

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

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

**"ТЕРИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2024

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2024 йил

**"ТЕРИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2024

Мундарижа

"ТЕРИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5
«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	56
«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	78
«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	101

**"ТЕРИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С44 – тери саратони бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ тери саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Тери саратони нозологияси бўйича ушбу миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш муассасаларининг амбулатор ва стационар шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш учун мўлжалланган.

- **ХКТ код (лар)и:**

ХКТ-10:	
Код	Номи
C44	– Тери бошқа хавфли ўсмалари
C44.0	– Лаб териси
C44.1	– Қовоқ териси, қовоқ ёпишмаси билан бирга
C44.2	– Қулоқ териси ва ташқи эшитиш йўли
C44.3	– Юзнинг бошқа ва аниқланмаган қисмлари териси
C44.4	– Бош ва бўйин сочли қисми териси
C44.5	– Тана териси
C44.6	– Қўл териси, елка камари соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.7	– Оёқлар териси, чаноқ-сон соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.8	– Терининг юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта жойларидан ташқарига чиқиб кетган зарарланиши
C44.9	– Терининг аниқланмаган соҳадаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
ХКТ-11:	
Код	Номи
2E64	Тери карцинома in situ си
2C31	Тери ясси хужайрали саратони
2C31.0	Терининг керрукоз ясси хужайрали карциномаси
2C31.1	Кератоакантома

2C81.0	Жинсий олат ясси ҳужайрали саратони
2C31.Z	Тери ясси ҳужайрали саратони
2C32	Тери базал ҳужайрали карциномаси
2C32.0	Терининг тугунли базал ҳужайрали саратони
2C32.1	Терининг склерозловчи базал ҳужайрали карциномаси
2C32.2	Терининг юзаки базал ҳужайрали карциномаси
2C32.Y	Бошқа аниқлаштирилган тери базал ҳужайрали карциномаси
2C32.Z	Тери базал ҳужайрали карциномаси, аниқлаштирилмаган
2C33	Терининг аднексал карциномаси
2C34	Тери нейроэндокрин карциномаси
2C35	Тери саркомаси
2C3Y	Терининг бошқа аниқлаштирилган хавфли ўсмалари
2C3Z	Терининг номаълум ёки аниқлаштирилмаган тапдаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

- Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

2025-2028 йил.

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

- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзиқулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;

5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Махаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Гофур-Охунов Мирза-Али Алиярович – т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Онкология ва УТТ курси” кафедраси мудири.
2. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими раҳбари.
3. Давлетов Расулбек Рахимбердиевич – РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими мудири;
4. Садриддинов Шукурулла Азадович – РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат тизими ўсмалари жарроҳлиги бўлими етакчи мутахассиси;

- Такризчилар:

Республикадан:

Мухамедаминов Шухрат Каримович – т.ф.д., Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Онкология ва УТТ курси” кафедраси профессори.

Ҳориждан:

Мусаев Элмар Расимович – Москва шаҳар 62-онкология шифохонаси қошидаги суяк ва юмшоқ тўқима ўсмалари бўйича илмий-амалий марказ раҳбари, профессор, Россия Фанлар академияси муҳбир аъзоси;

- **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 таҳрирлаш:

Республикадан:

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

Ҳориждан:

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

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

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

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

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

5-ФУ	– 5-фторурацил
АЛТ	– аланинтрансаминаза
ФПТВ	– фаол парциал (қисман) тромбопластин вақти
АСТ	– аспартаттрансаминаза;
БХР	– Базал ҳужайрали саратон
ҚЛТБ	– Қўриқчи лимфа тугуни биопсияси
в/и	– Вена ичига
т/о	– Тери остига
м/о	– Мушак орасига
ПСЯ	– Прогрессиясиз яшовчанлик
ОИВ	– Одам иммунтанқис вируси
ЖССТ	– Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГР	– Грей
ДНТ	– Дистанцион нур терапия
ЕД	– Бирлик
МИТ	– Меъда ичак тракти
ҚПО	– Қорин парда орти
ИГХ	– иммуногистохимия
КТ	– Компьютер томография
ЛДГ	– лактатдегидрогиназа
НТ	– нур терапия
мг	– Миллиграмм
мл	– Миллилитр
МРТ	– Магнит-резонанс томография
МСКТ	– Мультиспирал компьютер томография
мтс	– Метастазлар
МДГ	– Мультидисциплинар гуруҳ
ЎН	– Ўсма некрози
ПКВ	– Пастки кавак вена
ҚУТ	– Қон умумий таҳлили

ПУТ	–	Пешоб умумий таҳлили
КҚА	–	Кўкрак қафаси аъзолари
ҚБА	–	Қорин бўшлиғи аъзолари
ПЭТ-КТ	–	позитрон-эмиссион компьютер томография
ТЯҲС	–	Тери ясси хужайрали саратони
т/о	–	Тери остига
РКТ	–	Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
БМОД	–	Бир марталик ўчоқли доза
СЎД	–	Суммар-ўчоқли доза
ЭЧТ	–	Эритроцитларни чўкиш тезлиги
ИИАБ	–	Ингичка игнали аспирацион биопсия
ИД	–	Иботланганлик даражаси
УТДГ	–	Ультра товуш доплерография
УТТ	–	Ультратовуш текширув
ХНТ	–	химио-нур терапия
ХТ	–	Химиотерапия
ЭКГ	–	Электрокардиограмма
ЭФГДС	–	Эзофагофиброгастродуоденоскопия
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
per os	–	Перорал
RW	–	Вассерман реакцияси
TNM	–	Tumor Nodulus Metastasis (хавфли ўсмаларни босқичлашнинг халқаро таснифи)

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Таянч-ҳаракат тизими онкожарроҳлари;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Дерматовенерологлар;
- Косметологлар;

- Радиотерапевтлар;
 - Кимё терапевтлар;
 - Умумий амалиёт шифокорлари;
 - Тез тиббиё ёрдам шифокорлари;
 - Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
 - Шифокор-терапевтлар;
 - ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.
- **Мазкур нозология бўйича беморларнинг тоифаси:** (18 ёшдан) катталар.
 - **Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:**

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

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

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

ДИД	Батавсил
1	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.
2	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.

3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки қатор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-контрол» тадқиқотлари.
5	Аралашувнинг ҳаракат механизми учун фақат асос мавжудлиги (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси.

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

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

2. Асосий қисм.

- Кириш

Базал ҳужайрали ва ясси ҳужайрали терининг саратон касаллиги (кўпинча номеланома терининг ўсмалари деб аталади) – эпителий ҳужайраларидан келиб чиққан хавфли терининг ўсмалари ҳисобланади. Базал ҳужайрали тери саратони (синонимлари – базалиома, базал ҳужайрали карцинома) эпителийнинг базал қатлами ҳужайраларидан ривожланади, ясси ҳужайрали саратон эса тери кератиноцитларидан келиб чиқади. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

- Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра,

2022 йилда жами 1 234 533 та номеланома тери саратони ҳолати аниқланган ва 69 416 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

Номеланома тери ўсмалари ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Спорадик (ирсий бўлмаган) шаклдаги меланомадан ташқари тери ўсмалари учун энг муҳим хавф омилларидан бири терига ультрабинафша нурланишининг таъсирidir. Бунда тери ультрабинафша таъсирига нисбатан сезувчанлик даражаси одамларда фарқ қилади ва 6 турга таснифланади, шунингдек, 1 ва 2-тур энг юқори сезувчанликка эга (шу билан бирга, кўёшда куйиш эҳтимоли катта), 5 ва 6-тур эса энг паст сезувчанликка эга ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Шунингдек, туғма ёки ортирилган иммун танқислиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунсупрессант қабул қилиш зарур бўлган бошқа касалликларда), пигментли ксеродерма каби хавф омилларини ҳам таъкидлаш лозим. Сунъий ультрабинафша нурланиши (шу жумладан, PUVA-терапия) ва меланомадан ташқари тери ўсмалари ривожланиш хавфи ортгани ўртасида боғлиқлик аниқланган. Мишяк билан контактда бўлган шахсларда ҳам, айниқса, Боуэн касаллиги ҳолатида, ясси хужайрали саратон ривожланиш хавфи юқори бўлади. Кўп ҳолларда меланомадан ташқари тери ўсмалари мавжуд бўлган предўсма янги ҳосилалар (масалан, актиник кератоз ёки кератоакантома) фонида ривожланади, шунингдек, улар хавфли ўсмага яқин жойлашган тери участкаларида ҳам кўп учрайди. ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQA vD_BwE#)).

Шунингдек, базалиома ривожланиши мумкин бўлган бир қатор ирсий синдромлар мавжуд: невоид базалиомалар синдроми (Горлин-Гольц синдроми деб ҳам маълум), Базекс синдроми, Ромбо синдроми, бир томонлама базал хужайрали невус синдроми. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Горлин-Гольц синдромида РТСН ген мутацияси аниқланади. Беморларда кўп сонли базалиомалар билан бирга, хос фенотип ҳам кузатилади: буруннинг кенг илдизи, кафтларда кўшимча бурмалар, жағларда кистоз ўзгаришлар, суяк тизими ривожланишида нуқсонлар. Базекс синдроми X-хромосома билан боғлиқ доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, бу синдромда атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз ва фолликуляр атрофия кузатилади. Ромбо синдроми аутосомал-доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, гипертрихоз, вермикуляр атрофодермия, трихоэпителиомалар ва периферик вазодилатация каби клиник белгилари мавжуд. Бир томонлама базал хужайрали невус синдроми билан туғилган беморларда терида комедонлар ва эпидермал кисталар билан бирга янги ҳосилалар кузатилади. Микроскопияда базал эпителийнинг пролиферацияси аниқланади. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.ht

[ml?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y](#)).

Ясси хужайрали тери саратони (ЯХТС) меланомадан ташқари тери ўсмалари (МТТЎ) ичида тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Касалланиш даражаси яшаш жойининг кенгликка яқинлигига қараб кескин фарқ қилади ва ёруғ фототибли терига эга одамларда анча юқори бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Шу боис, дунёда МТТЎ бўйича энг юқори касалланиш даражаси Австралияда кузатилади, у ерда 70 ёшгача ҳар иккинчи одамда шу турдаги ўсма ривожланади, энг паст кўрсаткич эса Африканинг айрим худудларида қайд этилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Иккита ёки ундан кўп МТТЎга чалинган беморларда янги меланомадан ташқари ўсмалар пайдо бўлиш хавфи анча юқори бўлади, шунингдек, бир неча МТТЎ ҳолатлари эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 йилда РСНПМЦОиР статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистонда тери саратони билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 2,6 ни ташкил этган. Эркаклар орасида ушбу касаллик умумий онкологик касалликлар тузилмасида 8-ўринни эгаллаб, 4% ҳолатни ташкил этган. Аёллар орасида эса 9-ўринда бўлиб, 3,2% ҳолат қайд этилган.

2023 йил давомида биринчи марта 954 нафар тери саратони бемори аниқланган, уларнинг 47,9% профилактик кўриклар чоғида фаол аниқланган. Тери саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 96,1% ни ташкил этган. Касаллик аниқланган босқичлар бўйича тақсимот: I босқичда – 22,3%, II босқичда – 55,0%, III босқичда – 13,8%, IV босқичда – 3,4%. 5,5% ҳолатда касаллик босқичи аниқланмаган.

2024 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 8768 нафар тери саратони билан оғриган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, касалликка чалиниш даражаси 100 минг аҳолига 23,8 ни ташкил этган. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 51,5%, 1 йиллик леталлик эса 4,6% бўлган. 2023 йилда Ўзбекистонда 336 нафар тери саратонидан вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,9 ни ташкил этган.

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

1.1. Касаллик ва ҳолат таснифи (касаллик ва ҳолатлар гуруҳи)

Халқаро гистологик тасниф

Тери саратонининг ва кератиноцитлардан бўлган бошқа ўсмалар халқаро гистологик классификацияси (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти – ЖССТ, 4-нашр, 2018 й.): ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-)

[\(uv\)-radiation-and-skin-](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-)

[cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD_BwE#](https://www.google.com/search?q=cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD_BwE#)).

Номланиши	КХТ -О-3 коди
Тери саратони	
Базал ҳужайрали саратон	8090/2
Базал ҳужайрали саратон тугунли	8097/3
Базал ҳужайрали саратон юзаки	8091/3
Базал ҳужайрали саратон микротугунли	8097/3
Базал ҳужайрали саратон инфилтрацияловчи	8092/3
Базал ҳужайрали саратон склерозловчи, морфесимон	8092/3
Базал-ясси ҳужайрали саратон,метатипик	8094/3
Базал ҳужайрали саратон пигментли	8090/3
Базал ҳужайрали саратон саркоматоид дифференцировка билан	8092/3
Базал ҳужайрали саратон ортиқли дифференцировка билан	8090/3
Базал ҳужайрали саратон фиброэпителиал Пинкус	8093/3
Ясси ҳужайрали саратон	8070/3
Ясси ҳужайрали саратон кератоакантома типиди	8071/3
Ясси ҳужайрали саратон акантолитик	8075/3
Ясси ҳужайрали саратон урчуқсимон ҳужайрали	8074/3
Ясси ҳужайрали саратон веррукоз	8051/3
Ясси ҳужайрали саратон безли-ясси ҳужайрали	8560/3
Ясси ҳужайрали саратон ёруғ-ҳужайрали	8084/3
Бошқа камёб турлари	
Ясси ҳужайрали саратон саркоматоид дифференцировка билан	8074/3
Лимфоэпителиомасимон саратон	8082/3
Ясси ҳужайрали саратон псевдо томирли	8074/3
Ясси ҳужайрали саратон остеокластларга ўхшаш гигант ҳужайрали	8035/3
Ясси ҳужайрали саратон in situ, Боуэн касаллиги	8070/2
Меркель-ҳужайрали саратон	8247/3
Саратон олди ҳолатлар ва хавфсиз симуляторлар	
Саратон олди кератозлар	8070/0

Актиник кератоз	8070/0
Кератоз мышьякли	8070/0
ПУВА кератоз	
Сугаллар	
Вульгар сугаллар	
Товон сугаллари	
Ясси сугаллар	
хавфсиз акантомалар/кератозлар	
Себореяли кератоз	8052/0
Қуёш лентигоси	8052/0
темираткисимон кератоз	8052/0
Ёруғ хужайрали акантома	8084/0
Йирик хужайрали акантома	8072/0
сугалсимон дискератома	8054/0
Бошқа хавфсиз кератозлар	8052/0

TNM тизими бўйича халқаро таснифи (VIII–нашр, 2017 й.)
[\(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/)

Меланомадан ташқари тери ўсмаларини босқичлаш жараёнида морфологик тасдиқлаш мажбурий ҳисобланади. Босқични аниқлаш учун лимфа тугунларининг ҳолати клиник кўрик ва инструментал тадқиқотлар ёрдамида баҳоланади.

T мезон бирламчи ўсманинг тарқалиш даражасини акс эттиради [*]:

- pTX – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумот етарли эмас;
- T0 – бирламчи ўсма мавжуд эмас;
- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – ўсма энг катта ўлчами бўйича 2 см ёки ундан кам;
- T2 – ўсма энг катта ўлчами бўйича 2 см дан катта;
- T3 – ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, қуйидаги тузилмаларга ўсиб кириши билан (масалан, мушак, суяк, хрящ, жағ ва бошқалар);
- T4 – ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, периневрал инвазия ёки қўшни тузилмаларга, масалан, бош суягининг асосий суяқларига ёки ўқ скелетига тўғридан-тўғри ўсиб кириши билан.

Изоҳ: агар бирламчи-кўплаб синхрон ўсмалар мавжуд бўлса, таснифлаш энг

катта ўлчамга эга ўсма бўйича амалга оширилади, шунингдек, қавс ичида жами тери ўсмалари сони кўрсатилади, масалан: T2 (5).

N мезони регионар лимфа тугунларида метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлигини кўрсатади [6].

Регионар лимфа тугунлари деб асосан тананинг бир томонида (чап ёки ўнг) жойлашган ўсмалар учун қуйидаги лимфа тугунлари ҳисобланади:

- Бош ва бўйин: ипсилатерал (ўсма томонидаги) қулоқ олди, пастки жағ, бўйин ва ўмров усти лимфа тугунлари;
- Кўкрак девори: ипсилатерал қўлтиқ ости лимфа тугунлари;
- Қўллар: ипсилатерал тирсак ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари;
- Қорин, бел ва думбалар: ипсилатерал чов лимфа тугунлари;
- Оёқлар: ипсилатерал тизза орти ва чов лимфа тугунлари;
- Анус четлари ва перианал соҳанинг тери қисми: ипсилатерал чов лимфа тугунлари.

Агар ўсма чегаравий зоналарда жойлашган бўлса, икки томонлама лимфа тугунлари ҳам регионар ҳисобланади [6]. 4-жадвалда 4 см кенгликдаги чегаравий зоналарни аниқлаш учун анатомик ориентирлар келтирилган.

4-жадвал. Регионар лимфа бассейнларини аниқлаш учун чегаравий зоналарнинг анатомик ориентирлари

Соҳалар	Чегара линияси (4 см кенгликда)
Чап ва ўнг ярим	Тананинг ўрта чизиғи
Бош ва бўйин/кўкрак қафаси	Ўмров – акромион – елканинг юқори чеккаси
Кўкрак девори / йўллар	Елка – қўлтиқ ости чуқурчаси - елка
Кўкрак девори / қорин, бел ёки думба	Олдиндан: киндик ва қовурға равоғи орасидаги масофа ўртаси; Орқадан: кўкрак умуртқаси пастки чегараси (кўндаланг ўсиқ)
Қорин, бели ёки думба / оёқлар	Чов бурмаси – Катта юмалоқ суяк (катта трохантер) – думба чуқурчаси

Агар метастазлар юқорида кўрсатилган регионар соҳалардан ташқаридаги лимфа тугунларида аниқланса, улар узок метастазлар сифатида таснифланиши лозим (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумот етарли эмас.
- N0 – регионар лимфа тугунлари зарарланмаган.
- N1 – бир дона регионар лимфа тугунида метастаз, энг катта ўлчами 3 см ёки ундан кам.
- N2 – бир дона регионар лимфа тугунида метастаз, энг катта ўлчами 3 см дан катта, лекин 6 см дан ошмаган; ёки бир неча регионар лимфа тугунларида метастазлар, ҳар бирининг энг катта ўлчами 6 см дан ошмаган [†].
- N3 – бир ёки бир неча регионар лимфа тугунларида метастазлар, энг катта ўлчами 6 см дан катта.

М мезони узок метастазлар бор ёки йўқлигини билдиради

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – узок метастазлар йўқ;
- M1 – узок метастазлар бор.

G мезони ўсманинг дифференциация даражасини билдиради

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – дифференциация даражасини аниқлаш имконсиз;
- G1 – юқори дифференциаллашган ўсма;
- G2 – ўрта дифференциаллашган ўсма;
- G3 – паст дифференциаллашган ўсма;
- G4 – дифференциаллашмаган ўсма.

Айрим ёмон прогноз омиллари 5-жадвалда жамланган. AJCC таснифига кўра, бундай омилларнинг мавжудлиги касаллик босқичини I дан II га ошириши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

5-жадвал. Тери саратонининг ноқулай прогноз омиллари

(<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Микроструктураларга шикастланиш/инвазия чуқурлиги	Бреслоу бўйича ўсма қалинлиги 4 мм дан ортиқ
	Кларк бўйича инвазия даражаси 4
	Периневрал инвазия
	Ангиолимфатик инвазия
Анатомик локализация	Бирламчи локализация – кулоқ супрасида
	Бирламчи локализация – лабнинг қизил чизиғида
Дифференцировка	Паст дифференцияланган ёки дифференцияланмаган ўсма

Босқичлар бўйича гуруҳлаш 6-жадвалда келтирилган:

6-жадвал. Тери номеланом ўсмаларининг босқичлар бўйича гуруҳлаш (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Босқич	pT	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1,2,3	1	0
IV	4	0	0
	1,2,3	2,3	0
	Ҳар қандай	Ҳар қандай	1

Қовуқ териси саратонини (C44.1) UICC TNM бўйича босқичлаш (8-нашр, 2018)

Кўз қовуқ тери саратонини босқичлаш жараёнида гистологик тасдиқлаш мажбурий ҳисобланади. Босқични аниқлаш учун лимфа тугунларининг ҳолати клиник кўрик ва инструментал тадқиқотлар ёрдамида баҳоланади.

T мезони бирламчи ўсманинг тарқалиш даражасини акс эттиради:

- TX – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумот етарли эмас (шу жумладан,

ўз-ўзидан регрессия ҳолатлари ёки хирургик олиб ташлашдаги хатолар);

- T0 – бирламчи ўсма мавжуд эмас;
- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – ўсма 5 мм ёки ундан кам, хрящ пластинаси ёки кўз қовоқ четига ўтмаган;
- T2a – ўсма 5 мм дан катта, лекин 10 мм дан ошмаган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, хрящ пластинаси ёки кўз қовоқ четига ўсиб кирган;
- T2b – ўсма 10 мм дан катта, лекин 20 мм дан ошмаган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, қовоқ тўқималарини тўлиқ қамраб олган;
- T3a – ўсма 20 мм дан катта, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, кўз ёки кўз чуқурига ёндош тузилмаларга ўсиб кирган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, периневрал инвазияга эга;
- T3b – ўсма, уни тўлиқ олиб ташлаш учун кўз энуклеацияси, орбита экзентерацияси ёки суяк резекцияси талаб қилинади;
- T4 – ўсма жуда кенг тарқалган, кўз, кўз чуқури, юз суяклари ёки бош мия тузилмаларига сезиларли даражада шикаст етказган, резекция қилиш имконияти йўқ.

N мезони метастазларнинг регионар лимфа тугунларида мавжудлиги ёки йўқлигини акс эттиради:

- NX – регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумот етарли эмас;
- N0 – регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас;
- N1 – регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

M мезони узоқ метастазлар мавжудлиги ёки йўқлигини акс эттиради:

- M0 – узоқ метастазлар мавжуд эмас;
- M1 – узоқ метастазлар мавжуд.

7-жадвалда қовоқ териси саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш келтирилган

7-жадвал. қовоқ териси саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш

Босқич	T	N	M
0	Is	0	0
IA	1	0	0
IB	2a	0	0

IС	2b	0	0
II	3a	0	0
IIIА	3b	0	0
IIIВ	Ҳар қандай Т	1	0
IIIС	4	Ҳар қандай N	0
IV	Ҳар қандай Т	Ҳар қандай N	1

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

3.1. Ташхислаш мезонлари:

Шикоятлари ва анамнез:

Тери базал ҳужайрали саратони:

Юзаги шакли чекланган, қипиқланувчи, қизғиш доғ пайдо бўлиши билан бошланади. Кейинчалик доғ аниқ чегараларга эга бўлиб, ўчоқнинг четларида майда, зич, ялтирақ тугунчалар пайдо бўлади. Бу тугунчалар бирлашиб, тери сатҳидан баландроқ бўлган валиксимон чегара ҳосил қилади. Оғриқ ўчоқлари ягона ёки кўп сонли бўлиши мумкин. Юзаги шакллари ичида ўз-ўзидан чантиқланувчи ёки Педжетоид базалиома ажратилади.

Пигментли шакл кўнғир ёки қора-жигарранг тусли, бир хил бўлмаган пигментацияга эга бўлиб, унда ярим шаффоф, "перламутрсимон" участкалар ва юзаги телеангиэктазиялар кузатилади. Ушбу шакл тугун ёки бляшка кўринишида бўлиб, меланоцитар невуслар (мураккаб ёки дерма ичидаги невуслар)га ўхшаши мумкин. Тугунли меланома ҳам клиник жиҳатдан базалиомани эслатиши мумкин, лекин базалиома зичроқ консистенцияга эга. Яраланиб кетган пигментли базалиома эса меланома билан адаштирилиши мумкин, шунинг учун морфологик тадқиқотлар аниқ ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, базалиома асосан юзда жойлашган бўлса, меланома теридаги исталган жойда пайдо бўлиши мумкин.

Ўсма шакли тугунчадан бошланади, у асталик билан катталашиб боради. Ўсманинг сатҳи силлик, телеангиэктазиялар аниқ кўринади, баъзан кулранг пушти пўст билан қопланган бўлиши мумкин. Баъзида марказий қисми яраланиб, зич қобиқлар билан қопланади. Ўлчамига қараб, майда ва йирик тугунли базалиома шакллари ажратилади.

Ярали шакл учун воронкасимон яра ва атрофда зич, қуйидаги тўқималар билан спайка ҳосил қилган инфилтрат хос бўлиб, унинг чегаралари аниқ эмас ва жараҳат ўлчамидан каттароқ бўлади.

Склеродермасимон (чандик-атрофик) шакл аниқ чегараланган, кичик ўчоқ

билан характерланади. Бу шакл инфилтратив ўсиш ва бўлакчи тўқима (строма) ривожланиши билан тавсифланади. Секин ўсади. Оғриқ ўчоғи оқарган, склерозланган тери участкаларидан иборат бўлиб, атрофида “перламутрсимон” папулалар, марказида эса телеангиэктазиялар кузатилади.

Пинкус фиброэпителиал ўсмаси базалиома турларидан бири ҳисобланади-да, анча хавфсизроқ кечади. Клиник жиҳатдан тери рангидаги узел ёки бляшка кўринишида бўлиб, зич-эластик консистенцияга эга, эрозияга деярли учрамайди. Катта теридан чиқиб турган ўсма ёки фибромани эслатиши мумкин. секин ўсади, асосан бел ва қориннинг пастки қисмида жойлашади.

Ясси ҳужайрали тери саратони:

Юзаки шакли – тери саратонининг энг кўп учрайдиган варианты. У бир ёки бир неча бирлашувчи, оғриқсиз тугунлар билан бошланади, уларнинг ўлчами ўт гугурт бошчасига тенг ёки бироз каттароқ бўлади. Тугун тери сатҳидан бироз баланд, зич консистенцияли, сарғиш ёки оппоқ-мампарранг тусда бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма катталашиб, оғриқсиз, сарғиш ёки кулранг-оқ бляшка кўринишига эга бўлади, теридан бироз баланд, силлиқ ёки нотекис юзали бўлади. Четлари нотекис, чуқурликлари бор, зич валиксимон тузилишга эга. Кейинчалик бляшканинг марказий қисми чўкиб, тангача ёки қобиқ билан қопланган жараён ривожланади. Қобиқ олиб ташланса, қон томчиси пайдо бўлади. Ўсманинг катталашishi билан чўкиш жараёни эрозияланган юзага айланади, зич ва нотекис четлар эса баланд, текис кесилган валиксимон тузилма ҳосил қилади.

Инфилтратив шакли чуқур яраниб кетган, нотекис, думалоқ, некроз массалари билан қопланган тубига эга ва зич валиксимон четлардан ташкил топган. Ўсма тезда атроф тўқималарга ўтган ҳолда ўсади ва ҳаракатсиз бўлиб қолади. Гистологик жиҳатдан бу шакл кўпинча ясси ҳужайрали саратон сифатида таснифланади. Папилляр шакли кам учрайди. Зич, тери сатҳидан баланд, осон қон кетадиган, кенг асосда жойлашган тугун кўринишида бўлади. Юзаси ноҳамвор, қобиқлар билан қопланган, кўпинча гулкарамсимон тузилишга ўхшаш.

Метатипик саратон одатда ярали ўсма ўчоғи кўринишида бўлиб, 95% ҳолатда 1-3 см диаметрида бўлади. Яра нотекис шаклда, четлари нотекис, букилиб ёки тагидан юлиб тушгандек кўринади. Яра туби нотекис, ёрқин қизил юзага эга бўлиб, некротик массалар билан қопланган.

Физикал кўрик:

• Бемор биринчи марта тери янги ҳосиласи бўйича шикоят билан мурожаат қилганда, кўрик зонасини кенгайтириш ва барча тери қопламларининг ҳолатини баҳолаш (шу жумладан, сочли бош қисми ва оёқ тагини) қатъий тавсия этилади [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIА)

Изоҳлар: *Бирламчи-кўп сонли синхрон тери ўсмалари ва тери ўсма олди касалликлари беморларнинг 5-10% ида аниқланиши мумкин. Шунингдек, немеланома тери ўсмалари билан касалланган беморларда тери меланомаси ривожланиш хавфи юқори бўлади. [24].*

- Эпилюминисцент микроскопия (дерматоскопия) ва оптик когерент томографиядан фойдаланиш тавсия этилади, чунки бу усуллар ноинвазив ташҳис қўйиш аниқлигини сезиларли даражада ошириши ва биопсияга бўлган эҳтиёжни камайтириши мумкин. Бироқ, бу усуллар фақат ушбу методика бўйича махсус ўқитилган мутахассислар томонидан қўлланилиши мумкин. [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIб)

- Регионар лимфа тугунлар ҳолатини баҳолаш тавсия этилади [24].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIб)

- Қабул жараёнида шикоятлар, анамнез ва физик текширув натижалари таҳлилига асосланиб, янги ҳосиланинг инвазив ташҳиси (биопсия) мақсадга мувофиқлигини аниқлаш тавсия этилади. [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - Ia)

Лаборатор текширувлар:

- Морфологик тасдиқдан олдин лаборатор ташҳис тавсия этилмайди, фақат интеркуррент патология ёки беморнинг умумий ҳолати биопсиянинг хавфсиз ўтказилишини таъминлаш учун зарур бўлган ҳоллар бундан мустасно. Ташҳис тасдиқланганидан сўнг қуйидаги текширувларни ўтказиш тавсия этилади: Клиник қон таҳлили, биохимик қон таҳлили (Шунингдек, Жадвал 7 га қаранг). [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - III)

Инструменталь текширувлар:

Агар тегишли кўрсатмалар (симптомлар) мавжуд бўлса, ташҳис чоратадбирлари (шу жумладан, нур ташҳиси) касаллик босқичидан қатъи назар тўлиқ

ҳажмда ўтказилиши лозим. Агар симптомлар мавжуд бўлмаса, Базал ҳужайрали саратон (БҲС)нинг регионар ва узоқ метастазлар бериш эҳтимоли пастлиги, шунингдек, ясси ҳужайрали саратон (ЯҲС)да регионар метастазлар учраш эҳтимоли бироз юқорироқ эканлиги инобатга олиниб, яширин метастазларни аниқлаш мақсадида ташҳис тестлари турли ҳажмда ўтказилиши тавсия этилади. Бу ҳажм касаллик босқичи (клиник кўрик ва гистологик хулоса асосида белгиланган) га боғлиқ ҳолда танланади.

