуб ҳисобланади. Кўкс оралиғида алоҳида локализация жуда кам учрайди. Хусусиятлари: Гистологик таҳлил асосида хавфлилик даражасини аниқлаш қийин, бироқ беморларнинг 50% да инвазив ўсиш кузатилади. Асосан регионар лимфа тугунларига метастаз беради. Кўп ҳолларда мултицентрик тусда бўлиб, фаолият юритувчи ўсмаларда катехоламин секрецияси билан боғлиқ симптомлар кузатилади: Гипергликемия, Тахикардия, Бош оғриғи, Пароксизмал гипертония ҳужумлари. Шунингдек, Кўп марталик эндокрин неоплазия синдромлари учраши мумкин. Ошқозон лейомиосаркомаси ва ўпка хондромаси билан боғлиқ ҳолатлар тасвирланган. Жарроҳлик даволаш ва эҳтиёткорлик чоралари: Параганглиомаларни олиб ташлаш вақтида кучли қон кетиш эҳтимоли юқори. Феохромоцитома жарроҳлигида 10–14 кун давомида альфа-адренергик блокада ўтказиш талаб этилади. Бу артериал босимни нормаллаштириш учун зарур. Операциядан кейин 2 кун давомида кечиктирилган гипотензия олдини олиш учун мониторинг зарур. Прогноз: хавфсиз шакллар учун ижобий. Хавфли вариантларда индивидуал ҳолатга қараб ўзгарувчан.

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

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Ишончлик даражаси
Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	50-75мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
	карбоплатин	AUC 5-6 1-чи кун, в/и	А
Микронайча ингибиторлари – таксанлар	паклитаксел	200 мг/м ² 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	доксорубин	50 мг/м ² , 1-чи кун, в/и	А
Алкилловчи воситалар	Циклофосфамид	500 мг/м ² в/и 1-чи кун	А

Ўсимлик келиб чиқувчи ўсмага қарши воситалар	Винкристин	0,6 мг/м ² в/и 3-чи кун	А
Алкилловчи агентлар– хлорэтиламинлар	ифосфамид	1200 мг/м ² , 1-4 кунлар, в/и	В
Акролеин антидоти	месна	400 мг/м ² , кунига 3 маҳал 1-5 кунлар, в/и	В
Антиметоболитлар– цитидин аналоглари	гемцитабин	1000 мг/м ² 211-чи, 81-чи ва 151-чи кун, в/и	А
Антиметаболитлар	Капецитабин	650 мг/м ² х кунига 2 маҳал (1300 мг/м ² /сут) ичишга 1-14-чи кунлар	А
Ингибиторы II ингибитори	этопозид	100-120 мг/м ² 1-5 кун ёки 1-3 кунлар, в/и	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	пеметрексед	500 мг м ² кунига 1 маҳал в/и	А
Ўсмага қарши гормонал воситалар ва гормонлар антогонистлари	Октреотид	Қисқа таъсирли 100 мкг 3 р/сут. т/о, 14 кун; Пролонгирланган шакли 20 - 30 мг дан в/м ҳар 28 кунда 1 йилгача; Комбинацияда: 0,5 мг т/о кунига 3 маҳал ҳар куни	А
Пролифератив сигнал ингибиторлари(mTOR ингибиторлари)	Эверолимус	10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча	В
PD-1 ингибитор гуруҳи моноклонал антитаналар	Пембролизумаб	200 мг в/и 1-чи кун. Цикл ҳар 21 кунда. Максимал 2-йил прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас	В

		токсиклик кузатулгунча	
Ўсмага қарши воситалар —протеинкиназа ингибиторлари	Сунитиниб	50 мг/сут. ичишга ҳар куни 4 ҳафта 2 ҳафталик танаффус билан прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча. Максимал доза - 87,5 мг/сут. Минимал доза - 25 мг/сут.	В
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-2018/16193		

9-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга).

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ҲПН	Қўллаш усули	Ишончлили к даражаси
Бисфосфонатлар гуруҳига мансуб суяк резорбцияси ингибиторлари	Памидрон кислота	90мгв/и 4-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В
	Золедрон кислота	в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг 3-4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк резорбцияси ингибиторлари. Моноклонал антитаналар	деносумаб	120 мг подкожно	А
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левофлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С

	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А	
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В	
	Итраконазол	Ичишга	В	
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С	
	Позаконазол	Ичишга	В	
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А	
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С	
	Эноксапарин	Тери остига	С	
Боршқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д	
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А	
	Фамотидин	Вена ичига	А	
	Амброксол	Ичишга		
	Амлодипин	Ичишга	В	
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга		
	Каптоприл	Ичишга	В	
	Лизиноприл	Ичишга	В	
	Лактулоза	Ичишга	В	
	Спиринолактон	Ичишга	В	
	Повидон – йод	Ташқи	-	
	Тобрамицин	Вена ичига	-	
	Торасемид	Ичишга	-	
	Фолий кислота	Ичишга	-	
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-	
	Хлоргексидин	Ташқи	-	
	Юклаш (ҳавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

***NB!** Қўшимча дори-дармон билан даволаш ривожланган асоратларни даволаш протоколларига мувофиқ амалга оширилади.*

6.7. Жарроҳлик аралашуви:

Операция тури	Кўрсатмалар
Диагностик операция	Ташхисни тасдиқлаш мақсадида морфологик таҳлил учун биопсия материални олиш мақсадида очик ёки торакоскопик жарроҳлик амалиёти ўтказиш.
Радикал олиб ташлаш	Ҳавфли ўсмалар, атрофдаги аъзоларга инвазия қилмайдиган ва лимфоген метастаз беришга мойил бўлмаган (тимоген ўсмалар бундан мустасно).
Кенгайтирилган радикал олиб ташлаш	Ҳавфли ўсмалар, атрофдаги аъзоларга инвазия қилмайдиган ёки чекланган инвазияга эга бўлган, лимфоген метастаз беришга мойил бўлган ўсмалар; айрисимон без ўсмалари.
Комбинирланган радикал олиб ташлаш	Ҳавфли ўсмалар, атрофдаги тузилмаларга инвазия қилувчи (кимё-нур терапиясига юқори сезувчан ўсмалар бундан мустасно).
Кўкс оралиғини декомпрессияси	Кимё-нур терапиясига юқори сезувчан, атрофдаги тузилмаларга инвазия қилувчи ўсмалар; хавфли ўсмани комплекс радикал олиб ташлаш имконияти йўқлиги.
Паллиатив операция	Торакотомия ва стернотомия орқали ўсманинг асосий қисмини олиб ташлаш.

Кўкс оралиғи ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш торакал онкологиянинг энг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу турли хил гистогенезга эга бўлган бирламчи ўсмалар ва уларни тақлид қилувчи кўкрак қафаси тузилмаларининг клиник ва рентгенологик белгилари ўхшашлиги, шунингдек, ташхиснинг морфологик тасдиғини олишдаги қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу ҳолатлар кўпинча ташхисда ва даволаш тактикасини танлашда хатоларга олиб келади.

Фақат аниқ морфологик ташхисни билиш орқали энг самарали даволаш тактикасини аниқлаш мумкин.

Ташхис тасдиқланганидан сўнг, аввало ўсманинг резектабеллик даражасини баҳолаш зарур.

Жарроҳлик даволаш учун мутлақ қарши кўрсатмалар:

- Юқори кавак вена синдромининг II–III даражадаги оғир кўриниши (бўйин, юз, кўкрак девори веналарининг кенгайиши, цианоз, веноз босимнинг 200 мм. симоб устунидан юқори бўлиши).
- Олис аъзоларга метастазлар (ўмров усти ва қўлтиқ ости лимфа тугунларидан ташқари).

- Рентгенологик ва эндоскопик тасдиқланган ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтиши (резекция имкониятини баҳолаш зарур).
- Рентгенологик ва эндоскопик белгиларга кўра трахея ва бош бронхларга ўсманинг ўсиб ўтиши.

Агар ташхис морфологик тасдиқланмаган ва жарроҳлик учун мутлақ қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, даволаш аввало жарроҳлик босқичидан бошланади. Шунингдек, бундай тактика I–II стадияли хавфли тимома ва аниқ чегараланган невроген ўсмалар билан боғлиқ орқа кўкс оралиғи ўсмалари учун ҳам тўғри келади. Целомик перикард кисталари бўлган беморларга ҳам жарроҳлик даволаш тавсия этилади. Бронхоген ва энтероген кисталар қон кетиш ва иритилишга мойил бўлиб, уларнинг хавфли тусга ўтиш эҳтимоли юқори, шу сабабли жарроҳлик даволаш мақсадга мувофиқ.

Хавфли ўсмаларни резектабел босқичларда, морфологик ташхис тасдиқланган ҳолларда, комплекс усулда даволаш афзалроқ ҳисобланади (ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва нур терапиясини қўллаш). Бу усул радиосезгир шаклларда (эпителиал ва лимфоид тимомалар, ангиосаркома, рабдомиосаркома, липосаркома) самарали ҳисобланади. Радиорезистент ўсмалар (фибросаркома, хондросаркома, карциноидлар, хавфли шваномалар, лейомиосаркомалар) радикал олиб ташланганидан кейин жарроҳликдан кейинги нур терапияси тавсия этилмайди. Даволаш тадбирларининг кетма-кетлиги ҳар бир клиник ҳолатга қараб индивидуал белгиланади.

Хавфли кўкс оралиғи ўсмаларини радикал жарроҳлик усулида даволаш деганда, ўсмани тўлиқ, унинг қопламалари ва атрофдаги ёғ тўқимаси билан бирга олиб ташлаш тушунилади. Кўп ҳолларда, у ўсиб кирган тузилмалар ва аъзолар (ўпка, перикард, нервлар, қон томирлари ва бошқалар) резекция қилиниши талаб этилади. Паллиатив операциялар ва синаш мақсадида ўтказилган торакотомия ва стернотомиялардан кейин радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилиши тавсия этилади, ҳатто радиорезистент ўсмаларда ҳам, чунки бу беморларга ёрдам беришнинг ягона имконияти ҳисобланади.

Резектабел бўлмаган хавфли кўкс оралиғи ўсмаларини даволашда, радикал дастур бўйича ўтказилган нур терапияси натижалари ва ўсманинг гистогенезига қараб, кейинчалик умумий резорбтив кимё терапиясини қўллаш мақсадга мувофиқлиги баҳоланади. Агар шошилиш гистологик таҳлил натижаларига кўра, хавфли лимфома фақат кўкс оралиғи билан чекланган бўлса, ҳатто резектабель шаклларда ҳам даволаш тактикаси икки хил бўлиши мумкин: ўсмани тўлиқ олиб ташлаш ёки жарроҳлик босқичини биопсия билан чеклаш. Ҳар икки ҳолатда ҳам мос консерватив ўсмага қарши даволаш усуллари қўлланилади.

Чекланган шаклдаги лимфогранулематоз, хавфли лимфомалар ва

резектабелликка шубҳа туғдирадиган ҳавфли тимомаларда даволаш полихимё терапиядан бошланади. Бундай тактика: Касалликнинг умумий симптомларини бартараф этиш, Ўсма массасини камайтириш, Кейинчалик кўкс оралиғидаги нурлантириш майдонини қисқартириш, Ҳаётини муҳим аъзоларга боғлиқ асоратлар эҳтимолини камайтириш имконини беради. Агар ўсманинг тўлиқ резорбцияси кузатилмаса, жарроҳлик аралашуви амалга оширилиши мумкин. Бунда "қолдик ўсма" олиб ташланиб, гистологик таҳлил ўтказилади, ва унинг натижаларига асосан кейинги даволаш тактикаси белгиланади.

6.8. Кейинги олиб бориш:

Тузалган беморларни диспансер назорати:

- Даволаш тугатилгандан кейин биринчи йил – ҳар 3 ойда 1 марта.
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда 1 марта.
- Учинчи йилдан бошлаб – 5 йил давомида йилига 1 марта.

Текширув усуллари:

- Умумий қон таҳлили
- Биокимёвий қон таҳлили (оқсил, креатинин, мочевино, билирубин, АЛТ, АСТ, қондаги глюкоза)
- Коагулограмма (протромбин индекси, фибриноген, фибринолитик фаоллик, тромботест)
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси (2 проекцияда)
- Кўкрак қафаси ва кўкс оралиғи аъзоларининг компьютер томографияси

6.9. Даволаш самардорлиги ва диагностика ҳамда даволаш усулларининг хавфсизлик индикаторлари:

- «Ўсма жавоби» – ўтказилган даволашдан кейин ўсманинг регрессияси.
- Рецидивсиз яшовчанлик – уч ва беш йиллик кузатув.
- «Ҳаёт сифати» – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари психологик, эмоционал ва ижтимоий фаоллигини ҳам ўз ичига олади.

Даволаш самараси RECIST классификацияси бўйича баҳоланади:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафтагача йўқолиши.

- **Қисман самара** – ўчоқлар ҳажмининг 30% ёки ундан кўпроқ камайиши.
- **Прогрессия** – ўчоқ ҳажмининг 20% га ошиши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.
- **Стабилизация** – ўсманинг 30% дан кам камайиши, ёки 20% дан кўпроқ ўсиши кузатилмаслиги.

«

**"КУКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C37	Айрисимон безининг хавфли ўсмалари
C38	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг хавфли ўсмалари
C38.0	Юрак
C38.1	Олдинги кўкс оралиғи
C38.2	Орқа кўкс оралиғи
C38.3	Аниқланмаган қисмида жойлашган кўкс оралиғи ўсмалари
C38.4	Плевра
C38.8	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг зарарланиши, бир ёки бир нечта юқорида қайд этилган локализациялардан ташқари тарқалган ҳолатлар
Юклаб олиш (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1184	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2C26	Плевранинг хавфли ўсмалари
2C26.Y	Плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C26.Z	Плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C27	Айрисимон безнинг хавфли ўсмалари
2C27.0	Айрисимон без саратони
2C27.1	Айрисимон безнинг карциноид ўсмаси ёки бошқа нейроэндокрин ҳосилалари
2C27.2	Хавфли тимома
2C27.Y	Айрисимон безнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C27.Z	Айрисимон безнинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C28	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.0	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг герминоген хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.1	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.Z	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)

2C29	Кўкрак қафасидаги бошқа ёки аниқланмаган жойлашувдаги аъзоларнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
XA7WA2	Кўкс оралиғи ўсмалари
XA5UF8	Олдинги кўкс оралиғи
XA99Z0	Ўрта кўкс оралиғи
XA1FD0	Орқа кўкс оралиғи
XA8607	Кўкс оралиғидаги бириктирувчи, эпителиал ва бошқа юмшоқ тўқималар
2D71	Кўкс оралиғига хавфли ўсманинг метастази
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#381956131	

1. Асосий қисм.

- **Кириш** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com)

Кўкс оралиғи ўсмалар и — турли пайдо бўлиш манбалар ига эга бўлган, ҳар хил тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ни ифодаловчи умумий атама бўлиб, уларни ягона нозологик шакл сифатида бирлаштирувчи асосий омил ягона анатомик чегаралар дир. [1-4] (УД-А). (<https://www.tadqiqot.uz/index.php/medical/article/view/9934>).

Кўкс оралиғи (лат. mediastinum) — ўнг ва чап плевра бўшлиқлари орасида жойлашган аъзолар мажмуасидир. Кўкс оралиғи олдиндан тўш суяги, орқадан эса умуртқа поғонаси билан чегараланган. Кўкс оралиғидаги аъзолар ёғ тўқимаси билан ўралган бўлиб, унинг икки томонида плевра бўшлиқлари жойлашган. Кўкс оралиғи юқорида кўкрак қафаси юқори тешигигача, пастда эса диафрагмагича чўзилади.

Кўкс оралиғи ўсмалар и — кўкс оралиғи анатомик ҳудудида жойлашган, турли тузилишга эга бўлган, хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир. Уларнинг аксарияти аъзодан ташқари келиб чиқишга эга. Бундан мустасно ҳолатлар — айрисимон без ўсмаси (тимома) ва плевра мезотелиомаси, чунки улар аъзолардан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади.

Кўкс оралиғида юзгача турли хил ўсмалар учраши мумкин. Аммо замонавий тасаввурларга кўра, ҳақиқий хавфли ва хавфсиз кўкс оралиғи ўсмалар и деб фақат ана шу анатомик ҳудудда эмбриогенетик жиҳатдан учрайдиган ёки эмбриогенез жараёнида кўкс оралиғига кўчиб келган тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади [1, 2].

Кўкс оралиғи ўсмалар ининг онкологик касалликлар таркибидаги учрашиш тезлиги тахминан 1% ни ташкил этади. Хавфли ва хавфсиз ўсмалар 4:1 нисбатида учрайди ва ташхис қўйилади. Кўкс оралиғи ўсмалар и асосан ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда аниқланади, эркаклар ва аёллар ўртасида касалланиш частотаси бир хил [3].

Кўкс оралиғи ўсмалар и ва кисталар и барча ўсмавий жараёнларнинг 3-7% ни ташкил этади. Улар орасида 60-80% ҳолларда хавфсиз ўсмалар , 20-40% ҳолларда эса хавфли ўсмалар аниқланади. Кўкс оралиғи ўсмалар и эркаклар ва аёлларда бир хил тезликда учрайди ва асосан 20-40 ёшдаги аҳолида, яъни ижтимоий фаол қатламда кузатилади.

