

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 МЕЛАНОМАСИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

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

**М. Н. Тилляшайхов**



\_\_\_\_\_ 2025 йил

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## Мундарижа

"ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	5
«ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....	56
«ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....	74
«ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....	100

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. С43 - тери меланомаси бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ тери меланомасини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

Тери меланомаси 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:**

<b>ХКТ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C43	– Тери хавфли меланомаси
C43.1	– Қовоқ териси
C43.2	– Қулоқ супраси териси
C43.3	– Юзнинг бошқа қисмлари териси
C43.4	– Бош ва бўйиннинг сочли қисми териси
C43.5	– Тана териси
C43.6	– Қўлларнинг териси
C43.7	– Оёқларнинг териси
C43.8	– терининг комбинирланган шикастланиши
C43.9	– Тери, ҚАС
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1214">https://mkb-10.com/index.php?pid=1214</a>	
<b>ХКТ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C30	Тери меланомаси
2C30.0	Юзасидан тарқалувчи меланома, бирламчи
2C30.1	Тугунсимон меланома, бирламчи
2C30.2	Хавфли лентиго-меланома, бирламчи
2C30.3	Ақрал лентигиноз меланома, бирламчи
2C30.Y	Бошқа аниқланган тери меланомаси

2C30.Z	Аниқланмаган тери меланомаси
2E63	Меланома in situ
XH9KY6	Хавфли лентиго
XH3XX3	Меланома in situ
XH41F9	ҚАС – саратонгача меланоз
XH9L11	Акрал меланома
XH3TK1	Амеланотик меланома
XH8TE3	Баллон ҳужайрали меланома
XH1P36	Десмопластик амеланотик меланома
XH1Z15	ҚАС – десмопластик меланома
XH9NL4	Хавфли лентиго меланома
XH5L25	Гигант туғма невосдан келиб чиққан хавфли меланома
XH23B1	Чегаравий невосдаги хавфли меланома
XH7L76	Саратонгача меланоздаги хавфли меланома
XH6XP3	Рецидивга мойил хавфли меланома
XH1BP7	Менингеал меланоматоз
XH5QP3	Шиллиқ қаватлар лентигиноз меломаси
XH5F94	Нейротроп хавфли меланома
XH4QG5	Тугунсимон меланома
XH08X7	Юзага тарқалувчи меланома
XH4846	ҚАС – хавфли меланома
XH25M1	ҚАС – урчуксимон ҳужайрали меланома
XH8HA2	Аралаш эпителиоид ва урчуксимон ҳужайрали меланома
XH0QL5	Эпителиоид ҳужайрали меланома
XH5KW3	Урчуксимон ҳужайрали меланома, А тури
XH5YE7	Урчуксимон ҳужайрали меланома, Б тури
XH1G74	Ҳавфли ҳаворанг невос
XH7JW1	Куёш нуридан кам шикастланган меланома
XH8DS3	Шпиц хавфли ўсмаси
XH3DN1	Менингеал меланома
XH8681	Невосга ўхшаш меланома

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

2025-2028 йил.

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

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

**- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

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

**- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, кўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:**

1. 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.

**Хориждан:**

**Мусаев Эльмар Расимович** – 62-Москва шаҳар онкология касалхонасининг суяк ва юмшоқ тўқималар шишлари илмий-амалий маркази раҳбари, Россия Фанлар академиясининг аъзоси-корреспонденти, тиббиёт фанлари доктори;

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

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

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

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

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

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

## **ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:**

ҚАС	– Қўшимча аниқлаштирилшларсиз
ҚПА	– Қорин парда орти
СРХ	– стереотаксик радиохирургия
СРТ	– стереотаксик радиотерапия
АJCC	– Америка саратон бирлашган қўмитаси
СТСАЕ	– Ноқулай эффектлар умумий терминологик мезонлари
ЕСОG	– Шарқий онкологлар бирлашган гуруҳи
МАРК	– митоген-фаоллаштирувчи протеинкиназ йўли
RECIST	– Солид ўсмаларнинг терапияга жавоби мезонлари
UICC	– Саратонга қарши кураш ҳалқаро иттифоқи
МКА	– моноклонал антитаналар (АТХ-таснифи коди: L01XC)
АЛТ	– аланинтрансаминаза

АПТВ	– активиров парциал (қисман) тромбопластин вақти
АСТ	– аспартаттрансминаза;
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
ИГХ	– иммуногистохимия
КТ	– Компьютер томография
ЛДГ	– лактатдегидрогиназа
НТ	– нур терапия
мг	– Миллиграмм
мл	– Миллилитр
МРТ	– Магнит-резонанс томография
МСКТ	– Мультиспирал компьютер томография
мтс	– Метастазлар
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
т/о	– Тери остига
РКТ	– Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
БМОД	– Бир марталик ўчоқли доза

СЎД	–	Суммар-ўчоқли доза
ЭЧТ	–	Эритроцитларни чўкиш тезлиги
ИД	–	Иботланганлик даражаси
УТДГ	–	Ультра товуш доплерография
УТТ	–	Ультратовуш текширув
ХНТ	–	химио-нур терапия
ХТ	–	Химиотерапия
ЭКГ	–	Электрокардиограмма
ЭФГДС	–	Эзофагофиброгастроуденоскопия
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;
- Кимё терапевтлар;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Тез тиббий 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**

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

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

<b>ДИД</b>	<b>Батавсил</b>
<b>1</b>	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.
<b>2</b>	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
<b>3</b>	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
<b>4</b>	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки катор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-контрол» тадқиқотлари.
<b>5</b>	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)**

<b>ДИД</b>	<b>Батавсил</b>
<b>A</b>	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).
<b>В</b>	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).
<b>С</b>	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

**Тери меланомаси** – нейроэктодермал келиб чиқишли, меланоцитлар (пигмент хужайралари)дан ривожланувчи хавфли ўсмадир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Айрим ҳолларда, узок метастазлар мавжуд бўлганда, теридаги (ёки бошқа аъзолардаги) бирламчи ўчоқ аниқланмаслиги мумкин. Бу ҳолат спонтан регрессия (бирламчи ўсманинг ўз-ўзидан йўқолиши) ёки морфологик текширувсиз тиббий ёки косметик манипуляция вақтида ўчоқнинг олиб ташланиши натижасида юзага келиши мумкин. Бундай ҳолат "бирламчи ўчоқ аниқланмаган меланома метастазлари" деб аталиши керак. Шунини ҳисобга олиш керакки, меланоцитлар нормал ҳолатда бир қатор аъзоларда учрайди (ошқозон-ичак тракти, жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, мия пардалари, кўзнинг томирли пардаси ва бошқалар). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), бирламчи ўсма (меланома) мазкур аъзоларнинг исталганида ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда, ўсма жойлашган аъзога мос равишда номланади, масалан: ичак шиллиқ пардаси меланомаси (масалан, ёнбош ичак шиллиқ пардаси меланомаси), кўзнинг томирли пардаси меланомаси.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

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

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги (IARC) – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 331 722 та тери меланомаси ҳолати аниқланган ва 58 667 нафар инсон ушбу касалликдан вафот этган ([https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=16](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16)).

Меланома ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Тери меланомасининг спорадик (ирсий бўлмаган) шакллари учун энг муҳим хавф омиллари – ултрабинафша (УБ) нурланишининг таъсири, айниқса: УБ-В (290–320 нм тўлқин узунлиги), УБ-А (320–400 нм тўлқин узунлиги). Шу билан бирга, одамларнинг тери ултрабинафша таъсирига сезгирлиги турлича бўлиб, 6 турга ажратилади: 1 ва 2-турлар энг юқори сезгирликка эга (куёш таъсирида қўлда куёш куйиши эҳтимоли юқори). 5 ва 6-турлар эса энг паст сезгирликка эга (куёш таъсирида куйиш хавфи жуда кам) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Бошқа хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: 10 дан ортиқ диспластик невуслар мавжудлиги; 100 дан ортиқ оддий (сўнгги ҳаёт даврида пайдо бўлган) невуслар мавжудлиги; жигарранг сочлар (одатда, I фототип терига боғлиқ); болалик даврида кучли ва даврий равишда такрорланиб турадиган куёш нури таъсири (куёш куйишлари) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Эпидемиологик маълумотларга кўра, ултрабинафша нурланиши билан боғлиқ меланома хавфи энг юқори даражада қисқа муддатли, лекин кучли куёш таъсирига учраган ва болаликда куёш куйишларини бошдан кечирган шахсларда кузатилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Қўшимча хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: умумий тананинг 5% ёки ундан ортиқ майдонини эгаллаган гигант ёки катта туғма невос мавжудлиги; оилада тери меланомаси тарихи (ирсий мойиллик); беморнинг шахсий анамнезида тери меланомаси бўлиши; диспластик невуслар синдроми; PUVA-терапия (псориаз ва бошқа сурункали дерматозлар даволаш учун қўлланилади); пигментли ксеродерма (генетик ҳимоя механизмларининг етишмовчилиги сабабли теридаги ўзига хос касаллик); туғма ёки кейин орттирилган иммун етишмовчилиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунносупрессорлар қабул қилиш талаб этиладиган бошқа касалликлар) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Бошқа локализациялардаги меланома хавф омиллари (масалан, шиллик пардалар меланомаси, акрал локализацияли меланома, увеал меланома) ҳали тўлиқ ўрганилмаган ва етарлича тадқиқ қилинмаган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Меланома канцерогенезининг айрим механизмлари *in vitro* ва *in vivo* тадқиқотлар орқали ўрганилган. Ултрабинафша (УБ) нурланиши меланома индукцияси ва ўсишини рағбатлантириши бир нечта ҳайвон моделларида намоён этилган. УБ нурланиши меланома ривожланишига турли механизмлар орқали ёрдам бериши мумкин: УБ-В нурланишига хос мутациялар меланома ривожланишида иштирок этувчи генларда учрайди. УБ нурланиши ўсма супрессор оқсили p16INK4A ни инактив қилади, бу эса меланоманинг прогрессиясига ёрдам беради. УБ нурланиши нормал ва хавфли меланоцитларда Е- ва Р-кадгерин экспрессиясини камайтиради, бу эса В-катенин сигнал узатишини кучайтиради, меланоцитларда хавфли фенотип пайдо бўлишига олиб келади. УБ нурланиши

хужайра адгезиясини бузади, бу эса меланома хужайраларининг кўшни кератиноцитлардан ажралиб чиқишига ва инвазив фенотип пайдо бўлишига ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 йилда Россия Федерациясида 11 258 киши тери меланомаси билан касалланган. 2017 йилда умумий касалланиш кўрсаткичи (икки жинс учун) 100 000 аҳолига 7,6 ни ташкил қилган. Стандартизацияланган касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 4,67: Аёлларда – 4,93; Эркакларда – 4,51. 2016 йилда меланома умумий онкологик касалланиш тузилишида: Эркакларда 1,5%; Аёлларда 2%. Охирги 10 йил ичида ўртача йиллик касалланиш ўсиш суръати: Эркакларда – 3,74%; Аёлларда – 3,04%. Касаллик аниқланган ўртача ёш: Икки жинс учун – 61,6 ёш; Эркаклар – 61,3 ёш; Аёллар – 61,8 ёш. Кумулятив хавф (2007–2017 йилларда, 0–74 ёш орасида) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 йилда Россияда тери меланомаси сабабли: 1 757 эркак; 1 956 аёл вафот этган. Умумий ўлим кўрсаткичи (икки жинс учун) – 100 000 аҳолига 2,53. Стандартизацияланган ўлим кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 1,48: Аёлларда – 1,28; Эркакларда – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Ўртача ўлим ёши: Икки жинс учун – 64,3 ёш, Эркаклар – 63,0 ёш, Аёллар – 65,6 ёш. 2017 йилда 20 ёшгача бўлган беморларда 25 та меланома ҳолати қайд этилган. 2017 йилда касалликнинг босқичлар бўйича тақсимооти: I босқич – 35,7%; II босқич – 43,5%, III босқич – 10,5%, IV босқич – 8,6%, Босқич аниқланмаган – 1,6%. Илк бор касалланганлар орасида актив аниқланган касаллик ҳолатлари – 31,8%. 1-йиллик леталлик – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 йил якунига кўра 94 153 нафар бемор диспансер кузатувида бўлган (100 000 аҳолига 64,1). Шундан 55 758 нафар бемор (59,2%) 5 йил ва ундан ортиқ муддат кузатувида қолган. Контингент йиғилиш индекси – 9,2 (2014 йилда – 9,1). Леталлик – 3,7% (2011 йилда – 4,3%). 2017 йилда радикал даволашга муҳтож бўлган меланома билан касалланган беморлар орасида: 87,3% фақат жарроҳлик даволаш олган; 12,7% эса комбинациялашган ёки комплекс (кимё-нур терапиясиз) даволаш олган (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази 2023 йил статистик маълумотларига кўра, Тери меланомаси билан касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 0,3 ни ташкил этди. 2023 йилда жами 123 та янги меланома ҳолати аниқланган. Шундан профилактик кўриклар давомида актив аниқланган ҳолатлар – 33,3% ҳолат аниқланди. Морфологик тасдиқланган меланома ташхисига эга беморлар улуши – 91,1%. Касаллик босқичлари бўйича тақсимот: I босқич – 7,3%, II босқич – 47,2%, III босқич – 29,3%, IV босқич – 12,2%.

Босқич аниқланмаган ҳолатлар – 4,1%. 2025 йил бошига келиб диспансер кузатувида турган беморлар сони – 1 034 киши. Беморлик кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 2,8 ни ташкил қилди. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи – 36,5%ни ташкил қилди. 1 йиллик леталлик – 8,0%. 2023 йилда Ўзбекистон Республикаси бўйича 57 нафар бемор меланома сабабли вафот этган, бу эса 100 000 аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 0,2 ни ташкил этади.

## Клиник таснифи:

### Халқаро гистологик тасниф

Тери меланоцитар ўсмаларини Халқаро гистологик таснифи (<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>):

Номланиши	ХКТ-О-3 коди
<b>Эпизодик қуёш нури таъсир қилувчи тери меланоцитар ўсмалари:</b>	
• Паст кумулятив қуёшдан шикастланувчи теридаги меланома (юзаки-тарқалган меланома):	8743/3
– оддий лентиго ва лентигиноз меланоцитар невос	8742/0 (янги код)
– чегара невоси	8740/0
– мураккаб невос	8760/0
– дермал невос	8750/0
– диспластик невос	8727/0
– доғли невос ( <i>nevus spilus</i> )	8720/0
– ўзига ҳос локализацияли невос (сут беzi, қўлтиқ ости соҳа, бошнинг соч қисми, қулоқ):	
○ гало-невос	8723/0
○ Мейерсон невоси	8720/0
– рецидивланувчи невос	
– чуқур пенетрацияловчи невос	8720/0
– пигментланган эпителиод меланоцитома	8780/1 (янги код)
– комбинирланган невос, жумладан невос/меланоцитома ВАР1 инактивацияси билан	8720/0
<b>Сурункали инсоляцияга учровчи терида ҳосил бўлувчи меланоцитар ўсмалар:</b>	

• хавфли лентиго типдаги меланома	8742/3
• десмопластик меланома	8745/3
<b>Спицоид ўсмалар:</b>	
• Спитц хавфли ўсмаси (Спитц-меланома)	8770/3
• Спитц-невус	8770/0
• пигментланган урчуқсимон невуc (Рид невуcи)	8770/0
<b>Терида пайдо бўлуvчи акрал локализацияли меланоцитар ўсмалар:</b>	
• акрал меланома	8744/3
• акрал невуc	8744/0 (янги код)
<b>Гениталий ва шиллик қаватларнинг меланоцитар ўсмалари:</b>	
• шиллик қаватлар меланомалари (гениталий, оғиз бўшлиғи, бурун ёндош бўшлиқлари):	8720/3
– шиллик қаватлар лентиго-меланомаси	8746/3
– шиллик қаватлар тугунли меланомаси	8721/3
• генитал невуc	8720/0
<b>Ҳаворанг невуcдан келиб чиқувчи меланоцитар ўсмалар:</b>	
• ҳаворанг невуcдан келиб чиққан меланома	8780/3
• ҳаворанг невуc, қўшимча аниқлаштиришларсиз	8780/0
• ҳужайрали ҳаворанг невуc	8790/0
• мўғул доғи	
• Ито невуcи	
• Ота невуcи	
<b>Туғма невуcлардан меланоцитар ўсмалар:</b>	
• Гигант туғма невуcдан меланома	8761/3
• туғма меланоцитар невуc	8761/0
• туғма невуcда пролифератив тугунчалар	8762/1
<b>Кўзнинг меланоцитар ўсмалари:</b>	
• увеал меланома	
– эпителиод-ҳужайрали меланома	8771/3
– урчуқсимон ҳужайрали меланома, А типи	8773/3
– урчуқсимон ҳужайрали меланома, В типи	8774/3

• конъюнктивна меланомаси	
• меланома, қўшимча аниқлаштиришларсиз	8720/3
• конъюнктивал бирламчи орттирилган меланоз атипия билан / in situ меланома	8720/2
• конъюнктивал невус	8720/0
<b>Тугунли, невоид ва метастатик меланома:</b>	
• тугунли меланома	8721/3
• невоид меланома	8720/3
• метастатик меланома	8720/6

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

**TNM тизими бўйича тасниф (8 нашр 2017й) Америка хавфли ўсмалар бўйича бирлашган комиссиясининг тавсиялари [19] (ИД – А).**

**T – бирламчи ўсма.**

Бирламчи ўсманинг тарқалаш даражаси унинг олиб ташланганидан сўнг баҳоланади (**pT** УД).

**N – регионар лимфа тугунлари.**

**NX** – Регионар лимфа тугунларини баҳолаш имкони йўқ.

**N0** – Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас.

**N1** – 1 та регионар лимфа тугунида метастаз мавжуд.

**N1a** – Фақат микроскопик метастаз (клиник жиҳатдан намоён бўлмайди).

**N1b** – Макроскопик метастаз (клиник жиҳатдан аниқланади).

**N1c** – Сателлит ёки транзит метастаз, регионар лимфа тугунларида метастазсиз.

**N2** – 2–3 та регионар лимфа тугунларида метастаз ёки лимфа ичидаги регионар метастаз лимфа тугуни зарарланиши билан.

**N2a** – Фақат микроскопик метастазлар регионар лимфа тугунларида.

**N2b** – Макроскопик метастазлар регионар лимфа тугунларида.

**N2c** – Сателлит ёки транзит метастаз ва 1 та регионар лимфа тугунида метастаз.

**N3** – 4 ва ундан ортиқ регионар лимфа тугунларида метастазлар, ёки бирлашган

(ягона) метастатик регионар лимфа тугунларининг зарарланиши, ёки сателлит ёки транзит метастазлар регионар лимфа тугунларида метастазлар билан.

**N3a** – Лимфа тугунида микроскопик метастаз.

**N3b** – Лимфа тугунида макроскопик метастаз.

**N3c** – Сателлит ва/ёки транзит метастазлар 2 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларида.

**Изоҳ.** Сателлитлар – бирламчи ўсмадан 2 см ичида жойлашган ўсма хужайралари йиғиндиси ёки тугунчалар (макро- ёки микроскопик). Транзит метастазлар – бирламчи ўсмадан 2 смдан ортиқ масофада жойлашган, лекин регионар лимфа тугунларига етиб бормаган тери ва тери ости тўқималарини зарарлайдиган метастазлар.

**M – Узоқ метастазлар.**

**M0** – Узоқ метастазлар мавжуд эмас.

**M1** – Узоқ метастазлар мавжуд.

**M1a** – Тери, тери ости тўқималари ёки регионар лимфа тугунларидан узоқда жойлашган лимфа тугунларида метастазлар.

**M1b** – Ўпкада метастазлар.

**M1c** – Бошқа аъзоларда метастазлар, лекин марказий нерв тизими (ЦНС) зарарланмаган.

**M1d** – Марказий нерв тизими (ЦНС) метастазлари, жумладан, бош мия зарарланиши.

M (метастазлар) мезони бўйича изоҳ:

(1) –ЛДГ даражаси меъёрий

(2) –ЛДГ меъёрдан юқори

M мезони мавжуд бўлганда ЛДГ миқдорини кўрсатиш зарур: масалан, M1a (1).

**pTNM – патогистологик тасниф**

**pT** – Бирламчи ўсма

**pTX** – Бирламчи ўсмани баҳолаш мумкин эмас.

**pT0** – Бирламчи ўсмага оид маълумотлар мавжуд эмас.

**pTis** – Melanoma in situ (Clark бўйича I даражадаги инвазия): атипик меланоцитар гиперплазия, оғир меланоцитар дисплазия, ноинвазив хавфли шикастланиш.

*Изоҳ: pTX натижалари shave-биопсия (дерматом орқали) ва регресс-меланома ҳолатларини ўз ичига олади.*

**pT1** – Меланома қалинлиги 1 мм ёки камроқ.

**pT1a** – Қалинлиги 0,8 мм ёки камроқ, яраланишсиз.

**pT1b** – Қалинлиги 0,8 мм бўлган яраланиш билан ёки 0,8 ммдан катта, лекин 1 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT2** – Меланома қалинлиги 1 ммдан ортиқ, лекин 2 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT2a** – яраланишсиз.

**pT2b** – яраланиш билан.

**pT3** – Меланома қалинлиги 2 ммдан катта, лекин 4 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT3a** – яраланишсиз.

**pT3b** – яраланиш билан.

**pT4** – Меланома қалинлиги 4 ммдан ортиқ.

**pT4a** – яраланишсиз.

**pT4b** – яраланиш билан.

## **pN – Регионар лимфа тугунлари**

pN-категориялари N-категорияларга мос келади.

**pN0** – Регионар лимфаденэктомияда гистологик текширув камида 6 та лимфа тугунини ўз ичига олиши керак.

Агар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаса, лекин камроқ тугунлар текширилган бўлса, бу ҳолат **pN0** сифатида таснифланади.

Агар N-категория биопсия орқали (кўриқчи лимфа тугуни) белгиланса, лекин кўлтиқ ости лимфодиссекция қилинмаган бўлса, бу ҳолат **pN0(sn)** сифатида таснифланади.

Агар ягона метастаз биопсия орқали (кўриқчи лимфа тугуни) аниқланган бўлса, бу ҳолат **pN1(sn)** сифатида таснифланади.

**pM** – Узоқ метастазлар

pM-категориялари M-категорияларга мос келади.

## **Клиник босқичлари**

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0 босқич	pTis	N0	M0
IA босқич	p T1a	N0	M0
IB босқич	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA босқич	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIB босқич	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIIC босқич	p T4b	N0	M0
III босқич	хар қандай pT	N1-3	M0
IV босқич	хар қандай pT	хар қандай N	M1

### Патоморфологик босқичлар

<b>Босқич</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0 босқич	pTis	N0	M0
I босқич	pT1	N0	M0
IA босқич	p T1a	N0	M0
IB босқич	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA босқич	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIB босқич	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIIC босқич	p T4b	N0	M0
III босқич	хар қандай pT	N1,2,3	M0
IIIA босқич	p T1a, T1b, T2a	N1a, 2a	M0
IIIB босқич	p T1a, T1b, T2a,	N1b,N1c,N2b	M0
	p T2b–3a	N1, N2a,N2b	M0
IIIC босқич	p T1a, T1b–4b	N1b, 2b	M0
	хар қандай pT	N3	M0

III босқич	T4b	N3a, N3b, N3c	M0
IV босқич	ҳар қандай pT	ҳар қандай N	M1

### Тери меланомаси

pT1a	≤1 мм, инвазия даражаси II ёки III, яраланишсиз
pT1b	≤1 мм, инвазия даражаси IV ёки V, ёки яраланиш
pT2a	>1–2 мм, яраланишсиз
pT2b	>1–2 мм, яраланиш билан
pT3a	>2–4 мм, яраланишсиз
pT3b	>2–4 мм, яраланиш билан
pT4a	>4 мм, яраланишсиз
pT4b	>4 мм, яраланиш билан
N1	1 лимфатик тугун
N1a	микроскопик метастаз
N1b	макроскопик метастаз
N2	2–3 та лимфа тугунларида метастазлар ёки сателлитлар/транзит метастазлар, лимфа тугунлари зарарланмасдан
N2a	микроскопик метастазлар
N2b	макроскопик метастазлар
N2c	Сателлитлар ёки транзит метастазлар, лимфа тугунларини зарарланишсиз
N3	≥ 4 та лимфа тугунлари; конгломерат; сателлитлар ёки транзит метастазлар лимфа тугунлари зарарланиши билан.

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

Кўпчилик ҳолатларда тери меланомасининг бирламчи клиник ташхиси тайёргарликка эга мутахассис учун қийинчилик туғдирмайди (<https://istina.msu.ru/publications/article/434452944/>).

Энг кенг тарқалган 4 та клиник шакл ажратилади: **Юзаки-тарқалувчи меланома, тугунли меланома, лентиго-меланома ва акрал-лентигиноз меланома.**

**Юзаки-тарқалувчи меланома** барча тери меланомаларининг тахминан 70%ини ташкил этади. Икки босқичли ривожланиш механизми туфайли нисбатан яхши прогнозга эга. Ривожланиш фазалари: Радиал ўсиш фазаси, кам метастаз бериш эҳтимоли (Кларк бўйича II даража). Бир неча йил давом этиши мумкин. Вертикал ўсиш фазаси. Ўсма хужайралари тери тўри (ретикуляр) қатлами ва тери ости ёғ тўқимасига чуқур инвазия қилади. Юқори метастаз бериш салоҳиятига эга. Клиник тасвир: Юзаки-тарқалувчи меланома ўзгармаган терида (de novo) ёки пигментли невус фонида ривожланади. 1–3 мм ўлчамли, қора ёки қорарангли ясси тугунча шаклида пайдо бўлади. Вақт ўтиши билан қалинлашади, чегаралари ўзгаради, юзаси нотекис ва номунтазам шаклга келади. Ўсма осон жароҳатланади ва қон қуйилиши мумкин. Беморларда қичиш, ноқулайлик ("ўсма ҳисси") каби субъектив аломатлар кузатилиши мумкин.

**Тугунли (нодуляр) меланома** бирламчи вертикал ўсиш хос бўлган ва прогноз жиҳатидан энг хавфли меланома тури ҳисобланади. Вертикал ўсиши туфайли эрта метастаз бериш эҳтимоли юқори. Клиник сурати: зич, бўртма тугун (узел) шаклида намоён бўлади. Тугун юзаси ноҳамвор ва ҳар хил ўлчамда бўлиши мумкин. Ўсма юзаси яраланади, қон кетиши мумкин ва кўпинча қопламлар (қуруқ қон қопламлари) ҳосил бўлади.

**Лентиго-меланома** юзаки-тарқалувчи меланомага ўхшаб, икки босқичли ривожланишга эга. Радиал ўсиш фазаси анча узок – 10 йил ва ундан ортиқ давом этиши мумкин. Вертикал ўсиш мавжуд бўлса-да, у юзаки-тарқалувчи меланомага қараганда секинроқ кечади. Метастаз бериш эҳтимоли паст, прогноз яхшироқ. Ривожланиш фазалари: Радиал ўсиш фазаси: Биринчи босқич – ноинвазив шакл, хавфли лентиго сифатида баҳоланади (облигат предрак). Кейин инвазив ўсиш бошланади, хавфли лентиго лентиго-меланомага айланади. Бу жараён юзаки-тарқалувчи меланомага нисбатан анча секин кечади. Вертикал ўсиш фазаси: Ўсма дерма ва тери ости ёғ тўқимасига чуқур инвазия қилади. Бу жараён бир неча ой эмас, балки бир неча йил давом этади. Ўсимтанинг биологик хусусиятлари ўзгариши анча суст кечади, метастаз хавфи паст. Прогноз: Лентиго-меланома юзаки- тарқалувчи меланомага нисбатан яхшироқ прогнозга эга. Тўғри ташхис ва ўз вақтида даволаш билан метастаз бериш эҳтимоли кам.

**Акрал-лентигиноз меланома** тананинг дистал қисмларида жойлашади: Қўл кафти ва оёқ товон терисида; тирноқ ости (ногтевое ложе) ва тирноқ атрофи (проксимал околногтевой валик) соҳаларида. Икки босқичли ривожланиш хос: Горизонтал ўсиш фазаси – лентиго-меланомага ўхшаш биологик хусусиятга эга. Вертикал инвазив ўсиш фазаси. Хусусиятлари: Агрессив клиник кечишга эга. Эрта

ва тез метастаз беради. Жойлашган ўрни туфайли визуализация қийин, шу сабабли аксарият ҳолатларда инвазив ўсиш босқичида ташхис қилинади.