Биопсия натижаларига асосланиб, тери саратони ташҳиси тасдиқланган ҳолларда тавсия этилган ташҳис чора-тадбирлари 8-жадвалда келтирилган. [24, 26]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

8-жадвал. Тери ўсмаси биопсияси натижалари ва клиник кўриқка асосан текширув режаси

Касаллик босқичи	Физикал кўрик	Инструментал текширувлар
0, I, II	Ҳа	<ul style="list-style-type: none"> • Регионар лимфа тугунлар УТТси • Нур диагностика тавсия этилмайди, агар симптомлар бўлмаса
III ва IV	Ҳа	<ul style="list-style-type: none"> • Регионар лимфа тугунлар УТТси • Тўла кўламда нур диагностика

• Морфологик тасдиқдан олдин инструментал ташҳис тавсия этилмайди, фақат интеркуррент патология ёки беморнинг умумий ҳолати биопсияни хавфсиз ўтказиш учун зарур бўлган ҳоллар бундан мустасно. [24, 26].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси - IV)

Изоҳ: Биопсия натижалари олинмагунча даволаш ва текширув режасини тузиш тавсия этилмайди.

• Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзолари ҳолатини баҳолаш учун тавсия этилган оптимал нур ташҳис ҳажми – кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзоларининг компьютер томографиясидир (КТ). Венадан контраст модда юбориш барча ҳолларда тавсия этилади, фақат йод сақловчи контраст моддалар юборишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган тақдирда. Агар бундай қарши кўрсатмалар аниқланса, вена ичида контрастлаш билан КТ ўрнига магнит-резонанс томография (МРТ) қўллаш мумкин. Ўпкаларда метастатик зарарланишни истисно этиш ёки унинг динамикасини баҳолаш учун вена ичида контрастлаш талаб қилинмайди. Алтернатив ташҳис усули – ФДГ билан ПЭТ-КТ (бутун тана режимида) бўлиши мумкин. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIa)

- Агар оптимал нур ташҳиси ташҳис қўйилгандан кейинги 2 ҳафта ичида ўтказиб бўлмаса, қуйидаги альтернатив усуллар тавсия этилади: Кўкрак қафаси аъзоларининг КТ ўрнига – кўкрак қафаси рентгенографияси, қорин ва кичик чанок аъзоларининг КТ (вена ичи контраст билан) ўрнига – УТТ (ультратовуш текшируви)

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

- Катта бирламчи ўсмалар, сўяк тўқималарининг зарарланиши ёки периневрал инвазия белгилари мавжуд бўлганда, ўсма тарқалишини баҳолаш учун магнит-резонанс томография (МРТ) тавсия этилади, ва КТга нисбатан афзалроқ усул ҳисобланади. [24].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIa)

- Агар КТ ёки МРТ маълумотларига асосан метастазларга шубҳа пайдо бўлса, ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасига жиддий таъсир кўрсатса, УТТ ёки КТ назорати остида биопсия ўтказиш тавсия этилади.

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

Биопсия

- Ташҳисни тасдиқлаш, шунингдек, кейинги текширув ва даволаш режасини белгилаш учун биринчи босқичда шубҳали тери ўсмасини эксцизион биопсия қилиш мумкин. Бунда четга чекиниш 5 мм дан ошмаслиги керак (1-3 мм (0,1 – 0,3 см) чекиниш қабул қилиниши мумкин). Ҳар доим тери тўқимасининг тўлиқ қалинлигини қамраб олувчи биопсияга афзаллик бериш лозим, масалан: эллиптик эксцизия, инцизион панч-биопсия. Бу усуллар ясси (бритвали) резекцияга нисбатан мақбулроқ ҳисобланади, шу жумладан, экзофит ўсмалар учун ҳам. [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIa)

- Хирургик йўл билан олиб ташланган ўсма тўқимасининг гистологик текшируви тавсия этилади, ва морфологик хулосада қуйидаги параметрларни акс эттириш лозим [24, 26]:

1. Тери саратонининг гистологик турини ЖССТ (ВОЗ) 2018 йилги халқаро тери ўсмалари таснифига мувофиқ аниқлаш;

2. Дифференцияланиш даражасини кўрсатиш;

3. Бреслоу бўйича ўсма максимал қалинлигини (мм) аниқлаш;
4. Кларк бўйича инвазия даражасини белгилаш;
5. Ўсма тугунининг радиал ва вертикал ўлчамларини кўрсатиш;
6. Резекциянинг периферик ва чуқур чегараларини баҳолаш ва уларда ўсма хужайраларининг мавжудлигини аниқлаш.
7. Периневрал инвазия;
8. Десмоплазия;
9. Ангиолимфатик инвазия.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – Ia)

- 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 тугухини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости беzi, талок, буйраклар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
12. Заруррат бўлганда ўсма ва метастаз соҳасини МСКТ ва/ёки МРТси;
13. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
14. Микропреципитация реакцияси
15. Тери ўсмасидан биопсия.
16. Ўсмани суякка тарқалганига гумон бўлган тақдирда суяклар КТси.
17. Регионар лимфа тугунларига метастазга гумон бўлган тақдирда УТТ назоратида Ингичка игнали аспирацион биопсия.

- 18.Биоптатни цитологик текшируви (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 19.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 20.ЭКГ;
- 21.ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. FISH усулида текширув ва молекуляр-генетик текширув;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
- 10.Прокальцитонин
- 11.Антитромбин III, Д-димер
- 12.Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
- 13.Периферик қон ИФТси;
- 14.Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
- 15.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабилликни молекуляр-генетик текшируви;
- 16.Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
- 17.Скелет суякларини радиоизотоп сканирлаш;
- 18.Бош ва бўйин, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чанок МСКТси;
- 19.Бош мия МРТси;
- 20.Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- 21.Бронхоскопия;
- 22.Колоноскопия;
- 23.Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;

24. Спирография;

25. Холтер – мониторинг билан ЭКГ

26. Бутун тана ПЭТ/КТси**;

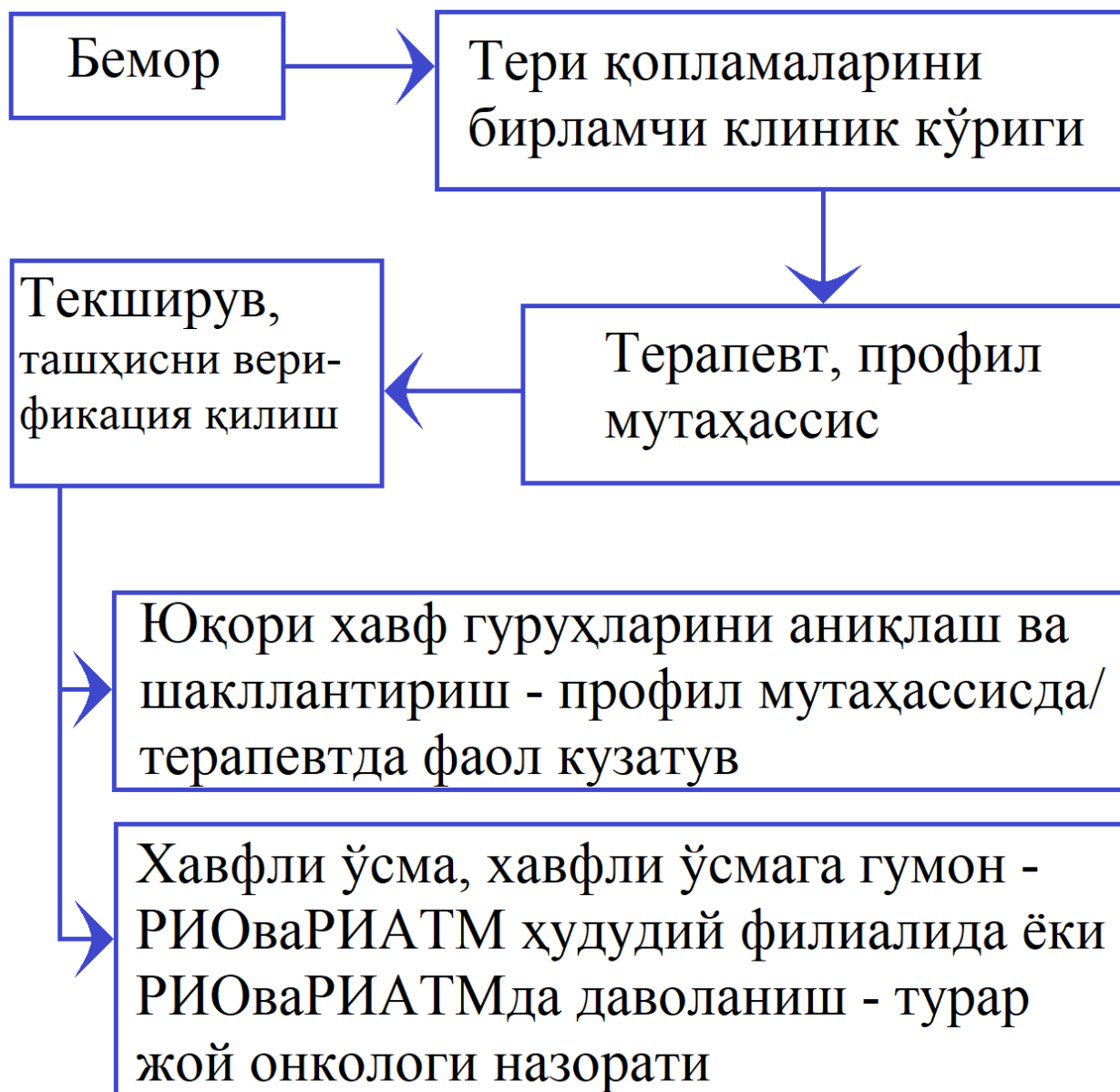
* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Гинеколог кўриги** (кичик чанок аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- Меъда ости беши саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, ёрдамчи репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/ортирилган 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, гиперпаратиреоз мавжуд бўлганда).
- **фтизиатр кўриги** – агар ўпканинг сил касаллигига шубҳа қилинган бўлса ва периферик шаклланишлар мавжуд бўлса.

Диагностик алгоритм (схема).



3.3 Дифференциал диагностика.

(<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj.pdf>)

Тери саратонини дифференциал диагностикаси:

Ташҳис	Дифференциал диагностикани асослаш	Текширув	Ташҳисни истисно мезони
--------	------------------------------------	----------	-------------------------

Боуэн касаллиги	Юзаги базалиома сингари йирик бляшка кўринишида бўлиши мумкин	Локал кўрик, Цитологик ва гистологик текширув	Бляшка – ясси, ноаниқ чегараларга эга, чет зонасида тугунчалар мавжуд эмас. Кўпроқ тана, кўллар ва оралик соҳада жойлашади. Ташҳис гистологик текширувдан сўнг қўйилади.
Кератоакантома	Куполсимон тузилиш, марказида кичик чуқурлик мавжуд. Чуқурликнинг четлари аниқ, марказий қисми кратерсимон чўкиш ("псевдояра") ҳосил қилади, у зич ёки юмшоқ, кулранг-жигарранг массалар билан тўлган, қон кетмайди. Тугунчалар одатда қизғиш, кулранг ёки кўксимон тусга эга, баъзан тери рангида бўлиши мумкин.	Локал кўрик Цитологик ва гистологик текширув	Гистологик жиҳатдан саратондан фарқлаш қийин бўлиши мумкин Тез ўсиш Стабилизация фазасининг мавжудлиги Шох тўқималари оғриксиз, қон кетмайди
Склеродермия	Чегараланган шакли склеродерма симон базалиомага ўхшайди	Локал кўрик	Зич бляшкалар каттароқ, восксимон ёки пушти-лилия рангида, аниқ чегараларга эга ва периферияда димланган эритема зонаси билан ўралган.

Қизил бӯрича	Агар ягона зарарланиш ўчоғи мавжуд бўлса, ташқи кўриниши юзаки базалиома шаклига ўхшаш бўлиши мумкин.	Локал кўрик	Камдан-кам ҳолларда узоқ вақт давомида фақат битта ўчоқ сақланади, периферик эритема зонаси ва фолликуляр гиперкератоз мавжуд бўлади.
мураккаб, интрадермал невуслар	Агар базалиома пигментли бўлса, ўлчамлари 1 смгача	Локал кўрик, дерматоскопия	Пубертант ёшда ёки ўсмирликда пайдо бўлади
Тугунли меланома	Яраниб кетган пигментли базалиома осонлик билан меланома деб қабул қилиниши мумкин.		Тери қопламларининг ҳар қандай соҳасида жойлашиши мумкин. Ташҳис гистологик текширувдан сўнг қўйилади.
Терининг хавфсиз лимфоплазияси	Тугунли базалиома сингари юмалоқ шаклга эга бўлиб, асосан юзда жойлашади.		Хамирсимон консистенцияга эга ва кўксимон-пушти тусли, кўнғир ранг аралашган.
Дерматофибром а	Тугунли базалиома сингари 3 см дан катта бўлиши, силлиқ ва ғадир-будир юзага эга бўлиши мумкин, вақт ўтиши билан яраниши ва секин ўсиши мумкин.	Локал кўрик Цитологик ва гистологик текширув	Гистологик текширув зарур
Ясси хужайрали саратон	Ярали шаклдаги базалиома инвазив-деструктив ўсишга эга бўлиб, қуйидаги тўқималар ва суякларга ўтиши мумкин.		Яра ўлчами ўсма чегарасига мос келади, ажралма модда кўланса ҳидли бўлади, метастазлар пайдо бўлиши мумкин.

4. АМБУЛАТОРИЯ ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

4.1 Номедикаментоз даво (режим, диета ва бошқ. нур);

Режим умумий, стол 15

4.2. Медикаментоз даво:

1) Амбулатор даражада хирургик аралашув

- Хирургик даволаш – ўсманинг маҳаллий анестезия остида кесиб олиниши ва гистологик текширув;
- Криотерапия;
- Радикал дастур бўйича нур терапияси (бир марталик ва умумий дозалар ўсманинг жойлашуви, ўлчами, шикастланиш чуқурлиги ва цитологик ёки морфологик тасдиққа қараб танланади).
- Яқин фокусли рентгенотерапия
- Чизикли тезлаткичларда масофавий нур терапияси

2) Кейинги кузатув ва даволаш

Жарроҳлик давосидан сўнг: ҳар кунлик боғлам алмаштириш, антибиотикотерапия

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

1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

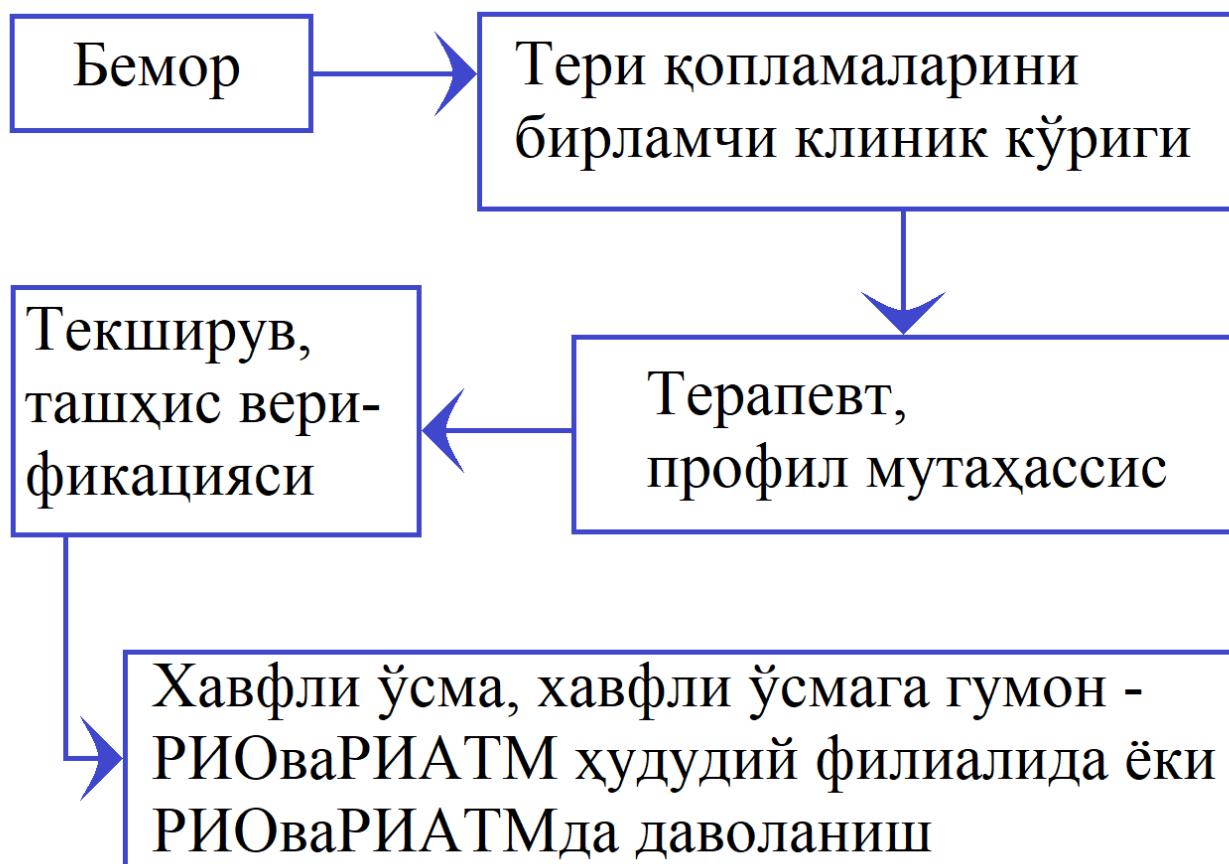
Тери сатҳида қуйидагиларнинг мавжудлиги: Ягона ёки кўп сонли, оғриқли ёки оғриқсиз ўсмасимон тузилмалар, ғадир-будир бляшкалар, кратерсимон ярали дефектлар, контактда қон кетиши, периферик лимфа тугунларининг катталаниши, маҳаллий оғриқлар.

2) Шошинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ушба касаллик учун шошинч госпитализация учун кўрсатмалар йўқ

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси (схемалар, алгоритмлар):



6.2 Номедикаментоз даво:

Консерватив даволаш вақтида бемор режими – умумий.

Операциядан кейинги дастлабки даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажми ва ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда).

Кейинги операциядан кейинги даврда – палатали режим.

Диета:

№15 стол (ёки ҳамроҳ касалликка қараб бошқа парҳез).

Хирургик даволашдан кейин – №15 стол (ёки ҳамроҳ касалликка қараб бошқа парҳез).

6.3 Медикаментоз даво:

Медикаментоз даволаш (химиотерапия) фақат генерализланган шаклларда қўлланилади.

Асосий даволаш усули – хирургик даволаш.

Протоколда даволаш тактикаси касаллик босқичларига қараб берилган, генерализланган тери саратонини даволаш бўлимида химиотерапия схемалари келтирилган.

6.4 Жарроҳлик амалиёти

- Эконом кесиб олишда ўсма эллипсимон кесик билан, чегараларидан 0,5–2,0 см масофада, наркоз остида кесиб олинади.
- Тери саратони қўл ва оёқ бармоқларида жойлашиб, бириктирувчи ва суяк тўқимасига ўсиб кирган ҳолларда, бармоқ ампутацияси ёки экзартикуляцияси амалга оширилади.
- Қулоқ супраси терисида, унинг юқори ёки марказий қисмларида жойлашган ўсмаларда қулоқ упрасини ампутация қилиш ўтказилади.
- Сочли бош қисми терисида жойлашган, бош суягига ўсиб кирган ўсмаларда, кенг кесиб олиш билан бирга бош суягининг зарарланган қисми резекция қилинади ва дефект бирлашган қоплама тўқималар билан пластика қилинади.

Лимфодиссекция лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда ўтказилади ва бирламчи ўсма ўчоғини олиб ташлаш билан бирга ёки метастазлар аниқланганидан сўнг амалга оширилади. Профилактик лимфодиссекция ўтказилмайди.

Тери саратонида регионар лимфа аппаратида стандарт хирургик муолажалар

Лимфа аппаратида стандарт хирургик аралашувлар қуйидагиларни ўз ичига олади: ўмров ости, қўлтиқ ости-курак ости, ёнбош-сов-сон, классик радикал бўйин (Крайл операцияси), модификацияланган радикал бўйин лимфадиссекцияси III тапта (футляр-фасциал бўйин лимфадиссекцияси). Чов-сон лимфадиссекцияси. Дюкен операцияси

Босқичларга қараб даволаш

Базал хужайрали саратон (БХС)

I ва II босқичлар (T1-2N0M0):

- Жарроҳлик йўл билан ўсмани олиб ташлаш, зарурат туғилганда бир вақтнинг ўзида жарроҳликдан кейинги дефектни тери пластикаси усулларида бири билан бартараф этиш.

- Агар режали гистологик текширувда резекция четларида ўсма ҳужайралари аниқланса, адъювант нур терапияси (НТ) ёки қайта кесиб олиш (реиссекция) кўрсатилган.
- Радикал дастур бўйича нур терапияси,
- Бир марталик ва умумий доза ўсманинг жойлашуви, ўлчами, шикастланиш чуқурлиги ва цитологик ёки морфологик тасдиққа қараб танланади.
- Яқин фокусли рентгенотерапия
- Чизиқли тезлаткичларда дистанцион нур терапияси
- Криотерапия
- ёки Фотодинамик терапия

III босқич (T3N0M0):

- Кенг кесиб олиш ва бир вақтда жарроҳликдан кейинги дефектни тери пластикаси билан бартараф этиш.
- Агар ўсма қўл ёки оёқларда жойлашиб, катта ҳажмли юмшоқ тўқималар, суяк ёки томир-нерв боғламларининг кенг зарарланиши кузатилса, қўл ва оёқларни ампутация қилиш.
- Сочли бош қисми терисида жойлашган, бош суягига ўсиб кирган ўсмаларда, кенг кесиб олиш ва бош суягининг зарарланган қисми резекция қилинади, дефект бирлашган қоплама тўқималар билан пластика қилинади.

Режали гистологик текширувда резекция четларида ўсма ҳужайралари аниқланса, адъювант нур терапияси (НТ) кўрсатилган.

- Шартли радикал характерга эга жарроҳлик амалиёти ўтказилган ҳолларда, операция ўрнида жарроҳликдан кейинги нур терапияси қўлланилади (СОД 50–70 Гр).
- Ёки мустақил радикал дастур бўйича нур терапияси бир марталик ва умумий доза ўсманинг жойлашуви, ўлчами, шикастланиш чуқурлиги ва цитологик ёки морфологик тасдиққа қараб танланади.
- Яқин фокусли рентгенотерапия
- Чизиқли тезлаткичларда дистанцион нур терапияси
- Ёки фотодинамик терапия
- Ёки электрохимиотерапия

IV босқич (ҳар қандай T ҳар қандай N M1):

Даволаш паллиатив ёки симптоматик тарзда индивидуал дастурлар асосида МДГ муҳокамасидан сўнг амалга оширилади (жарроҳлик усуллари, нур терапия, тизимли химиотерапия, электрохимиотерапия қўлланилиши мумкин).

Ясси хужайрали саратон, метатипик саратон, тери қўшимчалари саратонини даволаш

Ясси хужайрали тери саратонли беморларни даволаш тактикаси ҳар бир ҳолатда алоҳида белгиланиши керак. Бунда ўсма жараёнининг тарқалганлик даражаси, унинг локализацияси, прогнозга таъсир этувчи омиллар (биопсия натижалари ҳам киритилган ҳолда), беморнинг умумий ҳолати (ҳамроҳ касалликларнинг оғирлик даражаси) ва кутилган умр давомийлиги инобатга олиниши лозим.

Ясси хужайрали тери саратонли беморларни даволашнинг асосий мақсади ўсмани тўлиқ олиб ташлашдан иборат бўлиб, шу билан бирга, зарарланган аъзо функциясини максимал даражада сақлаб қолиш ва энг яхши косметик натижаларга эришишга ҳаракат қилиниши керак. Жарроҳлик усуллари кўпинча энг самарали ва таъсирчан даволаш усули ҳисобланади, аммо функцияни сақлаб қолиш, косметик натижалар, беморнинг афзалликлари ва унинг умумий ҳолати каби омиллар нур терапиясини асосий даволаш усули сифатида танлашга олиб келиши ва умумий натижани оптималлаштириши мумкин.

Бирламчи кўплаб хавфли ўсмалар пайдо бўлиш хавфи юқори бўлган айрим беморларда (масалан, иммуносупрессия ёки албинизм ҳолатида) диққатли кузатув ва профилактик чоралар тавсия этилиши мумкин.

Ушбу усулларни қўллаш бўйича тавсиялар, шу жумладан, белгиланган дори воситаларини дозалаш режимлари ва даволаш усуллари қуйида келтирилган.

3.1 Касалликнинг локал босқичларини (I-II) даволаш

- Ясси хужайрали тери саратони ташхиси қўйилган барча беморларга даволаш тактикасини танлашдан олдин ушбу тавсияларга мувофиқ касалликнинг рецидив ва метастаз бериш хавфини баҳолаш **тавсия этилади** (1.5.3-бўлимга қаранг). [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

3.1.1 Хавфи паст бўлган ясси хужайрали саратонни даволаш

- Рецидив хавфи паст бўлган (1.5.3-бўлимга қаранг) ясси хужайрали тери саратонли барча беморларга кўринган ўсма чегарасидан 4 мм орқали (терса ёғ қатламини қамраб олган ҳолда) стандарт кесиб олиш тавсия этилади (агар ўсманинг чизиқли ўлчами 2 смдан кичик бўлса) ёки кўринган ўсма чегарасидан 6 мм орқали (терса ёғ қатламини қамраб олган ҳолда) кесиб олиш тавсия этилади (агар ўсманинг

чизиқли ўлчами 2 см ёки ундан катта бўлса). Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олинган материалнинг тирикликдаги патолого-анатомик текшируви жараёнида резекция чегарасини режали баҳолаш тавсия этилади (дефектни ёпиш усули жарроҳ шифокорнинг танловига боғлиқ). [29] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401812/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

- Кўринган ўсма чегарасидан камида 6 мм хирургик чекиниб кесиб олиш тавсия этилади, агар унинг ўлчами 2 см ёки ундан катта бўлса (юқори хавfli зоналар бундан мустасно, бу ҳолатда каттароқ чекиниш – 9 мм талаб этилиши мумкин). Шу билан бирга, баъзан ўсмани кузатиб борадиган эритема зонаси ёки қизариш ҳалқаси ўсма тугунчаси элементи сифатида баҳоланиши **тавсия этилади** [28, 29]. Шунингдек, 9-жадвалга қаранг.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳ: *Стандарт жарроҳлик эксцизияси бажарилганда, олиб ташланган ўсмада ва бемор танасида йўналтирувчи белгиларни (12 соат нуқтаси бўйича) қўйиш тавсия этилади. Бу режали гистологик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма аниқланган тақдирда, қайта резекцияни режаштиришда зарур бўлиши мумкин.*

9-жадвал. Ясси хужайрали тери саратонида рецидив хавfli ва бирламчи ўсма ўлчамига қараб жарроҳлик тактикаси [29].

Рецидив хавfli (1.5.3-бўлимга қаранг)	Ўсманинг максимал ўлчами, см	Жарроҳлик тактикаси
Паст	< 1 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш
	1,01 – 1,9 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш
	≥2,0 см	Кўринган ўсма чегарасидан 6 мм четлашиш
юқори	< 1 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш <i>ЁКИ</i> Барча резекция чегараларини жарроҳлик амалиёти давомида назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули).
	1,01 – 1,9 см	Кўринган ўсма чегарасидан 6 мм четлашиш <i>ЁКИ</i> Барча резекция чегараларини (периферик ва чуқур) жарроҳлик амалиёти давомида

	морфологик назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули)
≥2,0 см	Кўринган ўсма чегарасидан 9 мм четлашиш <i>ЁКИ</i> Барча резекция чегараларини (периферик ва чуқур) жарроҳлик амалиёти давомида морфологик назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули). Сторож лимфа тугуни биопсиясини ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади.

