

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазири 2
025 йил "23" июндаги
№180 сон буйруғига
Илова

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

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

ТОШКЕНТ – 2025

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

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

М. Н. Тилляшайхов



2025 йил

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

ТОШКЕНТ – 2025

МУНДАРИЖА

"ҚИН САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	5
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	51
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	68
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	88

**"ЎИИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

- Қисқача аннотация. Қин саратони D07.2, C52 бўйича ушбу миллий клиник протокол далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган замонавий илмий маълумотларга мувофиқ қин саратонини назорат қилиш ва олдини олишга қаратилган ўз вақтида ва сифатли диагностика, терапевтик тактика, паллиатив ёрдамни таъминлаш учун ягона концепцияни шакллантириш мақсадида ишлаб чиқилган.

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

- **ХКТ код (лар и):**

ХКТ-10	
Код	Название
D07.2	Қин in situ карциномаси
C52	Қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
ХКТ-11	
Код	Название
2C71	Қиннинг хавфли ўсмалари
2C71.0	Қиннинг аденокарциномаси
2C71.1	Қиннинг меланомаси
2C71.2	Қиннинг ясси хужайрали саратони
2C71.Y	Қиннинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C71.Z	Аниқланмаган қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

- **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 ЧИКИШДА ҲИССА 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 Маҳаматович – 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 Муҳамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:

1. Захирова Наргиза Неъматовна – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг онкогинекология бўлими раҳбари;
2. Ахмедов Одилжон Муҳамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовидеохирургия бўлими мудири;

3. Отажонов Музаффар Мухтарович – РИОваРИАТМ онкогинекология бўлимнинг етакчи мутахассиси;
4. Некова Гулшан Орзиевна – РИОваРИАТМ онкогинекология бўлимнинг етакчи мутахассиси;
5. Сайдахмедова Вилоят Амирдиновна - РИОваРИАТМ онкогинекология бўлимнинг етакчи мутахассиси;

- Рецензентлар:

Республикадан:

Мамадалиева Я.С. –т.ф.д., профессор тиббиёт ходимлари касбий малакасини ривожлантириш маркази УТТ курси билан онкология кафедраси мудири;

Ҳориждан:

Мурат Гултекин – профессор, Хасетеппа университети тиббиёт факультети гинекология бўлими раҳбари, Анқара, Туркия.

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

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

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

Республикадан:

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

Ҳориждан:

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

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

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

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

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

CTV	– Нишоннинг клиник ҳажми
GTV	– Бевосита ўсма ҳажми (макроскопик визуализацияланадиган)
PTV	– Режалаштирилган ўсма ҳажми
SCC	– Ясси хужайрали саратон антигени, ўсма маркери
VMAT, ёки RapidArc	– Ҳажми интенсивлиги бўйича модулирланган нур терапия
ОПВ	– Одам папилломаси вируси
ҚС	– Қин саратони
ББС	– Бачадон бўйни саратони
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза
АФП	– Альфа-фетопротеин
ЖССТ	– Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ОИВ	– Одам иммун танқис вируси
ДНТ	– Дистанцион нуртерапия
БИНТ	– Бўшлиқ ичи нур терапия
БХТ	– брахитерапия
КФНТ	– Конформ нур терапия
НТИМНТ	– Нурланиш тутами интенсивлигини модуляцияси билан нур терапия

ИОНТ	–	Интраоперацион нур терапия
СРХ	–	стереотаксик радиохирургия
СРТ	–	стереотаксик радиотерапия
Гр	–	Грей
ХЎ	–	Хавфли ўсма
ИГХ	–	Иммуногистохимия (текширув)
КСФ	–	Колониестимулловчи факторлар
ЛД	–	Лимфодиссекция
НТ	–	Нур терапия
УЯ	–	Умумий яшовчанлик
ҚБА	–	Қорин бўшлиғи аъзолари
КҚА	–	Кўкрак қафаси аъзолари
КЧА	–	Кичик чаноқ аъзолари
ПЗР	–	Полимераза занжир реакция
ПЭТ	–	Позитрон-эмиссион томография
БМЎД	–	Бир марталик ўчоқли доза
РП	–	Прогестерон рецепторлари
РЭ	–	Эстроген рецепторлари
СЎД	–	Суммар ўчоқли доза
ЮҚТ	–	Юрак-қон томир тизими
УЗДГ	–	Ультратовуш доплерография
в/и	–	Вена ичига
КТ	–	компьютер томография
ЛДГ	–	лактатдигидрогиназа
ДВ	–	Дори воситаси
ХПН	–	Ҳалқаро патентланмаган номи
МРТ	–	магнит-резонанс томография
ПХТ	–	полихимиотерапия
НАПХТ	–	неoadъювант химиотерапия
УТТ	–	Ультра товуш текшируви

ИД	– Исботланганлик даражаси
ФЭГДС	– фиброэзофагогастроуденоскопия
ОХГ	– Одам хорион гонадотропини
ЭКГ	– электрокардиография
CA-125	– аденоген саратон антигени (ўсма антигени) 125
dMMR	– Уруғланмаган асосларнинг репарация тизимини бузилиши
ESGO	– European Society of Gynaecological Oncology (Европа онкогинекологлар жамияти)
ESMO	– European Society for Medical Oncology (Европа тиббий онкологлар жамияти)
ESTRO	– European Society for Radiotherapy & Oncology (Европа радиотерапия ва онкология жамияти)
IMRT	– Intensity Modulated Radiation Therapy
MSIh	– Микросателлит ностабиллик
ECOG	(англ. Eastern Cooperative Oncology Group) – даволаш бошланишидан олдин, даво жараёнида ва кейин онкологик бемор умумий аҳолини 5 баллик тизим бўйича баҳолаш шкаласи (онкологик беморларни ҳамкорликда ўрганиш Шарқий гуруҳи томонидан тавсия этилган).
FIGO	– Ҳалқаро Гинеколог ва акушерлар Федерацияси
GOG	– Гинеколог онкологлар гуруҳи (гинекологик саратонни тадқиқотчилар кооператив гуруҳи, АҚШ)
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – хавфли ўсмаларни босқичларини халқаро таснифи
RW	– Вассерман реакцияси

- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:

- Шифокор-онкологлар;
- Онкогинекологлар;
- Акушер-гинекологлар;
- Шифокор- катталар жаррохлари;
- Кимё терапевтлар;

- Радиотерапевтлар;
 - Генетиклар;
 - Умумий амалиёт 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:**

**Далилларнинг ишончлилик даражаларини (ДИД) баҳолаш ўлчови
диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун**

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

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

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

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

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

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

2. Асосий қисм.

- Кириш

Қиннинг хавфли ўсмаси – қин деворида юзага келадиган хавфли ўсмадир. Қиннинг ясси хужайрали саратони – аёл қинининг қопловчи ясси хужайрали эпителийсидан ривожланган хавфли ўсмадир.

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

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0)

Халқаро Саратони Излаш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотлари бўйича, 2022 йилда қин саратони барча ҳолатлари 18 819 тани ташкил этган ва 8 240 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0).

Қиннинг саратони (ҚС) этиологияси ва патогенези кўп жиҳатдан аниқ эмас, биринчи навбатда паст касалланиш кўрсаткичлари туфайли. Урогенитал синусдан пайдо бўлган вульва, қин ва бачадон бўйнининг бир хил эмбриогенезини инобатга олганда, уларнинг этиологияси ва патогенези умумий эканлиги тахмин қилинади [1].

Қин саратони (ҚС) патогенезида мумкин бўлган салбий ролни қуйидаги омиллар ўйнайди:

- Аёлнинг ҳаёт давомида инсон папилломавируси (ОПВ) билан инфекцияланиши (ясси ҳужайрали ҚС ҳолатларида ВПЧ 60% дан зиёд кузатувларда аниқланади), 2-тип оддий герпес вируси ва инсон иммунодефицити вируси, ВПЧнинг ўткир учли кондилломалар шаклида ифодаланиши;
- Менопаузадан кейинги эстроген етишмаслиги;
- Жуда оғир хроник сениль кольпитлар;
- Инволютив, дистрофик, кастрациядан кейинги ва ёшга боғлиқ жараёнлар;
- Сурункали носпецифик вагинитлар;
- Бачадон бўйни саратонида қўшма нур терапиядан кейин, нур терапиянинг канцероген таъсири орқали ушбу ҳудудда хавфли ўсманинг пайдо бўлиши ҳақида кўплаб хабарлар мавжуд. Қин саратони ривожланиши нисбий хавфи аҳолига нисбатан бачадон бўйни саратони бўйича қўшма нур терапия олган беморларда 300 марта юқоридир [2].

Клиник нуқтаи назаридан, бугун ҚС ривожланишининг энг эҳтимолий 3 сабабини кўриб чиқиш лозим:

1. ОПВ билан боғлиқ хавфли ўсманинг ривожланиши.
2. ББС нур терапиясидан кейин қиннинг радиоиндуцирланган ўсмалари.
3. Метастатик ўсмалар (бачадон, тухумдонлар, ҳоказо).

Бирламчи қин саратони жуда кам учрайди. Аёллар жинсий аъзоларидаги хавфли ўсмалар тузилишида бирламчи қин саратони тахминан 1% ни ташкил қилади. Россияда 2021 йилда биринчи марта аниқланган қин саратони ҳолатлари 549 та рўйхатга олинган. 2021 йилда қин саратонининг стандартлаштирилган касаллик тарқалиши кўрсаткичи 100 минта аёл аҳолисида 0,36 ни ташкил этган [3]. Қиндаги барча гистологик турдаги хавфли ўсмаларнинг деярли 90% ясси ҳужайрали саратонига тўғри келади [4].

Бирламчи қин саратони аёллар жинсий аъзоларидаги барча хавфли ўсмаларга нисбатан фақат 1–2% ни ташкил этади. Қиннинг метастатик саратони эса анча кўпроқ учрайди.

2024 йилда Ўзбекистонда қин саратони 48 аёлда аниқланди.

- Клиник таснифи

Халқаро гистологик тасниф

Қин ўсмаларининг ЖССТ таснифи^{1,2,3} (2014)

Эпителиал ўсмалар	
Ясси хужайрали ўсмалар ва уларнинг олдинги ҳолатлари	
Ясси хужайрали интраэпителиал шикастланишлар	8077/0
Паст даражадаги (<i>low-grade</i>) ясси хужайрали вагинал интраэпителиал неоплазия	8077/2
Юқори даражадаги (<i>high-grade</i>) ясси хужайрали вагинал интраэпителиал неоплазия	8070/3
Ясси хужайрали саратон, БДУ	
Мугузланувчи	8071/3
Мугузланмайдиган	8072/3
Папилляр	8052/3
Базалоид	8083/3
Сўгалсимон	8051/3
Верукоз	8051/3
Хавфсиз ясси хужайрали зарарланиш	
Ўткир учли кондилома	
Ясси хужайрали папиллома	8052/0
Фиброэпителиал полип	
Тубуло-ясси хужайрали полип	8560/0
Ўтувчи хужайрали метаплазия	
Безли ўсмалар	
Аденокарциномалар	
Эндометриоид	8380/3
Ёруғ хужайрали	8310/3
Муциноз	8480/3
Мезонефроид	9110/3
Хавфсиз безли зарарланишлар	
Тубуляр аденома	8263/0
Ворсинкали ўсма	8261/0
Аденоз Мюллеров папилломаси	
Юинг саркомаси эндометриоз	9364/3
Эндоцервикоз праганглиома	8693/1