Клиник-анамнестик таҳлилда юзаки- тарқалувчи тери меланомасининг тавсифи ABCDE қоидасига асосланади:

– А (Asymmetry – асимметрия) – Юзаки-тарқалувчи тери меланомаси асимметрик пигментли доғ кўринишида бўлади. Агар унинг ўртасидан тахминий чизиқ ўтказилса, бир қисми иккинчисига мутаносиб эмас.

– В (Border – чегаралар) – Меланоманинг чегаралари нотеккис, ноаниқ ва "географик" шаклда бўлиши мумкин.

– С (Color – ранг) – Юзаки-тарқалувчи меланома полихромликка эга, яъни бир ўсмадан бир нечта ранг кўриниши мумкин.

– D (Diameter – диаметр) – Юзаки-тарқалувчи меланоманинг ўлчами кўпинча 0,5 смдан ошади.

– E (Evolution ёки Elevation – эволюция ёки бўртма ҳосил қилиш) – Тери меланомаси вақт ўтиши билан ўзгариш хусусиятига эга (ўлчами ошади, ранги ўзгаради, тузилишида ўзгаришлар кузатилади).

ABCDE қоидаси қуйидаги ҳолатларда қўлланилмайди: Ўлчами 0,5 смдан кичик меланомалар учун. Тугунли (нодуляр) меланома учун, чунки дастлабки босқичда симметрик, текис чегарали ва бир хил қора ёки кўк-қора рангда бўлиши мумкин. Диаметри ҳар қандай бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда "эволюция" белгиси асосий аҳамиятга эга: беморлар тугунчанинг ўсиши, оғриқ ёки ёниш ҳисси пайдо бўлганини кузатишади. Қийин ташхис қўйиладиган кам учрайдиган шакллар: Хавфли лентигога ўхшаш меланома, акрал-лентиго меланома, тирнок ости меланомаси, пигментсиз меланома ва бошқа ноёб вариантлар. Қўшимча ташхис усуллари тавсия этилади: Дерматоскопия – малакали мутахассис томонидан ўтказилади. Агар дерматоскопик маълумотларнинг талқини қийин бўлса ёки натижалар ноаниқ бўлса, биопсия ўтказиш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9449921/>).

Меланоманинг бошқа клиник текшириш учули ички индивидуал таққослама таҳлил ҳисобланади: "Бадбашара ўрдакча" ва "қизил шапкача" белгиси (симптом "гадкога утенка" и "красной шапочки"). "Бадбашара ўрдакча" белгиси ҳар қандай мавжуд пигментли янги ҳосилаларни умумий баҳолашга асосланган. Меланома бошқа хавфсиз пигментли ўсмалардек кўринмаслиги, улардан кескин фарқ қилиши мумкин. Бошқа варианты – муайян анатомик соҳада бир хил пигментли ҳосиланинг аниқ ўзгариши, хусусан, унинг динамикаси хавфсиз пигментли ўсмаларнинг одатий эволюцион хусусиятларига зид бўлса. "Қизил қалпоқча" белгиси (симптом "красной шапочки"). Клиник тасвир бир хил кўринган бўлса-да, дерматоскопик таҳлилда меланома хавфсиз невуслардан фарқ қилиши мумкин. Бу усул шубҳали

ҳолатларни аниқлаш ва қўшимча ташхисни аниқлаштиришга ёрдам беради. Тавсиялар: Шубҳали ҳолларда дерматоскопия тавсия этилади. Агар дерматоскопик маълумотлар ноаниқ бўлса, морфологик тасдиқлаш учун биопсия ўтказиш тавсия қилинади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27367293/>).

Баъзи ҳолатларда меланома лимфа тугунларининг катталаниши билан намоён бўлади. Аввалига бу ҳолат нотўғри лимфаденит, лимфома ёки аниқланмаган бирламчи ўчоқли саратон метастазлари сифатида баҳоланиши мумкин. Вақтида ўтказилган тонки игнали биопсия ёки core-биопсия (зарур ҳолларда иммуногистохимик ёки иммуноцитохимик таҳлил билан биргаликда) катталашган лимфа тугунларининг меланома метастазларидан фарқланишига ёрдам беради.

Шиллик қаватда жойлашган меланоманинг клиник белгилари: 1. Бурун ва параназал бўшлиқларда (ҳаво йўллари атрофида) жойлашган меланома: Энг кўп учрайдиган симптомлар: Бурун битиши, бурундан қон кетиши (эпистаксис). Кам учрайдиган симптомлар: Диплопия (икки хил кўриш), экзофтальм (кўз қобиғининг олдинга силжиши), оғриқ, юз контурларининг деформацияси. Бошқа шиллик пардаларда жойлашган меланома: Эрта босқичда – симптомлар кузатилмаслиги мумкин. Кейинги босқичларда: Оғриқ, яраланиш, қон кетиши. Ташхис ва эрта аниқлаш: Эрта ташхис қўйиш учун шубҳали ҳолатларда биопсия ва морфологик таҳлил ўтказиш тавсия этилади. Дерматоскопия, эндоскопия ва МРТ сингари қўшимча ташхис усуллари қўлланилиши мумкин.

### **3.1. Ташхислаш мезонлари:**

- 1) Анамнез белгилари;
- 2) Физикал кўрик ва қатор ҳолатларда дерматоскопик текширув;
- 3) Ҳаёт вақтидаги биопсия материални патолого-анатомик текширув маълумотлари.

Клиник ташхис пигментли янги ҳосилаларни таҳлил қилишнинг учта усулига асосланади:

- 1) ҳар бир зарарланишни алоҳида визуал таҳлили (ABCD қондаси): А (Asymmetry – асимметрия) – янги ҳосила иккига бўлинганда, икки қисми бири-бирига мутаносиб эмас. В (Border – чегаралар) – чегаралари нотеккис, ноаниқ ёки "географик" шаклда. С (Color – ранг) – бир хил эмас, турли хил ранглар (қора, қўнғир, қизғиш ва ҳ.к.). D (Diameter – диаметр) – 5 мм ёки ундан катта.
- 2) Ички-индивидуал таққослама таҳлил ("Бадбашара ўрдоқча" белгиси): Бир бемордаги пигментли янги ҳосилаларни солиштириш асосида шубҳали ўсмаларни аниқлаш. Агар янги ҳосила бошқаларга ўхшамаса, меланома эҳтимоли юқори.
- 3) Ўзгаришларни хронологик таҳлили ("Е – эволюция"): Пигментли янги ҳосиланинг тез ўзгариши – ўлчами ошиши, ранги ўзгариши, тузилишида

ўзгаришлар кузатилиши. Бемор томонидан тасдиқланиши ёки аввалги суратлар билан солиштирилиши мумкин. Тавсиялар: Шубҳали ҳолатларда дерматоскопия ўтказиш керак. Қўшимча ташхис талаб этилса, биопсия ва морфологик таҳлил бажарилиши лозим [20, 21].

4-жадвалда беморнинг биопсия натижалари ва клиник кўриқда аниқланган белгиларга қараб текширув тактикасини танлаш режаси келтирилган. Тегишли тиббий муолажаларни амалга ошириш бўйича тавсиялар тегишли бўлимларда баён этилган.

**4-жадвал.** Пигмент ҳосиланинг биопсия натижаси ва клиник кўриқка кўра текшириш режаси

Касаллик босқичи	Физикал кўриқ	Инструментал диагностика	Лаборатор диагностика	Кўриқчи лимфа тугуни биопсияси	Молекуляр-генетик текширув
0, I	Ҳа	1. регионар лимфа тугунлари ультратовуш текшируви (УТТ). 2. Агар белгилар бўлмаса нур диагностика тавсия этилмайди	Йўқ	Ҳа (ўсма калинлиги 0,8 мм ва ундан катта бўлса)	Йўқ
IIA	Ҳа	1. регионар лимфа тугунлари УТТси 2. Нур диагностика тўла кўламда тавсия этилади	Йўқ	Ҳа	Йўқ
IIБ, IIС, III	Ҳа	1. . регионар лимфа тугунлари УТТси. 2. Нур диагностика тўла кўламда. 3. Бош мияни Магнит-резонанс	Зарурат бўлса умумий клиник ва биохимик қон таҳлили	Ҳа (IIБ, IIС босқич учун)	BRAF генида мутацияга молекуляр-генетик текширув албатта (III босқич учун)

		томографияси (МРТ) в/и контраст билан (III босқич учун)			
IV	Ҳа	1. . регионар лимфа тугунлари УТТси. 2. Нур диагностика тўла кўламда. 3. Бош мияни Магнит-резонанс томографияси (МРТ) в/и контраст билан	1. қонда Лактатдегид рогеназа фаоллигини аниқлаш. 2. Умумий клиник ва биохимик қон таҳлили	Қўланилма йди	BRAF генида мутацияга молекуляр-генетик текширув албатта (тери меланомасид а), BRAF генида мутация йўқ бўлса – с-KIT генида мутацияга молекуляр-генетик текширув

### Шикоятлари ва анамнез [17] (ИД – В):

• Беморда хавф омиллари ва даволаш тактикасини танлаш, ташхис усуллари ва иккиламчи профилактикага таъсир кўрсатувчи омилларни аниқлаш мақсадида шикоятлар ва анамнезни йиғиш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224016/>). Кўп ҳолатларда бемор "ҳол" (невус) ўзгаришга учрагани ҳақида шикоят қилади – унинг ўсиши, чегараларининг ўзгариши, янги ранг туслари пайдо бўлиши кузатилади. Шикастланган ёки янги пайдо бўлган ҳосиланинг қичишиши, ёниш ҳисси ёки ноқулайлик сезилиши ҳам беморлар томонидан кўп учрайдиган шикоятлар қаторига киради.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3)*

*Изоҳ: Меланома ривожланишининг асосий хавф омиллари 1.2 «Этиология ва патогенез» бўлимида баён этилган.*

### Физикал текширувлар [17] (ИД – В):

• Лимфа тугунларини пальпация қилиш: Барча мавжуд лимфа тугунлари гуруҳларини текшириш тавсия этилади: Бўйин, қўлтиқ ости, чов-сон соҳаси, бошқа эҳтимолий ўсма пайдо бўлиши мумкин бўлган лимфа тугунлари.

- Теридаги янги ҳосилаларни текшириш: Меланомани эрта аниқлаш учун шубҳали ҳосилаларни диққат билан кўздан кечириш зарур. Текширув профилактик кўрик пайтида беморнинг ўзи, яқинлари ёки шифокор томонидан аниқланган ҳосилаларни ўз ичига олиши керак. Барча тери сатҳини яхши ёритиш ва лупа ёрдамида текшириш керак.

3. "ABCDE" қоидаси бўйича баҳолаш (ИД – А) [18]:

- А (Asymmetry – асимметрия) – ҳосиланинг бир томони иккинчи томонига ўхшамайди.

- В (Border irregularity – чегаралар) – чегаралар нотеккис ва ноаниқ.

- С (Color – ранг) – қизил, қўнғир, кўк ёки оқ рангнинг аралашмаси мавжуд.

- D (Diameter – диаметр) – 6 мм ёки ундан катта.

- E (Elevation – кўтарилганлик) – ҳосиланинг атрофдаги тери сатҳидан баландлиги.

Тавсия: Шубҳали ҳосилаларни аниқлашда дерматоскопия ўтказиш, зарур ҳолларда биопсия ва морфологик таҳлил ўтказиш тавсия этилади.

### **Лаборатор текширувлар:**

- ҚУТ;

- ПУТ;

- Биокимёвий таҳлил (билирубин, умумий оксил, АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин, глюкоза, ЛДГ);

- АВО тизими бўйича стандарт зардобларда қон гуруғини аниқлаш;

- Коагулограмма;

- Микрофлорага бактериологик текширув: жароҳатдан, танглайлан, парчаланган ўсма юзасидан суртма;

- Цитологик текширув;

- Гистологик текширув;

- Ўсмада BRAF-мутация типини аниқлаш.

### **Инструментал текширувлар:**

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш: Карновский шкаласи бўйича ҳаёт сифати ва умумий ҳолатни баҳолаш (*Қўшимча 1-га қаранг*).

- Глазго кома шкаласи (GCS) бўйича онг даражасини баҳолаш (*Қўшимча 2-га қаранг*).
- Визуализация ва ташхислаш усуллари: Дерматоскопия – махсус ёритиш ва 10 каррагача катталаштириш имкониятига эга лупа ёрдамида (*Қўшимча 3-га қаранг*).
- Ингичка игнали пункционная (аспирационная) биопсия – катталашган ёки ўзгарган лимфа тугунларининг метастатик хусусиятини тасдиқлаш учун.
  - МРТ бош мия – контраст модда билан.
  - ЭКГ;
  - ПЭТ-КТ;
  - Кўкрак қафаси аъзолари КТси;
  - Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти КТси контрастлаш билан;
  - Кичик чаноқ аъзолари КТси;
  - Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт копи, меъда ости бези, талок, буйраклар);
  - Скелет суякларини сцинтиграфияси;
  - Регионар лимфа тугунлари УТТси;
  - Қўриқчи (сигнал) лимфа тугуни биопсияси [36; А] (*Ўзбекистон Республикасида тегишли ускуналар ва радиоизотоплар рўйхатдан ўтган тақдирда*).

#### **- 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. Вирусли гепатит В ва С маркерларини аниқлаш ИФА (иммунофермент таҳлил) ёки ИХЛ (иммунхемилюминесцент таҳлил) усули орқали.
8. Вирус гепатитлар В ва С га ПЗР (сифат)

9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIV Ag/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талоқ, буйраклар, қорин парда орти, периферик лимфа тугунлари);
12. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
13. Махсус градуировкали ёки оддий ёритгичли лупа орқали, 10 мартагача катталаштириш имконияти билан дермоскопия.
14. Ингичка игнали пункцион (аспирацион) биопсия, агар катталашган ёки ўзгарган лимфа тугунлари мавжуд бўлса, уларнинг метастатик зарарланиш хусусиятини тасдиқлаш мақсадида ўтказилади.
15. Бош мия МРТси контрастлаш билан;
16. Скелет суқлари сцинтиграфияси;
17. Ўсмани суякларга тарқалишига гумон бўлса суяклар КТси;
18. Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) \*;
19. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) \*
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

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

- 14.Ўсманинг BRAF-мутация типини аниқлаш;
- 15.Кўриқчи (сигнал) лимфа тугунини биопсияси;
- 16.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабилликни молекуляр-генетик текшируви;
- 17.Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
- 18.Бош, бўйин КТси;
- 19.Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- 20.Бронхоскопия;
- 21.Колоноскопия;
- 22.Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;
- 23.Спирография;
- 24.Холтер – мониторинг билан ЭКГ
- 25.Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

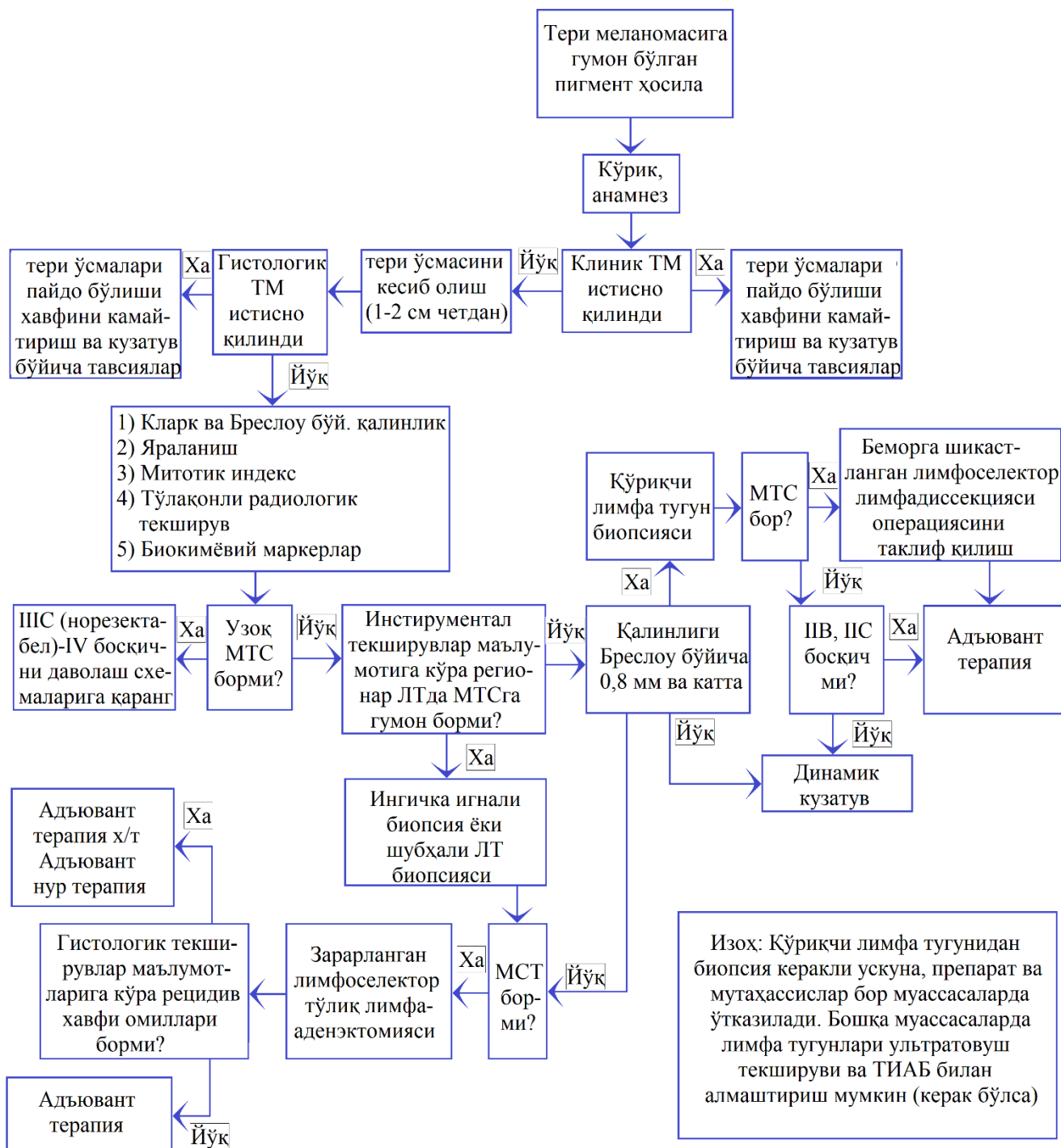
#### - Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

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

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

## Диагностик алгоритм (схема).

1-схема – Тери меланомасида диагностик алгоритм.



### 3.3 Дифференциал диагностика ва қўшимча текширувларни асослаш.

Ташҳис	Дифференциал диагностикани асослаш	Текширув	Ташҳисни истисно мезонлари
<p>Эпителиоид ва/ёки урчуқсимон хужайрали невус – ўсмирлар, “меланома”.</p> <p>Адабиётларда жуда кўп ҳолларда Спитц невуси деб келинади.</p>	<p>Ювенил меланома (ўсмирлар меланомаси) асосан 5-10 ёшли болаларда учрайди, аммо катталарда жуда кам кузатилади. Кўпинча юз терисида локализацияланади, ранг турлича бўлиши мумкин – қизғишдан то қўнғир- қорагача, ҳажми 0,3 см дан 4,0 см гача ўзгаради. Ювенил меланоманинг қайталаниш (рецидив), хавfli шаклга ўтиш (малигнизация) ва метастаз бериш эҳтимоли жуда паст. Одатда, бу ҳосила ўз-ўзидан йўқолади (спонтан инволюция) ёки оддий невусга айланади.</p>	<p>Локал кўрик дерматоскопия</p>	<p>Болалак ва ўсмирлик даврида учрайди</p>
<p>Ҳаворанг ёки кўк невус</p>	<p>Кўк ёки ҳаворанг невус туғма бўлиши ёки болалик даврида пайдо бўлиши мумкин. У асосан болалар ва ёшларда аниқланади ва кўпроқ аёллар орасида учрайди. Ривожланиши дермада доғ ёки зичлашган тузилманинг пайдо бўлиши билан бошланиб, кейинчалик тўқ ёки кўк тусли, юзаки текис ёки ноқисар бляшка ёки тугунчага айланади. Ўлчами 2–2,5 см гача</p>	<p>Дерматоскопия Локал кўрик</p>	<p>Ҳаворанг невусдан фарқли равишда «хавfli ҳаворанг невуса» ўлчамлари диаметри 2 смдан катта бўлади.</p>

	етиши мумкин.		
Галоневус Сеттон касалиги.	<p>Гало-невус юмалоқ шаклда бўлиб, диаметри 3-8 мм ва атрофдаги теридан 1-1,5 мм баландроқ бўлади. Атрофида депигментацияланган (рангсиз) ҳалқа мавжуд бўлиб, бу ҳалқа невуc диаметридан 3-4 марта катта бўлиши мумкин. Бу ҳосилалар ўз-ўзидан йўқолиши ёки янги невусларнинг пайдо бўлиши эҳтимоли мавжуд. Теридаги депигментация (Сеттон синдроми) ички аъзоларнинг хавфли ўсмалари ёки тери меланомаси билан боғлиқ бўлиши мумкин, шунинг учун бу ҳолат паранеопластик жараён сифатида қаралиши мумкин. Гало-невус ҳар қандай жойда пайдо бўлиши мумкин, аммо 40-50% ҳолларда орқа соҳасида кузатилади.</p>	Локал кўрик. Кўпинчи 3 ёшдан 42 ёш оралиғида учрайди.	Гипопигментли доира шунингдек терини хавфли ўсмасида учраши мумкин: базалиомада, меланомада (бирламчи ёки уни метастазлари).
Базалиоманинг пигмент шакли	<p>Пигментли базалиома зарарланган ўчоқда диффуз ёки номуаносиб пигментация билан характерланади. Бу базалиоманинг пигментли шакли бўлиб, тугун ёки бляшка кўринишида намоён бўлади ва асосан кексаларда учрайди.</p>	Дерматоскопия Локал кўрик. Яраланиш бўлса юзасидан суртма олиш	Базалиома одатда узоқ муддатли анамнезга эга. Агар ўсма тез ўсса ҳам, регионал метастазлар кузатилмайди. Тугунли меланомадан фарқли равишда, базалиома зичроқ тузилмага эга. Кўпинча юз соҳасида учрайди,

			Меланома эса тери қопламаларининг ҳар қандай қисмида пайдо бўлиши мумкин.
Дерматофиброма лар	<p>Қизғиш-қўнғир рангли зич папулалар ёки тугунлар</p> <p>Бу зич тузилмага эга бўлган, қизғиш-қўнғир рангли папулалар ёки тугунчалар бўлиб, асосан бириктирувчи тўқимадан ташкил топган.</p> <p>Кўпинча сон ёки оёқларда пайдо бўлади, аммо баданнинг бошқа жойларида ҳам учраши мумкин.</p>	Локал кўрик	1% ҳолларда атипик шаклдаги меланома дерматофиброма "ниқоби" остида намоён бўлиши мумкин, шунинг учун оператив даволаш тавсия этилади ва гистологик текширув мажбурий тарзда ўтказилиши керак.
Дюбрейл чегараланган предрак меланози	<p>Кўпроқ кекса ёшдаги аёлларда учрайди.</p> <p>Энг кўп учрайдиган жойлари: юз, кўкрак, қўл-оёқларнинг очик жойлари.</p> <p>Ташқи кўриниши: 3 см гача бўлган пигментли доғ бўлиб, ранги оч-қўнғирдан тортиб қорагача ўзгаради, контурлари ноаниқ, тери тузилиши эса сақланган бўлади.</p> <p>Доғ бир неча ўн йил давомида мавжуд бўлиши мумкин, баъзи ҳолларда ўз-ўзидан йўқолгани ҳам кузатилган.</p> <p>Хавф: Травмаланиш ёки</p>	Дерматоскопия Локал кўрик	Тери меланомасига айланиш юқори эҳтимолини ҳисобга олиб, гистологик текширув билан оператив даво тавсия этилади

	<p>ҳаддан ташқари қуёш таъсири (гиперинсоляция) оқибатида меланоз Дюбрейля меланомага айланиши мумкин.</p>		
--	--	--	--

#### 4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

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

Бемор режими ва диетаси

Консерватив даволаш вақтида – умумий режим.

Эрта операциядан кейинги даврда – ярим ётоқ режим ёки умумий режим.

Операциядан кейинги даврда – эркин режим.

Диета:

Умумий ҳолатда – №15 таомномаси

Операциядан кейин – №1 таомномаси

Режим: умумий, таомнома – 15.

##### 4.2. Медикаментоз даво:

Бирламчи ва мажбурий босқич локал меланомани даволашда бирламчи ўсмани соғлом тўқималар чегарасида радикал кесиб олиш ҳисобланади. Кейинги терапия босқичи аниқланган стадияга боғлиқ равишда белгиланади.

IA, IB ёки IIA стадияси аниқланган беморларга адъювант терапия ўтказиш тавсия этилмайди, чунки касалликнинг прогресс қилиш хавфи паст бўлиб, ИФН қўлланилиши билан боғлиқ ножўя таъсирлар кутилган фойдадан юқори бўлиши мумкин. Яраланган IIB ва IIC стадияларда ИФН-α адъювант тарзида қўллаш асослидир, паст дозада ИФН-α 3–5 млн. Ед. т/о ҳафтада 3 марта 12 ой давомида.

**Касалликнинг босқичи ва мутация ҳолатига қараб тери меланомасининг адъювант терапияси учун тавсия этилган режимлар.**

Босқич	BRAF мутацияси	Даволашнинг оптимал кўлами
IIB, IIC босқич (яраланган шакли)	-	ИФН-α паст дозалари 3–5 млн. Ед. т/о × ҳафтасига 3 марта × 12 ой.

IIIA	BRAF V600 бор	BRAF/МЕК ингибиторлари: дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта + траметиниб 2 мг ичишга × суткасига 1 марта × 12 ой. ёки анти-PD1 терапия: пембролизумаб 200 мг в/и ҳар 3 ҳафтада
IIIA	BRAF V600 йўқ	Анти-PD1 терапия: пембролизумаб 200 мг в/и в/и ҳар 3 ҳафтада
IIIB, IIIC, IIID	BRAF V600 бор	BRAF/МЕК ингибиторлари: дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта + траметиниб 2 мг ичишга × суткасига 1 марта × 12 ой. ёки анти-PD1 терапия: - пембролизумаб 200 мгв/в ҳар 3 ҳафтада × 12 ой.; ёки - ниволумаб* 3 мг/ кг (240 мгдан кўп эмас) в/и ҳар 2 ҳафтада. (ёки ниволумаб* 480 мг в/и ҳар 4 ҳафтада.) × 12 ой.
IIIB, IIIC, IIID	BRAF V600 йўқ	Анти-PD1 терапия: пембролизумаб 200 мг в/и ҳар 3 ҳафтада × 12 ой.; ёки ниволумаб*3 мг/кг (240 мгдан кўп эмас) в/и ҳар 2 ҳафтада. (ёки ниволумаб* 480 мг в/и ҳар 4 ҳафтада.) × 12 ой.

*Изоҳ: Адъювант терапияни PD1 блокаторлари ёки BRAF/МЕК ингибиторлари билан тайинлаш шифокорлар комиссиясининг қарорига мувофиқ амалга оширилиши керак.*

*\*Препарат Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилгандан сўнг қўлланилади.*

Таргет терапия: BRAFV600 мутацияси мавжудлигини аниқлаш зарур, агар у мавжуд бўлса, BRAF ингибиторлари – вемурафениб, дабрафениб [9; С] монорежимда ва/ёки МЕК ингибиторлари – кобиметиниб ва траметиниб [21; С] билан комбинацияда тайинланади. BRAF ингибиторларини тайинлаш метастатик меланома ҳолатида, шунингдек, III босқичдаги ва BRAF (V600E ва V600K) ген мутацияси мавжуд бўлган беморларга адъювант режимда кўрсатилган. [22; С].

Таргет терапия адъювант режимда: дабрафенибнинг тавсия этилган дозаси кунига 2 марта 150 мг (75 мглик 2 капсула) ни ташкил этади, бу препаратни монотерапия сифатида ҳам, траметиниб билан комбинацияда ҳам қўллашда

умумий суткалик доза 300 мг га тўғри келади. Дабрафениб билан комбинацияда қўлланилганда, траметинибнинг тавсия этилган дозаси кунига 1 марта 2 мг ни ташкил этади.