Кўкс оралиғи ўсмалар и морфологик жиҳатдан хилма-хил бўлиб, бошланғич хавфли тусга эга бўлиши ёки хавфсиз ўсмадан хавфли ўсмага айланиши (малигнизация) эҳтимоли мавжуд. Улар ҳаётий муҳим аъзоларга — нафас йўллари, йирик қон томирлар, нерв тўқималар и ва қизилўнгачга инвазия қилиш ёки сиқиб қўйиш хавфига эга. Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш техник жиҳатдан қийин кечади. Бу омиллар кўкс оралиғи ўсмалар ини замонавий кўкрак қафаси жарроҳлиги ва пульмонология соҳасидаги энг муҳим ва мураккаб муаммолардан бирига айлантиради. (https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com).

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

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

2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар :

- беморнинг оғир ҳолати – ECOG III–IV;
- фаол босқичдаги туберкулез;
- декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касаллик;
- ўткир кечиктириб бўлмайдиган ғолатлар (миокард инфаркти, инсульт);
- септик ҳолатлар;
- қон кетиш хавфи билан, парчаланиш босқичидаги ўсмалар (нур терапия учун);

- психорган касалликлар (шизофрения, кучли тутқаноқ синдроми билан эпилепсия);
- Беморнинг Карновский шкаласи бўйича 60%дан кам бўлган оғир ҳолати.
- Декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касалликлар.

3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар ;

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

Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

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

Жарроҳлик даволаш тамойиллари

Операция тури	Кўрсатмалар
Диагностик операция	Ташхисни тасдиқлаш мақсадида морфологик таҳлил учун биопсия материални олиш мақсадида очик ёки торакоскопик жарроҳлик амалиёти ўтказиш.
Радикал олиб ташлаш	Ҳавфли ўсмалар, атрофдаги аъзоларга инвазия қилмайдиган ва лимфоген метастаз беришга мойил бўлмаган (тимоген ўсмалар бундан мустасно).
Кенгайтирилган радикал олиб ташлаш	Ҳавфли ўсмалар, атрофдаги аъзоларга инвазия қилмайдиган ёки чекланган инвазияга эга бўлган, лимфоген метастаз беришга мойил бўлган ўсмалар; айрисимон без ўсмалари.

Комбинирланган радикал олиб ташлаш	Хавфли ўсмалар, атрофдаги тузилмаларга инвазия қилувчи (кимё-нур терапиясига юқори сезувчан ўсмалар бундан мустасно).
Кўкс оралиғини декомпрессияси	Кимё-нур терапиясига юқори сезувчан, атрофдаги тузилмаларга инвазия қилувчи ўсмалар; хавфли ўсмани комплекс радикал олиб ташлаш имконияти йўқлиги.
Паллиатив операция	Торакотомия ва стернотомия орқали ўсманинг асосий қисмини олиб ташлаш.

Кўкс оралиғи ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш торакал онкологиянинг энг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу турли хил гистогенезга эга бўлган бирламчи ўсмалар ва уларни тақлид қилувчи кўкрак қафаси тузилмаларининг клиник ва рентгенологик белгилари ўхшашлиги, шунингдек, ташхиснинг морфологик тасдиғини олишдаги қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу ҳолатлар кўпинча ташхисда ва даволаш тактикасини танлашда хатоларга олиб келади.

Фақат аниқ морфологик ташхисни билиш орқали энг самарали даволаш тактикасини аниқлаш мумкин.

Ташхис тасдиқланганидан сўнг, аввало ўсманинг резектабеллик даражасини баҳолаш зарур.

Жарроҳлик даволаш учун мутлақ қарши кўрсатмалар:

- Юқори кавак вена синдромининг II–III даражадаги оғир кўриниши (бўйин, юз, кўкрак девори веналарининг кенгайиши, цианоз, веноз босимнинг 200 мм. симоб устунидан юқори бўлиши).
- Олис аъзоларга метастазлар (ўмров усти ва қўлтиқ ости лимфа тугунларидан ташқари).
- Рентгенологик ва эндоскопик тасдиқланган ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтиши (резекция имкониятини баҳолаш зарур).
- Рентгенологик ва эндоскопик белгиларга кўра трахея ва бош бронхларга ўсманинг ўсиб ўтиши.

Агар ташхис морфологик тасдиқланмаган ва жарроҳлик учун мутлақ қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, даволаш аввало жарроҳлик босқичидан бошланади. Шунингдек, бундай тактика I–II стадияли хавфли тимома ва аниқ чегараланган невроген ўсмалар билан боғлиқ орқа кўкс оралиғи ўсмалари учун ҳам тўғри келади. Целомик перикард кисталари бўлган беморларга ҳам жарроҳлик даволаш тавсия этилади. Бронхоген ва энтероген кисталар қон кетиш ва иритилишга мойил бўлиб, уларнинг хавфли тусга ўтиш эҳтимоли юқори, шу сабабли жарроҳлик даволаш

мақсадга мувофиқ.

Ҳавfli ўсмаларни резектабел босқичларда, морфологик ташхис тасдиқланган ҳолларда, комплекс усулда даволаш афзалроқ ҳисобланади (ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва нур терапиясини қўллаш). Бу усул радиосезгир шаклларда (эпителиал ва лимфоид тимомалар, ангиосаркома, рабдомиосаркома, липосаркома) самарали ҳисобланади. Радиорезистент ўсмалар (фибросаркома, хондросаркома, карциноидлар, хавfli шваномалар, лейомиосаркомалар) радикал олиб ташланганидан кейин жарроҳликдан кейинги нур терапияси тавсия этилмайди. Даволаш тадбирларининг кетма-кетлиги ҳар бир клиник ҳолатга қараб индивидуал белгиланади.

Ҳавfli кўкс оралиғи ўсмаларини радикал жарроҳлик усулида даволаш деганда, ўсмани тўлиқ, унинг қопламалари ва атрофдаги ёғ тўқимаси билан бирга олиб ташлаш тушунилади. Кўп ҳолларда, у ўсиб кирган тузилмалар ва аъзолар (ўпка, перикард, нервлар, қон томирлари ва бошқалар) резекция қилиниши талаб этилади. Паллиатив операциялар ва синаш мақсадида ўтказилган торакотомия ва стернотомиялардан кейин радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилиши тавсия этилади, ҳатто радиорезистент ўсмаларда ҳам, чунки бу беморларга ёрдам беришнинг ягона имконияти ҳисобланади.

Резектабел бўлмаган хавfli кўкс оралиғи ўсмаларини даволашда, радикал дастур бўйича ўтказилган нур терапияси натижалари ва ўсманинг гистогенезига қараб, кейинчалик умумий резорбтив кимё терапиясини қўллаш мақсадга мувофиқлиги баҳоланади. Агар шошилиш гистологик таҳлил натижаларига кўра, хавfli лимфома фақат кўкс оралиғи билан чекланган бўлса, ҳатто резектабель шаклларда ҳам даволаш тактикаси икки хил бўлиши мумкин: ўсмани тўлиқ олиб ташлаш ёки жарроҳлик босқичини биопсия билан чеклаш. Ҳар икки ҳолатда ҳам мос консерватив ўсмага қарши даволаш усуллари қўлланилади.

Чекланган шаклдаги лимфогранулематоз, хавfli лимфомалар ва резектабелликка шубҳа туғдирадиган хавfli тимомаларда даволаш полихимё терапиядан бошланади. Бундай тактика: Касалликнинг умумий симптомларини бартараф этиш, Ўсма массасини камайтириш, Кейинчалик кўкс оралиғидаги нурлантириш майдонини қисқартириш, Ҳаётини муҳим аъзоларга боғлиқ асоратлар эҳтимолини камайтириш имконини беради. Агар ўсманинг тўлиқ резорбцияси кузатилмаса, жарроҳлик аралашуви амалга оширилиши мумкин. Бунда "қолдиқ ўсма" олиб ташланиб, гистологик таҳлил ўтказилади, ва унинг натижаларига асосан кейинги даволаш тактикаси белгиланади.

4) муолажа ва аралашув ўтказаетган мутахассисга талаблар:

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасалар нинг торакал онкология, кимётерапевтик ва радиологик бўлимларида ишлайдиган ходимлар

зарур ҳужжатлар билан тасдиқланган тегишли билим ва малакага эга бўлиши ва А гуруҳи ходимларига тегишли бўлиши ва операцион блокда ишлаш, радиоактив ва ионлаштирувчи манбалар билан ишлаш имкониятига эга бўлиши, радиация, шунингдек, торакал онкология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

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

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралар и рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
9. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Спирография;
12. Қон ичидаги альфа-фетопротеин (АФП) миқдорини, хорион гонадотропининг эркин бета-субъединицасини (ХГЧ) ва лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини аниқлаш бўйича таҳлил ўтказиш тавсия этилади.
13. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);

- 14.Кўкрак қафаси мульти кесимли компьютер томографияси, кўкс оралиғи қон томирларини контрастлаш билан, қорин бўшлиғи ва кичк чаноқ МСКТси;
- 15.Фибробронхоскопия биопсия билан;
- 16.Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт пуфағи, ошқозон ости бези, талоқ, буйрақлар, кўкс оралиғи, плевра бўшлиғи, перикард, периферик лимфа тугунлари);
- 17.УЗИ/КТ навигация остида кўкс оралиғи ўсмасини трансторакал пункцион биопсияси;
- 18.Трансторакал пункция ўтказиш имконсиз бўлса ва унинг самарасизлигида диагностик ва даволовчи видеоторакоскопия;
- 19.Биоптатни цитологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
- 20.Биоптатни гистологик текшируви (ўсмани, лимфа тугунни) *;
- 21.Биоптатни иммуногистохимик текшируви (ўсмани, лимфа тугунини) *;
- 22.Тана суяклари сцинтиграфияси;
- 23.ЭКГ;
- 24.ЭхоКГ;
- 25.Бутун тана ПЭТ/КТси**;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

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

14. Ўсманинг молекуляр-генетик текшируви (биопсия ва амалиётдан кейинги материални, стеклоблокларни, суюқликларни, эркин циркуляцияланувчи ўсманинг ДНКси);
 15. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
 16. Скелет суяқларини радиоизотоп сканирлаш;
 17. Бош ва бўйин контрастли КТси;
 18. Фиброэзофагогастроуденоскопия;
 19. Колоноскопия;
 20. Томирлар (вена ва ёки артериялар) УТДГси;
 21. Бош мия МРТси;
 22. Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини контрастли рентген скопик текшируви (жуфт контрастлаш);
 23. Холтер – мониторинг билан ЭКГ;
- * Агар аввал ўтказилмаган бўлса.
- ** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (торакал онкожарроҳлик) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалар и

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

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

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

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалар и

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

А) Малакали персонал.

10-жадвал. Торакал онкология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи

Т/р	Лавозим номи	Лавозим сони
1.	Бўлим мудири - шифокор-онколог	1
2.	Шифокор-онколог	10 ўринга 1 та
3.	Палата ҳамшираси	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75
4.	Муолажа хонаси ҳамшираси	Хонага 1 та
5.	Боғлов хонаси ҳамшираси	25 ўринга 1 та

6.	Катта ҳамшира	1
7	Беморларга қаровчи кичик ҳамшира	15 ўринга 1 та
8	Санитар	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75; 1 (муолажа ва боғлов хонасида ишлаш учун); 30 ўринга 1 та 30 ўринга 2 та
9	Хўжалик бекаси	1

11-жадвал. Онкологик муассасанинг жарроҳлик блокиннинг тавсия этилган штатлар нормативи

Т/р	Лавозим номи	Лавозим сони
1.	Бўлим мудирини - шифокор-онколог, шифокор-хирург	Жарроҳлик блокига 1 та
2.	Катта жарроҳлик ҳамшираси	Жарроҳлик блокига 1 та
3.	Жарроҳлик ҳамшираси	Режали жарроҳлик бўлимига 1,5 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига 4,75 та
4.	Бўлим бекаси	1
5.	Санитар	1 та режали жарроҳлик бўлимига 1 та Айлана сутка жарроҳлик бўлимига 4,75 та

Б) Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари [8]: Ўзбекистон Республикасининг норматив-ҳуқуқий ҳужжатларига мувофиқ жарроҳлик шифохонасининг барча санитария нормалари ва қоидаларига, кимёвий ва радиацион хавфсизликка риоя қилиш.

Нур терапия ўтказиш учун:

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;

- вакуум матраслар учун насос;
- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналар нинг стандарт тўплами;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.
- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалар и;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

- асоратлар бўлмаганда ва амалиётдан кейинги жароҳат битганда умумий аҳволи қониқарли бўлиши;
- клиник ва/ёки визуал текширув усуллари ёрдамида олинган жараённинг прогрессияланиш белгиларининг йўқлигини, шунингдек беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашни кўрсатадиган маълумотлар.

Критерии эффективности лечения:

Тўлиқ самара - бу камида 4 ҳафта давомида барча ўчоқларнинг йўқолиши.

Қисман самара - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмалар нинг 50% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

**«КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C37	Айрисимон безининг хавфли ўсмалари
C38	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг хавфли ўсмалари
C38.0	Юрак
C38.1	Олдинги кўкс оралиғи
C38.2	Орқа кўкс оралиғи
C38.3	Аниқланмаган қисмида жойлашган кўкс оралиғи ўсмалари
C38.4	Плевра
C38.8	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг зарарланиши, бир ёки бир нечта юқорида қайд этилган локализациялардан ташқари тарқалган ҳолатлар
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1184	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2C26	Плевранинг хавфли ўсмалари
2C26.Y	Плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C26.Z	Плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C27	Айрисимон безнинг хавфли ўсмалари
2C27.0	Айрисимон без саратони
2C27.1	Айрисимон безнинг карциноид ўсмаси ёки бошқа нейроэндокрин ҳосилалари
2C27.2	Хавфли тимома
2C27.Y	Айрисимон безнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C27.Z	Айрисимон безнинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C28	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.0	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг герминоген хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.1	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.Z	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)

2C29	Кўкрак қафасидаги бошқа ёки аниқланмаган жойлашувдаги аъзоларнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
XA7WA2	Кўкс оралиғи ўсмалари
XA5UF8	Олдинги кўкс оралиғи
XA99Z0	Ўрта кўкс оралиғи
XA1FD0	Орқа кўкс оралиғи
XA8607	Кўкс оралиғидаги бириктирувчи, эпителиал ва бошқа юмшоқ тўқималар
2D71	Кўкс оралиғига хавфли ўсманинг метастази
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#381956131	

1. Асосий қисм.

- Кириш

Кўкс оралиғи ўсмалар и — турли пайдо бўлиш манбалар ига эга бўлган, ҳар хил тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ни ифодаловчи умумий атама бўлиб, уларни ягона нозологик шакл сифатида бирлаштирувчи асосий омил ягона анатомик чегаралар дир. [1-4] (УД-А). (<https://www.tadqiqot.uz/index.php/medical/article/view/9934>).

Кўкс оралиғи (лат. mediastinum) — ўнг ва чап плевра бўшлиқлари орасида жойлашган аъзолар мажмуасидир. Кўкс оралиғи олдиндан тўш суяги, орқадан эса умуртқа поғонаси билан чегараланган. Кўкс оралиғидаги аъзолар ёғ тўқимаси билан ўралган бўлиб, унинг икки томонида плевра бўшлиқлари жойлашган. Кўкс оралиғи юқорида кўкрак қафаси юқори тешигигача, пастда эса диафрагмагича чўзилади.

Кўкс оралиғи ўсмалар и — кўкс оралиғи анатомик ҳудудида жойлашган, турли тузилишга эга бўлган, хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳидир. Уларнинг аксарияти аъзодан ташқари келиб чиқишга эга. Бундан мустасно ҳолатлар — айрисимон без ўсмаси (тимома) ва плевра мезотелиомаси, чунки улар аъзолардан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади.

Кўкс оралиғида юзгача турли хил ўсмалар учраши мумкин. Аммо замонавий тасаввурларга кўра, ҳақиқий хавфли ва хавфсиз кўкс оралиғи ўсмалар и деб фақат ана шу анатомик ҳудудда эмбриогенетик жихатдан учрайдиган ёки эмбриогенез жараёнида кўкс оралиғига кўчиб келган тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади [1, 2].

Кўкс оралиғи ўсмалар ининг онкологик касалликлар таркибидаги учрашиш тезлиги тахминан 1% ни ташкил этади. Хавфли ва хавфсиз ўсмалар 4:1 нисбатида учрайди ва ташхис қўйилади. Кўкс оралиғи ўсмалар и асосан ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда аниқланади, эркаклар ва аёллар ўртасида касалланиш частотаси бир хил [3].

Кўкс оралиғи ўсмалар и ва кисталар и барча ўсмавий жараёнларнинг 3-7% ни ташкил этади. Улар орасида 60-80% ҳолларда хавфсиз ўсмалар , 20-40% ҳолларда эса хавфли ўсмалар аниқланади. Кўкс оралиғи ўсмалар и эркаклар ва аёлларда бир хил тезликда учрайди ва асосан 20-40 ёшдаги аҳолида, яъни ижтимоий фаол қатламда кузатилади.