• Стандарт жарроҳлик аралашувидан сўнг, кўринган ўсма чегарасидан камида 6 мм чекиниб кесиб олинган беморларда, агар режали тирикликдаги патолого-анатомик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма аниқланса, қайта резекция ўтказиш **тавсия этилади**. Бу интраоперацион морфологик назорат билан (барча резекция чегараларини – периферик ва чуқур) ёки стандарт қайта резекция шаклида амалга оширилиши мумкин. Шунингдек, жарроҳлик даволашга номзод бўлмаган беморларда операциядан кейин нур терапияси ёки комплекс даволаш (нур терапияси ва тизимли ўсмага қарши терапия) ўтказиш тавсия этилади. [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3)

• Ҳар қандай сабабга кўра (ёмон умумий ҳолат, кутилган косметик натижалардан қониқмаслик сабабли беморнинг бош тортиши ва ҳ.к.) жарроҳлик даволаш режалаштирилмаган *in situ* ясси ҳужайрали тери саратони (Боуэн касаллиги) ташхиси қўйилган барча беморларга, ЯҲТСни деструктив усуллардан бири билан даволаш **тавсия этилади**:

○ кюретаж ва электрокоагуляция

○ нур терапия,

○ криодеструкция,

○ фотодинамик терапия

○ ёки ўсмага қарши қаолликка эга топик воситалар [31]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 1)

• Ташхиси қўйилган ва жарроҳлик даволашга номос қўйилган паст хавфли ЯҲТС (1.5.3-бўлимга қаранг) беморларга кюретаж ва электрокоагуляция ўтказиш тавсия этилади (соч ўсадиган жойлар – бош тери қисми, қов ва қўлтиқ соҳалари, шунингдек, эркакларда соқол соҳаси бундан мустасно). Агар кюретаж жараёнида

ёғ қатламига етилса, одатда, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш **тавсия этилади**. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3)

Изоҳ: *Кюретаж ва электрокоагуляция онколог шифокор томонидан кичик (<2 см), аниқ чегараланган, агрессив эмас гистологияга эга ясси хужайрали тери саратон ўчоқлари учун, паст хавфли зоналарда қўлланилиши мумкин. Кюретаж ва электрокоагуляция қайта авж олган (рецидив) ЯХТС ёки юқори хавфли ЯХТС учун тавсия этилмайди. Кюретаж ўткир кюретка ёрдамида соғлом тўқималаргача бажарилиши керак, олинган материал тирикликдаги патолого-анатомик текширувга юборилади, шундан кейингина олиб ташланган ўсма ложасига электрокоагуляция ўтказилиши тавсия этилади.*

• Ташхиси қўйилган паст хавфли ЯХТС (1.5.3-бўлимга қаранг) ва жарроҳлик даволашга номос беморларга (жумладан, жарроҳлик аралашуви бемор учун мақбул бўлмаган функционал ёки косметик бузилишларга олиб келиши мумкин бўлган ҳолларда) бирламчи ўсма соҳасига нур терапия ўтказиш **тавсия этилади**. [33] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31447088/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси–5)

Изоҳ: *Нур терапия турини танлаш (яқин фокусли рентгенотерапия, гамма ва электрон терапия, брахитерапия) ҳамда доза фракциялаш тартиби ўсманнинг ўлчами ва жойлашуви, беморнинг ҳолати, унинг хоҳишлари ва даволаш муассасасининг имкониятларига қараб амалга оширилади. Брахитерапия ясси хужайрали тери саратон даволашда стандарт ёндашув ҳисобланмайди ва фақат махсус танланган беморлар гуруҳида (масалан, қовоқ териси саратони, шу жумладан, қовоқ ёпишган жойлар) қўллаш мумкин. Дистанцион нур терапияси ва брахитерапиянинг эҳтимолӣ дозалари ва режимлари 10-жадвалда келтирилган.*

10-жадвал. Паст хавфли ясси хужайрали тери саратон учун мустақил вариантда қўлланиладиган дистанцион нур терапияси режимлари ва дозалари.

Ўсманнинг ўлчамлари	Фракционирлашга мисоллар ва даво давомийлиги	ҳаволалар
< 2 см	60 Гр 6 – 7 ҳафтада	[153]
	50 – 55 Гр 3 – 4 ҳафтада	[154]
	35 Гр 10 фракцияда	[154]
	30,6 Гр 3 фракция 14 кун давомида	[155]
	54 Гр 18 фракцияда	[156]

• ЯХТС in situ (Боуэн касаллиги) ташхиси қўйилган ва жарроҳлик даволаш учун мос келмайдиган беморларга бирламчи ўсмани криодеструкция қилиш **тавсия этилади**. [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2)

Изоҳ:

Камчиликлар қаторига чандиқ ҳосил бўлиши, рецидивни баҳолашда қийинчиликлар, жарроҳлик материалнинг гистологик текшируви ва муолажанинг радикаллигини тасдиқловчи далилларнинг йўқлиги киради. Муолажани ўтказишдан аввал таъхисни тасдиқлаш учун биопсия бажариш лозим. Криодеструкция жойлашган рецидив касаллик ёки юқори хавфли ўсмалар учун мос келмайди. Криохирургия вақтида ўсманинг шаклига энг мос келадиган ўлчамдаги криозондлар ишлатилиши керак. Тери тегишли суяк ёки тўқимага мустаҳкам бириктирилиши зарур. Музлаш кучини импедансометр ёрдамида назорат қилиши мумкин (500 – 1000 кОм, бу эса ўсманинг ҳажмига қараб 30-60 сония музлаш вақтига мос келади). Оддатда 1-2 марта музлаш ва эриш циклари ўтказилади.

• ЯХТС in situ (Боуэн касаллиги) ташхиси қўйилган ва жарроҳлик муолажасига мос келмайдиган беморларга фотодинамик терапия ўтказиш **тавсия этилади**. [34, 35] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2710943/>). Фотодинамик терапия айниқса ЯХТС in situ ва ўсма олди касалликларида (масалан, актиник кератозда) самарали ҳисобланади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2)

Изоҳ: *Инвазив шаклдаги ЯХТСда афзаллик жарроҳлик даволашга берилиши керак. ЯХТС юқори хавфли ҳолатларда ФДТ тавсия этилмайди.*

ЯХТС in situ (Боуэн касаллиги) учун ФДТ ўтказишда метиламинолевулинат (L01XD Сенсibiliзация қилувчи препаратлар, фотодинамик/нур терапияси учун) ташқи қўллаш учун крем шаклида ишлатилади (extempore тайёрлаш мумкин эмас). ФДТ курси – препарат юбориш ва ФДТ сеансидан иборат. Апликацион қўллашдан олдин зарур бўлса, кюретка ёки скальпель билан анестезиясиз кюретаж ўтказилади. Тўлиқ гемостаздан кейин препарат ўсма устига, 0,5-1,0 см соғлом тери ҳудудини қамраб олган ҳолда суртилади, сув ва ёруғлик ўтказмайдиган окклюзион боғлам қўйилади. Экспозиция вақти – 3-4 соат. Шу вақтдан кейин боғлам олиб ташланади, қолдиқ препарат қуруқ марли салфетка билан тозаланади. 630±2 нм тўлқин узунлигидаги лазер нурлаш манбаси билан ФДТ ўтказилади. Доза – 300-350 Дж/см². Агар зарур бўлса, ФДТ сеансидан олдин 400-405 нм ёруғлик манбаси билан флуоресцент диагностика ўтказилади. ФДТ икки курсда, 1 ойлик интервалда ўтказилади. Натижа 2 ойдан кейин баҳоланади. Агар гистологик тасдиқланган қисман регрессия кузатилса, хлорин еб асосидаги препаратлар билан ФДТ ўтказилади. Инвазив ёки экзофит ЯХТС да хлорин еб асосидаги препаратлар ишлатилади. 1 мг/кг дозада, 150-200 мл изотоник натрий

хлорид эритмасида эритилиб, қоронгу хонада томир ичига юборилади. Флакон ёруғлик ўтказмайдиган материал билан экранировка қилинади. 3 соатдан кейин 400-405 нм манбада флуоресцент диагностика ўтказилади. ФДТ 662±2 нм тўлқин узунликдаги лазер ёрдамида амалга оширилади. Доза – 300-350 Дж/см². Бир курс ФДТ ўтказилади, натижа 1,5-2 ойдан кейин баҳоланади. Ёруғлик чеклаш режими – 4 кун. Агар қисман регрессия кузатилса, хлорин еб асосида ФДТ такрорлаш мумкин. [36] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15752124/>).

- ЯХТС in situ (1.5.3-бўлимга қаранг) ташхиси қўйилган, лекин жарроҳлик муолажасига номос келадиган беморларга #имихимод билан топик даволаш тавсия этилади. [37, 140] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20026854/>). Қўлланиш режимлари 11-жадвалда келтирилган.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

11-жадвал. ЯХТС in situ (Болезнь Боуэна) да #имихимодни қўллаш режимлари

#Имихимод 5% крем, 1м/сут, 7 кун/ҳафтада * 6 ҳафта, маҳаллий	[38]
#Имихимод 5% крем, 1 м/сут, 5 кун/ҳафтада * 16 ҳафта, маҳаллий	[39]

3.1.2 Хавфи юқори бўлган ясси ҳужайрали саратонни даволаш

- ЯХТС юқори хавфли (1.5.3-бўлимга қаранг) деб ташхис қўйилган барча беморларга ўсмани барча резекция қирраларининг (периферик ва чуқур) интраоперацион морфологик назорати билан олиб ташлаш тавсия этилади. Операцион материални тирикликда патолого-анатомик текшириш жараёнида ўрганиш зарур. Дефектни ёпиш усули жарроҳнинг ихтиёрига боғлиқ, бироқ морфологик жиҳатдан резекция қирраларида ўсма йўқлиги тасдиқланмагунча, дефектларни кўчирилган қопламлар билан ёпишни кечиктириш маъқул. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

Изоҳ: Бундай жарроҳлик амалиётлари тайёрланган жарроҳ-онкологлар, пластик жарроҳлар ва морфологлар жамоасини талаб қилади ҳамда махсус марказларда амалга оширилиши мумкин. Интраоперацион гистологик текширув қўйидаги усуллар бўйича кесиш, белгилаш ва препаратларни тайёрлаш талабларига мувофиқ ўтказилиши лозим: Мос усули (Mohs) ва «секин» Мос усули (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Барча ҳолларда, агар Мос усули ёки «секин» Мос усули бўйича интраоперацион гистологик баҳолаш имкони бўлмаса, кўриниб

турган чегаралардан камида 4 мм масофада тавсия этилган етарли чекланиш амалга оширилиши лозим.

12-жадвал. Барча резекция чегараларининг (периферик ва чукур) интраоперацион морфологик назорати билан жарроҳлик даволаш усуллари

	<i>Мос усули</i>	<i>Моснинг «секин» усули (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)</i>
<i>Скальпел ва тўқимага нисбатан кесиш бурчаги</i>	45°	90°
<i>Кесмаларни тайёрлаш</i>	<i>Янги музлатилган криостат кесмалар</i>	<i>парафин блоклари</i>
<i>Жавобларни олиш вақти</i>	20-60 дақиқа	24 соат (тезлашган гистопроцессорда)

"Нон бўлаги" усули бўйича стандарт гистологик текширув резекция чегараларини ва ўсмани тўлиқ олиб ташланганлигини баҳолаш учун ишлатилмаслиги керак, чунки бу усулда олиб ташланган тўқима юзасининг 1% дан кам қисми баҳоланади.

- ЯХТС юқори хавфли (1.5.3-бўлимга қаранг) ташхиси қўйилган барча беморларга, агар периферик ва чукур резекция чегараларини интраоперацион назорат қилиш билан ўсмани олиб ташлаш имкони бўлмаса, стандарт усулда энг катта мумкин бўлган ораликда (тана ва қўл-оёқларда 6 мм, сочли терида 9 мм) видий ўсма чегарасидан (териости ёғ пардаси билан бирга) кесиш олиш ва операцион материалнинг резекция чегарасини ҳаётликдаги патолого-анатомик текширувини ўтказиш **тавсия этилади** (дефектни ёпиш усули – жарроҳнинг ихтиёрида). [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳ: Стандарт жарроҳлик кесиш олиш амалиёти бажарилганда, операцион материал ва бемор терида йўналиш белгиларини (12 соатлик кўрсаткич) белгилаш тавсия этилади. Бу, режали гистологик текширувда резекция чегарасида ўсма аниқланган тақдирда, қайта резекцияни режалаштириш учун муҳим бўлиши мумкин.

- Стандарт жарроҳлик аралашувидан сўнг, кўриниб турган ўсма чегарасидан камида 6 мм масофада кесиш олиш амалга оширилган беморларда, режали тирикликдаги патолого-анатомик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма

аниқланса, интраоперацион морфологик назорат билан қайта резекция ўтказиш ёки, агар бемор жарроҳлик даволаш учун номос бўлса, нур терапиясини режалаштириш **тавсия этилади**. [29, 30]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

- Кўкс оралиғи ва метастаз бериш хавфи юқори бўлган (1.5.3-бўлимга қаранг) беморларда, 2 см ёки ундан катта ўлчамдаги терининг ўсмаси мавжуд бўлганда ва ҳудудий лимфа тугунларининг шикастланишига оид клиник ва инструментал белгилари кузатилмаганда, касаллик босқичини тўғри аниқлаш, унинг кечиш прогнози ва адъювант нур терапиясига кўрсатмаларни белгилаш мақсадида кўриқчи лимфа тугуни биопсиясини ўтказиш **тавсия этилади**. [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳ: *Кўриқчи лимфа тугуни биопсияси фақат махсулаштирилган муассасаларда, тегишли жиҳозлар ва малакали ходимларга эга бўлган жойларда амалга оширилади.*

- ЯХТС юқори хавфли деб ташхис қўйилган (1.5.3-бўлимга қаранг), жарроҳлик муолажасига мос келмайдиган ёки резекция чегарасида ўсмаси аниқланган, лекин турли сабабларга кўра унинг олиб ташланиши мумкин бўлмаган беморларга асосий ўсма ҳудудига нур терапиясини ўтказиш тавсия этилади [32, 33, 41]. Нур терапияси дозалари ва режимлари 13-жадвалда келтирилган.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

13-жадвал. Юқори хавфли ясси ҳужайрали тери саратонида мустақил усул сифатида дистанцион нур терапияси режимлари ва дозалари

Ўсманинг клиник хусусиятлари	Даво давомийлигини фракционирлашга намуналари	Манба
≥2 см ЁКИ Т ₃ /Т ₄ , ЁКИ Суякларга инвазия билан, ЁКИ Юмшоқ тўқималарга инвазия билан	60 Гр 6 ҳафтада 50 Гр 4 ҳафтада 60 Гр 3 ҳафтада	[43]
	50 Гр 4 ҳафтада (суяк/тоғайга инвазияда)	[42]

- ЯХТС юқори хавфли ташхиси қўйилган беморларга, шунингдек, паст хавфли беморларга (1.5.3-бўлимга қаранг) резекция чегараси мусбат ёки яқин жойлашган ҳолларда, жарроҳлик муолажасидан кейин рецидив хавфини камайитириш мақсадида бирламчи ўсма ҳудудига нур терапияси ўтказиш тавсия этилади [32, 43,

44] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19415791/>). Нур терапиясининг дозалари ва режимлари 14-жадвалда келтирилган.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

14-жадвал. Бирламчи ўсма соҳасига дистанцион жарроҳликдан кейинги нур терапиясининг дозалари ва режимлари

Ўсманинг клиник хусусиятлари	Даво давомийлигини фракционирлашга намуналари	Манба
Бирламчи ўсма соҳасига дистанцион жарроҳликдан кейинги нур терапияси	60 Гр 6 ҳафтада	[45]
	50 Гр 4 ҳафтада	[46]

• ЯХТС бош ва бўйин юқори хавфли ташхиси қўйилган, регионар лимфа тугунларининг клиник шикастланиш белгилари мавжуд бўлмаган беморларга (1.5.3-бўлимга қаранг), жарроҳлик муолажасидан кейин рецидив хавфини камайтириш мақсадида минтақавий лимфа коллекторлари худудига нур терапияси ўтказиш тавсия этилади [46]. Нур терапиясининг дозалари ва режимлари 16-жадвалда келтирилган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26391010/>)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

3.1.3 Қовоқ терисида жойлашган (қовоқ ёпишмасида ҳам) хавфи юқори бўлган ясси хужайрали саратонни даволаш

ЯХТС юқори хавфли ҳолатларини даволаш тамойиллари, 3.1.2-бўлимда тавсифланган ҳолда, ушбу бўлим тезислари билан тўлдирилади.

• Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратонида органни сақлаб қолишга қаратилган муолажани режалаштириш **тавсия этилади**, шу жумладан қовоқларнинг ёпилиши, ўсманинг ўлчами ва жойлашуви ҳисобга олинган ҳолда, микрохирургик техника ёки бинокуляр лупа ёрдамида умумий анестезия остида бажарилади. [47].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳ: Беморнинг ёши ва умумий соматик ҳолати, жуфт кўзнинг ҳолати, мумкин бўлган асоратлар ва уларнинг олдини олиш чоралари ҳисобга олиниши тавсия этилади. Ўсманинг ўлчами 3 мм гача бўлган ҳолларда маҳаллий анестезия қўллаш мумкин. Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратонини жарроҳлик йўли билан даволаш, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида, ўсманинг локализацияланган хусусияти ва уни тубдан олиб ташлашнинг техник имконияти мавжуд бўлганда тавсия этилади. Кўз қовоқлари терисида жойлашган ўсмаларда, уларнинг

ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик отстуни 4 мм этиб белгиланиши керак.

- Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратон тугунли шаклларини тўлиқ кесиб олиш учун радиотўлқин ёки CO₂ лазер ёрдамида лазер жарроҳлигидан фойдаланиш тавсия этилади, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида ҳам. Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратоннинг диффуз шаклларида биопсия ўтказиш учун радиотўлқин ёки CO₂ лазер қўллаш тавсия этилади, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида ҳам.

- Бу усул саратоннинг ўлчамини кичрайтириш ва комплекс даволаш доирасида нур терапиясини ўтказиш мақсадида тавсия этилади. [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳлар: Радиотўлқин жарроҳлиги – юқори частотали радиотўлқинлар (3,8 - 4,0 МГц) ёрдамида юмиоқ тўқималарни контактсиз кесиш ва коагуляция қилиш усули. Радиотўлқин жарроҳлиги қўлланилганда тўқималарнинг кучли, эрта (3 кундан бошлаб) тикланиши ва эпителизацияси кузатилади, шунингдек, тўқималарнинг тўлиқ эрта битиши ва йирик чандиқ ҳосил бўлмаслиги таъминланади. Ўсма тугуни радиоэксцизия қилиш абластика тамойилларига мувофиқ равишда, кўринган чегараларидан камида 3 мм чекланиб ўтказилади ва ўсма ўрни радиокоагулятор билан ишланади. Хирургик лазер таъсири тўқималарда иссиқлик, гидродинамик ва фотохимик эффектлар орқали деструкцияни келтириб чиқаради. CO₂ лазер ёрдамида бажарилган жарроҳлик кесими юқори аниқлик, бактерицидлик, абластик таъсир, атрофдаги тўқималарнинг минимал шикастланиши каби афзалликларга эга бўлиб, бу юмиоқ чандиқ ҳосил бўлишига ва келоид чандиқларнинг олдини олишига ёрдам беради. Радиотўлқин жарроҳлиги ва CO₂ лазер ёрдамидаги лазер жарроҳлигини биргаликда қўллаш тавсия этилади. Радиоскальпел ва CO₂ лазер комбинацияси механик ва иссиқлик шикастланишини минимал даражада ушлаб турадиган дозаланган кесишни таъминлайди, қон кетган қон томирларини самарали коагуляция қилади ва тўқималарнинг бирламчи битишига ёрдам беради.

- Кўз қовоқларидаги ясси хужайрали саратонни олиб ташлашдан сўнг ҳосил бўлган нуқсоннинг ўз-ўзидан эпителизация қилиниши қовоқларнинг деформациясига ва шу билан бирга кўз функцияларининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган ҳолларда **тери пластикасини** ўтказиш тавсия этилади. Кўз қовоғи териси пластикаси, шу жумладан қовоқлар ёпишмасида, фақат ясси хужайрали саратонни радикал олиб ташлаш имконияти мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилади. [49]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳлар: *Операциядан кейинги нуқсонни қоплаш учун кўпроқ қуйидаги турдаги пластикалар қўлланилади: маҳаллий тўқималар билан пластика, эркин тери пластикаси, ён томонга силжитиш усулидаги пластика ва поясидаги тери ёрдамида пластика. Кичкина тери нуқсонларини қоплашда маҳаллий тўқималар пластикаси кенг қўлланилади, Шимановский, Лимберг усуллари ва уларнинг комбинациялари қўлланилади. Кўз қовоқларининг, шу жумладан қовоқлар ёпишмасининг, юқори ва пастки қовоқнинг ҳамда ташиқи кўз бурчагининг ясси хужайрали саратон ўсиши аралаш тусда бўлганда, яқин фокусли рентгенотерапия ўтказиши тавсия этилади. Традицион нурлантириши методикасидан фойдаланиши тавсия қилинади – РТА02 аппарати, РИК-10 шароитида, АСМА-0,5 филтёр билан, ҳаводаги дозанинг қуввати 440, 1–40; ягона доза 2 Гр, жами дозаси 55–65 Гр. Бунда албатта, қоровул учун қўрғошинли ҳимоя протезидан фойдаланиши тавсия этилади.*

- Кўз қовоғининг, шу жумладан қовоқлар ёпишмасининг, кўз чуқурига тарқалган ЯХТС да жарроҳлик муолажасини ихтисослаштирилган марказларда ўтказиш тавсия этилади. [49, 47]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

- Жарроҳлик аралашуви абластик усулда, ўсма атрофидаги юмшоқ тўқималар ва остидаги суяк деворини ишлов беришда электро- ёки радиокоагуляциядан мажбурий фойдаланган ҳолда бажарилиши тавсия этилади. [49, 47]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳ: *Радикал жарроҳлик даволаш (орбитани суяк парда ости экзентерацияси) кўз чуқуридаги кенг хавфли инфилтратив жараёнлар учун кўрсатилган бўлиб қолмоқда. Операция вақтида олиб ташланган барча патологик материал мажбурий гистологик текширувдан ўтказилиши лозим. Кўз чуқури бўшлигини ёпиш учун теридан лоскут ишлатилади, у елканинг ички юзасидан кесиб олиниб, кўз чуқури бўшлигига жойлаштирилади ва кўз чуқури чети терисига мустаҳкамланади.*

- Катта ўлчамдаги кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратонида, жумладан, қовоқлар ёпишмаси ҳолатларида, комплекс даволаш усуллари **тавсия этилади:** ўсмани жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш нур терапияси (брахитерапия, 15-жадвалга қаранг) билан биргаликда ўтказилади. [47,50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784215/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳ: Айрим жойлашув ва ўсма қалинлигига боғлиқ ҳолда радикал олиб ташлаш имкони бўлмаганда нур терапияси қўлланилади.

15-жадвал. Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратонида брахитерапия усуллари ва дозалари.

Локализация	Фракциялаш ва даволаш муддатларининг намуналари	Манба
Кўз қовоқ ЯХТС, жумладан, қовоқлар ёпишиб қолган ҳолатда стронций офтальмоаппликаторлари ёрдамида юзаки брахитерапия.	90-120 Гр 3-5 фракцияда	[47, 50]

3.2 Регионар лимфа тугунларига метастаз берган (III-босқич) ясси хужайрали терининг саратон касаллигини даволаш.

• Резектабел метастазли терининг саратон касаллиги бўлган барча беморларга регионар лимфаденэктомия ўтказиш тавсия этилади. [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

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

• Радикал жарроҳлик муолажасидан сўнг регионар лимфа тугунларида ясси хужайрали саратон метастазлари мавжуд бўлган беморларга адъювант нур терапияси ўтказиш тавсия этилади (Қ. Таблица 16). [43, 45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

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

Изоҳ: Бош ва кўкс соҳасида бирламчи ўсма жойлашган беморларда қулоқ олди сўлак беши соҳасида лимфа тугунларининг шикастланиш частотаси 82% гача етгани кузатилади. Бу ҳолатни бош ва бўйин терисининг ясси хужайрали саратон касаллигига чалинган беморларни текшириш ва даволаш ҳажмини режалаштиришда ҳисобга олиш лозим.

16-жадвал. Худудий лимфа тугунларининг шикастланиши ёки худудий лимфа тугунларининг шикастланиш хавфи юқори бўлган ҳолларда тери ясси хужайрали саратонида дистанцион нур терапияси режимлари ва дозалари

Клиник ҳолат	Фракциялаш ва	ҳавола
--------------	---------------	--------

		<i>даволаш муддатларининг намуналари</i>	
Лимфодис секциядан сўнг	Резекция чети ўсма ўсиши белгиларисиз, ЭКР йўқ	50–60 Гр 5 – 6 хафтада	[43]
	Резекция четида ўсма ўсиши белгилари мавжуд ёки ЭКР мавжуд	60–66 Гр 6 – 7 хафтада	[52]
Лимфодис секциясиз	Худудий лимфа тугунларининг шикастланишининг клиник белгилари йўқ	50 Гр 5 хафтада	[46]
	Бўйин лимфа тугунларининг шикастланишининг клиник белгилари мавжуд	60–70 Гр 6 – 7 хафтада	[47]
	Бирламчи ўсма худудида периневрал инвазия мавжуд	50–60 Гр 5 – 6 хафтада	[54]

3.3 Метастатик ва норезектабел тери ясси ҳужайрали саратони беморларини даволаш (III норезектабел ва IV босқичлар)

- Алгоритм ва беморларни бошқариш тактикаси метастатик ва резектабел бўлмаган ЯХТС билан мултидисциплинар консилиум доирасида, жарроҳ шифокор, онколог шифокор ва радиотерапевт шифокор иштирокида, пациентнинг умумий ҳолатини (шу жумладан, ECOG шкаласи бўйича баҳолаш) ҳисобга олган ҳолда аниқлаш **тавсия қилинади**. [28].

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

- Пациентларга метастатик ва резектабел бўлмаган ЯХТСда, агар қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, программаланган ўлим рецептори (PD-1) ва унинг лигандлари ўртасидаги ўзаро таъсирни блокловчи моноклонал антитаналар билан терапия ўтказиш тавсия этилади. Режимлар Таблица 17 да келтирилган. [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

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

Изоҳ: *Ҳозирги вақтда PD-1 МКА-блокаторлари синфига мансуб дори воситаси яхши таъкил этилган тадқиқотда ўрганилган ва ясси ҳужайрали тери саратони бўлган беморларда самарадорлик намоён этган [56]. Рўйхатдан ўтказилган дори воситалари (нембролизумаб, ниволумаб) бўйича ушбу патологияда самарадорлик тўғрисидаги маълумотлар кичик норандомизирланган тадқиқотлар ёки алоҳида клиник кузатувлардан олинган.*

17-жадвал. Метастатик ёки норезектабел ясси хужайрали тери саратонида ўсмага қарши дори воситаларини қўллаш режимлари.

Дори препаратлари	Бир марталик доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	ҳавола
#Ниволумаб**	3 мг/кг тана вазнига	в/и томчилаб 30–60 дақиқа	14 кунда 1 марта	Узоқ вақт [1]	[57]
#Пембролизумаб**	2 мг/кг тана вазнига (лекин 200 мгдан кўп эмас)	в/и томчилаб 30 мин	21 кунда 1 марта	Узоқ вақт1	[58]

• Беморларга, МКА-блокаторлари PD1 билан монотерапияга жавоб бермаган ёки уларга МКА-блокаторлари PD1 терапиясини ўтказиш қарши кўрсатилган ҳолларда, агар қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, химиотерапия ёки МКА-блокаторлари EGFR терапиясини нур терапияси билан биргаликда ёки мустақил режимда ўтказиш тавсия этилади. [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (18 ва 19-жадвалларга қаранг)

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - C (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4)

18-жадвал. Нур терапияси билан биргаликда қўлланиладиган химиотерапия режимлари (норезектабел маҳаллий тарқалган ясси хужайрали саратон учун).

Дори препаратлари	Бир марталик (суткалик) доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	Дистанцион нур терапия режим ва дозалари	ҳавола
#Цисплатин**	75 - 100 мг/ м2	в/и томчилаб	1-куни, ҳар 21 кунда	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[52]
#Цисплатин**	40 мг/м2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта (6 ҳафта)	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[60]
Карбоплатин**	AUC=2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта (6 ҳафта)	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[60]
#Цетуксимаб**	400 мг/м2	в/и томчилаб	Нур терапиядан 4-5 кун олдин			[61]
#Цетуксимаб**	250 мг/м2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта	Нур терапия вақтида	70 Гр 7 ҳафтада	

19-жадвал. Мустақил режимда қўлланиладиган кимё терапия режимлари

Дори препаратлари	Бир марталик доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	ҳавола
#Цисплатин**	50 – 60 мг/м2	в/и	1-кун, ҳар 21 – 28 кунда	Узоқ вақт [2]	[61]
#Доксорубицин**	50 мг/м2 1-кун	томчилаб			

#Цисплатин**	75 мг/м ²	в/и	1-кун, ҳар 21	узоқ вақт1	
#Доксорубицин**	50 мг/м ² 1-кун	томчилаб	кунда		
#Карбоплатин**	AUC = 2	в/и	ҳар ҳафта	6 ҳафта	[62]
#Паклитаксел**	80 мг/м ²	томчилаб			
#Цисплатин**	60 мг/м ²	в/и	1-кун ҳар 21 – 28	узоқ вақт1	[63]
		томчилаб	кунда		
#Капецитабин**	1000 мг/м ² суткада 2 кабул	ичишга	кунига 2 маҳал 1- дан 14-кунгача, ҳар 21 – 28 кунда		
#Цисплатин**	75-100 мг/м ²	в/и	1-кун, ҳар 21	узоқ вақт1	[59]
		томчилаб	кунда		
Фторурацил**	1000 мг/м ²	узлуксиз инфузия	1-дан 5-кунгача, ҳар 21 кунда		
#Цетуксимаб**	биринчи доза 400 мг/ м ² , сўнгра 250 мг/м ²	в/и томчилаб	ҳар ҳафта	Узоқ вақт1	[64]
#Панитумумаб**	6 мг/кг тана вазнига	в/и томчилаб	ҳар 14 кунда	терапиянинг 9 курсидан кўп эмас	[59]

• Ўсмага қарши дори-дармонли даволашни ўтказишда, препарат дозасини тана юзаси ёки вазнига қараб ҳисоблашда, ҳақиқий дозани ҳисобланган дозанинг 5 % ичида юмалоқлаш тавсия этилади. [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

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

20-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100 % қўллаш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако- терапевтик гуруҳ	Дори воситаси ҲПН	Қўллаш усули	Исботланг анлик даражаси
Алкилловчи агентлар –платина бирикмалари комплекси	Цисплатин	25 мг/м ² 1-5 кунлар, 75- 100 мг/м ² 1-кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC=2, в/и, точ. ҳар ҳафта (6 ҳафта)	А
Ўсимлик ва табиий келиб чиқишли препаратлар.	Паклитаксел	80 мг/м ² , в/и томч., ҳар ҳафта	А
	Доцетаксел	50 мг/м ² , в/и, томч. 1 кун	А
Антиметоболитлар – антифолатлар	Метотрексат	15 мг/м ² в/и 1, 8, 15-чи кунлар, в/и	А
Бошқа ўсмага қарши антибиотиклар	Блеомицин	15мг в/и 1,3,5,8,10,12-чи кунлар	А

Топоизомераза 11 ингибиторлари	Этопозид	100мг/м ² 1-3 кунлар	А
Hedgehog сигнал йўли ингибитори	Висмодегиб (только при базально-клеточном раке)	Ичишга, 150 мг суткада 1 марта	В
Моноклонал антитана	Ниволумаб	3 мг/кг тана вазнига, в/и томч. 30–60 дақиқа, 14 кунда 1 марта	С
	Пембролизумаб	2 мг/кг тана вазнига (лекин 200 мгдан кўп эмас), в/и томч. 30 дақ., 21 кунда 1 марта	С
	Цетуксимаб	400 мг/м ² , в/и, томч., Нур терапиядан 4-5 кун олдин	С
	Панитумумаб	6 мг/кг тана вазнига, в/и томч., ҳар 14 кунда	С
Антрациклин антибиотиғи	Доксорубицин	50 мг/м ² 1-кун, в/и томч., 1-кун, ҳар 21 кунда	С
Антиметаболит, пиримидинлар антагонисти	Капецитабин	1000 мг/м ² суткада 2 қабул, ичишга, кунига 2 маҳал 1-дан 14-кунгача, ҳар 21 – 28 кунда	С
	Фторурацил	1000 мг/м ² , узлуксиз, 1-дан 5-кунгача, ҳар 21 кунда	С
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198 https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf		

21-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Иммуномодулятор, иммун жавоб модификатори	Имихимод	5% крем, 1мах/сут, 7кун/ҳафта * 6 ҳафта, маҳаллий	С

Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичга	В
	Итраконазол	Ичга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичга	С
	Позаконазол	Ичга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичга	
	Амлодипин	Ичга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичга	
	Каптоприл	Ичга	В
	Лизиноприл	Ичга	В
	Лактулоза	Ичга	В
	Спиринолактон	Ичга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичга	-
	Фолиевая кислота	Ичга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-

Юклаш (ҳавола)	http://www.pror.ru/treatment/accomp https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/
-----------------------	--

6.5 Кейинги олиб бориш.

