

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
2-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI  
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**BACHADON BO'YNI SARATONI SKRININGGI,  
SERVIKAL INTRAEPITELIAL NEOPLAZIYANI  
DIAGNOSTIKA VA BOSHQARUV TAKTIKASI  
BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**



«KELISHILGAN»

«OvaBSIATM» DM direktori

N. S. Nadiryanova

» \_\_\_\_\_ 2025 yil

**BACHADON BO‘YNI SARATONI SKRININGGI,  
SERVIKAL INTRAEPITELIAL NEOPLAZIYANI  
DIAGNOSTIKA VA BOSHQARUV TAKTIKASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Kirish qismi .....         | 5  |
| Asosiy qism .....          | 8  |
| Ilovalar.....              | 26 |
| Adabiyotlar ro‘yhati ..... | 28 |

## **1. Kirish qismi**

### KXT-10 bo'yicha kodlar:

|   |  |
|---|--|
| <b>N87</b>  | Bachadon bo'yni displaziyasi (bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi), bachadon bo'yni karsinomasi in situ istisno qilinadi (D06).  |
| <b>N87.0</b>  | Bachadon bo'yni engil darajadagi displaziyasi, I darajali bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (CIN I), past darajadagi yassi hujayrali intraepitelial zararlanish (LSIL).  |
| <b>N87.1</b>  | Bachadon bo'yni o'rtacha darajadagi displaziyasi, II darajali bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (CIN II).  |
| <b>N87.2</b>  | Boshqa ko'rsatilgan kasallik guruhlariga kiritilmagan og'ir bachadon bo'yni displaziyasi, bachadon bo'yni in situ og'ir displaziya va karsinomasini va ko'rsatmasdan III darajali bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyani (CIN III) istisno qiladi. (D06). |
| <b>N87.9</b>  | Bachadon bo'yni displaziyasi aniq bo'lmagan holat  |
| Havola: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a> |  |

### KXT-11 bo'yicha kodlar:

|   |  |
|---|--|
| <b>GA15.7</b>   | Bachadon bo'ynining past darajadagi yassi hujayrali intraepitelial zararlanishi  |
| <b>2E66.2</b>   | Bachadon bo'yni yuqori darajadagi intraepitelial yassi hujayrali zararlanishlari: bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi II daraja, bachadon bo'yni III darajali intraepitelial neoplaziya. |
| <b>QA09.4</b>   | Bachadon bo'yni neoplazmalarini aniqlash uchun maxsus skrining tekshiruvi - servikal neoplaziya uchun skriningi  |
| Havola: <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release</a> |  |

**Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

**Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

### Ishchi guruh rahbarlari:

| <b>№</b> | <b>F.I.Sh.</b>   | <b>Lavozimi</b>  | <b>Ish joyi</b>                                      |
|----------|------------------|--|--|
| 1        | Nadirxanova N.S. | Direktor, t.f.d.   | RIOvaBSIATM  |
| 2        | Alieva D.A.      | "Oila va nikoh" ilmiy-maslahat poliklinikasi mudiri, t.f.d., professor | RIOvaBSIATM  |
| 3        | Fazilova F.A.    | Onalik va bolalikni muhofaza qilish bosh boshqarmasi boshlig'i, t.f.n. | O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi |

### Tuzuvchilar ro'yxati:

| <b>№</b> | <b>F.I.Sh.</b>  | <b>Lavozimi</b>                           | <b>Ish joyi</b> |
|----------|-----------------|---|-----------------|
| 1        | Asatova M.M.    | akusher-ginekolog, t.f.d., professor      | TXKMRM          |
| 2        | Nishanova F.P.  | akusher-ginekolog, t.f.n.                 | RIOvaBSIATM     |
| 3        | Irgasheva S.U.  | akusher-ginekolog, t.f.d.                 | RIOvaBSIATM     |
| 4        | Agababyan L.R.  | akusher-ginekolog, t.f.n., v.i. professor | SamDTU          |
| 5        | Abduraimov T.F. | akusher-ginekolog                         | RIOvaBSIATM     |
| 6        | Axmedova M.O.   | akusher-ginekolog                         | RIOvaBSIATM     |
| 7        | Mirzaeva Y.K.   | akusher-ginekolog                         | RIOvaBSIATM     |
| 8        | Ikramova Sh.X.  | akusher-ginekolog                         | RIOvaBSIATM     |

### Taqrizchilar:

| <b>№</b> | <b>F.I.Sh.</b> | <b>Lavozimi</b>   | <b>Ish joyi</b> |
|----------|----------------|-------------------|-----------------|
| 1        | Yusupov U.Y.   | t.f.d., professor | RIOvaBSIATM     |

|   |                    |                                      |  |
|---|--------------------|--------------------------------------|--|
| 2 | Kattaxodjaeva M.X. | Kafedra mudiri, t.f.d.,<br>professor | Toshkent davlat stomatologiya<br>instituti akusherlik va ginekologiya<br>kafedrası |
|---|--------------------|--------------------------------------|--|

*RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi*  
*TXKMRM - tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi*  
*SamDTU – Samarqand davlat tibbiyot universiteti*

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assosiasiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM DM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), akusherlik yordam tizimining xududiy muassasalari shifokorlari ishtirokida ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi), 2024 yil "\_6\_" \_dekabr kuni onlayn formatida o'tkazilgan yig'ilishning № 1-son Bayonnomasi. Ishchi guruh rahbari, "RIOvaBSIATM" Davlat muassasasi direktori, t.f.d., N.S. Nadirxanova.

Klinik Protokol Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi "\_17\_" \_dekabr \_2024 yil, №\_15\_ - sonli Protokol, Ilmiy Kengash raisi – t.f.d., professor M.M. Asatova.

#### Tashqi ekspert bahosi:

| № | F.I.Sh.           | Lavozimi   | Ish joyi   |
|---|-------------------|--|--|
| 1 | Zarochenseva N.V. | Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, t.f.d., professor<br>Rossiya Fanlar akademiyasining t.f.d.,<br>professor | DBSSM MV "Akad. V.I. Krasnopol'skiy nomidagi Moskva mintaqaviy akusherlik va ginekologiya ilmiy-tadqiqot instituti" (Moskva, Rossiya Federasiyasi) |

#### Qisqartmalar ro'yhati:

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AGS</b>      | atypical glandular cells - atipik bezli hujayralar  |
| <b>ASC-H</b>    | atypical squamous cells cannot exclude HSIL – atipik yassi epiteliya hujayralari, og'ir zararlanishni istisno qilib bo'lmaydi |
| <b>ASCUS</b>    | atypical squamous cells of undetermined significance – aniq bo'lmagan tarkibli atipik yassi epiteliya hujayralari             |
| <b>CIN</b>      | cervical intraepithelial neoplasia - bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi  |
| <b>CIN II +</b> | CIN II, CIN III, bachadon bo'yni saratoni   |
| <b>CIS</b>      | carcinoma in situ   |
| <b>HSIL</b>     | high-grade squamous intraepithelial lesions – yuqori darajadagi yassi hujayrali intraepitelial zararlanishi                   |
| <b>LEEP</b>     | loop electrosurgical excision procedure – halqasimon elektroxirurgik ekssizion muolaja  |
| <b>LLETZ</b>    | large loop excision of the transformation zone – transformasiya zonasining katta halqasimon ekssiziyasi                       |
| <b>LSIL</b>     | low-grade squamous intraepithelial lesions – past darajadagi yassi hujayrali intraepitelial zararlanishi                      |
| <b>NILM</b>     | negative for intraepithelial lesion or malignancy – intraepitelial zararlanishlarning yo'qligi                                |
| <b>SIL</b>      | squamous intraepithelial lesions – yassi hujayrali intraepitelial zararlanishi  |
| <b>VIA</b>      | sirka kislotasi bilan ishlov berilgandan keyin bachadon bo'yni vizual tekshiruvi  |
| <b>AOE</b>      | aseto-oq epiteliy   |
| <b>AKT</b>      | anormal kolposkopik tasvir  |
| <b>OPV</b>      | odam papilloma virusi   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>YuKX OPV</b> | yuqori kanserogen xavfga ega odam papillomavirusi    |
| <b>ËRT</b>      | yordamchi reproduktiv texnologiyalar                 |
| <b>DNK</b>      | dezoksiribonuklein kislotalari                       |
| <b>DEK</b>      | diatermoelektrokoagulyasiya                          |
| <b>SS</b>       | suyuqlik sitologiyasi                                |
| <b>TZ</b>       | transformasiya zonasi                                |
| <b>JYBYuI</b>   | jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar             |
| <b>ISE</b>      | istmik-servikal etishmovchilik                       |
| <b>KOK</b>      | kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar              |
| <b>KS</b>       | kolposkopiya   |
| <b>KQYaE</b>    | ko'p qavatli yassi epiteliy                          |
| <b>PZR</b>      | polimeraza zanjiri reaksiyasi                        |
| <b>BBS</b>      | bachadon bo'yni saratonini                           |
| <b>TEA</b>      | tromboembolik asoratlar                              |
| <b>CIN</b>      | bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi          |
| <b>SE</b>       | silindirik epiteliy                                  |
| <b>BBRTJK</b>   | bachadon bo'yni radioto'lqin jarrohlik konizatsiyasi |

**Protokolning maqsadi:** tibbiyot xodimlarini zamonaviy ilmiy asoslangan ma'lumotlar va O'zbekiston Respublikasida bachadon bo'yni saratonini tashkiliy skrining qilish va bachadon bo'yni saraton oldi kasalliklarini davolash tizimini ishlab chiqish va joriy etish bo'yicha dalillarga asoslangan tavsiyalar bilan ta'minlash.

**Bemorlar toifasi:** 30-65 yosh oralig'idagi ayollar.

**Klinik protokol foydalanuvchilari:** oilaviy shifokorlar; akusher-ginekologlar; onkologlar; laboratoriya diagnostikasi shifokorlari; sog'liqni saqlash tashkilotchilari; tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari; klinik rezidentlar; magistratura talabalari; doktorantlar; tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari; ayollar, ularning oilalari va g'amxo'rlik qiluvchilar.

**Protokol tavsiyalariga rioya qilish:**

Protokol nashr paytida mavjud bo'lgan dalillarga asoslangan umumiy tavsiyalar beradi.

Agar amalda ushbu protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilinsa, shifokorlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirish kerak:

- bu qarorni kim qabul qilgan;
- bayonnomadan chetga chiqish to'g'risidagi qarorning batafsil asoslari;
- bemorni boshqarish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingan.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, lekin shifokorlar bemorning ehtiyojlarini inobatga olgan holda, hurmatli maxfiy aloqa tamoyiliga rioya qilgan holda bemorlar bilan individual boshqaruvni muhokama qilishlari kerakligini anglatadi. Bunga kiradi:

- Agar kerak bo'lsa, tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- Bemor bilan maslahatlashish va ma'lum bir manipulyatsiya yoki ma'muriyat taktikasi uchun xabardor roziligini olish;
- Qonuniy talablar va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya qilish doirasida yordam ko'rsatish;
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

**Profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari) bo'yicha tavsiyalarning (TID) ishonchlilik darajasini baholash shkalasi):**

|   |
|---|
| <b>Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi</b> |
|---|

|          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil)   |
| <b>B</b> | Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari izchil emas)                |
| <b>C</b> | Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining etishmasligi (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil emas) |

## 2. Asosiy qism

### 2.1. Kirish.

Ayolning hayoti uchun xavfli bo‘lgan bachadon bo‘yni asosiy patologiyasi bachadon bo‘yni saratoni (BBS) hisoblanadi. Bachadon bo‘ynini tekshirishning barcha diagnostika usullari va bachadon bo‘yni tekshiruv usullari ushbu kasallik va uning saraton oldi holatlarini erta va differensial tashxislash uchun ishlab chiqilgan.

Butun jahon miqyosida bachadon bo‘yni saratoni ayollar orasida ko‘krak saratonidan keyin ikkinchi eng keng tarqalgan saraton hisoblanadi. 2018-2030 yillar oralig‘ida bachadon bo‘yni saratoni bilan kasallanishning o‘rtacha yillik darajasi 570 mingdan 700 mingga, o‘rtacha yillik o‘lim darajasi esa 311 mingdan 400 mingga ko‘payishi prognoz qilinmoqda.