Кўкс оралиғи ўсмалар и морфологик жиҳатдан хилма-хил бўлиб, бошланғич хавфли тусга эга бўлиши ёки хавфсиз ўсмадан хавфли ўсмага айланиши (малигнизация) эҳтимоли мавжуд. Улар ҳаётий муҳим аъзоларга — нафас йўллари, йирик қон томирлар, нерв тўқималар и ва қизилўнгачга инвазия қилиш ёки сиқиб қўйиш хавфига эга. Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш техник жиҳатдан қийин кечади. Бу омиллар кўкс оралиғи ўсмалар ини замонавий кўкрак қафаси жарроҳлиги ва пульмонология соҳасидаги энг муҳим ва мураккаб муаммолардан бирига айлантиради. (https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com).

2) Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

Профилактик тиббиёт (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%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) (профилактикология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир[25].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [26].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик, меъморий ва режалаштириш, санитария-

техник, аҳолининг тиббий масалалар и бўйича таълим тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлиliga асосланган[27].

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

Амалдаги профилактика чоралар и бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чоралар ни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [27].

Тиббий реабилитация (манбани юклаб олиш учун ҳавола: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) (лот. *rehabilitatio*, тиклаш) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [30].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [31].

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

3) Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсексия, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралар и миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради [29]. Саломатликни мустаҳкамлаш

тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш мақсадларини тўлдиради [29]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чоралар ининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чоралар ининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чоралар ининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалар и, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [28].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир [28].
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмалар ини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [28].

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

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

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

Реабилитациянинг III босқичи – реабилитация, физиотерапия, физиотерапия, рефлексология, қўлда терапия, психотерапия, тиббий психология бўлимларида (кабинетларда), нутқ терапевтининг (ўқитувчи–дефектолог) хоналар и. амбулатория шароитида, кундузги шифохоналар да, шунингдек уйга борувчи

бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт ташкилотлари шароитида) эрта ва кеч реабилитация даврларида, касалликнинг қолдиқ ходисалар и даврида реабилитация.

2.2 Оммавий профилактика чоралар и ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Кўкс оралиғи ўсмаларининг бирламчи профилактикаси

Бирламчи профилактика:

- Тамаки ва алкоголь истеъмолини камайтириш
- Рационал озиқланишни таъминлаш
- Жисмоний фаолликни ошириш ва ортиқча вазнга қарши кураш
- Канцероген кимёвий ва физик омиллар таъсирини камайтириш (ишлаб чиқариш, табиий муҳит, турар жой шароити)
- Канцероген инфекцион омилларнинг таъсирини олдини олиш

Иккиламчи профилактика:

- Хавф гуруҳидаги шахсларни мунтазам назорат қилиш
- Саратон олди касалликлари ва яллиғланиш жараёнларини эрта аниқлаш ва даволаш

Учламчи профилактика:

- Онкологик даволашдан кейин иммун тизимини тиклашга ёрдам берувчи дори воситаларини қўллаш (антиоксидантлар, поливитамин комплекслари)
- Витаминлар ва оқсилларга бой тўлиққонли овқатланиш режими
- Тамаки ва алкоголь истеъмолидан воз кечиш
- Вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларни олдини олиш
- Онколог назоратида мунтазам профилактик кўриклар ўтказиш
- Регуляр диагностика усулларини ўтказиш (ўпка рентгенографияси, жигар, буйраклар, бўйин лимфа тугунлари УТТ)

3. Профилактика ва диспансер кузатув, профилактика усулларидан фойдаланишга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Касаллик профилактикаси мавжуд эмас.

Касалликнинг прогресслашишини эрта аниқлаш ва нур/кимё терапиясини ёки резектабель метастатик ўчоқлар ва рецидив ўсмаларни жарроҳлик йўли билан даволашни ўз вақтида бошлаш мақсадида,

Кўкрак қафаси саратон касаллиги бўйича даволаш якунланган барча беморларга қуйидаги тартибда мунтазам текширув ўтказиш тавсия этилади:

- Биринчи 1–2 йилда – ҳар 3–6 ойда бир марта.
- 3–5 йил мобайнида – ҳар 6–12 ойда бир марта.

Текширувлар ҳажми:

1. Анамнез ва физик текширув.
2. АФП, ХГЧ, ЛДГ (агар бошланғич даражада юқори бўлган бўлса) –
 - Биринчи 2 йил – ҳар 3 ойда бир марта.
 - Кейинги 3 йил – ҳар 6 ойда бир марта.
3. Трахеобронхоскопия:
 - Биринчи марта 1 ва 3 йилдан кейин.
 - Кейин ҳар 5 йилда бир марта. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19942130/>).
4. Қорин бўшлиғи, бўйин ва периферик лимфа тугунларининг УТТ –
 - Ҳар 3–6 ойда бир марта, касалликнинг тараққий этиш хавфига қараб.
5. КТ (вена ичи контраст билан) кўкрак қафаси аъзолари –
 - Резекциядан 3 ой ўтиб биринчи текширув.
 - Биринчи йил – ҳар 3 ойда бир марта.
 - Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта.
 - Кейинги йилларда – йилига 1 марта ёки шикоятлар пайдо бўлганда.

[8]

Тавсиялар даражаси – С (ишончли далиллар даражаси – 5).

Изоҳ: Операциядан 5 йил ўтгандан кейин текширувлар йилига бир марта ёки шикоятлар пайдо бўлганда ўтказилади. Рецидив хавфи юқори беморларда текширувлар оралиғи қисқартирилиши мумкин. [8]

4. Тиббий реабилитация, реабилитация усулларидан фойдаланишга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Ҳозирги вақтда кўкс оралиғи ўсмалари бўлган беморларнинг тиббий реабилитацияси бўйича клиник тадқиқотлар деярли мавжуд эмас. Ушбу тавсиялар қатор тадқиқотлар, жумладан мета-таҳлиллар (Steffens D. ва бошқ., 2018) ва систематик шарҳлар (Nicole L. Stout ва бошқ., 2017; Segal R. ва бошқ., 2017) асосида ишлаб чиқилган. Ушбу тадқиқотларда турли тиббий реабилитация усуллари: Функционал тикланишни тезлаштириш, Жарроҳликдан кейин стационар даволаниш муддатини қисқартириш, Асоратлар ва леталлик ҳолатларини камайтириш имконини бериши исботланган. Бундай самаралар бошқа хавфли ўсмаларга чалинган беморларда қайд этилган.

4.1. Предреабилитация

- Кўкс оралиғи ўсмалари бўлган барча беморларга жарроҳликдан олдинги реабилитация ўтказиш тавсия этилади. Бу функционал тикланишни тезлаштириш, стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, асоратлар ва леталлик хавфини камайтириш мақсадида амалга оширилади. Жарроҳликдан олдинги реабилитация қуйидагиларни ўз ичига олади: Жисмоний тайёргарлик (ЛФК), Психологик қўллаб-қувватлаш, Нутритив (озикланишга оид) қўллаб-қувватлаш, Беморларни хабардор қилиш (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - C (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

- Беморга жарроҳликдан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликни ошириш тавсия этилади. Бу стационарда бўлиш муддатини ва жарроҳликдан кейинги асоратлар хавфини камайтириш, шунингдек, жарроҳликдан кейинги даврда ҳаёт сифатини ошириш мақсадида амалга оширилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - C (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

4.2. Жарроҳлик давосида кейинги реабилитация

4.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Ушбу гуруҳ беморларини жарроҳликдан кейин реабилитация қилишда мултидисциплинар ёндашув тавсия этилади. Ушбу ёндашувга ҳаракат

реабилитацияси, психологик кўллаб-қувватлаш ва меҳнат терапияси мутахассислари (меҳнат терапияси инструкторлари) билан ишлаш киритилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505562/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

- Тикланиш даволашини эрта бошлаш тавсия этилади, чунки у торакал жарроҳликдан кейинги функционал натижаларни яхшилайдди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505562/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

- ЛФК комплекси ҳар бир ҳолатда жарроҳлик хусусиятлари ва ҳажмидан келиб чиқиб, индивидуал тарзда ишлаб чиқилиши тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505562/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврда массаж тавсия этилади, чунки у мушаклар тонусини оширади, жарроҳлик ярасининг битишини яхшилайдди, оғрик синдроми ва шишни камайтиради, тромботик асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502797/>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

4.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Чандиқ тузилмаларининг ноҳуш ўзгаришларини олдини олиш мақсадида, шу жумладан юмшоқ тўқималарнинг чуқур қатламларида, мобилизация усулларидадан фойдаланиш тавсия этилади. Бу мақсадда чуқур массаж, чўзиш машқлари ва чандиқ ўзгаришларини юмшатиш учун ультратовуш терапияси қўлланилади. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-80000-0>).

Тавсиялар ишончлилиқ даражаси - С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

4.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- ЛФК комплексини бажариш ва уни босқичма-босқич кенгайтириш тавсия этилади, аэробик юкламаларни қўшиш самарали ҳисобланади. Бу хавфли ўсмаларни комплекс даволаш натижаларини яхшилашга ва ҳаёт сифатини

оширишга ёрдам беради. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5576469/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ синдроми ва ҳолсизликни камайтириш мақсадида массаж тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27165967/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

4.3. Кимё терапия давосидан кейинги реабилитация

- Кимё терапияси давомида жисмоний юкламаларни эрта бошлаш тавсия этилади, чунки бу мушак заифлиги, гипотрофия ва жисмоний юкламаларга толерантлик пасайишининг олдини олишга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 3)

- Кимё терапияси давомида аэробик юкламаларни қўллаш тавсия этилади, чунки бу гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини оширади, лейко- ва тромбоцитопения давомийлигини камайтиради ҳамда режалаштирилган кимё терапия курсини тўлиқ яқунлаш эҳтимолини оширади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Кимё терапияси давомида ЛФК ўтказиш тавсия этилади, чунки у заифлик ва депрессияни камайтиришга ёрдам беради. ЛФКни психологик қўллаб-қувватлаш билан бирлаштириш кимё терапияси давомида заифлик ва депрессияни даволашда фақат дори-дармонлар билан коррекция қилишга нисбатан самаралироқ ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

- Кимё терапияси давомида ЛФК ҳажми ва интенсивлигини индивидуал танлаш тавсия этилади, заифлик даражасига (енгил, ўртача, оғир) қараб белгиланади. Беморнинг умумий ҳолати яхшилангандан сўнг, ЛФК интенсивлигини босқичма-босқич ошириш мақсадга мувофиқ. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Аэробик ва куч юкламаларини биргаликда қўллаш тавсия этилади, чунки бу даволашнинг ноҳўя таъсирларини назорат қилиш ва даволашга толерантликни оширишга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Кимё терапияси бошланганидан сўнг 6 ҳафта давомида тиббий массаж курси ўтказиш тавсия этилади, чунки у комплекс даволаш фонида ҳолсизликни камайтиришга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044466/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Мувозанатни машқ қилувчи машқларни бажариш тавсия этилади, чунки улар полинейропатияни тўғрилашда чидамлик ва куч машқлари билан бирлаштирилган усулларга нисбатан самаралироқ ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Кўкс оралиғи ўсмаси ва кимё терапиясининг токсик таъсири билан боғлиқ полинейропатияси бўлган беморларга 6 ҳафталик спортча юриш курси тайинлаш тавсия этилади. Бу умумий реабилитация комплекси доирасида полинейропатиянинг клиник белгилари назоратини таъминлаш мақсадида ўтказилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Кимё терапияси фонида ривожланган периферик полинейропатияни даволашда кам частотали магнитотерапия қўллаш тавсия этилади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5248614/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Кимё терапияси фонидаги полинейропатияни даволаш учун кунига 20 дақиқа давомида, 4 ҳафта мобайнида тери орқали қисқа импульсли электр стимуляцияси ўтказиш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - **С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Кимё терапияси фонида оғиз бўшлиғи мукозитларини олдини олиш учун паст интенсивликдаги лазеротерапия қўллаш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198431/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

- Кимё терапияси фонида юрак-қон томир асоратларининг ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида ЛФК комплексини ўтказиш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30701106/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

4.4. Нур терапиядан кейинги реабилитация

- Нур терапияси давомида заифликнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида аэробик юкламаларни куч машқлари билан бирлаштирган ҳолда ЛФК комплекси бажариш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Нур терапияси фонида, айниқса, суяк метастазлари бўлган беморларда, суяк тўқимаси зичлигини ошириш ва чидамликни яхшилаш мақсадида ЛФК комплекси ўтказиш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24499460/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгач, ҳар ҳафтада 3 кун давомида паст интенсивликдаги лазеротерапияни қўллаш нурли дерматит профилактикаси учун тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

4.5. Кўкс оралиғининг хавфли ўсмалари билан касалланган беморларни психологик реабилитация қилиш тамойиллари

- Беморларга ўз касаллиги, руҳий реакциялар, даволаш жараёнидаги масъулияти, яқинлари ва тиббий ходимлар билан мулоқот усуллари, ўз ҳолати ёки касаллиги ҳақида қўшимча маълумот олиш йўллари, ижтимоий қўллаб-қувватлаш имкониятлари ҳақида маълумот бериш тавсия этилади. Бу ҳаёт сифатини яхшилашга ва касаллик натижасига ижобий таъсир кўрсатади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Мослашув хулқ-атвор ва ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг комбинациялашган самарасига эришиш тавсия этилади, чунки бу даволашгача мажбурий ва четланувчи фикрлар сонини камайтиради ҳамда даволашдан 1 ой ўтгач яхшироқ психологик мослашувни таъминлайди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12833558/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

- Нейропсихологик реабилитация ва клиник-психологик тренинг ўтказиш тавсия этилади. Тренинг ўз ичига қуйидагиларни олади: патологик рухий реакцияларни ўз-ўзига ташхис қўйиш, стресс билан курашиш усуллари, рухий реакциялар ва жисмоний ҳолат ўзаро таъсирини кузатиш. Бу стрессли воқеаларни шахсий тажрибага айлантиришнинг асосий механизми сифатида қаралиши мумкин, бу эса касаллик ва даволаш жараёнида ижтимоий ва рухий мослашувни яхшилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3701593/>).

Тавсиялар ишончлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Онкопсихология соҳасида олиб борилган илмий тадқиқотларда, кўкс оралиғи ўсмалари билан касалланган беморлар орасида учта асосий мослашув услуби кўпроқ учрайди:

1) Фаол хулқ-атворий мослашув – касаллик ва уни даволаш билан боғлиқ эмоционал, жисмоний ва ижтимоий қийинчиликларни фаол тарзда енгиб ўтиш.

2) Фаол-билиш мослашув – касаллик ҳақида фикр юритиш, ишонч ва муносабатларни шакллантириш.

3) Четланувчи мослашув – муаммолардан фаол четланиш ёки диққатни буриш орқали эмоционал зўриқишни пасайтириш.

Умуман олганда, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, фаол (муаммога йўналтирилган) ҳаёт учун кураш стратегияларини қўллаган беморлар пассив ёки четланувчи совладашув услубларидан фойдаланган беморларга нисбатан касалликка яхшироқ мослашади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

Фаол-хулқ атворий муаммоларни енгиб ўтиш усуллари кўллаган беморлар ўзларида юқорироқ ўз-ўзини баҳолаш ва энергия даражаси, камроқ жисмоний симптомлар, шунингдек, оғир кайфият ва астениянинг пасайиши ҳақида хабар беришган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

Кўкс оралиғи ўсмалари беморлари кўкс оралиғи ўсмалари беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, торакал онколог, тиббий психолог, шу

жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

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

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

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

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

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

- Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
- Кўкрак қафаси аъзолари мультислайс компьютерная томографияси (ёки ПЭТ/КТ);
- Фибробронхоскопия биопсия билан;
- Spiroграфия;
- Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйрақлар, ўмров усти лимфа тугунлари, кўкс оралиғи, плеврал ва перикардиал бўшлиқлар, периферик лимфа тугунлари);
- Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;

- Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевино, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- Қондаги альфа-фетопротеин (АФП) даражасини таҳлил қилиш. Қондаги хорион гонадотропининг эркин бета-субъединицасини (ХГЧ) аниқлаш. Қондаги лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини аниқлаш

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

2) Далиллар даражаси киритилган ҳолда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
- Ортопантомограмма;
- Қорин бўшлиғи компьютер томографияси;
- Бош-бўйин, кўкрак қафаси КТси;
- Томирлар (вена ва/ёки артерия) УЗДГси;
- Бош мия МРТси;
- Меъда, 12 бармоқ ичак ва меъда ости безини рентгенологик текшируви, контрастлаш билан (жуфт контрастлаш);
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Холтер – мониторинг ЭКГ

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

6. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

1) Далиллар даражасини кўрсатиш билан тавсия қилинадиган асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари:

- Физикал текширувлар, шу жумладан кўкрак қафаси МСКТси в/и контрастлаш билан / қорин бўшлиғи, кичик чаноқ ва қорин парда орти УТТси — дастлабки 2 йилда ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йил давомида ҳар 6 ойда, сўнгра — ҳар йили.

- Рецидивга гумон бўлган ҳолатларда гистологик текширув билан биопсия тавсия қилинади.

- ПЭТ КТ — кўрсатма асосида.

- ҚУТ, қон биокимёвий таҳлили— дастлабки 1 йил ичида ҳар 3 ойда, 21-чиил давомида - ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили.

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

2) Далиллар даражасини кўрсатиш билан тавсия қилинадиган кўшимча профилактика ёки реабилитация тадбирлари:

Кўшимча профилактика чораларига рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш, тўғри овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш ва салбий ташқи омилларга таъсир қилиш, соғлиғингиз ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради.