<i>Кисталар</i>	
Бошқа эпителиал ўсмалар	
Аралаш ўсма	8940/0
Аденосквамоз карцинома	8560/3
Аденобазал карцинома	8098/3
Юқори хавфли нейроэндокрин карцинома	
<i>Майди ҳужайрали</i>	8041/3
<i>Йирик ҳужайрали</i>	8013/3
Мезенхимал ўсмалар	
Лейомиома	8890/0
Рабдомиома	8905/0
Лейомиосаркома	8890/3
Рабдомиосаркома, БДУ	8900/3
<i>Эмбрионал рабдомиосаркома</i>	8910/3
Дифференциаллашмаган саркома	8805/3
Ангиомиофибробластома	8826/0
Агрессив ангиомиксосома	8841/0
Миофибробластома	8825/0
Ўсмасимон зарарланишлар	
Операциядан кейинги урчуқсимон тугун	
Аралаш эпителиал ва мезенхимал ўсмалар	
Аденосаркома	8933/3
Карциносаркома	8980/3
Лимфоид ва миелоид ўсмалар	
Лимфомалар	
Миелоид неоплазмалар	
Меланоцитар ўсмалар	
Невуслар	
<i>Пигмент невос</i>	8720/0
<i>Ҳаворанг невос</i>	8780/0
Меланома	8720/3
Аралаш ўсмалар	
Гермино-ҳужайрали ўсмалар	
<i>Етук тератома</i>	9084/0
<i>Сариқлик халтаси ўсмаси</i>	9071/3
Бошқалар	

<i>Юинг саркомаси</i>	9364/3
<i>Параганглиома</i>	8693/1
Иккиламчи ўсмалар	

Изоҳ:

¹ Морфологик кодлар Халқаро касалликлар таснифи, онкология бўлими (ICD-O) (2000) томонидан белгиланган. Ўсманинг потенциали қуйидаги кодлар билан ифодаланади: /0 – хавфсиз ўсмалар; /1 – ноаниқ, чегаравий ёки номаълум потенциалга эга ўсмалар; /2 – in situ саратони ва юқори даражали (III даража) интраэпителиал неоплазиялар; /3 – хавфли ўсмалар

² Тасниф илгари ЖССТ (2002) томонидан қабул қилинган гистологик ўсма таснифининг модификацияси бўлиб, ўсмалар ҳақидаги замонавий тасаввурлар асосида такомиллаштирилган.

³ Гистологик жавобда морфологик кодни врач-патолог томонидан белгиланиши мажбурий ҳисобланади.

Қинда аниқланган хавфли ўсмаларнинг аксарияти (90% атрофида) метастатик ҳисобланади. Иккиламчи (метастатик) қин саратони тўғридан-тўғри ўсиш (per continuitatem), лимфоген ёки гематоген метастаз бериш орқали ривожланади. Метастатик ўсмалар кўпроқ қиннинг олд девори ва қуйи учдан бир қисмида жойлашади. Иккиламчи саратоннинг гистологик тузилиши бирламчи ўчоқ тузилишига мос келади. Энг кўп метастаз берадиган ўсмалар: Эндометрий саратони, Хорионкарцинома, Бачадон бўйни саратони, Вульва саратони, Тухумдон, сут беzi саратони, Йўғон ичак ва тўғри ичак саратони, Буйрак саратони. Бирламчи қин саратони кўпроқ постменопауза давридаги аёлларда (75% ҳолатда 50 ёшдан катта) ривожланади. Кўп ҳолларда патологик ўчоқ қиннинг юқори учдан бир қисмида жойлашади. Бирламчи қин саратони ривожланиш сабаблари: Репродуктив ёшда папиллома вирусини билан инфекцияланиш; Постменопауза давридаги инволютив ва дистрофик жараёнлар; Иммуниетет сусайишига олиб келувчи ҳолатлар. Ясси хужайрали қин саратони этиологиясида асосий роль вирус инфекциясига тегишли. У онкоген ОПВ (одам папиллома вирусини) штаммлари билан юқори даражада инфекцияланиш билан боғлиқ. ВПЧ инфекцияси вагинал аденокарцинома ҳолларида ҳам аниқланган. Бачадон бўйни саратонига қараганда қин саратони камроқ учрайди, гарчи уларнинг этиологияси ўхшаш. Бу қиннинг етук кўп қатламли ясси эпителий билан қоплангани ва бачадон бўйнида эса етук бўлмаган эпителий хужайралари мавжуд трансформация зонаси борлиги билан изоҳланади. ОПВ-индуцирланган янги ҳосилалар асосан ясси хужайрали метаплазия ҳудудида юзага келади. Улар шиллик парда тикланиш жараёнида, коитус, тампонлар қўллаш, пессарий билан боғлиқ сурункали жароҳатлар натижасида шаклланиши мумкин.

Бирламчи қин саратони бўлган беморларнинг 30% да анамнезда преинвазив ёки инвазив бачадон бўйни саратони учрайди. Кичик ёчиноқ бошлиғи соҳасида нур терапияси ўтказилгандан кейин вагина саратони хавфи ортади.

Қин хавфли ўсмаларида учта ёш бўйича юқори касалланиш пиклари мавжуд: Қиз болаларда (6 ёшгача) – асосан ботрионид эмбрионал рабдомиосаркома учрайди. 20–30 ёшда – диэтилстильбэстрол (DES) ёки шунга ўхшаш ностероид эстрогенлар трансплацентар таъсири билан боғлиқ ёруғ ҳужайрали карцинома аниқланади (оналари ҳомиладорлик даврида DES қабул қилган бўлади). Катта ёшдаги аёлларда – ясси ҳужайрали саратон кўпроқ аниқланади. DES билан боғлиқ бўлмаган аденокарциномалар ҳам постменопауза даврида ривожланиши мумкин. Эпителиал бўлмаган хавфли ўсмалар – саркома ва меланома – катта ёшдаги беморларда жуда кам учрайди.

Қин саратони асосан лимфоген йўл билан тарқалади. Метастазларнинг тарқалиш йўналиши бирламчи ўсманинг жойлашувига боғлиқ.

Қин саратонининг хавлқаро марфологик таснифи (IARC таснифи, 5-чи нашр, Лион, 2020 й.) [5]:

I. Эпителиал ўсмалар

1. Ясси эпителийдан ўсмалар ва предрак:

- Қин интраэпителиал неоплазияси (VAIN)
- ОИВ билан ассоцирланган ясси ҳужайрали карцинома
- ОИВ га боғлиқ бўлмаган ясси ҳужайрали карцинома
- ОИВ статуси аниқ бўлмаган ясси ҳужайрали карцинома.

2. Безли эпителийдан ўсмалар:

- ОИВ мавжудлиги билан ассоцирланган аденокарцинома
- Эндометрионид саратон
- Ёруғ ҳужайрали саратон
- Меъда типдаги муциноз карцинома
- Ичак типдаги муциноз карцинома
- мезонефроид аденокарцинома
- қин карциносаркомаси

3. Бошқа эпителиал ўсмалар:

- Қиннинг аралаш ўсмаси
- Скин беши аденокарциномаси

- Қин аденосквамоз карциномаси
- Қин аденоид-базал карциномаси

II. Аралаш эпителиал-мезенхимал ўсмалар

- Қин аденосаркомаси

III. Бошқа ўсмалар

- Қин герминоген ўсмалари

ЖССТнинг қин саратони бўйича халқаро гистологик таснифи (5-нашр, Лион, 2020)дан меланоцитар ўсмалар чиқариб ташиланган бўлса-да, уларнинг учраш тезлиги (<5%) ва клиник аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, даволаш тактикаси онкогинеколог иштирокидаги мултидисциплинар консилиум томонидан белгиланиши керак [38].

Босқичлаш

1-жадвалда қин саратонининг икки тасниф бўйича bosқичлари келтирилган: TNM (8-таҳрир, 2017) ва FIGO (2009). Бу тасниф фақат бирламчи қин саратони учун қўлланилади. Метастатик ўсмалар таснифга киритилмайди. Қин ўсмаси вульвага тарқалган ҳолларда, у вульва саратони сифатида таснифланади.

1-жадвал. Қин саратонини TNM (8-чи нашр, 2017 й.) ва FIGO (2009 й.) бўйича таснифлаш.

TNM 8-чи қайта кўрик, (2017 й.)	FIGO (2009 й.)	Мезонлар
T _x T ₀ T _{is}		Бирламчи ўсмани баҳолаш имконсиз Бирламчи ўсма белгилари йўқ in situ карциномаси (преинвазив карцинома)
T1	I	Ўсма қин билан чегараланган
T2	II	Ўсма қин атроф тўқималарига ўсган
T3	III	Ўсма кичик чаноқ деворларига ўсиб ўтган
T4	IVA	Ўсма қовуқ ёки тўғри ичак шиллик қаватига ўсиб ўтган ёки ўсма кичик чаноқ чегарасидан ташқарига тарқалган *
M1	IVB	Узоқ метастазлари мавжуд

**буллёз шешининг мавжудлиги ўсмани T4 мезонига киритиш учун етарли бўлмайди.*

N – регионар лимфа тугунлари

N_x – регионар лимфа тугунларин баҳолаш имконсиз

N₀ – регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ

N₁ – регионар лимфа тугунларида метастазлар бор

M – узоқ метастазлар

M₀ – узоқ метастазлар йўқ

M₁ – узоқ метастазлар бор

Изоҳ. Регионар лимфа тугунлари: қиннинг юқори икки учдан бир қисми учун – тос, ёпқич, ички ёнбош (пастки чарви), ташқи ёнбош ва қўшимча аниқланмаган тос лимфа тугунлари. Қиннинг қуйи учдан бир қисми учун – чов ва сон лимфа тугунлари.

2-жадвал. ҚС босқичини белгилаш учун TNM мезонларини гуруҳлаш

Босқич	Мезон		
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV	T4	Ҳар қандай N	M0
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

Изоҳ. III босқичга қов симфизини зарарлаган ўсмалар ҳам киритилади.

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

Касалликнинг кечиши, айниқса, эрта босқичларда, симптомсиз бўлиши мумкин. Ўсма жараёни ривожланган сари оғриқ, сийдик ва нэжас чиқаришда бузилишлар ва/ёки қийинчиликлар, қуйи қўл-оёқларда лимфостаз каби белгилар пайдо бўлади. Касаллик асосан 50–60 ёшдан катта аёлларда учрайди. [2, 3].

Ташхис қўйишнинг диагностик мезонлари:

1. а н а м н е з м а ъ л у м о т л а р и ;
2. ф и з и к а л к ў р и к м а ъ л у м о т л а р и ;
3. б а ч а д о н б ў ш л и ғ и д а н б и о п с и я в а / ё к и о п е р а ц и о н м а т е р и а л н и п а т о л о г о а н а т о м и к т е к ш и р у в м а ъ л у м о т л а р и ;
4. н у р д и а г н о с т и к а у с у л и м а ъ л у м о т л а р и .

Шикоятлари ва анамнез:

• Қин саратони ва унга шубҳа қилинган барча беморларда шикоятлар ва анамнез тўплаш **тавсия этилади**. Бу даволаш тактикаси танловига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади. Клиник манзарада асосан жинсий йўллардан оқма ва қонли ажралишлар устунлик қилади. Кенг тарқалган касалликда оғриқ синдроми; тос аъзолари функциясининг бузилиши, тенезмларсимптомакомплекси қўшилади [2].

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

Физикал текширувлар

• Барча беморларга синчиклаб жисмоний текширув ўтказиш **тавсия этилади**. Жисмоний текширув таркиби: Ректо-вагинал текшируви; қорин бўшлиғи аъзоларини пальпация қилиш; барча периферик лимфа тугунларини пальпация қилиш; ўпкани аускультация ва перкуссия қилиш; сут безларини пальпация қилиш [2, 6, 7].

Бирламчи қин саратонини таъхис қўйишида қўйидаги мезонлар ҳисобга олиниши керак:

- Бирламчи ўсма ўчоғи фақат қинда жойлашган бўлиши керак, аксарият ҳолларда қиннинг юқори учдан бир қисми зарарланади.
- Бачадон бўйни эпителийи, бачадон бўйни канали ва эндометрий бутунлигича сақланган бўлиши керак (аспирацион биопсия манфий натижа бериши лозим).
- Бирламчи қин саратони симптомсиз кечиши мумкин [2,6].

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

Изоҳ: Вульвани кўздан кечирши ва пальпация қилиши; қин ва бачадон бўйинини текшириши Симс қин ойнаклари ёрдамида ўтказилади, чунки Куско қин ойнакларидан фойдаланилганда қиннинг баъзи соҳалари (олд ва орқа деворлар) тўлиқ кўринмаслиги мумкин. [2,6,7].