Физик текширув ва шикоятларни тўплаш тавсия этилади:

- Илк 1-2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта,
- 3-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта,
- 4-йилдан – йилда 1 марта ёки шикоятлар пайдо бўлганда тез-тез.

Юқори рецидив хавфига эга беморларда текширувлар оралиғи қисқартирилиши мумкин.

Текширув ҳажми:

1. Анамнез, маҳаллий кўрик ва физик текширув.
2. Периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари УТТ: Илк 1-2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта, 3-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта, 4-йилдан – йилда 1 марта.
3. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси: Илк 1-2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта, 3-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта, 4-йилдан – йилда 1 марта.

Кузатувнинг мақсади – касалликнинг эрта авж олишини аниқлаш ва тезкор химиотерапия ёки резектабел метастатик ўчоқлар, рецидив ўсмалари ва метакрон ўсмаларни жарроҳлик йўли билан даволашни бошлашдан иборат.

7. Даво самарадорлиги индикаторлари:

- Ўсмани ва метастазларнинг регрессияси бўйича объектив белгилари
- УЗИ натижаларида метастазлар ва қайталаниш йўқлиги
- КТ натижаларида узок метастазлар йўқлиги
- Қон, пешоб ва биохимик кўрсаткичларнинг қониқарли ҳолати
- Жарроҳликдан кейинги яранинг битиши
- Беморнинг нисбатан қониқарли умумий ҳолати

Даво самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта

давомида.

- **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.
- **Стабилизация** – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.
- **Прогрессия** – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталashi ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

**«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2024

- ХКТ код (лар)и:

ХКТ-10:	
Код	Номи
C44	– Тери бошқа хавфли ўсмалари
C44.0	– Лаб териси
C44.1	– Қовоқ териси, қовоқ ёпишмаси билан бирга
C44.2	– Қулоқ териси ва ташқи эшитиш йўли
C44.3	– Юзнинг бошқа ва аниқланмаган қисмлари териси
C44.4	– Бош ва бўйин сочли қисми териси
C44.5	– Тана териси
C44.6	– Қўл териси, елка камари соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.7	– Оёқлар териси, чаноқ-сон соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.8	– Терининг юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта жойларидан ташқарига чиқиб кетган зарарланиши
C44.9	– Терининг аниқланмаган соҳадаги хавфли ўсмалари
Юклар олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
ХКТ-11:	
Код	Номи
2E64	Тери карцинома in situ си
2C31	Тери ясси хужайрали саратони
2C31.0	Терининг керрукоз ясси хужайрали карциномаси
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Жинсий олат ясси хужайрали саратони
2C31.Z	Тери ясси хужайрали саратони
2C32	Тери базал хужайрали карциномаси
2C32.0	Терининг тугунли базал хужайрали саратони
2C32.1	Терининг склерозловчи базал хужайрали карциномаси
2C32.2	Терининг юзаки базал хужайрали карциномаси
2C32.Y	Бошқа аниқлаштирилган тери базал хужайрали карциномаси
2C32.Z	Тери базал хужайрали карциномаси, аниқлаштирилмаган
2C33	Терининг аднексал карциномаси
2C34	Тери нейроэндокрин карциномаси

2C35	Тери саркомаси
2C3Y	Терининг бошқа аниқлаштирилган хавфли ўсмалари
2C3Z	Терининг номаълум ёки аниқлаштирилмаган тапдаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17):

Базал хужайрали ва ясси хужайрали терининг саратон касаллиги (кўпинча номеланома терининг ўсмалари деб аталади) – эпителий хужайраларидан келиб чиққан хавфли терининг ўсмалари ҳисобланади. Базал хужайрали тери саратони (синонимлари – базалиома, базал хужайрали карцинома) эпителийнинг базал қатлами хужайраларидан ривожланади, ясси хужайрали саратон эса тери кератиноцитларидан келиб чиқади. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 1 234 533 та номеланома тери саратони ҳолати аниқланган ва 69 416 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

Номеланома тери ўсмалари ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Спорадик (ирсий бўлмаган) шаклдаги меланомадан ташқари тери ўсмалари учун энг муҳим хавф омилларидан бири терига ультрабинафша нурланишининг таъсиридир. Бунда тери ультрабинафша таъсирига нисбатан сезувчанлик даражаси одамларда фарқ қилади ва 6 турга таснифланади, шунингдек, 1 ва 2-тур энг юқори сезувчанликка эга (шу билан бирга, кўёшда куйиш эҳтимоли катта), 5 ва 6-тур эса энг паст сезувчанликка эга ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Шунингдек, туғма ёки ортирилган иммун танқислиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунсупрессант қабул қилиш зарур бўлган бошқа касалликларда), пигментли ксеродерма каби хавф омилларини ҳам таъкидлаш лозим. Сунъий ультрабинафша нурланиши (шу жумладан, PUVA-терапия) ва меланомадан ташқари тери ўсмалари ривожланиш хавфи ортгани ўртасида боғлиқлик аниқланган. Мишяк билан контактда бўлган шахсларда ҳам, айниқса, Боуэн касаллиги ҳолатида, ясси хужайрали саратон ривожланиш хавфи юқори бўлади. Кўп ҳолларда меланомадан ташқари тери ўсмалари мавжуд бўлган предўсма янги ҳосилалар (масалан, актиник кератоз ёки кератоакантома) фонидан ривожланади, шунингдек, улар хавфли ўсмага яқин жойлашган тери участкаларида ҳам кўп учрайди. (<https://www.who.int/news-room/questions-and->

[answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAaVd_BwE#](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/).

Шунингдек, базалиома ривожланиши мумкин бўлган бир қатор ирсий синдромлар мавжуд: невоид базалиомалар синдроми (Горлин-Гольц синдроми деб ҳам маълум), Базекс синдроми, Ромбо синдроми, бир томонлама базал ҳужайрали невус синдроми. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Горлин-Гольц синдромида РТСН ген мутацияси аниқланади. Беморларда кўп сонли базалиомалар билан бирга, хос фенотип ҳам кузатилади: буруннинг кенг илдизи, кафтларда қўшимча бурмалар, жағларда кистоз ўзгаришлар, суяк тизими ривожланишида нуқсонлар. Базекс синдроми Х-хромосома билан боғлиқ доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, бу синдромда атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз ва фолликуляр атрофия кузатилади. Ромбо синдроми аутосомал-доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, гипертрихоз, вермикуляр атрофодермия, трихоэпителиомалар ва периферик вазодилатация каби клиник белгилари мавжуд. Бир томонлама базал ҳужайрали невус синдроми билан туғилган беморларда терида комедонлар ва эпидермал кисталар билан бирга янги ҳосилалар кузатилади. Микроскопияда базал эпителийнинг пролиферацияси аниқланади. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Ясси ҳужайрали тери саратони (ЯХТС) меланомадан ташқари тери ўсмалари (МТТЎ) ичида тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Касалланиш даражаси яшаш жойининг кенгликка яқинлигига қараб кескин фарқ қилади ва ёруғ фототипли терига эга одамларда анча юқори бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Шу боис, дунёда МТТЎ бўйича энг юқори касалланиш даражаси Австралияда кузатилади, у ерда 70 ёшгача ҳар иккинчи одамда шу турдаги ўсма ривожланади, энг паст кўрсаткич эса Африканинг айрим ҳудудларида қайд этилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Иккита ёки ундан кўп МТТЎга чалинган беморларда янги меланомадан ташқари ўсмалар пайдо бўлиш хавфи анча юқори бўлади, шунингдек, бир неча МТТЎ ҳолатлари эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 йилда РСНПМЦОиР статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистонда тери саратони билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 2,6 ни ташкил этган. Эркаклар орасида ушбу касаллик умумий онкологик касалликлар тузилмасида 8-ўринни эгаллаб, 4% ҳолатни ташкил этган. Аёллар орасида эса 9-ўринда бўлиб, 3,2% ҳолат қайд этилган.

2023 йил давомида биринчи марта 954 нафар тери саратони бемори

аниқланган, уларнинг 47,9% профилактик кўриклар чоғида фаол аниқланган. Тери саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 96,1% ни ташкил этган. Касаллик аниқланган босқичлар бўйича тақсимот: I босқичда – 22,3%, II босқичда – 55,0%, III босқичда – 13,8%, IV босқичда – 3,4%. 5,5% ҳолатда касаллик босқичи аниқланмаган.

2024 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 8768 нафар тери саратони билан оғриган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, касалликка чалиниш даражаси 100 минг аҳолига 23,8 ни ташкил этган. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 51,5%, 1 йиллик леталлик эса 4,6% бўлган. 2023 йилда Ўзбекистонда 336 нафар тери саратонидан вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,9 ни ташкил этган.

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўсмани радикал олиб ташлаш;
- бирламчи ўчоқни олиб ташлаш;
- ўсмани стабилизацияси, қисман ёки тўлиқ регрессияси;
- умумий ҳолатини яхшилаш;
- умумий яшовчанликни ошириш.

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 тери саратонининг мавжудлиги;
- жарроҳлик даволаш ёки очиқ биопсиядан сўнг ташхисни морфологик тасдиқлаш билан иккиламчи (метастатик ёки бирламчи аниқланган ўчоқсиз) ўсманинг мавжудлиги ёки метастазнинг морфологик тасдиғининг йўқлиги, аммо тери саратонининг асосий ўчоғининг гистологик текшируви мавжудлиги.

Медикаментоз (Кимё ва/ёки таргет, ва/ёки иммунотерапия) ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма ҳужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- жигар саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, тери саратони 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.

4) Жарроҳлик даволаш тамойиллари

Жарроҳлик давосига кўрсатмалар:

- гистологик верификацияланган (ёки гистологик верификация қилиш мақсадида) операбел тери саратони;
- жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар йўқ бўлганда.

Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар:

- Беморда жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин бўлмаган ҳолат ва оғир ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги
- Умумий анестезияда ишлатиладиган дори воситаларига аллергия мавжудлиги

Кенг кесиб олиш ўсмани соғлом тўқималар ичида, футлярлик ва зоналик тамойилларини ҳисобга олган ҳолда олиб ташлаш стандарт жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. Янги ўсмадан камида бир сантиметр масофада олиб ташлаш минимал меъёр деб ҳисобланади. Ўсмани мушак фасцияси ёки муфтаси билан бирга олиб ташлашда чегара 1–5 сантиметрдан ортиқ бўлиши лозим. Агар мустаҳкам анатомик тўсиқлар мавжуд бўлса, масалан, мушак фасцияси, уст суяк,

ёки мушакнинг пайли қисми, минимал чегарага йўл қўйилиши мумкин. Чекка кесиб олиш фақат айрим истисно ҳолларда кўриб чиқилади. Резекция чегаралари жарроҳлик муолажаси сифати баҳолашнинг асосий услуби бўлиб, уни хирург ва гистолог биргаликда аниқлайди. Биопсия зонаси ва тракти якуний жарроҳлик ҳажмига киритилиши керак.

Интраоперацион белгилаш асосида препарат чегараларини микроскопик ўрганиш мажбурий тавсия этилади.

Жарроҳлик аралашувлари тамойиллари:

- Эконом кесиб олишда ўсма эллипсимон кесик билан, чегараларидан 0,5–2,0 см масофада, наркоз остида кесиб олинади.
- Тери саратони қўл ва оёқ бармоқларида жойлашиб, бириктирувчи ва суяк тўқимасига ўсиб кирган ҳолларда, бармоқ ампутацияси ёки экзартикуляцияси амалга оширилади.
- Қулоқ супраси терисида, унинг юқори ёки марказий қисмларида жойлашган ўсмаларда қулоқ упрасини ампутация қилиш ўтказилади.
- Сочли бош қисми терисида жойлашган, бош суягига ўсиб кирган ўсмаларда, кенг кесиб олиш билан бирга бош суягининг зарарланган қисми резекция қилинади ва дефект бирлашган қоплама тўқималар билан пластика қилинади.

Лимфодиссекция лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда ўтказилади ва бирламчи ўсма ўчоғини олиб ташлаш билан бирга ёки метастазлар аниқланганидан сўнг амалга оширилади. Профилактик лимфодиссекция ўтказилмайди.

Тери саратонида регионар лимфа аппаратида стандарт хирургик муолажалар

Лимфа аппаратида стандарт хирургик аралашувлар қуйидагиларни ўз ичига олади: ўмров ости, қўлтиқ ости-курак ости, ёнбош-сов-сон, классик радикал бўйин (Крайл операцияси), модификацияланган радикал бўйин лимфадиссекцияси III тапта (футляр-фасциал бўйин лимфадиссекцияси). Чов-сон лимфадиссекцияси. Дюкен операцияси

Босқичларга қараб жарроҳлик давоси

Базал хужайрали саратон (БХС)

I ва II босқичлар (T1-2N0M0):

- Жарроҳлик йўл билан ўсмани олиб ташлаш, зарурат туғилганда бир вақтнинг ўзида жарроҳликдан кейинги дефектни тери пластикаси усуллари билан бири билан бартараф этиш.

III босқич (T3N0M0):

- Кенг кесиб олиш ва бир вақтда жарроҳликдан кейинги дефектни тери пластикаси билан бартараф этиш.
- Агар ўсма қўл ёки оёқларда жойлашиб, катта ҳажмли юмшоқ тўқималар, суяк ёки томир-нерв боғламларининг кенг зарарланиши кузатилса, қўл ва оёқларни ампутация қилиш.
- Сочли бош қисми терисида жойлашган, бош суягига ўсиб кирган ўсмаларда, кенг кесиб олиш ва бош суягининг зарарланган қисми резекция қилинади, дефект бирлашган қоплама тўқималар билан пластика қилинади.

IV босқич (ҳар қандай T ҳар қандай N M1):

Даволаш паллиатив ёки симптоматик тарзда индивидуал дастурлар асосида МДГ муҳокамасидан сўнг амалга оширилади (жарроҳлик усуллари, нур терапия, тизимли химиотерапия, электрохимиотерапия қўлланилиши мумкин).

Ясси хужайрали саратон, метатипик саратон, тери қўшимчалари саратонини жарроҳлик давоси

Касалликнинг локал босқичларини (I-II) жарроҳлик даволаш

- Ясси хужайрали тери саратони ташхиси қўйилган барча беморларга даволаш тактикасини танлашдан олдин ушбу тавсияларга мувофиқ касалликнинг рецидив ва метастаз бериш хавфини баҳолаш **тавсия этилади** (1.5.3-бўлимга қаранг). [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2)

Хавфи паст бўлган ясси хужайрали саратонни жарроҳлик даволаш

- Рецидив хавфи паст бўлган (1.5.3-бўлимга қаранг) ясси хужайрали тери саратонли барча беморларга кўринган ўсма чегарасидан 4 мм орқали (терса ёғ қатламини қамраб олган ҳолда) стандарт кесиб олиш тавсия этилади (агар ўсманинг чизиқли ўлчами 2 смдан кичик бўлса) ёки кўринган ўсма чегарасидан 6 мм орқали (терса ёғ қатламини қамраб олган ҳолда) кесиб олиш тавсия этилади (агар ўсманинг чизиқли ўлчами 2 см ёки ундан катта бўлса). Шунингдек, жарроҳлик йўли билан олинган материалнинг тирикликдаги патолого-анатомик текшируви жараёнида резекция чегарасини режали баҳолаш тавсия этилади (дефектни ёпиш усули

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

• Кўринган ўсма чегарасидан камида 6 мм хирургик чекиниб кесиб олиш тавсия этилади, агар унинг ўлчами 2 см ёки ундан катта бўлса (юқори хавфли зоналар бундан мустасно, бу ҳолатда каттароқ чекиниш – 9 мм талаб этилиши мумкин). Шу билан бирга, баъзан ўсмани кузатиб борадиган эритема зонаси ёки қизариш ҳалқаси ўсма тугунчаси элементи сифатида баҳоланиши **тавсия этилади** [28, 29]. Шунингдек, 22-жадвалга қаранг.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳ: *Стандарт жарроҳлик эксцизияси бажарилганда, олиб ташланган ўсмада ва бемор танасида йўналтирувчи белгиларни (12 соат нуқтаси бўйича) қўйиш тавсия этилади. Бу режаси гистологик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма аниқланган тақдирда, қайта резекцияни режаслаштиришида зарур бўлиши мумкин.*

22-жадвал. Ясси хужайрали тери саратонида рецидив хавфи ва бирламчи ўсма ўлчамига қараб жарроҳлик тактикаси [29].

Рецидив хавфи (1.5.3-бўлимга қаранг)	Ўсманинг максимал ўлчами, см	Жарроҳлик тактикаси
Паст	< 1 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш
	1,01 – 1,9 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш
	≥2,0 см	Кўринган ўсма чегарасидан 6 мм четлашиш
юқори	< 1 см	Кўринган ўсма чегарасидан 4 мм четлашиш <i>ЁКИ</i> Барча резекция чегараларини жарроҳлик амалиёти давомида назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули).
	1,01 – 1,9 см	Кўринган ўсма чегарасидан 6 мм четлашиш <i>ЁКИ</i> Барча резекция чегараларини (периферик ва чуқур) жарроҳлик амалиёти давомида морфологик назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули)

	≥2,0 см	<p>Кўринган ўсма чегарасидан 9 мм четлашиш <i>ёКИ</i></p> <p>Барча резекция чегараларини (периферик ва чуқур) жарроҳлик амалиёти давомида морфологик назорат қилган ҳолда ўсмани олиб ташлаш (масалан, Мос усули). Сторож лимфа тугуни биопсиясини ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади.</p>
--	----------------	--

• Стандарт жарроҳлик аралашувидан сўнг, кўринган ўсма чегарасидан камида 6 мм чекиниб кесиб олинган беморларда, агар режали тирикликдаги патолого-анатомик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма аниқланса, қайта резекция ўтказиш **тавсия этилади**. Бу интраоперацион морфологик назорат билан (барча резекция чегараларини – периферик ва чуқур) ёки стандарт қайта резекция шаклида амалга оширилиши мумкин. Шунингдек, жарроҳлик даволашга номзод бўлмаган беморларда операциядан кейин нур терапияси ёки комплекс даволаш (нур терапияси ва тизимли ўсмага қарши терапия) ўтказиш тавсия этилади. [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3)

• Ҳар қандай сабабга кўра (ёмон умумий ҳолат, кутилган косметик натижалардан қониқмаслик сабабли беморнинг бош тортиши ва ҳ.к.) жарроҳлик даволаш режалаштирилмаган *in situ* ясси ҳужайрали тери саратони (Боуэн касаллиги) ташхиси қўйилган барча беморларга, ЯҲТСни деструктив усуллардан бири билан даволаш **тавсия этилади**:

- кюретаж ва электрокоагуляция
- нур терапия,
- криодеструкция,
- фотодинамик терапия
- ёки ўсмага қарши қаолликка эга топик воситалар [31]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 1)

• Ташхиси қўйилган ва жарроҳлик даволашга номос қўйилган паст хавфли ЯҲТС (1.5.3-бўлимга қаранг) беморларга кюретаж ва электрокоагуляция ўтказиш тавсия этилади (соч ўсадиган жойлар – бош тери қисми, қов ва қўлтиқ соҳалари, шунингдек, эркакларда соқол соҳаси бундан мустасно). Агар кюретаж жараёнида ёғ қатламига етилса, одатда, жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш **тавсия этилади**. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 3)

Изоҳ: Кюретаж ва электрокоагуляция онколог шифокор томонидан кичик (<2 см), аниқ чегараланган, агрессив эмас гистологияга эга ясси ҳужайрали тери саратон ўчоқлари учун, паст хавфли зоналарда қўлланилиши мумкин. Кюретаж ва электрокоагуляция қайта авж олган (рецидив) ЯХТС ёки юқори хавфли ЯХТС учун тавсия этилмайди. Кюретаж ўткир кюретка ёрдамида соғлом тўқималаргача бажарилиши керак, олинган материал тирикликдаги патолого-анатомик текширувга юборилади, шундан кейингина олиб ташланган ўсма ложасига электрокоагуляция ўтказилиши тавсия этилади.

• ЯХТС in situ (Боуэн касаллиги) ташхиси қўйилган ва жарроҳлик даволаш учун мос келмайдиган беморларга бирламчи ўсмани криодеструкция қилиш тавсия этилади. [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2)

Хавфи юқори бўлган ясси ҳужайрали саратонни жарроҳлик даволаш

• ЯХТС юқори хавфли (1.5.3-бўлимга қаранг) деб ташхис қўйилган барча беморларга ўсмани барча резекция қирраларининг (периферик ва чуқур) интраоперацион морфологик назорати билан олиб ташлаш тавсия этилади. Операцион материални тирикликда патолого-анатомик текшириш жараёнида ўрганиш зарур. Дефектни ёпиш усули жарроҳнинг ихтиёрига боғлиқ, бироқ морфологик жиҳатдан резекция қирраларида ўсма йўқлиги тасдиқланмагунча, дефектларни кўчирилган қопламлар билан ёпишни кечиктириш маъқул. [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2)

Изоҳ: Бундай жарроҳлик амалиётлари тайёрланган жарроҳ-онкологлар, пластик жарроҳлар ва морфологлар жамоасини талаб қилади ҳамда махсус марказларда амалга оширилиши мумкин. Интраоперацион гистологик текширув қўйидаги усуллар бўйича кесиш, белгилаш ва препаратларни тайёрлаш талабларига мувофиқ ўтказилиши лозим: Мос усули (Mohs) ва «секин» Мос усули (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Барча ҳолларда, агар Мос усули ёки «секин» Мос усули бўйича интраоперацион гистологик баҳолаш имкони бўлмаса, кўриниб турган чегаралардан камида 4 мм масофада тавсия этилган етарли чекланиш амалга оширилиши лозим.

23-жадвал. Барча резекция чегараларининг (периферик ва чукур) интраоперацион морфологик назорати билан жарроҳлик даволаш усуллари

	<i>Мос усули</i>	<i>Моснинг «секин» усули (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)</i>
<i>Скальпел ва тўқимага нисбатан кесиш бурчаги</i>	<i>45°</i>	<i>90°</i>
<i>Кесмаларни тайёрлаш</i>	<i>Янги музлатилган криостат кесмалар</i>	<i>парафин блоклари</i>
<i>Жавобларни олиш вақти</i>	<i>20-60 дақиқа</i>	<i>24 соат (тезлашган гистопротессорда)</i>

"Нон бўлаги" усули бўйича стандарт гистологик текширув резекция чегараларини ва ўсмани тўлиқ олиб ташланганлигини баҳолаш учун ишлатилмаслиги керак, чунки бу усулда олиб ташланган тўқима юзасининг 1% дан кам қисми баҳоланади.

• ЯХТС юқори хавфли (1.5.3-бўлимга қаранг) ташхиси қўйилган барча беморларга, агар периферик ва чукур резекция чегараларини интраоперацион назорат қилиш билан ўсмани олиб ташлаш имкони бўлмаса, стандарт усулда энг катта мумкин бўлган ораликда (тана ва кўл-оёқларда 6 мм, сочли терида 9 мм) видий ўсма чегарасидан (териости ёғ пардаси билан бирга) кесиб олиш ва операцион материалнинг резекция чегарасини ҳаётликдаги патолого-анатомик текширувини ўтказиш **тавсия этилади** (дефектни ёпиш усули – жарроҳнинг ихтиёрида). [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳ: Стандарт жарроҳлик кесиб олиш амалиёти бажарилганда, операцион материал ва бемор терида йўналиш белгиларини (12 соатлик кўрсаткич) белгиллаш тавсия этилади. Бу, режали гистологик текширувда резекция чегарасида ўсма аниқланган тақдирда, қайта резекцияни режалаштириш учун муҳим бўлиши мумкин.

• Стандарт жарроҳлик аралашувидан сўнг, кўриниб турган ўсма чегарасидан камида 6 мм масофада кесиб олиш амалга оширилган беморларда, режали тирикликдаги патолого-анатомик текширув жараёнида резекция чегарасида ўсма аниқланса, интраоперацион морфологик назорат билан қайта резекция ўтказиш

ёки, агар бемор жарроҳлик даволаш учун номос бўлса, нур терапиясини режалаштириш **тавсия этилади**. [29, 30]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

• Кўкс оралиғи ва метастаз бериш хавфи юқори бўлган (1.5.3-бўлимга қаранг) беморларда, 2 см ёки ундан катта ўлчамдаги терининг ўсмаси мавжуд бўлганда ва ҳудудий лимфа тугунларининг шикастланишига оид клиник ва инструментал белгилари кузатилмаганда, касаллик босқичини тўғри аниқлаш, унинг кечиш прогнози ва адьювант нур терапиясига кўрсатмаларни белгилаш мақсадида кўриқчи лимфа тугуни биопсиясини ўтказиш **тавсия этилади**. [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

Изоҳ: *Кўриқчи лимфа тугуни биопсияси фақат махсулаштирилган муассасаларда, тегишли жиҳозлар ва малакали ходимларга эга бўлган жойларда амалга оширилади.*

Қовоқ терисида жойлашган (қовоқ ёпишмасида ҳам) хавфи юқори бўлган ясси ҳужайрали саратонни жарроҳлик даволаш

ЯХТС юқори хавфли ҳолатларини даволаш тамойиллари, 3.1.2-бўлимда тавсифланган ҳолда, ушбу бўлим тезислари билан тўлдирилади.

• Кўз қовоқ териси ясси ҳужайрали саратонида органни сақлаб қолишга қаратилган муолажани режалаштириш **тавсия этилади**, шу жумладан қовоқларнинг ёпилиши, ўсманинг ўлчами ва жойлашуви ҳисобга олинган ҳолда, микрохирургик техника ёки бинокуляр лупа ёрдамида умумий анестезия остида бажарилади. [47].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳ: *Беморнинг ёши ва умумий соматик ҳолати, жуфт кўзнинг ҳолати, мумкин бўлган асоратлар ва уларнинг олдини олиш чоралари ҳисобга олиниши тавсия этилади. Ўсманинг ўлчами 3 мм гача бўлган ҳолларда маҳаллий анестезия қўллаш мумкин. Кўз қовоқ териси ясси ҳужайрали саратонини жарроҳлик йўли билан даволаш, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида, ўсманинг локализацияланган хусусияти ва уни тубдан олиб ташлашнинг техник имконияти мавжуд бўлганда тавсия этилади. Кўз қовоқлари терисида жойлашган ўсмаларда, уларнинг ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик отстуни 4 мм этиб белгиланиши керак.*

- Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратон тугунли шакллари тўлиқ кесиб олиш учун радиотўлқин ёки CO₂ лазер ёрдамида лазер жарроҳлигидан фойдаланиш тавсия этилади, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида ҳам. Кўз қовоқ териси ясси хужайрали саратоннинг диффуз шаклларида биопсия ўтказиш учун радиотўлқин ёки CO₂ лазер қўллаш тавсия этилади, жумладан қовоқларнинг ёпишмасида ҳам.

- Бу усул саратоннинг ўлчамини кичрайтириш ва комплекс даволаш доирасида нур терапиясини ўтказиш мақсадида тавсия этилади. [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)

Изоҳлар: Радиотўлқин жарроҳлиги – юқори частотали радиотўлқинлар (3,8 - 4,0 МГц) ёрдамида юмиоқ тўқималарни контактсиз кесиш ва коагуляция қилиш усули. Радиотўлқин жарроҳлиги қўлланилганда тўқималарнинг кучли, эрта (3 кундан бошлаб) тикланиши ва эпителизацияси кузатилади, шунингдек, тўқималарнинг тўлиқ эрта битиши ва йирик чандиқ ҳосил бўлмаслиги таъминланади. Ўсма тугуни радиоэксцизия қилиш абластика тамойилларига мувофиқ равишда, кўринган чегараларидан камида 3 мм чекланиб ўтказилади ва ўсма ўрни радиокоагулятор билан ишланади. Хирургик лазер таъсири тўқималарда иссиқлик, гидродинамик ва фотохимик эффектлар орқали деструкцияни келтириб чиқаради. CO₂ лазер ёрдамида бажарилган жарроҳлик кесими юқори аниқлик, бактерицидлик, абластик таъсир, атрофдаги тўқималарнинг минимал шикастланиши каби афзалликларга эга бўлиб, бу юмиоқ чандиқ ҳосил бўлишига ва келоид чандиқларнинг олдини олишига ёрдам беради. Радиотўлқин жарроҳлиги ва CO₂ лазер ёрдамидаги лазер жарроҳлигини биргаликда қўллаш тавсия этилади. Радиоскальпел ва CO₂ лазер комбинацияси механик ва иссиқлик шикастланишини минимал даражада ушлаб турадиган дозаланган кесини таъминлайди, қон кетган қон томирларини самарали коагуляция қилади ва тўқималарнинг бирламчи битишига ёрдам беради.