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

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Кўкс оралиғи ўсмалари учун профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари қуйидагича:

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

**«КУКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ
ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар) и:

ХКТ-10:	
Коди	Номланиши
C37	Айрисимон безининг хавфли ўсмалари
C38	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг хавфли ўсмалари
C38.0	Юрак
C38.1	Олдинги кўкс оралиғи
C38.2	Орқа кўкс оралиғи
C38.3	Аниқланмаган қисмида жойлашган кўкс оралиғи ўсмалари
C38.4	Плевра
C38.8	Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг зарарланиши, бир ёки бир нечта юқорида қайд этилган локализациялардан ташқари тарқалган ҳолатлар
Юклаб олиш (КХТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1184	
ХКТ-11:	
Коди	Номланиши
2C26	Плевранинг хавфли ўсмалари
2C26.Y	Плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C26.Z	Плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C27	Айрисимон безнинг хавфли ўсмалари
2C27.0	Айрисимон без саратони
2C27.1	Айрисимон безнинг карциноид ўсмаси ёки бошқа нейроэндокрин ҳосилалари
2C27.2	Хавфли тимома
2C27.Y	Айрисимон безнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C27.Z	Айрисимон безнинг аниқланмаган хавфли ўсмалари
2C28	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.0	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг герминоген хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.1	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)
2C28.Z	Юрак, кўкс оралиғи ёки плевранинг аниқланмаган хавфли ўсмалари (мезотелиомадан ташқари)

2C29	Кўкрак қафасидаги бошқа ёки аниқланмаган жойлашувдаги аъзоларнинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
XA7WA2	Кўкс оралиғи ўсмалари
XA5UF8	Олдинги кўкс оралиғи
XA99Z0	Ўрта кўкс оралиғи
XA1FD0	Орқа кўкс оралиғи
XA8607	Кўкс оралиғидаги бириктирувчи, эпителиал ва бошқа юмшоқ тўқималар
2D71	Кўкс оралиғига хавфли ўсманинг метастази
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#381956131	

1. Асосий қисм.

- Кириш

Кўкс оралиғи ўсмалари — турли пайдо бўлиш манбалар ига эга бўлган, ҳар хил тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ни ифодаловчи умумий атама бўлиб, уларни ягона нозологик шакл сифатида бирлаштирувчи асосий омил ягона анатомик чегаралар дир. [1-4] (УД-А). (<https://www.tadqiqot.uz/index.php/medical/article/view/9934>).

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholisredosteniya/?utm_source=chatgpt.com)

Кўкс оралиғи (лат. mediastinum) — ўнг ва чап плевра бўшлиқлари орасида жойлашган аъзолар мажмуасидир. Кўкс оралиғи олдиндан тўш суяги, орқадан эса умуртқа поғонаси билан чегараланган. Кўкс оралиғидаги аъзолар ёғ тўқимаси билан ўралган бўлиб, унинг икки томонида плевра бўшлиқлари жойлашган. Кўкс оралиғи юқорида кўкрак қафаси юқори тешигигача, пастда эса диафрагмагича чўзилади.

Кўкс оралиғи ўсмалари — кўкс оралиғи анатомик ҳудудида жойлашган, турли тузилишга эга бўлган, хавфли ва хавфсиз ўсмалар гурухидир. Уларнинг аксарияти аъзодан ташқари келиб чиқишга эга. Бундан мустасно ҳолатлар — айрисимон без ўсмаси (тимома) ва плевра мезотелиомаси, чунки улар аъзолардан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади.

Кўкс оралиғида юзгача турли хил ўсмалар учраши мумкин. Аммо замонавий тасаввурларга кўра, ҳақиқий хавфли ва хавфсиз кўкс оралиғи ўсмалари деб фақат

ана шу анатомик ҳудудда эмбриогенетик жиҳатдан учрайдиган ёки эмбриогенез жараёнида кўкс оралиғига кўчиб келган тўқималар дан келиб чиққан ўсмалар ҳисобланади [1, 2].

Кўкс оралиғи ўсмаларининг онкологик касалликлар таркибидаги учрашиш тезлиги тахминан 1% ни ташкил этади. Хавфли ва хавфсиз ўсмалар 4:1 нисбатида учрайди ва ташхис қўйилади. Кўкс оралиғи ўсмалари асосан ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда аниқланади, эркаклар ва аёллар ўртасида касалланиш частотаси бир хил [3].

Кўкс оралиғи ўсмалари ва кисталар и барча ўсмавий жараёнларнинг 3-7% ни ташкил этади. Улар орасида 60-80% ҳолларда хавфсиз ўсмалар , 20-40% ҳолларда эса хавфли ўсмалар аниқланади. Кўкс оралиғи ўсмалари эркаклар ва аёлларда бир хил тезликда учрайди ва асосан 20-40 ёшдаги аҳолида, яъни ижтимоий фаол қатламда кузатилади.

Кўкс оралиғи ўсмалари морфологик жиҳатдан хилма-хил бўлиб, бошланғич хавфли тусга эга бўлиши ёки хавфсиз ўсмадан хавфли ўсмага айланиши (малигнизация) эҳтимоли мавжуд. Улар ҳаётий муҳим аъзоларга — нафас йўллари, йирик қон томирлар, нерв тўқималар и ва қизилўнгачга инвазия қилиш ёки сиқиб қўйиш хавфига эга. Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш техник жиҳатдан қийин кечади. Бу омиллар кўкс оралиғи ўсмаларини замонавий кўкрак қафаси жарроҳлиги ва пульмонология соҳасидаги энг муҳим ва мураккаб муаммолардан бирига айлантиради. (https://robot-davinci.ru/torakalnaya-hirurgiya/opuholi-sredosteniya/?utm_source=chatgpt.com).

- Клиник таснифи

(https://www.researchgate.net/publication/379495639_Plazmokletocnye_opuholi_v_gematologiceskih_klassifikaciah_2022_g_WHO-NAEM5_VOZ_5-i_peresmotr_i_ICC_Mezdunarodnaa_konsensusnaa_klassifikacia_Vzglad_klinicistaPlasma_Cell_Tumors_in_Hematological_Classif)

Кўкс оралиғи ўсмалари келиб чиқишига кўра учта катта гуруҳга бўлинади: эпителиал, эмбрионал (герминоген) ва мезенхимал (юмшоқ тўқимали) ўсмалар. ЖССТнинг морфологик таснифига (5-нашр, 2021) кўра, барча тимомалар хавфли янги ҳосилалар қаторига киритилган.

Халқаро касалликлар таснифи – онкология (КХТ-О) бўйича тегишли кодлар жадвалда келтирилган (ўпка, плевра, гематолимфоид ўсмалар ҳамда қалқонсимон ва чаққон безларнинг эктопик ўсмалари тегишли бўлимларда кўрсатилган).

Эпителиал ўсмалар

<p>Тимомалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8580/3 Тимома, БДУ - 8581/3 Тимома тип А - 8582/3 Тимома тип АВ - 8583/3 Тимома тип В1 - 8584/3 Тимома тип В2 - 8585/3 Тимома тип В3 - 8580/1 Тимома микронодуляр лимфоид строма билан - 8580/3 Метапластик тимома - 9010/0 Липофиброаденома, хавфсиз (D15) 	<p>Тимик карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8586/3 Тимик карцинома, БДУ
<p>Ясси хужайрали карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8070/3 Ясси хужайрали саратон, БДУ - 8123/3 Базалиоид карцинома - 8082/3 Лимфоэпителиал (аввал лимфоэпителимасимон) карцинома 	<p>Сўлак безлари карциномалар ига ўхшаш карциномалар схожие с карциномами слюнных желез</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8430/3 Мукоэпидермоид карцинома - 8310/3 Ёруғ хужайрали карцинома - 8033/3 Саркоматоид карцинома - 8980/3 Карциносаркома
<p>Аденокарциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8140/3 Аденокарцинома, БДУ - 8260/3 Папилляр аденокарцинома low-grade - 8200/3 Тимик карцинома аденоидо-кистоз саркомасимон белгилар билан - 8144/3 Аденокарцинома ичак типи - 8560/3 безли ясси хужайрали карцинома 	<p>Дифференциаллашмаган карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8020/3 Дифференциаллашмаган карцинома, БДУ
<p>NUT-карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8023/3 NUT-карцинома 	<p>Тимик карциномалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8586/3 Тимик карцинома (тимус саратони), БДУ
<p>Тимуснинг нейроэндокрин ўсмалари</p>	
<p>Нейроэндокрин ўсмалар (НЭЎ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8240/3 Типик карциноид - 8249/3 Атипик карциноид 	<p>Нейроэндокрин карциномалар (НЭК)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8041/3 Майда хужайрали карцинома - 8045/3 Комбинирланган майда

	хужайрали карцинома - 8013/3 Йирик хужаёрали нейроэндокрин карцинома
Герминоген ўсмалар	
- 9061/3 Семинома - 9070/3 Эмбрионал саратон (эмбрионал аденокарцинома), БДУ - 9071/3 Сариклик қопи ўсмаси - 9100/3 Хориокарцинома	Тератомалар - 9080/0 Етилган тератома, хавфсиз - 9080/1 Етилмаган тератома, БДУ - 9085/3 Аралаш герминоген ўсма - 9084/3 Тератома соматик типдаги ўсмалар билан - 9086/3 Герминоген, гематологик хавфли ўсмалар билан ассоцирланган
Кўкс оралиғи юмшоқ тўқималари (мезенхимал) ўсмалари	
Ёғ тўқимаси ўсмаси, хавфсиз - 8850/0 Липома, БДУ - 8850/0 Тимолипома (D15)	Ёғ тўқимаси ўсмаси, хавфли - 8850/3 Липосаркома, БДУ - 8851/3 Липосаркома юқори дифференциаллашган - 8852/3 Липосаркома миксоид (аралаш) - 8815/3 Липосаркома плеоморф - 8858/3 Липосаркома дедифференциаллашган
Фибробласт ва миофибробласт ўсмалар - 8821/1 Десмоид фиброматоз - 8815/3 Солитар фиброз ўсма, хавфли, БДУ - 8825/1 Яллиғланишли миофибробластик ўсма - 8811/3 Миксофибросаркома - 8817/0 Кальцинацияланган фиброз ўсма, хавфсиз	Сосудистые опухоли - 9120/0 Гемангиома, БДУ - 9121/0 Каверноз гемангиома - 9122/0 Веноз гемангиома - 9132/0 Мушак ичи гемангиома - 9123/0 Артериовеноз гемангиома - 9170/0 Лимфангиома, БДУ - 9173/0 Кистоз лимфангиома - 9133/3 Эпителиоид гемангиоэндотелиома - 9120/3 Ангиосаркома
Скелет мушаклари ўсмалари - 8900/3 Рабдомиосаркома, БДУ	Нейроген ўсмалар (периферик нервларни) - 8693/3 Буйрак усти безидан ташқари

<ul style="list-style-type: none"> - 8910/3 Эмбрионал рабдомиосаркома - 8912/3 Урчуқсимон хужайрали рабдомиосаркома - 8920/3 Альвеоляр рабдомиосаркома - 8901/3 Плеоморф рабдомиосаркома 	<ul style="list-style-type: none"> параганглиома - 9490/0 Ганглионеврома - 9490/3 Ганглионейробластома - 9500/3 Нейробластома - 9580/0 Донадор хужайрали ўсма - 9580/3 Донадор хужайрали ўсма, хавфли - 9560/0 Шваннома - 9540/3 Периферик нервлар қобиғи хавли ўсмаси
<p>Аниқланмаган дифференцировкали ўсмалар</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9040/3 Синовиал саркома, БДУ - 9041/3 Синовиал саркома, урчуқсимон хужайрали - 9042/3 Синовиал саркома, эпителиоид хужайрали - 9043/3 Синовиал саркома, бифазали - 9364/3 Юинг саркомаси - 9367/3 CIC - реаранжировкаланган саркома - 9368/3 Саркома BCOR генетик ўзгаришлари билан - 9366/3 Юмалоқ хужайрали саркома EWSR1-non-ETS қўшилиши билан 	

Ўсманинг агрессивлиги куйидагича кодланади:

/0 – хавфсиз ўсмалар учун;

/1 дчегарадош ёки аниқланмаган хавфли потенциал билан;

/2 in situ карциномалар ва III даражали эпителий ичи неоплазиялар учун;

/3 хавфли ўсмалар учун

Айрисимон без (тимус) ўсмаларининг босқичлашда Masaoka-Koga таснифи энг кўп қўлланилади. У айрисимон без ўсмалари (тимомалар) ва айрисимон без саратонлари (тимус саратонлари) учун мос келади. Ҳозирги TNM босқичлаш тизими айрисимон без ўсмалари ва тимус саратонлари учун Халқаро айрисимон без ўсмалари тадқиқот гуруҳи (ITMIG - International Thymic Malignancy Interest Group) ҳамда Халқаро ўпка саратонини ўрганиш ассоциацияси (IASLC - International Association for the Study of Lung Cancer) томонидан йиғилган маълумотлар асосида ишлаб чиқилган. Клиник амалиётда ҳар икки таснифдан фойдаланиш мумкин, аммо Masaoka-Koga таснифи ўсманинг микроскопик инвазиясини аниқроқ тавсифлайди, бу эса даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамиятга эга [75].

TNM бўйича айрисимон без эпителиал ўсмалари таснифи (тимома, тимус саратони) (8-чи нашр AJCC, 2018 й.). (12-жадвал)

12-жадвал. TNM бўйича айрисимон без эпителиал ўсмалари таснифи (тимома, тимус саратони)

Бирламчи ўсма (Т категориясини аниқлаш учун инвазия даражаси микроскопик жиҳатдан тасдиқланиши лозим.).	
Тх	Бирламчи ўсма баҳоланиши имконсиз
Т0	Бирламчи ўсма аниқланмайди
Т1	Ўсма айрисимон без ҳудудидан ташқарига чиқмаган ёки кўкс оралиғи ёғ тўқимасига тарқалган; шунингдек, кўкс оралиғи плевраси ҳам зарарланган бўлиши мумкин.
Т1а	Медиастинал плевра зарарланмаган
Т1б	Медиастинал плевра зарарланган
Т2	Ўсма перикардга (қисман ёки бутун қалинлиги бўйича) ўсиб ўтган
Т3	Ўсма ўпкага, брахиоцефал венага, юқори ковак венага, диафрагмал нервга, кўкрак қафасига ўсиб ўтади ёки экстраперикардиал равишда ўпка артерияси ёки венасига тарқалади.
Т4	Ўсма аорта, перикард ичидаги ўпка артерияси, миокард, нафас йўли (трахея) ёки қизилўнгачни зарарлайди.
Регионар лимфа тугунлари	
Нх	Регионал лимфа тугунларини баҳолаш имконсиз
Н0	Регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ
Н1	Олдинги (претимик) лимфа тугунларида метастазлар бор
Н2	Кўкрак қафаси чуқур ва бўйин лимфа тугунларида метастазлар бор
Узоқ метастазлар	
М0	Узоқ метастазлар йўқ
М1	Узоқ метастазлар бор
М1а	Плевра ёки перикарднинг алоҳида зарарланиши
М1б	Ўпка паренхимаси ичидаги тугунлар ва узоқ метастазлар (ўпка, жигар,

суяклар, бош мия)

13-жадвал. Masaoka-Koga таснифи

Босқич	Мезон	TNM босқич (эквивалент)
I	Микроскопик ва макроскопик жиҳатдан тасдиқланган ҳолда ўсманинг без капсуласидан ташқарига чиқмаганлиги, тўлиқ инкапсуляцияланганлиги, капсулага ўсиб кириши мумкин, лекин унинг чегарасидан чиқмаслиги	T1N0M0-I
II	(A) Микроскопик транкапсуляр инвазия, лекин плевра ва перикард зарарланмаган.	T1aN0M0-Ia
	(A) Макроскопик инвазия яқин атрофдаги ёғ тўқимасига, лекин кўкс оралиғи плевраси ва перикард зарарланмаган.	T1aN0M0-Ia
III	(A) Макроскопик инвазия кўшни аъзоларга: кўкс оралиғи плевраси, перикард, ўпка, лекин йирик қон томирларга инвазияланмаган	T1bN0M0-Ib T2N0M0-II T3N0M0-IIa
	(B) Макроскопик инвазия кўшни аъзоларга: перикард, плевра, ўпка, нафас йўли (трахея), қизилўнгач, миокард, шунингдек, йирик қон томирларга инвазия мавжуд	T4N0M0-IIIb
IV	(A) Плеврал ёки перикардиал диссеминация	T ҳар қандай N0-1M0-1a-IVa
	(B) Узок лимфоген ва гематоген метастазлар	T ҳар қандай N ҳар қандай M1b-IVb

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

- Паллиатив (симптоматик) операция, кимётерапия, таргет даволаш, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш;
- Лимфа тугунининг/экстранодал ҳосиладан бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш ёки трепанобиопсия;

- Амбулатория терапияси билан тузатилмаган асоратларни даволаш;
- Симптоматик даволаш ўтказиш.