Jabrlanganlarning 85% dan ortig‘i dunyodagi eng qashshoq mamlakatlarda yashovchi yosh va past ma‘lumotli ayollardir. Ularning ko‘pchiligining yosh bolalari ham bor, ularning omon qolishi keyinchalik onaning bevaqt o‘limi tufayli qiyinlashadi.

Dunyo bo‘ylab bachadon bo‘yni saratonidan o‘limning 10 tadan to‘qqiztasi past va o‘rta daromadli mamlakatlarda ro‘y bermaqda. Bundan tashqari, OIV bilan kasallangan ayollar, OIV-salbiy ayollarga qaraganda, bachadon bo‘yni saratoni bilan kasallanish ehtimoli olti marta ko‘proq.

Global miqyosda 2020 yilda bachadon bo‘yni saratoni bilan bog‘liq yangi holatlar va o‘limlarning taxminan 90 foizi past va o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bu bachadon bo‘yni saratoni asosan oldini olish mumkin bo‘lgan kasallik bo‘lishiga qaramay, kasallanish va o‘lim darajasi yuqorilgicha qolayotganini tasdiqlaydi. Buning asosiy sababi - bachadon bo‘yni saratonining erta bosqichlarida va saratondan oldingi kasalliklarni erta aniqlash va davolash orqali bachadon bo‘yni saratonining oldini olish dasturlari mavjud emasligidir. Bachadon bo‘yni saratonidan oldingi zararlanishlar majburiy davolash bilan samarali skrining dasturlarisiz, kasallik odatda ilg‘or bosqichda, samarali davolash uchun juda kech bo‘lganda aniqlanadi va shuning uchun o‘lim darajasi yuqori.

Bachadon bo‘yni saratoni bir necha yil, ba‘zan o‘n yillar davomida bachadon bo‘yni intraepitelial neoplaziyasi oldindan bo‘ladi. Bunday uzoq vaqt davomida ularni oddiy organlarni saqlovchi ekssiziyalar yordamida invaziv saraton rivojlanishidan oldin aniqlash va davolash mumkin.

BBS – bu bachadon bo‘yni epiteliyasining yomon sifatli o‘smasi bo‘lib, yuqori samarali va iqtisodiy jihatdan foydali skriningga mo‘ljallangan kasalliklar talablarga mukammal mos keladi: keng tarqalganligi va ijtimoiy ahamiyati, ko‘rish mumkin bo‘lgan shakli, kasallikning saraton oldi holati uzoq davom etishi, erta aniqlanish va yuqori samarali davolash orqali tug‘ruq qobiliyatini saqlab qolish imkoniyati, shuningdek, sezgir va aniq diagnostika testlarining mavjudligi.

JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, so‘nggi 30 yil ichida ijtimoiy va iqtisodiy ahvoli yaxshilangan mamlakatlarda bachadon bo‘yni saratoni bilan kasallanish va bachadon bo‘yni saratoni tufayli o‘lim darajasi sezilarli darajada kamaygan. Bu, asosan, samarali sitologik skrining joriy etilgani, shuningdek, saraton oldi kasalliklari va bachadon bo‘yni saratonining dastlabki bosqichini o‘z vaqtida davolash samarasidir.

[https://unitaid.org/assets/Cervical\\_Cancer\\_Technology-landscape-2019.pdf](https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf)

Yaqinda ba‘zi sitologik skrining dasturlari yangi testlar bilan to‘ldirila boshlandi, masalan, yuqori onkogen tip odam papillomavirusini (OPV) aniqlash. Ma‘lumki, doimiy odam papillomavirusi infeksiyasi bachadon bo‘yni saratonining deyarli barcha turlarining sababi hisoblanadi.

Infeksiyalanish va bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishi o‘rtasidagi uzoq davr bachadon bo‘yni saratoni bilan kasallanish va o‘limni kamaytirishda skrining samarali bo‘lishiga imkon beradi. Jinsiy faol ayollar va erkaklarning ko‘pchiligi hayotlarining ma‘lum bir davrida, ba‘zan bir necha marta OPV bilan kasallanadilar. Infeksiyalanganlarning 90% dan ortig‘ida infeksiya 2 yil ichida hech qanday davolanishsiz o‘z-o‘zidan yo‘qoladi.

Bachadon bo‘yni saratoni bo‘yicha qayg‘uli statistik ma‘lumotlarga qaramay, bu kasallikning eng fojiali tomoni shundaki, biz ko‘pchilik holatlarning oldini olishni bilamiz, ammo bachadon bo‘yni saratoni hali ham dunyoda ko‘plab holatlar va o‘limga sabab bo‘lmoqda.

Samarali boshqariladigan skrining dasturlari bachadon bo‘yni saratoni holatlarining 80 foizigacha oldini olishi haqida kuchli dalillar mavjud. Bunday dasturlarning afzalliklari Finlyandiyada, Buyuk Britaniyada va bunday dasturlar joriy etilgan boshqa bir qator mamlakatlarda ishonchli tarzda isbotlangan.

<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervix-Cancer-Screening-2005>

Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilish global dasturi 2017-yilning 23-26-oktabr kunlari O‘zbekistonda birinchi missiyasi o‘tkazilgan. O‘zbekiston Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan Evropa mintaqasida BMTning bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha global qo‘shma dasturining birinchi bosqichida ishtirok etish uchun tanlandi.

Global strategiya sog‘liqni saqlash huquqini inson huquqi sifatida belgilovchi xalqaro hujjatlarga mos keladi (Inson huquqlari bo‘yicha kengash tomonidan 2019-yil 26-sentyabrda qabul qilingan rezolyusiya - A/HRC/RES/42/16 “Har bir insonning jismoniy va ruhiy salomatlikning eng yuqori darajasiga erishish huquqi”), shuningdek, Kun tartibida 2030 yilgacha bo‘lgan davrda barqaror rivojlanish sohasida va uning kompleks tamoyili, unga ko‘ra, hech kim orqada qolmasligi kerak.

<https://undocs.org/ru/A/HRC/RES/42/16020>

Ushbu strategiya 2030 yilga borib har 100 000 ayolga 4 ta kasallanish darajasiga erishish maqsadida bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha kompleks yondashuvni tavsiya qiladi uni amalga oshirishning quyidagi mezonlari mavjud:

- 90% qizlar 15 yoshgacha OPVga qarshi emlanishi kerak;
- Ayollarning 70 foizi 35 yoshda va 45 yoshda yana yuqori samarali testdan o‘tishi kerak;
- bachadon bo‘yni saratoni va invaziv saratoni bilan kasallangan ayollarning 90 foizini davolash.

Agar ushbu maqsadlarga erishilsa, 2030 yilgacha bachadon bo‘yni saratonidan 300 000 o‘limning oldini olish mumkin. Bundan tashqari, 2030 yilga borib 90-70-90 maqsadlarga erishish orqali 2120 yilgacha bachadon bo‘yni saratonidan 62 million o‘limning oldi olinadi.

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/104174>

<http://gco.iarc.fr/>

[https://unitaid.org/assets/Cervical\\_Cancer\\_Technology-landscape-2019.pdf](https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf)

## 2.2. Epidemiologiya.

Dunyo bo‘ylab har daqiqada bir ayol bachadon bo‘yni saratoni tufayli vafot etadi. Kasalliklarning 85% rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi. Kasallik va o‘lim ko‘rsatkichlari barqaror o‘sib bormoqda.

O‘zbekistonda 2017-yilda 1556 nafar bachadon bo‘yni saratoni aniqlangan va bachadon bo‘yni saratoni tufayli 994 nafar ayol vafot etgan, 2021-yilda 1827 nafar bachadon bo‘yni saratoni aniqlangan, 1103 nafar ayol vafot etgan. Prognozlarga ko‘ra, 2030 yilga kelib kasalliklar soni yiliga 2100 taga, o‘lim holatlari esa 1300 taga etadi.

## 2.3. Ta'riflar.

**Servikal intraepitelial neoplaziya (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN)** – bu kasalliklar guruhi, ko‘p qavatli yassi epiteliyining etilishining, differensasiyasining va stratifikasiyasining buzilishi bilan harakterlanadi. CIN uchinchi bosqichi, yuqori onkologik xavfga ega odam

papillomaviruslari (OPV) sabab bo'lgan doimiy infeksiya tomonidan ishga tushiriladi, bu zararlarning invaziyaga o'tishigacha bo'lgan jarayonni qo'llab-quvvatlaydi. CIN I regressiya ehtimoliga ega bo'lib, bachadon bo'yni saratoniga olib keladigan saraton oldi deb hisoblanmaydi, CIN I ning kam qismi CIN II-III ga o'tishi mumkin – bu haqiqiy saraton oldi holat hisoblanadi. Shuningdek, CIN II-III ni CIN I shakllanishisiz ham rivojlanishi mumkin.

**LSIL** – low-grade squamous intraepithelial lesions –intraepitelial yassi hujayrani past darajadagi zararlanishi. LSIL tarkibiga koylositoz, CIN I va bachadon bo'yni kondilomasi kiradi.

**HSIL** – high grade squamous intraepithelial lesions –intraepitelial yassi hujayrani yuqori darajadagi zararlanishi CIN II (o'rtacha displaziya) va CIN III (og'ir displaziya va invaziv karsinoma (CIS) kiradi. HSIL bachadon bo'yni saraton oldiga ishora kiladi.

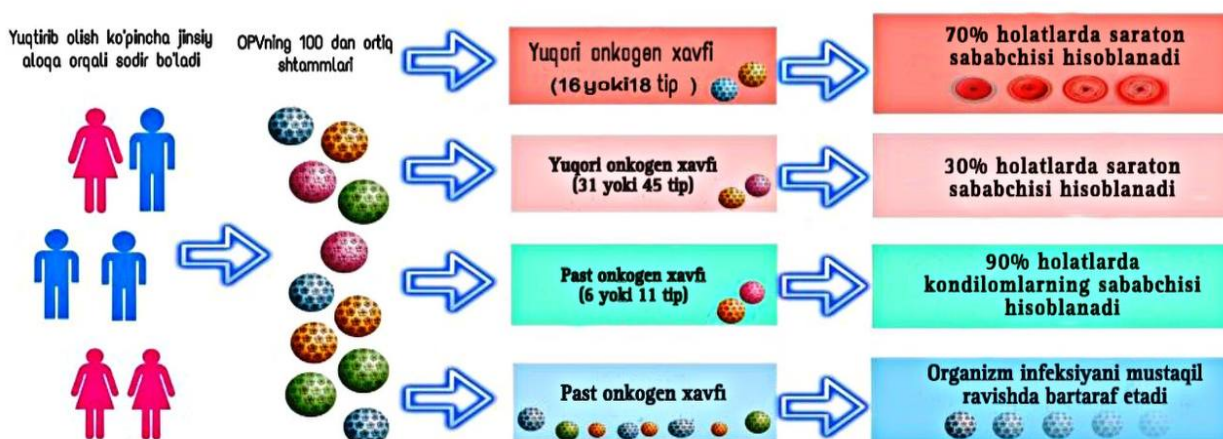
## 2.4. Kasallik yoki holatning etiologiyasi va patogenezini.

CIN va BBS rivojlanishining asosiy etiologik omili yuqori onkogenik odam papillomavirusi (OPV) hisoblanadi. Bugungi kunda quyidagi OPV turlari ma'lum va diagnostika qilinadi: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. Infeksiyalash va bachadon bo'yni saratonining rivojlanishi o'rtasidagi uzoq davr, tartibga solingan skriningni samarali qilish imkonini beradi, bu esa bachadon bo'yni saratonidan kasallanish va o'limni kamaytirishga yordam beradi. OPV – bu teri va shilliq qavatlarini zararlaydigan va onkogenez potensialiga ega bo'lgan keng tarqalgan va o'zgaruvchan viruslar guruhidir (1-rasm).

### OPV yuqish va yuqtirish yo'llari:

1. Jinsiy yo'l. OPV infeksiyasi genital-genital jinsiy aloqa, manual-genital va oral-genital jinsiy aloqa orqali sodir bo'ladi.
2. Vertikal yo'l. Homiladorlik davrida bachadon bo'yni epiteliyasining OPVga sezgirligi ortishi isbotlangan.
3. Maishiy yo'l. Virus ichki kiyim, jarrohlik qo'lqoplari, biopsiya uchun jarrohlik asboblari va OPV bilan ifloslangan boshqa narsalar orqali yuqishi mumkin. Tibbiyot xodimlari genital tuklarni lazer bilan yo'q qilish paytida hosil bo'lgan tutunni nafas olish orqali OPV bilan kasallanishi mumkin.