Лаборатор диагностик текширувлар

• Қин саратони ва унга шубҳа қилинган барча беморларга бемор ҳолатини баҳолаш, даволаш тактикаси ва алгоритминини белгилаш, касаллик прогнозини баҳолаш мақсадида қуйидаги таҳлиллар ўтказилиши **тавсия этилади:**

1. Умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлили

2. Биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили (умумий оқсил, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевина, темир, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), умумий билирубин, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), ишқорий фосфатаза (ИФ), Плазма электролитлари (калий, натрий, хлор), жигар ва буйрак функцияси кўрсаткичларини баҳолаш).

3. Умумий (клиник) пешоб таҳлили

4. Коагулограмма (фибриноген, протромбин, халқаро нормализланган коэффицент (МНО), протромбин вақти, протромбин индекси, фаоллашган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ), тромбин вақти [2]

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

Изоҳлар: Клиник қон таҳлили ХТ кейинги курси бошланишидан камида 5 кун аввал ўтказилади (такрорланади) [2,7]

Умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар - гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, эритроцитларнинг ўртачи ҳажми, эритроцитларнинг катталиқ бўйича тақсимланиши, эритроцитларда гемоглобиннинг ўртача тақсимланиши, эритроцитларда гемоглобиннинг ўртача концентрацияси, тромбоцитлар, лейкоцитлар, лейкоцитар формула, эритроцитлар чўкиши тезлиги; Биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар: жигар ва буйрак функцияси кўрсаткичлари, умумий (клиник) сийдик таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар: ранги, шаффофлиги, сийдикнинг нисбий зичлиги, сийдикдаги оқсил, рН даражаси, глюкоза, кетон жисмлари, уробилиноген, лейкоцитар эстераза. Аппарат микроскопияси орқали баҳоланадиган параметрлар: эпителий хужайралари, эритроцитлар, цилиндрлар, тузлар, шиллиқ, бактериялар, замбуруғлар [2,6,7]

Қон ивиши тизимини баҳолашда баҳоланадиган параметрлар: коагулограмма, қўшимча кўрсатмалар бўйича: антитромбин III, D-димер, плазминоген, фаоллик (%)

• Барча ясси ҳужайрали қин саратони ва унга шубҳа қилинган беморларда, агар имконият мавжуд бўлса, ясси ҳужайрали саратон антигени (SCC) даражасини таҳлил қилиш **тавсия этилади**. Бу ҳозирги клиник ҳолатни баҳолаш ва касалликни кейинчалик мониторинг қилиш мақсадида амалга оширилади. [2]

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

Инструментал диагностик текширувлар

Қин саратонини таъхислашда асосий диагностик мезон – ўсманинг биопсиясини ўтказиш ва унинг морфологик тасдиғини амалга оширишдир.

• Барча қин саратонига шубҳа қилинган беморларда даволашни бошлашдан олдин морфологик тасдиқ ўтказиш **тавсия этилади**. Текшириш учун материал олиш усуллари: ўсма биопсияси ёки уни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва кейинчалик патолого-анатомик таҳлил ўтказиш; ўсманинг юзасидан мазок олиш ва цитологик таҳлил ўтказиш; катталашган лимфа тугунларини пункция қилиш ва цитологик таҳлил ўтказиш [8,14].

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

Изоҳ: *Зарурият туғилган тақдирда, таъхисни тасдиқлаш мақсадида патолого-анатомик таҳлил иммуногистохимик типлаш билан тўлдирилиши мумкин, цитологик таҳлил эса иммуноцитохимик типлаш билан кенгайтирилиши мумкин.*

• Барча қин саратони ва унга шубҳа қилинган беморларга таъхисни тасдиқлаш ва ҳамроҳ патологияларни аниқлаш мақсадида вульвоскопия, вагиноскопия ва кольпоскопия ўтказиш **тавсия этилади**. [2,6].

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

• Барча қин саратони бўлган беморларга таъхисни тасдиқлаш ва ҳамроҳ патологияларни аниқлаш мақсадида бачадон бўйни ва бачадон бўйни канали суртмаларини цитологик таҳлил қилиш, бачадон бўшлиғидан аспират олиш ёки бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналида алоҳида диагностик қириндидан ўтказиш **тавсия этилади** [8,14].

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

Изоҳлар: *Бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналида алоҳида диагностик қириндидан ўтказиш ёки бачадон бўшлиғидан аспирацион биопсия олиш қин*

аденокарциномаси тасдиқланган ҳолларда тавсия этилади. Бу бирламчи эндометрий саратонини истисно қилиш мақсадида амалга оширилади.

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш мақсадида қуйидаги УТТ (ультратовуш текшируви) ўтказиш **тавсия этилади**: кичик ёғ бошлиғи аъзолари УТТси; қорин бўшлиғи аъзолари комплекс УТТси; чов-сон лимфа тугунлари УТТси; қорин парда орти лимфа тугунлари (илиқ ва парааортал лимфа тугунлари) УТТси; ўмров усти лимфа тугунлари УТТси [2, 6].

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

Изоҳ: *УЗИ энг осон киритилиши мумкин бўлган тасвирлаш усули бўлиб, у қорин бўшлиғи, кичик чаноқ бошлиғи, ҳамда регионал ва узоқ лимфа тугунларида ўсманинг тарқалиш даражасини баҳолаш учун қўлланилади. [2,6].*

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш мақсадида вена ичи контраст билан ёки контрастсиз кўкрак қафаси аъзоларининг КТсини ўтказиш **тавсия этилади**. [2,6,8].

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

Изоҳ: *Агар КТ ўтказиш имконияти бўлмаса, кўкрак қафаси аъзоларининг мақсадли рентгенографияси ўтказиш тавсия этилади. КТ рентгенографияга нисбатан юқори диагностик самарадорликка эга бўлиб, ўпка, плевра ва кўкрак ичи лимфа тугунларининг метастатик шикастланишини аниқлашда афзал усул ҳисобланади. [8].*

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсманинг маҳаллий тарқалиш даражасини ва регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш мақсадида кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари ва оралиқ юмшоқ тўқималарнинг вена ичи контраст билан магнит-резонанс томографиясини (МРТ) ўтказиш **тавсия этилади**. [39].

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

Изоҳ: *Агар кичик чаноқ бўшлиғи аъзоларининг вена ичи контраст билан МРТ ўтказиш имкони бўлмаса, вена ичи контраст билан КТ ўтказиш тавсия этилади. МРТ кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари, таносил диафрагмаси ва оралиқ тўқималарни баҳолашда КТга нисбатан юқори диагностик ахборотга эга. [40].*

- Қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, Т2 ва ундан юқори босқичларда, регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш ва узоқ метастазларни аниқлаш мақсадида туморотроп радиофармацевтик препаратлар (РФП) билан позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ) ёки кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг вена

ичи болюсли контраст билан КТ ўтказиш **тавсия этилади.** [41].

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

Изоҳ: ПЭТ-КТ кимё-нур терапияни режалаштирилганда мақсадга мувофиқдир [42].

• Қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, агар бош миёга метастатик шикастланишга шубҳа бўлса, вена ичи контраст билан бош миёнинг МРТ ўтказиш тавсия этилади. [8].

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

Изоҳ: Агар бош миёнинг МРТ ўтказиши имкони бўлмаса ёки қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, вена ичи контраст билан бош миёнинг КТ ўтказиши мумкин. МРТ контраст билан бош миёга метастатик шикастланишни аниқлашда КТга нисбатан юқори диагностик самарадорликка эга. [43].

• Метастатик қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, агар скелетга метастатик шикастланишга клиник шубҳа мавжуд бўлса, ПЭТ-КТ ўтказиш имкони бўлмаган ҳолларда бутун тана суякларининг сцинтиграфиясини ўтказиш **тавсия этилади.** [39].

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

• Кенг тарқалган қин саратони бўлган барча беморларга, ўсманинг пешоб пуфағи ва тўғри ичакка инвазиясини аниқлаш мақсадида цистоскопия ва ректороманоскопия ўтказиш тавсия этилади. [2,6].

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

Қин саратони бўлган беморларда, жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида, кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар ўтказиш тавсия этилади: эхокардиография; юрак ритмини Холтер мониторинги; ташқи нафас фаолиятини текшириш; брахиоцефал артерияларининг экстракраниал қисмини УТТ дуплекс сканери орқали баҳолаш; оёқ веналарининг доплерографик УТТ; Шунингдек, кардиолог, эндокринолог, невролог ва бошқа мутахассислар томонидан текширув ва маслаҳатлар олиш **тавсия этилади.** [8].

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

• Кимё-нур терапияси ёки нур терапиясини режалаштириш ва самарадорлигини баҳолашда қуйидаги текширувларни ўтказиш **тавсия этилади:** кичик чанок бошлиғи аъзолари ва оралиқ юмшоқ тўқималарнинг вена ичи контраст

билан МРТси – ўсманинг маҳаллий тарқалишини ва регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун; Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ) туморотроп радиофармацевтик препаратлар (РФП) билан (афзал усул); кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичи болюс контраст билан КТ – олис метастазларни аниқлаш учун. Барча текширувлар усулларни ўтказиш муддатларига риоя қилган ҳолда бажарилиши керак. [39]

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

Бошқа диагностик текширувлар

Қин биопсия (жарроҳлик) материалини патолого-анатомик таҳлил қилишда ташхисни тасдиқлаш учун иммуногистохимик усуллар қўллаш **тавсия этилади**. Морфологик хулоса куйидаги параметрларни ўз ичига олиши керак:

1. Бирламчи ўсманинг ҳажми ва тарқалиш даражаси

2. Бирламчи ўсманинг инвазия чуқурлиги

3. Ўсманинг гистологик тузилиши

4. Ўсманинг дифференциация даражаси

5. Периваскуляр, перилимфатик ва периневрал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам қайд қилиниши керак)

6. Регионар лимфа тугунлари (pN) ҳолати, умумий текширилган ва зарарланган лимфа тугунлари сони, экстранодал ўсма тарқалиши белгилари (ENE+/-)

7. Резекция чегараларининг микроскопик баҳоланиши (статус R0–1). Энг яқин резекция чегарасигача масофа (мм) билан аниқ кўрсатилиши керак [6,8,14].

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

Изоҳлар: *Агар морфологик таҳлил натижаларига кўра, бирламчи биопсиядаги янги ҳосила шубҳали ёки манфий натижа берса, қин саратонига (ҚС) шубҳа қилинган беморларга қўшимча текширув ўтказиш тавсия этилади. Бундай ҳолларда қуйидаги усуллар қўлланилиши мумкин: такрорий биопсия ўтказиш; имконияти мавжуд бўлса, жарроҳлик аралашуви ўтказиш; интраоперацион патолого-анатомик таҳлил орқали биопсия (жарроҳлик) материалини текшириш.*

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;

2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, 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. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Гинекологик кўрик (қин, бачадон бўйнини ойначаларда кўриш (қинда инфльтрация мавжудлиги, қин деворларида метастатик ўчоқларнинг мавжудлиги, уларнинг ўлчами, бачадон бўйни ҳолати);
13. Вульвоскопия, вагиноскопия, кольпоскопия
14. Комплекс ультратовуш таҳхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт копи, меъда ости беzi, талоқ, буйраклар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чаноқ магнит-резонанс томографияси;
16. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Кўкрак қафаси рентгенграфияси;
18. Тегиб турган соғлом тўқима билан биргаликда қин ўсмасидан понасимон биопсия олиб.
19. Алоҳида бачадон танаси ва бачадон бўйни шиллиқ қаватида диагностик қирма олиш;
20. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
21. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
22. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
23. Экскреторная урография;
24. Цистография;
25. Ректосигмоскопия;

26.ЭКГ;

27.ЭхоКГ.