- Кўз қовоқларидаги ясси хужайрали саратонни олиб ташлашдан сўнг ҳосил бўлган нуқсоннинг ўз-ўзидан эпителизация қилиниши қовоқларнинг деформациясига ва шу билан бирга кўз функцияларининг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган ҳолларда **тери пластикасини** ўтказиш тавсия этилади. Кўз қоғи териси пластикаси, шу жумладан қовоқлар ёпишмасида, фақат ясси хужайрали саратонни радикал олиб ташлаш имконияти мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилади. [49]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳлар: *Операциядан кейинги нуқсонни қоплаш учун кўпроқ қуйидаги турдаги пластикалар қўлланилади: маҳаллий тўқималар билан пластика, эркин тери пластикаси, ён томонга силжитиш усулидаги пластика ва поясидаги тери ёрдамида пластика. Кичкина тери нуқсонларини қоплашда маҳаллий тўқималар пластикаси кенг қўлланилади, Шимановский, Лимберг усуллари ва уларнинг комбинациялари қўлланилади. Кўз қовоқларининг, шу жумладан қовоқлар ёпишмасининг, юқори ва пастки қовоқнинг ҳамда ташиқи кўз бурчагининг ясси хужайрали саратон ўсиши аралаш тусда бўлганда, яқин фокусли рентгенотерапия ўтказиш тавсия этилади. Традицион нурлантириш методикасидан фойдаланиш тавсия қилинади – РТА02 аппарати, РИК-10 шароитида, АСМА-0,5 фильтр билан, ҳаводаги дозанинг қуввати 440, 1–40; ягона доза 2 Гр, жами дозаси 55–65 Гр. Бунда албатта, қоровул учун қўрғошинли ҳимоя протезидан фойдаланиш тавсия этилади.*

- Кўз қовоғининг, шу жумладан қовоқлар ёпишмасининг, кўз чуқурига тарқалган ЯХТС да жарроҳлик муолажасини ихтисослаштирилган марказларда ўтказиш тавсия этилади. [49, 47]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

- Жарроҳлик аралашуви абластик усулда, ўсма атрофидаги юмшоқ тўқималар ва остидаги суяк деворини ишлов беришда электро- ёки радиокоагуляциядан мажбурий фойдаланган ҳолда бажарилиши тавсия этилади. [49, 47]

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)

Изоҳ: *Радикал жарроҳлик даволаш (орбитани суяк парда ости экзентерацияси) кўз чуқуридаги кенг хавфли инфилтратив жараёнлар учун кўрсатилган бўлиб қолмоқда. Операция вақтида олиб ташланган барча патологик материал мажбурий гистологик текширувдан ўтказилиши лозим. Кўз чуқури бўшлигини ёпиш учун теридан лоскут ишлатилади, у елканинг ички юзасидан кесиб олиниб, кўз чуқури бўшлигига жойлаштирилади ва кўз чуқури чети терисига мустаҳкамланади.*

Регионар лимфа тугунларига метастаз берган (III-босқич) ясси хужайрали терининг саратон касаллигини жарроҳлик даволаш.

- Резектабел метастазли терининг саратон касаллиги бўлган барча беморларга регионар лимфаденэктомия ўтказиш **тавсия** этилади. [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

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

4) муолажа ва аралашув ўтказётган мутахассисга талаблар:

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

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

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари

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 В ва С маркерларини аниқлаш
8. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;

- 11.Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости беzi, талоқ, буйраклар, қорин парда орти ва периферик лимфа тугунлари);
- 12.Заруррат бўлганда ўсма ва метастаз соҳасини МСКТ ва/ёки МРТси;
- 13.Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
- 14.Микропреципитация реакцияси
- 15.Тери ўсмасидан биопсия.
- 16.Ўсмани суякка тарқалганига гумон бўлган тақдирда суяклар КТси.
- 17.Регионар лимфа тугунларига метастазга гумон бўлган тақдирда УТТ назоратида Ингичка игнали аспирацион биопсия.
- 18.Биоптатни цитологик текшируви (ҳосилани, лимфа тугунини) *;
- 19.Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) *
- 20.ЭКГ;
- 21.ЭхоКГ;

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. FISH усулида текширув ва молекуляр-генетик текширув;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
- 10.Прокальцитонин
- 11.Антитромбин III, Д-димер
- 12.Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
- 13.Периферик қон ИФТси;
- 14.Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)*
- 15.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабиликни молекуляр-генетик текшируви;

- 16.Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
- 17.Скелет суяқларини радиоизотоп сканирлаш;
- 18.Бош ва бўйин, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чанок МСКТси;
- 19.Бош мия МРТси;
- 20.Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- 21.Бронхоскопия;
- 22.Колоноскопия;
- 23.Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;
- 24.Спирография;
- 25.Холтер – мониторинг билан ЭКГ
- 26.Бутун тана ПЭТ/КТси**;

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

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

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

Бўлим онкологик касалликларга чалинган беморларга жарроҳлик усуллари мустақил даволаш тури сифатида тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида тиббий ташкилотнинг таркибий бўлинмаси сифатида ташкил этилган бўлиб, "онкология", "умумий 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 қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари саниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

- ҳамширалар хонаси.

Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари

Жарроҳлик блокида структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

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

Нур терапия ўтказиш учун:

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

- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.

- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

Биринчи ташриф куни кимётерапевт ва / ёки нур терапия онколог томонидан тиббий қўриқдан 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.

- «ўсманинг жавоби» – ўтказилган даводан кейинги ўсманинг регрессияси;

Тўлиқ самара – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта давомида.

Қисман самара – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.

Стабилизация – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.

Прогрессия – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталашиши ёки янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

- рецидивсиз яшовчанлик (уч ва беш йиллик);
- инсоннинг руҳий, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари «ҳаёт сифати» ва бемор организмнинг физик ҳолати.

**«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2024

- ХКТ код (лар)и:

ХКТ-10:	
Код	Номи
C44	– Тери бошқа хавфли ўсмалари
C44.0	– Лаб териси
C44.1	– Қовоқ териси, қовоқ ёпишмаси билан бирга
C44.2	– Қулоқ териси ва ташқи эшитиш йўли
C44.3	– Юзнинг бошқа ва аниқланмаган қисмлари териси
C44.4	– Бош ва бўйин сочли қисми териси
C44.5	– Тана териси
C44.6	– Қўл териси, елка камари соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.7	– Оёқлар териси, чаноқ-сон соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.8	– Терининг юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта жойларидан ташқарига чиқиб кетган зарарланиши
C44.9	– Терининг аниқланмаган соҳадаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
ХКТ-11:	
Код	Номи
2E64	Тери карцинома in situ си
2C31	Тери ясси хужайрали саратони
2C31.0	Терининг керрукоз ясси хужайрали карциномаси
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Жинсий олат ясси хужайрали саратони
2C31.Z	Тери ясси хужайрали саратони
2C32	Тери базал хужайрали карциномаси
2C32.0	Терининг тугунли базал хужайрали саратони
2C32.1	Терининг склерозловчи базал хужайрали карциномаси
2C32.2	Терининг юзаки базал хужайрали карциномаси
2C32.Y	Бошқа аниқлаштирилган тери базал хужайрали карциномаси
2C32.Z	Тери базал хужайрали карциномаси, аниқлаштирилмаган
2C33	Терининг аднексал карциномаси
2C34	Тери нейроэндокрин карциномаси

2C35	Тери саркомаси
2C3Y	Терининг бошқа аниқлаштирилган хавфли ўсмалари
2C3Z	Терининг номаълум ёки аниқлаштирилмаган тапдаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Базал хужайрали ва ясси хужайрали терининг саратон касаллиги (кўпинча номеланома терининг ўсмалари деб аталади) – эпителий хужайраларидан келиб чиққан хавфли терининг ўсмалари ҳисобланади. Базал хужайрали тери саратони (синонимлари – базалиома, базал хужайрали карцинома) эпителийнинг базал қатлами хужайраларидан ривожланади, ясси хужайрали саратон эса тери кератиноцитларидан келиб чиқади. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 1 234 533 та номеланома тери саратони ҳолати аниқланган ва 69 416 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

Номеланома тери ўсмалари ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Спорадик (ирсий бўлмаган) шаклдаги меланомадан ташқари тери ўсмалари учун энг муҳим хавф омилларидан бири терига ультрабинафша нурланишининг таъсирidir. Бунда тери ультрабинафша таъсирига нисбатан сезувчанлик даражаси одамларда фарқ қилади ва 6 турга таснифланади, шунингдек, 1 ва 2-тур энг юқори сезувчанликка эга (шу билан бирга, кўёшда куйиш эҳтимоли катта), 5 ва 6-тур эса энг паст сезувчанликка эга ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Шунингдек, туғма ёки орттирилган иммун танқислиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунсупрессант қабул қилиш зарур бўлган бошқа касалликларда), пигментли ксеродерма каби хавф омилларини ҳам таъкидлаш лозим. Сунъий ультрабинафша нурланиши (шу жумладан, PUVA-терапия) ва меланомадан ташқари тери ўсмалари ривожланиш хавфи ортгани ўртасида боғлиқлик аниқланган. Мишяк билан контактда бўлган шахсларда ҳам, айниқса, Боуэн касаллиги ҳолатида, ясси хужайрали саратон ривожланиш хавфи юқори бўлади. Кўп ҳолларда меланомадан ташқари тери ўсмалари мавжуд бўлган предўсма янги ҳосилалар (масалан, актиник кератоз ёки кератоакантома) фониди ривожланади, шунингдек, улар хавфли ўсмага яқин жойлашган тери участкаларида ҳам кўп учрайди. ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-)

[cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejJhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/)).

Шунингдек, базалиома ривожланиши мумкин бўлган бир қатор ирсий синдромлар мавжуд: невоид базалиомалар синдроми (Горлин-Гольц синдроми деб ҳам маълум), Базекс синдроми, Ромбо синдроми, бир томонлама базал хужайрали невус синдроми. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Горлин-Гольц синдромида РТСН ген мутацияси аниқланади. Беморларда кўп сонли базалиомалар билан бирга, хос фенотип ҳам кузатилади: буруннинг кенг илдизи, кафтларда қўшимча бурмалар, жағларда кистоз ўзгаришлар, суяк тизими ривожланишида нуқсонлар. Базекс синдроми Х-хромосома билан боғлиқ доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, бу синдромда атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз ва фолликуляр атрофия кузатилади. Ромбо синдроми аутосомал-доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, гипертрихоз, вермикуляр атрофодермия, трихоэпителиомалар ва периферик вазодилатация каби клиник белгилари мавжуд. Бир томонлама базал хужайрали невус синдроми билан туғилган беморларда терида комедонлар ва эпидермал кисталар билан бирга янги ҳосилалар кузатилади. Микроскопияда базал эпителийнинг пролиферацияси аниқланади. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Ясси хужайрали тери саратони (ЯХТС) меланомадан ташқари тери ўсмалари (МТТЎ) ичида тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Касалланиш даражаси яшаш жойининг кенгликка яқинлигига қараб кескин фарқ қилади ва ёруғ фототипли терига эга одамларда анча юқори бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Шу боис, дунёда МТТЎ бўйича энг юқори касалланиш даражаси Австралияда кузатилади, у ерда 70 ёшгача ҳар иккинчи одамда шу турдаги ўсма ривожланади, энг паст кўрсаткич эса Африканинг айрим худудларида қайд этилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Иккита ёки ундан кўп МТТЎга чалинган беморларда янги меланомадан ташқари ўсмалар пайдо бўлиш хавфи анча юқори бўлади, шунингдек, бир неча МТТЎ ҳолатлари эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 йилда РСНПМЦОиР статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистонда тери саратони билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 2,6 ни ташкил этган. Эркаклар орасида ушбу касаллик умумий онкологик касалликлар тузилмасида 8-ўринни эгаллаб, 4% ҳолатни ташкил этган. Аёллар орасида эса 9-ўринда бўлиб, 3,2% ҳолат қайд этилган.

2023 йил давомида биринчи марта 954 нафар тери саратони бемори аниқланган, уларнинг 47,9% профилактик кўриклар чоғида фаол аниқланган. Тери

саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 96,1% ни ташкил этган. Касаллик аниқланган босқичлар бўйича тақсимот: I босқичда – 22,3%, II босқичда – 55,0%, III босқичда – 13,8%, IV босқичда – 3,4%. 5,5% ҳолатда касаллик босқичи аниқланмаган.

2024 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 8768 нафар тери саратони билан оғриган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, касалликка чалиниш даражаси 100 минг аҳолига 23,8 ни ташкил этган. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 51,5%, 1 йиллик леталлик эса 4,6% бўлган. 2023 йилда Ўзбекистонда 336 нафар тери саратонидан вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,9 ни ташкил этган.

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%BB%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) (профилактология, греч. *πρόφύλακτικός* — «эхтиёт қилувчи» [70] 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 [71] [72].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [73]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [73].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [71] [74] 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 [75], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [76] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [77] [78].

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

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва

касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [79] [80].

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 [81]) — 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 [82] [83] [84].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [85].

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

2.1. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсексия, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради [88]. 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 [88]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4)

профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади) [87].

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 [86].
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 ишончли мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [86].

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

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

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

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

2.2 Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

Бугунги кунда тери саратонининг профилактикаси тўлиқ ўрганилмаган.

Канцеропревенция бўйича барча чора-тадбирларни шартли равишда унга бўлиш мумкин [86].

— **Бирламчи профилактика:** хавф омилларини бартараф этиш ёки таъсирини камайтириш, организмнинг хавф омилларига нисбатан резистентлигини ошириш.

— **Иккиламчи профилактика:** касалликни (асосан скрининг орқали) эрта доклиник босқичларда аниқлаш ва даволаш.

— **Учламчи профилактика:** радикал даволашдан кейинги реабилитация ва кузатув, шунингдек, метахрон саратонини ўз вақтида аниқлаш.

2.3. Профилактика усули ва муолажалари:

1) Профилактиканинг мақсади:

Тери саратонининг ривожланишини олдини олиш, унинг пайдо бўлиш хавфини камайтириш ва бартараф этиш, даволашдан кейин касаллик асоратларининг эрта аниқланиши ва олдини олиш.

2) Бирламчи профилактика:

Терининг саратон касаллигини олдини олиш, аввало, саратонига айланиши мумкин бўлган касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва фаол даволашни талаб қилади. Бу жараёнда дерматологлар ва терапевтлар онкологик ҳушёрликка эга бўлиши лозим.

Агар предсаратон дерматози саратонга айланаётгани аниқланса, дерматолог беморни онкологга юбориши керак. Онколог эса даволаш тактикасини белгилайди.

Аҳоли ўртасида ўсмаларнинг клиник кўринишлари ҳақидаги билимларни тарғиб қилиш муҳим аҳамиятга эга, бу эса беморларнинг илк босқичда шифокорга муурожаат қилишини таъминлайди.

Инсоляциянинг зарарли оқибатларини олдини олиш:

- Айниқса, оқ сочли ва оқ терига эга одамлар қуёш таъсиридан эҳтиёт бўлиши керак.
- Терининг зарарли ўсмалари (ЗН) бўлган беморлар ультрабинафша нурланишидан (УФИ) ҳимояланишлари лозим.
- Базалиома ва бошқа терининг саратон касалликларида нур терапиясини қўллашни минимал даражага тушириш керак, айниқса ёш беморларда.

Иш жойларида хавфсизлик чораларига риоя қилиш:

- Канцероген моддалар билан ишлайдиган ходимлар хавфсизлик қоидаларига амал қилишлари шарт.

- Бундай ишчилар доимий тиббий кўрикдан ўтиши керак.

ВПЧ16 ва ВПЧ18 билан боғлиқ хавф:

- Бу вируслар жинсий аъзоларнинг ясси хужайрали саратон касалликлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- Шунинг учун генитал саратонни олдини олиш мақсадида вирусологик текширув ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Қуёшдан ҳимояланиш қоидалари:

- Очиқ ҳавода бўлганда имкон қадар сояда қолиш.
- Қуёш нурини ўтказмайдиган кийимлар, кенг ҳимоя қилиши мумкин бўлган шляпалар кийиш ва қуёшдан ҳимояловчи кремлар ишлатиш.
- Қуёш нурланиши энг кучли бўлган вақт – 10:00-15:00. Бу вақтда қуёш олиш зарарли.
- Исканжа (солярий), кафилланган ультрабинафша нурлари (сварка ишлари, тиббий УФ-терапия) ҳам қуёш нурларидек зарар етказиши мумкин.

Бу қоидалар айниқса болалар учун муҳим. Улар қуёш таъсирига нисбатан сезгирроқ ва ўзларини ҳимоя қилишга қодир эмас.

Даврий дерматологик текширувлар:

- Хавф гуруҳига кирувчи одамлар (масалан, трансплантациядан кейинги беморлар, терининг саратон касаллиги ёки предсаратон ҳолати бўлган шахслар) мунтазам текширувлардан ўтиши лозим.
- Бу ўсмаларни эрта босқичда аниқлашга, даволашни енгиллаштиришга ва прогнозни яхшилашга ёрдам беради.

3) Иккиламчи профилактика:

Терининг саратон касаллигига иккинчи даражали профилактика – бу терининг предсаратон ҳолатларига эга беморларни кузатиш тадбирлари мажмуаси ҳисобланади. Бу чора-тадбирларнинг асосий мақсади – ўсма жараёнининг эрта босқичларида ўсмаларни аниқлашдан иборат.

Айниқса, предсаратон касалликлари ёки хавф омиллари мавжуд бўлган шахслар ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиши жуда муҳим.

4) Учламчи профилактика:

- Рецидивлар ва метастазларни эрта аниқлаш ва даволашни таъминлаш керак.
- Бир марта базал хужайрали карцинома (базалиома) билан касалланган шахсларда янги ўсма ривожланиш хавфи сезиларли даражада юқори бўлади.

- Тахминан ҳар учинчи беморда такрорий касаллик ривожланади ва кўп ҳолларда янги ўсмалар уч йил ичида пайдо бўлади.

Шунинг учун:

- Клиник текширувлар тарзидаги йиллик врач назоратлари камида уч йил давомида ўтказилиши керак.
- Беморлар ўз терисини мунтазам кузатиши, шубҳали ўзгаришлар аниқланганда, зудлик билан шифокорга мурожаат қилиши тавсия этилади.

б). Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усуллари қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/sarkoma_mjagkih_tkanej.pdf)

Ҳозирги кунда ЯХТС билан оғриган беморларни кузатишнинг частотаси ва интенсивлиги бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Беморларни кузатишдан мақсад касаллик рецидивини эрта аниқлаш, иккинчи ўсмаларни (хусусан, янги ЯХТС, шунингдек, ЯХТС ва тери меланомасини) эрта аниқлаш ҳамда беморларга психосоциал ёрдам кўрсатишдан иборат бўлиши керак.

• Тери меланомаси ва НМК (шу жумладан, ЯХТС) ривожланиш хавфини камайтириш, шунингдек, янги меланомалар ёки бошқа ёввойи ўсмаларни профилактика қилиш мақсадида куёш куйишидан ёки сунъий ультрабинафша таъсиридан қочиш **тавсия этилади.** [66] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703311/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (Далилларнинг ишончлилик даражаси – 2)

• Олдин "ясси хужайрали тери саратон" ташхиси қўйилган барча беморларга тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларини мунтазам равишда ўз-ўзини текшириш **тавсия этилади** ҳамда ҳар қандай ўзгаришлар аниқланган тақдирда ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш лозим. [67] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25408258/>).

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

• 0-I босқичдаги касаллик ва рецидив хавфи паст бўлган беморларга даволаш тугаганидан сўнг тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини синчиклаб баҳолаш билан жисмоний текширув ҳар 6 ойда бир марта, дастлабки 3 йил давомида, кейин esa йиллик равишда 10 йил мобайнида ўтказиш **тавсия этилади.** Асбоб-ускунали текширувлар фақат кўрсатмалар бўйича ўтказилиши тавсия этилади — «Асбоб-ускунали диагностик тадқиқотлар» бўлимида берилган

тавсияларга мувофиқ. [68] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>) (24-жадвалга қаранг)

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

• I-II босқичдаги касаллик ва рецидив хавфи юқори бўлган беморларга даволаш тугаганидан сўнг тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини синчиклаб баҳолаш билан жисмоний текширув ҳар 3 ойда бир марта, дастлабки 3 йил давомида, кейин ҳар 6 ойда бир марта 5 йилгача, сўнгра йиллик равишда 10 йил мобайнида ўтказиш тавсия этилади. Асбоб-ускунали текширувлар фақат кўрсатмалар бўйича ўтказилиши тавсия этилади — «Асбоб-ускунали диагностик тадқиқотлар» бўлимида берилган тавсияларга мувофиқ. [68] (24-жадвалга қаранг) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

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

• III-IV босқичдаги касалликка чалинган беморларга даволаш тугаганидан сўнг тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини синчиклаб баҳолаш билан жисмоний текширув ҳар 3 ойда бир марта, дастлабки 3 йил давомида, сўнгра йиллик равишда 10 йил мобайнида ўтказиш тавсия этилади. Асбоб-ускунали текширувлар дастлабки 3 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта (ёки кўрсатмалар бўйича зарурат туғилса, тез-тез) ўтказилиши тавсия этилади — «Асбоб-ускунали диагностик тадқиқотлар» бўлимида берилган тавсияларга мувофиқ. [68] (24-жадвалга қаранг) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

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

• Кўз қовоқ тери ясси хужайрали саратон (ЯХТС) билан касалланган беморлар учун врач-офтальмолог томонидан умрбод кузатув **тавсия этилади**, жумладан, қовоқларнинг ёпишиб қолиши ҳолатида. Ушбу гуруҳдаги беморларни даволаш тугаганидан сўнг дастлабки 1 йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейинги уч йил мобайнида ҳар 6 ойда бир марта, сўнгра умрбод равишда йилига 1 марта текширувдан ўтказиш тавсия этилади. [69] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299757/>).

Уровень убедительности рекомендации С (Далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

2.4. Реабилитация усули ва муолажалари:

Тери саратони реабилитациясининг мақсади:

- шикастланган аъзо ёки тизимнинг йўқотилган функцияларини тўлиқ ёки

қисман тикланишва/ёки компенсациялаш;

- Ўткир ривожланган паталогик жараён тугаган вақтда организм функцияларини сақлаш;
- Шикастланган аъзо ёки тизимнинг функцияларидаги эҳтимолий бузилишларнинг олдини олиш, эрта аниқлаш ва тўғрилаш;
- Мумкин бўлган ногиронлик даражасини олдини олиш ва камайтириш;
- Ҳаёт сифати яхшиланиши;
- Беморнинг иш қобилиятини сақлаб қолиш;
- Беморни жамиятга ижтимоий интеграция қилиш.

1. Тиббий реабилитация, реабилитация усуллари қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар:

Айни пайтда кўпчилик тиббий реабилитация турлари бўйича ясси хужайрали тери саратон (ЯХТС) билан касалланган беморлар иштирокида клиник тадқиқотлар мавжуд эмас. Ушбу тавсиялар бир қатор тадқиқотлар, жумладан, мета-таҳлиллар (Steffens, D. ва бошқ., 2018) ҳамда систематик шарҳлар (Nicole L. Stout ва бошқ., 2017; R. Segal ва бошқ., 2017) асосида ишлаб чиқилган. Ушбу тадқиқотларда тиббий реабилитациянинг турли усуллари бошқа ёввойи ўсма касалликларига чалинган беморларда функционал тикланишни тезлаштириши, жарроҳлик амалиётидан сўнг стационарда бўлиш муддатини қисқартириши, асоратлар ва леталлик даражасини пасайтириши исботланган.

1.1. Предреабилитация

• Ясси хужайрали тери саратон (ЯХТС) билан касалланган барча беморларга функционал тикланишни тезлаштириш, жарроҳлик амалиётидан кейин стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, асоратлар ва леталлик хавфини камайтириш мақсадида предреабилитация ўтказиш **тавсия этилади**. Предреабилитация қуйидагиларни ўз ичига олади: Жисмоний тайёргарлик (ЛФК); Психологик қўллаб-қувватлаш; Нутритив қўллаб-қувватлаш; Беморларни маълумот билан таъминлаш. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

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

Изоҳ: *Жарроҳлик амалиётидан кейин стационарда бўлиш муддатини қисқартириш, жарроҳликдан кейинги асоратлар хавфини камайтириш ва реабилитация жараёнида ҳаёт сифатини ошириш мақсадида беморга*

операциядан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликни ошириш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

1.2. Жарроҳлик давосида реабилитация

1.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи

- Онкодерматологияда беморларни реабилитация қилишда кўп тармоқли ёндашув **тавсия этилади**, бу жараёнга ҳаракат реабилитацияси, психологик қўллаб-қувватлаш ҳамда меҳнат терапияси бўйича мутахассислар (меҳнат терапияси инструкторлари) иштирокини қамраб олиши керак. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>).

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

- Тикловчи даволаш мақсадлари сифатида куйидагиларни ҳисобга олиш **тавсия этилади**: жарроҳлик амалиёти ўтказилган тана қисмида ҳаракат ҳажмини тиклаш, тонусни тиклаш, жарроҳлик амалиёти ўтказилган қўл-оёқ мушакларининг кучини ошириш ҳамда мушак дисбалансини тўғрилаш. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

- Тикловчи даволашни эрта бошлаш **тавсия этилади**, чунки бу онкодерматологияда жарроҳлик амалиётларидан сўнг функционал натижаларни яхшилайти. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

- Ҳар бир ҳолатда ЛФК комплекси жарроҳлик амалиётининг хусусиятлари ва ҳажмидан келиб чиқиб, индивидуал равишда ишлаб чиқилиши **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117349/>).

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

- Оғрикни камайтириш мақсадида ҳолат билан даволаш, ЛФК, жарроҳлик амалиёти соҳасига криотерапия, тиббий массаж ва электротерапияни биргаликда қўллаш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/>).

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

- ЛФК ҳажмини босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**. Фаол четга олиб бориш имконияти пайдо бўлганда, жарроҳлик амалиёти ўтказилган қўл-

оёққа тўлиқ юклама беришга рухсат этилади.
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

1.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

• Чандиқ тузилмаларининг кўпол ўзгаришларини олдини олиш учун чандиқларни ҳаракатлантиришга қаратилган усуллардан фойдаланиш **тавсия этилади**. Буларга чуқур массаж, чўзилиш машқлари, шунингдек, чандиқ ўзгаришларини юмшатиш мақсадида ультратовуш терапияси киради. [89].

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

• Лимфедема пайдо бўлганда, тўлиқ шишга қарши терапия ўтказиш **тавсия этилади**. У кўл билан лимфодренаж, компрессион трикотаж кийиш, ЛФК машқларини бажариш ва тери парваришини ўз ичига олади. [90].

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

1.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

• ЛФК мажмуасини бажариш ва уни босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**, аэробик юкламаларни кўшиш орқали. Бу хавфли ўсмаларнинг комплекс даволаш натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилади. [91].

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

• Ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ синдроми ва заифликни камайтириш мақсадида тиббий массаж **тавсия этилади**. [92].

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

1.3. Кимё терапияда реабилитация

• Ҳимиотерапия даврида физик юкламаларни эрта бошлаш **тавсия этилади**, бу мушак заифлиги, гипотрофия, физик юкламаларга нисбатан тўлиқликни камайтиришнинг профилактикасига ёрдам беради. [93].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – С (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 3).

• Бу тавсия Nicole L. Stout et al, 2017 и R. Segal et al, (2017) томонидан олиб борилган тизимли кўриб чиқишлар натижаларига асосланиб берилган.

Химиотерапия даврида аэробик юклама қўллаш тавсия этилади, чунки бу гемоглобин, эритроцитлар даражасини оширади, леуко- ва тромбоцитопениянинг давомийлигини камайтиради ва шунингдек, режалаштирилган химиотерапия курсини тўлиқ амалга ошириш эҳтимолини оширади. [94].

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

- Полинейропатияни тўғрилаш учун мувозанатни машқ қилиш **тавсия этилади**, чунки бу чидамлик ва куч машқлари билан бирга бажарилган машқларга нисбатан самаралироқдир. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

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

- Химиотерапия фонидagi периферик полинейропатияни даволашда паст интенсивли лазеротерапия қўллаш **тавсия этилади**. [95].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (Далилларнинг ишончлилик даражаси –2).

- Химиотерапия фонидagi периферик полинейропатияни даволашда паст частотали магнитотерапия қўллаш **тавсия этилади**. [96].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (Далилларнинг ишончлилик даражаси –2).

- Химиотерапия фонидagi полинейропатияни даволаш учун 4 ҳафта давомида кунига 20 дақиқа чрескожная қисқа импульсли электростимуляция қўллаш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

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

- Химиотерапия фонидa оғиз бўшлиғидagi мукозитларнинг олдини олиш учун паст интенсивли лазеротерапия қўллаш **тавсия этилади**. [97].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – А (Далилларнинг ишончлилик даражаси – 1).

- Химиотерапия фонидa юзага келадиган кардиал асоратлар ривожланиш частотасини камайтириш учун ЛФК комплекси ўтказиш **тавсия этилади**. [98].

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

- Химиотерапия фонидa алопециянинг олдини олиш учун бош тери терисини совутиш тизимларидан фойдаланиш **тавсия этилади**. [99].