1-Rasm. Odam papillomavirusi



Inkubasion davr 1 oydan 6 oygacha davom etadi va virusning zararlangan to'qimalarda eng yuqori miqdori 6-chi oyda aniqlanadi. OPV yuqori onkogenik xavfga ega bo'lgan viruslar, silindrik epiteliya ostidagi polipotent hujayralar va ko'payayotgan hujayralarni, transformasiya zonasining hosil bo'layotgan hududida, uning yuqori chegarasida – o'tish zonasida, shuningdek, undan yuqorida joylashgan kanal va endoservikal kriptalarda zararlaydi.

Virusning dastlabki genlari ta'sirida metaplaziyaning fiziologik jarayoni etuk hujayralarning haddan tashqari ko'payishi va neoplastik hujayralarning o'sib borayotgan massasini trofik qo'llab-quvvatlash uchun neovaskulyar tarmoqning shakllanishi tufayli g'ayritabiiy xususiyatga ega bo'ladi. Anormal hujayralar, genetik shikastlanishning og'irligiga va neoplaziya darajasiga ko'ra, epiteliya qatlaminin uchdan bir qismidan butun qalinligini egallaydi, tomirlar tarmog'i bilan o'ralgan interakantotik bo'shliqlarda klasterlarda joylashgan. Bu tomirlar tarmog'i, «nuqtaviy» tarzda papillyarlarning uchlarida yoki gorizontol ravishda joylashgan tomirlar shaklida, etilmagan hujayralar massasini o'rab turadigan, morfologik substrat bo'lib, anormal kolposkopik tasvirlarning (AKT) yuzaga kelishiga sabab bo'ladi, masalan, turli qalinlikdagi aseto-oq epiteliiy (AOE), nozik yoki qo'pol mozaika va punktuasiya, papillyalar, tizmalar, plastlar.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/104174>

<http://gco.iarc.fr/>

[https://unitaid.org/assets/Cervical\\_Cancer\\_Technology-landscape-2019.pdf](https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf)

## 2.5. Papillomavirus infeksiyasining kechishi.

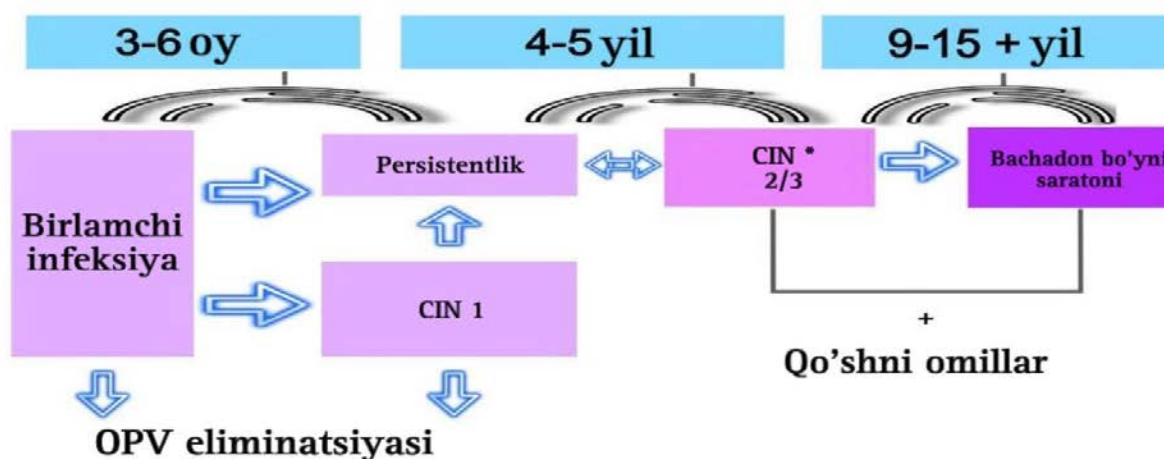
OPV infeksiyasining shakllari o'zgaruvchan va ular bo'linadi:

- Klinik – ko'z bilan bevosita ko'rinadi;
- subklinik – faqat kolposkopiya, sitologik yoki gistologik tekshiruv vaqtida aniqlanadi;
- latent - OPV DNKsi aniqlanganda morfologik anormalliklarning yo'qligi.

OPV epiteliyaga turli yo'llar bilan ta'sir qilishi mumkin: yaxshi sifatli hosilalar (papillomalar, kondilomalar) paydo bo'lishiga yoki OPV DNK ning hujayra geni bilan birikmasiga yordam beradi, bu turli darajadagi displaziya (neoplaziya) va keyinchalik saratonga olib keladi (ko'pincha bachadon bo'yni transformasiya zonasini).

Kasallik yashirin kurs bilan tavsiflanadi, unda ko'pincha klinik ko'rinishlar mavjud emas. 30% hollarda OPV aniqlanadi va sitologik tekshiruvdagi xarakterli o'zgarishlar ko'pincha 6-12 oy ichida o'z-o'zidan yo'qoladi (o'tkinchi yoki yashirin infeksiya), hech qanday zarar yoki OPV infeksiyasining mavjudligini qoldirmaydi. (2-rasm).

2-Rasm. Papillomavirus infeksiyasining kechishi.



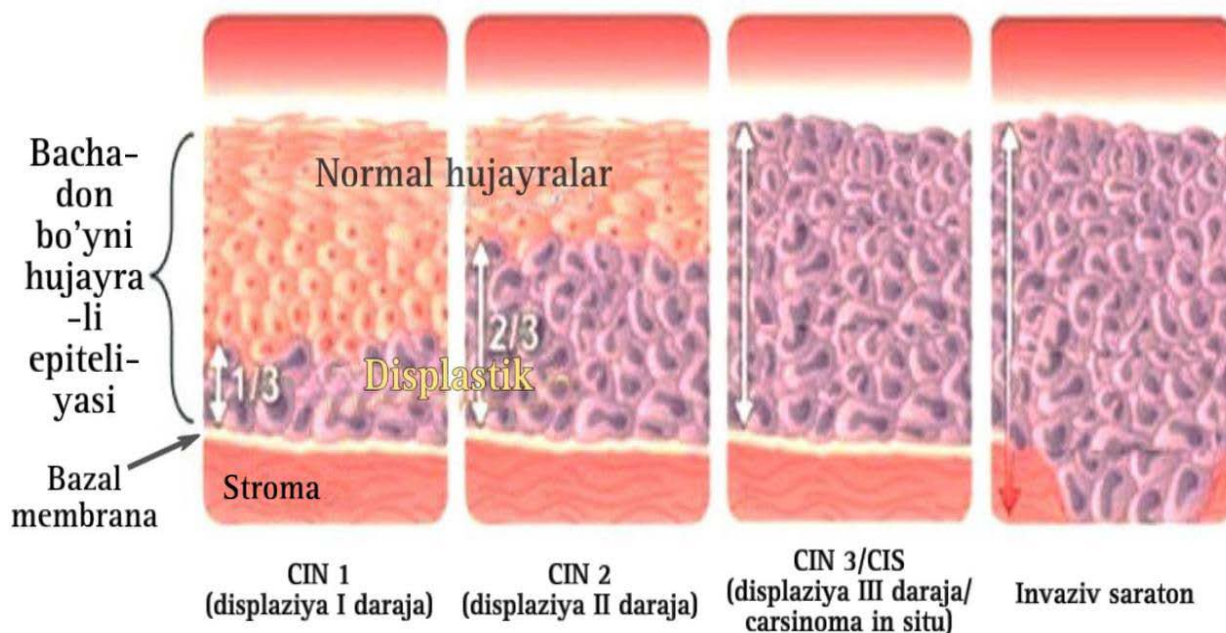
OPV ning uzoq muddatli davom etishi (2 yildan ortiq) neoplaziya rivojlanishining asosiy omilidir. Displastik epiteliya zonalarini orqali normal epiteliyadan intraepitelial saratonga o'tishi isbotlangan. Ushbu o'zgarishlar zonalarini nafaqat bir-biri bilan birlashtirilgan, balki bosqichma-bosqich neoplastik jarayonning turli bosqichlarini hamdir.

Neoplastik o'zgarishlar bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliiysida ham, transformasiya zonasida va bachadon bo'yni kanalida shilliq qavatning yassi hujayrali metaplaziya joylarida sodir bo'ladi va keyin qin qismga tarqaladi.

Displaziya bir vaqtning o'zida bachadon bo'yni bir nechta sohalarida rivojlanishi mumkin (3-

rasm). Bunday holda, ko'pincha bir bemorda turli darajadagi neoplaziyalar mavjud bo'lishi mumkin.

### 3-Rasm. Bachadon bo'yni displaziyasining rivojlanish bosqichlari



**OPV infeksiyasi va bachadon bo'yni saratoni rivojlanishiga sabab bo'lgan omillarga kiradi:**

- jinsiy hayotning erta boshlanishi,
- bir nechta jinsiy sheriklarning mavjudligi,
- jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar,
- ko'p tug'ish,
- endogen omillar (immunitetning pasayishi, vitamin tanqisligi),
- OPV-musbat ayollar tomonidan estrodiol oral kontraseptivlaridan uzoq muddat foydalanish
- chekish,
- spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/104174>

<http://geo.iarc.fr/>

### 2.6. Kasallik yoki holatning klinik ko'rinishi.

CIN I-III bo'lgan bemorlarning aksariyatida klinik ko'rinishlar yo'q (asimptomatik holat). Jinsiy yo'ldan "kontakt" qonli ajralmalar juda kam uchraydi.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/104174>

<http://geo.iarc.fr/>

### 2.7. Bachadon bo'yni shilliq qavatining ko'p qavatli yassi epiteliyasining intraepitelial neoplaziyasi diagnostikasi.

**Tashxis qo'yish mezonlari:**

Bachadon bo'yni kasalliklarini tashxislash usullari:

- bachadon bo'ynini ko'zgularda tekshirish,
- sitologik tekshirish,
- PZR DNK OPV,
- kengaytirilgan kolposkopiya,
- bachadon bo'yni biopsiyasi,
- bachadon bo'yni biopsiya materialini gistologik tekshirish - tashxisni tekshirish uchun o'tkaziladi.

## 2.8. Kasallik yoki holatning tasnifi.

Bachadon bo'yni patologiyasini tashxislashda bachadon bo'yni surtmalarining sitologiyasi, kengaytirilgan kolposkopiya va bachadon bo'yni biopsiyalarining gistologik tekshiruvi qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda bachadon bo'yni kasalliklarining umumiy qabul qilingan sitologik tasnifi **Betesda tasnifi (Terminology Bethesda System, TBS)**

[https://www.rcrm.by/upload/science/posob\\_doctor/2021-12.pdf](https://www.rcrm.by/upload/science/posob_doctor/2021-12.pdf)

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

Betesda tizimi tasnifining asosiy toifalari:

### **Bachadon bo'yni yassi epiteliysini baholash uchun:**

- **NILM** – negative for intraepithelial lesion or malignancy–intraepitelial zararlanishlar va yomon sifatli jarayonlar yo'q;
- **ASC** – atypical squamous cells – atipiyaga shubha qilingan yassi hujayrali hujayralar;
- **ASC-US** – atypical squamous cells undetermined significance –aniq bo'lmagan tarkibli yassi hujayrali atipik hujayralar (reaktivdan ko'ra muhimroq bo'lgan, ammo CIN tashxisini qo'yish uchun miqdoriy yoki sifat jihatidan etarli bo'lmagan hujayralardagi o'zgarishlar);
- **ASC-H** – atypical squamous cells cannot exclude HSIL – HSILni istisno qilmaydigan atipik yassi hujayralar (ASC-US va HSIL o'rtasida joylashgan toifa);
- **LSIL** – low-grade squamous intraepithelial lesions –intraepitelial yassi hujayrani past darajadagi zararlanishi. LSIL tarkibiga koylositoz (OPV infeksiyasi), CIN I (engil displaziya) va bachadon bo'yni kondilomasi kiradi;
- **HSIL** – high grade squamous intraepithelial lesions –intraepitelial yassi hujayrani yuqori darajadagi zararlanishi. HSILlar orasida CIN II (o'rtacha displaziya), CIN III (og'ir displaziya) va preinvaziv saraton (CIS);
- **CIS** – carcinoma in situ - invaziv yassi hujayrali karsinoma.