28.Бутун тана ПЭТ/КТ си**

- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (микдорий);
3. COVID-19га ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
- 10.Прокальцитонин
- 11.Антитромбин III, Д-димер
- 12.Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
- 13.Периферик қон ИФТси;
- 14.Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
- 15.Стандарт –цитогенетик текшириш;
- 16.Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш учун микросателлит ностабилликни аниқлаш бўйича молекуляр-генетик текширув;
- 17.Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
- 18.Скелет суяклари сцинтиграфияси;
- 19.Кўкрак қафаси компьютер томографияси;
- 20.Бош ва бўйин контрастли КТси;
- 21.ФЭГДС;
- 22.Бронхоскопия;
- 23.Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
- 24.Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- 25.Спирография;

26.Бош мия МРТси;

27.Холтер – мониторинг билан ЭКГ

* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

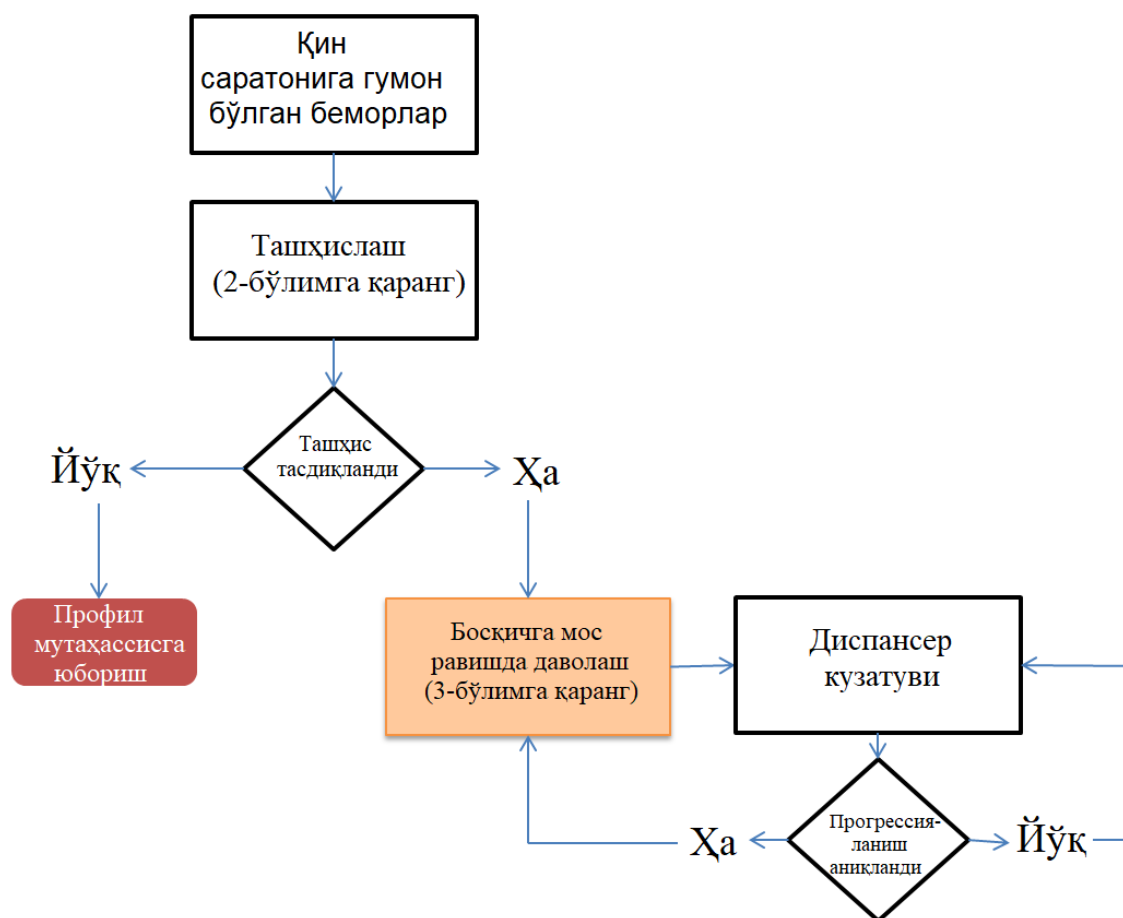
** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

- Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:

- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Абдоминал кўриги** (қорин бўшлиғи аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- меъда саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, адъювант репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапия си 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).

- Диагностик алгоритм:

Қин саратони беморларини ташҳислаш ва даволаш блок-схемаси



- Қиёсий ташҳис ва қўшимча текширувларни асослаш

3-жадвал. Қин саратонининг дифференциал диагнози

Диагноз	Дифференциал диагностикани асослаш	Текширишлар	Ташҳисни истисно қилиш мезони
Бачадон бўйни эктопияси	- жинсий йўлардан ажралмалар келиши - ёрқин қизил рангдаги псевдоэрозия ўчоғи	Кольпоскопия ПАП–тестга суртмалар олиш	Ҳудуд кўплаб юмалоқ ёки чўзинчоқ қизил сўрғичлар билан қопланган бўлиб, бу бахмал юза эффеқтини яратади. Ёрқин қизил ранг бир қатор цилиндрсимон ҳужайралар қатори орқали кўринадиган

			пастдаги строма томирлари билан боғлиқ. «Трансформация соҳаси» эктопия соҳасидаги метаплазияланган ва етилмаган кўп қаватли ясси эпителий, безларнинг очиқ ва ёпиқ йўллари.
CIN	-бачадон бўйнининг кўринувчи ўзгарган соҳалари -Оғриқсиз -жинсий йўллардан ажралмалар.	-кольпоскопия - ПАП–тестга суртмалар олиш -биопсия	Кольпоскопик сурат: оқиш ялтироқ пленка кўринишидаги, эпителийнинг шоҳсимон қақати ҳисобига таҳланган ёки ғадир-будир юзали йод негатив соҳа. Яқуний ташхис гистологик текширув асосида қўйилади.
Эндометрий полипи	-жинсий йўллардан қонли ажралма келиши -оғриқли	-Кичик чанок аъзолари УТТси - гистероскопия	Гистологик текширув ҳулосаси
Эндометрий иперплазияси	-жинсий йўллардан қонли ажралма келиши -оғриқли; -бепуштлик.	- Кичик чанок аъзолари УТТси: - гистероскопия; бачадон бўшлиғини кириб олиш, гистологик текшириш билан	Гистологик текширув ҳулосаси
Бачадон миомаси	- юмалоқ, овал шаклда бўлади; - Контурлари аниқ текис; - Бироз оғриқлилиқ	- Кичик чанок аъзолари УТТси – гистероскопия.	Миоманинг динамикада ўсишининг йўқлиги. Гистологик текширув ҳулосаси.

	кузатилади; -жинсий йўллардан қонли ажралма келиши		
--	---	--	--

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси: йўқ.

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

1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Верификация қилинган қин саратони;
- Курация қилинадиган беморлар.

2) Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- қон кетиши ва ўсма жараёнининг тарқалиши ёки прогрессияси билан боғлиқ айрим кам учрайдиган асоратлар (ичак тутилиши, нафас етишмовчилиги ва бошқалар);
- онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапия си ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси [11-13,23-25].

1) Даволашнинг мақсади:

- Ҳавфли ўсма билан зарарланган аъзони тўлиқ ёки қисман олиб ташлаш
- Ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессиясига эришиш, унинг барқарорлашувини таъминлаш

Қин саратонини даволаш усули танлаш бир нечта омилларга боғлиқ: ўсманинг ҳажми, бошқа аъзо, тўқима ва лимфа тугунларига таъсири, беморда ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари).

Барча ушбу факторлар мутахассислар томонидан ҳисобга олинади. Ҳар бир бемор учун индивидуал даволаш режаси ишлаб чиқилади, у қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: жарроҳлик даволаш, нур терапияси ва кимё терапияси.

- Ремиссияга эришиш учун қин саратони барча беморларини нур терапияни асосий давоси сифатида кўриш тавсия этилади [11,13].

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

Изоҳ: *Айрим ҳолатларда, қуйида баён этиладиган шароитларга қараб, қин саратони да турли хил жарроҳлик аралашувлари ва кимё терапияси (ХТ) қўлланиши мумкин. [2, 6, 14–17]*

2) Босқичларга қараб даволашнинг умумий мезонлари

1. TisN0M0 босқич қин саратонини даволаш

• Қин саратони (ҚС) *in situ* бўлган барча беморларга турли даволаш тактикаларини қўллаш **тавсия этилади**. Бу клиник самарага эришиш ва ремиссияга олиб келиш мақсадида амалга оширилади. Қўлланиши мумкин бўлган усуллар: *Лазер жарроҳлиги, кенг локал эксцизия, фотодинамик терапия, контакт нур терапияси (ЛТ) [8].*

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

2. I босқич (T1N0M0) қин саратонини даволаш

• Қин саратони (ҚС) I босқич (T1N0M0) бўлган барча беморларга радикал комплекс нур терапияси (ЛТ) ўтказиш **тавсия этилади**. Ўлчами 1 см гача бўлган ўсмаларда ёки дистанцион нур терапиясига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, бўшлиқ ичи нур терапияси (брахитерапия) мустақил усул сифатида ўтказилиши мумкин. Бу клиник самарага эришиш мақсадида амалга оширилади. [6, 10, 11, 14].

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

Изоҳ:

1. *Бўшлиқ ичи нур терапияси (брахитерапия) варианты, эндовагинал қурилма (аппликатор) танлови, терапия режими ва бир марталик ўчоқ дозаси (БМЎД) ўсманинг қинда жойлашуви ва қин деворлари бўйлаб тарқалишига қараб танланади.*

2. *Бўшлиқ ичи нур терапияси қиннинг юзасида ўсган (инвазия чуқурлиги <0,5 см) ўсмаларда афзал ҳисобланади.*

3. *Кўпи билан 1,5 см ҳажмга эга локал ўсмаларда тўқима ичи нурлантириши (интерстициал нур терапияси) ўтказилиши мумкин. [6, 10, 11, 14].*

• Қиннинг юқори учдан бир қисмида локал ўсма жараёни бўлган беморларда жарроҳлик даволаш **тавсия этилади**. Ушбу ҳолатларда қуйидаги жарроҳлик

амалиёти бажарилади: Кенгайтирилган гистерэктомия (бачадон экстирпацияси), қиннинг юқори (ўрта қисмига) қисми резекцияси, ортиқлар билан ёки уларсиз олиб ташлаш, бачадон атрофи ёғ тўқимаси ва регионар лимфа тугунларини резекция қилиш. Жарроҳлик интервенцияси Querleu-Morrow (2017) таснифи бўйича В2 типга мувофиқ ўтказилади. Бу усул клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида амалга оширилади. Тухумдон функциясини сақлаб қолиш учун уларнинг транспозицияси (жойини ўзгартириш) мумкин. [10].

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

Изоҳ: Қуйидаги жарроҳлик даволаш вариантлари ҳам кўриб чиқилиши мумкин: кенг локал эксцизия; қин резекцияси; қин экстирпацияси (вагинэктомия) ва қинни реконструкция қилиш [10].

• Қин саратони бўлган беморларда қуйидаги ёмон прогноз факторлари мавжуд бўлганда адъювант нур терапияси (ЛТ) қўллаш **тавсия этилади:** резекция чегараларининг мусбат (ўсма хужайралари мавжуд) бўлиши; ўсманинг ноқулай гистологик шакллари; олиб ташланган препаратда ўсманинг кўп марказли (мультицентр) ўчоқлари; лимфоваскуляр ва периневрал инвазия белгилари; кон томирлари ёриқларида ўсма эмболларини аниқлаш. Бу ўтказилаётган терапия самарадорлигини ошириш мақсадида амалга оширилади. [10, 12].

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

3. II босқич (T2N0M0) қин саратонини даволаш

• Қин саратони II босқич (T2N0M0) бўлган беморларга клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида радикал нур терапияси (ЛТ) ўтказиш **тавсия этилади.** [9, 12, 14, 19, 20].