**5-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлган);**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>ДВнинг ҳалқаро патентланмаган номи</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Исботланганлик даражаси</b>
BRAF ингибитори	Вемурафениб	960 мг суткада 2 марта., оғиз орқали, ҳар куни, узок вақт прогрессияланишгача	С
BRAF ингибитори	Дабрафениб	150 мг суткада 2 марта., оғиз орқали, ҳар куни, узок вақт прогрессияланишгача	С
МЕК ингибитори	Траметиниб	2 мг оғиз орқали, ҳар куни, узок вақт прогрессияланишгача	С
МЕК ингибитори	Кобиметиниб	60 мг оғиз орқали, 1-чидан 21-чи кунгача, сўнгра 7 кун танаффус, узок вақт прогрессияланишгача	С
Моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузия кўринишида, ҳар 3 ҳафтада 1 марта	С
Моноклонал антитана	Ниволумаб*	Монотерапия: 240мг в/и томч., ҳар 2 ҳафтада ёки 480мг в/и томчилаб ҳар 4 ҳафтада Комбинирланган: 1мг/кг в/и томч. Ипилимумаб билан комбинацияда, ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш	С

Моноклонал антитана	Ипилимумаб*	<p>Метастатик меланома: 3мг/кг, в/и томч., ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш.</p> <p>Адьювант терапия: 10мг/кг, в/и томч. ҳар 3 ҳафтада – 4 юборилиш, сўнгра 10м/кг в/и томч. ҳар 12 ҳафтада – 3 йил.</p>	В
------------------------	-------------	--	---

(\*Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади)

**Тери метастатик меланомасида BRAF ва MEK ингибиторларини қўллаш тавсия этилган режимлари (фақат мусбат BRAF мутацияси мавжуд бўлганда):**

#### 1. Монотерапия:

- Вемурафениб 960 мг ичишга × суткасига 2 марта ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

- Дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

#### 2. Комбинирланган терапия:

- Вемурафениб 960 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни + кобиметиниб 60 мг в сутки ичишга 1–21-чи кунлар, танаффус 7 кун, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

- Дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни + траметиниб 2 мг ичишга × суткасига 1 марта Ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

#### 4.3. Хирургик даво:

- Радикал жарроҳлик амалиётини бажариш имкони бўлган ҳолатларда тери ўсмасини кенг кесиб олиш амалиёти бажарилади.

#### **4.4. Кейинги олиб бориш:**

Тузалган беморларни диспансер кузатуви:

биринчи йил давомида – ҳар 3 ойда 1 марта;

иккинчи йил давомида – ҳар 6 ойда 1 марта;

учинчи йилдан бошлаб – 3 йил давомида йилига 1 марта.

Текшириш усуллари:

- Локал назорат – ҳар бир текширувда;
- Регионар лимфа тугунларини палпация қилиш – ҳар бир текширувда;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографик текшируви – йилига 1 марта;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви – ҳар 6 ойда 1 марта (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда).

Яшаш жойи бўйича онколог назорати (олиб ташланган ўсма ҳудудини кўздан кечириш, периферик лимфа тугунларини палпация қилиш).

- кўкрак қафаси аъзолари КТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилдан 5-йилгача – ҳар 6 ойда 1 марта).
- Регионар лимфа оқими зоналарининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Бош мия контрастли МРТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қонда ЛДГ даражасини аниқлаш (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- ПЭТ-КТ (ҳар 6 ойда 1 марта ёки қатъий кўрсатмалар бўйича бошқа муддатларда).

#### **4.5. Протоколда баён этилган даволаш самарадорлиги ва ташхис ҳамда даволаш усуллариининг хавфсизлик кўрсаткичлари:**

- УТТ маълумотлари – метастазлар (МТС) ва рецидив мавжуд эмаслиги;
- КТ маълумотлари – узоқ метастазлар (МТС) мавжуд эмаслиги;
- МРТ маълумотлари – узоқ метастазлар (МТС) мавжуд эмаслиги;

- Қон, пешоб ва қон биокимёвий кўрсаткичларининг қониқарли даражада бўлиши;
- Операциядан кейинги жароҳатнинг битиши;
- Бемор(а)нинг нисбатан қониқарли ҳолати.

## **5. Тиббий ёрдам кўрсатиш турини ҳисобга олган ҳолда госпитализацияга кўрсатмалар.**

### **5.1. Режали госпитализацияга кўрсатмалар:**

- аниқланган меланома ёки меланомага шубҳали тузилмаларга эга бўлган беморлар учун: гистологик тасдиқлаш, касаллик босқичини аниқлаш ва даволаш тактикасини белгилаш мақсадида текшириш; агар соматик ҳолат бўйича жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар бўлмаса, мустақил ва/ёки жарроҳликдан кейинги (адьювант) кимё терапияси, морфологик тасдиқланган ташхисдан сўнг (жарроҳликдан кейин) иммунотерапия ўтказиш.

**Даволаш мақсади:** ткери ўсмасини олиб ташлаш, резектабел метастазларни олиб ташлаш, адьювант иммунотерапия ва мустақил химиотерапия ўтказиш.

### **5.2. Шошилинч госпитализацияга кўрсатмалар:**

- Ушбу касаллик учун шошилинч госпитализацияга кўрсатмалар йўқ

## **6. Стационар даражасида даволаш тактикаси.**

**6.1. беморларни кузатиш картаси, беморлар маршрутизацияси** – ушбу беморлар категорияси турар жой онкологи назоратида бўлишади.

### **Даволашнинг умумий мезонлари**

Тери меланомасини даволашнинг асосий усуллари – жарроҳлик ва дори-дармон терапиясидир. Метастатик шаклларда жарроҳлик ва дори-дармон усуллари мустақил равишда ёки қўшма ва комплекс даволаш шаклида қўлланилади. Нур терапияси бош миянинг метастатик зарарланишларида қўлланилади.

### **Босқичлар бўйича даволаш**

#### **Меланоманинг 0 босқичи:**

Амбулатор шароитларда ўсманинг 0,5-1,0 см соғлом тўқима билан бирга кесиб олиниши амалга оширилади.

#### **I босқич:**

Аъзони сақлаб қолувчи ўсмани такрорий кесиб олиш биопсиядан кейин амбулатор шарт-шароитларда амалга оширилади. Стационар шароитда ўсмани кенг кесиб олиш (четига 1-2 см масофадан чекиниш: pT1 – 1 см, pT2 – 2 см). Терининг катта дефекти ҳосил бўлганда, лоскут ва трансплантатлар қўлланилади. Баъзан ўсмага ёндош лимфа тугунлари ҳам кесиб олинади.

## **II босқич:**

- Бирламчи ўсма ўчоғини кенг кесиб олиш, шу билан бирга регионар лимфа тугунларини метастазлар мавжудлигини текшириш.
- Меланомани ва регионар лимфа тугунларини кенг кесиб олиш, битта босқичда ёки икки босқичда амалга ошириш.
- Ўсмани кенг кесиб олишни қўллаб-қувватловчи терапия (химиотерапия ёки иммунотерапия) билан биргаликда ўтказиш.

## **III босқич:**

- Ўсмани кенг жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш (четига 2,0 см масофадан чекиниш). Дефектни пластик ёпиш. Регионар лимфадиссекция. Химио-иммунотерапия.

## **IV босқич (ҳар қандай pT ҳар қандай N M1):**

- Беморларнинг умумий ҳолати компенсирланган ва аниқ ифодаланган ўсма интоксикацияси бўлмаган ҳолатда, индивидуал схемалар бўйича комплекс даволаш таргетли терапия, химиотерапия, паллиатив нур терапиясини қўллаган ҳолда ўтказилади.
- Паллиатив жарроҳлик аралашувлари санитар кўрсатмалар ёки касалликнинг асоратли кечиши билан боғлиқ ҳолатларда бажарилади.
- Паллиатив нур терапияси беморнинг ҳолати ва касаллик симптомларининг оғирлигига қараб индивидуал кўрсатмалар асосида ўтказилади.

## **6.2 Номедикаментоз даво**

Консерватив даволаш давомида бемор режими – умумий.

Эрта жарроҳликдан кейинги даврда – ётқизилган ёки ярим ётқизилган (амалиёт ҳажми ва ҳамроҳ патологияга боғлиқ ҳолда).

Жарроҳликдан кейинги даврда – палатали.

Диета столи – №15, жарроҳлик даволашдан кейин – №1.

## **Нур терапия.**

## **Нур терапияга кўрсатмалар:**

Метастатик бош мия шикастланишларида паллиатив мақсадда нур терапиясини ўтказиш. Паллиатив 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).
- томоаппаратларда 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 очиқ 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 енгилаштириш 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.

## **6.3 Медикаментоз даволаш:**

### **Полихимиотерапия**

Меланоманинг генерализацияланган шакллари даволаш:

1. CVD:

цисплатин 20 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-5 кунлар

винбластин 1,6 мг/м<sup>2</sup> инфузия 1-5 кунлар

дакарбазин 800 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-соатлик инфузия 1 кун (диссеминацияланган жараёнда паллиатив кимё терапия тавсия этилиши мумкин). Интервал 3-4 ҳафта.

2. Дакарбазин 1000 мг/м<sup>2</sup>, интервал 3-4 ҳафта

3. Темозоломид 150-200мг/м<sup>2</sup> 1-5 кунлар ҳар 28 кунда

4. Паклитаксел 175-225мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада 4 курсдан сўнг дозасина 175мг/м<sup>2</sup>гача камайтириш. Карбоплатин АUC 6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада, 4 курсдан сўнг дозасини АUC 4 гача камайтириш.

**6-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлган);**

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВнинг ҳалқаро патентланмаган номи	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
Моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузия кўринишида, ҳар 3 ҳафтада 1 марта	С
Моноклонал антитана	Ниволумаб*	Монотерапия: 240мг в/и томч., ҳар 2 ҳафтада ёки 480мг в/и томч. ҳар 4 ҳафтада Комбинирланган: 1мг/кг в/и томч. Ипилимумаб билан биргаликда, ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш	С
Моноклонал антитана	Ипилимумаб*	Метастатик меланома: 3мг/кг, в/и томч., ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш. Адьювант терапия: 10мг/кг, в/и томч. ҳар 3 ҳафтада – 4 юборилиш, сўнгра 10м/кг в/и томч. ҳар 12 ҳафтада – 3 йил.	В
<b>Юклаб олиш (ҳавола)</b>	<a href="https://diseases.medelemet.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-">https://diseases.medelemet.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-</a>		

**7-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100% дан кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлган);**

<b>Фармакотерапевт ик гуруҳ</b>	<b>ДВнинг халқаро патентланмаган номи</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>ИД</b>
Платина препаратлари	Цисплатин	20 мг/м <sup>2</sup> в/и 2-5 кунлар, ҳар 3 ҳафтада	С
Алкилловчи препаратлар	Дакарбазин	1000мг/м <sup>2</sup> , в/и ҳар 3-4 ҳафтада	В
Алкилловчи препаратлар	Темозоломид	150-200мг/м <sup>2</sup> 1-5 кунлар, оғиз орқали, ҳар 28 кунда	С
Ўсимлик табиатли ўсмага қарши воситалар	Паклитаксел	175-225м/м <sup>2</sup> , в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
Платина препаратлари	Карбоплатин	AUC4-6 в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
Ўсимлик келиб чиқишли алкалоид	Винкрестин	2мг в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
<b>Антибактериал препаратлар</b>	Цефазолин	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтазидим	100мг, 100мг дан м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтриаксон	1,0 гр, по 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	А
	Цефуроксим	натрия 1,0 гр, 1,0 гр дан м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Цефепим	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Имипенем + циластатин	500мг, м/о кунига 2 маҳал, 5-7 кун	С
	Амикацин	500мг, 10мг/кг ҳисобда м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Ципрофлоксацин	100мг, 100 мг в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	С
	Офлоксацин	0,2гр, 0,2 гр в/и кунига 2 маҳал, 7 кун	С

	Метронидазол	100 мл, 100 мл в/и кунига 2 маҳал, 5 кун	С
<b>Замбуруғга қарши препаратлар</b>	Флуконазол	100 мг, 100мг в/и – бир марта	А
<b>Плазма ўрнини босувчи препаратлар</b>	Гидроксиэтилкрахмал	200мл, 500 мл в/и кунига 1 марта 3 кунгача	В
	Декстран	400мл, 400 мл в/и кунига 2 маҳал 2-3 кун	В
<b>Парентерал овқатлантириш препаратлари</b>	Аминокислоталар комплекси	500мл, 500мл в/и кунига 1 марта, 5 – 7 кун	В
	Декстроза	5% - 400мл, 400мл в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	А
<b>Регидратацион терапия препаратлари</b>	Натрия хлорид	0,9% - 400мл, 400 мл в/и 2 – кунига 3 маҳал. 5 – 7 кун	А
<b>Аналгетик препаратлар</b>	Кетопрофен	1мл, 1 мл, м/о 2 – кунига 3 маҳал 5 – 7 кун	А
	Диклофенак натрия	м/о 2 – кунига 3 маҳал 7 – 10 кун	В
	Трамадол гидрохлорид	1 мл, 1мл м/о 2 – кунига 3 маҳал	В
<b>Гормонал препаратлар</b>	Преднизолон	30мг, 30 – 60 – 90 мг в/и кунига 1 марта 1 – 5 кун	А
	Дексаметазон	4 мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 мг кунига 1 марта 1 – 5 кун	А
	Инсон инсулини	40 ЕД, 4 – 6 ЕД кунига 1 марта 2 – 10 кун	С
<b>Спазмолитиклар</b>	Дротоверин	2,0 мл, 2,0 мл м/о, в/и 1 – кунига 3 маҳал 1 – 7 кун	С
	Платифиллин гидротартарат	1,0 мл, по 1 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал 1-7 кун	А
<b>Бронхолитиклар</b>	Аминофиллин	10мл, 6 – 10мг/кг/сут м/о кунига 3 маҳал, 10 кун	С
	Теофиллин	0,2гр, 0,2 гр per os кунига 2-4 маҳал, 10 – 15 кун	С
<b>Антикоагулянтлар</b>	Надропарин кальция	0,3 мл, 0,3 мл кунига 1 марта т/о	С
	Эноксапарин натрий	0,2 мл, 0,2 мл кунига 1 марта т/о	А
	Гепарин	10мингЕД, 5000-10000 ЕД в/и ёки т/о кунига 1 марта	В
<b>Муколитиклар</b>	Бромгексин	8 мг, 8 мг per os кунига 3 маҳал, 7	С

		– 10 кун	
	Амброксол	2 мл, 2 мл м/о, кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	В
<b>Қайт қилишга қарши воситалар</b>	Ондансетрон	4мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 мг в/и, м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	А
	Метоклопрамид	10 мг, 10 – 20 мг в\м, в/и кунига 1 – 2 – 3 маҳал, 1 – 5 кун	А
<b>Седатив препаратлар</b>	Тофизопам	50 мг, 50 мг per os 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	С
	Неостигмина метилсульфат	1,0мл, 1мл м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 10 кун	С
<b>Иситма тушурувчилар</b>	Ацетилсалицил кислота	0,5 гр, 0,5 гр per os кунига 2 маҳал	А
	Парацетамол	0,5гр, 0,5 гр per os, кунига 3 маҳал	А
<b>Гемостатиклар</b>	Аминокапрон кислота	5% - 100мл, 100 мл в/и кунига 1 марта, 1 – 5 кун	В
	Этамзилат	12,5% - 2мл, 2 мл м/о кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	С
	Дицинон	1 мл, 1,0 мл м/о 1 – кунига 2 маҳал	В
<b>Диуретиклар</b>	Фуросемид	1% - 2 мл, 2 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал, 1 – 5 кун	А
	Спиронолактон	100мг, 100 мг per os кунига 1 марта, 5 – 14 кун	С
<b>Антианемик препаратлар</b>	Феркайл	50мг - 2 мл, 2 мл м/о ҳафтада 2-3 марта	С
	Космофер	2 мл, 2 мл м/о ҳафтада 2-3 марта	С
<b>Гемопозтик препаратлар</b>	Филграстим	1 мл – 0,3гр, 5 мг/кг т/о, 1 – 3 кун	А
<b>Антигистаминлар</b>	Дифенгидрамин	1 мл – 10 мг, 10 мг м/о кунига 1-2 маҳал	А
	Хлоропирамин	25 мг, 25 мг per os кунига 3 – 4 маҳал	С
<b>Юклаб олиш (ҳавола)</b>	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509</a>		

### **Метастатик ёки нооперабел меланомани иммунотерапияси**

Метастатик нооперабел меланомни даволаш учун пембролизумаб, ниволумаб\*, ипилимумаб\* препаратлари буюрилади (\*Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади) [1-7; С].

Пембролизумабни тайинлаш учун ўсма ҳужайраларида PD-L1 экспрессиясини аниқлаш зарур эмас. [8; С]

### **Тери метастатик меланомасини иммунотерапиясини тавсия этилган режимлари:**

#### 1. Комбинирланган иммунотерапия (анти-PD1 + анти-CTLA-4):

- Ниволумаб\* 1 мг/ кг в/и томчилаб + ипилимуаб\* 3 мг/ кг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта (максимум 4 юборилиш, ёки кўтара олмайдиган токсиклик ривожланганда камроқ), сўнгра ниволумаб\* 3 мг/ кг (ёки 240 мг, ундан кўп эмас) в/и томчилаб 2 ҳафтада 1 марта (ёки 480 мг дозада ҳар 4 ҳафтада), узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

*Изоҳ: \* Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади.*

#### 2. Анти-PD1 терапия:

- Ниволумаб\* 3 мг/ кг (ёки 240 мг, лекин ундан кўп эмас) в/и томчилаб 2 ҳафтада 1 марта, узоқ вақт (ёки ниволумаб 480 мг в/и ҳар 4 ҳафтада.) прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

- Пембролизумаб 200 мг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

#### 3. Анти-CTLA-4:

- Ипилимуаб\* 3 мг/ кг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта, 4 юборилиш метастатик меланомани комбинирланган даволаш таркибида, ёки 10мг/кг, в/и томч. ҳар 3 ҳафтада – 4 юборилиш, сўнгра 10м/кг в/и томч. ҳар 12 ҳафтада – 3 йил, адьювант терапия сифатида

*Изоҳ: \* Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади.*

### **Даволашнинг бошқа турлари:**

#### **Электрохимиотерапия.**

**Кўрсатмалар.** Ушбу даволаш усулини тери ва юмшоқ тўқималарнинг маҳаллий шикастланиши ҳамда метастатик тугунчаларнинг юзаки жойлашган ҳолатларида (ички тери ва тери ости метастазлари) қўллаш мумкин. [20; В]

## 6.4 Жарроҳлик давоси

### Тери меланомасини даволашда стандарт жарроҳлик амалиётлари

- Эконом кесиб олишда ўсма эллипссимон кесик орқали, унинг чегараларидан 0,5-1,0 см узоқликда, наркоз остида кесиб олинади.
- Меланома *in situ*, қаватма-қават ўсувчи лентиго-меланома (қалинлиги 1,5 мм гача ва I–II инвазия даражаси) ҳамда юзадан тарқалувчи меланома (қалинлиги 0,76 мм гача ва I инвазия даражаси) бўлганда тери ўсманинг чегараларидан 1–2 см узоқликда кесилади. Ўсма атрофидаги тери ва тери ости ҳужайралари билан бирга ягона блок сифатида олиб ташланади.
- Қўл ва оёқ бармоқларида жойлашган меланома ҳолатида бармоқ ампутацияси ёки экзартикуляция амалга оширилади.
- Қулоқ супрасида жойлашган ўсма юқори ёки марказий қисмида бўлганда, бутун қулоқ супраси олиб ташланади.
- Лимфадиссекция лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда амалга оширилади ва асосий ўсма ўчоғи билан бир вақтда кесиб олинади.
- Профилактик лимфадиссекция ўтказилмайди.

### Тери меланомасида регионар лимфа аппаратида бажариладиган стандарт жарроҳлик амалиётлари:

Стандартли лимфа тизимида ўтказиладиган жарроҳлик аралашувлари қуйидагилардан иборат: ўмров ости-қўлтиқ ости-курак лимфадиссекция (қўлтиқ ости, елка ости ва қовурға устки лимфа тугунларини олиб ташлаш), Ёнбош, човсон лимфадиссекцияси (чов ва сон лимфа тугунларини олиб ташлаш), Классик радикал бўйин лимфадиссекцияси (Крайль амалиёти), Модификацияланган радикал бўйин лимфадиссекцияси III тури (футляр-фасциал бўйин лимфадиссекцияси), Чов-сон лимфадиссекцияси, Ёнбош-чов-сон лимфадиссекцияда лимфа тугунлари аорта бифуркацияси даражасигача олиб ташланади.

## 6.5 Кейинги олиб бориш.

Тузалган беморларни диспансер кузатуви:

биринчи йил давомида – ҳар 3 ойда 1 марта;

иккинчи йил давомида – ҳар 6 ойда 1 марта;

учинчи йилдан бошлаб – 3 йил давомида йилига 1 марта.

Текшириш усуллари:

- Локал назорат – ҳар бир текширувда;
- Регионар лимфа тугунларини палпация қилиш – ҳар бир текширувда;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографик текшируви – йилига 1 марта;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви – ҳар 6 ойда 1 марта (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда).

Яшаш жойи бўйича онколог назорати (олиб ташланган ўсма худудини кўздан кечириш, периферик лимфа тугунларини палпация қилиш).

- кўкрак қафаси аъзолари КТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилдан 5-йилгача – ҳар 6 ойда 1 марта).
- Регионар лимфа оқими зоналарининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Бош мия контрастли МРТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қонда ЛДГ даражасини аниқлаш (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- ПЭТ-КТ (ҳар 6 ойда 1 марта ёки қатъий кўрсатмалар бўйича бошқа муддатларда).

## **7. даво самарадорлиги индикаторлари:**

- УТТ маълумотлари – метастазлар (МТС) ва рецидив мавжуд эмаслиги;
- КТ маълумотлари – узоқ метастазлар (МТС) мавжуд эмаслиги;
- МРТ маълумотлари – узоқ метастазлар (МТС) мавжуд эмаслиги;
- Қон, пешоб ва қон биокимёвий кўрсаткичларининг қониқарли даражада бўлиши;
- Операциядан кейинги жароҳатнинг битиши;
- Бемор(а)нинг нисбатан қониқарли ҳолати.

## **Солид ўсмаларда ЖССТ шкаласи бўйича даволаш самарадорлиги мезонлари**

Узоқ вақт давомида химиятерапиянинг объектив самарадорлигини баҳолаш учун ЖССТ мутахассислари қўмитаси мезонлари ишлатилиб келинган. Бу баҳолаш

усулида ўсма ва метастазлар ҳажмини аниқлаш учун энг катта икки перпендикуляр диаметрлар кўрсаткичи ҳисобга олинади.

Самара	Белгилар
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
Қисман самара	Барча ёки айрим ўсмаларнинг $\geq 50\%$ га кичрайиши ва бошқа ўчоқларда прогрессиянинг йўқлиги.
Стабилизация (ўзгаришсиз)	Кичрайиш $< 50\%$ ёки катталаниш $< 25\%$ ва янги шикастланиш ўчоқларининг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Бир ёки бир неча ўсманинг $> 25\%$ катталаниши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

### RECIST шкаласи бўйича даво самарадорлиги мезонлари

2000 йилдан бошлаб халқаро клиник тадқиқотларда қаттиқ ўсмалар терапиясининг самарадорлигини баҳолаш учун RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 шкаласи қўлланила бошланди, у 2009 йилда қайта кўриб чиқилди (RECIST 1.1).

Ушбу шкала бўйича ўсмалар ўлчанадиган (стандарт тадқиқотда диаметри 20 мм ёки ундан катта, спирал компьютер томографиясида 10 мм) ёки ўлчанмайдиган (юқорида кўрсатилган ўлчамлардан кичик) деб баҳоланади. 5 та шикастланиш ўчоғининг энг катта диаметри (бир органда 2 тагача ёки турли органларда 5 тагача) аниқланади. Даволашдан олдинги диаметрлар йиғиндиси асосий кўрсаткич сифатида қабул қилинади ва даволашдан кейинги кўрсаткичлар билан солиштирилади.

Самара	Белгилар
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
Қисман самара	Ўлчанадиган ўчоқларнинг 30% ёки ундан кўпроқ кичрайиши.
Стабилизация	Қисман самара сифатида баҳолаш учун етарли камайиш ёки прогрессия сифатида баҳолаш учун етарли ошиш мавжуд эмас.
Прогрессияланиш	Энг кичик қайд этилган шикастланиш ўчоқлари йиғиндисининг кузатув давомида 20% га ошиши ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

### RECIST шкаласи бўйича суякларда метастазларни даволаш самарадорлиги мезонлари

Суякларда метастазларни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун алоҳида самарадорлик мезонлари мавжуд.

<b>Самара</b>	<b>Белгилар</b>
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг рентгенограмма ёки сканограммада тўлиқ йўқолиши.
Қисман самара	Остеолитик метастазларнинг қисман кичрайиши, уларнинг рекальцификацияси ёки остеобластик шикастланишлар зичлигининг камайиши.
Стабилизация	Даволаш бошланганидан кейин 8 ҳафта давомида ўзгаришларнинг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Мавжуд ўчоқларнинг катталашishi ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>ХКТ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C43	– Тери хавфли меланомаси
C43.1	– Қовоқ териси
C43.2	– Қулоқ супраси териси
C43.3	– Юзнинг бошқа қисмлари териси
C43.4	– Бош ва бўйиннинг сочли қисми териси
C43.5	– Тана териси
C43.6	– Қўлларнинг териси
C43.7	– Оёқларнинг териси
C43.8	– терининг комбинирланган шикастланиши
C43.9	– Тери, ҚАС
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1214">https://mkb-10.com/index.php?pid=1214</a>	
<b>ХКТ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C30	Тери меланомаси
2C30.0	Юзасидан тарқалувчи меланома, бирламчи
2C30.1	Тугунсимон меланома, бирламчи
2C30.2	Хавфли лентиго-меланома, бирламчи
2C30.3	Акрал лентигиноз меланома, бирламчи
2C30.Y	Бошқа аниқланган тери меланомаси
2C30.Z	Аниқланмаган тери меланомаси
2E63	Меланома in situ
ХН9КУ6	Хавфли лентиго
ХН3ХХ3	Меланома in situ
ХН41F9	ҚАС – саратонгача меланоз
ХН9L11	Акрал меланома
ХН3ТК1	Амеланотик меланома
ХН8ТЕ3	Баллон ҳужайрали меланома
ХН1Р36	Десмопластик амеланотик меланома
ХН1Z15	ҚАС – десмопластик меланома

XH9NL4	Хавfli лентиго меланома
XH5L25	Гигант туғма невуздан келиб чиққан хавfli меланома
XH23B1	Чегаравий невуздаги хавfli меланома
XH7L76	Саратонгача меланоздаги хавfli меланома
XH6XP3	Рецидивга мойил хавfli меланома
XH1BP7	Менингеал меланоматоз
XH5QP3	Шиллиқ қаватлар лентигиноз меломаси
XH5F94	Нейротроп хавfli меланома
XH4QG5	Тугунсимон меланома
XH08X7	Юзага тарқалувчи меланома
XH4846	ҚАС – хавfli меланома
XH25M1	ҚАС – урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH8HA2	Аралаш эпителиоид ва урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH0QL5	Эпителиоид ҳужайрали меланома
XH5KW3	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, А тури
XH5YE7	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, Б тури
XH1G74	Хавfli хаворанг невос
XH7JW1	Қуёш нуридан кам шикастланган меланома
XH8DS3	Шпиц хавfli ўсмаси
XH3DN1	Менингеал меланома
XH8681	Невосга ўхшаш меланома
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171</a>	

## 1. Асосий қисм.

**Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола:**

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

**Тери меланомаси** – нейроектодермал келиб чиқишли, меланоцитлар (пигмент ҳужайралари)дан ривожланувчи хавfli ўсмдир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Айрим ҳолларда, узок метастазлар мавжуд бўлганда, теридаги (ёки бошқа аъзолардаги) бирламчи ўчок аниқланмаслиги мумкин. Бу ҳолат спонтан регрессия (бирламчи ўсманинг ўз-

ўзидан йўқолиши) ёки морфологик текширувсиз тиббий ёки косметик манипуляция вақтида ўчоқнинг олиб ташланиши натижасида юзага келиши мумкин. Бундай ҳолат "бирламчи ўчоқ аниқланмаган меланома метастазлари" деб аталиши керак. Шунини ҳисобга олиш керакки, меланоцитлар нормал ҳолатда бир қатор аъзоларда учрайди (ошқозон-ичак тракти, жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, мия пардалари, кўзнинг томирли пардаси ва бошқалар). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), бирламчи ўсма (меланома) мазкур аъзоларнинг исталганида ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда, ўсма жойлашган аъзога мос равишда номланади, масалан: ичак шиллиқ пардаси меланомаси (масалан, ёнбош ичак шиллиқ пардаси меланомаси), кўзнинг томирли пардаси меланомаси.