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

1.4. Нур терапия

- Нур терапияси фонида кучсизликнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун аэробик юклама ва куч машқларини ўз ичига олган ЛФК комплекси ўтказиш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

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

- Нур терапияси фонида, айниқса суяк метастазлари бўлган беморларда, суяк тўқимаси зичлигини ва беморнинг чидамлилигини ошириш учун ЛФК комплекси ўтказиш тавсия этилади. [100].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – В (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2).

- Нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгандан сўнг, нурли дерматитнинг олдини олиш учун ҳафтасига 3 кун давомида паст интенсивли лазеротерапияни қўллаш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

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

1.5. Теридаги хавфли ўсмалар билан касалланган беморларнинг психологик реабилитация принциплари.

- Беморларга касаллик, руҳий реакциялар, даволаш жараёнидаги масъулият соҳаси, қариндошлар ва тиббий ходимлар билан мулоқот усуллари, ўз касаллиги ёки ҳолати ҳақида қўшимча маълумот олиш йўллари, ижтимоий қўллаб-қувватлаш усуллари ҳақида маълумот бериш тавсия этилади. Бу ҳаёт сифатини ва касаллик натижасини яхшилашга олиб келади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

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

- Енгувчан хулқ-атвор ва ҳис қилинадиган ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг мажмуавий таъсирига эришиш тавсия этилади. Бу даволашдан олдин мажбурий ва қочишга мойил фикрлар сонининг камайишига ҳамда даволашдан 1 ой ўтгач яхшироқ психологик мослашувга олиб келади. [101].

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

- Руҳий-таълим тадбирлари ва психологик қўллаб-қувватлаш (патологик руҳий реакцияларни ўз-ўзини ташхис қилиш, стрессни енгиш усуллари, руҳий реакциялар ва жисмоний ҳолат ўзаро таъсирини кузатиб бориш) енгувчан хулқ-атворни шакллантиришнинг асосий механизми сифатида қаралиши мумкин. Бу

эса стрессли ҳолатларни шахсий тажрибага айлантиришга ёрдам беради ҳамда касаллик ва даволаш жараёнида ижтимоий ва руҳий мослашувни рағбатлантиради. [102]

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

Изоҳ: Онкопсихология соҳасидаги илмий тадқиқотларда меланома ва тери номеланом ўсмалари билан касалланган беморларда энг кўп учрайдиган 3 та энгувчан хулқ-атвор услуби кузатилади:

1) Эмоционал, жисмоний ва ижтимоий қийинчиликларни, касаллик ва даволаш жараёни билан боғлиқ муаммоларни фаол хатти-ҳаракатлар орқали енгиши.

2) Фаол билим олишга асосланган енгиши – бу касаллик ҳақидаги муносабат, ишонч ва мулоҳазаларни ўз ичига олади.

3) Қочилишга асосланган енгиши – муаммоларни фаол равишда четлаб ўтиши ёки диққатни чалғитиши орқали ҳиссий зўриқишни пасайтиришга қаратилган ҳаракатлар.

Умуман олганда, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, муаммога йўналтирилган фаол энгувчан стратегиялардан фойдаланадиган беморлар касалликка яхшироқ мослашади. Уларга нисбатан пассив ёки қочилишга асосланган енгиши услубларини қўллайдиган беморлар камроқ мослашув кўрсатади. [103]

Фаол-хулқий муаммоларни енгиши усулларида фойдаланган беморлар ўзларида юқорироқ ўз-ўзини баҳолаш ва энергия даражасини, камроқ жисмоний аломатлар мавжудлигини ҳамда асабийлик ва астениянинг пасайганлигини қайд этганлар. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

Бунга қарши равишда, меланома ва тери номеланома ўсмаларининг бошланғич босқичларидаги беморларда қочилишга асосланган енгиши усуллари билан хавотир, депрессия, саросима ва беқарор кайфият фони ўртасида ижобий корреляция кузатилган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>)

Voesen ва ҳамкасблари олиб борган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, руҳий-таълим қўллаб-қувватлашини таклиф этувчи тузилган аралашувлар дистресс ва кайфият бузилишларини камайтиришга ёрдам беради ҳамда меланома ва тери номеланома ўсмалари билан касалланган беморларда энгувчанлик стратегияларини фаолроқ қўллашга олиб келади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089864/>).

• Тери номеланома ўсмалари билан боғлиқ руҳий реакцияларни (астено-хавотирли-депрессив турдаги реакциялар, нарцисстик реакциялар, ПТС доирасидаги реакциялар, ижтимоий яққаланиш) мақсадли руҳий тузатиш тадбирларини ўтказиш тавсия этилади. Бу хавотирликни камайтиришга, соғлиқ

билан боғлиқ бузилишларни енгиллаштиришга ҳамда касалликка қарши курашда ижобий ўзгаришларга олиб келади. [104].

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

Изоҳ: Руҳий тузатиш тадбирлари натижалари меланома ва тери номеланома ўсмалари билан касалланган беморларда депрессия, онг хиралашиши, астения, апатия ва умумий кайфият пасайишининг паст даражада эканлигини кўрсатади [103]. Шунингдек, кўплаб тадқиқотлар бу аралашувларнинг иммун тизими функцияларига ижобий таъсир кўрсатишини, жумладан, баъзи турдаги табиий қотил (НК) хужайралар сонининг ошиши ва уларнинг ўсмаларга қарши курашиш салоҳиятининг ортиши билан боғлиқлигини тасдиқлайди [104]. 5 йиллик кузатув давомида тадқиқотчилар психологик ва биологик ўзгаришлар ўз навбатида рецидив кўрсаткичлари ва яшовчанлик билан боғлиқ эканлигини намоён қилдилар. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

3. 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (улар профилга мувофиқ белгиланади).

Тери саратонининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали Тери саратони билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика Тери саратонинисимптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда Тери саратонини тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган тери саратонининг бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

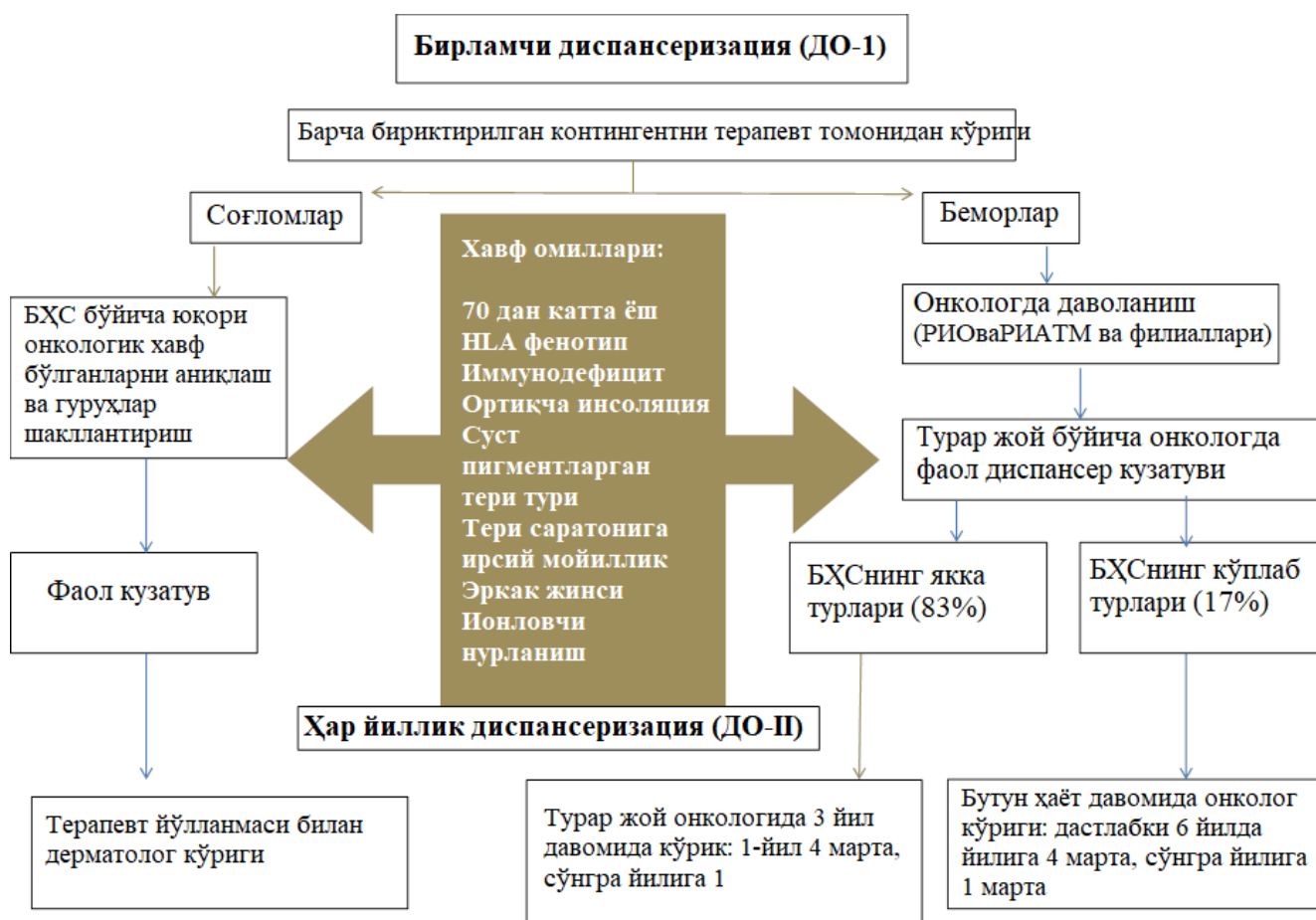
Самарадорликни баҳолаш ва профилактика режимини тузатиш зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник ва лаборатория профилактик терапиясини кузатиш тавсия этилади. Клиник назоратда профилактик алмаштириш терапиясининг етарли даражада самарадорлиги тўғрисида қарор клиник тест натижалари меъёридан четга чиқиш ва специфик цитостатик терапия пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

3.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари);

- Тери саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Иккиламчи профилактика мақсадида, айниқса хавф омилларига эга бўлган шахслар учун, маҳаллий шифокор томонидан профилактик текширувлардан ўтиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус махсус жарроҳлик ва цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

3.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, хаёт фаолиятини чеклаш ва соғлиқнинг Халқаро таснифига кўра халқаро шкалалар).

Бирламчи санитария ва даволаш муассасасида тери БҲС беморларини фаол диспансер кузатуви дастури



БКР бўйича даволанган беморлар рецидивни барвақт аниқлаш ва мумкин бўлган даволаш мақсадида (ДО-11) доирасида фаол диспансер кузатувиغا олинади.

Хавф омиллари мавжуд бўлмаган беморларнинг кузатув муддати 3 йилдан ошмаслиги мақсадга мувофиқ. Бу муддат прогнозни аниқлаш ва эҳтимолий рецидивни аниқлаш учун етарли ҳисобланади. Бунда текширувлар биринчи 2 йилда йилига 4 марта, 3-йилда эса 1 марта ўтказилади.

Бирламчи-кўп сонли рецидивли саратон ташхиси қўйилган беморлар умрбод фаол кузатувга олиниши тавсия этилади. Чунки бирламчи-кўп сонли шаклларга эга беморларда ўсма даволанган жойда рецидивлар сони яққа ўсмали беморларга нисбатан 7,8 баравар кўп кузатилган. Ялғиз ўсма шаклидаги беморларда саратон олиб ташланган жойда рецидивлар асосан кузатувнинг биринчи 3 йилида ривожланган бўлса, кўп сонли ўсма шаклидаги беморларда улар 3-5 йилларда юзага келган. Бу гуруҳдаги беморлар учун ҳар йили чуқурлаштирилган диспансеризация ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлиб, у турли локализациядаги онкологик касалликларни эрта аниқлашга қаратилган.

Ясси ҳужайрали, метатипик саратон ва тери қўшимчаларининг саратон касаллиги бўйича даво олган беморларни реабилитация қилиш, жарроҳлик аралашувлари ва/ёки химиотерапиядан кейинги реабилитациянинг умумий принципларига асосланиши тавсия этилади.

Тузалган беморларни диспансер кузатуви

Тери саратони бўйича даволаниш тугатилгандан сўнг, қуйидаги кузатув даврийлиги ва усулларига риоя қилиш тавсия этилади:

1-2 йил мобайнида ҳар 3 ойда бир марта жисмоний кўрик ва шикоятларни тўплаш тавсия этилади, 3-йилда – ҳар 6 ойда бир марта, 4-йилдан бошлаб – йилига бир марта ёки шикоятлар пайдо бўлган тақдирда тезроқ текширувдан ўтиш мумкин. Рецидив хавфи юқори бўлган беморларда текширувлар оралиғи қисқартирилиши мумкин.

Текширув ҳажми:

1. Анамнез, локал кўрик ва жисмоний текширув.

2. Периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг УТТ: - 1-2 йилда – ҳар 3 ойда бир марта; - 3-йилда – ҳар 6 ойда бир марта; - 4-йилдан бошлаб – йилига бир марта.

3. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси: - 1-2 йилда – ҳар 3 ойда бир марта; - 3-йилда – ҳар 6 ойда бир марта; - 4-йилдан бошлаб – йилига бир марта.

Кузатувнинг асосий вазифаси – касалликнинг авж олиши ва рецидивларни эрта аниқлаш, резектабел метастатик ўчоқлар ва рецидив ўсмаларни барвақт жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки химиотерапияни ўз вақтида бошлаш, шунингдек, метакрон ўсмаларни аниқлашдан иборат.

4. Реабилитация босқичлари ва кўлами:

24-жадвалда аввалроқ ташхис қўйилган бемор учун диспансер кузатуви доирасида тавсия этиладиган текширувлар графиги келтирилган. Ушбу жадвал «Диагностика» бўлимида берилган тавсиялар ва касалликнинг авж олиш хавфларига асосан тузилган.

Касаллик босқичи (ёки эквивалент)	Физикал кўрик			Лимфа тугунлари УТТси			Тўлиқ кўламда нур диагностикаси		
	Кузатув йиллари			Кузатув йиллари			Кузатув йиллари		
	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10
0–I (паст хавф [1])	Ҳа р 6 ой да	Ҳа р 12 ой да	Ҳа р 12 ой да	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида
I–II (юқори хавф [2])	Ҳа р 3 ой да	Ҳа р 6 ой да	Ҳа р 12 ой да	Ҳар 3 ойда	Ҳар 6 ойда	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида
III–IV	Ҳа р 6 ой да	Ҳа р 12 ой да	Ҳа р 12 ой да	Ҳар 3 ойда	Ҳар 6 ойда	Кўрсат малар асосида	Ҳар 6 ойда	Кўрсат малар асосида	Кўрсат малар асосида

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

- 1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:
 - Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
 - Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
 - Қорин бўшлиғи аъзолари+буйрақлар, қорин парда орти, кичик чанок, периферик лимфа тугунлари УТТси;
 - Кўкрак кафаси рентген текшируви;

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

2) Далиллар даражаси киритилган холда кўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Қон КИМни аниқлаш;
- Бош ва бўйинни КТси;
- Томирлар (вена ва/ёки артерия) УЗДГси;
- Бош мия МРТси;
- Холтер – мониторинг ЭКГ

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

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

ТР кузатилиши билан даволашни тугатган тери саратони беморларига терапия тугаганидан кейин 1 йил давомида ҳар 3 ойда, 2 йил - ҳар 6 ойда ва ундан кейин ҳар йили онколог ёки абдоминал онколог томонидан кузатилиши тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).

ҚУТ, қон биокимёвий таҳлилиё йил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалик ҳар йили ўтказиб туриш зарур.

Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик 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 ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Тери

саратони 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;
- Тери саратони учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган ҳолатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

**«ТЕРИ САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2024

- ХКТ код (лар)и:

ХКТ-10:	
Код	Номи
C44	– Тери бошқа хавфли ўсмалари
C44.0	– Лаб териси
C44.1	– Қовоқ териси, қовоқ ёпишмаси билан бирга
C44.2	– Қулоқ териси ва ташқи эшитиш йўли
C44.3	– Юзнинг бошқа ва аниқланмаган қисмлари териси
C44.4	– Бош ва бўйин сочли қисми териси
C44.5	– Тана териси
C44.6	– Қўл териси, елка камари соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.7	– Оёқлар териси, чаноқ-сон соҳасини ўз ичига олган ҳолда
C44.8	– Терининг юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта жойларидан ташқарига чиқиб кетган зарарланиши
C44.9	– Терининг аниқланмаган соҳадаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1225	
ХКТ-11:	
Код	Номи
2E64	Тери карцинома in situ си
2C31	Тери ясси хужайрали саратони
2C31.0	Терининг керрукоз ясси хужайрали карциномаси
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Жинсий олат ясси хужайрали саратони
2C31.Z	Тери ясси хужайрали саратони
2C32	Тери базал хужайрали карциномаси
2C32.0	Терининг тугунли базал хужайрали саратони
2C32.1	Терининг склерозловчи базал хужайрали карциномаси
2C32.2	Терининг юзаки базал хужайрали карциномаси
2C32.Y	Бошқа аниқлаштирилган тери базал хужайрали карциномаси
2C32.Z	Тери базал хужайрали карциномаси, аниалаштирилмаган
2C33	Терининг аднексал карциномаси
2C34	Тери нейроэндокрин карциномаси

2C35	Тери саркомаси
2C3Y	Терининг бошқа аниқлаштирилган хавфли ўсмалари
2C3Z	Терининг номаълум ёки аниқлаштирилмаган тапдаги хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Базал хужайрали ва ясси хужайрали терининг саратон касаллиги (кўпинча номеланома терининг ўсмалари деб аталади) – эпителий хужайраларидан келиб чиққан хавфли терининг ўсмалари ҳисобланади. Базал хужайрали тери саратони (синонимлари – базалиома, базал хужайрали карцинома) эпителийнинг базал қатлами хужайраларидан ривожланади, ясси хужайрали саратон эса тери кератиноцитларидан келиб чиқади. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

2) Нозологиянинг умумий тавсифи (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 1 234 533 та номеланома тери саратони ҳолати аниқланган ва 69 416 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

Номеланома тери ўсмалари ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Спорадик (ирсий бўлмаган) шаклдаги меланомадан ташқари тери ўсмалари учун энг муҳим хавф омилларидан бири терига ультрабинафша нурланишининг таъсиридир. Бунда тери ультрабинафша таъсирига нисбатан сезувчанлик даражаси одамларда фарқ қилади ва 6 турга таснифланади, шунингдек, 1 ва 2-тур энг юқори сезувчанликка эга (шу билан бирга, қуёшда қуйиш эҳтимоли катта), 5 ва 6-тур эса энг паст сезувчанликка эга ҳисобланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Шунингдек, туғма ёки орттирилган иммун танқислиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунсупрессант қабул қилиш зарур бўлган бошқа касалликларда), пигментли ксеродерма каби хавф омилларини ҳам таъкидлаш лозим. Сунъий ультрабинафша нурланиши (шу жумладан, PUVA-терапия) ва меланомадан ташқари тери ўсмалари ривожланиш хавфи ортгани ўртасида боғлиқлик аниқланган. Мишяк билан контактда бўлган шахсларда ҳам, айниқса, Боуэн касаллиги ҳолатида, ясси хужайрали саратон ривожланиш хавфи юқори бўлади. Кўп ҳолларда меланомадан ташқари тери ўсмалари мавжуд бўлган

предўсма янги ҳосилалар (масалан, актиник кератоз ёки кератоакантома) фониди ривожланади, шунингдек, улар хавфли ўсмага яқин жойлашган тери участкаларида ҳам кўп учрайди. ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#)).

Шунингдек, базалиома ривожланиши мумкин бўлган бир қатор ирсий синдромлар мавжуд: невоид базалиомалар синдроми (Горлин-Гольц синдроми деб ҳам маълум), Базекс синдроми, Ромбо синдроми, бир томонлама базал ҳужайрали невус синдроми. (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

Горлин-Гольц синдромида РТСН ген мутацияси аниқланади. Беморларда кўп сонли базалиомалар билан бирга, хос фенотип ҳам кузатилади: буруннинг кенг илдизи, кафтларда қўшимча бурмалар, жағларда кистоз ўзгаришлар, суяк тизими ривожланишида нуқсонлар. Базекс синдроми Х-хромосома билан боғлиқ доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, бу синдромда атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз ва фолликуляр атрофия кузатилади. Ромбо синдроми аутосомал-доминант усулда ирсият орқали ўтади. Кўп сонли базалиомалардан ташқари, гипертрихоз, вермикуляр атрофодермия, трихоэпителиомалар ва периферик вазодилатация каби клиник белгилари мавжуд. Бир томонлама базал ҳужайрали невус синдроми билан туғилган беморларда терида комедонлар ва эпидермал кисталар билан бирга янги ҳосилалар кузатилади. Микроскопияда базал эпителийнинг пролиферацияси аниқланади. (https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y).

Ясси ҳужайрали тери саратони (ЯХТС) меланомадан ташқари тери ўсмалари (МТТЎ) ичида тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Касалланиш даражаси яшаш жойининг кенгликка яқинлигига қараб кескин фарқ қилади ва ёруғ фототипли терига эга одамларда анча юқори бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). Шу боис, дунёда МТТЎ бўйича энг юқори касалланиш даражаси Австралияда кузатилади, у ерда 70 ёшгача ҳар иккинчи одамда шу турдаги ўсма ривожланади, энг паст кўрсаткич эса Африканинг айрим худудларида қайд этилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). Иккита ёки ундан кўп МТТЎга чалинган беморларда янги меланомадан ташқари ўсмалар пайдо бўлиш хавфи анча юқори бўлади, шунингдек, бир неча МТТЎ ҳолатлари эркакларда кўпроқ учрайди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

2023 йилда РСНПМЦОиР статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистонда тери саратони билан касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 2,6 ни ташкил этган. Эркаклар орасида ушбу касаллик умумий онкологик касалликлар тузилмасида 8-

ўринни эгаллаб, 4% ҳолатни ташкил этган. Аёллар орасида эса 9-ўринда бўлиб, 3,2% ҳолат қайд этилган.

2023 йил давомида биринчи марта 954 нафар тери саратони бемори аниқланган, уларнинг 47,9% профилактик кўриқлар чоғида фаол аниқланган. Тери саратони ташхиси морфологик тасдиқланган беморлар улуши 96,1% ни ташкил этган. Касаллик аниқланган босқичлар бўйича тақсимот: I босқичда – 22,3%, II босқичда – 55,0%, III босқичда – 13,8%, IV босқичда – 3,4%. 5,5% ҳолатда касаллик босқичи аниқланмаган.

2024 йил бошига келиб, диспансер кузатувида 8768 нафар тери саратони билан оғриган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, касалликка чалиниш даражаси 100 минг аҳолига 23,8 ни ташкил этган. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи 51,5%, 1 йиллик леталлик эса 4,6% бўлган. 2023 йилда Ўзбекистонда 336 нафар тери саратонидан вафот этган бўлиб, ўлим кўрсаткичи 100 минг аҳолига 0,9 ни ташкил этган.

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

TNM тизими бўйича халқаро таснифи (VIII–нашр, 2017 й.)
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/>)

Меланомадан ташқари тери ўсмаларини босқичлаш жараёнида морфологик тасдиқлаш мажбурий ҳисобланади. Босқични аниқлаш учун лимфа тугунларининг ҳолати клиник кўриқ ва инструментал тадқиқотлар ёрдамида баҳоланади.

T мезон бирламчи ўсманинг тарқалиш даражасини акс эттиради [*]:

- pTX – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумот етарли эмас;
- T0 – бирламчи ўсма мавжуд эмас;
- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – ўсма энг катта ўлчами бўйича 2 см ёки ундан кам;
- T2 – ўсма энг катта ўлчами бўйича 2 см дан катта;
- T3 – ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, қуйидаги тузилмаларга ўсиб кириши билан (масалан, мушак, суяк, хрящ, жағ ва бошқалар);
- T4 – ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, периневрал инвазия ёки қўшни тузилмаларга, масалан, бош суягининг асосий суяқларига ёки ўқ скелетига тўғридан-тўғри ўсиб кириши билан.

Изоҳ: агар бирламчи-кўплаб синхрон ўсмалар мавжуд бўлса, таснифлаш энг катта ўлчамга эга ўсма бўйича амалга оширилади, шунингдек, қавс ичида жами тери ўсмалари сони кўрсатилади, масалан: T2 (5).

N мезони регионар лимфа тугунларида метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлигини кўрсатади [6].

Регионар лимфа тугунлари деб асосан тананинг бир томонида (чап ёки ўнг) жойлашган ўсмалар учун қуйидаги лимфа тугунлари ҳисобланади:

- Бош ва бўйин: ипсилатерал (ўсма томонидаги) кулоқ олди, пастки жағ, бўйин ва ўмров усти лимфа тугунлари;
- Кўкрак девори: ипсилатерал қўлтиқ ости лимфа тугунлари;
- Қўллар: ипсилатерал тирсак ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари;
- Қорин, бел ва думбалар: ипсилатерал чов лимфа тугунлари;
- Оёқлар: ипсилатерал тизза орти ва чов лимфа тугунлари;
- Анус четлари ва перианал соҳанинг тери қисми: ипсилатерал чов лимфа тугунлари.

Агар ўсма чегаравий зоналарда жойлашган бўлса, икки томонлама лимфа тугунлари ҳам регионар ҳисобланади [6]. 25-жадвалда 4 см кенгликдаги чегаравий зоналарни аниқлаш учун анатомик ориентирлар келтирилган.

25-жадвал. Регионар лимфа бассейнларини аниқлаш учун чегаравий зоналарнинг анатомик ориентирлари

Соҳалар	Чегара линияси (4 см кенгликда)
Чап ва ўнг ярим	Тананинг ўрта чизиғи
Бош ва бўйин/кўкрак қафаси	Ўмров – акромион – елканинг юқори чеккаси
Кўкрак девори / йўллар	Елка – қўлтиқ ости чуқурчаси - елка
Кўкрак девори / қорин, бел ёки думба	Олдиндан: киндик ва қовурға равоғи орасидаги масофа ўртаси; Орқадан: кўкрак умуртқаси пастки чегараси (кўндаланг ўсиқ)
Қорин, бели ёки думба / оёқлар	Чов бурмаси – Катта юмалоқ суяк (катта трохантер) – думба чуқурчаси

Агар метастазлар юқорида кўрсатилган регионар соҳалардан ташқаридаги лимфа тугунларида аниқланса, улар узоқ метастазлар сифатида таснифланиши

ЛОЗИМ (<https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумот етарли эмас.
- N0 – регионар лимфа тугунлари зарарланмаган.
- N1 – бир дона регионар лимфа тугунида метастаз, энг катта ўлчами 3 см ёки ундан кам.
- N2 – бир дона регионар лимфа тугунида метастаз, энг катта ўлчами 3 см дан катта, лекин 6 см дан ошмаган; ёки бир неча регионар лимфа тугунларида метастазлар, ҳар бирининг энг катта ўлчами 6 см дан ошмаган [†].
- N3 – бир ёки бир неча регионар лимфа тугунларида метастазлар, энг катта ўлчами 6 см дан катта.

М мезони узок метастазлар бор ёки йўқлигини билдиради

(<https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – узок метастазлар йўқ;
- M1 – узок метастазлар бор.

Г мезони ўсманинг дифференциация даражасини билдиради

(<https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – дифференциация даражасини аниқлаш имконсиз;
- G1 – юқори дифференциаллашган ўсма;
- G2 – ўрта дифференциаллашган ўсма;
- G3 – паст дифференциаллашган ўсма;
- G4 – дифференциаллашмаган ўсма.

Айрим ёмон прогноз омиллари 26-жадвалда жамланган. AJCC таснифига кўра, бундай омилларнинг мавжудлиги касаллик босқичини I дан II га ошириши мумкин. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

26-жадвал. Тери саратонининг ноқулай прогноз омиллари

(<https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Микроструктураларга шикастланиш/инвазия чуқурлиги	Бреслоу бўйича ўсма қалинлиги 4 мм дан ортиқ
--	--

	Кларк бўйича инвазия даражаси 4
	Периневрал инвазия
	Ангиолимфатик инвазия
Анатомик локализация	Бирламчи локализация – кулоқ супрасида
	Бирламчи локализация – лабнинг қизил чизиғида
Дифференцировка	Паст дифференцияланган ёки дифференцияланмаган ўсма

Босқичлар бўйича гуруҳлаш 27-жадвалда келтирилган:

27-жадвал. Тери номеланом ўсмаларининг босқичлар бўйича гуруҳлаш (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

Босқич	pT	N	M
0	is	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1,2,3	1	0
IV	4	0	0
	1,2,3	2,3	0
	Хар қандай	Хар қандай	1

Қовуқ териси саратонини (C44.1) UICC TNM бўйича босқичлаш (8-нашр, 2018)

Кўз қовуқ тери саратонини босқичлаш жараёнида гистологик тасдиқлаш мажбурий ҳисобланади. Босқични аниқлаш учун лимфа тугунларининг ҳолати клиник кўрик ва инструментал тадқиқотлар ёрдамида баҳоланади.

T мезони бирламчи ўсманинг тарқалиш даражасини акс эттиради:

- TX – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумот етарли эмас (шу жумладан, ўз-ўзидан регрессия ҳолатлари ёки хирургик олиб ташлашдаги хатолар);
- T0 – бирламчи ўсма мавжуд эмас;

- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – ўсма 5 мм ёки ундан кам, хрящ пластинаси ёки кўз қовоқ четига ўтмаган;
- T2a – ўсма 5 мм дан катта, лекин 10 мм дан ошмаган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, хрящ пластинаси ёки кўз қовоқ четига ўсиб кирган;
- T2b – ўсма 10 мм дан катта, лекин 20 мм дан ошмаган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, қовоқ тўқималарини тўлиқ қамраб олган;
- T3a – ўсма 20 мм дан катта, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, кўз ёки кўз чуқурига ёндош тузилмаларга ўсиб кирган, ёки ҳар қандай ўлчамдаги ўсма, периневрал инвазияга эга;
- T3b – ўсма, уни тўлиқ олиб ташлаш учун кўз энуклеацияси, орбита экзентерацияси ёки суяк резекцияси талаб қилинади;
- T4 – ўсма жуда кенг тарқалган, кўз, кўз чуқури, юз суяклари ёки бош мия тузилмаларига сезиларли даражада шикаст етказган, резекция қилиш имконияти йўқ.