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

Изоҳ:

1. *Энг афзал даволаш усули – радикал комплекс нур терапияси (НТ) бўлиб, у дистанцион ва контакт нур терапиясини кетма-кет ўтказишни назарда тутди [9, 10, 12, 19–21].*

2. *Агар контакт нур терапиясига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса (шундай даволаш усуллари афзаллик йўқлиги ёки бемор эндовагинал усуллардан воз кечса), бирламчи ўчоқ соҳасида радикал эквивалент доза (СОДэкв) билан юқори аниқликка эга нур терапиясини (IMRT, VMAT, STRT) ўтказиши мумкин.*

3. *Маҳаллий тарқалган қин саратонида контакт нур терапиясига энг кўп*

учрайдиган қарши кўрсатмалар: соматик касалликларнинг субкомпенсация ҳолати, эндостатик қурилмаларни адекват жойлаштириши имкониятининг йўқлиги; бирламчи ўчоқ учун 40 Гр СОДэкв босқичига етиб келганида дозиметрия мезонлари бўйича контакт нур терапиясини адекват ўтказиши шароитларининг мавжуд эмаслиги; GTV ва HR–CTV ҳажмининг $\leq 80\%$ изодоза билан қопланмаслиги; ҳимоя аъзоларида толерант дозалардан ошиб кетиши; юқори даражадаги (III–IV) оғир ва кечикиб пайдо бўладиган нур таъсири хавфи юқори бўлган қўшимча патологиялар; пешоб пуфаги, сийдик канали, тўғри ичак, ректосигмоид соҳаларининг касалликлари [6, 8, 12, 21–24].

4. Бачадон бўйни саратони билан ўхшаши этиопатогенезга эга қин ўсмаларини даволаш тажрибасига асосланиб, нур терапияси радиомодификация фонида ўтказилиши мақсадга мувофиқ. Платина таркибли кимё терапия (ХТ) қўллаш ва нур терапиясини адъювант ХТ билан тўлдириши тавсия этилади (ҚР 3.2 бандига қаранг) [22, 25, 26].

5. Агар бирламчи ўсма жараёни персистенцияси кузатилса (нур терапияси фонида ноустувор стабилизация ёки маҳаллий прогрессия аниқланса), СОДэкв 40 Гр босқичида клиник-инструментал маълумотларга асосан (жисмоний ва визуал текширув, инструментал методлар) кейинги даволаш тактикаси онкологик консилиум томонидан аниқланади. Индивидуал ҳолатларда қуйидагилар мумкин: кенгайтирилган ва комплекс жарроҳлик аралашувлари (таносил эвисцерациясининг турли вариантлари) [6, 8] ва/ёки тизимли дори воситалари билан даволаш.

4. III босқич (T3N0M0; T1N1M0; T2N1M0; T3N1M0) қин саратонини даволаш

• Қин саратони III босқич бўлган беморларга клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида радикал нур терапияси (ЛТ) ўтказиш тавсия этилади [9, 14, 19, 20, 22].

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

Изоҳ:

1. Энг мақсадга мувофиқ даволаш усули бўлиб НТни радикал қўшма қўллаш бўлиб, у дистанцион ва контакт нур терапияни кетма-кет қўллашни кўзда тутуди [9, 12, 19, 20, 22, 24, 25].

2. III босқич ҚСда жарроҳлик давоси кўзда тутилмаган.

3. НТга қарши кўрсатмалар бўлганда кимё терапия қўлланилади.

5. IVa босқич (Тхар қандайNхар қандайM0) қин саратонини даволаш

- Қин саратони III босқич бўлган беморларга клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида радикал нур терапияси (ЛТ) ўтказиш **тавсия этилади** [12, 19].

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

Изоҳ: Паллиатив терапияни ўтказишда беморнинг ҳолати оғирлик даражасини баҳолаш ЖССТ/ЕСОG тизими ва/ёки Карновский шкаласи бўйича амалга оширилиши тавсия этилади (Қўшимча G1-2 га қаранг).

6. IVb босқич (Тҳар қандайNҳар қандайM1) қин саратонини даволаш

- Қин саратони (ҚС) IVb босқичи (Тҳар қандайNҳар қандайM1) бўлган беморларда бирламчи даволашнинг асосий усули сифатида тизимли кимё терапияси (ХТ) **тавсия этилади** (ҚР 3.3 бандига қаранг). Нур терапияси (ҚР 3.2 бандига қаранг) паллиатив мақсадда ўтказилиши мумкин, бу белгиларни енгиллаштириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун қўлланилади. Ҳар хил кимё терапия усуллари, шу жумладан, бошқа локализациядаги ясси ҳужайрали саратонларда қўлланиладиган регионар кимё терапия методикалари қўлланиши мумкин. [32].

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

Изоҳ: Паллиатив терапияни ўтказишда беморнинг ҳолати оғирлик даражасини баҳолаш ЖССТ/ЕСОG тизими ва/ёки Карновский шкаласи бўйича амалга оширилиши тавсия этилади (Қўшимча G1-2 га қаранг).

7. Қин саратони рецидивларини даволаш.

- Диссеминацияланган қин саратони бўлган беморларда индивидуал даволаш режаси асосида терапия ўтказиш тавсия этилади. Даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: кимё терапия (ХТ); толерантлик захирасини ҳисобга олган ҳолда паллиатив мақсадда турли хил нур терапияси (НТ) (беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун); айрим ҳолларда кенгайтирилган ва комплекс жарроҳлик аралашувлари; турли тос эвисцерация усуллари (индивидуал ҳолатларда) [6, 9, 22].

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

3) Номедикаментоз даво.

- Режим: Консерватив даволаш ўтаётган беморлар – умумий режим. Жарроҳликдан кейинги эрта давр – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (жарроҳлик ҳажми

ва ҳамроҳ патологияларга қараб). Жарроҳликдан кейинги давр – палатали режим.

- Диета: Умумий овқатланиш тартиби – №15 Жарроҳликдан кейин – №1 диета. Қандли диабетли беморлар учун – №9 диета

- Психолог маслаҳати тавсия этилади.

Нур терапия тамойиллари

Нур терапияси (НТ) конформ вариантда дистанцион ва контакт усулларда ўтказилиши тавсия этилади. Бу ҳозирги замон тиббий тасвирлаш методларига асосланган индивидуал ҳажмий режаслаштириш орқали амалга оширилади. Асосий тасвирлаш усуллари: мультиспирометрли МРТ, вена ичи контраст билан КТ, позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ). Бу усуллар даволашнинг онкологик самарадорлигини, унинг хавфсизлиги ва натижаларининг мақсадга мувофиқлигини таъминлаш учун қўлланилади.

Нур терапия усуллариининг аниқ тактикаси бирламчи ўсманинг жойлашуви, қин деворлари бўйлаб вертикал тарқалиш даражаси ва ўсманинг инфильтрация чуқурлигига боғлиқ ҳолда танланади.

*Кимё-нур терапияси. Маҳаллий тарқалган бачадон бўйни саратони (ББС) учун қўлланиладиган схемага ўхшаш ҳолда, дистанцион нур терапияси билан бирга ҳафталик режимда #цисплатин** 40 мг/м² қўллаш имконияти кўриб чиқилади (ББС бўйича клиник тавсияларга қаранг). Қин саратони ҳолатлари нисбатан кам учрайгани сабабли, катта рандомизацияланган тадқиқотлар мавжуд эмас. 2013 йилдаги Miyamoto D.T. тадқиқотида кўра, кимё-нур терапияси оддий нур терапиясига нисбатан афзал ҳисобланади. Натижалар (кимё-нур терапияси ва фақат нур терапияси гуруҳлари бўйича): 3 йиллик умумий тирик қолиш – 79% vs 56%, 3 йиллик рецидивсиз тирик қолиш – 73% vs 43% [36].*

1. Топометрик тайёргарлик

- Қин саратони (ҚС) бўлган беморларга нур терапияси (НТ)дан олдин топографик ва топометрик режаслаштириш ўтказиш **тавсия этилади**. Бу жараён қуйидаги тамойилларга асосан амалга оширилади:

-Топометрик тайёргарлик бемор орқага ётган ҳолда амалга оширилади, тананинг юқори ва пастки қисми иммобилизация қилинади (бош таянчи ва тизза ости таянчи ёрдамида).

-Нурлантириш ҳажмини аниқлаш ва текишириш мақсадида ташқи ва эндовагинал рентгенконтраст маркерлар қўлланилади. Бу бирламчи ўсма (GTV) қуйи чегараси ва қин кириш қисми (introitus) локациясини аниқлашга ёрдам беради.

-Бирламчи ўсмани (GTV), қўшиладиган қўлтиқ ва чов лимфа тугунларини (CTV, PTV) аниқ контурлаш учун қуйидаги тасвирлаш усуллари қўлланилиши

мумкин: вена ичи контраст билан КТ/МРТ; позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ); Fusion-технологиялар орқали аввалги текширувлар натижаларини интеграция қилиш. Бу усуллар нур терапиясини аниқ режаслаштириш ва самарадорлигини ошириш учун ишлатилади [2, 18, 22, 28, 29].

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

2. Дистанцион нур терапия

Қин саратони бўлган беморларга касаллик босқичи, ўсманинг жойлашуви, морфологик тури ва беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида дистанцион нур терапияси (ЛТ) ўтказиш тавсия этилади [2, 18, 22, 28, 29].

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

Изоҳлар:

Қин саратонида дистанцион нур терапиясини ўтказишнинг асосий тамойиллари:

- Агар ўсма қиннинг юқори икки учдан бир қисмида жойлашган бўлса, нурлантириш ҳажмига фақат кичик чаноқ тузилмалари киритилади. Бирламчи ўчоқ ҳудудида (CTV-T) нурлантириладиган ҳажм: бутун қин найчаси, бачадон бўйни ва парацервик соҳаси, паравагинал тўқималар, лимфа оқими йўллари ҳудудида (CTV-N) нурлантириладиган лимфа тугунлари: юқори икки учдан бир қисмида жойлашганда – ёпқич лимфа тугунлари, ташиқи ва ички ёнбош лимфа тугунлари, пресакрал ва параректал лимфа тугунлари [2, 18, 22, 28, 29]
- Агар ўсма қиннинг қуйи учдан бир қисмида жойлашган бўлса, кичик чаноқ билан бирга чов соҳаси ҳам нурлантирилади. Бирламчи ўчоқ ҳудудида (CTV-T) нурлантириладиган ҳажм: бутун қин найчаси, шу жумладан *introitus*, бачадон бўйни ва парацервик соҳаси, паравагинал тўқималар, лимфа оқими йўллари ҳудудида (CTV-N) нурлантириладиган лимфа тугунлари: чов-сон лимфа тугунлари, дистал ташиқи/ички ёнбош лимфа тугунлари [2, 18, 22, 28, 29]
- Агар ўсма қиннинг орқа деворида жойлашган бўлса, нурлантириладиган лимфа тугунлари (CTV-N) ҳажмига пресакрал ва параректал чов лимфа тугунлари ҳам киритилади.