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги (IARC) – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 331 722 та тери меланомаси ҳолати аниқланган ва 58 667 нафар инсон ушбу касалликдан вафот этган ([https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=16](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=16)).

Меланома ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Тери меланомасининг спорадик (ирсий бўлмаган) шакллари учун энг муҳим хавф омиллари – ультрабинафша (УБ) нурланишининг таъсири, айниқса: УБ-В (290–320 нм тўлқин узунлиги), УБ-А (320–400 нм тўлқин узунлиги). Шу билан бирга, одамларнинг тери ультрабинафша таъсирига сезгирлиги турлича бўлиб, 6 турга ажратилади: 1 ва 2-турлар энг юқори сезгирликка эга (куёш таъсирида қўлда куёш куйиши эҳтимоли юқори). 5 ва 6-турлар эса энг паст сезгирликка эга (куёш таъсирида куйиш хавфи жуда кам) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Бошқа хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: 10 дан ортиқ диспластик невуслар мавжудлиги; 100 дан ортиқ оддий (сўнгги ҳаёт даврида пайдо бўлган) невуслар мавжудлиги; жигарранг сочлар (одатда, I фототип терига боғлиқ); болалик даврида кучли ва даврий равишда такрорланиб турадиган куёш нури таъсири (куёш куйишлари) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Эпидемиологик маълумотларга кўра, ультрабинафша нурланиши билан боғлиқ меланома хавфи энг юқори даражада қисқа муддатли, лекин кучли куёш таъсирига учраган ва болаликда куёш куйишларини бошдан кечирган шахсларда кузатилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Кўшимча хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: умумий тананинг 5% ёки ундан ортиқ майдонини эгаллаган гигант ёки катта туғма невос мавжудлиги; оилада тери меланомаси тарихи (ирсий мойиллик); беморнинг шахсий анамнезида тери меланомаси бўлиши; диспластик невуслар синдроми; PUVA-терапия (псориаз ва бошқа сурункали дерматозлар даволаш учун қўлланилади); пигментли ксеродерма (генетик ҳимоя механизмларининг етишмовчилиги сабабли теридаги ўзига хос касаллик); туғма ёки кейин орттирилган иммун етишмовчилиги (масалан, аъзо

трансплантациясидан сўнг ёки иммунносупрессорлар қабул қилиш талаб этиладиган бошқа касалликлар) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Бошқа локализациялардаги меланома хавф омиллари (масалан, шиллиқ пардалар меланомаси, акрал локализацияли меланома, увеал меланома) ҳали тўлиқ ўрганилмаган ва етарлича тадқиқ қилинмаган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Меланома канцерогенезининг айрим механизмлари *in vitro* ва *in vivo* тадқиқотлар орқали ўрганилган. Ультрабинафша (УБ) нурланиши меланома индукцияси ва ўсишини рағбатлантириши бир нечта ҳайвон моделларида намоён этилган. УБ нурланиши меланома ривожланишига турли механизмлар орқали ёрдам бериши мумкин: УБ-В нурланишига хос мутациялар меланома ривожланишида иштирок этувчи генларда учрайди. УБ нурланиши ўсма супрессор оқсили p16INK4A ни инактив қилади, бу эса меланоманинг прогрессиясига ёрдам беради. УБ нурланиши нормал ва хавфли меланоцитларда E- ва P-кадгерин экспрессиясини камайтиради, бу эса W-катенин сигнал узатишини кучайтиради, меланоцитларда хавфли фенотип пайдо бўлишига олиб келади. УБ нурланиши хужайра адгезиясини бузади, бу эса меланома хужайраларининг қўшни кератиноцитлардан ажралиб чиқишига ва инвазив фенотип пайдо бўлишига ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 йилда Россия Федерациясида 11 258 киши тери меланомаси билан касалланган. 2017 йилда умумий касалланиш кўрсаткичи (икки жинс учун) 100 000 аҳолига 7,6 ни ташкил қилган. Стандартизацияланган касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 4,67: Аёлларда – 4,93; Эркакларда – 4,51. 2016 йилда меланома умумий онкологик касалланиш тузилишида: Эркакларда 1,5%; Аёлларда 2%. Охирги 10 йил ичида ўртача йиллик касалланиш ўсиш суръати: Эркакларда – 3,74%; Аёлларда – 3,04%. Касаллик аниқланган ўртача ёш: Икки жинс учун – 61,6 ёш; Эркаклар – 61,3 ёш; Аёллар – 61,8 ёш. Кумулятив хавф (2007–2017 йилларда, 0–74 ёш орасида) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 йилда Россияда тери меланомаси сабабли: 1 757 эркак; 1 956 аёл вафот этган. Умумий ўлим кўрсаткичи (икки жинс учун) – 100 000 аҳолига 2,53. Стандартизацияланган ўлим кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 1,48: Аёлларда – 1,28; Эркакларда – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Staticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Ўртача ўлим ёши: Икки жинс учун – 64,3 ёш, Эркаклар – 63,0 ёш, Аёллар – 65,6 ёш. 2017 йилда 20 ёшгача бўлган беморларда 25 та меланома ҳолати қайд этилган. 2017 йилда касалликнинг босқичлар бўйича тақсимооти: I босқич – 35,7%; II босқич – 43,5%, III босқич – 10,5%, IV босқич – 8,6%, Босқич аниқланмаган – 1,6%. Илк бор касалланганлар орасида актив аниқланган касаллик ҳолатлари – 31,8%. 1-йиллик леталлик – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp->

[content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf](https://nood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf)).

2017 йил якунига кўра 94 153 нафар бемор диспансер кузатувида бўлган (100 000 аҳолига 64,1). Шундан 55 758 нафар бемор (59,2%) 5 йил ва ундан ортиқ муддат кузатувида қолган. Контингент йиғилиш индекси – 9,2 (2014 йилда – 9,1). Леталлик – 3,7% (2011 йилда – 4,3%). 2017 йилда радикал даволашга муҳтож бўлган меланома билан касалланган беморлар орасида: 87,3% фақат жарроҳлик даволаш олган; 12,7% эса комбинациялашган ёки комплекс (кимё-нур терапиясиз) даволаш олган (<https://nood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази 2023 йил статистик маълумотларига кўра, Тери меланомаси билан касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 0,3 ни ташкил этди. 2023 йилда жами 123 та янги меланома ҳолати аниқланган. Шундан профилактик кўриклар давомида актив аниқланган ҳолатлар – 33,3% ҳолат аниқланди. Морфологик тасдиқланган меланома ташхисига эга беморлар улуши – 91,1%. Касаллик босқичлари бўйича тақсимот: I босқич – 7,3%, II босқич – 47,2%, III босқич – 29,3%, IV босқич – 12,2%. Босқич аниқланмаган ҳолатлар – 4,1%. 2025 йил бошига келиб диспансер кузатувида турган беморлар сони – 1 034 киши. Беморлик кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 2,8 ни ташкил қилди. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи – 36,5%ни ташкил қилди. 1 йиллик леталлик – 8,0%. 2023 йилда Ўзбекистон Республикаси бўйича 57 нафар бемор меланома сабабли вафот этган, бу эса 100 000 аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 0,2 ни ташкил этади.

## **2. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажа ва ёки жарроҳлик 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 меланомасининг 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 меланомасининг 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;
- Меланомалар рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, тери меланомаси 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

#### Тери меланомасини даволашда стандарт жарроҳлик амалиётлари

- Эконом кесиб олишда ўсма эллипссимон кесик орқали, унинг чегараларидан 0,5-1,0 см узоқликда, наркоз остида кесиб олинади.
- Меланома in situ, қаватма-қават ўсувчи лентиго-меланома (қалинлиги 1,5 мм

гача ва I–II инвазия даражаси) ҳамда юзадан тарқалувчи меланома (қалинлиги 0,76 мм гача ва I инвазия даражаси) бўлганда тери ўсманинг чегараларидан 1–2 см узоқликда кесилади. Ўсма атрофидаги тери ва тери ости хужайралари билан бирга ягона блок сифатида олиб ташланади.

- Қўл ва оёқ бармоқларида жойлашган меланома ҳолатида бармоқ ампутацияси ёки экзартикуляция амалга оширилади.
- Қулоқ супрасида жойлашган ўсма юқори ёки марказий қисмида бўлганда, бутун қулоқ супраси олиб ташланади.
- Лимфадиссекция лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда амалга оширилади ва асосий ўсма ўчоғи билан бир вақтда кесиб олинади.
- Профилактик лимфадиссекция ўтказилмайди.

### **Тери меланомасида регионар лимфа аппаратида бажариладиган стандарт жарроҳлик амалиётлари:**

Стандартли лимфа тизимида ўтказиладиган жарроҳлик аралашувлари куйидагилардан иборат: ўмров ости-қўлтиқ ости-курак лимфадиссекция (қўлтиқ ости, елка ости ва қовурға устки лимфа тугунларини олиб ташлаш), Ёнбош, човсон лимфадиссекцияси (чов ва сон лимфа тугунларини олиб ташлаш), Классик радикал бўйин лимфадиссекцияси (Крайль амалиёти), Модификацияланган радикал бўйин лимфадиссекцияси III тури (футляр-фасциал бўйин лимфадиссекцияси), Чов-сон лимфадиссекцияси, Ёнбош-чов-сон лимфадиссекцияда лимфа тугунлари аорта бифуркацияси даражасигача олиб ташланади.

### **4) Нур терапия.**

#### **Нур терапияга кўрсатмалар:**

Метастатик бош мия шикастланишларида паллиатив мақсадда нур терапиясини ўтказиш. Паллиатив 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

кипофракциялашга 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.

### **5) муолажа ва аралашув ўтказётган мутахассисга талаблар:**

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг умумий 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.

### **б) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

#### **Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Вирусли гепатит В ва С маркерларини аниқлаш ИФА (иммунофермент таҳлил) ёки ИХЛ (иммунхемилюминесцент таҳлил) усули орқали.
8. Вирус гепатитлар В ва С га ПЗР (сифат)
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
11. Комплекс ультратовуш диагностикаси (жигар, ўт пуфаги, меъда ости бези, талок, буйраклар, қорин парда орти, периферик лимфа тугунлари);
12. Кўкрак қафаси рентген текшируви (скопия, графия);
13. Махсус градуировкали ёки оддий ёритгичли лупа орқали, 10 мартагача катталаштириш имконияти билан дермоскопия.
14. Ингичка игнали пункцион (аспирацион) биопсия, агар катталашган ёки ўзгарган лимфа тугунлари мавжуд бўлса, уларнинг метастатик зарарланиш хусусиятини тасдиқлаш мақсадида ўтказилади.
15. Бош мия МРТси контрастлаш билан;
16. Скелет суқлари сцинтиграфияси;
17. Ўсмани суякларга тарқалишига гумон бўлса суяклар КТси;
18. Биоптатни цитологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) \*;
19. Биоптатни гистологик текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини) \*
20. ЭКГ;

21.ЭхоКГ;

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомэгаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19 ги ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
8. ProBNP
9. Прокальцитонин
10. Антитромбин III, Д-димер
11. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
12. Периферик қон ИФТси;
13. Биоптатни иммуногистокимёвий текшириш (ҳосилани, лимфа тугунини)\*
14. Ўсманинг BRAF-мутация типини аниқлаш;
15. Қўриқчи (сигнал) лимфа тугунини биопсияси;
16. Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш мақсадида микросателлит ностабилликни молекуляр-генетик текшируви;
17. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси;
18. Бош, бўйин КТси;
19. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
20. Бронхоскопия;
21. Колоноскопия;
22. Оёқлар томирлари (вена ва/ёки артериялар) УЗДГси;
23. Спирография;
24. Холтер – мониторинг билан ЭКГ
25. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

## 7) 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 усулларини 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 мулкий мажмуа ичида жойлашган бўлса, функционал ва технологик жиҳатдан қуйидаги бўлим билан бирлаштирилган бўлса:

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген мамография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;

- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

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

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- Кўрув хонаси;
- Бўлим мудир хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- ҳамширалар хонаси.

### **Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари**

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;

- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

### **Нур терапия ўтказиш учун:**

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

### **8) 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 кўриқдан ўтилади ва керакли текширувларни тайинлайди.

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

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

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

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

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

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

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

### **9) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.**

**Солид ўсмаларда ЖССТ шкаласи бўйича даволаш самарадорлиги мезонлари**  
Узоқ вақт давомида химиятерапиянинг объектив самарадорлигини баҳолаш учун ЖССТ мутахассислари кўмитаси мезонлари ишлатилиб келинган. Бу баҳолаш усулида ўсма ва метастазлар ҳажмини аниқлаш учун энг катта икки перпендикуляр диаметрлар кўрсаткичи ҳисобга олинади.

<b>Самара</b>	<b>Белгилар</b>
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.

Қисман самара	Барча ёки айрим ўсмаларнинг $\geq 50\%$ га кичрайиши ва бошқа ўчоқларда прогрессиянинг йўқлиги.
Стабилизация (ўзгаришсиз)	Кичрайиш $< 50\%$ ёки катталаниш $< 25\%$ ва янги шикастланиш ўчоқларининг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Бир ёки бир неча ўсманинг $> 25\%$ катталаниши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

### RECIST шкаласи бўйича даво самарадорлиги мезонлари

2000 йилдан бошлаб халқаро клиник тадқиқотларда қаттиқ ўсмалар терапиясининг самарадорлигини баҳолаш учун RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 шкаласи қўлланила бошланди, у 2009 йилда қайта кўриб чиқилди (RECIST 1.1).

Ушбу шкала бўйича ўсмалар ўлчанадиган (стандарт тадқиқотда диаметри 20 мм ёки ундан катта, спирал компьютер томографиясида 10 мм) ёки ўлчанмайдиган (юқорида кўрсатилган ўлчамлардан кичик) деб баҳоланади. 5 та шикастланиш ўчоғининг энг катта диаметри (бир органда 2 тагача ёки турли органларда 5 тагача) аниқланади. Даволашдан олдинги диаметрлар йиғиндиси асосий кўрсаткич сифатида қабул қилинади ва даволашдан кейинги кўрсаткичлар билан солиштирилади.

Самара	Белгилар
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
Қисман самара	Ўлчанадиган ўчоқларнинг 30% ёки ундан кўпроқ кичрайиши.
Стабилизация	Қисман самара сифатида баҳолаш учун етарли камайиш ёки прогрессия сифатида баҳолаш учун етарли ошиш мавжуд эмас.
Прогрессияланиш	Энг кичик қайд этилган шикастланиш ўчоқлари йиғиндисининг кузатув давомида 20% га ошиши ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

### RECIST шкаласи бўйича суякларда метастазларни даволаш самарадорлиги мезонлари

Суюкларда метастазларни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун алоҳида самарадорлик мезонлари мавжуд.

Самара	Белгилар
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг рентгенограмма ёки сканограммада тўлиқ йўқолиши.

Қисман самара	Остеолитик метастазларнинг қисман кичрайиши, уларнинг рекальцификацияси ёки остеобластик шикастланишлар зичлигининг камайиши.
Стабилизация	Даволаш бошланганидан кейин 8 ҳафта давомида ўзгаришларнинг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Мавжуд ўчоқларнинг катталашishi ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>ХКТ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C43	– Тери хавфли меланомаси
C43.1	– Қовоқ териси
C43.2	– Қулоқ супраси териси
C43.3	– Юзнинг бошқа қисмлари териси
C43.4	– Бош ва бўйиннинг сочли қисми териси
C43.5	– Тана териси
C43.6	– Қўлларнинг териси
C43.7	– Оёқларнинг териси
C43.8	– терининг комбинирланган шикастланиши
C43.9	– Тери, ҚАС
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1214">https://mkb-10.com/index.php?pid=1214</a>	
<b>ХКТ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C30	Тери меланомаси
2C30.0	Юзасидан тарқалувчи меланома, бирламчи
2C30.1	Тугунсимон меланома, бирламчи
2C30.2	Хавфли лентиго-меланома, бирламчи
2C30.3	Акрал лентигиноз меланома, бирламчи
2C30.Y	Бошқа аниқланган тери меланомаси
2C30.Z	Аниқланмаган тери меланомаси
2E63	Меланома in situ
ХН9КУ6	Хавфли лентиго
ХН3ХХ3	Меланома in situ
ХН41F9	ҚАС – саратонгача меланоз
ХН9L11	Акрал меланома
ХН3ТК1	Амеланотик меланома
ХН8ТЕ3	Баллон ҳужайрали меланома
ХН1Р36	Десмопластик амеланотик меланома
ХН1Z15	ҚАС – десмопластик меланома

XH9NL4	Хавфли лентиго меланома
XH5L25	Гигант туғма невуздан келиб чиққан хавфли меланома
XH23B1	Чегаравий невуздаги хавфли меланома
XH7L76	Саратонгача меланоздаги хавфли меланома
XH6XP3	Рецидивга мойил хавфли меланома
XH1BP7	Менингеал меланоматоз
XH5QP3	Шиллиқ қаватлар лентигиноз меломаси
XH5F94	Нейротроп хавфли меланома
XH4QG5	Тугунсимон меланома
XH08X7	Юзага тарқалувчи меланома
XH4846	ҚАС – хавфли меланома
XH25M1	ҚАС – урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH8HA2	Аралаш эпителиоид ва урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH0QL5	Эпителиоид ҳужайрали меланома
XH5KW3	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, А тури
XH5YE7	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, Б тури
XH1G74	Хавфли хаворанг невос
XH7JW1	Қуёш нуридан кам шикастланган меланома
XH8DS3	Шпиц хавфли ўсмаси
XH3DN1	Менингеал меланома
XH8681	Невосга ўхшаш меланома
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171</a>	

## 1. Асосий қисм.

### 1) Кириш

**Тери меланомаси** – нейроектодермал келиб чиқишли, меланоцитлар (пигмент ҳужайралари)дан ривожланувчи хавфли ўсмадир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Айрим ҳолларда, узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, теридаги (ёки бошқа аъзолардаги) бирламчи ўчоқ аниқланмаслиги мумкин. Бу ҳолат спонтан регрессия (бирламчи ўсманинг ўз-ўзидан йўқолиши) ёки морфологик текширувсиз тиббий ёки косметик

манипуляция вақтида ўчоқнинг олиб ташланиши натижасида юзага келиши мумкин. Бундай ҳолат "бирламчи ўчоқ аниқланмаган меланома метастазлари" деб аталиши керак. Шунинг ҳисобига олиш керакки, меланоцитлар нормал ҳолатда бир қатор аъзоларда учрайди (ошқозон-ичак тракти, жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, мия пардалари, кўзнинг томирли пардаси ва бошқалар). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), бирламчи ўсма (меланома) мазкур аъзоларнинг исталганида ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда, ўсма жойлашган аъзога мос равишда номланади, масалан: ичак шиллиқ пардаси меланомаси (масалан, ёнбош ичак шиллиқ пардаси меланомаси), кўзнинг томирли пардаси меланомаси.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

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

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги (IARC) – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 331 722 та тери меланомаси ҳолати аниқланган ва 58 667 нафар инсон ушбу касалликдан вафот этган

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

Меланома ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Тери меланомасининг спорадик (ирсий бўлмаган) шакллари учун энг муҳим хавф омиллари – ултрабинафша (УБ) нурланишининг таъсири, айниқса: УБ-В (290–320 нм тўлқин узунлиги), УБ-А (320–400 нм тўлқин узунлиги). Шу билан бирга, одамларнинг тери ултрабинафша таъсирига сезгирлиги турлича бўлиб, 6 турга ажратилади: 1 ва 2-турлар энг юқори сезгирликка эга (куёш таъсирида кўлда куёш куйиши эҳтимоли юқори). 5 ва 6-турлар эса энг паст сезгирликка эга (куёш таъсирида куйиш хавфи жуда кам) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Бошқа хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: 10 дан ортиқ диспластик невуслар мавжудлиги; 100 дан ортиқ оддий (сўнгги ҳаёт даврида пайдо бўлган) невуслар мавжудлиги; жигарранг сочлар (одатда, I фототип терига боғлиқ); болалик даврида кучли ва даврий равишда такрорланиб турадиган куёш нури таъсири (куёш куйишлари) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Эпидемиологик маълумотларга кўра, ултрабинафша нурланиши билан боғлиқ меланома хавфи энг юқори даражада қисқа муддатли, лекин кучли куёш таъсирига учраган ва болаликда куёш куйишларини бошдан кечирган шахсларда кузатилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Қўшимча хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: умумий тананинг 5% ёки ундан ортиқ майдонини эгаллаган гигант ёки катта туғма невос мавжудлиги; оилада тери меланомаси тарихи (ирсий мойиллик); беморнинг шахсий анамнезида тери меланомаси бўлиши; диспластик невуслар синдроми; PUVA-терапия (псориаз ва бошқа

сурункали дерматозлар даволаш учун қўлланилади); пигментли ксеродерма (генетик ҳимоя механизмларининг етишмовчилиги сабабли теридаги ўзига хос касаллик); туғма ёки кейин орттирилган иммун етишмовчилиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунносупрессорлар қабул қилиш талаб этиладиган бошқа касалликлар) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Бошқа локализациялардаги меланома хавф омиллари (масалан, шиллиқ пардалар меланомаси, акрал локализацияли меланома, увеал меланома) ҳали тўлиқ ўрганилмаган ва етарлича тадқиқ қилинмаган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Меланома канцерогенезининг айрим механизмлари *in vitro* ва *in vivo* тадқиқотлар орқали ўрганилган. Ультрабинафша (УБ) нурланиши меланома индукцияси ва ўсишини рағбатлантириши бир нечта ҳайвон моделларида намоён этилган. УБ нурланиши меланома ривожланишига турли механизмлар орқали ёрдам бериши мумкин: УБ-В нурланишига хос мутациялар меланома ривожланишида иштирок этувчи генларда учрайди. УБ нурланиши ўсма супрессор оқсили p16INK4A ни инактив қилади, бу эса меланоманинг прогрессиясига ёрдам беради. УБ нурланиши нормал ва хавфли меланоцитларда E- ва P-кадгерин экспрессиясини камайтиради, бу эса W-катенин сигнал узатишини кучайтиради, меланоцитларда хавфли фенотип пайдо бўлишига олиб келади. УБ нурланиши хужайра адгезиясини бузади, бу эса меланома хужайраларининг қўшни кератиноцитлардан ажралиб чиқишига ва инвазив фенотип пайдо бўлишига ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 йилда Россия Федерациясида 11 258 киши тери меланомаси билан касалланган. 2017 йилда умумий касалланиш кўрсаткичи (икки жинс учун) 100 000 аҳолига 7,6 ни ташкил қилган. Стандартизацияланган касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 4,67: Аёлларда – 4,93; Эркакларда – 4,51. 2016 йилда меланома умумий онкологик касалланиш тузилишида: Эркакларда 1,5%; Аёлларда 2%. Охириги 10 йил ичида ўртача йиллик касалланиш ўсиш суръати: Эркакларда – 3,74%; Аёлларда – 3,04%. Касаллик аниқланган ўртача ёш: Икки жинс учун – 61,6 ёш; Эркаклар – 61,3 ёш; Аёллар – 61,8 ёш. Кумулятив хавф (2007–2017 йилларда, 0–74 ёш орасида) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 йилда Россияда тери меланомаси сабабли: 1 757 эркак; 1 956 аёл вафот этган. Умумий ўлим кўрсаткичи (икки жинс учун) – 100 000 аҳолига 2,53. Стандартизацияланган ўлим кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 1,48: Аёлларда – 1,28; Эркакларда – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Staticheskijj-vezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Ўртача ўлим ёши: Икки жинс учун – 64,3 ёш, Эркаклар – 63,0 ёш, Аёллар – 65,6 ёш. 2017 йилда 20 ёшгача бўлган беморларда 25 та меланома ҳолати қайд этилган. 2017 йилда касалликнинг босқичлар бўйича тақсими: I босқич – 35,7%;

II босқич – 43,5%, III босқич – 10,5%, IV босқич – 8,6%, Босқич аниқланмаган – 1,6%. Илк бор касалланганлар орасида актив аниқланган касаллик ҳолатлари – 31,8%. 1-йиллик леталлик – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 йил якунига кўра 94 153 нафар бемор диспансер кузатувида бўлган (100 000 аҳолига 64,1). Шундан 55 758 нафар бемор (59,2%) 5 йил ва ундан ортиқ муддат кузатувида қолган. Контингент йиғилиш индекси – 9,2 (2014 йилда – 9,1). Леталлик – 3,7% (2011 йилда – 4,3%). 2017 йилда радикал даволашга муҳтож бўлган меланома билан касалланган беморлар орасида: 87,3% фақат жарроҳлик даволаш олган; 12,7% эса комбинациялашган ёки комплекс (кимё-нур терапиясиз) даволаш олган (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази 2023 йил статистик маълумотларига кўра, Тери меланомаси билан касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 0,3 ни ташкил этди. 2023 йилда жами 123 та янги меланома ҳолати аниқланган. Шундан профилактик кўриклар давомида актив аниқланган ҳолатлар – 33,3% ҳолат аниқланди. Морфологик тасдиқланган меланома ташхисига эга беморлар улуши – 91,1%. Касаллик босқичлари бўйича тақсимот: I босқич – 7,3%, II босқич – 47,2%, III босқич – 29,3%, IV босқич – 12,2%. Босқич аниқланмаган ҳолатлар – 4,1%. 2025 йил бошига келиб диспансер кузатувида турган беморлар сони – 1 034 киши. Беморлик кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 2,8 ни ташкил қилди. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи – 36,5%ни ташкил қилди. 1 йиллик леталлик – 8,0%. 2023 йилда Ўзбекистон Республикаси бўйича 57 нафар бемор меланома сабабли вафот этган, бу эса 100 000 аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 0,2 ни ташкил этади.

## 2) Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%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](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) (профилактология, греч. πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» [39] 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 [40] [41].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [42]:

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

Профилактика доирасида юкумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд[42].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади[40] [43] 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 [44], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [45] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлиliga асосланган[46] [47].

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 [48] [49].

**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](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 [50]) — 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 [51] [52] [53].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [54].

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 [57]. 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 [57]. 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) [56].
- 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 [55].
- 3. Баъзи профилактика мутахассислари "учламчи ипрофилактика"** атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [55].

**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 давosi

(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:

Канцеропревенция бўйича барча чора-тадбирларни шартли равишда учга бўлиш мумкин [55].

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

— **Иккиламчи профилактика:** касалликни эрта доклиник босқичларда аниқлаш ва даволаш.

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

## 2.3. Профилактика усули ва муолажалари:

### 2) Бирламчи профилактика

([Меланоманинг ривожланишини индукция қилишга қодир бўлган асосий омил анъанавий равишда ультрафиолет нурланиши ҳисобланади. Бунда табиий ва сунъий манбалардан келадиган ультрафиолет нурланиши бир хил даражада хавфлидир. Бу ҳақда А. Cust ва ҳаммуаллифларнинг \(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669232/>\) маълумотлари далил бўлиб хизмат қилади. Улар кўрсатганидек, солярий ёш аёллар орасида меланома касаллиги](https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditcina/2018/5/1230549482018051136#:~:text=%D0%9F%D0%BE%D0%B4%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%8B%20%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8.%D1%87%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B2%D1%8B%D1%87%D0%B0%D0%B9%D0%BD%D0%BE%20%D0%B7%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%20%5B%5D.):</a></p></div><div data-bbox=)

ўсишининг асосий сабабидир: Австралияда 18-29 ёшдаги оқ юзли беморларнинг 76% да меланома солярийдан фойдаланиш натижасида ривожланган. Ультрафиолет нурланишидан ҳимоя анъанавий равишда бир қатор ҳимоя воситаларини қўллашни ўз ичига олади (ёпиқ кийимлар, кенг тошкенли шляпалар, қўёшдан ҳимояловчи кўзойнақлар, ультрафиолет филтрлари бўлган косметик воситалар), шунингдек, хулқ-атворни тўғрилаш (саёҳат давомида сояли жойларни танлаш, пляжда дам олиш вақтида ҳаракат тарзини ўзгартириш). Шунингдек, маъмурий даражада профилактик тадбирларни ташкил этиш мумкин (ёпиқ болалар майдончаларини ташкил этиш, ёпиқ йўлакларни куриш ва ҳ.к.).