### **Bachadon bo'yni bezli epiteliysini baholash uchun:**

- **AGC** – atypical glandular cells of favor neoplastic – atipiyaga shubha qilingan bezli hujayralar;
- **AGC-US** – atypical glandular cells of undetermined significance – anik bo'lmagan tarkibli atipik bezli hujayralar;
- **AIS** – endocervical adenocarcinoma in situ – endoservikal adenokarsinoma in situ;
- **Adenocarcinoma** – adenokarsinoma.

Ushbu tizimga muvofiq sitologik tekshiruv xulosasini berish imkonini beradi:

- sitologik hisobotlar formatini standartlashtirish va saraton oldining mohiyatini yaxshiroq tushunish;
- yassi epiteliy uchun ASC-US/ASC-H va bezli epiteliy uchun AGC-US/AGC toifalarini aniqlash sitologik skriningning diagnostik sezgirligini oshirish imkonini beradi.

[https://www.rcrm.by/upload/science/posob\\_doctor/2021-12.pdf](https://www.rcrm.by/upload/science/posob_doctor/2021-12.pdf)

**Betesda tasnifidan oldin Papanikolau tasnifi** mavjud bo'lib, u hozirda bachadon bo'yni shilliq qavatining intraepitelial displaziyasi tashxisida qo'llanilmaydi:

**1-sinf** - normal sitologik rasm (salbiy natija);

**2-sinf** - qin va (yoki) bachadon bo'yni yallig'lanishi natijasida yuzaga keladigan hujayra morfologiyasining o'zgarishi;

**3-sinf** - yadrolari va sitoplazmasi anormalliklari bo'lgan yagona hujayralar (yomon sifatli yangi hosilaga shubha);

**4-sinf** – yomon sifatlikning aniq belgilari bo'lgan alohida hujayralar.

1-jadvalda bachadon bo'yni saraton oldi zararlanishlari tasniflarining o'zaro bog'liqligi ko'rsatilgan.

**1-jadval. Bachadon bo‘yni saraton oldi zararlanishlari tasniflarining o‘zaro bog‘liqligi/**

| Papanikolau tizimi  | JSSTning tavsif tizimi              | CIN                                  | Terminologik Betesda tizimi                            |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1-sinf (normal)   | Yomon sifatli hujayralar yo‘q       | Neoplastik o‘zgarishlarning yo‘qligi | Normal   |
| 2-sinf (epitelial metaplaziya, yallig‘lanish turi)                | Yallig‘lanish bilan bog‘liq atipiya |                                      | ASC hujayralarida reaktiv o‘zgarishlar: ASCUS; ASC - N |
| 3-sinf ("diskarioz")  | Engil displaziya                    | CIN I, koylositoz                    | LSIL   |
|   | O‘rtacha displaziya                 | CIN II                               | HSIL   |
| 4-sinf (saraton yoki karsinoma in situ uchun shubhali hujayralar) | Og‘ir displaziya                    | CIN III                              |  |
|   | Karsinoma in situ                   |                                      |  |
| 5-sinf (saraton)  | Invaziv karsinoma                   | Karsinoma                            | Karsinoma  |

Tashxisni tekshirish uchun suyuqlik sitologiyasi va kengaytirilgan kolposkopiya bilan so‘ng biopsiyaning gistologik tekshiruvi bilan bachadon bo‘yni biopsiyasini o‘tkazish tavsiya etiladi.

**JSSTning 2014 yilgi Xalqaro gistologik tasnifiga** ko‘ra, intraepitelial yassi hujayralarni zararlanishlar (SIL) quyidagilarga bo‘linadi:

- **CIN I** – intraepitelial yassi epiteliyning engil darajadagi shikastlanishi;
- **CIN II-III** – intraepitelial yassi epiteliyning yuqori darajadagi shikastlanishi.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

Bachadon bo‘yni yuzaki hujayra qatlamining shikastlanish chuqurligiga qarab **R. M. Richart (1968) tomonidan gistologik tasnifi:**

- **CIN I** (engil darajali displaziya) – inson papillomavirusi infeksiyasining belgilari (koylositoz va diskeratoz). Hujayra qatlami qalinligining 1/3 qismiga zarar etkazish;
- **CIN II** (o‘rtacha darajali displaziya) – 1/2 hujayra qatlamining qalinligi ta'sir qiladi;
- **CIN III** (og‘ir darajali displaziya va preinvaziv saraton) – zararlanish hujayra qatlamining 2/3 qismidan ko‘prog‘ini yoki uning butun qalinligini egallaydi, ammo uning ostidagi stromaga hech qanday invaziya yo‘q.

**Shikoyatlar va anamnez.**

Har bir tashrifda shikoyatlar va umumiy holat baholanadi.

**C** CIN rivojlanishi uchun xavf omillarini aniqlash uchun barcha ayollarga anamnez ma'lumotlarini tahlil qilish tavsiya etiladi

CIN rivojlanishi uchun xavf omillari:

- jinsiy faoliyatning erta boshlanishi,
- jinsiy sheriklarning ko‘pligi va tez-tez o‘zgarishi;
- chekish,
- birga keladigan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar,
- ko‘p sonli homiladorlik va tug‘ilish,
- immunitetni zaiflashtiradigan kasalliklarning mavjudligi (gepatit B, C, OIV);

- immunosuppressiv terapiya,
- kombinatsiyalangan oral kontraseptivlaridan uzoq muddatli foydalanish.

Jinsiy hayot boshlanganlik yoshi va jinsiy sheriklar sonini aniqlashtirish kerak. Jinsiy yoʻldan "kontaktli" qonli ajralmalar boʻlsa, uning davomiyligini, bachadon boʻyni tomonidan oʻtkazilgan jarrohlik aralashuvlar tarixini, OPV infeksiyasini aniqlash, ilgari oʻtkazilgan bachadon boʻyni skrining natijalarini baholash lozim. CIN I/II/III, shu jumladan preinvaziv bachadon boʻyni saratoni (CIS) patognomonik klinik koʻrinishga ega emas va faqat morfologik usullar bilan tashxislanadi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25984847/>

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

### Anamnez yigʻish.

Kasallik tarixi quyidagi ma'lumotlarni oʻz ichiga olishi kerak:

- shikoyatlar mavjudligi (kamdan-kam hollarda jinsiy a'zolaridan "kontakt" qonli ajralmalar, ogʻriqning mavjudligi va tabiati va boshqalar),
- yosh,
- kasbiy xavflarning mavjudligi,
- yomon odatlarning mavjudligi (chekish, alkogol, giyohvandlik),
- oila tarixi (1-darajali qarindoshlarda qandli diabet, tromboembolik asoratlar (TEA), gipertoniya, ruhiy kasalliklar, akusherlik va perinatal asoratlar kabi kasalliklar mavjudligini koʻrsatishi),
- hayz koʻrishning tabiati (hayz koʻrish yoshi, hayz davrining davomiyligi va muntazamligi, hayzlik qon ketishining davomiyligi va hajmi, ogʻriq),
- jinsiy hayotning tabiati: u necha yoshda boshlangan, qaysi turdagi nikoh, uning davomiyligi, jinsiy hayot xususiyatlari (libido, orgazm, jinsiy aloqaning chastotasi, ogʻriqli aloqa - disparuniya), jinsiy sheriklar soni;
- oldingi kontrasepsiya usullari;
- akusherlik tarixi (anamnezdagi homiladorlik va tugʻilishlar soni va ularning natijalari, homiladorlik, tugʻish va/yoki abortning asoratlari mavjudligi, tugʻilgan bolalarning vazni va boʻyi koʻrsatkichlari va sogʻligʻining holati, homiladorlikka erishish usuli - oʻz-oʻzidan homiladorlik yoki ÈRT natijasida homiladorlik);
- oʻtmishdagi va mavjud boʻlgan ginekologik kasalliklar, chanoq a'zolarida jarrohlik aralashuvlar,

### Fizikal tekshiruvlar.

**C** Bachadon boʻyni patologiyasini aniqlash maqsadida barcha bemorlar qin va bachadon boʻyni koʻzgusi tekshiruvdan oʻtish tavsiya etiladi

Vizual usul bachadon boʻyni intraepitelial zararlanishlarini aniqlashga imkon bermaydi. Yakuniy tashxisni aniqlash uchun ekzoserviks va endoserviksdan surtmalarni sitologik tekshirish, OPV testi, kolposkopiya va biopsiya materialining gistologik tekshiruvi bilan servikal biopsiya talab qilinadi.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

### Laborator diagnostik tekshiruvlar.

**A** CINni aniqlash uchun 21 yoshdan 65 yoshgacha boʻlgan barcha ayollarda 3 yillik interval bilan bachadon boʻyni surtma sitologiyasini oʻtkazish tavsiya etiladi

Turli xil boʻyash usullaridan foydalangan holda ekzo- va endoserviksdan surtmalarni sitologik tekshirish tarixan birinchi va asosiy skrining vositasi boʻlib kelgan, bu usulning CIN II +

(sezuvchanlik – 68,9%, o‘ziga xoslik – 97,2%)ni aniqlash uchun sezgirligi etarli emasligiga qaramay.

Dastlabki surtmalardan keyin 1,5 oy ichida olingan takroriy surtma natijalarining past takrorlanishini hisobga olish kerak. Anormal surtmalarni qayta ko‘rib chiqish tavsiya etiladi.

An’anaviy sitologik surtmalarning taxminan 10% etarli emas, bu noto‘g‘ri namuna olish va tayyorlash usullari bilan bog‘liq.

Suyuqlik sitologiyasi (liquid-based cytology), CIN ni aniqlashda samaraliroq bo‘lib, asosan, noaniq namunalarning sonining ko‘plab kamayishi bilan ajralib turadi. Bundan tashqari, suyuqlik sitologiyasi neoplaziyalarni aniqlashda ham samaraliroq hisoblanadi. Texnika namunalarni quritish bilan bog‘liq artefaktlar sonini kamaytiradi, eritrositlar va yallig‘lanish eksudati bilan ifloslanishining oldini olishga imkon beradi, bu esa etarli bo‘lmagan surtmalar sonini sezilarli darajada kamaytiradi.

Bachadon bo‘ynidan sitologik tekshiruvni 21 yoshdan 65 yoshgacha bo‘lgan barcha ayollarga 3 yilda bir marta o‘tkazish tavsiya etiladi.

Sitologik tekshiruvda eng muhim diagnostik belgilarga quyidagilar kiradi: hujayra va yadroning polimorfizmi, sitoplazmaning sezilarli anizoxromiya, yuqori yadrositoplazmatik indeks, xromatinning hujayralarda tengsiz va qattiq tarqalishi, yadrochalar sonining ortishi, mitoz bo‘linish shakllarining aniqlanishi.

Sitologik usulning kamchiliklaridan biri infiltrativ o‘shish belgilari aniqlanmasligidir, chunki sitologik materialda to‘qimalar substrati mavjud emas, bu usulning diagnostik chegaralarini cheklaydi. Sitologik diagnostikadagi qiyinchiliklar shundan iboratki, zararlanish ko‘pincha ko‘psonli bo‘ladi. Ko‘pincha eng engil displaziya periferiyaga tarqalishga moyil bo‘lsa, CIS va invaziv bachadon bo‘yni raki asosan markazda joylashadi.