Режаслаштирилган терапевтик кўлам қуйидагича шакллантирилади:

$$PTV1 = CTV-T + 7-12 \text{ мм}$$

$$PTV2 = CTV-N + 5-7 \text{ мм}$$

$$PTV_{\text{сум}} = PTV1 + PTV2$$

- Чегаралар бўйича масофа (отступ) танланган тасвирлаш усулларининг аниқлигига боғлиқ: тасвирлаш аниқлиги қанча паст бўлса, ишончли чегаралар учун масофа шунча катта бўлади. [2, 18, 22, 28, 29]
- ХАВФЛИ АЪЗОЛАР– толерант дозаларни ҳисоблаш ва доза-ҳажм гистограммаси (DVH) орқали баҳолаш мақсадида қуйидаги аъзоларнинг оконтурланиши мажбурий: қовуқ, тўғри ичак, ингичка ичак қовузлоқлари, анус, суяк кўмиги (тос суяги, дум, L5 танаси, вертлужная впадина, сон суяги проксимал қисми, сон суяги бош қисми).
- ФРАКЦИОНЛАШ ДОЗАСИ: Традицион фракция режими – дистанцион нур терапияси босқичи: Радикал эквивалент доза (РОД $PTV_{\text{сум}}$) 1,8–2 Гр 23–25 фракция, суммар доза (СОДэкв) 45–50 Гр. Кейин – клиник вазиятга қараб тўқима ичи (интерстициал) ёки бўшлиқ ичи брахитерапия қўллаш.
- Агар маҳаллий тарқалган ёки некрозга учраган қин ўсмалари кузатилса, бачадон бўйни саратонининг аналогик схемаси қўлланилиши мумкин: Динамик фракционлаш режими: РОД $PTV_{\text{сум}}$ 4 Гр 5 фракция (ўсма регрессиясини тезлаштириш учун), кейин – РОД $PTV_{\text{сум}}$ 1,25 Гр мультифракцион тарзда (кунлик 2 марта, 4 соат интервал билан), суммар доза (СЎДэкв) 45–50 Гр ёки анъанавий фракционлаш билан шу жами дозаларгача даволашни давом эттириш.
- Агар контакт нур терапиясига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса (эндовагинал усуллардан воз кечиш ёки усулни ўзгартиришни хоҳламаслик) бирламчи ўчоқ учун локал буст шаклида дистанцион нурлантириш давом эттирилади. Юқори аниқликка эга нур терапияси (IMRT, VMAT, STRT) усуллари қўлланилади СЎДэкв (радиотерапиянинг умумий дозаси): T1–2 босқичларда – 60–64 Гр, T3–4а босқичларда – 66–70 Гр [2, 18, 22, 28, 29]

3. Контакт нур терапия (брахитерапия)

• Ясси ҳужайрали қин саратони бўлган беморларга бирламчи ўсманинг жойлашувига қараб турли контакт нур терапияси усулларини қўллаш **тавсия этилади**: брахитерапия, интерстициал (тўқима ичи) брахитерапия, аппликацион брахитерапия юқори қувватли (HDR) брахитерапия ^{192}Ir (Иридий-192) ёки ^{60}Co (Кобальт-60) манбалари орқали амалга оширилади. [2, 18, 22, 28, 29].

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

Изоҳ:

Бирламчи қин саратонида брахитерапия ўтказиш концепцияси.

Брахитерапия ўтказиш босқичини режалаштириш бирламчи ўсманинг резорбция даражасига ва унинг локализациясига асосланган. Контурлаш учун мақсадли кўламлар бирламчи ўсманинг ҳажмига боғлиқ ва қуйидагича белгиланади:

GTV-Tres - Брахитерапия вақтида қолган макроскопик ўсма ҳажми, клиник текширув ва/ёки визуализация натижаларига асосан тасвирланган ҳолда.

CTV-THR - Юқори хавфли клиник мақсадли ҳажм (CTV-THR) GTV-Tres ва патологик тўқималарни ўз ичига олади.

CTV-TIR - Ўрта хавфли клиник мақсадли ҳажм (CTV-TIR) CTV-THR га туташи бўлган барча муҳим микроскопик ўзгаришларни ўз ичига олиши керак.

Клиник жиҳатдан бу гинекологик кўрик пайтида кўзга кўринувчи ва пальпация орқали аниқланадиган қолган макроскопик ўсмадир. T2-тортилган МРТ да бошланғич ўсма тарқалиш ҳудудида (GTV-Tinit) гиперинтенсивдан изоинтенсивгача бўлган сигнал интенсивлигига эга қолган ўсма ҳажми сифатида визуализация қилинади. Оддатда GTV-Tinit нинг аҳамиятли резорбцияси кузатилади, бу эса нисбатан кичик GTV-Tres га олиб келади.

Интракавитар нурлантириш учун энг кўп қўлланиладиган аппликаторлар – цилиндрлик аппликаторлар бўлиб, улар беморнинг қин анатомик параметрларига мос келиши ва нурлантирилаётган қин деворларига зич ёпишиши керак. Шунингдек, интерстициал (тўқима ичи) брахитерапия ҳам қўлланилади. [37]

Топометрия, оконтурлаш ва режалаштириш тамойиллари умумий принципларга мувофиқ амалга оширилади. 3D–4D визуал назоратдаги брахитерапия методикалари 2D режалаштириш методларига нисбатан самарадорлик ва хавфсизлик бўйича устунликка эга. [2, 18, 22, 28, 29].

Нурлантириладиган ҳажмларнинг чегараларини аниқлаш учун афзал визуализация усули – магнит майдони кучланиши камида 1,5 Тл бўлган мультипараметрик МРТдир.

Режалаштириш ўсманинг визуализация қилинган ҳудудлари асосида ҳамда зарарланмаган шиллик парда юзасидан 0,5 см масофада амалга оширилади.

ФРАКЦИЯЛАШ ДОЗАСИ монорежимда: бир марталик доза (БМЎД): 3–7 Гр, ҳафтасига 3–5 фракция, умумий эквивалент доза (СЎДэкв): 40–50 Гр. Комплекс (қўшма) нур терапиясида буст сифатида: бир марталик доза (БМЎД): 3–5 Гр, ҳафтасига 3–5 фракция, умумий эквивалент доза (СЎДэкв): 20–30 Гр, жами СЎДэкв: T1–2 босқичларда – 60–64 Гр, T3–4а босқичларда – 66–70 Гр. Агар ўсма қиннинг юқори икки учдан бир қисмида жойлашган бўлса, интракавитар нур терапияси махсус аппликаторлар орқали ўтказилади: Флетчер, Манчестер, марказий эндостат + ҳалқасимон қин аппликаторлари. Топометрия, оконтурлаш

ва дозиметрия режасалитириши принциплари бачадон бўйни саратони даволаш усулларига мувофиқ тарзда амалга оширилади.

3) Медикаментоз даво:

Тизимли кимё терапия принциплари

• Тарқалган қин саратони беморларига паллиатив мақсадда кимё терапияси (ХТ) ўтказиш **тавсия этилади**. Даволаш ўсма жараёнининг прогрессияси ёки кимё терапиясига боғлиқ юзага келган оғир токсик таъсирлар сабабли даволашни давом эттириш имконияти йўқ бўлгунга қадар амалга оширилади. [27,24, 30].

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

Изоҳ:

- **ХТ минимал кўлами** қувватсизланган беморлар учун тавсия қилинади: #Цисплатин** 50 мг/м² 21 кунда 1 марта 6 курсгача [30];

- Қин саратонида ХТ **оптимал кўлам режимлари** бачадон бўйни саратонини даволаш билан бир ҳил [31, 33-35]: #Паклитаксел** + #Цисплатин**, #Паклитаксел**² + #Карбоплатин**; #Цисплатин** + #Гемцитабин**; #Паклитаксел** монорежимда ва бачадон бўйни саратони клиник тавсияномаларида келтирилган

• Прогрессияланган ҚС беморларига тавсия қилинади:

- Пембролизумаб** 200 мг в/и 3 ҳафтада 1 марта *микросателлит ностабиллик юқори даражада бўлса*, шу жумладан, рецидив кузатилган ҳолатларда ДНК репарация тизимининг бузилишида (dMMR) ҳам [34].

- #Капецитабин** 2500 мг/м²/сут ичишга 1–14-чи кунлар 21 кунлик цикл билан (ХТнинг 2-чи ва кейинги линиялари сифатида) [33].

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

Изоҳ: Худди 1-чи линия каби, платина сақловчи ХТга қайтиши агар платинасиз интервал 6 ойдан катта бўлса мумкин бўлади.

Ҳозирги вақтда тарқалган ясси хужайрали қин саратони (ҚС) да нур терапияси платина таркибли сенсibiliзацияловчи кимё терапияси билан бирга ўтказилади. Бу бачадон бўйинининг ясси хужайрали саратони (РШМ) даволаш схемасига ўхшаш тарзда амалга оширилади. Кимё терапия режими: Цисплатин** 40 мг/м² вена ичи (в/в) ҳафтасига 1 марта жами 7 циклгача [35].

Кимё терапия.

кимё терапия – бу махсус дорилар, цитостатиклар ёрдамида саратон хужайраларининг ўсишини йўқ қилиш ёки секинлаштиришга қаратилган хавфли ўсмаларни тиббий усулда даволашдир. кимё терапия билан саратонни даволаш индивидуал равишда танланган маълум бир схема бўйича мунтазам равишда амалга оширилади. Ўсма кимё терапия си схемалари дориларнинг маълум комбинацияларини қабул қилишнинг бир неча курсларидан иборат бўлади ва одатда шикастланган тана тўқималарини тиклаш учун дозалар орасидаги паузалар билан амалга оширилади.

кимё терапия нинг буюрилиш мақсадига қараб фарқланадиган бир нечта турлари мавжуд:

- ўсмаларнинг неоадьювант кимё терапия си операциядан олдин, нооперабел ўсмани кичрайтириш мақсадида, шунингдек операциядан кейин буюриш учун препаратларга сезгирлигини аниқлаш мақсадида буюрилади.
- адьювант кимё терапия жарроҳлик давосидан сўнг метастазланиш ва рецидивлар хавфини камайтириш мақсадида буюрилади.
- даволовчи кимё терапия метастатик саратон хужайраларини кичратириш мақсадида ўтказилади.

Локализацияга ва ўсма турига боғлиқ равишда кимё терапия турли схемаларда буюрилади ва ўз хусусиятларига эга.

кимё терапия га кўрсатмалар:

- цитологик ва гистологик тасдиқланган қин саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- узок аъзоларда ва узок лимфа тугунларида метастазлар;
- ўсма рецидиви;
- беморда қон сурати қоникарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит кўрсаткичларининг меъёрий бўлиши;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- инфильтрацияни, ўсма ўлчамларини камайтириш ва ўтказилаётган қўшма нур терапия ва/ёки жарроҳлик давосини радикалигини яхшилаш имконияти;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсма ёмон гистотипга эга бўлганда (паст дифференциаллашган, дифференциаллашмаган), даволашнинг узок натижаларини яхшилаш.

кимё терапия га қарши кўрсатмалар:

кимё терапия га қарши кўрсатмалар икки гуруҳга бўлиш мумкин: абсолют ва нисбий.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

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

Нисбий қарши кўрсатмалар:

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

Кимё терапия схемалари:

1. Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

2. Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва цисплатин 60–75 мг/м² в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А).

3. Доксорубицин 50–60 мг/м² в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м² в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

4. Ифосфомид 5000 мг/м² 24 соатлик инфузия местна билан – 400 мг/м² кунига 2 марта ва цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун. (ДД-А)

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун. (ДД-А)

NB! Платина комбинацияларни қўллаш имкони бўлмаганда, нолатинали комбинацияларни қўллаш мумкин.

Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м² 1-3 кунлар (ДД-А).

Даволашнинг I линиясида платина, паклитаксел ва бевацизумаб препаратлари комбинациясини қўллаш энг самарали ҳисобланади.

Ўсмада PDL1 (CPS \geq 1) ёки MSI-H/dMMR экспрессиясида бевацизумаб билан биргаликда ёки усиз пембролизумабни қўшиш тавсия этилади.

Адьювант режимда ёки I линияда 6 цикл кимё терапия ўтказиш ёки давони прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсикликкача давом эттириш тавсия этилади.

Пембролизумаб ва бевацизумабни 35 циклгача ўтказса бўлади. Агар прогрессияланиш эрта кузатилса, прогрессияланишгача давом эттирилади. Неoadьювант мақсадда эса 2-3 курс ХТ тавсия қилинади.

4-жадвал. Қин саратонида тавсия этиладиган режимлар.