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

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари ва анамнез

Клиник кўринишлари босқич ва жойлашувига қараб:

- тўш ортида оғриқ
- юқори ковак вена синдроми (бўйин веналарининг кенгайиши ёки бўлмаслиги, бўйин, юз ва елка соҳасида шиш);
- жисмоний зўриқишда нафас қисиши;
- овозда хириллаш;
- ҳолсизлик;
- тунги терлаш;
- субфебрил ҳарорат;
- вазн йўқотиш;

- Барча беморларда шикоятлар ва анамнезни синчиклаб тўплаш тавсия этилади. Бу хавф омиллари ҳамда даволаш тактикаси, ташхис усуллари ва иккинчи даражали профилактикага таъсир қилувчи омилларни аниқлаш учун зарур [2].

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

Кўкс оралиғи ўсмалари кўпинча узоқ вақт давомида симптомсиз кечади ва улар профилактик кўкрак қафаси рентгенологик текширувида тасодифан аниқланади.

Кейинги босқичларда энг кўп учрайдиган белгилари оғриқ бўлиб, бу ўсманинг нерв тўқималари ёки нерв йўғонларига сиқилиши ёки ўсиб кириши натижасида юзага келади.

Хиқилдоқнинг қайтувчи нерви шикастланиши овозда хириллаш билан намоён бўлади, диафрагма нерви шикастланганда эса диафрагма қавати юқори кўтарилади.

Компрессион синдром белгиларидан бири йирик веноз тўқималар, биринчи навбатда, юқори ковак вена сиқилиши ҳисобланади. Беморларда кўкрак қафасида оғрик, нафас қисиши, юз ва тананинг юқори қисмида шиш ва кўкариш, бўйин ва кўкрак қафаси веналарининг кенгайиши кузатилади.

Нафас йўли ва йирик бронхлар сиқилганда йўтал ва нафас қисиши пайдо бўлади. Қизилўнгач сиқилганда дисфагия ривожланиши мумкин.

Физикал текширувлар:

- кўкрак қафасида асимметрия;
- юқори ковак вена синдроми, бўйин веналарининг кенгайиши ёки бўлмаслиги, бўйин, юз ва елка соҳасида шиш;
- юзда цианоз ёки тўлиқ қонга тўйиниш (плетора);
- тез нафас олиш (тахипноэ);

- Юз ва бўйин шишлари, кўкрак қафаси тери ости веналарининг кенгайиши, кўкрак девори деформацияси ва овқатланиш ҳолатини баҳолашни ўз ичига олган синчиклаб физик текширув ўтказиш тавсия этилади [2, 8].

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

Лаборатор текширувлар

- Барча беморларга кўкс оралиғи ўсмаси аниқланган ҳолда қуйидаги таҳлиллар ўтказиш тавсия этилади: умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлили, умумий терапевтик биохимик қон таҳлили, жумладан, қонда мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, умумий (клиник) сийдик таҳлили. Ушбу таҳлиллар химиятерапия ва/ёки нур терапияси бошланишидан кўпи билан 5 кун олдин ўтказилиши керак. Қон таҳлилларида аниқланган махсус ўзгаришлар даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин.

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

Изоҳлар: Периферик қоннинг морфологик таркибидаги ўзгаришлар асосан хавфли ўсмаларда кузатилади. Улар қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: камқонлик (анемия), лейкоцитоз, лимфопения, эритроцитларнинг чўкиш тезлигининг ошиши. Бундай ўзгаришлар шунингдек, яллиғланиш жараёнлари ва системик касалликларда ҳам учраши мумкин.

- Қуйидаги таҳлилларни ўтказиш тавсия этилади: қонда альфа-фетопроtein (АФП) миқдорини аниқлаш, қонда хорион гонадотропини (ХГЧ, эркин бета-

субъединица) даражасини ўлчаш, қонда лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигини аниқлаш. Ушбу таҳлиллар олдинги кўкс оралиғи ўсмаларини герминоген ўсма эҳтимолини аниқлаш мақсадида ўтказилади [11-14]. Шунингдек, қонда ацетилхолин рецепторларига қарши антителолар миқдорини аниқлаш тавсия этилади. Бу миастения гравис ривожланиш хавфини баҳолашга ёрдам беради, ҳатто агар касаллик симптомсиз кечаётган бўлса ҳам [23]

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

Изоҳлар: Қонда альфа-фетопропротеин (АФП) даражасининг ошиши ва хорион гонадотропини (ХГЧ) миқдорининг 1000 мМЕ/мл дан юқори бўлиши хавфли носеминома герминоген ўсмаси мавжудлигидан далолат беради, ҳатто агар морфологик таҳлис "семинома" ёки "етилган тератома" бўлса ҳам.

- **Цитологик текширув:** хужайра ҳажмининг катталашиши, ҳатто гигант хужайралар ҳосил бўлиши, шакли ва ички элементлари сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, контурларининг ўзгариши, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражада етилиш даражаси, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши.
- **Гистологик текширув:** йирик полигонал ёки шипсимон хужайралар, яхши ифодаланган цитоплазма, аниқ шаклланган ядро ва ядрочалар, митозларнинг мавжудлиги, хужайралар хужайрали тузилмалар ёки тугунлар шаклида жойлашиши, кератин ҳосил бўлиши ёки йўқлиги, қон томирларда ўсма эмболларининг мавжудлиги, лимфоцитар-плазмоцитар инфильтрациянинг даражаси, ўсма хужайраларининг митотик фаоллиги.

Инструментал текширувлар:

- Барча беморларга кўкс оралиғи ўсмаси аниқланган ҳолда кўкрак қафаси аъзоларининг мақсадли рентгенографиясини тўғри ва ён проекцияларда ўтказиш тавсия этилади [2].

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

Изоҳлар: Рентгенография қўлланилиши ўсманинг шакли ва жойлашуви, шикастланиш ҳажми, патологик тузилманинг атрофдаги тўқималар ва аъзолар билан топографик-анатомик муносабатлари ҳақида етарлича тўлиқ тасаввур ҳосил қилиш имконини беради. Айрим ҳолларда, ушбу усул орқали жараённинг асли табиати ҳақида тахмин қилиш мумкин. Олдинги юқори кўкс оралиғида энг кўп учрайдиган ўсмалар – айрисимон без ўсмалари (тимома), тератома, лимфома [15]. Олдинги пастки кўкс оралиғида асосан липома ва перикард кисталари учрайди. Орқа кўкс оралиғида кўпроқ нейроген ўсмалар (невринома, шваннома ва бошқалар)

ҳамда бронхоген кисталар локализацияланади.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга кўкрак қафаси аъзоларининг компьютер томографиясини (кейинги ўринларда – КТ) вена ичи болюсли контрастлаштириш билан, қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичи болюсли контрастлаштириш билан ва аёлларда кичик таносил аъзоларининг вена ичи контрастлаштириш билан компьютер томографиясини ўтказиш тавсия этилади [8].

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

Изоҳлар: КТ контрастли кучайтириш билан кўкс оралиғи ўсмаларида аниқлаш ташхиси стандарти ҳисобланади ва кўкс оралиғидаги бирламчи ўсма жараёнларини аниқлашда муҳим роль ўйнайди, олинадиган маълумот ҳажмини сезиларли даражада кенгайтиради ва шу билан унинг шикастланиш эҳтимоли бўлган шакллариининг дифференциал-диагностик диапазонини торайтириб, баъзи беморларда морфологик ташхис қўйиш имконини беради. КТ-ангиография ўсмани аниқлаш, унинг локализацияси ва қўшни аъзолар билан муносабатини аниқлаш, ўсмани мақсадли пункция қилиш, шунингдек, кўкс оралиғи лимфа тугунларида орган ўсмаларининг метастазларини аниқлаш имконини беради [8].

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган ва ўсманинг томирлар билан боғлиқлигига шубҳа қилинган беморларга кўкрак қафаси аъзоларининг магнит-резонанс томографиясини (кейинги ўринларда – МРТ) ўтказиш тавсия этилади [8].

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

Изоҳлар: МРТ тамоман янги ташхис қўйиш имкониятларини очди. МРТ орқали кўкс оралиғи ўсмаси, йирик қон томирлари, трахея ва бронхлар аниқ кўринади, аммо ўсманинг қон томирлар ва кўкрак қафасига инвазиясини аниқлаш қийин. МРТ ўтказиш орқали кўкс оралиғидаги қон томир тузилмалари (шу жумладан, қон томир аномалиялари) ва ўсмавий шикастланишлар ўртасини қўшимча усулларсиз фарқлаш мумкин. Янги ҳосиланинг орган мансублиги ноаниқ бўлган ҳолларда, буни қўшимча текширув усуллари орқали аниқлаш мумкин.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга узоқ метастазларни истисно қилиш, касаллик рецидивини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш мақсадида тўлиқ танани қамраб олувчи компьютер томографияси билан бирга бажариладиган позитрон-эмиссия томографиясини (кейинги ўринларда – ПЭТ-КТ) ўтказиш тавсия этилади [8].

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

Изоҳлар: Кўкс оралиғи ўсма жараёнининг локализацияси ва тарқалиш даражасини аниқлашда ПЭТ ва КТ технологияларининг бирлаштирилиши янги

имкониятларни намоён этмоқда. Тадқиқот натижаларига кўра, ПЭТ-КТ кўкс оралиғи ўсмалари ҳолатини баҳолаш, шунингдек, даволаш самарадорлиги ва рецидивларни ташхис қилишда самаралироқ усул эканлиги аниқланган. 18F-ФДГ (Фтордезоксиклюкоза [18F]) билан ПЭТ-КТ бирламчи босқичлаш учун тавсия этилмайди, аммо плевра шикастланишини ташхис қилишда қўшимча усул сифатида, шунингдек, ўтказилган даволашдан кейин ва нур терапиясини режалаштиришдан олдин назорат мақсадида фойдаланилиши мумкин.

- Трахеяга босим ўтказувчи кўкс оралиғи ўсмаси бўлган барча беморларга трахеоскопия ўтказиш тавсия этилади [2, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - **C** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Трахеобронхиал дарахтини кўздан кечириш трахея ва бронхларнинг ўсма томонидан ёйилиши ва обструкциясини (босим, силжиш) аниқлаш имконини беради. Экзофит компонент мавжуд бўлганда, цитологик ташхисни тасдиқлаш учун тўқималар биопсиясини олиш мумкин. Агар трахея ёки бронх деворига ўсиш кузатилмаса, аммо деформация мавжуд бўлса, трансbronхиал (трахея) пункцион биопсия ўтказиш мумкин.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга морфологик ташхисни тасдиқлаш мақсадида ультратовуш (УЗИ) ёки компьютер томографияси (КТ) назорати остида кўкс оралиғи ўсмасининг трансторакал пункциясини ўтказиш тавсия этилади. [8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - **C** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: Трансторакал пункция кенг ташхис қўйиш имкониятларига эга бўлиб, усулнинг ахборотлилик даражаси 70,0 - 95,0% ни ташкил этади. Кўкс оралиғидаги янги ҳосилалардан олинган пунктатларни тадқиқ қилиш уларнинг хусусиятини аниқлаш, баъзи ҳолларда эса гистогенезини белгилаш имконини беради. Бу эса клиник ташхис қўйиш ва даволаш тактикаси танлашда ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Шунингдек, трансbronхиал ва трансэзофагеал ингичка игнали биопсия усуллари қўлланилади. Бу ташхис усуллари орқали орқа кўкс оралиғи ўсмаларини ва бифуркация, аортопультмонал ҳамда параэзофагеал лимфа тугунларининг метастатик шикастланишини морфологик тасдиқлаш мумкин [16, 17]. Бироқ, клиник-рентгенологик маълумотларга кўра ўсма мутлақо резектабель ҳисобланса ёки миастения гравис мавжуд бўлса, жарроҳлик амалиётидан аввалги гистологик тасдиқ мажбурий ҳисобланмайди.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга трансторакал пункцияни ўтказиш имкони бўлмаган ёки унинг самарасизлиги аниқланган ҳолларда, шунингдек, лимфомани истисно қилиб бўлмайдиган беморларга ташхисий

видеоторакоскопия ўтказиш тавсия этилади. [8].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5)

Изоҳлар: Видеоторакоскопия кўкс оралиғи ўсмасини батафсил визуализация қилиш, унинг тарқалиш даражаси ва атрофдаги аъзо ҳамда тўқималар билан боғлиқлигини аниқлаш имконини беради. Шунингдек, ўсманинг турли қисмларидан мақсадли биопсия олиш ва морфологик ташхисни 90,0% дан ортиқ ҳолларда тасдиқлаш имконияти мавжуд. [18].

- Қорин бўшлиғи аъзоларининг комплекс ультратовуш текшируви (кейинги ўринларда – УТТ), бўйин лимфа тугунлари ва периферик лимфа тугунларини УТТ орқали баҳолаш кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар КТ контрастли кучайтириш билан ўтказиш имкони бўлмаса, тавсия этилади. [2].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5)

Изоҳ: Кўкс оралиғининг хавфли ўсмаларида ультратовуш текширувининг асосий вазифаси – қорин бўшлиғи аъзолари, қорин парда орти ҳудуди ва ўмров усти, бўйин ҳамда қўлтиқ ости лимфа тугунларида лимфоген ва гематоген узок метастазларни аниқлашдан иборат.

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар суяк тўқималарининг метастатик шикастланишига шубҳа туғилса, бутун тана суякларининг сцинтиграфиясини (остеосцинтиграфия) ўтказиш тавсия этилади. [2, 8].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5)

- Барча кўкс оралиғи ўсмаси бўлган беморларга, агар бош мияга метастатик шикастланишдан шубҳа қилинса, бош миянинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) ёки компьютер томографиясини (КТ) вена ичи контрастлаштириш билан ўтказиш тавсия этилади. [8].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5)

Изоҳлар: Бош миянинг метастатик шикастланишига шубҳа қилинганда ушбу текширув ўтказилади.

Бошқа диагностик текширувлар

- Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма тўқимасини патолого-анатомик тадқиқ қилиш тавсия этилади. [2, 8].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5)

Изоҳ: Морфологик хулосада қуйидаги параметрларни акс эттириш тавсия этилади:

1. Проксимал ва дистал резекция чегараларигача бўлган масофа.
2. Ўсманинг ўлчамлари.
3. Ўсманинг гистологик тузилиши.
4. Ўсманинг дифференцияция даражаси.
5. Проксимал резекция чегарасининг шикастланиш ҳолати (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).
6. Дистал резекция чегарасининг шикастланиш ҳолати (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).
7. Лимфоваскуляр ва периневрал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам қайд этилиши керак).

- Патолого-анатомик тадқиқотда биопсия ёки жарроҳлик йўли билан олинган материални иммуногистохимик усуллар орқали таҳлил қилиш тавсия этилади. Шунингдек, ўсма тўқимасининг биологик материални иммуноцитохимик тадқиқ этиш орқали унинг аъзога мансублиги ва гистогенезини аниқлаш мумкин. [8].

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

Изоҳлар: Дифференцияланмаган ўсмалар ҳолатида иммуногистохимик тадқиқот уларнинг тўқима ёки ҳатто аъзога мансублигини аниқлаш имконини беради. Бу эса янги ҳосиланинг метастатик келиб чиқишини тасдиқлаш ёки инкор этишга ёрдам беради ҳамда бирламчи ўчоқни аниқлаш имконини оширади.

- Агар УТТ ёки КТ назорати остида ўтказилган биринчи трансторакал биопсия ахборотли бўлмаса ва беморда лимфома ҳамда юқори ковак венаси компрессияси синдроми бўлишига шубҳа қилинса, парастернал медиастинотомия ва ўсманинг биопсиясини ўтказиш тавсия этилади. [13].

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

Изоҳ: Кўкс оралиғининг лимфопрлифератив ўсмаси ҳолатида иммуногистохимик (ИГХ) тадқиқот ўтказиш зарур бўлиб, бу биопсия материалининг сифати ва ҳажмига алоҳида талаблар қўяди. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, биринчи трепан-биопсия ахборотли бўлмаган ҳолларда, кейинги уринишлар ташхис қўйиш самарадорлигини оширмайди, аммо шифокорлик даволашини кечиктириши мумкин, бу айниқса компрессия синдроми бўлган беморлар учун муҳимдир. Шу сабабли, бундай ҳолларда парастернал медиастинотомия орқали очиқ биопсия ўтказиш тавсия этилади.

- Ўсма ҳажми 5 см дан кичик, инвазия ва юқори ковак венаси компрессияси мавжуд эмас, шунингдек, ўсма чуқур жойлашган ва кўкрак девори билан контакт қилмаган ҳолларда, морфологик тасдиқлашдан олдин даволовчи-диагностик торакоскопик резекция ўтказиш тавсия этилади. [13].

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

Изоҳ: Агар морфологик тасдиқни минимал инвазив усуллар билан амалга ошириш имкони бўлмаса ва ўсма кўкрак девори билан контакт қилмаса, даволовчи-диагностик резекцияни ўтказиш масаласини кўриб чиқиш лозим. Бу усул айниқса, ўсманинг ўлчами 5 см дан кичик, инвазив ўсиш ва юқори ковак венаси компрессияси мавжуд бўлмаган ҳолларда мақсадга мувофиқдир. Шу билан бирга, анъанавий жарроҳлик усуллари (торакотомия, стернотомия) юқори даражада травматик бўлгани сабабли, бундай ҳолатларда жарроҳлик амалиётини торакоскопик усулда ўтказиш афзал ҳисобланади.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғриқ, хансираш, йўтал, хаво етишмаслиги, қон туфлаш ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини ендиш учун;

5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:

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

1) Беморникузатув картаси, бемор маршрутизацияси: йўқ.