N мезони метастазларнинг регионар лимфа тугунларида мавжудлиги ёки йўқлигини акс эттиради:

- NX – регионар лимфа тугунларини баҳолаш учун маълумот етарли эмас;
- N0 – регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас;
- N1 – регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

M мезони узоқ метастазлар мавжудлиги ёки йўқлигини акс эттиради:

- M0 – узоқ метастазлар мавжуд эмас;
- M1 – узоқ метастазлар мавжуд.

28-жадвалда қовоқ териси саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш келтирилган

28-жадвал. қовоқ териси саратонини босқичлар бўйича гуруҳлаш

Босқич	T	N	M
0	Is	0	0
IA	1	0	0
IB	2a	0	0
IC	2b	0	0
II	3a	0	0

IIA	3b	0	0
IIВ	Ҳар қандай T	1	0
IIС	4	Ҳар қандай N	0
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	1

2. Диагностика ва паллиатив даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

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

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

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

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари ва анамнез:

Тери базал ҳужайрали саратони:

Юзаги шакли чекланган, қипиқланувчи, қизғиш доғ пайдо бўлиши билан бошланади. Кейинчалик доғ аниқ чегараларга эга бўлиб, ўчоқнинг четларида майда, зич, ялтирақ тугунчалар пайдо бўлади. Бу тугунчалар бирлашиб, тери сатҳидан баландроқ бўлган валиксимон чегара ҳосил қилади. Оғриқ ўчоқлари ягона ёки кўп сонли бўлиши мумкин. Юзаги шакллари ичида ўз-ўзидан чантиқланувчи ёки Педжетоид базалиома ажратилади.

Пигментли шакл қўнғир ёки қора-жигарранг тусли, бир хил бўлмаган пигментацияга эга бўлиб, унда ярим шаффоф, "перламутрсимон" участкалар ва юзаги телеангиэктазиялар кузатилади. Ушбу шакл тугун ёки бляшка кўринишида

бўлиб, меланоцитар невуслар (мураккаб ёки дерма ичидаги невуслар)га ўхшаши мумкин. Тугунли меланома ҳам клиник жиҳатдан базалиомани эслатиши мумкин, лекин базалиома зичроқ консистенцияга эга. Яраланиб кетган пигментли базалиома эса меланома билан адаштирилиши мумкин, шунинг учун морфологик тадқиқотлар аниқ ташҳис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, базалиома асосан юзда жойлашган бўлса, меланома теридаги исталган жойда пайдо бўлиши мумкин.

Ўсма шакли тугунчадан бошланади, у асталик билан катталашиб боради. Ўсманинг сатҳи силлик, телеангиэктазиялар аниқ кўринади, баъзан кулранг пушти пўст билан қопланган бўлиши мумкин. Баъзида марказий қисми яраланиб, зич қобиклар билан қопланади. Ўлчамига қараб, майда ва йирик тугунли базалиома шакллари ажратилади.

Ярали шакл учун воронкасимон яра ва атрофда зич, куйидаги тўқималар билан спайка ҳосил қилган инфилтрат хос бўлиб, унинг чегаралари аниқ эмас ва жараҳат ўлчамидан каттароқ бўлади.

Склеродермасимон (чандик-атрофик) шакл аниқ чегараланган, кичик ўчоқ билан характерланади. Бу шакл инфилтратив ўсиш ва бўлакли тўқима (строма) ривожланиши билан тавсифланади. Секин ўсади. Оғриқ ўчоғи оқарган, склерозланган тери участкаларидан иборат бўлиб, атрофида “перламутрсимон” папулалар, марказида эса телеангиэктазиялар кузатилади.

Пинкус фиброэпителиал ўсмаси базалиома турларидан бири ҳисобланса-да, анча хавфсизроқ кечади. Клиник жиҳатдан тери рангидаги узел ёки бляшка кўринишида бўлиб, зич-эластик консистенцияга эга, эрозияга деярли учрамайди. Катта теридан чиқиб турган ўсма ёки фибромани эслатиши мумкин. секин ўсади, асосан бел ва қориннинг пастки қисмида жойлашади.

Ясси ҳужайрали тери саратони:

Юзаки шакли – тери саратонининг энг кўп учрайдиган варианты. У бир ёки бир неча бирлашувчи, оғриқсиз тугунлар билан бошланади, уларнинг ўлчами ўт гугурт бошчасига тенг ёки бироз каттароқ бўлади. Тугун тери сатҳидан бироз баланд, зич консистенцияли, сарғиш ёки оппоқ-мампаранг тусда бўлади. Вақт ўтиши билан ўсма катталашиб, оғриқсиз, сарғиш ёки кулранг-оқ бляшка кўринишига эга бўлади, теридан бироз баланд, силлик ёки нотекис юзали бўлади. Четлари нотекис, чуқурликлари бор, зич валиксимон тузилишга эга. Кейинчалик бляшканинг марказий қисми чўкиб, тангача ёки қобик билан қопланган жараён ривожланади. Қобик олиб ташланса, қон томчиси пайдо бўлади. Ўсманинг катталашиши билан чўкиш жараёни эрозияланган юзага айланади, зич ва нотекис четлар эса баланд, текис кесилган валиксимон тузилма ҳосил қилади.

Инфилтратив шакли чуқур яраниб кетган, нотекис, думалоқ, некроз массалари билан қопланган тубига эга ва зич валиксимон четлардан ташкил топган.

Ўсма тезда атроф тўқималарга ўтган ҳолда ўсади ва ҳаракатсиз бўлиб қолади. Гистологик жиҳатдан бу шакл кўпинча ясси ҳужайрали саратон сифатида таснифланади. Папилляр шакли кам учрайди. Зич, тери сатҳидан баланд, осон қон кетадиган, кенг асосда жойлашган тугун кўринишида бўлади. Юзаси ноҳамвор, қобиклар билан қопланган, кўпинча гулқарамсимон тузилишга ўхшаш.

Метатипик саратон одатда ярали ўсма ўчоғи кўринишида бўлиб, 95% ҳолатда 1-3 см диаметрида бўлади. Яра нотекис шаклда, четлари нотекис, букилиб ёки тагидан юлиб тушгандек кўринади. Яра туби нотекис, ёрқин қизил юзага эга бўлиб, некротик массалар билан қопланган.

Физикал кўрик:

- Бемор биринчи марта тери янги ҳосиласи бўйича шикоят билан мурожаат қилганда, кўрик зонасини кенгайтириш ва барча тери қопламларининг ҳолатини баҳолаш (шу жумладан, сочли бош қисми ва оёқ тагини) қатъий тавсия этилади [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - IIa)

Изоҳлар: *Бирламчи-кўп сонли синхрон тери ўсмалари ва тери ўсма олди касалликлари беморларнинг 5-10% ида аниқланиши мумкин. Шунингдек, номеланома тери ўсмалари билан касалланган беморларда тери меланомаси ривожланиш хавфи юқори бўлади. [24].*

- Эпилюминисцент микроскопия (дерматоскопия) ва оптик когерент томографиядан фойдаланиш тавсия этилади, чунки бу усуллар ноинвазив ташҳис қўйиш аниқлигини сезиларли даражада ошириши ва биопсияга бўлган эҳтиёжни камайтириши мумкин. Бироқ, бу усуллар фақат ушбу методика бўйича махсус ўқитилган мутахассислар томонидан қўлланилиши мумкин. [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - IIb)

- Регионар лимфа тугунлар ҳолатини баҳолаш тавсия этилади [24].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - IIb)

- Қабул жараёнида шикоятлар, анамнез ва физик текширув натижалари таҳлилига асосланиб, янги ҳосиланинг инвазив ташҳиси (биопсия) мақсадга мувофиқлигини аниқлаш тавсия этилади. [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - А (далилларнинг ишончлилик

даражаси - Ia)

Лаборатор текширувлар:

• Морфологик тасдиқдан олдин лаборатор ташҳис тавсия этилмайди, фақат интеркуррент патология ёки беморнинг умумий ҳолати биопсиянинг хавфсиз ўтказилишини таъминлаш учун зарур бўлган ҳоллар бундан мустасно. Ташҳис тасдиқланганидан сўнг қуйидаги текширувларни ўтказиш тавсия этилади: Клиник қон таҳлили, биохимик қон таҳлили (Шунингдек, Жадвал 28 га қаранг). [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - B (далилларнинг ишончлилик даражаси - III)

Инструменталь текширувлар:

Агар тегишли кўрсатмалар (симптомлар) мавжуд бўлса, ташҳис чора-тадбирлари (шу жумладан, нур ташҳиси) касаллик босқичидан қатъи назар тўлиқ ҳажмда ўтказилиши лозим. Агар симптомлар мавжуд бўлмаса, Базал ҳужайрали саратон (БҲС)нинг регионар ва узоқ метастазлар бериш эҳтимоли пастлиги, шунингдек, ясси ҳужайрали саратон (ЯҲС)да регионар метастазлар учраш эҳтимоли бироз юқорироқ эканлиги инобатга олиниб, яширин метастазларни аниқлаш мақсадида ташҳис тестлари турли ҳажмда ўтказилиши тавсия этилади. Бу ҳажм касаллик босқичи (клиник кўрик ва гистологик хулоса асосида белгиланган) га боғлиқ ҳолда танланади.

Биопсия натижаларига асосланиб, тери саратони ташҳиси тасдиқланган ҳолларда тавсия этилган ташҳис чора-тадбирлари 29-жадвалда келтирилган. [24, 26]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

29-жадвал. Тери ўсмаси биопсияси натижалари ва клиник кўриқка асосан текширув режаси

Касаллик босқичи	Физикал кўрик	Инструментал текширувлар
0, I, II	Ҳа	<ul style="list-style-type: none">• Регионар лимфа тугунлар УТТси• Нур диагностика тавсия этилмайди, агар симптомлар бўлмаса
III ва IV	Ҳа	<ul style="list-style-type: none">• Регионар лимфа тугунлар УТТси• Тўла кўламда нур диагностика

- Морфологик тасдиқдан олдин инструментал ташҳис тавсия этилмайди, фақат интеркуррент патология ёки беморнинг умумий ҳолати биопсияни хавфсиз ўтказиш учун зарур бўлган ҳоллар бундан мустасно. [24, 26].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – С (далилларнинг ишончлилик даражаси - IV)

Изоҳ: Биопсия натижалари олинмагунча даволаш ва текширув режасини тузиш тавсия этилмайди.

- Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари ҳолатини баҳолаш учун тавсия этилган оптимал нур ташҳис ҳажми – кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг компьютер томографиясидир (КТ). Венадан контраст модда юбориш барча ҳолларда тавсия этилади, фақат йод сақловчи контраст моддалар юборишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган тақдирда. Агар бундай қарши кўрсатмалар аниқланса, вена ичида контрастлаш билан КТ ўрнига магнит-резонанс томография (МРТ) қўллаш мумкин. Ўпкаларда метастатик зарарланишни истисно этиш ёки унинг динамикасини баҳолаш учун вена ичида контрастлаш талаб қилинмайди. Алтернатив ташҳис усули – ФДГ билан ПЭТ-КТ (бутун тана режимида) бўлиши мумкин. [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - IIa)

- Агар оптимал нур ташҳиси ташҳис қўйилгандан кейинги 2 ҳафта ичида ўтказиб бўлмаса, қуйидаги альтернатив усуллар тавсия этилади: Кўкрак қафаси аъзоларининг КТ ўрнига – кўкрак қафаси рентгенографияси, қорин ва кичик чаноқ аъзоларининг КТ (вена ичи контраст билан) ўрнига – УТТ (ультратовуш текшируви)

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

- Катта бирламчи ўсмалар, сўяк тўқималарининг зарарланиши ёки периневрал инвазия белгилари мавжуд бўлганда, ўсма тарқалишини баҳолаш учун магнит-резонанс томография (МРТ) тавсия этилади, ва КТга нисбатан афзалроқ усул ҳисобланади. [24].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси - В (далилларнинг ишончлилик даражаси - IIa)

- Агар КТ ёки МРТ маълумотларига асосан метастазларга шубҳа пайдо бўлса, ва уларнинг тасдиқланиши даволаш тактикасига жиддий таъсир кўрсатса, УТТ ёки КТ назорати остида биопсия ўтказиш тавсия этилади.

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

Биопсия

• Ташҳисни тасдиқлаш, шунингдек, кейинги текширув ва даволаш режасини белгилаш учун биринчи босқичда шубҳали тери ўсмасини эксцизион биопсия қилиш мумкин. Бунда четга чекиниш 5 мм дан ошмаслиги керак (1-3 мм (0,1 – 0,3 см) чекиниш қабул қилиниши мумкин). Ҳар доим тери тўқимасининг тўлиқ қалинлигини қамраб олувчи биопсияга афзаллик бериш лозим, масалан: эллиптик эксцизия, инцизион панч-биопсия. Бу усуллар ясси (бритвали) резекцияга нисбатан мақбулроқ ҳисобланади, шу жумладан, экзофит ўсмалар учун ҳам. [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - IIa)

• Хирургик йўл билан олиб ташланган ўсма тўқимасининг гистологик текшируви тавсия этилади, ва морфологик хулосада қуйидаги параметрларни акс эттириш лозим [24, 26]:

1. Тери саратонининг гистологик турини ЖССТ (ВОЗ) 2018 йилги халқаро тери ўсмалари таснифига мувофиқ аниқлаш;
2. Дифференцияланиш даражасини кўрсатиш;
3. Бреслоу бўйича ўсма максимал қалинлигини (мм) аниқлаш;
4. Кларк бўйича инвазия даражасини белгилаш;
5. Ўсма тугунининг радиал ва вертикал ўлчамларини кўрсатиш;
6. Резекциянинг периферик ва чуқур чегараларини баҳолаш ва уларда ўсма ҳужайраларининг мавжудлигини аниқлаш.
7. Периневрал инвазия;
8. Десмоплазия;
9. Ангиолимфатик инвазия.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси - А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – Ia)

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғриқ, қон кетиш, механик ва паренхиматоз сариқлик, портал гипертензия ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;

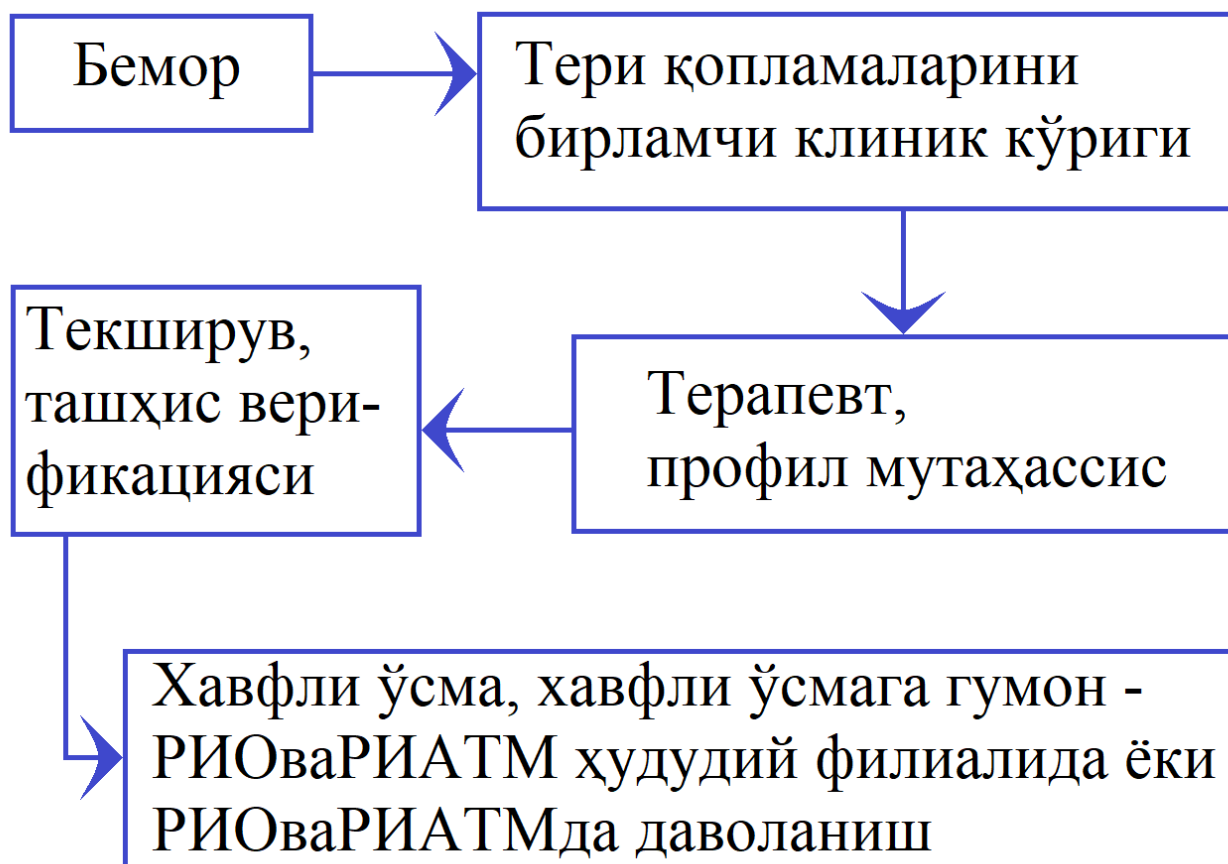
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини енгиш учун;

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) Беморни кузатиш картаси ва маршрутизацияси:

2-схема – Тери саратонида диагностик алгоритм.



2) Паллиатив номедикаментоз даволаш (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/nacziionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

Консерватив даволаш вақтида бемор режими – умумий.

Операциядан кейинги дастлабки даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажми ва ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда).

Кейинги операциядан кейинги даврда – палатали режим.

Диета:

№15 стол (ёки ҳамроҳ касалликка қараб бошқа парҳез).

Хирургик даволашдан кейин – №15 стол (ёки ҳамроҳ касалликка қараб бошқа парҳез).

Паллиатив нур терапия

Паллиатив нур терапияга кўрсатмалар:

Метастатик бош мия шикастланишларида паллиатив мақсадда нур терапиясини

ўтказиш. Паллатив нур терапияси шунингдек, бош миянинг кўплаб шикастланишларида ёки "симптоматик" суяклар, юмшоқ тўқималар ва лимфа тугунларининг зарарланишида ҳам тайинланиши мумкин.

Нур терапия турлари:

- Дистанцион нур терапия;
- 3D-конформ нурлантириш;
- интенсивлиги бўйича модулирланган нур терапия (IMRT).
- томоапаратларда томотерапия; томотерапияда РОД<2,5 Гр бўлганда кифофракциялашга урғу берилади.
- Бош мияда 3 см гача бўлган ягона метастаз мавжуд бўлганда стереотаксик нур терапиясини (СРТ) ўтказиш. 3 см дан катта ўчоқлари бўлган, бош миянинг функционал жиҳатдан аҳамиятсиз бўлимларида жойлашган, метастатик шикастланиш таъсирини ҳисобга олмаган ҳолда кутилган умр давомийлиги 3 ойдан кўпроқ бўлган беморларда очик жарроҳлик амалиёти СРТдан устунликка эга. Жарроҳлик муолажасидан кейин локал назоратни яхшилаш мақсадида операция бўлган бўшлиққа қўшимча равишда стереотаксик нур терапияси сеансини ўтказиш мумкин. Бош миянинг функционал жиҳатдан аҳамиятли бўлимлари шикастланган ҳолларда афзаллик СРТга берилиши мумкин. Бош миянинг олигометастатик шикастланишида (ҳар бири 3 см гача бўлган 3–10 та ўчоқ) стереотаксик нур терапияси дори-дармон билан даволаш ёки бутун бош мияни нурлантиришга нисбатан афзалликка эга бўлиши мумкин. Бош миянинг кўплаб метастазлари ёки унинг пардалари зарарланиши ҳолатида нур терапиясининг роли ҳақидаги маълумотлар зиддир. Ушбу муолажа бош мияда кўплаб метастазлар мавжуд бўлганда неврологик симптомларни енгиллаштириш мақсадида беморга таклиф этилиши мумкин.

Регионар метастазларни паллиатив НТси.

Кўрсатмалар бўлиши мумкин: норезектабел тугунлар, сателлитлар, қолдиқ ўсма.

Дозали режимлар. Оптимал доза белгиланмаган, лекин потенциал тўғри дозалар мавжуд:

- 24-27 Гр 3 фракцияда 1-1,5 ҳафта давомида
- 32 Гр 4 фракцияда 4 ҳафта давомида
- 40 Гр 8 фракцияда 4 ҳафта давомида
- 50 Гр 20 фракцияда 4 ҳафта давомида

- 30 Гр 10 фракцияда 2 ҳафта давомида
- 30 Гр 5 фракцияда 2 ҳафта давомида
- 20 Гр 5 фракцияда 1 ҳафта давомида
- 8 Гр 1 фракцияда 1 кун давомида.

Симптомли экстракраниал метастазлар учун паллиатив нур терапияси.

Режимни танлаш локализация ёки клиник симптомларга боғлиқ. Симптомларни енгиллаштириш мақсадида юқори дозалар ва/ёки гипофракцияланган режимлар қўлланилиши мумкин. Дозавий режимлар:

- 24-27 Гр фракцияда 1-1,5 ҳафта давомида
- 32 Гр 4 фракцияда 4 ҳафта давомида
- 40 Гр 8 фракцияда 4 ҳафта давомида
- 50 Гр 20 фракцияда 4 ҳафта давомида
- 30 Гр 10 фракцияда 2 ҳафта давомида
- 30 Гр 5 фракцияда 2 ҳафта давомида
- 8 Гр 1 фракцияда 1 кун давомида.

Бош мияга метастазларда НТ

СРХ ва СРТ мия ва оғқа мия метастазлари учун юқори дозали радиацияни аниқ мўлжалга йўналтириб, атрофидаги тўқималарга минимал таъсир кўрсатиш учун қўлланилади:

- Энг катта диаметри 20 мм гача бўлган ўчоқ – 24 Гр гача
- Энг катта диаметри 21-30 мм бўлган ўчоқ – 18 Гр гача
- Энг катта диаметри 31-40 мм бўлган ўчоқ – 15 Гр гача

Йирик ўчоқлар фракционирланган СРТ билан даволаниши мумкин:

- 24-27 Гр 3 фракцияда
- 25-26 Гр 5 фракцияда.

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.

- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.
- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

- Тромбоцитлар даражасининг 10×10^9 /л.дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;
- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорироқ даражада ҳам (20×10^9 /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 муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун кандидат сифатида кўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки ичишга буюрилиши мумкин.

3). Паллиатив медикаментоз даво

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

3.3 Метастатик ва норезектабел тери ясси ҳужайрали саратони беморларини даволаш (III норезектабел ва IV босқичлар)

- Алгоритм ва беморларни бошқариш тактикаси метастатик ва резектабел бўлмаган ЯХТС билан мултидисциплинар консилиум доирасида, жарроҳ шифокор, онколог шифокор ва радиотерапевт шифокор иштирокида, пациентнинг умумий ҳолатини (шу жумладан, ECOG шкаласи бўйича баҳолаш) ҳисобга олган ҳолда аниқлаш **тавсия қилинади**. [28].

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

- Пациентларга метастатик ва резектабел бўлмаган ЯХТСда, агар қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, программаланган ўлим рецептори (PD-1) ва унинг лигандлари ўртасидаги ўзаро таъсирни блокловчи моноклонал антитаналар билан терапия ўтказиш тавсия этилади. Режимлар Таблица 17 да келтирилган. [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

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

Изох: *Ҳозирги вақтда PD-1 МКА-блокаторлари синфига мансуб дори воситаси яхши ташкил этилган тадқиқотда ўрганилган ва ясси ҳужайрали тери*

саратони бўлган беморларда самарадорлик намоён этган [56]. Рўйхатдан ўтказилган дори воситалари (нембролизумаб, ниволумаб) бўйича ушбу патологияда самарадорлик тўғрисидаги маълумотлар кичик норандомизирланган тадқиқотлар ёки алоҳида клиник кузатувлардан олинган.

Таблица 17. Метастатик ёки норезектабел ясси ҳужайрали тери саратонида ўсмага қарши дори воситаларини қўллаш режимлари.

Дори препаратлари	Бир марталик доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	ҳавола
#Ниволумаб**	3 мг/кг тана вазнига	в/и томчилаб 30–60 дақиқа	14 кунда 1 марта	Узоқ вақт [1]	[57]
#Пембролизумаб**	2 мг/кг тана вазнига (лекин 200 мгдан кўп эмас)	в/и томчилаб 30 мин	21 кунда 1 марта	Узоқ вақт1	[58]

• Беморларга, МКА-блокаторлари PD1 билан монотерапияга жавоб бермаган ёки уларга МКА-блокаторлари PD1 терапиясини ўтказиш қарши кўрсатилган ҳолларда, агар қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, химиотерапия ёки МКА-блокаторлари EGFR терапиясини нур терапияси билан биргаликда ёки мустақил режимда ўтказиш тавсия этилади. [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (30 ва 31-жадвалларга қаранг)

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

30-жадвал. Нур терапияси билан биргаликда қўлланиладиган химиотерапия режимлари (норезектабел маҳаллий тарқалган ясси ҳужайрали саратон учун).

Дори препаратлари	Бир марталик (суткалик) доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	Дистанцион нур терапия режим ва дозалари	ҳавола
#Цисплатин**	75 - 100 мг/ м2	в/и томчилаб	1-куни, ҳар 21 кунда	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[52]
#Цисплатин**	40 мг/м2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта (6 ҳафта)	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[60]
Карбоплатин**	AUC=2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта (6 ҳафта)	НТ курси яқунлангунча	70 Гр 7 ҳафтада	[60]
#Цетуксимаб**	400 мг/м2	в/и томчилаб	Нур терапиядан 4-5 кун олдин			[61]
#Цетуксимаб**	250 мг/м2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта	Нур терапия вақтида	70 Гр 7 ҳафтада	

31-жадвал. Мустақил режимда қўлланиладиган кимё терапия режимлари

Дори препаратлари	Бир марталик доза	Юборилиш йўли	Юборишлар орасидаги интервал	Режадаги даво давомийлиги	ҳавола
#Цисплатин**	50 – 60 мг/м ²	в/и томчилаб	1-кун, ҳар 21 – 28 кунда	Узоқ вақт [2]	[61]
#Доксорубицин**	50 мг/м ² 1-кун				
#Цисплатин**	75 мг/м ²	в/и томчилаб	1-кун, ҳар 21 кунда	узоқ вақт 1	
#Доксорубицин**	50 мг/м ² 1-кун				
#Карбоплатин**	AUC = 2	в/и томчилаб	ҳар ҳафта	6 ҳафта	[62]
#Паклитаксел**	80 мг/м ²				
#Цисплатин**	60 мг/м ²	в/и томчилаб	1-кун ҳар 21 – 28 кунда	узоқ вақт 1	[63]
#Капецитабин**	1000 мг/м ² суткада 2 қабул				
#Цисплатин**	75-100 мг/м ²	в/и томчилаб	1-кун, ҳар 21 кунда	узоқ вақт 1	[59]
Фторурацил**	1000 мг/м ²				
#Цетуксимаб**	биринчи доза 400 мг/ м ² , сўнгра 250 мг/м ²	в/и томчилаб	ҳар ҳафта	Узоқ вақт 1	[64]
#Панитумумаб**	6 мг/кг тана вазнига				
		в/и томчилаб	ҳар 14 кунда	терапиянинг 9 курсидан кўп эмас	[59]

• Ўсмага қарши дори-дармонли даволашни ўтказишда, препарат дозасини тана юзаси ёки вазнига қараб ҳисоблашда, ҳақиқий дозани ҳисобланган дозанинг 5 % ичида юмалоқлаш тавсия этилади. [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

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

32-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100 % қўллаш эҳтимолига эга бўлган):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
Алкилловчи агентлар –платина бирикмалари комплекси	Цисплатин	25 мг/м ² 1-5 кунлар, 75-100 мг/м ² 1-кун, в/и	А
	Карбоплатин	AUC=2, в/и, точ. ҳар ҳафта (6 ҳафта)	А
Ўсимлик ва табиий келиб чиқишли препаратлар.	Паклитаксел	80 мг/м ² , в/и томч., ҳар ҳафта	А
	Доцетаксел	50 мг/м ² , в/и, томч. 1 кун	А

Антиметоболитлар – антифолатлар	Метотрексат	15 мг/м ² в/и 1, 8, 15-чи кунлар, в/и	А
Бошқа ўсмага қарши антибиотиклар	Блеомицин	15мг в/и 1,3,5,8,10,12-чи кунлар	А
Топоизомераза 11 ингибиьторлари	Этопозид	100мг/м ² 1-3 кунлар	А
Hedgehog сигнал йўли ингибитори	Висмодегиб (только при базально-клеточном раке)	Ичишга, 150 мг суткада 1 марта	В
Моноклонал антитана	Ниволумаб	3 мг/кг тана вазнига, в/и томч. 30–60 дақиқа, 14 кунда 1 марта	С
	Пембролизумаб	2 мг/кг тана вазнига (лекин 200 мгдан кўп эмас), в/и томч. 30 дақ., 21 кунда 1 марта	С
	Цетуксимаб	400 мг/м ² , в/и, томч., Нур терапиядан 4-5 кун олдин	С
	Панитумумаб	6 мг/кг тана вазнига, в/и томч., ҳар 14 кунда	С
Антрациклин антиботиғи	Доксорубицин	50 мг/м ² 1-кун, в/и томч., 1-кун, ҳар 21 кунда	С
Антиметаболит, пиримидинлар антагонисти	Капецитабин	1000 мг/м ² суткада 2 қабул, ичишга, кунига 2 маҳал 1-дан 14-кунгача, ҳар 21 – 28 кунда	С
	Фторурацил	1000 мг/м ² , узлуксиз, 1-дан 5-кунгача, ҳар 21 кунда	С
Юклаш (ҳавола)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198 https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf		

33-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиши 100 фоиздан кам эҳтимолга эга):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	ИД
Иммуномодулятор, иммун жавоб модификатори	Имихимод	5% крем, 1мах/сут, 7кун/хафта * 6 хафта, маҳаллий	С
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичга	В
	Итраконазол	Ичга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичга	С
	Позаконазол	Ичга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичга	
	Амлодипин	Ичга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичга	
	Каптоприл	Ичга	В
	Лизиноприл	Ичга	В
	Лактулоза	Ичга	В
	Спиринолактон	Ичга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-

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

6. Паллиатив жарроҳлик давоси.