Кимё-нур терапия
• Цисплатин 40 мг/м ² в/и ҳар ҳафта дистанцион НТ фонида, 6 юборилиш
Неoadьювант/адьювант кимё терапия
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + карбоплатин АUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
• Паклитаксел 80 мг/м ² в/и ҳар ҳафта + карбоплатин АUC2 в/и ҳар ҳафта, 6 юборилиш
Кимё-нур терапия
• Цисплатин 40 мг/м ² в/и ҳар ҳафта дистанцион НТ фонида, 6 юборилиш
I линия кимё терапияси
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун + бевацизумаб ¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + карбоплатин АUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб ¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)

- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1)
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м² в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел² 175 мг/м² в/и 1-чи кун + цисплатин² 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел² 175 мг/м² в/и 1-чи кун + карбоплатин² AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Ифосфамид 5000 мг/м² в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м²)³ 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м² в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Этопозид 100 мг/м² в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда ҳужайрали турида мақсадга мувофиқ)

Кимё терапия II линияси⁴

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)
- Митомицин 7,5 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.
- Иринотекан 125 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.
- Гемцитабин 800–1000 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Доцетаксел 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Капецитабин 2500 мг/м² ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Топотекан 1,5 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.
- Ифосфамид 1200–1500 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар)¹, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган

рецидивларда)

• Карбоплатин AUC5 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)

¹ ХТга бевацизумабни қўшилиши умумий ҳолати қониқарли бўлган, меъда ичак ва пешоб-жинсий токсиклик ҳавфи паст бўлган беморларга тавсия этилади.

² Анамнезида кичик чаноқ соҳасига НТ ўтказилган бўлса, паклитаксел, цисплатин ва карбоплатиннинг бошланғич дозалари 20%га редуцияланиши мумкин; қониқарли кўтарганда дозани стандарт миқдоргача эскалацияласа бўлади.

³ Месна ифосфамид дозасининг 100% суткалик дозасида қўлланилади ва кун давомида учта инъекцияга бўлинади: ифосфамидни юборишдан бевосита олдин, унинг инфузияси бошланганидан кейин 4 ва 8 соат ўтгач.

⁴ Кечки рецидивларда (бирламчи даво якунлангандан > 6 ой ўтгач) I линия ХТни такрорлаш мумкин.

5-жадвал. Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан) [18, 21, 22, 25]:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Антрациклинлар	Доксорубицин	50–60 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Цисплатин	50–75 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Карбоплатин	AUC 5–6 в/и 1-чи кун	А
Алкилловчи бирикмалар	Ифосфамид	1,6 мг/м ² в/и 1-3-кунлари 1 соатлик инфузия	В
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Доцетаксел	75 мг/м ² в/и ҳар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	Гемцитабин	1000 мг/м ² 1-чи ва 8-чи кунлар	А

Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%88%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%B8-%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17756
---	---

6-жадвал. Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам) [3, 4, 16, 18, 22]:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Алкалоид	Топотекан	1,25 мг/м ² в/и 1–5-чи кунлар хар 3 ҳафтада	С
Платина унумлари	Оксалиплатин	130 мг/м ² в/и хар 3 ҳафтада	С
Моноклонал антитана	Бевацизумаб	7,5–15 мг/кг в/и хар 3 ҳафтада	В
Иммуно онкологик препарат Моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и хар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши препаратлар токсик таъсирини сусайтирувчи дори воситалари	Аллопуринол	Ичишга	-
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левофлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В
	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В

Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
Хлоргексидин	Ташқи	-	
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%88%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%B8-%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17756		

5) Жарроҳлик давоси

● Қин саратони **in situ (TisN0M0)** да клиник самарага ва ремиссияга эришиши учун лазер жарроҳлиги, кенг локал эксцизия тавсия этилади [8].

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

● Қин саратони **I босқичи (T1N0M0)** ва юқори учдан бир қисмда локаллашган ўсма жараёни бўлган беморларга жарроҳлик даволаш тавсия этилади. Жарроҳлик усули: Кенгайтирилган гистерэктомия (бачадон экстирпацияси), қиннинг юқори

(ўрта қисмигача) қисми резекцияси, ортиқлар билан ёки уларсиз олиб ташлаш, бачадон атрофи ёғ тўқимаси ва регионар лимфа тугунларини резекция қилиш, жарроҳлик интервенцияси Querleu-Morrow (2017) таснифи бўйича В2 типга мувофиқ ўтказилади. Бу усул клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида амалга оширилади. Тухумдон функциясини сақлаб қолиш учун уларнинг транспозицияси (жойини ўзгартириш) мумкин [10].

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

Изоҳ: Қин саратони (ҚС) да қуйидаги жарроҳлик даволаш вариантлари ҳам кўриб чиқилиши мумкин: Кенг локал эксцизия, қин резекцияси, қин экстирпацияси (вагинэктомия) ва қинни реконструкция қилиши [10].

4) Кейинги даво:

- Барча қин саратони билан оғриган беморлар даволаш тугагандан сўнг гинеколог-онколог ва бемор бириктирилган жойдаги районколог назоратида бўлиши керак.
- Илк 2 йил давомида – ҳар 3 ойда бир марта.
- Учинчи йил давомида – ҳар 4 ойда бир марта.
- 4-5-йилларда – ҳар 6 ойда бир марта, кейин ҳар йили.
- Ўпкаларнинг рентгенологик текшируви дастлабки 3 йилда ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили 1 марта;
- Гинеколог кўриги;
- Қорин бўшлиғи. Кичик чаноқ ва периферик лимфа тугунлари УТТси;
- Кичик чаноқ МРТси, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси КТси, кўрсатмаларга кўра ПЭТ/КТ;

7) Протоколда даволаш самарадорлиги ва диагностика ҳамда даволаш усулларининг хавфсизлиги индикаторлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп

катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши [32] (И Д - А).

- Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;
- «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор аъзоизмининг физик ҳолати ҳам киради.

**«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар и):

ХКТ-10	
Код	Название
D07.2	Қин in situ карциномаси
C52	Қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
ХКТ-11	
Код	Название
2C71	Қиннинг хавфли ўсмалари
2C71.0	Қиннинг аденокарциномаси
2C71.1	Қиннинг меланомаси
2C71.2	Қиннинг ясси хужайрали саратони
2C71.Y	Қиннинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C71.Z	Аниқланмаган қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

2. Асосий қисм.

- Кириш (фойдаланилган манбаъга ҳавола:

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0)

Қиннинг хавфли ўсмаси – қин деворида юзага келадиган хавфли ўсмадир. Қиннинг ясси хужайрали саратони – аёл қинининг қоқловчи ясси хужайрали эпителийсидан ривожланган хавфли ўсмадир.

Халқаро Саратони Излаш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотлари бўйича, 2022 йилда қин саратони барча ҳолатлари 18 819 тани ташкил этган ва 8 240 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0).

Қиннинг саратони (ҚС) этиологияси ва патогенези кўп жиҳатдан аниқ эмас, биринчи навбатда паст касалланиш кўрсаткичлари туфайли. Урогенитал синусдан пайдо бўлган вульва, қин ва бачадон бўйнининг бир хил эмбриогенезини инобатга олганда, уларнинг этиологияси ва патогенези умумий эканлиги тахмин қилинади [1].

Қин саратони (ҚС) патогенезида мумкин бўлган салбий ролни қуйидаги омиллар ўйнайди:

- Аёлнинг ҳаёт давомида инсон папилломавируси (ОПВ) билан инфекцияланиши (ясси ҳужайрали ҚС ҳолатларида ВПЧ 60% дан зиёд кузатувларда аниқланади), 2-тип оддий герпес вируси ва инсон иммунодефицити вируси, ВПЧнинг ўткир учли кондилломалар шаклида ифодаланиши;
- Менопаузадан кейинги эстроген етишмаслиги;
- Жуда оғир хроник сениль кольпитлар;
- Инволютив, дистрофик, кастрациядан кейинги ва ёшга боғлиқ жараёнлар;
- Сурункали носпецифик вагинитлар;
- Бачадон бўйни саратонида қўшма нур терапиядан кейин, нур терапиянинг канцероген таъсири орқали ушбу ҳудудда хавфли ўсманинг пайдо бўлиши ҳақида кўплаб хабарлар мавжуд. Қин саратони ривожланиши нисбий хавфи аҳолига нисбатан бачадон бўйни саратони бўйича қўшма нур терапия олган беморларда 300 марта юқоридир [2].

Клиник нуқтаи назаридан, бугун ҚС ривожланишининг энг эҳтимолий 3 сабабини қўриб чиқиш лозим:

4. ОПВ билан боғлиқ хавфли ўсманинг ривожланиши.
5. ББС нур терапиясидан кейин қиннинг радиоиндуцирланган ўсмалари.
6. Метастатик ўсмалар (бачадон, тухумдонлар, ҳоказо).

Бирламчи қин саратони жуда кам учрайди. Аёллар жинсий аъзоларидаги хавфли ўсмалар тузилишида бирламчи қин саратони тахминан 1% ни ташкил қилади. Россияда 2021 йилда биринчи марта аниқланган қин саратони ҳолатлари 549 та рўйхатга олинган. 2021 йилда қин саратонининг стандартлаштирилган касаллик тарқалиши кўрсаткичи 100 минта аёл аҳолисида 0,36 ни ташкил этган [3]. Қиндаги барча гистологик турдаги хавфли ўсмаларнинг деярли 90% ясси ҳужайрали саратонига тўғри келади [4].

Бирламчи қин саратони аёллар жинсий аъзоларидаги барча хавфли ўсмаларга нисбатан фақат 1–2% ни ташкил этади. Қиннинг метастатик саратони эса анча кўпроқ учрайди.

2024 йилда Ўзбекистонда қин саратони 48 аёлда аниқланди.

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

1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

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

2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- беморнинг оғир ҳолати – ECOG III–IV;
- фаол босқичдаги туберкулез;
- декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касаллик;
- ўткир кечиктириб бўлмайдиган ғолатлар (миокард инфаркти, инсульт);
- септик ҳолатлар;
- қон кетиш хавфи билан, парчаланиш босқичидаги ўсмалар (нур терапия учун);
- психорган касалликлар (шизофрения, кучли тутқаноқ синдроми билан эпилепсия);
- Беморнинг Карновский шкаласи бўйича 60%дан кам бўлган оғир ҳолати.
- Декомпенсация босқичидаги ҳамроҳ касалликлар.

3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

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

Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- Қин саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, қин саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан

танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

Жарроҳлик давосига кўрсатмалар:

- Гистологик верификацияланган операбел ва резектабел қин хавфли ўсмалари;
- Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмаларнинг йўқлиги.

Қин саратонида жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар:

- Беморда нооперабеллик белгилари ва оғир ҳамроҳ патологиянинг мавжудлиги;
- Сурункали декомпенсирланган ва/ёки нафас, юрак-қон томир, пешоб ажратиш тизимининг ўткир функционал бузилишлари;
- Умумий оғриқсизлантиришда қўлланиладиган препаратларга аллергия.

2) Жарроҳлик даволаш тамойиллари:

• **Қин саратони in situ (TisN0M0)** да клиник самарага ва ремиссияга эришиш учун лазер жарроҳлиги, кенг локал эксцизия тавсия этилади [8].

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

• **Қин саратони I босқичи (T1N0M0)** ва юқори учдан бир қисмда локаллашган ўсма жараёни бўлган беморларга жарроҳлик даволаш тавсия этилади. Жарроҳлик усули: Кенгайтирилган гистерэктомия (бачадон экстирпацияси), қиннинг юқори (ўрта қисмигача) қисми резекцияси, ортиқлар билан ёки уларсиз олиб ташлаш, бачадон атрофи ёғ тўқимаси ва регионар лимфа тугунларини резекция қилиш, жарроҳлик интервенцияси Querleu-Morrow (2017) таснифи бўйича B2 типга мувофиқ ўтказилади. Бу усул клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида амалга оширилади. Тухумдон функциясини сақлаб қолиш учун уларнинг транспозицияси (жойини ўзгартириш) мумкин [10].

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

Изоҳ: Қин саратони (ҚС) да қуйидаги жарроҳлик даволаш вариантлари ҳам кўриб чиқилиши мумкин: Кенг локал эксцизия, қин резекцияси, қин экстирпацияси (вагинэктомия) ва қинни реконструкция қилиш [10].

3) Нур терапия.