2) Паллиатив номедикаментоз даво:

- Беморхона ва госпиталларда қўлланиладиган ҳаракатланиш режимлари тўртга бўлинади:

I – қатъий тўшакда, II – тўшакда, III – палата (ярим тўшакда), IV – эркин (умумий).

- Неoadъювант ёки адъювант кимё терапияси ўтказилаётганда III (палата) режим тавсия этилади.

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки даврда II (тўшакдаги) режим сақланади, кейинчалик бемор ҳолати яхшиланиб, жарроҳлик яраси битишига қараб III ва IV режимларга ўтиш тавсия этилади.

- Диета:

Жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки даврда – очлик тавсия этилади, кейинчалик 15-стол диетасига ўтиш тавсия қилинади.

Кимё терапияси олаётган беморлар учун ҳам 15-стол диетаси қўлланилади.

Паллиатив нур терапияси.

Нур терапияси учун кўрсатмалар:

- Резектабел бўлмаган ўсмаларни даволашда;
- Беморнинг жарроҳлик амалиётдан бош тортиш ҳолатида.

Нур терапиясига қарши кўрсатмалар

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- Беморнинг психик жиҳатдан ноадекват ҳолати;
- Нур касаллиги;
- 38°C дан юқори гипертермия;
- Карновский шкаласи бўйича 50% ёки ундан паст бўлган оғир ҳолат.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- Ҳомиладорлик;
- Декомпенсация босқичидаги касалликлар (юрак-қон томир тизими, жигар, буйрак);
- Сепсис;
- Фаол ўпка сил касаллиги;
- Ўсманинг тарқалиши (қон кетиш хавфи);
- Қон таркибида доимий патологик ўзгаришлар (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);

- Кахексия.

Нур терапиясининг турлари:

- Фотон терапияси (юқори энергияли тормозланиш нурланиши, гамма терапия);
- Корпускуляр терапия (юқори энергияли тезкор электронлар, протон, ион ва нейтрон терапияси).

Нур терапияси усуллари (вақт бўйича дозани фракциялаштириш режимлари):

а) Классик (стандарт) фракциялаштириш режими: БМЎД (бир марталик ўчоқли доза) 1,8-2,4 Гр. Ҳафтасига 5 фракциягача. Бўлинган ёки узлуксиз курс СЎД (умумий очағли доза) 20,0-70,0 Гр.

б) Гипофракциялаштириш режими: БМЎД >2,5 Гр. Ҳафтасига 5 фракциягача. Бўлинган ёки узлуксиз курс. СЎД >15,0 Гр.

в) Гиперфракциялаштириш (мультифракция) режими: БМЎД 1,0-1,25 Гр. Кунда 2 марта (орасида 4-6 соат ёки 18-20 соат интервал). Бўлинган ёки узлуксиз курс СЎД 20-70 Гр.

г) Стереотаксик радиожарроҳлик (SRS): Бир марталик юқори доза (БМЎД 12 Гр ва ундан юқори). Стереотаксик техника қўлланади. Аниқ чегарали, 3 см гача бўлган ўсмалар учун

д) Стереотаксик нур терапияси (SRT): Катта фракцияли нурланиш. 2-5 фракция. БМЎД > 7,0 Гр хар куни. СЎД > 14 Гр

е) Томотерапия томоаппаратларда. Юқори технологияли нур терапиясининг (РТМ) бир варианты сифатида томотерапия махсус тизимли тезлаткичларда – томоаппаратларда ўтказиладиган спирал (геликал "helical") нурланиш усули ҳисобланади. Сеанс давомида томоаппаратнинг нурланиш боши ва лепестоклари бир вақтда ротацион ҳаракат қилади (секторли IMRT), шу билан бирга столнинг узлуксиз узунламасига ҳаракатланиши таъминланади. Спирал томотерапия – тасвир асосида бошқариладиган (IGRT) юқори аниқликдаги нур терапияси бўлиб, у нурланиш пучкини аниқ йўналтириш ҳамда атрофдаги соғлом тўқималарни ҳимоя қилиш имконини беради. Бу усул даволаш жараёни давомида анатомик тузилмаларни визуализация ва локализация қилиш ҳисобига амалга оширилади. Ҳар бир йўналишда модуляцияланган нур доғлари нафақат аниқ фокусланади, балки юқори конформликка эга. Бир қатор тизимлар майда дозаларнинг сферик тақсимотини таъминлайди, лекин томотерапия ноодатий шаклли, шу жумладан, мураккаб ва ўйиқ нишонлар учун дозани ўзгартириш имконини беради. Яқка

дозалар ва умумий ўчоқли дозаларни етказиб беришда стандарт фракциялаштириш методлари қўлланилади. Аммо томотерапия асосан гипофракциялаштиришга йўналтирилган бўлиб, РОД <2,5 Гр этиб белгиланади.

Нур терапия усуллари

- Дистанцион НТ:
- 2-х ўлчамли конвенциал (стандарт) нур терапия (2D RT);
- 3-х ўлчамли конформ нур терапия (3D CRT);
- интенсив-модулирланган нур терапия (IMRT);
- суратлар бўйича бошқариладиган нур терапия (IGRT);
- нафас билан синхронлаштирилган нур терапия (4D RT);
- томоаппаратларда томотерапия;
- стереотаксик радиохирургия (SRS);
- стереотаксик радиотерапия (SRT);
- интраоперацион нур терапия (IORT);
- брахитерапия.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

- Рентген симулятори;
- Виртуал симуляция функциясига эга компьютер томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Виртуал симуляция функциясига эга магнит-резонанс томографи (текис стол декаси, ташқи лазер тизими ва ҳ.к.);
- Со-60 асосидаги дистанцион гамма-терапия аппарати;
- 4-6 Мэв чегаравий энергияга эга паст энергияли чизиқли тезлатгич;
- 6-15-18 Мэв чегаравий энергияга эга юқори энергияли чизиқли тезлатгич;
- Томотерапия аппарати;
- Интраоперацион нур терапияси аппарати;
- Со-60 ёки Ir-192 ионизирловчи манбаларга эга брахитерапия аппарати.

Бош мияга метастазларда нур терапия.

2. С1 бўйин умумртқасигача бош мияни тотал нурлантириш:

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

3. Бош мияни локал нурлаш

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

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

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

Операция олди нур терапияси: Кўкс оралиғи соҳасига 2 Гр ҳар куни, СОД 38-40 Гр гача.

"Шошилич нур ёки кимё терапияси" тушунчаси мавжуд. Бу усул кўпроқ кўкс оралиғининг хавфли ўсмаларида, юқори ковак венаси босилиши синдроми билан қийинлашган ҳолларда қўлланилади. Бундай беморларда мурасасиз ҳолатда ва яхши ахволга қайтиш учун морфологик ташхис тасдиқланмасдан даволашни бошлаш мумкин. Агар беморнинг оғир ҳолати туфайли инвазив ташхисий усуллар қўллаб бўлмаса, морфологик верификациясиз шишларга қарши даволаш бошлаш ҳақида қарор қабул қилиниши мумкин. Муҳим шарт: Бу қарор фақат консилиум томонидан қабул қилинади. Консилиум таркиби: жарроҳ, нур терапевти, кимё терапевти ва рентгенолог. Бу қарор беморнинг касаллик тарихида расмий тарзда қайд этилиши лозим. Бемор ҳолати яхшиланган сари, морфологик ташхисни тасдиқлаш уринишлари қайта тикланади.

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

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

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

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

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

Янги музлатилган плазма:

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

3) Паллиатив медикаментоз даволаш

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

Паллиатив кимё терапия.

Кимё терапия – бу махсус препаратлар, цитостатиклар ёрдамида саратон ҳужайралар ини йўқ қилиш ёки ўсишини секинлаштиришга қаратилган ҳавфли саратон ўсмаларини медикаментоз даволашдир. Кимётерапия билан саратонни даволаш индивидуал равишда танланган маълум бир схема бўйича мунтазам равишда амалга оширилади. Одатда, ўсма кимётерапияси схемалар и дориларнинг маълум комбинацияларини қабул қилишнинг бир неча курсларидан иборат бўлиб, шикастланган тана тўқималар ини тиклаш учун дозалар орасидаги паузалар қилиш билан ўтказилади.

Буюрилиш мақсадига қараб кимё терапиянинг бир неча тури фарқланади.

Паллиатив кимё терапия тарқалган турларида қўлланилади.

Паллиатив кимё терапия метастатик ўсмалар ни кичрайтириш уун қўлланилади.

Кимё терапия ўсманинг локализацияси ва турига қараб турли схемалар да буюрилади ва ўз хусусиятларига эга.

Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар :

- гистологик тасдиқланган кўкс оралиғи ўсмалари;
- маҳаллий тарқалган ўсмалар ни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узоқ аъзоларда метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати кўрсаткичлари қониқарли бўлиши;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- бемор операциядан бош тортганда;

Паллиатив кимё терапияга қарши кўрсатмалар :

Кимё терапияга қарши кўрсатмалар икки гуруҳга бўлиш мумкин: абсолют ва нисбий.

Абсолют қарши кўрсатмалар :

- гипертермия >38 градус;
- декомпенсация босқичидаги касалликлар (юрак-қон томир , нафас олиш тизими, жигар, буйрақлар);
- ўткир инфекцияон касалликларнинг мавжудлиги;
- психик касалликлар;
- битта ёки бир нечта мутахассислар томонидан тасдиқланган, ушбу давонинг самарасизлиги;
- ўсмани парчаланиши (қон кетиш ҳавфи);
- Карновский шкаласи бўйича 50% ва ундан кам бемор умумий аҳволининг оғирлиги (1-иловага қаранг).

Нисбий қарши кўрсатмалар :

- 16-18 ҳафталик ҳомиладорлик;
- организм интоксикацияси;
- фаол ўпка туберкулези;
- қон таркибининг турғун патологик ўзгаришлари (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- кахексия.

14-жадвал. Айрисимон без ўсмалари учун тавсия этиладиган кимё терапияси схемалари.

I линия реживлари	
Тимома	Тимус саратони
<p>САР <1> [24] #Цисплатин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун Доксорубицин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун #Циклофосфамид** 500 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 8 курс</p>	<p>ТС <1> [24] #Паклитаксел** 200 мг/м² в/и 1-чи кун #Карбоплатин** АУС 5 - 6 в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача</p>
<p>АДОС [24] Доксорубицин** 40 мг/м² в/и 1-чи кун #Цисплатин** 50 мг/м² в/и 1-чи кун #Винкристин** 0,6 мг/м² в/и 3-чи кун #Циклофосфамид** 700 мг/м² в/и 4-чи кун Цикл ҳар 21-28 кунда максимал 5 курсгача</p>	
<p>ЕР [21] #Этопозид** 120 мг/м² в/и в 1-3 кунлар #Цисплатин ** 60 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6-8 курсгача</p>	
<p>САРР: САР + преднизолон** [22] Цисплатин** 30 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Доксорубицин** 20 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Циклофосфамид** 500 мг/м² в/и 1-чи кун Преднизолон** 100 мг кунига ичишга 1-5 кунлар Цикл ҳар 21 кунда максимал 3-4 курсгача</p>	
II линии ва кейинги линия режимлари	
Тимома	Тимус саратони
<p>ЕР [24] #Этопозид** 60 мг/м² в/и 1-3 кунлар #Цисплатин** 120 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6-8 курсгача.</p>	<p>ТС <1> [24] #Паклитаксел** 200 мг/м² в/и 1-чи кун #Карбоплатин** АУС 5 - 6 в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача (Агар ушбу режим аввал қўлланилмаган</p>

<p>(Этопозид*** монотерапия тарзида, шу жумладан, таблетка шаклида ҳам тайинланиши мумкин.)</p>	<p>бўлса ёки ремиссия даври 6 ойдан ортиқ бўлса)</p>
<p>GEM +/- CAP [21] #Гемцитабин** 1000 мг/м² в/и в 1-чи ва 8-чи кунлар #Капецитабин** 650 мг/м² х кунига 2 маҳал (1300 мг/м²/сут) ичишга 1-14-чи кунлар Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача (Гемцитабин монотерапияси мумкин: 1000 мг/м² 1-, 8-, 15-кунларда, ҳар 21 кунда, прогрессиягача)</p>	
<p>ПЕМЕТРЕКСЕД [18] #Пеметрексед** 500 мг/м² в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда максимал 6 курсгача</p>	
<p>ОКТРЕОТИД** +/- преднизолон** <2> [17] #Октреотид** қисқа таъсирлидан бошлаб: 100 мкг 3 марта/кун, т/о, 14 кун. Кейин: пролонгланган шакли 20 - 30 мг в/м, ҳар 28 кунда, 1 йилгача. Комбинацияда: #Октреотид** 0,5 мг т/о 3 марта/кун, ҳар куни + #Преднизолон** 0,6 мг/кг ичишга 4 марта/кунига.</p>	
<p>CODE [17] #Цисплатин** 25 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 7 кунда #Винкристин** 1 мг/м² в/и 1-чи кун, 1, 2, 4, 6 ва 8 ҳафталар Доксорубицин** 40 мг/м² в/и 1-чи кун, 1, 3, 5, 7 ва 9 ҳафталар #Этопозид** 80 мг/м² в/и в 1-3 кунлар, 1, 3, 5, 7 ва 9 ҳафталар ГКСФ қўллаб-қувватловчи терапияси циклининг 3-кундан 5-кунгача талаб этилади.</p>	
<p>VIP*** [24]. #Цисплатин** по 20 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача; #Ифосфамид** 1200 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача; #Этопозид** по 75 мг/м² 1-чидан 4-чи кунгача, ҳар 3 ҳафтада >Ifосфамид инфузиясидан 15 дақиқа олдин 240 мг/м² дозада вена ичига месна препаратини мажбурий қўшиш талаб этилади. Цикл ҳар 21 кунда, максимал 4 курс</p>	

<1> мақадга мувофиқ режим

<2> Агар кимё терапияни кўтара олмаса ёки унга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, октреоскан-позитив тимома ва карциноид синдроми бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Таргет ва иммунотерапия

- Кимё терапия самарасиз бўлганда ва кўтара олмаганда [24] таргет ёки иммунотерапия қўлланилиши мумкин

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 3)

Изоҳлар: Плазмада VEGF, FGF юқори концентрацияси, ўсмада PDGF мембрана гиперэкспрессияси ва с-KIT мутацияси (экзон 9 - 17) аниқланган ҳолатларда таргетли препаратлар (L01: Ўсмага қарши препаратлар) ўрганила бошланган. С-KIT ген мутацияси айрисимон без карциномасининг 10% дан кўпроқ ҳолатларида учрамайди, тимомаларда эса умуман мавжуд эмас.

#Пембролизумаб// II линия терапиясида айрисимон без карциномаси бўлган беморларда ўз самарадорлигини кўрсатган: Объектив таъсир частотаси – 22,5%. Ўсма ўсишини назорат қилиш – 75%. Ўртача умумий тирик қолиш (ОВ) – 24,9 ой. Бироқ, ушбу даволаш усули юқори автоиммун асоратлар хавфи (15%) билан боғлиқ. 3 - 4-даражали автоиммун миокардит 5 - 9% ҳолатларда учраган. Тимомаларда #Пембролизумаб** қўллаш тавсия этилмайди.

#Сунитиниб** II линия терапиясида айрисимон без карциномаси учун тайинланади ва с-KIT мутациясига боғлиқ эмас, аммо тимомада қўлланилмайди. Thomas A. (2015) 2-фаза тадқиқот натижалари: Объектив жавоб частотаси – 26%. Ўсма ўсишини назорат қилиш – 91%. 17 ойлик кузатувдан сўнг: Тимома беморлари учун умумий тирик қолиш медианаси – 15,5 ой. Айрисимон без карциномаси бўлган беморларда умумий тирик қолиш медианасига эришилмаган. Энг жиддий ножўя таъсир: 3-даражали кардиомиопатия 8% беморларда кузатилган. STYLE (2023) 2-фаза тадқиқот натижалари: Объектив жавоб частотаси – 21,7% (90% ДИ: 9,0% - 40,4%). Прогрессиясиз тирик қолиш медианаси – 8,8 ой (95% ДИ: 5,3 - 11,1). Умумий тирик қолиш медианаси – 27,8 ой (95% ДИ: 13,2 - 53,2). Энг кенг тарқалган асоратлар: Чарчок, гипертония, диарея ва оғиз мукозити. Шу сабабли: 45,2% ҳолатда препарат қабул қилиш графиги ўзгартирилган. 41,9% ҳолатда доза мослаштирилган. Италиянинг TUME (2022) ретроспектив тадқиқоти 37,5 мг дозада сунитиниб ўрганилган. Объектив жавоб частотаси – 31,6%. Самарали ва бошқариш мумкин бўлган токсиклик профили намоён бўлган. [11].

#Эверолимус** ҳам рефрактер тимомада, ҳам айрисимон без карциномасида қўлланилиши мумкин. Объектив жавоб частотаси – 11%. Ўсма ўсишини назорат

қилиш – 88% ҳолатларда. Муҳим асорат: 4-даражали пульмонит 5% беморларда кузатилган.