Тери саратонида паллиатив жарроҳлик амалиётлари ўсмадан биопсия олиш учун бир қисми кесиб олиш, ёки ўсмани кенг кесиб олиш мумкин. Айниқса бундай амалиёт асосий ўсма асоратланган бўлса (қонаш, емирилиш, йиринглаш ва бошқ.). Тери саратони қўл ва оёқ бармоқларида жойлашиб, бириктирувчи ва суяк тўқимасига ўсиб кирган ҳолларда, бармоқ ампутацияси ёки экзартикуляцияси амалга оширилиши мумкин. Қулоқ супраси терисиди, унинг юқори ёки марказий қисмларида жойлашган ўсмаларда қулоқ супрасини ампутация қилиш ўтказилади. Профилактик лимфодиссекция ўтказилмайди. Агар ўсма лимфа тугунларга метастаз берган бўлса, биопсия учун лимфаденэктомия амалиёти ҳам бажарилиши мумкин.

7. Кейинги даволаш:

Вояга етган беморлар, агар тери саратони 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.

Тери саратонининг рентгенконтраст текшируви, периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи, кичик чанок аъзолари УТТси, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи, кичик чанокни контрастли КТси клиник кўрсатмаларга кўра бажарилади. ПЭТ/КТ агар паллиатив терапиядан сўнг ремиссия кузатилса ва касалликнинг прогрессияси/рецидивига гумон бўлса бажарилади.

Даволанган беморларни динамик кузатуви:

- Даволаш тугатилгандан кейин биринчи йил – ҳар 3 ойда бир марта текширув
- Иккинчи йил – ҳар 6 ойда бир марта текширув
- Учинчи йилдан бошлаб – ҳар йили бир марта, 3 йил давомида

Текширув усуллари:

1. Анамнез, локал кўрик ва жисмоний текширув.
2. Периферик лимфа тугунлари, қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзоларининг УТТ:
 - 1-2 йилда – ҳар 3 ойда бир марта,
 - 3-йилда – ҳар 6 ойда бир марта,
 - 4-йилдан бошлаб – йилига бир марта.
3. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси:
 - 1-2 йилда – ҳар 3 ойда бир марта,
 - 3-йилда – ҳар 6 ойда бир марта,
 - 4-йилдан бошлаб – йилига бир марта.

Кузатувнинг асосий вазифаси – касалликнинг авж олиши ва рецидивларни эрта аниқлаш, резектабел метастатик ўчоқлар ва рецидив ўсмаларни барвақт жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ёки химиотерапияни ўз вақтида бошлаш, шунингдек, метакрон ўсмаларни аниқлашдан иборат.

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

- Ўсмани ва метастазларнинг регрессияси бўйича объектив белгилари
- УЗИ натижаларида метастазлар ва қайталаниш йўқлиги
- КТ натижаларида узок метастазлар йўқлиги
- Қон, пешоб ва биохимик кўрсаткичларнинг қониқарли ҳолати
- Жарроҳликдан кейинги яранинг битиши
- Беморнинг нисбатан қониқарли умумий ҳолати

Даво самарадорлиги мезонлари:

- **Тўлиқ самара** – барча шикастланган ўчоқларнинг йўқолиши, камида 4 ҳафта давомида.
- **Қисман самара** – барча ёки айрим ўсмалар ҳажмининг 50% ёки ундан кўпроқ камайиши, бошқа ўчоқларда прогрессия кузатилмаган ҳолда.
- **Стабилизация** – ўсмалар 50% дан камаймаган ёки 25% дан ошмаган ҳолда ўсмаган, янги ўчоқлар йўқ.
- **Прогрессия** – бир ёки бир неча ўсмаларнинг 25% дан ортиқ катталашиши ёки

янги ўчоқлар пайдо бўлиши.

Беморлар учун информация

Меланома ва бошқа тери ўсмаларининг ривожланишида асосий хавф омиллари: Асосий хавф омили — ультрабинафша шикастланиши, бу табиий сабаблар (куёш ёниши) ёки сунъий омиллар (махсус меҳнат шароитлари ёки солярийларга ташриф) натижасида юзага келади.

Тери турлари ультрабинафша нурланишининг бир хил дозасига турлича жавоб беради. Айрим инсонларда (оч терига эга, I фототип деб аталадиган гуруҳ) ҳатто минимал ультрабинафша таъсири ҳам доимо куёш ёнишини (бошланғич босқич — тери қизариши) келтириб чиқаради. Бошқа кишиларда эса (сумбул ёки тўқ терига эга шахслар) куёш нурларининг зарарли таъсири минимал бўлади.

Россия аҳолисининг катта қисми I ёки II фототип (яъни "оч тери") гуруҳига киради, шу сабабли улар куёш ёнишларига жуда сезгир.

Куёш ёнишининг олдини олиш ва меланоманинг бирламчи профилактикаси:

Куёш ёнишининг олдини олиш бирламчи профилактиканинг асосий омили ҳисобланади. Болалик ва ўсмирлик давридаги куёш ёнишлари, айниқса, немеланома тери ўсмалари ривожланиш хавфини оширишда жиддий аҳамиятга эга.

Умумий тавсиялар қуйидаги содда қоидаларга асосланади:

- Пляжда фақат соат 11:00 гача ва 16:00 дан кейин бўлиш тавсия этилади.
- Кенг спектрли куёшдан ҳимояловчи кремлар (А ва В турдаги ультрабинафша таъсирининг олдини олувчи) ишлатиш зарур. Кремнинг ҳимоя даражаси (SPF – Sun Protecting Factor) тери фототипига мос танланиши керак. Оч терига эга шахслар учун юқори SPF талаб этилади. I ва II фототиплар учун SPF 30 ва ундан юқори кремлар тавсия этилади.
- Куёшдан ҳимояловчи кўзойнак ва бош кийим тақиш тавсия этилади.
- Болалар учун қўшимча равишда УФ-защитага эга махсус кийимлар тавсия этилади.

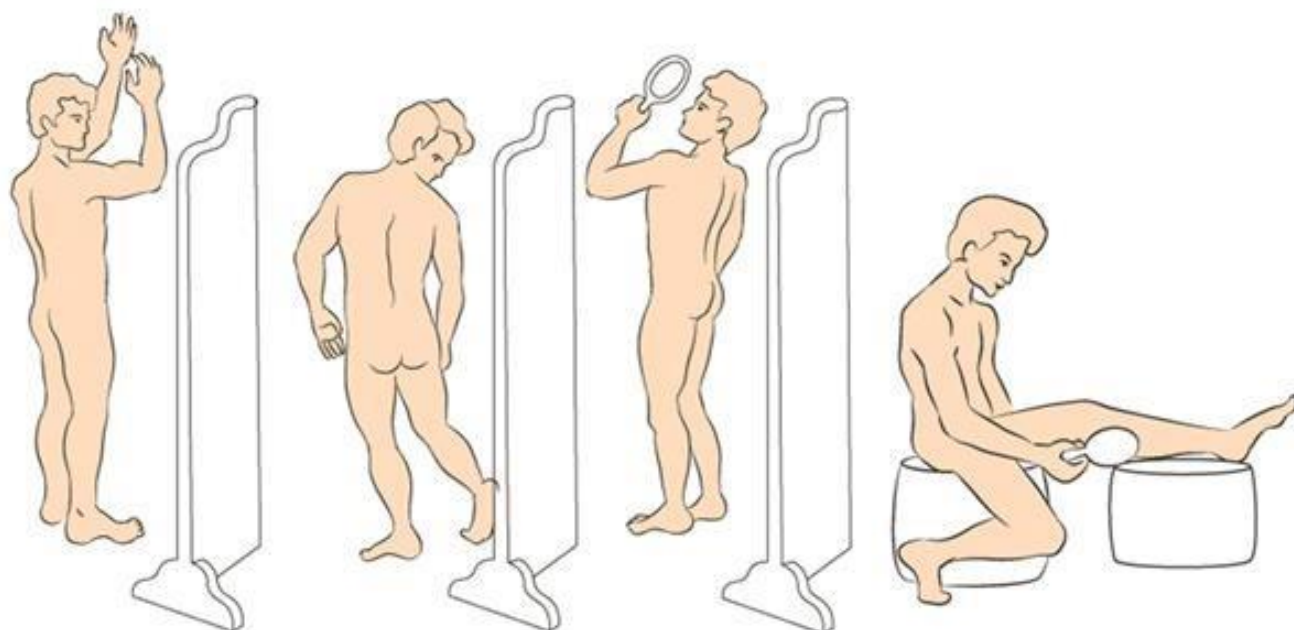
Тери кўриги

Тери ўсмаларини барвақт аниқлаш учун ўз-ўзини текшириш тавсиялари

- Мунтазам равишда (ҳар 3–6 ойда бир мартадан кам бўлмаган ҳолда) ўзингиз тери юзасини тўлиқ текшириш тавсия этилади, бунинг учун ҳам "панорамали", ҳам қўл ойналаридан фойдаланиш мумкин. Текшириш алгоритми 1-расмда схемали тарзда келтирилган.
- Текширишда алоҳида эътибор бериш лозим:

- 4-5 мм ва ундан катта ўлчамли пигментли доғлар
- Шакли ёки ранг асимметрияси
- Ноадекват, "тўлқинсимон" чегаралар
- Рангининг ноҳолислиги (турли тусдаги қаҳваранг соялар)
- Агар пигментли доғларда ушбу белгилардан 2 таси ёки кўпроғи мавжуд бўлса, дерматолог ёки онкологга муурожаат қилиш керак. Бу албатта, ўсма ёввойи (хавфли) эканини англлатмайди, аммо унинг ҳолатини баҳолашни шифокорга топшириш зарур.
- Шакли ўзгараётган тери ҳосилаларига алоҳида эътибор бериш керак:
 - Пигментли доғнинг кенгайиши
 - "Мўғиллоқ" (хол) қаватининг қалинлашиши
 - Ҳолнинг маълум қисми рангсизлашиб, йўқолиб бориши
 - Бундай ўзгаришлар мавжуд бўлса, тери ўсмалари эрта ташхиси бўйича мутахассис шифокорга муурожаат қилиш зарур.
- Бошқа тери ҳосилаларига ҳам эътибор бериш керак:
 - Узоқ муддат давомида сақланиб келаётган қизғиш доғлар
 - Зич тугунчалар, яралар
 - Теридаги янги ҳосилалар, қон кетиши ёки оқиш кузатиладиган юза ҳосилалари
 - Бундай ҳолларда ҳам мутахассис шифокорга муурожаат қилиш зарур.

1-расм. Терини кўриш алгоритми (https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf)



Номеланома тери ўсмаларидаги маълум прогностик омиллар, қайд этилиши тавсия этилган, 34-жадвал ва 35-жадвалда келтирилган.

34-жадвал. Номеланома тери ўсмаларидаги прогностик омиллар (TNM 8-таҳрир таснифи бўйича [47]).

Омиллар тоифаси	Прогностик омиллар		
	Ўсма билан ассоциирланган	Бемор билан ассоциирланган	Атроф муҳит билан ассоциирланган
Баҳолаш учун зарур	<ul style="list-style-type: none"> • TNM • Ўсманинг морфологик тури • Локализацияси • Қалинлиги (мм да) • Периневрал инвазия (клиник баҳоланган) 	<ul style="list-style-type: none"> • Иммуносупрессия • Касаллик рецидиви 	<ul style="list-style-type: none"> • Резекция четлари • Аввал ўтказилган нур терапия
Қўшимча	<ul style="list-style-type: none"> • Ўсма четлари • Дифференцировка даражаси • Ўсиш тезлиги • Лимфоваскуляр инвазия • Периневрал инвазия (инструментал баҳоланган) 	<ul style="list-style-type: none"> • Генетик омиллар (альбинизм, пигмент ксеродерма) • Ёши • Сурункали яллиғланиш • Чандиқлар • Куйишлар 	<ul style="list-style-type: none"> • Чекиш (ясси хужайрали саратон учун)
Янги ва истиқболли	<ul style="list-style-type: none"> • БСЛУ бўйича микрометастазлар • Молекуляр-генетик тестлар 		<ul style="list-style-type: none"> • Вирус этиологияли • Юқори конформ НТ • Химионур терапия • Таргет терапия • Ўсма ичи терапияси

35-жадвал. Қовоқ ва қовоқ бурчаги номеланома тери ўсмаларидаги прогностик омиллар (TNM 8-таҳрир таснифи бўйича).

Омиллар тоифаси	Прогностик омиллар		
	Ўсма билан ассоциирланган	Бемор билан ассоциирланган	Ўсма билан ассоциирланган

Баҳолаш учун зарур	<ul style="list-style-type: none"> • TNM • Локализация (энг ёмон прогноз орбита ёки синуслар зарарланганда) 	<ul style="list-style-type: none"> • Иммуносупрессия • Қулоқ олди ёки бўйин лимфа тугунларида метастазларнинг мавжудлиги • Ташҳислаш вақтида тизимли метастатик касаллик 	
Қўшимча	<ul style="list-style-type: none"> • БҲТС ва ЯҲТСга қараганда ёғ безларидан чиққан ўсмалар ёмон прогнозга эга 		
Янги ва истикболли	<ul style="list-style-type: none"> • Локал назорат тизимли рецидивга нисбатан яхши прогнозга эга 		

G мезони ўсмининг дифференциялашув даражасини тавсифлайди:

GX – дифференциялашув даражасини аниқлаб бўлмайди;

G1 – юқори даражада дифференциялашган ўсма;

G2 – ўртача даражада дифференциялашган ўсма;

G3 – паст даражада дифференциялашган ўсма;

G4 – дифференциялашмаган ўсма.

**Карновский индекси/ ECOG-ЖССТ бўйича бемор аҳволи 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	Б е м о р т ў л и қ ф а о л , ҳ а м м а н а р с а н и б е м о р л и г и д а н а в в а л г и д е к б а ж а р а о л а д и (К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 90-100%)
1	Б е м о р о ғ и р и ш л а р н и б а ж а р а о л м а й д и , а м м о е н г и л , ў р и р и б қ и л и н у в ч и и ш л а р н и б а ж а р а о л а д и (м а с а л а н , е н г и л у й в а к а н ц е л л я р и й и ш л а р и н и , К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 70-80 %)
2	Б е м о р а м б у л а т о р д а в о л а н а д и , ў з - ў з и г а х и з м а т к ў р с а т а о л а д и , л е к и н и ш л а й о л м а й д и . 50% д а н о р т и қ в а қ т и н и т и к о ё қ д а , в е р т и к а л ҳ о л а т д а ў т к а з а д и (К а р н о в с к и й ш к а л а с и б ў й и ч а 50-60 %)

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

Карновский шкаласи

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

10. Қўлланилган адабиётлар рўйхати

1. Онкодерматология И.А. Ламоткин Москва 2017г
2. Дерматоонкология под редакцией Г.А. Галил-Олгы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев, Москва 2005г, стр 322
3. Фрадкин С.З. Залуцкий И.В. Меланома кожи: Практическое руководство для врачей. – Минск, Беларусь, 2000. – 221с.
4. Клинические рекомендации ESMO 2014
5. Клинические рекомендации ASCO 2014
6. Онкология. Клинические рекомендации. 2-е исправленное издание. Под редакцией В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьялова. Москва. 2009.
7. "Медицинский справочник" (Alexander D. Belyaev) 2008г.
8. В.И.Чиссов, С.Л.Дарьялова «Онкология. 2-е издание, исправленное и дополненное»
9. Клиническая онкология том 2. Под редакцией Абисатова Х.А. Алматы 2007г.
10. TNM classification of malignant tumours - 8TH EDITION 2018
11. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И.переводчиковой, В.А.Горбуновой. Москва. 2015г.
12. Navari RM, Reinhardt RR, Gralla RJ, et al. Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist. *New Engl J Med.* 1999;340 (3):190-195.
13. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Ann Oncol.* 1996;7 (2):189-195.
14. Osaba D, Zee B, Warr D, Kaizer L, Latreille J, Pater J. Quality of life studies in chemotherapy-induced emesis. *Oncology.* 1996;53 (suppl 1):92-95.
15. Morrow GR, Roscoe JA, Kirshner JJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ. Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT₃ antiemetics. *Support Care Cancer.* 1998;6:244-247.
16. Bilgrami S, Fallon BG. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Postgrad Med.* 1993;94 (5):55-58, 62-64.
17. Адаптировано из 1 - Berger AM, Clark-Snow RA. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:2515–2523; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998;9:811–819.

18. 7. J.D. Hainsworth “Nausea and vomiting”, *Abeloff’s Clinical Oncology* (Fifth Edition), 2014, 626-634
19. Roila F et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Clinical practice guidelines. Annals of Oncology* 27: v 119-133, 2016.
20. Antiemetic guidelines: MASCC/ESMO 2016
http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc_antiemetic_guidelines_english_2016_v.1.2.pdf
21. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2017 – March 2018, 2017
22. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf
23. P. Hesketh, M. G. Kris, et al. “Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update”. *Journal of Clinical Oncology*. Volume 35 (28), October 1, 2017 <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2017.74.4789>
- 24 Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017 Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2017: 43.
25. Castro LG, Messina MC, Loureiro W, Macarenco RS, Duprat Neto JP, Di Giacomo TH, Bittencourt FV, Bakos RM, Serpa SS, Stolf HO et al: Guidelines of the Brazilian Dermatology Society for diagnosis, treatment and follow up of primary cutaneous melanoma--Part I. *An Bras Dermatol* 2015, 90 (6):851-861
26. Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017. Basal Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2016.
27. Coit DG, Thompson JA, Albertini M, Algazi A, Andtbacka R, Bichakjian C, Carson WE, 3rd, Daniels GA, DiMaio D, Fields RC et al: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Melanoma. Version 1.2017 In.: National Comprehensive Cancer Network, Inc; 2016: 161.
28. Shmults CD, Blitzblau R, Aasi SA, Alam M, Andersen JS, Bordeaux J, Bowen GM, Carson W, Chen P-L, Contreras CM et al: NCCN Guidelienes Version 1.2020. Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2019.
29. Brinkman JN, Hajder E, van der Holt B, Den Bakker MA, Hovius SE, Mureau MA: The Effect of Differentiation Grade of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma on Excision Margins, Local Recurrence, Metastasis, and Patient Survival: A Retrospective Follow-Up Study. *Ann Plast Surg* 2015, 75(3):323-326.

30. Khan AA, Potter M, Cubitt JJ, Khoda BJ, Smith J, Wright EH, Scerri G, Crick A, Cassell OC, Budny PG: Guidelines for the excision of cutaneous squamous cell cancers in the United Kingdom: the best cut is the deepest. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013, 66(4):467-471.
31. Bath-Hextall FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J: Interventions for cutaneous Bowen's disease. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013(6):CD007281.
32. Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J: Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and po
33. Veness MJ, Delishaj D, Barnes EA, Bezugly A, Rembielak A: Current Role of Radiotherapy in Non-melanoma Skin Cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2019, 31(11):749-758. oled analysis of observational studies. *BMJ* 2013, 347:f6153.
34. Overmark M, Koskenmies S, Pitkanen S: A Retrospective Study of Treatment of Squamous Cell Carcinoma In situ. *Acta Derm Venereol* 2016, 96(1):64-67.
35. Clark C, Bryden A, Dawe R, Moseley H, Ferguson J, Ibbotson SH: Topical 5-aminolaevulinic acid photodynamic therapy for cutaneous lesions: outcome and
36. Церковский ДА, Мазуренко АН, Петровская НА, Артемьева ТП: Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотолон. *Biomedical Photonics* 2017, 6(1):12-19.
37. Love WE, Bernhard JD, Bordeaux JS: Topical imiquimod or fluorouracil therapy for basal and squamous cell carcinoma: a systematic review. *Arch Dermatol* 2009, 145(12):1431-1438.
38. Rosen T, Harting M, Gibson M: Treatment of Bowen's disease with topical 5% imiquimod cream: retrospective study. *Dermatol Surg* 2007, 33(4):427-431; discussion 431-422.
39. Peris K, Micantonio T, Fagnoli MC, Lozzi GP, Chimenti S: Imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease and invasive squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2006, 55(2):324-327.
40. Maruyama H, Tanaka R, Fujisawa Y, Nakamura Y, Ito S, Fujimoto M: Availability of sentinel lymph node biopsy for cutaneous squamous cell carcinoma. *J Dermatol* 2017, 44(4):431-437.
41. Hauschild A, Breuninger H, Kaufmann R, Kortmann RD, Klein M, Werner J, Reifemberger J, Dirschka T, Garbe C: Brief S2k guidelines--Basal cell carcinoma of the skin. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013, 11 Suppl 3:10-15, 11-16.

42. Tsao MN, Tsang RW, Liu FF, Panzarella T, Rotstein L: Radiotherapy management for squamous cell carcinoma of the nasal skin: the Princess Margaret Hospital experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002, 52(4):973-979.
43. Dundar Y, Cannon RB, Hunt JP, Monroe M, Suneja G, Hitchcock YJ: Radiotherapy regimens in patients with nonmelanoma head and neck skin cancers. *Int J Dermatol* 2018, 57(4):441-448.
44. Jambusaria-Pahlajani A, Miller CJ, Quon H, Smith N, Klein RQ, Schmults CD: Surgical monotherapy versus surgery plus adjuvant radiotherapy in high-risk cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of outcomes. *Dermatol Surg* 2009, 35(4):574-585.
45. Veness MJ, Morgan GJ, Palme CE, Gebiski V: Surgery and adjuvant radiotherapy in patients with cutaneous head and neck squamous cell carcinoma metastatic to lymph nodes: combined treatment should be considered best practice. *Laryngoscope* 2005, 115(5):870-875.
46. Wray J, Amdur RJ, Morris CG, Werning J, Mendenhall WM: Efficacy of elective nodal irradiation in skin squamous cell carcinoma of the face, ears, and scalp. *Radiat Oncol* 2015, 10:199.
47. Тимофеев ЛВ, Саакян СВ, Волошин СВ, Архипов АЮ: Аппликаторы для офтальмоонкологии. Стронций-90 + Иттрий-90. Москва; 2019.
48. Chopdar A: Carbon-dioxide laser treatment of eye lid lesions. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1985, 104 (Pt 2):176-180.
49. Важенина ДА, Васильев СА, Дудник СН: Рецидивирующий базальноклеточный рак кожи век (особенности клинического течения, лечения). *Российский медицинский журнал* 2016, 11:36-43.
50. Lecuona K, Stannard C, Hart G, Rice J, Cook C, Wetter J, Duffield M: The treatment of carcinoma in situ and squamous cell carcinoma of the conjunctiva with fractionated strontium-90 radiation in a population with a high prevalence of HIV. *Br J Ophthalmol* 2015, 99(9):1158-1161.
51. Hinerman RW, Indelicato DJ, Amdur RJ, Morris CG, Werning JW, Vaysberg M, Kirwan J, Mendenhall WM: Cutaneous squamous cell carcinoma metastatic to parotid-area lymph nodes. *Laryngoscope* 2008, 118(11):1989-1996.
52. Apisarnthanarax S, Dhruva N, Ardeshirpour F, Tepper JE, Shores CG, Rosenman JG, Shockley WW, Hayward MC, Hayes DN: Concomitant radiotherapy and chemotherapy for high-risk nonmelanoma skin carcinomas of the head and neck. *Int J Surg Oncol* 2011, 2011:464829.

53. Kwan W, Wilson D, Moravan V: Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004, 60(2):406-411.
54. Balamucki CJ, Mancuso AA, Amdur RJ, Kirwan JM, Morris CG, Flowers FP, Stoer CB, Cognetta AB, Mendenhall WM: Skin carcinoma of the head and neck with perineural invasion. *Am J Otolaryngol* 2012, 33(4):447-454.
55. Choi FD, Kraus CN, Elsensohn AN, Carley SK, Lehmer LM, Nguyen RT, Linden KG, Shiu J: Programmed cell death 1 protein and programmed death-ligand 1 inhibitors in the treatment of nonmelanoma skin cancer: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2019.
56. Markham A, Duggan S: Cemiplimab: First Global Approval. *Drugs* 2018, 78(17):1841-1846.
57. Ferris RL, Blumenschein G, Jr., Fayette J, Guigay J, Colevas AD, Licitra L, Harrington KJ, Kasper S, Vokes EE, Even C et al: Nivolumab vs investigator's choice in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 2-year long-term survival update of CheckMate 141 with analyses by tumor PD-L1 expression. *Oral Oncol* 2018, 81:45-51.
58. Maubec E, Helfen S, Scheer-Senyarich I, Boubaya M, Schischmanoff O, Alloux C, Deschamps L, Petrow P, Lopez I, Tibi A et al: CARSKIN: Pembrolizumab as first line therapy in patients with unresectable cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2017, 35(15_suppl):TPS9596-TPS9596.
59. Foote MC, McGrath M, Guminski A, Hughes BG, Meakin J, Thomson D, Zarate D, Simpson F, Porceddu SV: Phase II study of single-agent panitumumab in patients with incurable cutaneous squamous cell carcinoma. *Ann Oncol* 2014, 25(10):2047-2052.
60. Nottage MK, Lin C, Hughes BG, Kenny L, Smith DD, Houston K, Francesconi A: Prospective study of definitive chemoradiation in locally or regionally advanced squamous cell carcinoma of the skin. *Head Neck* 2017, 39(4):679-683.
61. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Cohen RB, Jones CU, Sur RK, Raben D, Baselga J, Spencer SA, Zhu J et al: Radiotherapy plus cetuximab for locoregionally advanced head and neck cancer: 5-year survival data from a phase 3 randomised trial, and relation between cetuximab-induced rash and survival. *The Lancet Oncology* 2010, 11(1):21-28.
62. Petre A, Dalban C, Karabajakian A, Neidhardt EM, Roux PE, Poupart M, Deneuve S, Zrounba P, Fayette J: Carboplatin in combination with weekly Paclitaxel as first-line therapy in patients with recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma unfit to EXTREME schedule. *Oncotarget* 2018, 9(31):22038-22046.

63. Muzaffar J, Khushalani NI, Russell JS, Parameswaran J, Kirtane K, Iglesia JDL, Slebos R, Chung CH: A phase II study of capecitabine (Cape) or 5-fluorouracil (5-FU) with pegylated interferon alpha-2b (Peg-IFNA-2b) in unresectable/metastatic cutaneous squamous cell carcinoma (CSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2019, 37(15_suppl):e21020-e21020.

64. Maubec E, Petrow P, Scheer-Senyarich I, Duvillard P, Lacroix L, Gelly J, Certain A, Duval X, Crickx B, Buffard V et al: Phase II study of cetuximab as first-line single-drug therapy in patients with unresectable squamous cell carcinoma of the skin. *J Clin Oncol* 2011, 29(25):3419-3426.

65. Gurney H: How to calculate the dose of chemotherapy. *Br J Cancer* 2002, 86(8):1297- 1302.

66. Sample A, He YY: Mechanisms and prevention of UV-induced melanoma. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2018, 34(1):13-24.

67. Badertscher N, Meier M, Rosemann T, Braun R, Cozzio A, Tag B, Wensing M, Tandjung R: The role of skin self-examination at the Swiss skin cancer day. *BMC Health Serv Res* 2014, 14:581.

68. Flohil SC, van der Leest RJ, Arends LR, de Vries E, Nijsten T: Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior keratinocyte carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2013, 49(10):2365-2375.

69. Aryasit O, Preechawai P, Hajeewaming N: Clinicopathologic Characteristics and Predictors Affecting Survival Outcome of Eyelid Malignancy. *J Craniofac Surg* 2019, 30(5):1516-1519.

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

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

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

73. ↑ [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.

74. ↑ [Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Wayback Machine](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова](#)» Минздрава России, научная статья, DOI:

10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320

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

76. ↑ [Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

77. ↑ [Статистика санитарная](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

78. ↑ [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.

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

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

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

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

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

84. ↑ [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](#).)

85. ↑ 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)

86. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005

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

88. ↑ [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.

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

90. Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.

91. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T, Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017, 24(4):e290-e315.

92. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W, Evidence for Massage Therapy Working G: The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016, 17(8):1553-1568.

93. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J: A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *PM R* 2017, 9(9S2):S347- S384.

94. Hu M, Lin W: Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. *Acta Haematol* 2012, 127(3):156-164.

95. Lee JM, Look RM, Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans L, Kirchner S, Dashkoff C et al: Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Oncology* 2012, 30(15_suppl):9019-9019.

96. Rick O, von Hehn U, Mikus E, Dertinger H, Geiger G: Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. *Bioelectromagnetics* 2017, 38(2):85-94.

97. Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L: Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9(9):e107418.

98. Westphal JG, Schulze PC: Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018, 10(Suppl 35):S4391-S4399.

99. Ross M, Fischer-Carlidge E: Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017, 21(2):226-233.

100. Rief H, Omlor G, Akbar M, Welzel T, Bruckner T, Rieken S, Haefner MF, Schlamp I, Gioules A, Habermehl D et al: Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. BMC Cancer 2014, 14:67.

101. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L: The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. Psychooncology 2003, 12(5):453-462.

102. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol 1986, 50(3):571-579.

103. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D: A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psychiatry 1990, 47(8):720-725.

104. McLoone J, Menzies S, Meiser B, Mann GJ, Kasparian NA: Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. Psychooncology 2013, 22(7):1444- 1456.

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.