HPV (Human Papillomavirus) infeksiyasi BBS rivojlanishida muhim rol o‘ynaganligi sababli, papillomavirus infeksiyasini diagnostikada asosiy o‘rinni molekulyar-biologik metodlar egallaydi, bu metodlar virusning DNK zarralarini aniqlashga qaratilgan.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27598026/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714325/>

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

## OPV testlari turlari.

1. **Polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR)** – virus DNKsining ma'lum bir qismini ko‘paytirish orqali tur va turiga xos primerlar yordamida YuKX OPV aniqlanadi, shu bilan birga virus turini aniqlash imkoniyati mavjud. OPV turini tahlil qilishda 10, 14, 21 ta turlari tavsiya etiladi.
2. **RT (real-time) PZR** – real vaqtda PZR – virusning yuklamasi logarifmlarda baholanadi, klinik jihatdan ahamiyatli OPV miqdorlari, shuningdek, neoplaziyaning mavjudligi bilan bog‘liq xavflar, tranzitor va bartaraf etilgan OPV-infeksiyalaridan farqlanadi.
3. **Sifatli DNK PZR testlari** – 14 turdagi OPV uchun YuKX, ayniqsa, “xavfli” turlarini (16 va 18 turlarini) qisman genotiplashni o‘z ichiga olgan testlar. OPV 16, 18, 31, 45, 51, 52 va 59 turlarini aniqlashga imkon beradigan test tizimlari ishlab chiqilgan va qo‘llanilmoqda, boshqa turlar esa ikkita guruhga ajratiladi: 33, 56, 58, 66 va 35, 39, 68.
4. **Ikki tomonlama gibridlangan tutish testi (Hybrid Capture II – HC2) = HPV Digene-testi** – Bu test OPV DNK qismlarini RNK sondalari bilan gibridizasiya qilishga asoslanadi, ular fluoressensiya markerlari bilan bog‘langan antitelalar yordamida ushlanadi. Musbat natija 14 turdagi OPV uchun klinik jihatdan ahamiyatli konsentrasiyani ko‘rsatadi, 1 ml namunada OPV DNK nusxalari sonini aniqlaydi. Testning salbiy natijasi CIN II-III mavjudligini deyarli istisno qiladi.
5. **OPV RNK aniqlash asosidagi testlar: PreTect OPV-Proof** (E6/E7 mRNK amplifikasiyasi yuqori xavfli OPV turlari (16, 18, 31, 33 va 45) va **Aptima (Gen-Probe)** – 14 turdagi OPV uchun mRNK E7 ekspressiyasini aniqlashga asoslangan va qisman genotiplashni o‘z ichiga oladi.

|   |  |
|---|--|
| A | Bachadon bo‘yni kanali ajralmalaridan odam papilloma virusi (OPV) bo‘yicha molekulyar-biologik tekshiruv o‘tkazish, bu test barcha 30-65 yoshdagi ayollarga xavf guruhini aniqlash maqsadida, saraton oldi va bachadon bo‘yni saratoni (BBS) aniqlash uchun o‘tkazilishi tavsiya etiladi |
| A | Bachadon bo‘yni kanali ajralmalaridan OPV bo‘yicha molekulyar-biologik tekshiruv o‘tkazish, bu test barcha 30 yoshdan oshgan ayollarga 5 yilda bir marta, OPV salbiy ayollar uchun, va OPV musbat ayollar uchun har yili skrining usuli sifatida tavsiya etiladi                         |
| A | OPV testini 30 yoshdan boshlab barcha ayollarga skrining usuli sifatida, sitologik tekshiruv bilan birgalikda (co-test) o‘tkazish maqsadga muvofiq   |
| A | Bachadon bo‘yni kanali ajralmalaridan OPV bo‘yicha molekulyar-biologik tekshiruvni ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL diagnostikasi bo‘yicha sitologik xulosaga ega bo‘lgan bemorlarga yoshiga qaramay o‘tkazish tavsiya etiladi   |

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27598026/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28146625/>

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

#### **OPV- testi quyidagilarni aniqlash uchun tavsiya etiladi:**

- 30 dan 65 yoshgacha bo‘lgan barcha ayollarga, saraton oldi va bachadon bo‘yni rakining (BBS) xavf guruhini aniqlash maqsadida skrining usuli sifatida;
- 30 yoshdan oshgan barcha ayollarga, OPV salbiy ayollar uchun har 5 yilda bir marta va OPV musbat ayollar uchun har yili skrining usuli sifatida;
- Sitologik tekshiruv (ASC-US, ASC-H, LSIL) natijalarining shubhali holatlarini aniqlash va davolash taktikasi ishlab chiqish uchun;
- CIN II–III dan keyingi davolanishni monitoring qilish uchun (4-rasm).

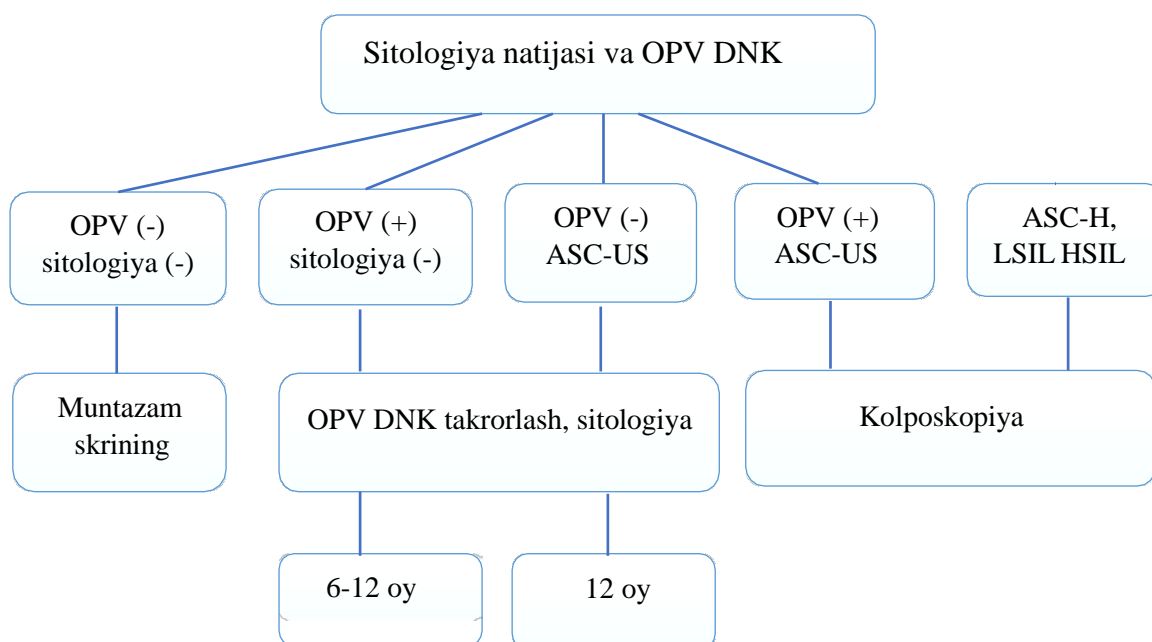
Dunyo bo‘ylab turli xil tashkil etilgan skrining usullari qo‘llanilmoqda. Bu usullarga PAP testi, PAP testi bilan OPV DNK PZR tahlili, OPV DNK PZR tahlili va keyingi kolposkopiya, shuningdek, PAP testi yordamida OPV DNK PZR tahlilini ajratish kiradi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714325/>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

[https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2016/01000/practice\\_bulletin\\_no\\_157\\_cervical\\_cancer.49.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2016/01000/practice_bulletin_no_157_cervical_cancer.49.aspx)

#### **4- Rasm. OPV testining sitologiya bilan birgalikda bachadon bo‘ynining patologiyasini skrining qilishda qo‘llanilishi.**



CIN ning invaziv bosqichga o'tish xavfini baholash uchun genotiplash va virus yuklamasini aniqlash maqsadga muvofiq, shuningdek, davolash taktikasini tanlash va samaradorligini nazorat qilish uchun ham zarur.

Sitologik tekshiruv natijalaridagi anomaliyalarga – OPV DNK mavjudligi bilan ASCUS va OPV DNK mavjud bo'lmagan ASC-H, LSIL, HSIL holatlari kolposkopiya o'tkazish uchun ko'rsatmadir. Kolposkopiya natijalariga ko'ra, bachadon bo'ynidan biopsiya qilish zarurligi aniqlanadi. Kolposkopiya, shuningdek, OPV 16 va/yoki 18 turlari bilan infeksiya holatida, sitologik natijalarga qarab, barcha bemorlarga ko'rsatiladi. CIN ning diagnostikasi va og'irlik darajasi faqat gistologik tekshiruv asosida aniqlanadi. Sitologik tekshiruv natijalari har doim gistologik diagnoz bilan mos kelmasligi mumkin.

**A** Bachadon bo'ynining o'zgargan qismlarini aniqlash uchun kengaytirilgan kolposkopiya o'tkazish (bachadon bo'ynining ko'rinishidagi o'zgarishlar, ASCUS va undan yuqori turlardagi anomaliyalar mavjud bo'lsa, hamda YuKX OPV testi musbat bo'lsa), shuningdek, bachadon bo'ynidan biopsiya olish joyi va usulini tanlash tavsiya etiladi

**A** ASCUS, ASC-H, LSIL sitologik xulosasi bo'lgan, YuKX OPV musbat va anormal kolposkopik tasvirga ega bemorlarga bachadon bo'ynidan maqsadli (zaruratga ko'ra, multifokal) kolposkopik yo'naltirilgan biopsiya (punch-biopsiya) o'tkazish va keyinchalik bachadon bo'yni biopsiya (operasion) materialini gistologik tekshirish orqali diagnozni tasdiqlash tavsiya etiladi

Bir bemorda turli darajadagi CIN mavjud bo'lishi mumkin, shuning uchun cheklangan biopattlar asosida diagnoz qo'yish qiyin bo'lishi mumkin. Multifokal nuqtali biopsiya (punch-biopsiya) faqat yosh ayollarda kolposkopik nazorat ostida amalga oshirilishi mumkin.

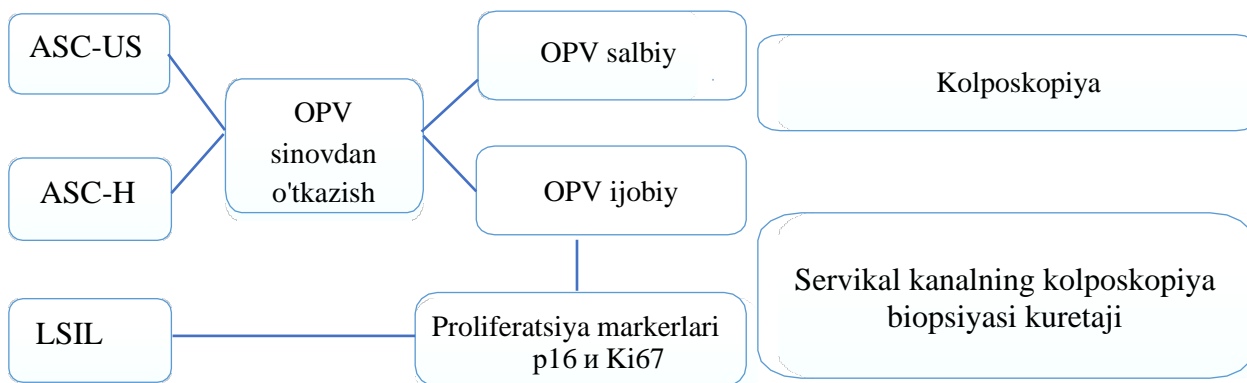
**A** HSIL sitologik natijalarida bachadon bo'ynining transformasiya zonasining maqsadli biopsiyasi yoki eksiziyasi (kolposkopiya natijalariga qarab) va 2-3 turdagi transformasiya zonasida bachadon bo'yni kanalini qirqib olish va keyinchalik bachadon bo'yni biopsiya materialini gistologik tekshirish orqali diagnozni tasdiqlash tavsiya etiladi

**A** HSIL sitologik natijalari bo'lgan 50 yoshdan katta va/yoki 2-3 turdagi transformasiya zonasi bo'lgan ayollarga bachadon bo'ynining konizasiyasini o'tkazish, shuningdek, bachadon bo'ynining qolgan kanalini qirqib olish va bachadon bo'yni biopsiya materialini gistologik tekshirish orqali diagnozni tasdiqlash tavsiya etiladi

**A** Bachadon bo‘ynining zararlanish darajasini farqlash uchun p16/Ki67 ekspressiyasining proliferasion faollik indeksini aniqlashni immunositokimyoviy (ISK) yoki immunogistokimyoviy (IGK) tekshiruvlar yordamida amalga oshirish (agar imkoniyat mavjud bo‘lsa) tavsiya etiladi

Immunogistokimyoviy tekshiruv qo‘shimcha morfologik metod hisoblanadi. ASCUS, ASC-H va LSIL natijalarida p16 va Ki67 ning musbat ekspressiyasi HSIL borligini aniqlashda yuqori ehtimollikni ko‘rsatadi.

### 5- Rasm. Sitologik tekshirish natijasiga qarab proliferasiya belgilarini aniqlash



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30811902/>

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

### 2.9. Bachadon bo‘yni intraepitelial neoplaziyasini davolash usullari.

**A** LSIL (engil displaziya) holatida 18-24 oy davomida har 6 oyda bir marta bachadon bo‘ynining sitologik tekshiruvini o‘tkazish bilan dinamik kuzatuv tavsiya etiladi (kasallikning rivojlanishini erta aniqlash maqsadida)

Yosh va/yoki homiladorlik rejalashtirayotgan bemorlarda, agar morfologik tasdiqlangan LSIL (OPV infeksiyasi belgilar, koylositoz, CIN I) bo‘lsa, 18-24 oy davomida bachadon bo‘ynining holatini dinamik kuzatish (6 oyda bir marta sitologik tekshiruv va har 12 oyda bir marta OPV testi bilan) bilan kutish taktikasini qo‘llash afzal.