Иммун ва таргет терапия режимлари 15-жадвалда келтирилган.

15-жадвал. Тимома ва айрисимон без карциномасида таргет ва иммунотерапия режимлари.

Тимомы	Тимус саратони
#Эверолимус** [19] 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча	#Эверолимус** [19] 10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча
	#Пембролизумаб** [18] 200 мг в/и 1-чи кун Цикл ҳар 21 кунда Максимал2 йилгача, прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча
	#Сунитиниб** [12] 50 мг/сут. ичишга ҳар куни 4 ҳафта 2 ҳафта танаффус билан прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча Максимал доза - 87,5 мг/сут. Минимал доза - 25 мг/сут.

III - IVa босқичларда маҳаллий тарқалган ўсма жараёни мавжуд бўлишига қарамай, агар рецидив кузатилса (тимомада 10 - 15%, айрисимон без карциномаси ва тимик нейроэндокрин ўсмаларда 30% гача), ёки касаллик прогрессия қилса, жарроҳлик даволаш имкониятларини қайта баҳолаш мақсадга мувофиқ. Даволаш тактикаси аввал ўтказилган терапия ва метастазлар жойлашувига боғлиқ. Муҳим жиҳат: Олдин кўкс оралиғи аъзоларига НТ ўтказилган ҳолларда, кимё терапияси билан боғлиқ кардиотоксиклик хавфи юқори бўлиши мумкин. Ушбу беморлар учун даволаш алгоритми иловада келтирилган.

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

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси

Алкилловчи агентлар – платина комплекс бирикмалари	цисплатин	50-75мг/м2 1-чи кун, в/и	А
	карбоплатин	AUC 5-6 1-чи кун, в/и	А
Микронайча ингибиторлари – таксанлар	паклитаксел	200 мг/м2 1-чи кун, в/и	А
Ўсмага қарши антибиотиклар – антрациклинлар	доксорубицин	50 мг/м2, 1-чи кун, в/и	А
Алкилловчи воситалар	Циклофосфамид	500 мг/м2 в/и 1-чи кун	А
Ўсимлик келиб чиқувчи ўсмага қарши воситалар	Винкристин	0,6 мг/м2 в/и 3-чи кун	А
Алкилловчи агентлар– хлорэтиламинлар	ифосфамид	1200 мг/м2, 1-4 кунлар, в/и	В
Акролеин антидоти	месна	400 мг/м2, кунига 3 маҳал 1-5 кунлар, в/и	В
Антиметоболитлар– цитидин аналоглари	гемцитабин	1000 мг/м 2 11-чи, 81-чи ва 151-чи кун, в/и	А
Антиметаболитлар	Капецитабин	650 мг/м2 х кунига 2 маҳал (1300 мг/м2/сут) ичишга 1-14-чи кунлар	А
Ингибиторы II ингибитори	этопозид	100-120 мг/м2 1-5 кун ёки 1-3 кунлар, в/и	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	пеметрексед	500 мг м2 кунига 1 маҳал в/и	А
Ўсмага қарши гормонал воситалар ва гормонлар антогонистлари	Октреотид	Қисқа таъсирли 100 мкг 3 р/сут. т/о, 14 кун; Пролонгирланган шакли 20 - 30 мг дан в/м ҳар 28 кунда 1 йилгача;	А

		Комбинацияда: 0,5 мг т/о кунига 3 маҳал ҳар куни	
Пролифератив сигнал ингибиторлари(mTOR ингибиторлари)	Эверолимус	10 мг ичишга ҳар куни прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча	В
PD-1 ингибитор гуруҳи моноклонал антитаналар	Пембролизумаб	200 мг в/и 1-чи кун. Цикл ҳар 21 кунда. Максимал 2-йил прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча	В
Ўсмага қарши воситалар —протеинкиназа ингибиторлари	Сунитиниб	50 мг/сут. ичишга ҳар куни 4 ҳафта 2 ҳафталик танаффус билан прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсиклик кузатулгунча. Максимал доза - 87,5 мг/сут. Минимал доза - 25 мг/сут.	В
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-2018/16193		

17-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга).

Дори гуруҳи	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Ишончлили к даражаси
-------------	-----------------------	--------------	----------------------

Бисфосфонатлар гуруҳига мансуб суяк резорбцияси ингибиторлари	Памидрон кислота	90мгв/и 4-соатлик инфузия 3-4 ҳафтада 1 марта	В
	Золедрон кислота	в/и томчилаб 15 дақиқа давомида 4 мг 3-4 ҳафтада 1 марта	В
Суяк резорбцияси ингибиторлари.	деносумаб	120 мг подкожно	А
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левофлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В
	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Боршқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиринолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-

	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислота	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Юклаш (ҳавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/		

***NB!** Кўшимча дори-дармон билан даволаш ривожланган асоратларни даволаш протоколларига мувофиқ амалга оширилади.*

6. Паллиатив жарроҳлик аралашуви.

Операция тури	Кўрсатмалар
Диагностик операция	Ташхисни тасдиқлаш мақсадида морфологик таҳлил учун биопсия материални олиш мақсадида очик ёки торакоскопик жарроҳлик амалиёти ўтказиш.
Кўкс оралиғини декомпрессияси	Кимё-нур терапиясига юқори сезувчан, атрофдаги тузилмаларга инвазия қилувчи ўсмалар; хавфли ўсмани комплекс радикал олиб ташлаш имконияти йўқлиги.
Паллиатив операция	Торакотомия ва стернотомия орқали ўсманинг асосий қисмини олиб ташлаш.

Кўкс оралиғи ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш торакал онкологиянинг энг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу турли хил гистогенезга эга бўлган бирламчи ўсмалар ва уларни тақлид қилувчи кўкрак қафаси тузилмаларининг клиник ва рентгенологик белгилари ўхшашлиги, шунингдек, ташхиснинг морфологик тасдиғини олишдаги қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу ҳолатлар кўпинча ташхисда ва даволаш тактикасини танлашда хатоларга олиб келади.

Фақат аниқ морфологик ташхисни билиш орқали энг самарали даволаш тактикасини аниқлаш мумкин.

Ташхис тасдиқланганидан сўнг, аввало ўсманинг резектабеллик даражасини баҳолаш зарур.

Жарроҳлик даволаш учун мутлақ қарши кўрсатмалар:

- Юқори кавак вена синдромининг II–III даражадаги оғир кўриниши (бўйин, юз, кўкрак девори веналарининг кенгайиши, цианоз, веноз босимнинг 200 мм.

симоб устунидан юқори бўлиши).

- Олис аъзоларга метастазлар (ўмров усти ва қўлтиқ ости лимфа тугунларидан ташқари).
- Рентгенологик ва эндоскопик тасдиқланган ўсманинг қизилўнгачга ўсиб ўтиши (резекция имкониятини баҳолаш зарур).
- Рентгенологик ва эндоскопик белгиларга кўра трахея ва бош бронхларга ўсманинг ўсиб ўтиши.

Паллиатив операциялар ва синаш мақсадида ўтказилган торакотомия ва стернотомиялардан кейин радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилиши тавсия этилади, ҳатто радиорезистент ўсмаларда ҳам, чунки бу беморларга ёрдам беришнинг ягона имконияти ҳисобланади.

Резектабел бўлмаган ҳавfli кўкс оралиғи ўсмаларини даволашда, радикал дастур бўйича ўтказилган нур терапияси натижалари ва ўсманинг гистогенезига қараб, кейинчалик умумий резорбтив кимё терапиясини қўллаш мақсадга мувофиқлиги баҳоланади. Агар шошилиш гистологик таҳлил натижаларига кўра, ҳавfli лимфома фақат кўкс оралиғи билан чекланган бўлса, ҳатто резектабель шаклларда ҳам даволаш тактикаси икки хил бўлиши мумкин: ўсмани тўлиқ олиб ташлаш ёки жарроҳлик босқичини биопсия билан чеклаш. Ҳар икки ҳолатда ҳам мос консерватив ўсмага қарши даволаш усуллари қўлланилади.

Чекланган шаклдаги лимфогранулематоз, ҳавfli лимфомалар ва резектабелликка шубҳа туғдирадиган ҳавfli тимомаларда даволаш полихимё терапиядан бошланади. Бундай тактика: Касалликнинг умумий симптомларини бартараф этиш, Ўсма массасини камайтириш, Кейинчалик кўкс оралиғидаги нурлантириш майдонини қисқартириш, Ҳаётий муҳим аъзоларга боғлиқ асоратлар эҳтимолини камайтириш имконини беради. Агар ўсманинг тўлиқ резорбцияси кузатилмаса, жарроҳлик аралашуви амалга оширилиши мумкин. Бунда "қолдиқ ўсма" олиб ташланиб, гистологик таҳлил ўтказилади, ва унинг натижаларига асосан кейинги даволаш тактикаси белгиланади.

7. Кейинги даво:

Вояга етган беморлар, агар кўкс оралиғи ўсмалари учун кимё-нур терапиянинг паллиатив курсларини давом эттиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, шифокор-онколог кузатуви ва аналгетик (агар керак бўлса, наркотик), симптоматик терапия тавсия этилади [3].

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

Кўкрак қафаси рентген текшируви, периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзолари УТТси, кўкрак қафаси МСКТси, қорин бўшлиғи, кичик чаноқни МСКТ/МРТ си клиник кўрсатмалар га кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади [6]

Ремиссияга кирган беморларни диспансер назорати:

- Даволаш тугатилгандан кейин биринчи йил – ҳар 3 ойда 1 марта.
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда 1 марта.
- Учинчи йилдан бошлаб – 5 йил давомида йилига 1 марта.

Текширув усуллари:

- Умумий қон таҳлили
- Биокимёвий қон таҳлили (оқсил, креатинин, мочевино, билирубин, АЛТ, АСТ, қондаги глюкоза)
- Коагулограмма (протромбин индекси, фибриноген, фибринолитик фаоллик, тромботест)
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси (2 проекцияда)
- Кўкрак қафаси ва кўкс ораллиғи аъзоларининг компьютер томографияси

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- «Ўсма жавоби» – ўтказилган даволашдан кейин ўсманинг регрессияси.
- Рецидивсиз яшовчанлик – уч ва беш йиллик кузатув.
- «Ҳаёт сифати» – беморнинг жисмоний ҳолатидан ташқари психологик, эмоционал ва ижтимоий фаоллигини ҳам ўз ичига олади.

Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:

Тўлиқ самара - бу камида 4 ҳафта давомида барча ўчоқларнинг йўқолиши.

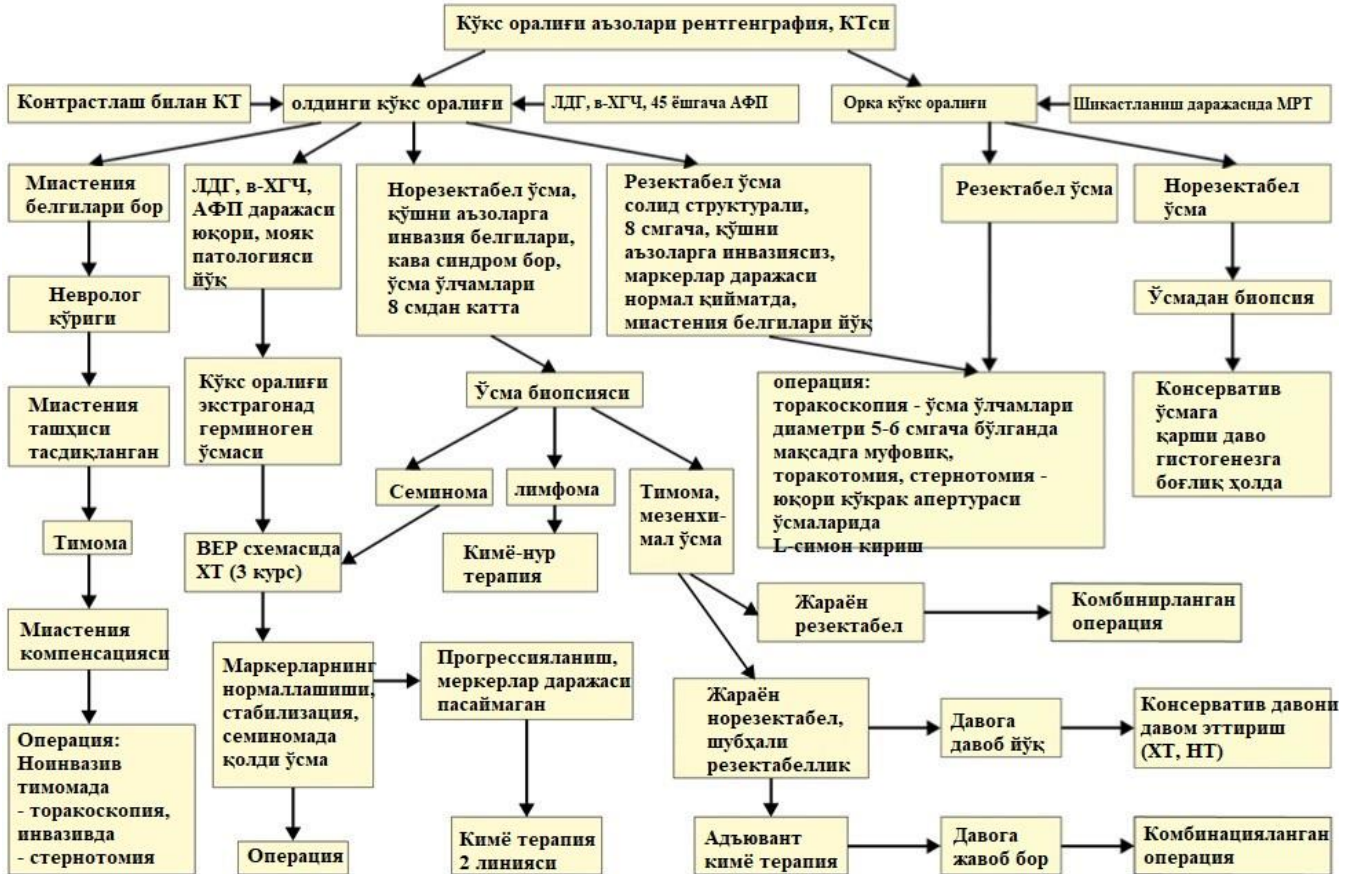
Қисман самара - бошқа ўчоқлари прогрессиянинг йўқлигида барча ёки алоҳида ўсмалар нинг 30% ёки ундан кўп кичрайиши ҳисобланади.

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда, ўсманинг 30% дан кам кичрайиши ёки 20% дан кам катталашиши.

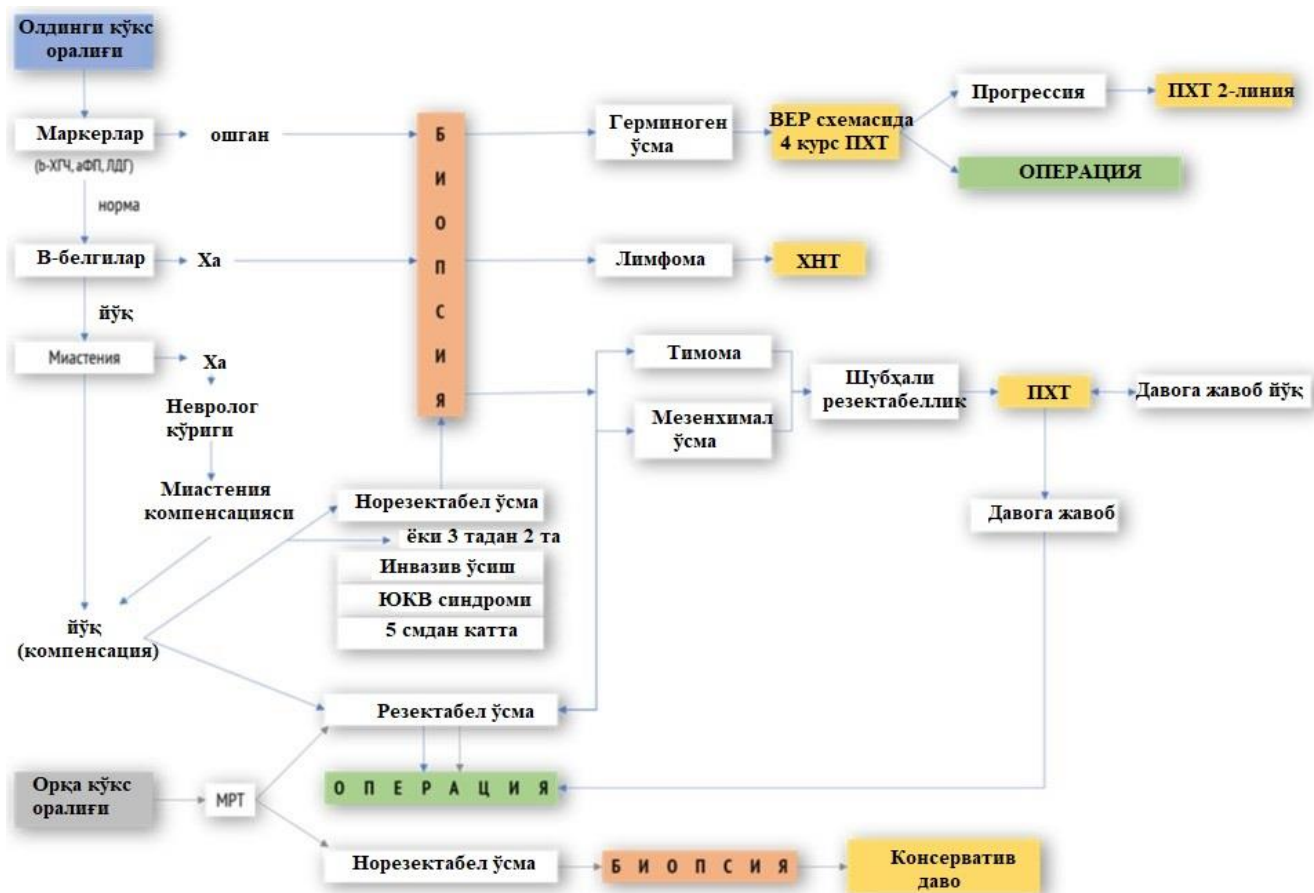
Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 20% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