Қуёшдан ҳимояловчи юқори даражадаги ҳимояга эга воситаларни қўллаш мақсадга мувофиқлиги аёллар орасида хавфли ўсмалар бўйича Норвегия тадқиқотида яққол намоён этилган. Ушбу тадқиқотда 40-75 ёш оралиғидаги 143 844 нафар аёл иштирок этган бўлиб, уларнинг 722 нафарида тери меланомаси аниқланган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621396/>). Муаллифлар SPF  $\geq$ 15 бўлган қуёшдан ҳимояловчи воситалар SPF <15 бўлган воситаларга нисбатан тери меланомаси ривожланиш хавфини ҳақиқатдан ҳам камайтиришини тасдиқлашди. Бундан ташқари, 40-75 ёшдаги аёллар томонидан SPF  $\geq$ 15 бўлган қуёшдан ҳимояловчи воситалардан фойдаланиш меланома касаллиги учраш ҳолатини 18% га камайтириши аниқланган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621396/>). Шу боис, тери меланомасининг бирламчи профилактикаси меланомани шакллантиришга сабаб бўлувчи асосий омил — ультрафиолет нурланиши таъсирини минималлаштиришга қаратилган. Бунда сунъий ультрафиолет нурланиши таъсирига учрайдиган беморларга алоҳида эътибор бериш лозим. Чунки бу гуруҳга тери касалликлари билан оғриган ва фототерапия олаётган беморлардан ташқари, соғлом одамлар — солярий фойдаланувчилари ҳамда ультрафиолет лампаларидан фойдаланиб гел-лакни куриши хизматиға мурожаат қиладиган шахслар ҳам тобора кўпроқ кирмоқда.

Тери меланомасининг бирламчи профилактика дастурини муваффақиятли амалга оширишга энг яхши мисол сифатида Австралия тажрибасини келтириш мумкин. У ерда XX асрнинг 80-йилларидан бошлаб «Slip! Slop! Slap!» номли комплекс дастур жорий этилди, кейинчалик SunSmart дастури орқали янада такомиллаштирилди. Ушбу дастурга қўшимча равишда «Seek!» ва «Slide!» тушунчалари қўшилди. Ушбу созвучли ва осон эсда қоладиган иборалар қуёш нури таъсирида хавфсиз юришининг асосий тамойилларини англатади: «Slip on a shirt» – «Футболка кий!», «Slop on the 50+ sunscreen» – «SPF50+ ли қуёшдан ҳимояловчи крем сурт!», «Slap on a hat» – «Шляпа кий!», «Seek shade or shelter» – «Соё ва паноҳ топ!», «Slide on some glasses» – «Қуёшдан ҳимояловчи кўзойнақ так!». Австралиянинг бу тажрибаси меланомани олдини олишда самарали ёндашув сифатида тан олинган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678530/>).

Ушбу профилактика дастурининг муҳим жиҳатларидан бири болалар ва ўсмирларни қуёш нурларидан ҳимоя қилишга қаратилган ишларни ўз ичига олди.

Шу жумладан, мактабларда куёшдан ҳимояланган худудларни яратиш, инновацион спорт дастурларини жорий этиш каби чора-тадбирлар амалга оширилди. Шунингдек, ўқитувчилар, фармацевтлар, спорт ташкилотлари ва очиқ ҳавода тадбирлар ўтказишга масъул бошқа муассасалар билан ҳамкорлик ишлари олиб борилди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678530/>). Таъкидлаш жоизки, меланоманинг бирламчи профилактика дастурлари натижасида Австраияда ўсмирлар орасида бу касалликка чалиниш ҳолатларининг камайиши кузатилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24806428/>).

### 3) Иккиламчи профилактика:

Тери меланомаси иккинчи даражали профилактикасининг вазифалари ушбу ўсмани эрта ташхислаш чора-тадбирларидан иборат бўлиб, булар: биринчидан, тери меланомаси ривожланиши хавфи юқори ва жуда юқори бўлган гуруҳларга мансуб шахсларни мақсадли скрининг текширувларидан ўтказиш; иккинчидан, бемор томонидан мустақил равишда тери ҳолатини кузатиш. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204572/>).

Таблица 1. Факторы высокого и очень высокого риска развития меланомы (обобщено по [10])

Table 1. Factors of high and very high risk of melanoma (summary from [10])

Фактор риска	Высокий риск	Очень высокий риск
Характеристики невусов	>50 невусов (или >20 невусов на коже рук) диаметром >2 мм	>100 невусов. Крупный врожденный невус >20 см в диаметре или занимающий >5% поверхности тела
Характеристики атипичных невусов	Один или более атипичный (диспластический) невус	4 или больше атипичных невусов Синдром атипичных невусов
Личный анамнез	Меланома в анамнезе	Семейный синдром атипичных невусов и меланомы Избыточная инсоляция или рак кожи в анамнезе у самого пациента
Семейный анамнез	Меланома у одного родственника первой степени родства Рак кожи в анамнезе у родственников	Два или более случаев меланомы у родственников первой степени родства В анамнезе множественная меланома или рак поджелудочной железы
Генотип	—	Носители мутации гена <i>CDKN2A</i> и родственники первой степени родства Родственники второй степени родства семей с мутацией в гене <i>CDKN2A</i> .
Фенотип	1-й или 2-й фототип по Фитцпатрику (веснушки) Естественный рыжий или белокурый цвет волос	—
Наличие иммуносупрессии	Иммуносупрессия иного генеза	Иммуносупрессивная терапия по поводу трансплантации органов
Инсоляция в анамнезе и другие факторы	Признаки фотоповреждения кожи (актиническое лентиго) Длительная инсоляция	>250 сеансов ПУВА-терапии по поводу псориаза Проведение лучевой терапии в детстве

### 4) Скрининг:

**Тери меланомаси ривожланишининг юқори ва жуда юқори хавфи бўлган шахсларни скрининг текшируви.**

Скрининг текширувлари дерматовенерологлар ёки бошқа мутахассислар иштирокида, шу жумладан, ўрта тиббиёт ходимларини жалб этган ҳолда

ўтказилиши мумкин. Бу ҳолда, турли хил хавфли ўсмаларни аниқлашга қаратилган скрининг клиник-дерматоскопик алгоритмларидан фойдаланиш имконияти мавжуд. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515993/>):

Таблица 2. Скрининговые алгоритмы диагностики злокачественных новообразований кожи

Table 2. Screening algorithms for the diagnosis of malignant skin tumors

Название алгоритма (расшифровка)	Принцип	Кем может применяться (после обучения)
АС-правило (А – асимметрия, С – вариабельность цвета) [11]	1. Оценка асимметрии 2. Оценка вариабельности цвета	1. Неспециалистами 2. Специалистами как при клиническом, так и при дерматоскопическом обследовании
«Хаос и признаки» [12]	1. Отбор для анализа образований, имеющих «хаос», т.е. асимметрию цветов и структур (за некоторыми исключениями) 2. Оценка наличия как минимум одного из восьми признаков, являющихся показанием к удалению	Специалистами, использующими дерматоскопию
TADA — алгоритм (triage amalgamated dermoscopic algorithm — объединенный алгоритм сортировки больных с применением дерматоскопии) [13]	Новообразования с признаками ангиомы, дерматофибромы, себорейной кератомы не требуют вмешательства. Остальные образования требуют диагностической эксцизионной биопсии либо консультации онколога в одном из двух случаев: 1) при дезорганизации строения 2) при наличии одного из следующих признаков: а. Лучистая модель строения б. Сине-черный или серый цвет с. Белые полосы d. Негативная сеть е. Эрозии/язвы f. Сосуды	Специалистами, использующими дерматоскопию
Алгоритм из трех признаков [14]	Необходимо исключать меланому кожи при наличии двух и более из трех следующих признаков: 1) Асимметрия цветов и/или структур 2) Синий и/или белый цвет 3) Атипичная пигментная сеть	1) Средним медицинским персоналом 2) Начинающими специалистами

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

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

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

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

Ўзбекистон Республикасида тери меланомасини скрининг дастурлари ишлаб чиқилмаган ва унинг нисбатан кам учраши ҳамда иқтисодий самарасизлиги сабабли, оммавий скрининг дастурлари ўтказилмайди.

## 5) Учламчи профилактика:

Рецидивлар ва метастазларни эрта аниқлаш ва даволашни амалга ошириш лозим;

Бир марта меланома ташхиси қўйилган беморларда янги ўсмаларнинг қайта пайдо бўлиш хавфи сезиларли даражада юқори бўлади. Қайта касалланиш тахминан ҳар учинчи беморда рўй беради, шунингдек, кўп ҳолларда янги ўсмалар даволаш тугалланганидан кейинги уч йил ичида пайдо бўлади. Шу сабабли,

даволаш тугаганидан кейин камида уч йил давомида ҳар йиллик клиник тери кўригидан ўтиш тавсия этилади. Бундан ташқари, беморларга ўз терисини диққат билан кузатиш ва шубҳали ҳолатларда шифокорга мурожаат қилиш тавсия этилади.

**б). Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларини қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар** (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/06/melanoma-kozhi-i-slizistyh-obolochek.pdf>)

*Бугунги кунга келиб, тери меланомаси билан касалланган беморларни кузатишнинг тез-тезлиги ва интенсивлиги борасида ягона фикр мавжуд эмас. Беморларни кузатишдан кўзланган мақсадлар қуйидагилардан иборат бўлиши лозим: касаллик рецидивини (айниқса, узоқ метастазларни) эрта аниқлаш, иккинчи ўсмаларни (хусусан, янги меланомаларни) эрта аниқлаш ҳамда беморларга психоижтимоий ёрдам кўрсатиш.*

Бирламчи меланома хавфини камайтириш ва янги меланомалар ёки бошқа теридаги ёввойи ўсмаларни олдини олиш мақсадида куёш куйишидан ёки сунъий ультрабинафша нурларининг таъсиридан қочиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703311/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2)*

- Илгари "тери меланомаси" ташхиси қўйилган барча беморларга тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларини мунтазам равишда ўз-ўзини текшириш **тавсия этилади** ҳамда қандайдир ўзгаришлар аниқланган тақдирда ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш лозим. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710122/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 3)*

**6.1. Касаллик прогрессияланиши жуда юқори хавфи бўлган беморларни кузатуви (0–IA босқич).**

- Физик текширувлар тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини диққат билан баҳолаш асосида ҳар 6 ойда 3 йил давомида, сўнгра 10 йил мобайнида ҳар йили ўтказилиши тавсия этилади. Инструментал текширувлар фақат кўрсатмалар бўйича – «Инструментал диагностика тадқиқотлари» бўлимида берилган тавсияларга мувофиқ ўтказилиши **тавсия этилади.** (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5599085/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)*

**6.2. Касаллик прогрессияланиши паст хавфи бўлган беморларни кузатуви**

**(IV–IV босқичлар).**

• Физик текширувлар тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини диққат билан баҳолаш асосида ҳар 6 ойда 5 йил давомида, сўнгра 10 йил мобайнида ҳар йили ўтказилиши тавсия этилади. Шунингдек, регионар лимфа тугунларининг УТТ 3 йил давомида ўтказилиши тавсия этилади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5599085/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси –5).*

**6.3. Касаллик прогрессияланиши юқори хавфи бўлган беморларни кузатуви (I–III босқичлар ва IV босқич солитар метастазларни олиб ташлангандан сўнг).**

• Физик текширувлар тери қопламлари ва периферик лимфа тугунларининг ҳолатини диққат билан баҳолаш асосида ҳар 3 ойда 3 йил давомида, сўнгра ҳар 6 ойда 10 йил мобайнида ўтказилиши тавсия этилади. Регионар лимфа тугунларининг УТТ ҳар 3 ойда 3 йил давомида, сўнгра ҳар 6 ойда 10 йил мобайнида ўтказилиши тавсия этилади. Нур диагностика (кўкрак қафаси аъзоларининг КТ, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзоларининг КТ ёки МРТ в/в контрастлаш билан ёки бутун танани қамраб олувчи фтордезоксиглюкоза билан ПЭТ/КТ) ҳар 6 ойда 5 йил давомида ўтказилиши тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21540750/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси —5).*

• Илк бор аниқланган узоқ метастазлари бўлган беморларга миянинг метастатик шикастланишини истисно қилиш мақсадида в/в контрастлаш билан миянинг МРТ ўтказилиши тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260100/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – А (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 1).*

## **2.4. Реабилитация усули ва муолажалари:**

Тери меланомаси 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:**

Ҳозирги вақтда мери меланомаси бўлган беморлар иштирокида тиббий реабилитациянинг кўпчилик турлари бўйича клиник тадқиқотлар мавжуд эмас. Ушбу тавсиялар кўплаб тадқиқотларда, жумладан, мета-таҳлилларда (Steffens, D. ва бошқ., 2018) ва тизимли шарҳларда (Nicole L. Stout ва бошқ., 2017; R. Segal ва бошқ., 2017) турли хил тиббий реабилитация усуллари функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштириши, операциядан сўнг стационарда бўлиш муддатини қисқартириши, асоратлар ва ўлим ҳолатлари сонини камайтиришини исботлаган маълумотларга асосланиб ишлаб чиқилган.

### **1.1. Предреабилитация**

● Барча беморларга функционал тикланишни тезлаштириш, операциядан сўнг стационарда вақтни қисқартириш, асоратлар ва летал ҳолатларнинг камайишини таъминлаш мақсадида предреабилитация ўтказиш тавсия этилади. Предреабилитацияга даволаш жисмоний тарбияси (ЛФК), психологик ва нутритив ёрдам ҳамда беморларни маълумот билан таъминлаш киради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

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

**Изоҳ:** Беморга операциядан 2 ҳафта олдин физик фаолликни оширишни тавсия этиши керак, бу стационарда бўлиш вақтни қисқартиради, жарроҳликдан кейинги асоратлар хавфини камайтиради ва операциядан кейин ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатади ((<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>)).

### **1.2. Жарроҳлик давосида реабилитация**

#### **1.2.1. Реабилитациянинг биринчи босқичи**

● Онкодерматологияда беморларни реабилитация қилишда мултидисциплинар ёндашув тавсия этилади, бу жисмоний реабилитация,

психологик ёрдам, иш терапияси мутахассислари (иш терапияси бўйича инструкторлар) билан ишлашни ўз ичига олади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>)

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

- Онкодерматологияда операциялардан сўнг функционал натижаларни яхшилаш мақсадида тикланиш даволашни эрта бошлаш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- Ҳар бир ҳолатда жисмоний машқлар мажмуаси (ЛФК) операциянинг хусусиятлари ва ҳажмидан келиб чиққан ҳолда индивидуал тарзда ишлаб чиқилиши **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117349/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- Беморларга эрта баъда операция даврида тиббий массаж тайинлаш **тавсия этилади** (операция қилинган анатомик зонадан ташқари), чунки тиббий массаж мушаклар тонусини оширади, баъда операция яраси битишини яхшилади, оғриқ синдроми ва шишни камайтиради, шунингдек тромботик асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502797/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- Баъда операция шишларининг олдини олиш мақсадида пневмокомпрессия қўллаш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068019/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- Баъда операция шишларини даволаш ва олдини олиш мақсадида кинезиологик тейплаш қўллаш **тавсия этилади**, бунинг таъсири прессотерапия қўллаш билан таққосланади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068019/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- Оғриқни камайтириш мақсадида даволаш позицияси, ЛФК, операция соҳасига криотерапия, тиббий массаж ва электротерапияни биргаликда қўллаш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/>).

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5).*

- ЛФК ҳажмини босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**. Фаол четга олиб бориш имконияти пайдо бўлганда, операция қилинган қўл-ойоққа тўлик юклама беришга рухсат этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

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

### 1.2.2. Реабилитациянинг иккинчи босқичи

- Чандиқларнинг қўпол ўзгаришлар ҳосил бўлишининг олдини олиш учун уларни ҳаракатлантиришга қаратилган усуллардан фойдаланиш **тавсия этилади**, жумладан, чуқур массаж, чўзилиш машқлари, чандиқ ўзгаришларни юмшатиш мақсадида ультратовуш терапияси. [58].

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

- Лимфедема пайдо бўлганда тўлик шишга қарши терапия ўтказиш **тавсия этилади**, у қўл билан лимфодренаж, компрессион трикотаж кийиш, ЛФК комплексини бажариш ва тери парваришини ўз ичига олади. [59].

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

- Тўлик шишга қарши терапия билан бирга, камералардаги босим 30–60 мм симоб устунни бўлган, камида 1 соат давом этадиган навбатма-навбат пневмокомпрессия қўллаш тавсия этилади. (<https://atlanticlymph.ca/en/wp-content/uploads/2012/09/nlnriskreduction.pdf>).

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

- Тўлик шишга қарши терапия билан бирга паст интенсивли лазеротерапия қўллаш тавсия этилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29216916/>).

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

### 1.2.3. Реабилитациянинг учинчи босқичи

- Аэробик юкламаларни ўз ичига олган ЛФК мажмуасини бажариш ва босқичма-босқич кенгайтириш **тавсия этилади**, бу эса ёввойи ўсмаларни мажмуавий даволаш натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилади. [60].

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

- Ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ синдроми ва заифликни камайтириш мақсадида тиббий массаж **тавсия этилади**. [61].

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

### 1.3. Кимё терапияда реабилитация

- Ҳимиётерапия фонида жисмоний заифлик, гипотрофия ва жисмоний юкламаларга толерантлик пасайишини олдини олиш учун жисмоний юкламаларни барвақт бошлаш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 3).

- Ушбу тавсия Nicole L. Stout ва бошқ. (2017) ҳамда R. Segal ва бошқ. (2017) томонидан ўтказилган тизимли кўриб чиқиш натижаларига асосланган бўлиб, бошқа хавфли ўсмалар билан касалланган беморларга жисмоний машқларнинг таъсирини ўрганган. Ҳимиётерапия фонида аэробик юкламаларни қўллаш тавсия этилади, чунки у гемоглобин ва эритроцитлар даражасини оширади, лейко- ва тромбоцитопения давомийлигини камайтиради, шунингдек, режалаштирилган Ҳимиётерапия курсини тўлиқ яқунлаш эҳтимолини оширади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

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

- Ҳимиётерапия фонида ЛФК ўтказиш **тавсия этилади**, чунки у ҳолсизлик ва депрессияни камайтиради. Ҳимиётерапия фонида ҳолсизлик ва депрессияни даволашда ЛФКни психологик қўллаб-қувватлаш билан биргаликда қўллаш, фақат дори-дармонли коррекцияга нисбатан самаралироқ ҳисобланади. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557289/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – А (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 1).

- Ҳимиётерапия фонида ЛФК ҳажми ва интенсивлигини индивидуал тарзда танлаш тавсия этилади, ҳолсизлик даражасини (енгил, ўртача, оғир) ҳисобга олган ҳолда. Умумий ҳолат яхшиланганда ЛФК интенсивлигини ошириш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

- Беморларга даволашнинг ноҳўя таъсирларини бошқариш ва даволашга толерантликни ошириш мақсадида аэробик юклама ва куч ишлатиш машқларини бирлаштириш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

- Беморларга химиятерапия бошланганидан кейин 6 ҳафта давомида тиббий массаж курсини ўтказиш **тавсия этилади**, бу эса комплекс даволаш фонида кучсизликни камайтиради. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044466/>).

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

- Мувозанатни машқ қилиш бўйича машқларни ўтказиш **тавсия этилади**, чунки бу чидамлилиқ ва куч машқларини бирлаштиришга нисбатан полинейропатияни тузатишда самаралироқдир. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

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

- Меланома касаллиги ёки шиллиқ қават меланомаси бўлган ва химиотерапиянинг токсик таъсири натижасида полинейропатия ривожланган беморларга клиник кўринишларни назорат қилиш мақсадида тикланиш муолажалари умумий комплекси таркибида 6 ҳафталик юриш (терренкур) курси тайинлаш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29243164/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2).

- Химиотерапия фонидаги периферик полинейропатияни даволашда паст интенсивли лазеротерапияни қўллаш **тавсия этилади** (<https://experts.mcmaster.ca/display/publication1233659>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2).

- Химиотерапия фонидаги периферик полинейропатияни даволашда паст частотали магнитотерапияни қўллаш **тавсия этилади**. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27657350/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси – В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 2).

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

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

- Химиотерапия фонидаги оғиз бўшлиғи мукозитларини олдини олиш учун паст интенсивли лазеротерапия ўтказиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198431/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – А (далилларнинг ишончилиги даражаси – 1).

- Химиотерапия фонида кардиал асоратлар ривожланиш частотасини камайтириш учун ЛФК комплекси ўтказиш **тавсия этилади.** [62].

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

- Химиотерапия фонида алопециянинг олдини олиш мақсадида бош терисини совутиш тизимларини қўллаш **тавсия этилади.** [63].

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

#### **1.4. Нур терапияда реабилитация**

- Нур терапияси фонида заифликнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида аэробик юклама ҳамда куч машқлари бирлашмасидан иборат ЛФК мажмуасини бажариш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

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

- Биринчи навбатда суяк метастазлари бўлган беморларда нур терапияси фонида суяк тўқимаси зичлигини ва чидамликни ошириш мақсадида ЛФК мажмуасини ўтказиш **тавсия этилади.** [64].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – В (далилларнинг ишончилиги даражаси – 2).

- Нур терапияси бошланганидан 3 кун ўтгач, нурли дерматит профилактикаси мақсадида ҳафтасига 3 кун давомида паст интенсивли лазер терапиясини қўшиш **тавсия этилади.** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

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

#### **1.5. Тери хавfli ўсмалари беморларини психологик реабилитация асослари**

- Беморларни касаллик, руҳий реакциялар, даволаш жараёнидаги масъулияти, қариндошлар ва тиббий ходимлар билан мулоқот усуллари, касаллиги ёки ҳолати ҳақида қўшимча маълумот олиш йўллари, ижтимоий

қўллаб-қувватлаш усуллари тўғрисида хабардор қилиш **тавсия этилади**, бу эса ҳаёт сифатини ва касаллик натижасини яхшилашга олиб келади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

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

- Енгиб ўтиш хулқ-атвор ва қабул қилинадиган ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг бирлашган таъсирига эришиш **тавсия этилади**, бу эса даволашдан олдин такрорланувчи ва четланувчи фикрлар сонининг камайишига ҳамда даволашдан 1 ой ўтгач яхшироқ руҳий мослашув таъминланишига олиб келади. [65].

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

- Психо-таълимий тадбирлар ва руҳий қўллаб-қувватлаш (патологик руҳий реакцияларни ўз-ўзига ташҳис қилиш; стрессга бардош бериш усуллари; руҳий реакциялар ва жисмоний ҳолат ўзаро таъсирини кузатиш) **тавсия этилади**, бу эса касаллик ва даволаш шароитида ижтимоий ва руҳий мослашувга кўмаклашувчи стрессли воқеаларни шахсий тажрибага айлантиришнинг асосий механизми сифатида қаралиши мумкин. [66]

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

**Изоҳ:** Илмий тадқиқотларда онкопсихология доирасида меланома ва НМК билан хасталанган беморлар орасида учта енгиб ўтиш услуби кўп учрайди:

- (1) Эмоционал, жисмоний ва ижтимоий қийинчиликларни фаол ҳаракатлар билан енгил, касаллик ва уни даволаш билан боғлиқ муаммоларни фаол ҳал қилиш;
- (2) Фаол-когнитив ёндашув, яъни касалликка бўлган муносабат, ишонч ва фикрлаш жараёнлари орқали уни тушуниш ва қабул қилиш;
- (3) Енгишнинг узоқлаштирувчи усули, яъни муаммоларни фаол равишда четлаб ўтиш ёки ҳиссий зўриқишни камайтириш учун диққатни бошқа нарсаларга қаратиш.

Умуман олганда, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, фаол (муаммога йўналтирилган) ҳаёт кечирини стратегияларини қўллайдиган беморлар касалликка пассив ёки узоқлаштирувчи услублардан фойдаланадиганларга нисбатан яхшироқ мослашадилар [67].

Фаол-хулқ-атвор йўли билан қийинчиликларни енгил усулларида фойдаланган беморлар ўзларида юқорироқ ўз-ўзини баҳолаш ва энергия даражасини, камроқ жисмоний белгилари ҳамда қўзғалувчанлик ва астенизациянинг пасайганини қайд этдилар. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

Бунга тескари равишда, меланома ва НМКнинг бошлангич босқичларидаги беморларда муаммолардан қочиш йўли билан енгиш усуллари ва хавотир, депрессия, саросима ҳамда ноустувор кайфият ўртасида ижобий боғлиқлик намоён бўлди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>)

Boesen et al. беморларга психологик-маърифий ёрдам кўрсатувчи тузилган аралашувлар дистресс ва кайфият бузилишларини камайтиришга ёрдам бериши ҳамда меланома ва НМК билан касалланган беморлар орасида яшаб қолиш стратегияларидан фаолроқ фойдаланишга олиб келишини намоён қилди. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089864/>).

- НМК билан боғлиқ руҳий реакцияларни (астено-ташвишли-депрессив турдаги реакциялар, нарцисстик реакциялар, ПТС доирасидаги реакциялар, ижтимоий изоляция) мақсадли равишда психокоррекция қилиш тадбирларини ўтказиш **тавсия этилади**, бу эса ташвишни, соғлиқ билан боғлиқ бузилишларни камайтиришга ҳамда касалликка қарши курашда ижобий ўзгаришларга олиб келади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22933380/>).

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

**Изоҳ:** Психокоррекция тадбирларининг натижалари меланома ва НМК билан оғриган беморлар орасида депрессия, онгнинг чалкашлиги, астенизация, апатия ва умумий кайфият пасайишининг паст даражасини намоён этади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>). Шунингдек, кўплаб тадқиқотлар арлашувнинг иммун тизими функцияларига ижобий таъсирини, жумладан, айрим турдаги табиий киллерлар (НК) сонининг ортиши ва НК-хужайраларнинг ўсмаларга қарши курашиш салоҳияти ошиши билан боғлиқлигини кўрсатади. Беш йиллик кузатув натижаларига кўра, ушбу психологик ва биологик ўзгаришлар рецидив ва яшовчанлик кўрсаткичлари билан боғлиқ эканлиги аниқланган. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

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

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

Иккиламчи профилактика тери меланомасини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда тери меланомасини тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган тери меланомаси 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 меланомаси ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Иккинчи даражали профилактика мақсадида, айниқса хавф омиллари мавжуд бўлган одамлар 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 даволашдан кейин беморларни кузатиш алгоритми бошқа хавфли ўсмалар билан касалланган беморларникига ўхшаш. Биринчи йил давомида бундай беморлар ҳар 3 ойда бир марта кузатилади. Ҳар 3 ойда бемор онколог қабулига келади, назорат текширувлари тайинланади. Одатда, бу кўрик, метастазлар тарқалишининг минтақавий худудларидаги УТТ, лимфа тугунларини баҳолаш ва кўрсатмаларга мувофиқ ўпкалардаги ўзгаришларни аниқлаш бўйича текширув (одатда, бу ўпкаларнинг КТ бўлиши мумкин) ўтказилади.

Зарур ҳолларда қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ўтказилади. Ҳар олти ойда бутун тана ПЭТ/КТси амалга оширилади. Бундан ташқари, меланома билан касалланган беморларда бош мияда метастазлар мавжуд ёки йўқлигини баҳолаш мақсадида кўп ҳолларда МРТ тайинланади. Бу ҳам меланома билан касалланган беморларни даволаш, кузатиш ва текшириш стандартларидан бири ҳисобланади.

Биз муҳокама қилган меланома ривожланишининг этиологик омилларини ҳисобга олган ҳолда, умуман олганда, ҳаёти давомида меланома билан касалланган одамларга асосий тавсия – инсоляциядан қочиш, очик қуёш нурлари ёки ультрафиолет таъсиридан сақланиш ва ўзини ҳимоя қилишдир. Қуёшдан ҳимояловчи кремлардан фойдаланиш тавсия этилади. Бу тавсиялар универсал бўлиб, шу жумладан меланома бўйича даволанишни ўтаган беморлар учун ҳам амал қилади.