**A** HSIL (og‘ir displaziya)ni jarrohiy davolashdan so‘ng, bemorlarni kuzatishda bachadon bo‘ynidan sitologik mikropreparat va OPV testi yordamida molekulyar-biologik tadqiqot o‘tkazish tavsiya etiladi, bu residivni erta aniqlash uchun zarur

Birinchi co-test (sitologik tekshiruv va OPV testi) jarrohlik davolashdan 3 oy o‘tgach o‘tkazilishi maqsadga muvofiq, so‘ngra har 6 oyda 2 yil davomida, keyin esa har yili 20 yil davomida amalga oshiriladi. Qolgan zararlanish (residiv) ehtimoli mavjud bo‘lsa, kengaytirilgan kolposkopiya va rekonizasiya o‘tkazish, shuningdek, patologo-anatomik tekshiruv va onkolog maslahati (ko‘rsatmalarga ko‘ra) tavsiya etiladi. CIN II/III residivini davolash uchun afzal usul – konizasiya, ba'zi hollarda gisterektomiya mumkin.

**A** LSIL (engil displaziya) holatida kasallikning qaytalanishini erta aniqlash maqsadida, 18-24 oy davomida har 6 oyda bir marta bachadon bo‘ynining sitologik mikropreparatini tekshirish bilan dinamik kuzatuv o‘tkazish tavsiya etiladi

Yosh va/yoki homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda, agar gistologik tasdiqlangan LSIL (OPV infeksiyasi belgilar, koylositoz, CIN I) bo‘lsa, 18-24 oy davomida bachadon bo‘ynining

holatini dinamik kuzatish afzal, bu sitologik nazorat (har 6 oyda bir marta) va bachadon bo‘ynidan olingan ajralmalarni OPV testi (har 12 oyda bir marta) bilan molekulyar-biologik tekshiruvni o‘z ichiga oladi. Agar LSIL 18-24 oy davomida regressiya ko‘rsatmasa, jarrohlik usuli yordamida davolash tavsiya etiladi. Jarrohlik usuli yordamida davolashdan so‘ng, LSIL holatida 3, 6, 12 oyda bachadon bo‘ynini tekshirish usuli sifatida suyuqlik asosida sitologiya va OPV testini o‘tkazish kerak.

HSIL (og‘ir displaziya) ni jarrohlik usuli yordamida davolashdan so‘ng, 3, 6, 12, 18, 24 oyda bachadon bo‘ynini suyuqlik asosidagi sitologiya va OPV testi yordamida tekshirish tavsiya etiladi. Birinchi co-test (sitologik tekshiruv va OPV testi) jarrohlik usuli yordamida davolashdan 3 oy o‘tgach o‘tkazilishi maqsadga muvofiq, so‘ngra har 6 oyda 2 yil davomida, keyin esa har yili 20 yil davomida amalga oshiriladi.

Agar 18-24 oy davomida regressiya bo‘lmasa, jarrohlik usuli yordamida davolash tavsiya etiladi.

**C** 18-24 oy davomida CIN I bilan mos keladigan o‘zgarishlar saqlanib qolgan holatlarda, kasallikning rivojlanishini oldini olish maqsadida destruktiv yoki ekssizion davolash tavsiya etiladi

Destruktiv davolash faqat TZ ning I tipida, agar transformasiya zonasining barcha qismlari va o‘tish zonasini ko‘rish mumkin bo‘lsa, 35 yoshdan kichik ayollarda, bachadon bo‘ynining ajralmalarida anomaliyalar yo‘q bo‘lsa, va sitologik, kolposkopik hamda patologo-anatomik tadqiqotlar natijalari mos kelishi mumkin.

Boshqa hollarda va CIN I saqlanib qolganida, hatto 24 yoshdan kichik bo‘lsa ham, ekssiziya ko‘rsatiladi.

**A** YuKX OPV ning uzoq muddatli davom etishi tufayli kanalda yashiringan sinxron og‘ir shikastlanishlar xavfi tufayli ektoserviks biopsiyasida CIN I 40 yoshdan oshgan ayollar uchun TZ ni halqa bilan olib tashlash tavsiya etiladi

**A** HSIL (CIN II, CIN III) uchun jarrohlik davolashni o‘tkazish tavsiya etiladi - bachadon bo‘yni elektroekssiziyasi yoki TZ turiga qarab konizasiya, so‘ngra yomon sifatli jarayonni istisno qilish maqsadida bachadon bo‘yni kanalini qirib tozalash

Ekssizion paytida butun TZni o‘tish zonasi va uning ustida joylashgan endoservikal kriptlarning bir qismi bilan ekssiziyalash kerak.

To‘liq ektoserviksda joylashgan 1-toifa TZ uchun, o‘lchamidan qat‘iy nazar, kesish chuqurligi kamida 7 mm bo‘lishi kerak.

2-toifa TZ uchun ekssizion chuqurligi 10 mm gacha oshadi.

Agar KQYaE va SE birikmasini to‘liq tasavvur qilish qiyin bo‘lsa (qisman tasvirlangan yoki ko‘rinmagan) va endoservikal komponent mavjud bo‘lsa, konizasiya- kesish chuqurligi 15 mm dan kam bo‘lmasligi kerak.

p-16 salbiy IGX natijasi bo‘lgan biopsiya namunasida CIN II tashxisi qo‘yilgan 25 yoshgacha bo‘lgan ayollarda sitologik monitoring, OPV testi va kolposkopiya yordamida dinamik kuzatish 2 yil davomida har 6 oyda bir marta qabul qilinadi.

Agar regressiya bo‘lmasa, faol taktikaga o‘ting (bachadon bo‘yni kesilishi). p-16 musbat IGX natijasi bo‘lgan biopsiya namunasida CIN II tashxisi qo‘yilgan bemorlarda bachadon bo‘yni zudlik bilan kesilishi tavsiya etiladi.

**C** Kasallikni davolash uchun faqat CIN I uchun destruktiv usullar tavsiya etiladi

Destruksiya qilish usullari uchun shartlar (bachadon bo‘yni radioto‘lqinli terapiyasi, argon plazmasini yo‘q qilish, bachadon bo‘yni kriodestruksiya, bachadon bo‘yni lazer bug‘lanishi) hisoblanadi:

- Transformasiya zonasining to'liq vizualizatsiyasi (TZ I turi – zararlanish faqat ekstoserviks bilan cheklangan); ekstoservikal bezlarning zararlanishiga oid kolposkopik belgilarning yo'qligi va AOE ning ularni ichiga kirishi;
- Endoserviksning patologik jarayonga jalb qilinmaganligi haqida ma'lumotning yo'qligi;
- Bachadon bo'yni operatsiyalarining tarixda yo'qligi; sitologik, kolposkopik va patologik anatomiya tekshiruvlari o'rtasida tafovutlarning yo'qligi.

**A** CIN III bo'lsa, bemorlarni onkolog / akusher-ginekolog yoki ixtisoslashtirilgan ginekologik markazlarga yuborish tavsiya etiladi, keyin bachadon bo'yni kanalini va agar ko'rsatilgan bo'lsa, bachadon bo'shlig'ini qirib tozalash bilan bachadon bo'yni konizatsiyasini o'tkazish tavsiya etiladi (endometriyaning birgalikdagi patologiyasi)

Tashxisning gistologik tasdiqlanishi va rezeksiya chekkalarida o'simta hujayralarining yo'qligi va bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirib tashlash bilan amalga oshirilgan jarrohlik aralashuv hajmi etarli deb hisoblanadi.

Agar HSIL bachadon bo'yni rezeksiyasi yoki bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirib olingan joylarda aniqlansa, 2-4 oydan keyin sitologik, kolposkopik va OPV monitoringi tavsiya etiladi.

Anormal sitologiya natijalari va / yoki anormal kolposkopik tasvir va / yoki virusli yukni saqlab qolgan OPV ijobiy bo'lsa, takroriy konizatsiya ko'rsatiladi, ba'zi hollarda gistektomiya mumkin. Bachadonning supravaginal amputatsiyasidan keyingi bemorlar yoshga qarab standart sxema bo'yicha kuzatiladi. Bachadon bo'yni kasalliklari (CIN II/CIN III) aniqlangan hollarda, operasion davolashni 3-guruhdagi shifoxonalarda amalga oshirish maqsadga muvofiqdir (maxsus, jumladan, yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatadigan shifoxonalar, ginekologik patologiyani diagnostika va davolashning yangi usullarini ishlab chiqadigan shifoxonalar), bunday yondashuv topografik va anatomik o'zgarishlar hamda operatsiya vaqtida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni hisobga olishni talab qiladi.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

### **Tavsiya etilmaydi:**

**B** Proliferativ jarayonlarning mumkin bo'lgan ortishi va CIN I xavfi ortishi sababli aloe, dengiz itshumurt yog'i, atirgul moyi va boshqalarni o'z ichiga olgan to'qimalar almashinuviga ta'sir qiluvchi mahalliy vositalardan foydalanish tavsiya etilmaydi

Ushbu dorilar proliferativ jarayonlarning kuchayishiga va CIN paydo bo'lishiga yordam berishi mumkin.

**A** Intraepitelial yassi hujayralar zararlanishini dori vositalari bilan davolash mustaqil usul sifatida tavsiya etilmaydi

Immunomodulyatorlar yordamida OPV-infeksiyasining ishlab chiqaruvchi komponentini davolash, CIN ning progressiyasini boshlovchi va qo'llab-quvvatlovchi, patogenezga asoslangan holda faqat ekssiziyaga qo'shimcha sifatida o'tkazilishi ma'quldir. Kam ishonchlilik darajasiga ega tadqiqotlarda diindolimetan, inozina pranobeks, gistidil-glisil-valil-seril-glisil-gistidil-glisil-glutaminil-gistidil-glisil-valil-gistidil-glisina va boshqa bir qator preparatlar bilan bog'liq ijobiy natijalar ko'rsatilgan.

### **Kriodestruksiya.**

Krioterapiya bachadon bo'ynidagi patologik joylarni muzlatish orqali ularni olib tashlashni ta'minlaydi. Bu juda oddiy prosedura bo'lib, 15 daqiqadan ko'proq vaqt talab qilmaydi va ambulator ravishda bajariladi. Ta'sir yuqori darajada sovutilgan metall diskni bachadon bo'yniga karbonat angidrid yoki azot gazi yordamida qo'llash orqali amalga oshiriladi.

Disk bachadon bo'yniga ikki marta, har biri 3 daqiqa davomida, besh daqiqalik interval bilan qo'llanadi. Prosedura davomida gazning doimiy ravishda ta'minlanishi zarur. Krioterapiya kichik

hajmdagi zararlanishlarni davolashda yuqori samarali, ammo katta zararlanishlar bo'lsa, samaradorligi 80% dan kam bo'ladi. Bachadon bo'ynida og'riq reseptorlari juda kam bo'lganligi sababli, prosedura og'riqsiz yoki juda kam og'riqli his-tuyg'ular bilan o'tadi. Anaesteziya qo'llanmasligi mumkin.

Ushbu prosedura diagnostik emas, chunki u bachadon bo'ynidan biopsiya olish imkonini bermaydi.

*Kriodestruksiyaning tanlash mezonlari:*

- ijobiy PAP-test
- Zararlanishlar kattaligi kriodestruktordan uning qirralaridan 2 mm dan ko'p bo'lmagan masofada qamrab olish uchun etarli bo'lishi kerak
- Zararlanish yaxshi vizualizatsiya qilinadi va bachadon bo'yni kanaliga yoki vaginal devorlarga o'tmaydi.

*Kriodestruksiya uchun istisno mezonlari:*

- Bezli displaziya mavjudligi yoki shubhalari, bachadon bo'yni invaziv saratoni
- Zararlanish kriotutqichning chegarasidan 2 mm dan ortiq chiqishi
- homiladorlik
- kichik chanoq a'zolarining o'tkir yoki o'tkir osti yallig'lanishi
- menstruatsiya

### **Transformatsiya zonasining radioto'lqinli eksiziyasi, konizatsiya.**

Ushbu bachadon bo'ynidagi patologik o'zgarishlarni nozik sim yoki elkan yordamida olib tashlashni anglatadi. Bu prosedura uchun maxsus nasadkalar bilan ishlaydigan radioto'lqin manbai talab etiladi.