ШИФОКОР ҲАРАКАТИ АЛГОРИТМИ

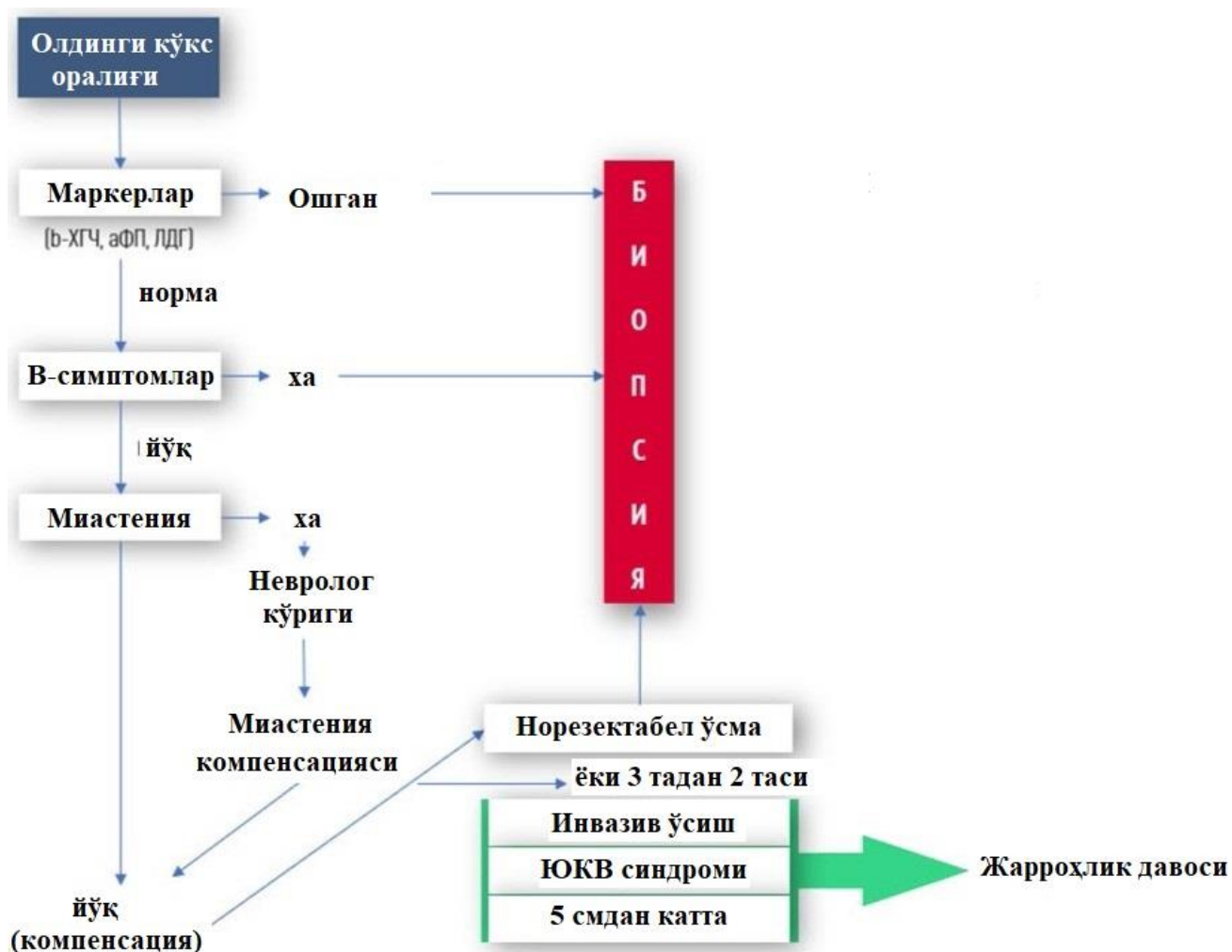
КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ БЕМОРЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ



Айрисимон без ўсмалари эрта боскичларини ташхислаш ва даволаш алгоритми.



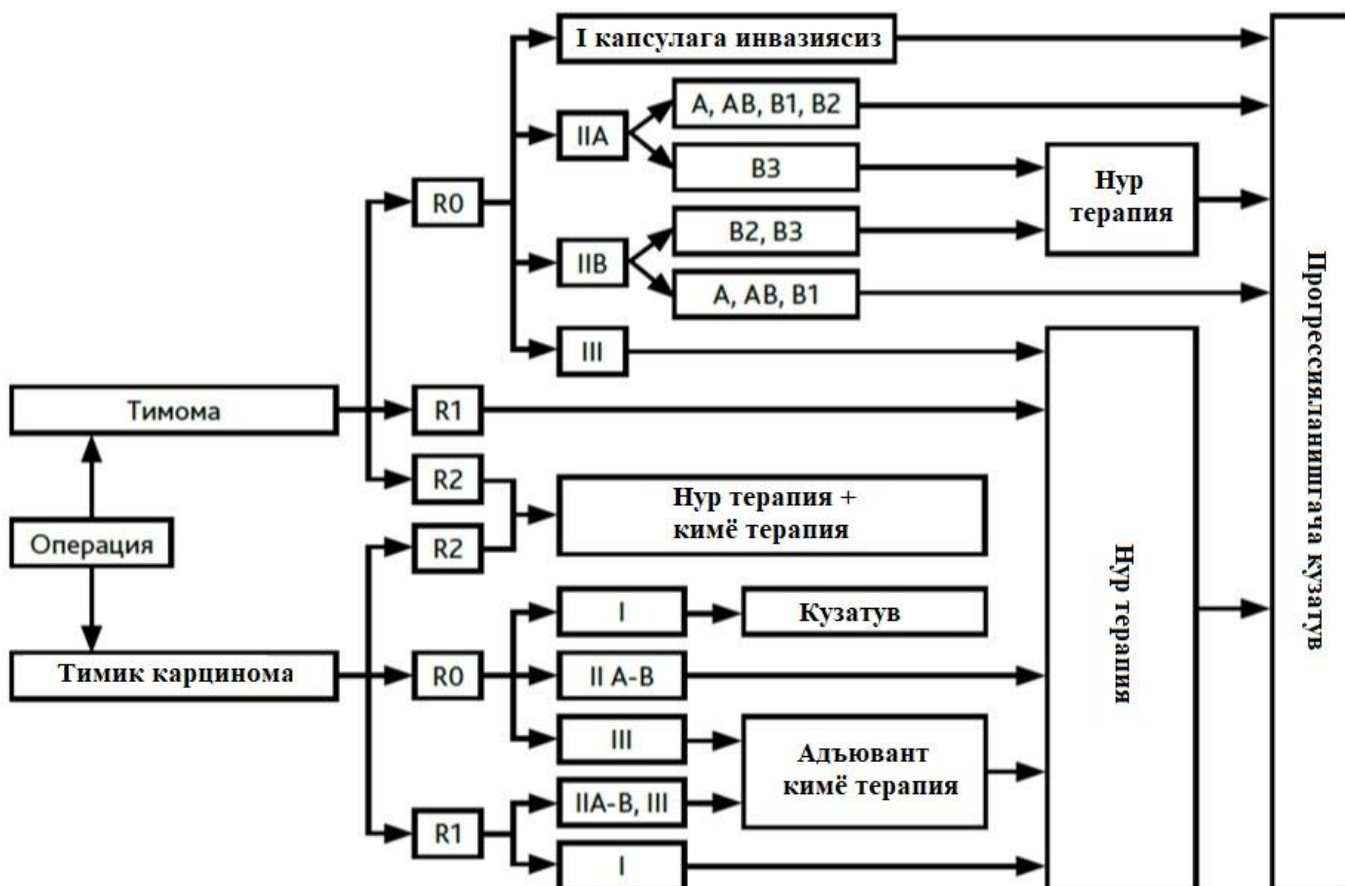
Айрисимон без ўсмаларини амалиётдан кейинги даволаш алгоритми.



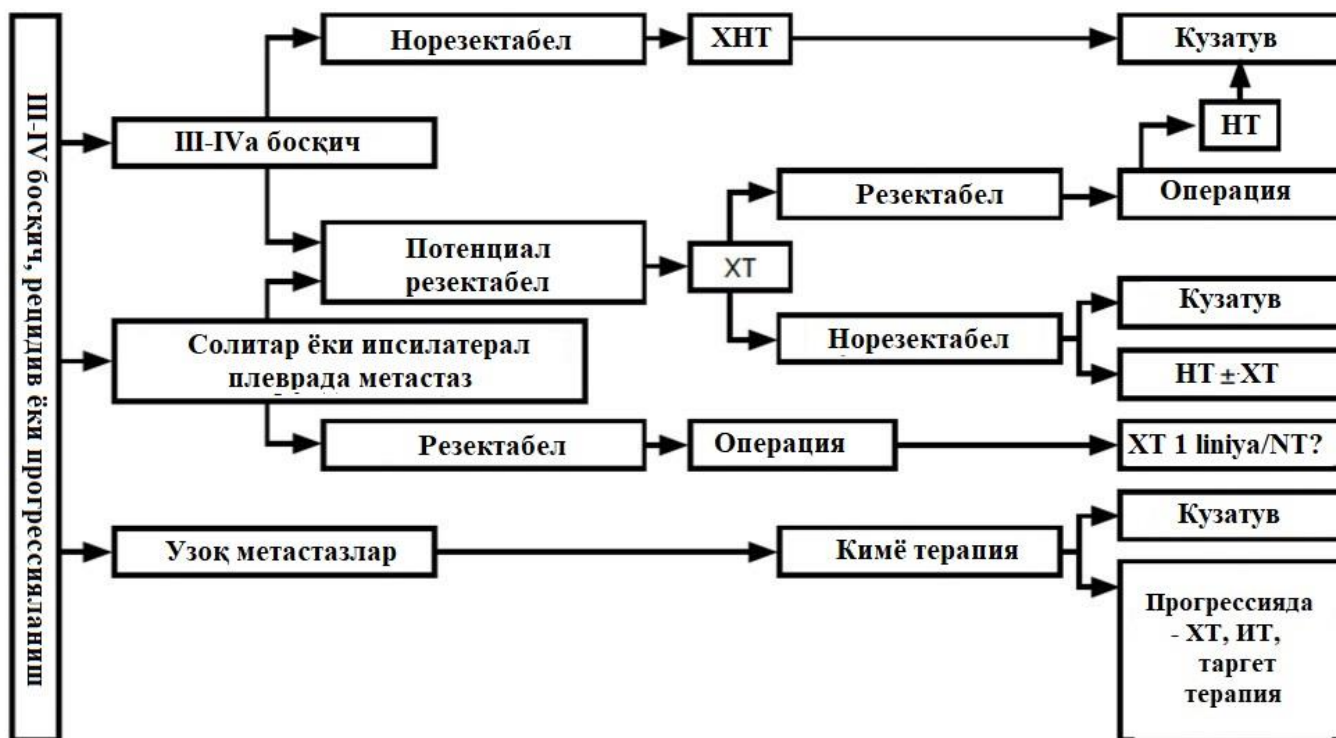
Кўкс оралиғи ўсмаларини морфологик верификация алгоритми



I - III босқич айрисимон без резектабел ұсмаларини амалиётдан кейинги даволаш алгоритми.



III - IVa босқич норезектабел/потенциал резектабел, рецидив ва прогрессияланишдан кейинги айрисимон без ўсмаларини даволаш алгоритми.



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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

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

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

Карновский шкаласи

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

10. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Дедков И.П., Захарычев В.Д. Первичные новообразования средостения. К.: Здоровье, 1982. 176 р.
2. Трахтенберг А.Х. Опухоли средостения//Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями/ed. Чиссов В.И. М., 1989. Р. 278 - 290.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г.//Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2009. Vol. 21, N 2. Р. прил. 2.
4. Eralp Y. et al. Resectable Thymoma: Treatment Outcome and Prognostic Factors in the Late Adolescent and Adult Age Group//Cancer Invest. 2003. Vol. 21, N 5. P. 737 - 743.
5. Wick M.R. et al. Primary mediastinal carcinoid tumors.//Am. J. Surg. Pathol. 1982. Vol. 6, N 3. P. 195 - 205.
6. Морозов А.И., Сазонов А.М., Коршунов А.И. Лучевая и комплексная химиолучевая терапия злокачественных опухолей вилочковой железы после паллиативных хирургических вмешательств//Советская медицина. 1991. Vol. 7. P. 53 - 56.
7. Харченко В.П., Саркисов Д., Ветшев П.С. Болезни вилочковой железы. М.: Триада-Х, 1998. 179 - 83 р.
8. Пикин О.В. et al. Опухоли средостения: сборник под ред. академика РАН, профессора А.Д. Каприна. М.: Молодая гвардия, 2019. 232 р.
9. Сакаева Д.Д., Лазарева Д.Н. Клиническая фармакология в онкологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 336 р.
10. Орлова Р.В. et al. Практические рекомендации по лечению анемии при злокачественных новообразованиях//Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2. 2019. Vol. 9. P. 7.
11. Трякин А.А. Лекарственное и комбинированное лечение несеминомных герминогенных опухолей у мужчин. М.: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 2015. 254 р.
12. Трякин А.А., Гладков О.А., Матвеев В.Б. Практические рекомендации по лекарственному лечению герминогенных опухолей яичка//Злокачественные опухоли. 2016. Vol. 4, N спецвып. 2. P. 353 - 366.
13. International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor-based staging system for metastatic germ cell cancers. International Germ Cell Cancer Collaborative Group.//J. Clin. Oncol. 1997. Vol. 15, N 2. P. 594 - 603.

14. Honecker F. et al. ESMO Consensus Conference on testicular germ cell cancer: diagnosis, treatment and follow-up.//Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol. 2018. Vol. 29, N 8. P. 1658 - 1686.

15. Пирогов А.И., Полоцкий Б.Е., Лактионов К.П. Характеристика тимом и их прогноз//Советская медицина. 1983. Vol. 12. P. 99 - 102.

16. Silvestri G.A. et al. Endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration in the Diagnosis and staging of lung cancer//Ann. Thorac. Surg. 1996. Vol. 61, N 5. P. 1441 - 1446.

17. Herth F.J.F. et al. Real-time endobronchial ultrasound guided transbronchial needle aspiration for sampling mediastinal lymph nodes//Thorax. 2006. Vol. 61, N 9. P. 795 - 798.

18. Барчук А.С., Лемехов В.Г., Клименко В.Н. Диагностические и лечебные возможности видеоторакоскопии в условиях онкологической торакальной клиники//Высокие технологии в онкологии Материалы 5-го Всероссийского съезда онкологов. 2000. Vol. 2. P. 9 - 11.

19. Шевченко Ю.А. et al. Сорокалетний опыт хирургического лечения генерализованной миастении//Хирургия. 2004. Vol. 5. P. 32 - 38.

20. Ветшев П.С. et al. Хирургическое лечение тимом у больных генерализованной миастенией//Хирургия. 2003. Vol. 10. P. 15 - 19.

21. Ганул В.Л., Ганул А.В. О диагностике и лечении опухолей вилочковой железы//Советская медицина. 1988. Vol. 6. P. 13 - 17.

22. Греджев А.Ф., Ступаченко О.Н., Кравец В.С. Хирургическое лечение новообразований вилочковой железы//Грудная хирургия. 1986. Vol. 4. P. 59 - 63.

23. Kondo K. Optimal therapy for thymoma//J. Med. Investig. 2008. Vol. 55, N 1, 2. P. 17 - 28.

24. Boston B. Chemotherapy of invasive thymoma.//Cancer. 1976. Vol. 38, N 1. P. 49 - 52.

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

26. ↑ [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.

27. ↑ [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.

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

29. ↑ [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.

30. ↑ [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](#).)

31. ↑ 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).

32. Antonarelli G, Corti C, Zucali P.A., Perrino M, Manglaviti S, Lo Russo G, Varano G.M et al. Continuous sunitinib schedule in advanced platinum refractory thymic epithelial neoplasms: A retrospective analysis from the ThYmic MalignanciEs (TYME) Italian collaborative group. Eur J Cancer. 2022; 174: 31 - 36

33. Yusuke Okuma, Yukio Hosomi, Kageaki Watanabe, Satoshi Takahashi, Tatsuru Okamura, Tsunekazu Hishima. Gemcitabine in patients previously treated with platinum-containing chemotherapy for refractory thymic carcinoma: radiographic assessment using the RECIST criteria and the ITMIG recommendations. Int J Clin Oncol. 2016; 21(3): 531 – 8.

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