#### 4. Реабилитация босқичи ва кўлами:

8-жадвалда олдин белгиланган ташхис билан диспансер кузатуви доирасида тавсия этиладиган текширувлар жадвали келтирилган бўлиб, у «Ташхис» бўлимида берилган тавсиялар ва касалликнинг авж олиш хавфлари асосида тузилган.

**8-жадвал.** Тери меланомаси бўлган беморларнинг текширув жадвали

Касаллик босқичи (ёки эквивалент)	Физикал кўрик			Лимфа тугунлари УТТси			Тўлиқ кўламда нур диагностика		
	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–IA	Ҳар 6 ойда	Ҳар 12 ойда	Ҳар 12 ойда	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан
IB–IIB	Ҳар 3 ойда	Ҳар 6 ойда	Ҳар 12 ойда	Ҳар 6 ойда	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан	Кўрсатма билан
IIIC–IV	Ҳар 3 ойда	Ҳар 6 ойда	Ҳар 6 ойда	Ҳар 3 ойда	Ҳар 6 ойда	Кўрсатма билан	Ҳар 6 ойда	Ҳар 6 ойда	Кўрсатма билан

#### 5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган ҳолда ташхислаш тадбирлари:

Барча беморларга қуёшдан қуийшдан сақланиш, тери қопламаларини ва периферик лимфа тугунларини мунтазам равишда ўз-ўзига текшириш ҳамда ҳар қандай ўзгаришлар аниқланганда ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш тавсия

этилади. Мувофакқиятли даволанишнинг асосий омилларидан бири белгиланган муддатларда динамик кузатувдан ўтишдир: - даволаш тугатилганидан кейинги биринчи йил давомида – ҳар 3 ойда 1 марта; - даволаш тугатилганидан кейинги иккинчи йил давомида – ҳар 6 ойда 1 марта; - даволаш тугатилганидан кейинги учинчи йилдан бошлаб – 3 йил давомида йилига 1 марта.

1) Далиллар даражаси киритилган холда асосий ташхислаш тадбирлари:

- Локал назорат – ҳар текширувда;
- регионар лимфа тугунларини пайпаслаш - ҳар текширувда;
- кўкрак қафаси КТси - ҳар йили 1 марта;
- қорин бўшлиғи аъзолари УТТси – 6 ойда 1 марта (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда).
- Яшаш жойи бўйича онколог томонидан кузатув (олиб ташланган ўсма соҳасини кўздан кечириш, периферик лимфа тугунларини пальпация қилиш).
- Кўкрак қафаси аъзоларининг КТси (кузатувнинг биринчи 2 йили давомида ҳар 3 ойда 1 марта; иккинчи йилдан бешинчи йилгача ҳар 6 ойда 1 марта).
- Худудий лимфа оқими соҳаларини УТТси (кузатувнинг биринчи 2 йили давомида ҳар 3 ойда 1 марта; иккинчи йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта ва учинчи йилда бир марта).
- Контрастли бош мия МРТ си (кузатувнинг биринчи 2 йили давомида ҳар 3 ойда 1 марта; иккинчи йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта ва учинчи йилда бир марта).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси (кузатувнинг биринчи 2 йили давомида ҳар 3 ойда 1 марта; иккинчи йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта ва учинчи йилда бир марта).
- Қонда ЛДГ даражасини аниқлаш (кузатувнинг биринчи 2 йили давомида ҳар 3 ойда 1 марта; иккинчи йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта ва учинчи йилда бир марта).
- ПЭТ-КТ (ҳар 6 ойда 1 марта ёки зарур кўрсатмалар мавжуд бўлганда белгиланган муддатларда).

*Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси – 5)*

2) Далиллар даражаси киритилган холда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

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

## **6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:**

### **Меланоманинг прогресслаш хавфига асосланган текширувлар жадвали**

Жуда паст хавфли беморларга (**0-босқич**) ҳар йили тери ҳолатини синчиклаб баҳолаш билан жисмоний кўрик ўтказиш тавсия этилади.

Паст хавфли беморларга (**I-IIA босқичлар**) тери ҳолатини ва периферик лимфа тугунларини синчиклаб баҳолаш билан жисмоний кўрик ҳар 6 ойда бир марта, 5 йил давомида ўтказилиши, сўнгра ҳар йили текширув ўтказилиши тавсия этилади. Асбобий текширув фақат кўрсатмалар бўйича бажарилади.

Юқори хавфли беморларга (**IIIB-III босқичлар ва ялғиз метастазлар олиб ташланганидан кейинги IV босқич**), агар клиник касаллик аломатлари бўлмаса, 2 йил давомида ҳар 3 ойда бир марта, кейинги 3 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта, сўнгра ҳар йили кузатувдан ўтиш тавсия этилади.

## **7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:**

Профилактик терапия ва реабилитация динамик назорат ташрифи давомида клиник, лаборатория ва инструментал текширувларни кузатиш керак. Тери меланомаси 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 меланомаси учун хавф омили ёки фон касалликлари бўлган холатлар/касалликларни ўз вақтида даволаш.

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

- ХКТ код (лар) и:

<b>ХКТ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C43	– Тери хавфли меланомаси
C43.1	– Қовоқ териси
C43.2	– Қулоқ супраси териси
C43.3	– Юзнинг бошқа қисмлари териси
C43.4	– Бош ва бўйиннинг сочли қисми териси
C43.5	– Тана териси
C43.6	– Қўлларнинг териси
C43.7	– Оёқларнинг териси
C43.8	– терининг комбинирланган шикастланиши
C43.9	– Тери, ҚАС
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1214">https://mkb-10.com/index.php?pid=1214</a>	
<b>ХКТ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C30	Тери меланомаси
2C30.0	Юзасидан тарқалувчи меланома, бирламчи
2C30.1	Тугунсимон меланома, бирламчи
2C30.2	Хавфли лентиго-меланома, бирламчи
2C30.3	Акрал лентигиноз меланома, бирламчи
2C30.Y	Бошқа аниқланган тери меланомаси
2C30.Z	Аниқланмаган тери меланомаси
2E63	Меланома in situ
XN9KY6	Хавфли лентиго
XN3XX3	Меланома in situ
XN41F9	ҚАС – саратонгача меланоз
XN9L11	Акрал меланома
XN3TK1	Амеланотик меланома
XN8TE3	Баллон ҳужайрали меланома
XN1P36	Десмопластик амеланотик меланома
XN1Z15	ҚАС – десмопластик меланома

XH9NL4	Хавфли лентиго меланома
XH5L25	Гигант туғма невосдан келиб чиққан хавфли меланома
XH23B1	Чегаравий невосдаги хавфли меланома
XH7L76	Саратонгача меланоздаги хавфли меланома
XH6XP3	Рецидивга мойил хавфли меланома
XH1BP7	Менингеал меланоматоз
XH5QP3	Шиллиқ қаватлар лентигиноз меломаси
XH5F94	Нейротроп хавфли меланома
XH4QG5	Тугунсимон меланома
XH08X7	Юзага тарқалувчи меланома
XH4846	ҚАС – хавфли меланома
XH25M1	ҚАС – урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH8HA2	Аралаш эпителиоид ва урчуқсимон ҳужайрали меланома
XH0QL5	Эпителиоид ҳужайрали меланома
XH5KW3	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, А тури
XH5YE7	Урчуқсимон ҳужайрали меланома, Б тури
XH1G74	Хавфли хаворанг невос
XH7JW1	Қуёш нуридан кам шикастланган меланома
XH8DS3	Шпиц хавфли ўсмаси
XH3DN1	Менингеал меланома
XH8681	Невосга ўхшаш меланома
Юклуб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#108819171</a>	

## 1. Асосий қисм.

### 1) Кириш

**Тери меланомаси** – нейроэктодермал келиб чиқишли, меланоцитлар (пигмент ҳужайралари)дан ривожланувчи хавфли ўсмалар (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6500548/>). Айрим ҳолларда, узоқ метастазлар мавжуд бўлганда, теридаги (ёки бошқа аъзолардаги) бирламчи ўчоқ аниқланмаслиги мумкин. Бу ҳолат спонтан регрессия (бирламчи ўсманинг ўз-ўзидан йўқолиши) ёки морфологик текширувсиз тиббий ёки косметик манипуляция вақтида ўчоқнинг олиб ташланиши натижасида юзага келиши

мумкин. Бундай ҳолат "бирламчи ўчоқ аниқланмаган меланома метастазлари" деб аталиши керак. Шунинг ҳисобга олиш керакки, меланоцитлар нормал ҳолатда бир қатор аъзоларда учрайди (ошқозон-ичак тракти, жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, мия пардалари, кўзнинг томирли пардаси ва бошқалар). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19659579/>), бирламчи ўсма (меланома) мазкур аъзоларнинг исталганида ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда, ўсма жойлашган аъзога мос равишда номланади, масалан: ичак шиллиқ пардаси меланомаси (масалан, ёнбош ичак шиллиқ пардаси меланомаси), кўзнинг томирли пардаси меланомаси.

**- Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

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

Халқаро Саратонни Ўрганиш Агентлиги (IARC) – GLOBOCAN маълумотларига кўра, 2022 йилда жами 331 722 та тери меланомаси ҳолати аниқланган ва 58 667 нафар инсон ушбу касалликдан вафот этган

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

Меланома ривожланиши учун ягона этиологик омил мавжуд эмас. Тери меланомасининг спорадик (ирсий бўлмаган) шакллари учун энг муҳим хавф омиллари – ултрабинафша (УБ) нурланишининг таъсири, айниқса: УБ-В (290–320 нм тўлқин узунлиги), УБ-А (320–400 нм тўлқин узунлиги). Шу билан бирга, одамларнинг тери ултрабинафша таъсирига сезгирлиги турлича бўлиб, 6 турга ажратилади: 1 ва 2-турлар энг юқори сезгирликка эга (куёш таъсирида қўлда куёш куйиши эҳтимоли юқори). 5 ва 6-турлар эса энг паст сезгирликка эга (куёш таъсирида куйиш хавфи жуда кам) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Бошқа хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: 10 дан ортиқ диспластик невуслар мавжудлиги; 100 дан ортиқ оддий (сўнгги ҳаёт даврида пайдо бўлган) невуслар мавжудлиги; жигаранг сочлар (одатда, I фототип терига боғлиқ); болалик даврида кучли ва даврий равишда такрорланиб турадиган куёш нури таъсири (куёш куйишлари) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8011696/>). Эпидемиологик маълумотларга кўра, ултрабинафша нурланиши билан боғлиқ меланома хавфи энг юқори даражада қисқа муддатли, лекин кучли куёш таъсирига учраган ва болаликда куёш куйишларини бошдан кечирган шахсларда кузатилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>). Кўшимча хавф омиллари куйидагиларни ўз ичига олади: умумий тананинг 5% ёки ундан ортиқ майдонини эгаллаган гигант ёки катта туғма невос мавжудлиги; оилада тери меланомаси тарихи (ирсий мойиллик); беморнинг шахсий анамнезида тери меланомаси бўлиши; диспластик невуслар синдроми; PUVA-терапия (псориаз ва бошқа сурункали дерматозлар даволаш учун қўлланилади); пигментли ксеродерма

(генетик ҳимоя механизмларининг етишмовчилиги сабабли теридаги ўзига хос касаллик); туғма ёки кейин орттирилган иммун етишмовчилиги (масалан, аъзо трансплантациясидан сўнг ёки иммунносупрессорлар қабул қилиш талаб этиладиган бошқа касалликлар) (<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcgbef/>). Бошқа локализациялардаги меланома хавф омиллари (масалан, шиллик пардалар меланомаси, акрал локализацияли меланома, увеал меланома) ҳали тўлиқ ўрганилмаган ва етарлича тадқиқ қилинмаган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27822007/>).

Меланома канцерогенезининг айрим механизмлари *in vitro* ва *in vivo* тадқиқотлар орқали ўрганилган. Ультрабинафша (УБ) нурланиши меланома индукцияси ва ўсишини рағбатлантириши бир нечта ҳайвон моделларида намоёйиш этилган. УБ нурланиши меланома ривожланишига турли механизмлар орқали ёрдам бериши мумкин: УБ-В нурланишига хос мутациялар меланома ривожланишида иштирок этувчи генларда учрайди. УБ нурланиши ўсма супрессор оқсили p16INK4A ни инактив қилади, бу эса меланоманинг прогрессиясига ёрдам беради. УБ нурланиши нормал ва хавфли меланоцитларда E- ва P-кадгерин экспрессиясини камайтиради, бу эса W-катенин сигнал узатишини кучайтиради, меланоцитларда хавфли фенотип пайдо бўлишига олиб келади. УБ нурланиши хужайра адгезиясини бузади, бу эса меланома хужайраларининг кўшни кератиноцитлардан ажралиб чиқишига ва инвазив фенотип пайдо бўлишига ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18846265/>).

2018 йилда Россия Федерациясида 11 258 киши тери меланомаси билан касалланган. 2017 йилда умумий касалланиш кўрсаткичи (икки жинс учун) 100 000 аҳолига 7,6 ни ташкил қилган. Стандартизацияланган касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 4,67: Аёлларда – 4,93; Эркакларда – 4,51. 2016 йилда меланома умумий онкологик касалланиш тузилишида: Эркакларда 1,5%; Аёлларда 2%. Охирги 10 йил ичида ўртача йиллик касалланиш ўсиш суръати: Эркакларда – 3,74%; Аёлларда – 3,04%. Касаллик аниқланган ўртача ёш: Икки жинс учун – 61,6 ёш; Эркаклар – 61,3 ёш; Аёллар – 61,8 ёш. Кумулятив хавф (2007–2017 йилларда, 0–74 ёш орасида) – 0,55%. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030892/>).

2017 йилда Россияда тери меланомаси сабабли: 1 757 эркак; 1 956 аёл вафот этган. Умумий ўлим кўрсаткичи (икки жинс учун) – 100 000 аҳолига 2,53. Стандартизацияланган ўлим кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 1,48: Аёлларда – 1,28; Эркакларда – 1,81 (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Staticheskijj-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Ўртача ўлим ёши: Икки жинс учун – 64,3 ёш, Эркаклар – 63,0 ёш, Аёллар – 65,6 ёш. 2017 йилда 20 ёшгача бўлган беморларда 25 та меланома ҳолати қайд этилган. 2017 йилда касалликнинг босқичлар бўйича тақсимооти: I босқич – 35,7%; II босқич – 43,5%, III босқич – 10,5%, IV босқич – 8,6%, Босқич аниқланмаган –

1,6%. Илк бор касалланганлар орасида актив аниқланган касаллик ҳолатлари – 31,8%. 1-йиллик леталлик – 10,6%. (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiij-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

2017 йил якунига кўра 94 153 нафар бемор диспансер кузатувида бўлган (100 000 аҳолига 64,1). Шундан 55 758 нафар бемор (59,2%) 5 йил ва ундан ортиқ муддат кузатувда қолган. Контингент йиғилиш индекси – 9,2 (2014 йилда – 9,1). Леталлик – 3,7% (2011 йилда – 4,3%). 2017 йилда радикал даволашга муҳтож бўлган меланома билан касалланган беморлар орасида: 87,3% фақат жарроҳлик даволаш олган; 12,7% эса комбинациялашган ёки комплекс (кимё-нур терапиясиз) даволаш олган (<https://nnood.ru/wp-content/uploads/2019/04/Statichticheskiij-ezhegodnik-Gercena-2018.pdf>).

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази 2023 йил статистик маълумотларига кўра, Тери меланомаси билан касалланиш кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 0,3 ни ташкил этди. 2023 йилда жами 123 та янги меланома ҳолати аниқланган. Шундан профилактик кўриклар давомида актив аниқланган ҳолатлар – 33,3% ҳолат аниқланди. Морфологик тасдиқланган меланома ташхисига эга беморлар улуши – 91,1%. Касаллик босқичлари бўйича тақсимот: I босқич – 7,3%, II босқич – 47,2%, III босқич – 29,3%, IV босқич – 12,2%. Босқич аниқланмаган ҳолатлар – 4,1%. 2025 йил бошига келиб диспансер кузатувида турган беморлар сони – 1 034 киши. Беморлик кўрсаткичи – 100 000 аҳолига 2,8 ни ташкил қилди. 5 йиллик яшовчанлик кўрсаткичи – 36,5%ни ташкил қилди. 1 йиллик леталлик – 8,0%. 2023 йилда Ўзбекистон Республикаси бўйича 57 нафар бемор меланома сабабли вафот этган, бу эса 100 000 аҳолига нисбатан ўлим кўрсаткичи 0,2 ни ташкил этади.

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

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

**TNM тизими бўйича тасниф (8 нашр 2017й) Америка хавфли ўсмалар бўйича бирлашган комиссиясининг тавсиялари [19] (ИД – А).**

**T – бирламчи ўсма.**

Бирламчи ўсманинг тарқалаш даражаси унинг олиб ташланганидан сўнг баҳоланади (pT УД).

**N – регионар лимфа тугунлари.**

**NX – Регионар лимфа тугунларини баҳолаш имкони йўқ.**

**N0 – Регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас.**

**N1** – 1 та регионар лимфа тугунида метастаз мавжуд.

**N1a** – Фақат микроскопик метастаз (клиник жиҳатдан намоён бўлмайди).

**N1b** – Макроскопик метастаз (клиник жиҳатдан аниқланади).

**N1c** – Сателлит ёки транзит метастаз, регионар лимфа тугунларида метастазсиз.

**N2** – 2–3 та регионар лимфа тугунларида метастаз ёки лимфа ичидаги регионар метастаз лимфа тугуни зарарланиши билан.

**N2a** – Фақат микроскопик метастазлар регионар лимфа тугунларида.

**N2b** – Макроскопик метастазлар регионар лимфа тугунларида.

**N2c** – Сателлит ёки транзит метастаз ва 1 та регионар лимфа тугунида метастаз.

**N3** – 4 ва ундан ортиқ регионар лимфа тугунларида метастазлар, ёки бирлашган (ягона) метастатик регионар лимфа тугунларининг зарарланиши, ёки сателлит ёки транзит метастазлар регионар лимфа тугунларида метастазлар билан.

**N3a** – Лимфа тугунида микроскопик метастаз.

**N3b** – Лимфа тугунида макроскопик метастаз.

**N3c** – Сателлит ва/ёки транзит метастазлар 2 ёки ундан ортиқ регионар лимфа тугунларида.

**Изоҳ.** Сателлитлар – бирламчи ўсмадан 2 см ичида жойлашган ўсма хужайралари йиғиндиси ёки тугунчалар (макро- ёки микроскопик). Транзит метастазлар – бирламчи ўсмадан 2 смдан ортиқ масофада жойлашган, лекин регионар лимфа тугунларига етиб бормаган тери ва тери ости тўқималарини зарарлайдиган метастазлар.

**M – Узоқ метастазлар.**

**M0** – Узоқ метастазлар мавжуд эмас.

**M1** – Узоқ метастазлар мавжуд.

**M1a** – Тери, тери ости тўқималари ёки регионар лимфа тугунларидан узоқда жойлашган лимфа тугунларида метастазлар.

**M1b** – Ўпкада метастазлар.

**M1c** – Бошқа аъзоларда метастазлар, лекин марказий нерв тизими (ЦНС) зарарланмаган.

**M1d** – Марказий нерв тизими (ЦНС) метастазлари, жумладан, бош мия зарарланиши.

M (метастазлар) мезони бўйича изоҳ:

(3) –ЛДГ даражаси меъёрий

(4) –ЛДГ меъёрдан юқори

M мезони мавжуд бўлганда ЛДГ миқдорини кўрсатиш зарур: масалан, M1a (1).

### **pTNM – патогистологик тасниф**

**pT** – Бирламчи ўсма

**pTX** – Бирламчи ўсмани баҳолаш мумкин эмас.

**pT0** – Бирламчи ўсмага оид маълумотлар мавжуд эмас.

**pTis** – Melanoma in situ (Clark бўйича I даражадаги инвазия): атипик меланоцитар гиперплазия, оғир меланоцитар дисплазия, ноинвазив хавфли шикастланиш.

*Изоҳ: pTX натижалари shave-биопсия (дерматом орқали) ва регресс-меланома ҳолатларини ўз ичига олади.*

**pT1** – Меланома қалинлиги 1 мм ёки камроқ.

**pT1a** – Қалинлиги 0,8 мм ёки камроқ, яраланишсиз.

**pT1b** – Қалинлиги 0,8 мм бўлган яраланиш билан ёки 0,8 ммдан катта, лекин 1 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT2** – Меланома қалинлиги 1 ммдан ортиқ, лекин 2 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT2a** – яраланишсиз.

**pT2b** – яраланиш билан.

**pT3** – Меланома қалинлиги 2 ммдан катта, лекин 4 ммдан ошмайдиган ҳолат.

**pT3a** – яраланишсиз.

**pT3b** – яраланиш билан.

**pT4** – Меланома қалинлиги 4 ммдан ортиқ.

**pT4a** – яраланишсиз.

**pT4b** – яраланиш билан.

### **pN – Регионар лимфа тугунлари**

pN-категориялари N-категорияларга мос келади.

**pN0** – Регионар лимфаденэктомияда гистологик текширув камида 6 та лимфа тугунини ўз ичига олиши керак.

Агар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаса, лекин камроқ тугунлар текширилган бўлса, бу ҳолат **pN0** сифатида таснифланади.

Агар N-категория биопсия орқали (қўриқчи лимфа тугуни) белгиланса, лекин қўлтиқ ости лимфодиссекция қилинмаган бўлса, бу ҳолат **pN0(sn)** сифатида таснифланади.

Агар ягона метастаз биопсия орқали (қўриқчи лимфа тугуни) аниқланган бўлса, бу ҳолат **pN1(sn)** сифатида таснифланади.

**pM** – Узоқ метастазлар

**pM**-категориялари M-категорияларга мос келади.

### Клиник босқичлари

Босқич	T	N	M
0 босқич	pTis	N0	M0
IA босқич	p T1a	N0	M0
IB босқич	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA босқич	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIB босқич	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIС босқич	p T4b	N0	M0
III босқич	ҳар қандай pT	N1-3	M0
IV босқич	ҳар қандай pT	ҳар қандай N	M1

### Патоморфологик босқичлар

Босқич	T	N	M
0 босқич	pTis	N0	M0
I босқич	pT1	N0	M0
IA босқич	p T1a	N0	M0

IB босқич	p T1b	N0	M0
	p T2a	N0	M0
IIA босқич	p T2b	N0	M0
	p T3a	N0	M0
IIIB босқич	p T3b	N0	M0
	p T4a	N0	M0
IIIC босқич	p T4b	N0	M0
III босқич	хар қандай pT	N1,2,3	M0
IIIA босқич	p T1a, T1b, T2a	N1a, 2a	M0
IIIB босқич	p T1a, T1b, T2a,	N1b,N1c,N2b	M0
	p T2b–3a	N1, N2a,N2b	M0
IIIC босқич	p T1a, T1b–4b	N1b, 2b	M0
	хар қандай pT	N3	M0
IIID босқич	T4b	N3a, N3b, N3c	M0
IV босқич	хар қандай pT	хар қандай N	M1

### Тери меланомаси

pT1a	≤1 мм, инвазия даражаси II ёки III, яраланишсиз
pT1b	≤1 мм, инвазия даражаси IV ёки V, ёки яраланиш
pT2a	>1–2 мм, яраланишсиз
pT2b	>1–2 мм, яраланиш билан
pT3a	>2–4 мм, яраланишсиз
pT3b	>2–4 мм, яраланиш билан
pT4a	>4 мм, яраланишсиз
pT4b	>4 мм, яраланиш билан
N1	1 лимфатик тугун
N1a	микроскопик метастаз
N1b	макроскопик метастаз

N2	2–3 та лимфа тугунларида метастазлар ёки сателлитлар/транзит метастазлар, лимфа тугунлари зарарланмасдан
N2a	микроскопик метастазлар
N2b	макроскопик метастазлар
N2c	Сателлитлар ёки транзит метастазлар, лимфа тугунларини зарарланишсиз
N3	≥ 4 та лимфа тугунлари; конгломерат; сателлитлар ёки транзит метастазлар лимфа тугунлари зарарланиши билан.

## 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):

### Ташҳислаш мезонлари:

- 4) Анамнез белгилари;
- 5) Физикал кўрик ва қатор ҳолатларда дерматоскопик текширув;
- 6) Ҳаёт вақтидаги биопсия материални патолого-анатомик текширув

маълумотлари.

Клиник ташхис пигментли янги ҳосилаларни таҳлил қилишнинг учта усулига асосланади:

4) ҳар бир зарарланишни алоҳида визуал таҳлили (ABCD қоидаси): А (Asymmetry – асимметрия) – янги ҳосила иккига бўлинганда, икки қисми бири-бирига мутаносиб эмас. В (Border – чегаралар) – чегаралари нотеккис, ноаниқ ёки "географик" шаклда. С (Color – ранг) – бир хил эмас, турли хил ранглар (қора, қўнғир, қизғиш ва ҳ.к.). D (Diameter – диаметр) – 5 мм ёки ундан катта.

5) Ички-индивидуал таққослама таҳлил ("Бадбашара ўрдоқча" белгиси): Бир бемордаги пигментли янги ҳосилаларни солиштириш асосида шубҳали ўсмаларни аниқлаш. Агар янги ҳосила бошқаларга ўхшамаса, меланома эҳтимоли юқори.

6) Ўзгаришларни хронологик таҳлили ("Е – эволюция"): Пигментли янги ҳосиланинг тез ўзгариши – ўлчами ошиши, ранги ўзгариши, тузилишида ўзгаришлар кузатилиши. Бемор томонидан тасдиқланиши ёки аввалги суратлар билан солиштирилиши мумкин. Тавсиялар: Шубҳали ҳолатларда дерматоскопия ўтказиш керак. Қўшимча ташхис талаб этилса, биопсия ва морфологик таҳлил бажарилиши лозим [20, 21].

9-жадвалда беморнинг биопсия натижалари ва клиник кўриқда аниқланган белгиларга қараб текширув тактикасини танлаш режаси келтирилган. Тегишли тиббий муолажаларни амалга ошириш бўйича тавсиялар тегишли бўлимларда баён этилган.

**9-жадвал.** Пигмент ҳосиланинг биопсия натижаси ва клиник кўриқка кўра текшириш режаси

Касаллик босқичи	Физикал кўриқ	Инструментал диагностика	Лаборатор диагностика	Кўриқчи лимфа тугуни биопсияси	Молекуляр-генетик текширув
0, I	Ҳа	1. регионар лимфа тугунлари ультратовуш текшируви (УТТ). 2. Агар белгилар бўлмаса нур диагностика тавсия этилмайди	Йўқ	Ҳа (ўсма қалинлиги 0,8 мм ва ундан катта бўлса)	Йўқ
IIA	Ҳа	1. регионар лимфа	Йўқ	Ҳа	Йўқ

		тугунлари УТТси 2. Нур диагностика тўла кўламда тавсия этилади			
IIВ, IIС, III	Ҳа	1. . регионар лимфа тугунлари УТТси. 2. Нур диагностика тўла кўламда. 3. Бош мияни Магнит- резонанс томографияси (МРТ) в/и контраст билан (III босқич учун)	Зарурат бўлса умумий клиник ва биохимик қон таҳлили	Ҳа (IIВ, IIС босқич учун)	BRAF генида мутацияга молекуляр- генетик текширув албатта (III босқич учун)
IV	Ҳа	1. . регионар лимфа тугунлари УТТси. 2. Нур диагностика тўла кўламда. 3. Бош мияни Магнит- резонанс томографияси (МРТ) в/и контраст билан	1. қонда Лактатдегид рогеназа фаоллигини аниқлаш. 2. Умумий клиник ва биохимик қон таҳлили	Кўланилма йди	BRAF генида мутацияга молекуляр- генетик текширув албатта (тери меланомасид а), BRAF генида мутация йўқ бўлса – с-KIT генида мутацияга молекуляр- генетик текширув

### Шикоятлари ва анамнез [17] (ИД – В):

- Беморда хавф омиллари ва даволаш тактикасини танлаш, ташхис усуллари ва иккиламчи профилактикага таъсир кўрсатувчи омилларни аниқлаш мақсадида шикоятлар ва анамнезни йиғиш тавсия этилади

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224016/>). Кўп ҳолатларда бемор "ҳол" (невус) ўзгаришга учрагани ҳақида шикоят қилади – унинг ўсиши, чегараларининг ўзгариши, янги ранг туслари пайдо бўлиши кузатилади. Шикастланган ёки янги пайдо бўлган ҳосиланинг қичишиши, ёниш ҳисси ёки ноқулайлик сезилиши ҳам беморлар томонидан кўп учрайдиган шикоятлар қаторига киради.

*Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3)*

*Изоҳ: Меланома ривожланишининг асосий хавф омиллари 1.2 «Этиология ва патогенез» бўлимида баён этилган.*

### **Физикал текширувлар [17] (ИД – В):**

- Лимфа тугунларини пальпация қилиш: Барча мавжуд лимфа тугунлари гуруҳларини текшириш тавсия этилади: Бўйин, қўлтиқ ости, чов-сон соҳаси, бошқа эҳтимолий ўсма пайдо бўлиши мумкин бўлган лимфа тугунлари.

- Теридаги янги ҳосилаларни текшириш: Меланомани эрта аниқлаш учун шубҳали ҳосилаларни диққат билан кўздан кечириш зарур. Текширув профилактик кўрик пайтида беморнинг ўзи, яқинлари ёки шифокор томонидан аниқланган ҳосилаларни ўз ичига олиши керак. Барча тери сатҳини яхши ёритиш ва лупа ёрдамида текшириш керак.

3. "ABCDE" қоидаси бўйича баҳолаш (ИД – А) [18]:

- А (Asymmetry – асимметрия) – ҳосиланинг бир томони иккинчи томонига ўхшамайди.

- В (Border irregularity – чегаралар) – чегаралар нотеккис ва ноаниқ.

- С (Color – ранг) – қизил, қўнғир, кўк ёки оқ рангнинг аралашмаси мавжуд.

- D (Diameter – диаметр) – 6 мм ёки ундан катта.

- E (Elevation – кўтарилганлик) – ҳосиланинг атрофдаги тери сатҳидан баландлиги.

Тавсия: Шубҳали ҳосилаларни аниқлашда дерматоскопия ўтказиш, зарур ҳолларда биопсия ва морфологик таҳлил ўтказиш тавсия этилади.

### **Лаборатор текширувлар:**

- ҚУТ;

- ПУТ;

- Биокимёвий таҳлил (билирубин, умумий оқсил, АЛТ, АСТ, мочевино,

креатинин, глюкоза, ЛДГ);

- АВО тизими бўйича стандарт зардобларда қон гуруғини аниқлаш;
- Коагулограмма;
- Микрофлорага бактериологик текширув: жароҳатдан, танглайлан, парчаланган ўсма юзасидан суртма;
- Цитологик текширув;
- Гистологик текширув;
- Ўсмада BRAF-мутация типини аниқлаш.

### **Инструментал текширувлар:**

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш: Карновский шкаласи бўйича ҳаёт сифати ва умумий ҳолатни баҳолаш (*Қўшимча 1-га қаранг*).
- Глазго кома шкаласи (GCS) бўйича онг даражасини баҳолаш (*Қўшимча 2-га қаранг*).
- Визуализация ва ташхислаш усуллари: Дерматоскопия – махсус ёритиш ва 10 каррагача катталаштириш имкониятига эга лупа ёрдамида (*Қўшимча 3-га қаранг*).
- Ингичка игнали пункционная (аспирационная) биопсия – катталашган ёки ўзгарган лимфа тугунларининг метастатик хусусиятини тасдиқлаш учун.
  - МРТ бош мия – контраст модда билан.
  - ЭКГ;
  - ПЭТ-КТ;
  - Кўкрак қафаси аъзолари КТси;
  - Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти КТси контрастлаш билан;
  - Кичик чанок аъзолари КТси;
  - Комплекс ультратовуш диагностика (жигар, ўт копи, меъда ости беши, талоқ, буйраклар);
  - Скелет суякларини сцинтиграфияси;
  - Регионар лимфа тугунлари УТТси;
  - Қўриқчи (сигнал) лимфа тугуни биопсияси [36; А] (*Ўзбекистон Республикасида тегишли ускуналар ва радиоизотоплар рўйхатдан ўтган тақдирда*).

#### **4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:**

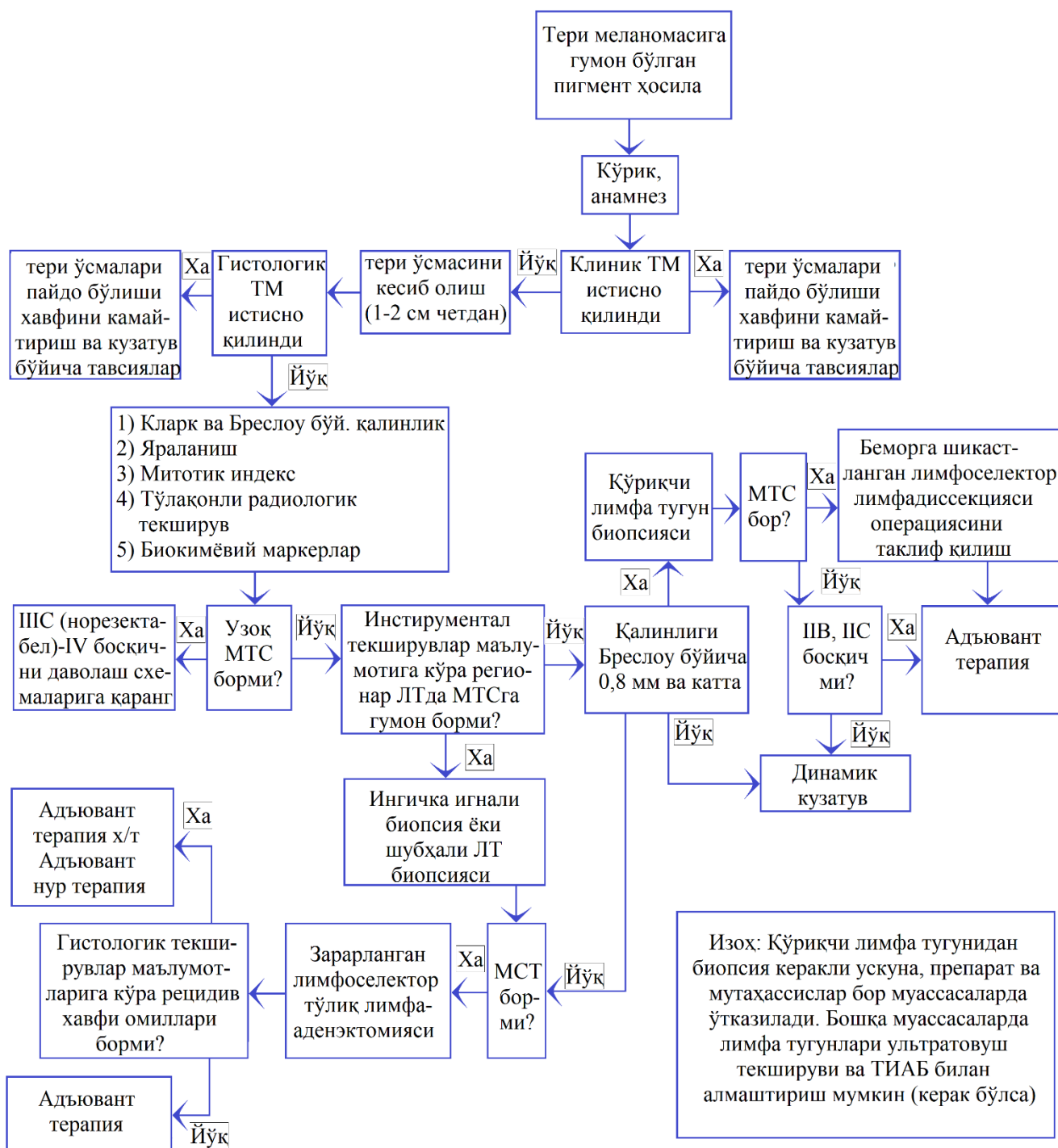
- ✓ Оғрик, қон кетиш, механик ва паренхиматоз сариқлик, портал гипертензия ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини 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) Паллиатив ёрдамда беморни кузатиш картаси ва маршрутизацияси:

## 2-схема – Тери меланомасида диагностик алгоритм.



### Босқичлар бўйича паллиатив даволаш

#### IV босқич (ҳар қандай pT ҳар қандай N M1):

- Беморларнинг умумий ҳолати компенсирланган ва аниқ ифодаланган ўсма интоксикацияси бўлмаган ҳолатда, индивидуал схемалар бўйича комплекс даволаш таргетли терапия, химиотерапия, паллиатив нур терапиясини қўллаган ҳолда ўтказилади.

- Паллиатив жарроҳлик аралашувлари санитар кўрсатмалар ёки касалликнинг асоратли кечиши билан боғлиқ ҳолатларда бажарилади.
- Паллиатив нур терапияси беморнинг ҳолати ва касаллик симптомларининг оғирлигига қараб индивидуал кўрсатмалар асосида ўтказилади.

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

Консерватив даволаш давомида бемор режими – умумий.

Эрта жарроҳликдан кейинги даврда – ётқизилган ёки ярим ётқизилган (амалиёт ҳажми ва ҳамроҳ патологияга боғлиқ ҳолда).

Жарроҳликдан кейинги даврда – палатали.

Диета столи – №15, жарроҳлик даволашдан кейин – №1.

**Нур терапияга кўрсатмалар:**

Метастатик бош мия шикастланишларида паллиатив мақсадда нур терапиясини ўтказиш. Паллиатив 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 очиқ 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)	– Нв (г/л) триггер даражаси
------------	-----------------------------

– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

### **Тромбоцитлар концентрати:**

- Тромбоцитлар даражасининг  $10 \times 10^9/\text{л}$ .дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;
- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам ( $20 \times 10^9/\text{л}$ ) 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.
- $\text{MHO} \geq 2.0$  бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида  $\geq 1.5$ ) 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.

**Тери метастатик меланомасида BRAF ва MEK ингибиторларини қўллаш тавсия этилган режимлари (фақат мусбат BRAF мутацияси мавжуд бўлганда):**

#### **1. Монотерапия:**

- Вемурафениб 960 мг ичишга × суткасига 2 марта ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

- Дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

## 2. Комбинирланган терапия:

- Вемурафениб 960 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни + кобиметиниб 60 мг в сутки ичишга 1–21-чи кунлар, танаффус 7 кун, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

- Дабрафениб 150 мг ичишга × суткасига 2 марта Ҳар куни + траметиниб 2 мг ичишга × суткасига 1 марта Ҳар куни, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

## Полихимиотерапия

Меланоманинг генерализацияланган шаклларини даволаш:

### 5. CVD:

цисплатин 20 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-5 кунлар

винбластин 1,6 мг/м<sup>2</sup> инфузия 1-5 кунлар

дакарабазин 800 мг/м<sup>2</sup> в/и 2-соатлик инфузия 1 кун (диссеминацияланган жараёнда паллиатив кимё терапия тавсия этилиши мумкин). Интервал 3-4 ҳафта.

6. Дакарбазин 1000 мг/м<sup>2</sup>, интервал 3-4 ҳафта

7. Темозоломид 150-200мг/м<sup>2</sup> 1-5 кунлар ҳар 28 кунда

8. Паклитаксел 175-225мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада 4 курсдан сўнг дозасина 175мг/м<sup>2</sup>гача камайтириш. Карбоплатин АУС 6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада, 4 курсдан сўнг дозасини АУС 4 гача камайтириш.

**10-жадвал. Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга бўлган);**

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВнинг ҳалқаро патентланмаган номи	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
Моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и инфузия кўринишида, ҳар 3 ҳафтада 1 марта	С
Моноклонал антитана	Ниволумаб*	Монотерапия: 240мг в/и томч., ҳар 2 ҳафтада ёки 480мг в/и томч. ҳар 4 ҳафтада Комбинирланган: 1мг/кг в/и томч. Ипилимумаб билан биргаликда, ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш	С
Моноклонал антитана	Ипилимумаб*	Метастатик меланома: 3мг/кг, в/и томч., ҳар 3 ҳафтада, максимум 4 юборилиш. Адьювант терапия: 10мг/кг, в/и томч. ҳар 3 ҳафтада – 4 юборилиш, сўнгра 10м/кг в/и томч. ҳар 12 ҳафтада – 3 йил.	В
Юклаб олиш (ҳавола)	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509</a>		

**11-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (100% дан кам қўлланиш эҳтимолига эга бўлган);**

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВнинг ҳалқаро патентланмаган номи	Қўллаш усули	ИД
Платина препаратлари	Цисплатин	20 мг/м <sup>2</sup> в/и 2-5 кунлар, ҳар 3 ҳафтада	С
Алкилловчи препаратлар	Дакарбазин	1000мг/м <sup>2</sup> , в/и ҳар 3-4 ҳафтада	В

Алкилловчи препаратлар	Темозоломид	150-200мг/м <sup>2</sup> 1-5 кунлар, оғиз орқали, ҳар 28 кунда	С
Ўсимлик табиатли ўсмага қарши воситалар	Паклитаксел	175-225м/м <sup>2</sup> , в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
Платина препаратлари	Карбоплатин	AUC4-6 в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
Ўсимлик келиб чиқишли алкалоид	Винкристин	2мг в/и томч., ҳар 3 ҳафтада	С
<b>Антибактериал препаратлар</b>	Цефазолин	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтазидим	100мг, 100мг дан м/о кунига 3 маҳал, 7 кун	А
	Цефтриаксон	1,0 гр, по 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	А
	Цефуроксим	натрия 1,0 гр, 1,0 гр дан м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Цефепим	1,0 гр, 1,0 гр м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Имипенем + циластатин	500мг, м/о кунига 2 маҳал, 5-7 кун	С
	Амикацин	500мг, 10мг/кг ҳисобда м/о кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Ципрофлоксацин	100мг, 100 мг в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	С
	Офлоксацин	0,2гр, 0,2 гр в/и кунига 2 маҳал, 7 кун	С
	Метронидазол	100 мл, 100 мл в/и кунига 2 маҳал, 5 кун	С
<b>Замбуруғга қарши препаратлар</b>	Флуконазол	100 мг, 100мг в/и – бир марта	А
<b>Плазма ўрнини босувчи препаратлар</b>	Гидроксиэтилкрахмал	200мл, 500 мл в/и кунига 1 марта 3 кунгача	В
	Декстран	400мл, 400 мл в/и кунига 2 маҳал 2-3 кун	В
<b>Парентерал</b>	Аминокислоталар комплекси	500мл, 500мл в/и кунига 1 марта, 5 – 7 кун	В

<b>овқатлантириш препаратлари</b>	Декстроза	5% - 400мл, 400мл в/и кунига 2 маҳал, 5 – 7 кун	А
<b>Регидратацион терапия препаратлари</b>	Натрия хлорид	0,9% - 400мл, 400 мл в/и 2 – кунига 3 маҳал. 5 – 7 кун	А
<b>Аналгетик препаратлар</b>	Кетопрофен	1мл, 1 мл, м/о 2 – кунига 3 маҳал 5 – 7 кун	А
	Диклофенак натрия	м/о 2 – кунига 3 маҳал 7 – 10 кун	В
	Трамадол гидрохлорид	1 мл, 1мл м/о 2 – кунига 3 маҳал	В
<b>Гормонал препаратлар</b>	Преднизолон	30мг, 30 – 60 – 90 мг в/и кунига 1 марта 1 – 5 кун	А
	Дексаметазон	4 мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 мг кунига 1 марта 1 – 5 кун	А
	Инсон инсулини	40 ЕД, 4 – 6 ЕД кунига 1 марта 2 – 10 кун	С
<b>Спазмолитиклар</b>	Дротоверин	2,0 мл, 2,0 мл м/о, в/и 1 – кунига 3 маҳал 1 – 7 кун	С
	Платифиллин гидротартарат	1,0 мл, по 1 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал 1-7 кун	А
<b>Бронхолитиклар</b>	Аминофиллин	10мл, 6 – 10мг/кг/сут м/о кунига 3 маҳал, 10 кун	С
	Теофиллин	0,2гр, 0,2 гр per os кунига 2-4 маҳал, 10 – 15 кун	С
<b>Антикоагулянтлар</b>	Надропарин кальция	0,3 мл, 0,3 мл кунига 1 марта т/о	С
	Эноксапарин натрий	0,2 мл, 0,2 мл кунига 1 марта т/о	А
	Гепарин	10мингЕД, 5000-10000 ЕД в/и ёки т/о кунига 1 марта	В
<b>Муколитиклар</b>	Бромгексин	8 мг, 8 мг per os кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	С
	Амброксол	2 мл, 2 мл м/о, кунига 3 маҳал, 7 – 10 кун	В
<b>Қайт қилишга қарши воситалар</b>	Ондансетрон	4мг, 4 – 8 – 12 – 16 – 20 – 24 мг в/и, м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	А
	Метоклопрамид	10 мг, 10 – 20 мг в\м, в/и кунига 1 – 2 – 3 маҳал, 1 – 5 кун	А
<b>Седатив препаратлар</b>	Тофизопам	50 мг, 50 мг per os 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	С
	Неостигмина метилсульфат	1,0мл, 1мл м/о 1 – кунига 2 маҳал, 1 – 10 кун	С

<b>Иситма гушурувчилар</b>	Ацетилсалицил кислота	0,5 гр, 0,5 гр per os кунига 2 маҳал	А
	Парацетамол	0,5гр, 0,5 гр per os, кунига 3 маҳал	А
<b>Гемостатиклар</b>	Аминокапрон кислота	5% - 100мл, 100 мл в/и кунига 1 марта, 1 – 5 кун	В
	Этамзилат	12,5% - 2мл, 2 мл м/о кунига 2 маҳал, 1 – 5 кун	С
	Дицинон	1 мл, 1,0 мл м/о 1 – кунига 2 маҳал	В
<b>Диуретиклар</b>	Фуросемид	1% - 2 мл, 2 мл м/о, в/и 1-кунига 3 маҳал, 1 –5 кун	А
	Спиронолактон	100мг, 100 мг per os кунига 1 марта, 5 – 14 кун	С
<b>Антианемик препаратлар</b>	Феркайл	50мг - 2 мл, 2 мл м/о ҳафтада 2-3 марта	С
	Космофер	2 мл, 2 мл м/о ҳафтада 2-3 марта	С
<b>Гемопозитик препаратлар</b>	Филграстим	1 мл – 0,3гр, 5 мг/кг т/о, 1 – 3 кун	А
<b>Антигистаминла р</b>	Дифенгидрамин	1 мл – 10 мг, 10 мг м/о кунига 1-2 маҳал	А
	Хлоропирамин	25 мг, 25 мг per os кунига 3 – 4 маҳал	С
<b>Юклаб олиш (ҳавола)</b>	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509">https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2020/16509</a>		

### **Метастатик ёки нооперабел меланомани иммунотерапияси**

Метастатик нооперабел меланомни даволаш учун пембролизумаб, ниволумаб\*, ипилимумаб\* препаратлари буюрилади (\*Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади) [1-7; С].

Пембролизумабни тайинлаш учун ўсма ҳужайраларида PD-L1 экспрессиясини аниқлаш зарур эмас. [8; С]

**Тери метастатик меланомасини иммунотерапиясини тавсия этилган режимлари:**

4. Комбинирланган иммунотерапия (анти-PD1 + анти-CTLA-4):

- Ниволумаб\* 1 мг/ кг в/и томчилаб + ипилимумаб\* 3 мг/ кг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта (максимум 4 юборилиш, ёки кўтара олмайдиган токсиклик ривожланганда камроқ), сўнгра ниволумаб\* 3 мг/ кг (ёки 240 мг, ундан кўп эмас) в/и томчилаб 2 ҳафтада 1 марта (ёки 480 мг дозада ҳар 4 ҳафтада), узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга

оширилади.

*Изоҳ: \* Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади.*

#### 5. Анти-PD1 терапия:

- Ниволумаб\* 3 мг/ кг (ёки 240 мг, лекин ундан кўп эмас) в/и томчилаб 2 ҳафтада 1 марта, узоқ вақт (ёки ниволумаб 480 мг в/и ҳар 4 ҳафтада.) прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.
- Пембролизумаб 200 мг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта, узоқ вақт, прогрессияланишгача ёки чидаб бўлмас токсикликкача. Ўтказилган даволаш самарасини баҳолаш 12 ҳафтадан сўнг, кейин эса ҳар 8–12 ҳафтада амалга оширилади.

#### 6. Анти-CTLA-4:

- Ипилимумаб\* 3 мг/ кг в/и томчилаб 3 ҳафтада 1 марта, 4 юборилиш метастатик меланомани комбинирланган даволаш таркибида, ёки 10мг/кг, в/и томч. ҳар 3 ҳафтада – 4 юборилиш, сўнгра 10м/кг в/и томч. ҳар 12 ҳафтада – 3 йил, адъювант терапия сифатида

*Изоҳ: \* Препарат Ўзбекистон республикасида рўйхатдан ўтказилгач қўлланилади.*

#### 4) Паллиатив жарроҳлик амалиётлари

- Ялғиз узоқ метастазлари (юмшоқ тўқималар, ўпка, бош мия ва бошқа аъзолар) мавжуд бўлган ҳамда умумий соматик ҳолати яхши бўлган меланома беморлари радикал жарроҳлик муолажаси учун номзод сифатида кўриб чиқилиши **тавсия этилади**. Бундай муолажа узоқ муддатли рецидивсиз даврни таъминлаши мумкин. [333-335].

*Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – В (далилларнинг ишончилиги даражаси – 2)*

**Изоҳлар:** Ушбу беморлар гуруҳи учун самарали адъювант терапия – МКА PD-1 блокатори ниволумаб пайдо бўлиши муносабати билан жарроҳлик муолажасининг аҳамияти ортиб бормоқда. Рандомизацияланган тадқиқотда ушбу дори воситаси кузатувга нисбатан рецидивсиз тирик қолиш муддатини оширишини намойиш этди. [230].

- Олиб борилаётган системали терапия самара берган ҳолларда тўлиқ циторедуктив аралашувлар ўтказиш имконияти кўриб чиқилиши мумкин. Нотўлиқ циторедукция ўтказиш тавсия этилмайди. [336, 337].

## **7. Кейинги даволаш:**

Тузалган беморларни диспансер кузатуви:

биринчи йил давомида – ҳар 3 ойда 1 марта;

иккинчи йил давомида – ҳар 6 ойда 1 марта;

учинчи йилдан бошлаб – 3 йил давомида йилига 1 марта.

Текшириш усуллари:

- Локал назорат – ҳар бир текширувда;
- Регионар лимфа тугунларини палпация қилиш – ҳар бир текширувда;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографик текшируви – йилига 1 марта;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви – ҳар 6 ойда 1 марта (бирламчи тарқалган ва метастатик ўсмаларда).

Яшаш жойи бўйича онколог назорати (олиб ташланган ўсма худудини кўздан кечириш, периферик лимфа тугунларини палпация қилиш).

- кўкрак қафаси аъзолари КТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилдан 5-йилгача – ҳар 6 ойда 1 марта).
- Регионар лимфа оқими зоналарининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Бош мия контрастли МРТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзоларининг УТТси (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- Қонда ЛДГ даражасини аниқлаш (илк 2 йилда – ҳар 3 ойда 1 марта; 2-йилда – ҳар 6 ойда 1 марта ва 3-йилда бир марта).
- ПЭТ-КТ (ҳар 6 ойда 1 марта ёки қатъий кўрсатмалар бўйича бошқа муддатларда).

## **8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари**

- Ўсмани ва метастазларнинг регрессияси бўйича объектив белгилари
- Рентген ва/ёки УЗИ натижаларида метастазлар ва қайталаниш йўқлиги
- КТ натижаларида узоқ метастазлар йўқлиги
- Қон, пешоб ва биохимик кўрсаткичларнинг қоникарли ҳолати

- Жарроҳликдан кейинги яранинг битиши
- Беморнинг нисбатан қониқарли умумий ҳолати

### **Солид ўсмаларда ЖССТ шкаласи бўйича даволаш самарадорлиги мезонлари**

Узоқ вақт давомида химиятерапиянинг объектив самарадорлигини баҳолаш учун ЖССТ мутахассислари қўмитаси мезонлари ишлатилиб келинган. Бу баҳолаш усулида ўсма ва метастазлар ҳажмини аниқлаш учун энг катта икки перпендикуляр диаметрлар кўрсаткичи ҳисобга олинади.

<b>Самара</b>	<b>Белгилар</b>
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
Қисман самара	Барча ёки айрим ўсмаларнинг $\geq 50\%$ га кичрайиши ва бошқа ўчоқларда прогрессиянинг йўқлиги.
Стабилизация (ўзгаришсиз)	Кичрайиш $< 50\%$ ёки катталашиш $< 25\%$ ва янги шикастланиш ўчоқларининг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Бир ёки бир неча ўсманинг $> 25\%$ катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши.

### **RECIST шкаласи бўйича даво самарадорлиги мезонлари**

2000 йилдан бошлаб халқаро клиник тадқиқотларда қаттиқ ўсмалар терапиясининг самарадорлигини баҳолаш учун RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) 2000 шкаласи қўлланила бошланди, у 2009 йилда қайта кўриб чиқилди (RECIST 1.1).

Ушбу шкала бўйича ўсмалар ўлчанадиган (стандарт тадқиқотда диаметри 20 мм ёки ундан катта, спирал компьютер томографиясида 10 мм) ёки ўлчанмайдиган (юқорида кўрсатилган ўлчамлардан кичик) деб баҳоланади. 5 та шикастланиш ўчоғининг энг катта диаметри (бир органда 2 тагача ёки турли органларда 5 тагача) аниқланади. Даволашдан олдинги диаметрлар йиғиндиси асосий кўрсаткич сифатида қабул қилинади ва даволашдан кейинги кўрсаткичлар билан солиштирилади.

<b>Самара</b>	<b>Белгилар</b>
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг камида 4 ҳафта давомида йўқолиши.
Қисман самара	Ўлчанадиган ўчоқларнинг 30% ёки ундан кўпроқ кичрайиши.