Maqsad – patologik o'zgarishlarga uchragan to'qima va transformatsiya zonasini olib tashlash. Olib tashlangan to'qimalar laboratoriya xodimlariga bachadon bo'ynining zararlanish chuqurligi va xarakterini baholash imkonini beradi. Shu sababli, ushbu prosedura davolash va diagnostika uchun birgalikda amalga oshiriladi. Proseduraning afzalligi shundaki, uni ambulator sharoitda va lokal anesteziya yordamida bajarish mumkin. Bu usul 90% dan ortiq bachadon bo'ynining saraton oldi o'zgarishlarini davolashda samarali.

*Radioto'lqinli eksiziyalar uchun transformatsiya zonasini tanlash mezonlari:*

- ijobiy PAP-test

*Radioto'lqinli eksiziyalar uchun transformatsiya zonasini istisno qilish mezonlari:*

- bachadon bo'ynining invaziv saratoni yoki bezli displaziya bo'lishi yoki shubhalari
- homiladorlik
- kichik chanoq a'zolarining o'tkir yoki o'tkir osti yallig'lanishi
- menstruatsiya

### **Elektroeksizatsiya.**

Elektroeksizatsiya yoki kengaytirilgan transformatsiya zona elektroeksiziyasi – bu bachadon bo'yni shilliq qavatidagi patologik o'zgargan to'qimalarni yuqori isitilgan tor petla yordamida olib tashlash jarayonidir. Ushbu jarayon uchun maxsus yuqori chastotali elektrohirurgik qurilma va qo'shimcha naychalar talab etiladi. Maqsad – patologik o'zgargan to'qimalarni va transformatsion zonani olib tashlashdir. Olib tashlangan to'qima laboratoriya xodimlariga bachadon bo'yni shilliq qavati zararlanishining chuqurligi va xarakterini baholash imkonini beradi. Shuning uchun bu prosedura davolash va tashxis qo'yish jarayoni sifatida ataladi. Ushbu proseduraning afzalligi shundaki, lokal anesteziyadan foydalanish imkoniyati bo'lib, amaliy sharoitlarda amalga oshiriladi. Jarayon natijasi bachadon bo'ynining prekarsinogen o'zgarishlarida 90% dan ortiq

hollarda ijobiy bo‘ladi. Davolashda muvaffaqiyasizlik (6 yoki 12 oy ichida kasallikning qolishi) 10% dan kamroq ayollarda qayd etiladi.

*Elektroekssiziyani tanlash mezonlari:*

- ijobiy PAP-test
- ta'lim, servikal kanalga 1 sm dan ortiq bo‘lmagan ta'sir ko‘rsatadi

*Elektroekssiziya uchun istisno mezonlari:*

- shubhali invaziv saraton yoki bezli displaziya
- zararlanishlar, servikal kanalning 1 sm dan chuqurroq qatlamlariga tarqalgan yoki zararlanmagan hududning yuqori va pastki chegaralari ko‘rinmaydigan hollarda
- bachadon bo‘ynining yoki kichik chanoq a'zolarining o‘tkir yallig‘lanishi (yallig‘lanishni davolash kerak)
- homiladorlik yoki tug‘ilishdan keyingi 12 haftadan kam davr
- qon ketish

### **Pichoqli konizasiya.**

Pichoq bilan konizasiya – bu bachadon bo‘ynining konus shaklidagi bo‘lagini olib tashlash jarayoni bo‘lib, unda ekto- va endoserviksning bir qismi ham o‘z ichiga olinadi. Konizasiya displaziyani davolash uchun tavsiya etiladi, agar ambulator sharoitda davolash mumkin bo‘lmasa yoki imkonsiz bo‘lsa, shuningdek, bachadon bo‘yni invaziv rakini istisno

Qilish uchun amalga oshiriladi.

Bu katta jarrohlik aralashuvi bo‘lib, u katta bachadon bo‘yni qismini skalpel yordamida olib tashlashni o‘z ichiga oladi va odatda umumiy yoki regional (spinal, epidural) anesteziya ostida amalga oshiriladi. Jarayon bir soatdan kam vaqtni oladi. Bemor shu kuni yoki keyingi kunda uyiga yuborilishi mumkin, chunki mumkin bo‘lgan asoratlar hisobga olinadi. Konizasiya hajmi, birinchi navbatda, bachadon bo‘ynidagi zararlanishning o‘lchami va xarakteriga bog‘liq. Ayolning bola olish istagi hisobga olinishi kerak, chunki konizasiya servikal kanalning torayishiga olib kelishi mumkin. Olib tashlangan to‘qima to‘liq gistologik tekshiruvga yuboriladi.

*Pichoqli konizasiyani tanlash mezonlari:*

- Mikroinvaziv saratonga shubha
- Bachadon bo‘yni kanalining bezli epiteliyining neoplaziyasi
- Kyuretajdan so‘ng ijobiy natijalar
- Elektroekssiziya qilish uchun sharoitlarning yo‘qligi
- Anesteziya uchun qarshi ko‘rsatmalarning yo‘qligi

*Pichoqli konizasiya uchun istisno qilish mezonlari:*

- Kichik chanoq a'zolarining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari
- Homiladorlik yoki tug‘ilishdan keyingi 12 haftadan davr kam
- Invaziv saratonga shubha

Mumkin bo‘lgan asoratlar: qon ketish, jinsiy a'zolarining surunkali yallig‘lanish kasalliklarining kuchayishi. Qon ketish odatda mahalliy yallig‘lanish bilan bog‘liq va gemostatik terapiya bilan birga antibakterial terapiya o‘tkazish zarur.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

[http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf?sequence=1](http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1)

### **2.10. Destruktiv davolanishdan keyin ayollarni olib borish taktikasi.**

Davolanishdan 2 hafta o‘tgach, ayol keyingi tekshiruvga kelishi kerak. Gistologiya natijalari uchun qaytib kelmagan ayolni topib, ginekolog bilan maslahatlashish uchun yuborish lozim.

Nazorat tekshiruv quyidagi majburiy tadbirlarni o‘z ichiga olishi kerak:

- ginekologik tekshiruv - davo normal davom ‘tayotganiga ishonch hosil qilishingiz kerak;
- doimiy monitoring zarurligi to‘g‘risida xulosa chiqarish zarur;
- gistologik tekshirish natijalarini muhokama qilish va keyingi olib borish taktikasini ishlab chiqish.

Agar zararlangan hudud butunlay olib tashlangan bo'lsa, ayol 3, 6 va 12 oydan keyin tekshiruvga qaytishi kerak. Rezeksiya chegaralari ijobiy bo'lgan hollarda (displaziya uchun) ayolning e'tiboriga shifokorga tez-tez tashrif buyurish va qo'shimcha davolanish zarurligini etkazish kerak.

Davolanishdan keyin 3, 6 va 12 oy ichida tashrif buyurish kerak:

- SS, PZR, DNK OPV
- Kolposkopiya
- jarayonning takrorlanishi bo'lsa, biopsiya

Agar birinchi ikki nazorat uchrashuvida patologiya aniqlanmasa, CIN II uchun davolangan ayollar belgilangan reja bo'yicha skrining dasturida davom etishi mumkin. CIN III uchun davolangan bemorlar 5 yil davomida har yili qayta tekshiruvdan o'tkazilishi kerak, shundan so'ng ular oddiy skriningga qaytishi mumkin. Agar zararlanish davom etsa yoki saqlanib qolsa, darhol qo'shimcha davolash kerak bo'ladi.

### **Maxsus holatlar.**

- Transformasiya zonasi ko'rinmaydi. Kolposkopiya qoniqarli bo'lmasa, bachadon bo'yni kanalini kyuretaj qilish kerak. Agar buning iloji bo'lmasa, ayol radio to'lqinli jarrohlik yoki elektroekssiziya va pichoq konizasiyasiga yuboriladi. Agar test natijalari yuqori darajada zararlanishlar aniqlasa, bu juda muhimdir.
- Ayol postmenopauza davrida. Ko'plab ayollarda postmenopauza davrida transformasion zona mavjud emas va agar to'g'ri kyuretaj amalga oshirilmasa, pichoq bilan konizasiya yoki radioto'lqinli konizasiya bajarilishi kerak.
- OIV-musbat ayollarni diagnostika va davolash, barcha boshqa ayollar uchun belgilangan ko'rsatmalarga muvofiq va shu hajmda amalga oshiriladi.

### **Kuzatuv.**

Bemor 2-3 hafta ichida sizga gistologik natijalarni olish uchun qaytishi kerak. Davolash variantlari zararlanishning og'irligi va bachadon bo'ynidagi patologiyaning tarqalishiga bog'liq bo'lib, ular ayol bilan muhokama qilinishi kerak.

## **2.11. Tibbiy yordamni tashkil etish.**

Servikal intraepitelial neoplaziya bilan og'irgan bemorlar dastlabki tibbiy yordam muassasalarining onko-nazorat xonalarida kuzatiladi.

### **Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:**

- Bachadon bo'ynini pichoq bilan konizasiya qilish, servikal kanal va bachadon bo'shlig'ining shilliq qavatidan diagnostik kyuretaj qilish;
- Bachadon bo'ynini ekssiziya qilish (agar ambulator sharoitda amalga oshirish mumkin bo'lmasa, masalan, bachadon bo'ynining yuqori qismigacha zararlanishi, bachadon bo'ynining maksimal qisqarishi, og'ir somatik patologiya, lokal anesteziya ostida jarrohlik amaliyotidan bosh tortish va hokazo).

### **O'zbekistonda saraton oldi kasalliklari va bachadon bo'yni saratoni uchun tashkillashtirilgan skrining algoritmi:**

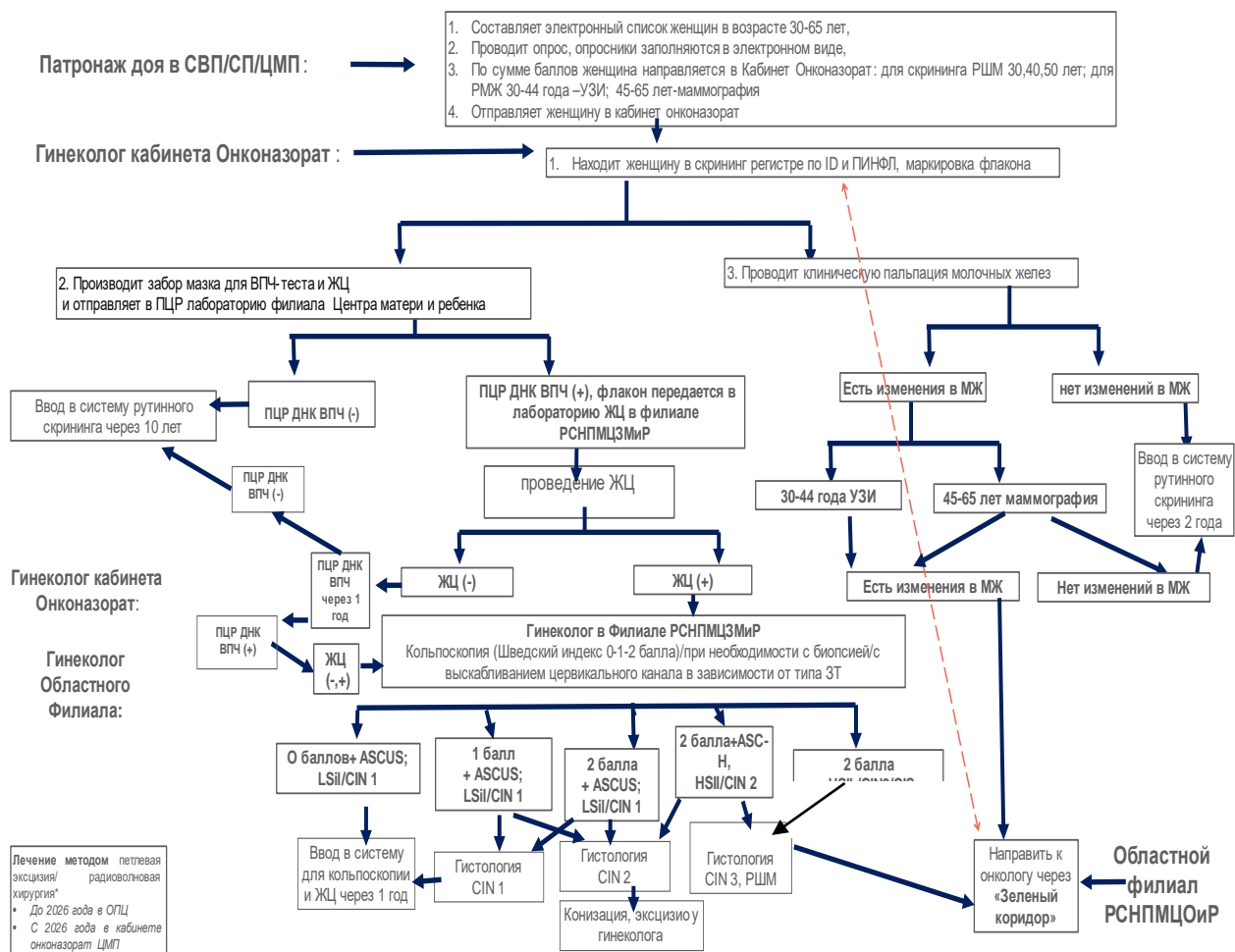
- Skrining turi: populyasion;
- Skrining usuli: bachadon bo'ynidan olingan ijobiy PZR DNK OPV surtmasini suyuqlik sitologiyasi (Papanikolaou usuli bilan bo'yalgan) yordamida tasniflash;
- Interval: 10 yilda 1 marta;
- Maqsadli guruh: 30-50 yoshdagi ayollar, bachadon bo'yni saratoniga oid dispanser kuzatuviga olinmagan;
- Sitologik tadqiqot natijalarini talqin qilish: Betesda terminologiya tizimi (2001) bo'yicha;
- Dastur amal qilish davri: doimiy;