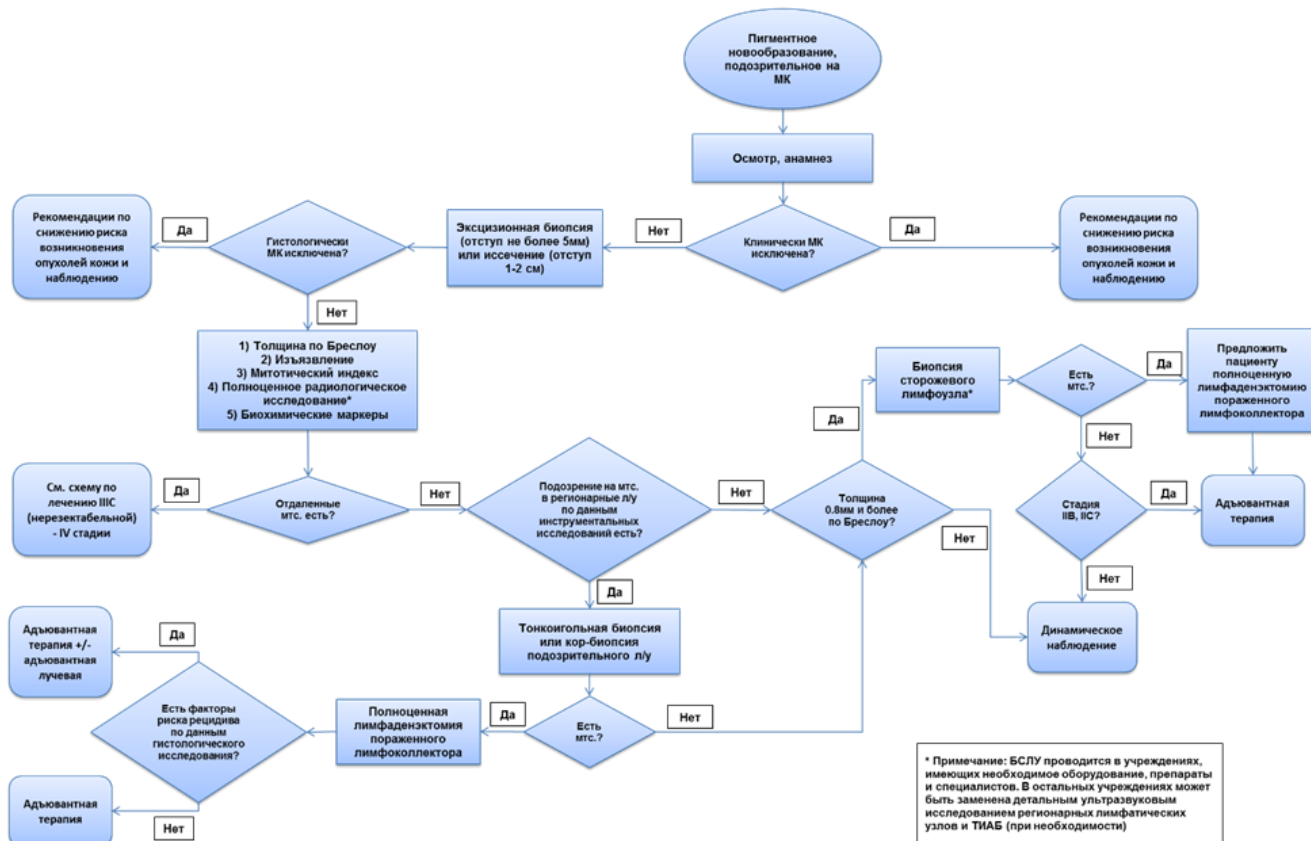
Стабилизация	Қисман самара сифатида баҳолаш учун етарли камайиш ёки прогрессия сифатида баҳолаш учун етарли ошиш мавжуд эмас.
Прогрессияланиш	Энг кичик қайд этилган шикастланиш ўчоқлари йиғиндисининг кузатув давомида 20% га ошиши ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

### **RECIST шкаласи бўйича суякларда метастазларни даволаш самарадорлиги мезонлари**

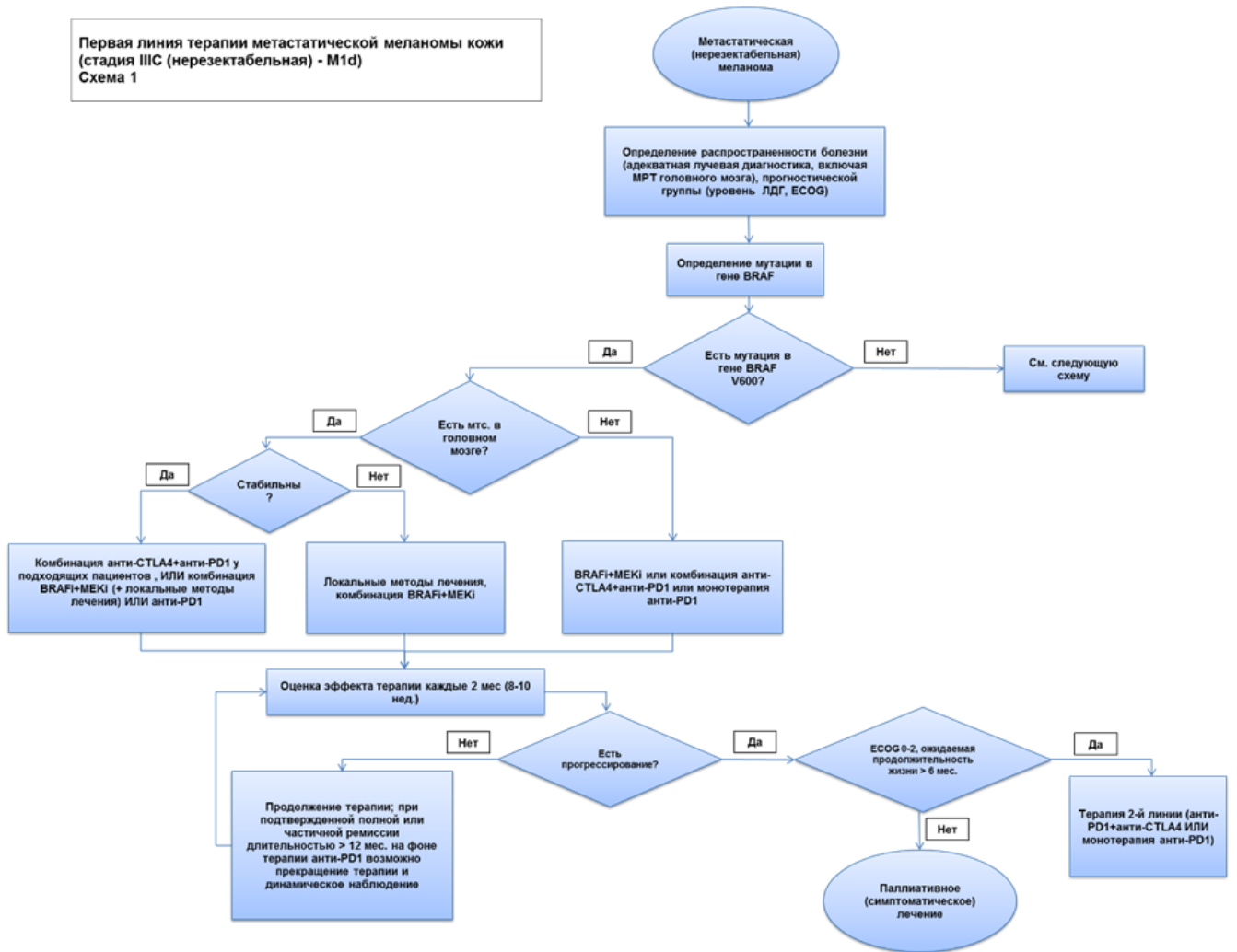
Суюкларда метастазларни даволаш самарадорлигини баҳолаш учун алоҳида самарадорлик мезонлари мавжуд.

<b>Самара</b>	<b>Белгилар</b>
Тўлиқ самара	Барча шикастланиш ўчоқларининг рентгенограмма ёки сканограммада тўлиқ йўқолиши.
Қисман самара	Остеолитик метастазларнинг қисман кичрайиши, уларнинг рекальцификацияси ёки остеобластик шикастланишлар зичлигининг камайиши.
Стабилизация	Даволаш бошланганидан кейин 8 ҳафта давомида ўзгаришларнинг йўқлиги.
Прогрессияланиш	Мавжуд ўчоқларнинг катталашishi ёки янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

Шифкор ҳаркати алгоритми

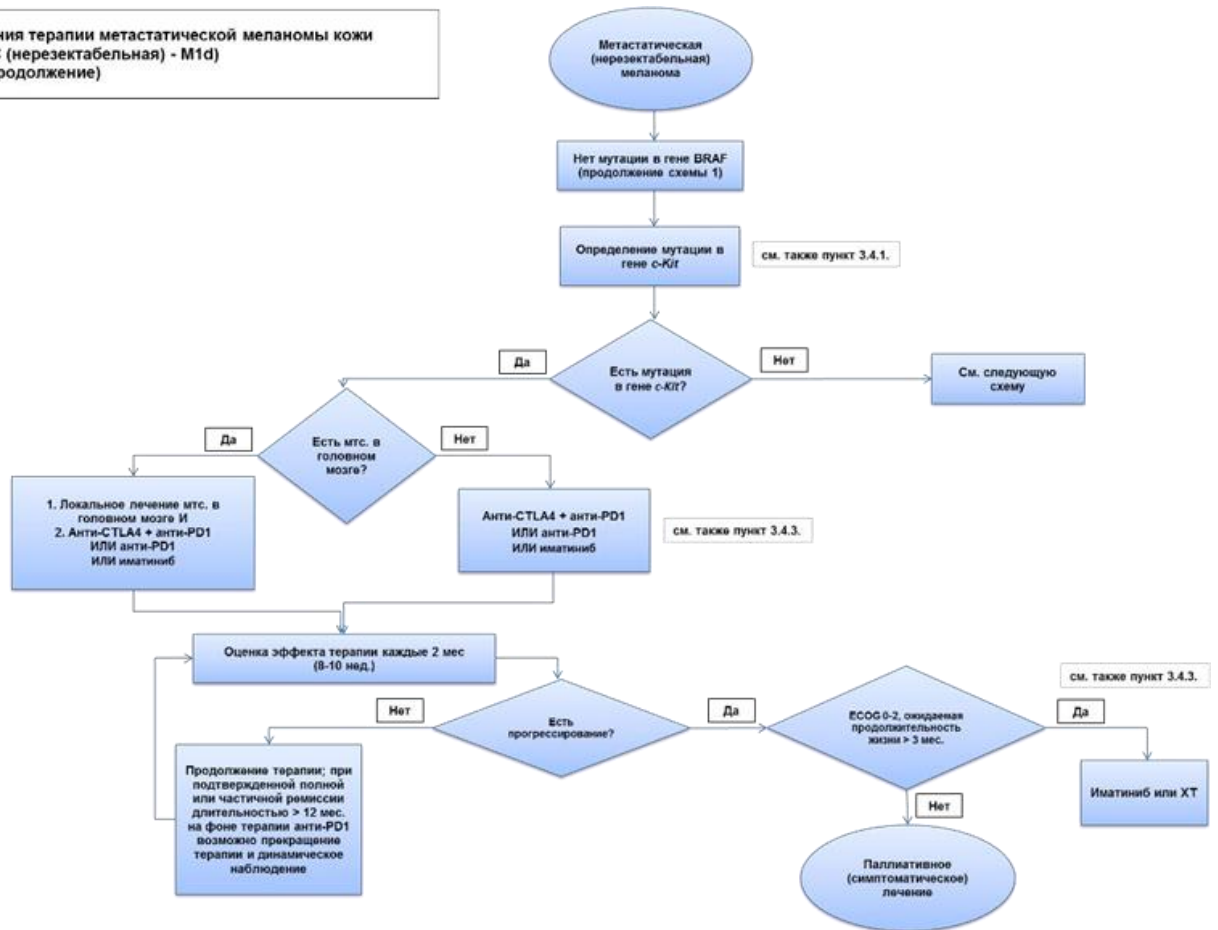


1-расм. Тери меланомаси билан оғриган беморларнинг маҳаллий (0–III) босқичлардаги касалликларини ташхислаш ва даволаш схемаси



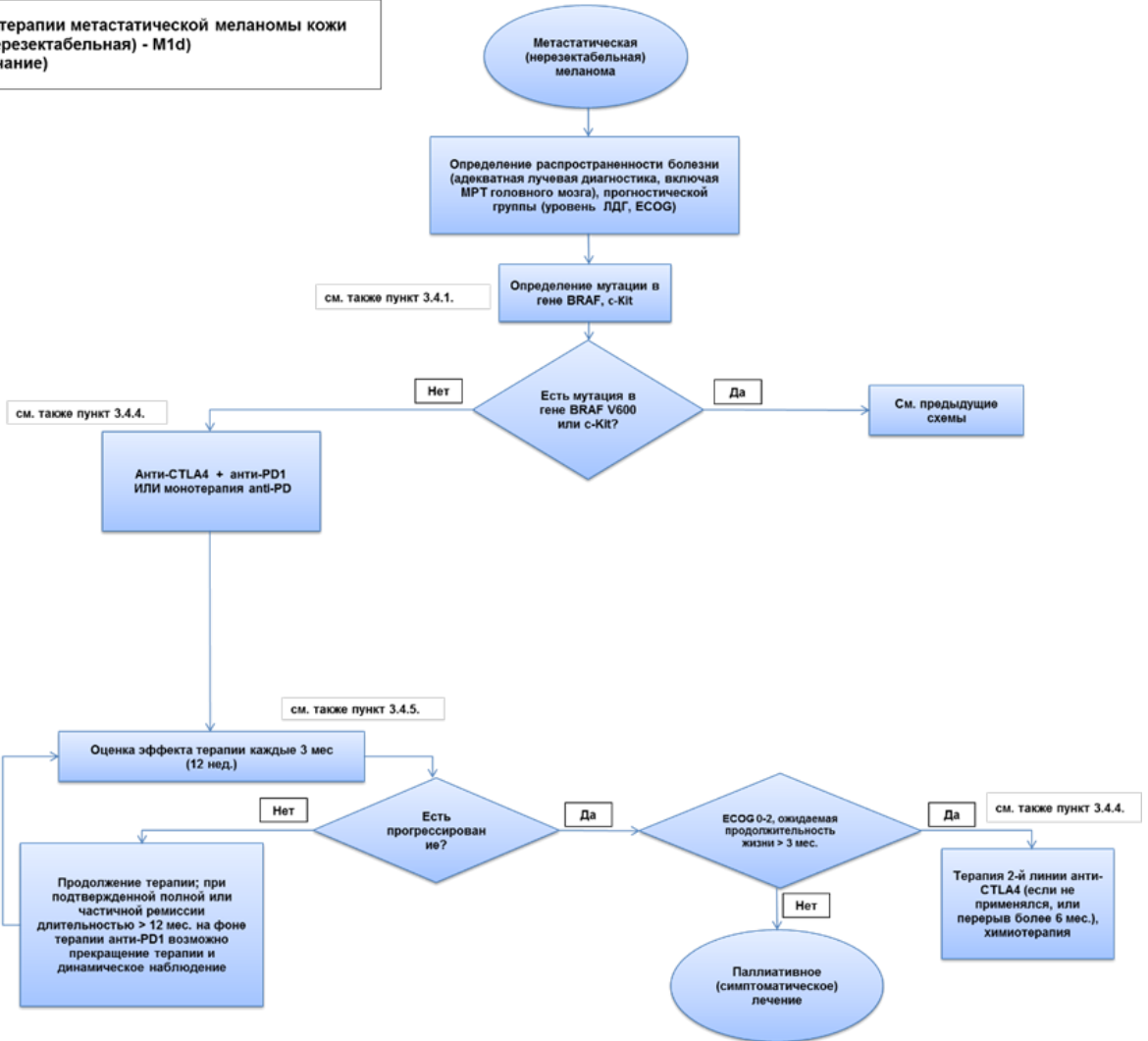
**2-расм. Метастатик ёки нореzekтабел тери меланомаси ва BRAF генида мутацияси мавжуд бўлган беморларни таъхислаш ва даволаш схемаси**

Первая линия терапии метастатической меланомы кожи (стадия IIIС (нережектабельная) - M1d)  
Схема 2 (продолжение)



**3-расм. Метастатик ёки норежектабел тери меланомаси ва c-Kit генида мутацияси мавжуд бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш схемаси**

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



**4-расм. Метастатик ёки норезектабел тери меланомаси ва BRAF ҳамда c-Kit генларида мутациясиз беморларни ташхислаш ва даволаш схемаси**

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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

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

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

**Карновский шкаласи**

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

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

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

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

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

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

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

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

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

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

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

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.



## Глазго шкаласи (Glasgow coma scale или GCS).

Белги	Баллар
Кўзни очилиши:	
• Спонтан	4
• Овозга реакция сифатида	3
• Оғриққа реакция сифатида	2
• Йўқ	1
Талаффуз реакцияси:	
• Бемор онгли, берилган саволга тез ва тўғри жавоб беради.	5
• Бемор дезориентацияланган, нутқи чалкаш.	4
• Нутқи тартибсиз, жавоби савол маъносига мос эмас.	3
• Саволга жавобан тушунарсиз товушлар чиқаради.	2
• талаффуз йўқ	1
Харакат реакцияси:	
• Буйруқ бўйича ҳаракатларни бажаради.	6
• Оғриқ таҳрисига жавобан мақсадга мувофиқ ҳаракат қилади (итаради).	5
• Оғриқ таҳрисига жавобан қўл-оёғини тортади.	4
• Оғриқ таҳрисига жавобан патологик буклиш кузатилади.	3
• Оғриқ таҳрисига жавобан патологик ёйилиш кузатилади.	2
• Ҳаракат йўқ	1
<p>Беморнинг ҳолати Глазго кома шкаласи бўйича учта белгилар асосида баҳоланади, ҳар бир белги маълум балл билан баҳоланади. Баллар йиғиндиси умумий баҳони шакллантиради.</p> <p>Олинган натижаларни команинг Глазго бўйича шкаласида интерпретацияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 балл – эс-хуш аниқ</li> <li>• 13-14 балл - хиралашиш</li> <li>• 9-12 балл - сопор</li> <li>• 4-8 балл – кома</li> <li>• 3 балл – пўстлоқнинг ўлими</li> </ul>	

Диссеминацияланган меланомани даволаш – асосий дори воситалари рўйхати

препарат/комбинация номи	Кўрсатмалар
Дабрафениб	1-чи линия терапияси норезектабел меланома ва BRAFV600 мутацияси мавжуд ҳолатда.
Вемурафениб	1-чи линия терапияси норезектабел меланома ва BRAFV600 мутацияси мавжуд ҳолатда.
Дабрафениб + траметиниб	1-чи линия терапияси норезектабел меланома ва BRAFV600 мутацияси мавжуд ҳолатда.
Вемурафениб+кобиметиниб	1-чи линия терапияси норезектабел меланома ва BRAFV600 мутацияси мавжуд ҳолатда.
Пембролизумаб	1-чи линия терапияси резекция қилиб бўлмайдиган меланома ёки BRAFV600 WT мутацияси мавжуд ҳолатда, шунингдек, BRAF ёки BRAF+МЕК ингибиторлари билан даволанишдан сўнг прогрессия кузатилганда.
Дакарбазин 800мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	2-чи линия терапияси BRAF/BRAF+МЕК ёки PD-1/PD-L1 ингибиторлари билан даволаш жараёнида прогрессия кузатилганда.
Цисплатин 25 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-5 кунлар, интервал 3-4 ҳафта	2-чи линия терапияси BRAF/BRAF+МЕК ёки PD-1/PD-L1 ингибиторлари билан даволаш жараёнида прогрессия кузатилганда.
Паклитаксел 225 мг/м <sup>2</sup> вена ичига (в/и) 1-кун, ҳар 3 ҳафтада бир марта. 4 курсдан кейин дозани 175 мг/м <sup>2</sup> га камайтириш. Карбоплатин АУС 6 вена ичига (в/в) 1-кун, ҳар 3 ҳафтада бир марта. 4 курсдан кейин дозани АУСга камайтириш.	2-чи линия терапияси BRAF/BRAF+МЕК ёки PD-1/PD-L1 ингибиторлари билан даволаш жараёнида прогрессия кузатилганда.
Темозоламид 200-250мг/м <sup>2</sup> – 1-5-чи кунлар.	2-чи линия терапияси BRAF/BRAF+МЕК ёки PD-1/PD-L1 ингибиторлари билан даволаш жараёнида прогрессия кузатилганда. Бош миёга МТСда мақсадга мувофиқ
Ниволумаб*	1-чи линия терапияси резекция қилиб бўлмайдиган меланома ёки BRAFV600 WT мутацияси мавжуд ҳолатда, шунингдек, BRAF ёки BRAF+МЕК ингибиторлари билан даволанишдан сўнг прогрессия кузатилганда.

Ипилимумаб*	1-чи линия терапияси резекция қилиб бўлмайдиган меланома ёки BRAFV600 WT мутацияси мавжуд ҳолатда, шунингдек, BRAF ёки BRAF+MEK ингибиторлари билан даволанишдан сўнг прогрессия кузатилганда.
-------------	--

\* *Препаратлар Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтгандан сўнг қўлланилади.*

### **Ҳомиладор аёлларда меланомани юз бериш тактикаси ва даволаш**

Бирламчи ўсмани гистологик тасдиқлаш учун уни кенг резекция қилиш тавсия этилади. Меланома ташхиси тасдиқланганда, касаллик босқичидан қатъи назар, ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия қилинади.

Агар бемор ҳомиладорликни тўхтатишдан бош тортса, 0, I, Ia босқичларида ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин, аммо бундай ҳолларда бемор ва унинг яқин қариндошлари касалликнинг юқори даражада прогресс қилиш хавфи ва она ҳамда бола учун ўлим хавфи ҳақида огоҳлантирилиши керак.

### **II–IV босқичларда меланома:**

- Агар ҳомиладорлик муддати **28 ҳафтагача** бўлса, уни тўхтатиш тавсия этилади.
- Агар муддат **28 ҳафтадан юқори** бўлса, беморни муддатидан олдин туғдириш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади.

### **Ҳомиладорликни тўхтатиш сабаблари:**

- Ҳомилага тератоген таъсир кўрсатиши мумкин бўлган инструментал текширувлар (ПЭТ-КТ, КТ, рентгенография, сцинтиграфия) туфайли беморни тўлиқ текшириш имкони йўқлиги.
- Ҳомилага тератоген таъсир сабабли доривор терапияни амалга ошириш имкони йўқлиги ва даволаш жараёнида қўшимча асоратлар хавфи (жинсий йўлдан қон кетиши, ўз-ўзидан тушиш, ҳомиланинг антенатал ҳалокати, ҳомиладорда ДВС-синдром ривожланиши).
- Ҳомиладорларда умумий наркоз остида катта жарроҳлик операцияларини амалга ошириш имкони йўқлиги ёки юқори хавфи (лимфадиссекция, тери ва юмшоқ тўқималардаги кўп сонли метастазларни олиб ташлаш, суяк резекцияси, бош мия метастазларини олиб ташлаш).
- Ҳомилага тератоген таъсир туфайли нур терапиясини амалга ошириш имкони йўқлиги.
- Ҳомиладорлик давом этаётган пайтда гормонал фоннинг кескин ўзгариши сабабли касалликнинг тез суръатда прогресс қилиш хавфи.

### **Агар бемор ҳомиладорликни тўхтатишдан бош тортса:**

Бемор ва унинг яқин қариндошлари билан тушунтириш суҳбати ўтказилиши, ҳомиладорликни тўхтатиш сабаблари, касалликнинг прогресс қилиш хавфи ва она ҳамда бола ҳаёти учун хавфли оқибатлар ҳақида огоҳлантириш зарур.

Ҳомиладор аёлларда меланома ҳар бир ҳолатда меланома мутахассислари, акушер-гинекологлар, нур диагностикаси мутахассислари иштирокида кенгайтирилган консилиумда муҳокама қилиниши ва беморни кейинги ташхислаш, даволаш ва бошқариш тактикаси белгиланиши керак.

## 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 кўшимча равишда УФ-защитага эга махсус кийимлар тавсия этилади.

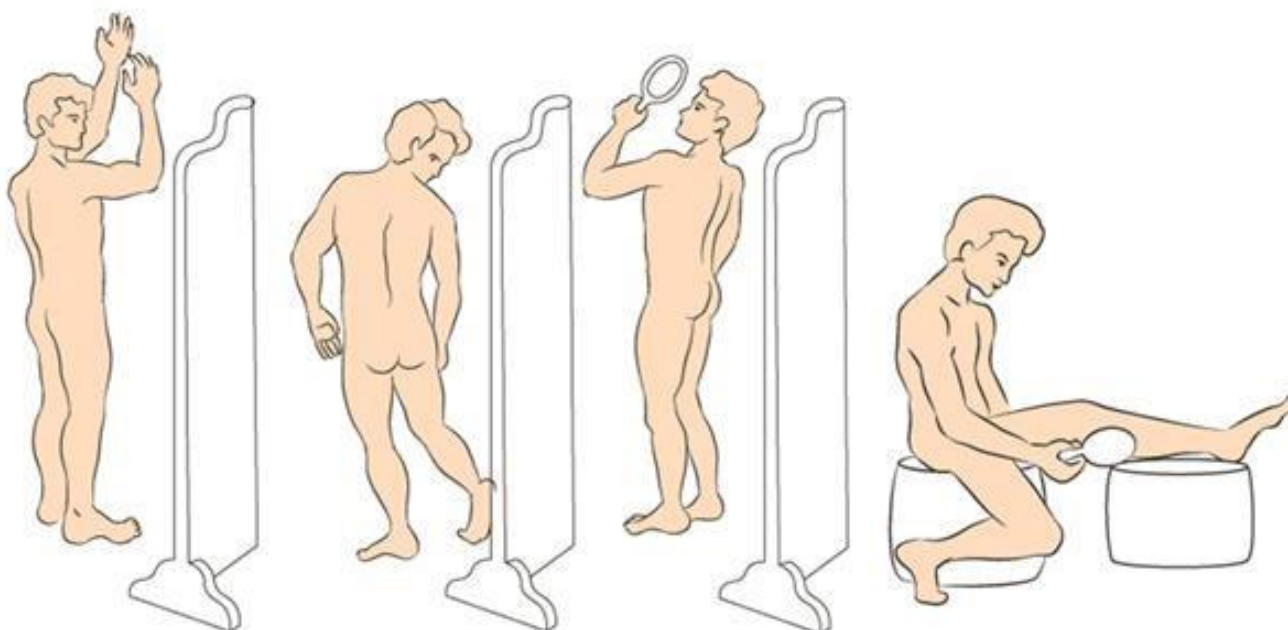
### Тери кўриги

Тери ўсмалари ва меланомани 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](https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf))



## 10. Қўлланилган адабиётлар рўйхати

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

21. Navari RM, Reinhardt RR, Gralla RJ, et al. Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist. *New Engl J Med.* 1999;340(3):190-195.
22. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Ann Oncol.* 1996;7(2):189-195.
23. Osaba D, Zee B, Warr D, Kaizer L, Latreille J, Pater J. Quality of life studies in chemotherapy-induced emesis. *Oncology.* 1996;53(suppl 1):92-95.
24. Morrow GR, Roscoe JA, Kirshner JJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ. Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT3 antiemetics. *Support Care Cancer.* 1998;6:244-247.
25. Bilgrami S, Fallon BG. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Postgrad Med.* 1993;94(5):55- 58, 62-64.
26. Адаптировано из 1 - Berger AM, Clark-Snow RA. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:2515–2523; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998;9:811–819.
27. J.D. Hainsworth “Nausea and vomiting”, *Abeloff’s Clinical Oncology (Fifth Edition)*, 2014, 626-634  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781455728657000424>
28. Roila F et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Clinical practice guidelines. Annals of Oncology* 27: v 119-133, 2016.
29. Antiemetic guidelines: MASCC/ESMO 2016  
[http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc\\_antiemetic\\_guidelines\\_english\\_2016\\_v.1.2.pdf](http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc_antiemetic_guidelines_english_2016_v.1.2.pdf)
30. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2017 – March 2018, 2017 [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/antiemesis.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf)
31. P. Hesketh, M. G. Kris, et al. “Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update”. *Journal of Clinical Oncology.* Volume 35 (28), October 1, 2017 <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2017.74.4789>
32. Российское общество клинической онкологии RUSSCO, «Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи», 2019 год
33. Лучевая терапия в онкологии: Эрик К. Хансен, МэкРоач III — США, 2014г.- 34-44 с.
34. Ang K.K., Byers R.M., Peters L.J. Postoperative radiotherapy for cutaneous melanoma of the head and neck region. 1994. Vol 30. – P.169-172
35. Ang K.K., Peters L.J., Weber R.S. Regional radiotherapy as adjuvant treatment for head and neck malignant melanoma. 1990. Vol 116. – P.795-798

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

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

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

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

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

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

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

43. ↑ [Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Wayback Machine](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова](#)» Минздрава России, научная статья, DOI: 10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320

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

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

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

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

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

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

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

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

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

53. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [арх. 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017. ([Реабилитация больных и инвалидов](#) // Пустырник — Румчерод. — М. : Большая российская энциклопедия, 2015. — С. 277-278. — ([Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#) ; 2004—2017, т. 28). — [ISBN 978-5-85270-365-1](#)).

54. ↑ [Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ \(ред. от 03.07.2016\) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» \(с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016\)](#)

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

56. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup> 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*)

57. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup> Katz. D., Ater. A. "\[«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»\]\(#\)" \(PDF\). \[Архивировано\]\(#\) \(PDF\) 27 августа 2010. Дата обращения: 20 июля 2020.](#)

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

59. Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.
60. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T, Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017, 24(4):e290-e315.
61. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W, Evidence for Massage Therapy Working G: The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016, 17(8):1553-1568.
62. Westphal JG, Schulze PC: Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018, 10(Suppl 35):S4391-S4399.
63. Ross M, Fischer-Carlidge E: Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017, 21(2):226-233.
64. Rief H, Omlor G, Akbar M, Welzel T, Bruckner T, Rieken S, Haefner MF, Schlampp I, Gioules A, Habermehl D et al: Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. *BMC Cancer* 2014, 14:67.
65. Sollner W, Zschocke I, Zingg-Schir M, Stein B, Rumpold G, Fritsch P, Augustin M: Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999, 40(3):239-250.
66. Беяев АМ, Чулкова ВА, Семиглазова ТЮ, Рогачев МВ (eds.): Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. СПб: Любавич; 2017.
67. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P: Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005, 16(5):805-816.

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.