- Skrining maqsadi: bachadon bo‘ynining saraton oldi kasalliklarini va bachadon bo‘yni saratonini aniqlash va keyinchalik ularni davolash;
- Kutilgan natijalar: bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limni kamaytirish.

**Bachadon bo‘yni saratonini skrining ro‘yxatiga kiritish mezonlari:**

| Yosh oralig‘i   | Skriningga jalb qilinadiganlar   | Tekshiruvdan o‘tmaydiganlar  |
|-----------------|--|--|
| 30, 40, 50 yosh | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ushbu yosh oralig‘idagi barcha ayollar</li> <li>• subtotal gisterektomiyadan keyingi ayollar;</li> <li>• CIN / bachadon bo‘yni saratonini uchun umumiy gisterektomiyadan keyingi ayollar;</li> <li>• gisterektomiya namunasida CIN /bachadon bo‘yni saratonini bilan umumiy gisterektomiyadan keyingi ayollar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachadonni to‘liq olib tashlagan ayollar, agar oldingi 10 yil davomida skrining testlarida hech qanday anomaliyalar aniqlanmagan bo‘lsa;</li> <li>• bachadon bo‘yni saratonini tashxisi qo‘yilgan bemorlar;</li> <li>• bachadon bo‘yni saratonini skriningidan bosh tortgan ayollar.</li> </ul> |

**O‘zbekistonda bachadon bo‘yni saratonini skriningni tashkil etish sxemasi**



### 3. Povalar.

#### 3.1. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.

Milliy klinik bayonnomasi O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrda qabul qilingan “O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo‘yicha kompleks choratadbirlar to‘g‘risida”gi 5590-son qarori talablariga muvofiq va O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2024 yil 23 fevraldagi "mahalliy va milliy klinik protokollar va standartlar metodologiyasini ishlab chiqish, tasdiqlash va joriy tibbiy amaliyotga joriy etish to‘g‘risida" gi №52-sonli buyrug‘i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Protokolni ishlab chiqishda "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi va uning hududiy filiallari, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika Perinatal markazi, Toshkent tibbiyot Akademiyasining akusher-ginekolog mutaxassislari ishtirok etdi.

Ushbu protokolni yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotning yondashuvlardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko‘plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog‘liq.

**Manfaatlar to‘qnashuvi:** ushbu protokolni yaratish bo‘yicha ishlarni boshlashdan oldin, ishchi guruhning barcha a‘zolari manfaatlar to‘qnashuvi to‘g‘risida yozma xabarnomani to‘ldirdilar. Mualliflar jamoasi a‘zolarining hech biri ushbu protokol mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmasevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlarini yoki boshqa manfaatlar to‘qnashuviga ega emas edi.

**Manfaatdor tomonlarni jalb qilish:** Protokol ko‘rsatmalari va tavsiyalarini ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oilalari), shu jumladan tibbiy (sog‘liq uchun foyda, nojo‘ya ta’sirlar va aralashuv xavfi), axloqiy, madaniy, diniy jihatlari o‘rganildi va hisobga olindi. Fikrlar so‘rovi RIOvaBSIATM davlat muassasasining tegishli bo‘linmalarida ayollarning norasmiy suhbatlari orqali amalga oshirildi.

**Dalillarni to‘plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.**

**Dalillarni to'plash uchun ishlatiladigan usullar:** elektron ma'lumotlar bazalari, kutubxona resurslarini qidiring. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2014-2024 yillarga mo'ljallangan ingliz va rus tillarida turli mamlakatlardagi tibbiyot jamoalari va ixtisoslashtirilgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari ishlatilgan, protokolni ishlab chiqishda so'nggi 5 yildagi ma'lumotlar ustuvor bo'lgan (2019 yildan). Protokolni ishlab chiqish jarayonida darslik va monografiyalardan dalil sifati past yoki yo'q manbalar sifatida foydalanilmagan.

Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga oladi:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - [Guidelines@health.qld.gov.au](mailto:Guidelines@health.qld.gov.au)
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

Tavsiyalarni olish va moslashtirish uchun manba hujjati sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik ko'rsatmalari ishlatilgan. Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalarda kerakli tavsiyalar etishmayotgan yoki ular etarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitda qo'llanilmagan yoki eskirgan hollarda. Ma'lumotlar bazalarida randomizasiyalangan boshqariladigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar va kohort tadqiqotlari uchun qo'shimcha qidiruv o'tkazildi: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> va boshqalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligi, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, dalillarning ishonchliligi va ishonuvchanlik/kuchlilik darajalariga ko'ra tavsiyalar reytingi, tibbiy yordamning mahalliy sharoitlariga mos kelishini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

**Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi.** Protokolning yakuniy tavsiyalari tavsiyalarning bir qismini bir nechta klinik ko'rsatmalardan asl nusxada o'zgarishsiz olish, klinik ko'rsatmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitga moslashtirish, qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali shakllantirildi. Dalillarning past sifati va mahalliy sharoitda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar xorijiy klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o'lchovlaridan foydalangan bo'lsa, ular (iloji bo'lsa) GRADE tizimiga o'tkazildi. Xuddi shu tavsiyalar turli xil klinik ko'rsatmalarda topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh protokolga yanada ishonchli ilmiy ma'lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqrizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Protokolning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assosiasiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM DM xududiy filiallari va ularning o'rinbosarlari), viloyat akusherlik tizimi muassasalari shifokorlari, keng doiradagi mutaxassislari muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi bilan RIOvaBSIATM davlat muassasasining rasmiy veb-sayti (<https://www.onabolamarkazi>) va telegram kanalida tanishish mumkin. Fikr-mulohaza elektron pochta orqali standart fikr-mulohaza varaqasini to'ldirish bilan qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish ishchi guruh,

sharhlovchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o'tkazildi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarning ishonchlilik darajasiga (TID) qarab tartiblangan.

#### 4. Adabiyotlar ro'yhati.

1. Серов В. Н. и др. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии //М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016., ГЭОТАР-Мед. Москва.
2. Аппар Б. С., Броцман Г. Л., Шпицер М. Клиническая кольпоскопия. Практическое руководство //М.: Практическая медицина. – 2014. – Т. 384., Москва.
3. Роговская С. И., Липова Е. В. Шейка матки, влагалище, вульва //Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: Руководство для практикующих врачей. – 2014. – С. 52-71.
4. Короленкова Л. И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и ранние формы рака шейки матки: клинко-морфологическая концепция цервикального канцерогенеза. – 2017. Москва.
5. Зароченцева Н.В., Джиджихия Л.К., Набиева В.Н. Мониторинг пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией после эксцизионных методов лечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021;20(1): 113-120. DOI: 10.20953/1726-1678-2021-1-113-120
6. Зароченцева Н.В., Белая Ю.М. Опыт реализации программ первичной профилактики заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека, в Московской области. 2017
7. Зароченцева Н.В., Белая Ю.М., Джиджихия Л.К. Международные и отечественные результаты вакцинопрофилактики рака шейки матки и ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Доктор.Ру. 2018; 2(146): 52–8
8. Зароченцева Н. В., Джиджихия Л. К. Современные и инновационные возможности кольпоскопии в диагностике заболеваний шейки матки : методическое пособие. 2019.
9. Шабалова И. П., Касоян К. Т. Цитология жидкостная и традиционная при заболеваниях шейки матки //Цитологический атлас. – 2016.
10. Дамиров М.М. Кольпоскопия: руководство для врачей, 2-е изд., перераб. и допол. –М.: Издательство БИНОМ, 2016.-256с.:ил.
11. Meta-analysis of the accuracy of p16 or p16/Ki-67 immunocytochemistry versus HPV testing for the detection of CIN2+/CIN3+ in triage of women with minor abnormal cytology//Cancer cytopathology. – 2019. – Т. 127. – №. 3. – С. 169-180., doi: 10.1002/cncy.22103
12. World Health Organization. Reproductive Health et al. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. – World Health Organization, 2014.
13. Peeters E. et al. Meta-analysis of the accuracy of p16 or p16/Ki-67 immunocytochemistry versus HPV testing for the detection of CIN2+/CIN3+ in triage of women with minor abnormal cytology//Cancer cytopathology. – 2019. – Т. 127. – №. 3. – С. 169-180., doi: 10.1002/cncy.22103.
14. Massad L. S. et al. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors //J Low Genit Tract Dis. – 2, doi: 10.1097/LGT.0b013e318287d329.
15. Wilt T. J., Harris R. P., Qaseem A. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians //Annals of internal medicine. – 2015. – Т. 162. – №. 10. – С. 718-725., doi: 10.7326/M14-2326.

16. Unim B. et al. Role of pap-test in cervical cancer prevention: a systematic review and meta-analysis Brigid Unim //European Journal of Public Health. – 2014. – T. 24. – №. suppl\_2.
17. Bak M. et al. Liquid-based cervical cytology ThinPrep screening in Hungary //Orvosi hetilap. – 2014. – T. 155. – №. 18. – C. 708-714., doi: 10.1556/OH.2014.29875.
18. Artymuk N. V., Marochko K. V. Predictive value of different diagnostic methods for detection of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer //Lietuvos akušerija ir ginekologija. – 2017. – T. 20. – №. 3. – C. 222-227.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: 'Progress in Cervical Screening in the UK' Scientific Impact Paper No.7.
20. ACOG. Practice Bulletin No. 157 Summary: Cervical Cancer Screening and Prevention, Obstet. Gynecol., vol. 127, no. 1, pp. e1– e20, Jan. 2016, doi: 10.1097/AOG.0000000000001263.
21. Bonde J. H. et al. Clinical Utility of Human Papillomavirus Genotyping in Cervical Cancer Screening: A Systematic Review //Journal of lower genital tract disease. – 2020. – T. 24. – №. 1. – C. 1- 13.
22. Santana B. N. et al. Cervical vaporization in LSIL and persistent HPV infection //Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – T. 57. – №. 4. – C. 475-478., doi: 10.1016/j.tjog.2018.06.010.
23. Yu L. L. et al. Evaluation of p16/Ki-67 dual staining in detection of cervical precancer and cancers: a multicenter study in China //Oncotarget. –2016. –T.7.–№.16.– C.21181., doi: 10.18632/oncotarget.8307.
24. Peeters E. et al. Meta-analysis of the accuracy of p16 or p16/Ki-67 immunocytochemistry versus HPV testing for the detection of CIN2+/CIN3+ in triage of women with minor abnormal cytology//Cancer cytopathology. – 2019. – T. 127. – №. 3. – C. 169-180., doi: 10.1002/cncy.22103.
25. World Health Organization. Reproductive Health et al. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. – World Health Organization, 2014.