Нур терапияси (НТ) конформ вариантда дистанцион ва контакт усулларда ўтказилиши тавсия этилади. Бу ҳозирги замон тиббий тасвирлаш методларига асосланган индивидуал ҳажмий режаслаштириш орқали амалга оширилади. Асосий тасвирлаш усуллари: мультипараметрли МРТ, вена ичи контраст билан КТ, позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ). Бу усуллар даволашнинг онкологик самарадорлигини, унинг хавфсизлиги ва натижаларининг мақсадга мувофиқлигини таъминлаш учун қўлланилади.

Нур терапия усуллариининг аниқ тактикаси бирламчи ўсманинг жойлашуви, қин деворлари бўйлаб вертикал тарқалиш даражаси ва ўсманинг инфильтрация чуқурлигига боғлиқ ҳолда танланади.

*Кимё-нур терапияси. Маҳаллий тарқалган бачадон бўйни саратони (ББС) учун қўлланиладиган схемага ўхшаши ҳолда, дистанцион нур терапияси билан бирга ҳафталик режимда #цисплатин** 40 мг/м² қўллаш имконияти кўриб чиқилади (ББС бўйича клиник тавсияларга қаранг). Қин саратони ҳолатлари нисбатан кам учрайгани сабабли, катта рандомизацияланган тадқиқотлар мавжуд эмас. 2013 йилдаги Miyamoto D.T. тадқиқотида кўра, кимё-нур терапияси оддий нур терапиясига нисбатан афзал ҳисобланади. Натижалар (кимё-нур терапияси ва фақат нур терапияси гуруҳлари бўйича): 3 йиллик умумий тирик қолиш – 79% vs 56%, 3 йиллик рецидивсиз тирик қолиш – 73% vs 43% [36].*

1. Топометрик тайёргарлик

● Қин саратони (ҚС) бўлган беморларга нур терапияси (НТ)дан олдин топографик ва топометрик режаслаштириш ўтказиш **тавсия этилади**. Бу жараён қуйидаги тамойилларга асосан амалга оширилади:

-Топометрик тайёргарлик бемор орқага ётган ҳолда амалга оширилади, тананинг юқори ва пастки қисми иммобилизация қилинади (бош таянчи ва тизза ости таянчи ёрдамида).

-Нурлантириш ҳажмини аниқлаш ва текшириш мақсадида ташиқи ва эндовагинал рентгенконтраст маркерлар қўлланилади. Бу бирламчи ўсма (GTV) қуйи чегараси ва қин кириш қисми (introitus) локациясини аниқлашга ёрдам беради.

-Бирламчи ўсмани (GTV), қўшиладиган қўлтиқ ва чов лимфа тугунларини (CTV, PTV) аниқ контурлаш учун қуйидаги тасвирлаш усуллари қўлланилиши мумкин: вена ичи контраст билан КТ/МРТ; позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ); Fusion-технологиялар орқали аввалги текширувлар натижаларини интеграция қилиш. Бу усуллар нур терапиясини аниқ режаслаштириш ва самарадорлигини ошириш учун ишлатилади [2, 18, 22, 28, 29].

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

2. Дистанцион нур терапия

Қин саратони бўлган беморларга касаллик босқичи, ўсманинг жойлашуви, морфологик тури ва беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, клиник самарага эришиши ва ремиссияга эришиши мақсадида дистанцион нур терапияси (ЛТ) ўтказиши **тавсия этилади** [2, 18, 22, 28, 29].

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

Изоҳлар:

Қин саратонида дистанцион нур терапиясини ўтказишнинг асосий тамойиллари:

- Агар ўсма қиннинг юқори икки учдан бир қисмида жойлашган бўлса, нурлантириши ҳажмига фақат кичик чаноқ тузилмалари киритилади. Бирламчи ўчоқ ҳудудида (CTV-T) нурлантириладиган ҳажм: бутун қин найчаси, бачадон бўйни ва парацервик соҳаси, паравагинал тўқималар, лимфа оқими йўллари ҳудудида (CTV-N) нурлантириладиган лимфа тугунлари: юқори икки учдан бир қисмида жойлашганда – ёпқич лимфа тугунлари, ташиқи ва ички ёнбош лимфа тугунлари, пресакрал ва параректал лимфа тугунлари [2, 18, 22, 28, 29]
- Агар ўсма қиннинг қуйи учдан бир қисмида жойлашган бўлса, кичик чаноқ билан бирга чов соҳаси ҳам нурлантирилади. Бирламчи ўчоқ ҳудудида (CTV-T) нурлантириладиган ҳажм: бутун қин найчаси, шу жумладан *introitus*, бачадон бўйни ва парацервик соҳаси, паравагинал тўқималар, лимфа оқими йўллари ҳудудида (CTV-N) нурлантириладиган лимфа тугунлари: чов-сон лимфа тугунлари, дистал ташиқи/ички ёнбош лимфа тугунлари [2, 18, 22, 28, 29]
- Агар ўсма қиннинг орқа деворида жойлашган бўлса, нурлантириладиган лимфа тугунлари (CTV-N) ҳажмига пресакрал ва параректал чов лимфа тугунлари ҳам киритилади.

Режалантирилган терапевтик кўлам қуйидагича шакллантирилади:

$$PTV1 = CTV-T + 7-12 \text{ мм}$$

$$PTV2 = CTV-N + 5-7 \text{ мм}$$

$$PTV_{\text{сум}} = PTV1 + PTV2$$

- *Чегаралар бўйича масофа (отступ) танланган тасвирлаш усулларининг аниқлигига боғлиқ: тасвирлаш аниқлиги қанча паст бўлса, ишончли чегаралар учун масофа шунча катта бўлади. [2, 18, 22, 28, 29]*
- *ХАВФЛИ АЪЗОЛАР– толерант дозаларни ҳисоблаш ва доза-ҳажм гистограммаси (DVH) орқали баҳолаш мақсадида қуйидаги аъзоларнинг оконтурланиши мажбурий: қовуқ, тўғри ичак, ингичка ичак қовузлоқлари, анус, суяк кўмиги (тос суяги, дум, L5 танаси, вертлужная впадина, сон суяги проксимал қисми, сон суяги бош қисми.*
- *ФРАКЦИОНЛАШ ДОЗАСИ: Традицион фракция режими – дистанцион нур терапияси босқичи: Радикал эквивалент доза (РОД РTVсум) 1,8–2 Гр 23–25 фракция, суммар доза (СОДэкв) 45–50 Гр. Кейин – клиник вазиятга қараб тўқима ичи (интерстициал) ёки бўшлиқ ичи брахитерапия қўллаш.*
- *Агар маҳаллий тарқалган ёки некрозга учраган қин ўсмалари кузатилса, бачадон бўйни саратонининг аналогик схемаси қўлланилиши мумкин: Динамик фракционлаш режими: РОД РTVсум 4 Гр 5 фракция (ўсма регрессиясини тезлаштириш учун), кейин – РОД РTVсум 1,25 Гр мультифракцион тарзда (кунлик 2 марта, 4 соат интервал билан), суммар доза (СЎДэкв) 45–50 Гр ёки анъанавий фракционлаш билан шу жами дозаларгача даволашни давом эттириш.*
- *Агар контакт нур терапиясига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса (эндовагинал усуллардан воз кечиш ёки усулни ўзгартиришни хоҳламаслик) бирламчи ўчоқ учун локал буст шаклида дистанцион нурлантириш давом эттирилади. Юқори аниқликка эга нур терапияси (IMRT, VMAT, STRT) усуллари қўлланилади СЎДэкв (радиотерапиянинг умумий дозаси): T1–2 босқичларда – 60–64 Гр, T3–4а босқичларда – 66–70 Гр [2, 18, 22, 28, 29]*

3. Контакт нур терапия (брахитерапия)

• Ясси ҳужайрали қин саратони бўлган беморларга бирламчи ўсманинг жойлашувига қараб турли контакт нур терапияси усулларини қўллаш **тавсия этилади**: брахитерапия, интерстициал (тўқима ичи) брахитерапия, аппликацион брахитерапия юқори қувватли (HDR) брахитерапия ^{192}Ir (Иридий-192) ёки ^{60}Co (Кобальт-60) манбалари орқали амалга оширилади. [2, 18, 22, 28, 29].

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

Изоҳ:

Бирламчи қин саратонида брахитерапия ўтказиш концепцияси.

Брахитерапия ўтказиши босқичини режалаштириши бирламчи ўсманинг резорбция даражасига ва унинг локализациясига асосланган. Контурлаш учун мақсадли кўламлар бирламчи ўсманинг ҳажмига боғлиқ ва қуйидагича белгиланади:

GTV-Tres - Брахитерапия вақтида қолган макроскопик ўсма ҳажми, клиник текширув ва/ёки визуализация натижаларига асосан тасвирланган ҳолда.

CTV-THR - Юқори хавфли клиник мақсадли ҳажм (*CTV-THR*) *GTV-Tres* ва патологик тўқималарни ўз ичига олади.

CTV-TIR - Ўрта хавфли клиник мақсадли ҳажм (*CTV-TIR*) *CTV-THR* га туташ бўлган барча муҳим микроскопик ўзгаришларни ўз ичига олиши керак.

Клиник жиҳатдан бу гинекологик кўрик пайтида кўзга кўринувчи ва пальпация орқали аниқланадиган қолган макроскопик ўсмадир. T2-тортилган МРТ да бошлангич ўсма тарқалиши ҳудудида (*GTV-Tinit*) гиперинтенсивдан изоинтенсивгача бўлган сигнал интенсивлигига эга қолган ўсма ҳажми сифатида визуализация қилинади. Оддатда *GTV-Tinit* нинг аҳамиятли резорбцияси кузатилади, бу эса нисбатан кичик *GTV-Tres* га олиб келади.

Интракавитар нурлантириши учун энг кўп қўлланиладиган аппликаторлар – цилиндрлик аппликаторлар бўлиб, улар беморнинг қин анатомик параметрларига мос келиши ва нурлантирилаётган қин деворларига зич ёпишиши керак. Шунингдек, интерстициал (тўқима ичи) брахитерапия ҳам қўлланилади. [37]

Топометрия, оконтурлаш ва режалаштириши тамойиллари умумий принципларга мувофиқ амалга оширилади. 3D–4D визуал назоратдаги брахитерапия методикалари 2D режалаштириши методларига нисбатан самарадорлик ва хавфсизлик бўйича устунликка эга. [2, 18, 22, 28, 29].

Нурлантириладиган ҳажмларнинг чегараларини аниқлаш учун афзал визуализация усули – магнит майдони кучланиши камида 1,5 Тл бўлган мультипараметрик МРТдир.

Режалаштириши ўсманинг визуализация қилинган ҳудудлари асосида ҳамда зарарланмаган шиллиқ парда юзасидан 0,5 см масофада амалга оширилади.

ФРАКЦИЯЛАШ ДОЗАСИ монорежимда: бир марталик доза (БМЎД): 3–7 Гр, ҳафтасига 3–5 фракция, умумий эквивалент доза (СЎДэкв): 40–50 Гр. Комплекс (қўшма) нур терапиясида буст сифатида: бир марталик доза (БМЎД): 3–5 Гр, ҳафтасига 3–5 фракция, умумий эквивалент доза (СЎДэкв): 20–30 Гр, жами СЎДэкв: T1–2 босқичларда – 60–64 Гр, T3–4а босқичларда – 66–70 Гр. Агар ўсма қиннинг юқори икки учдан бир қисмида жойлашган бўлса, интракавитар нур терапияси махсус аппликаторлар орқали ўтказилади: Флетчер, Манчестер, марказий эндостат + ҳалқасимон қин аппликаторлари. Топометрия, оконтурлаш ва дозиметрия режалаштириши принциплари бачадон бўйни саратони даволаш усулларига мувофиқ тарзда амалга оширилади.

4) Амалиёт ёки аралашув ўтказадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг онкогинекологик, 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, онкогинекология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «онкогинекология», «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 онкогинекология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширирган мутахассис;

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

5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик 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. Коптокча филтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит В ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;

12. Гинекологик кўрик (қин, бачадон бўйнини ойначаларда кўриш (қинда инфильтрация мавжудлиги, қин деворларида метастатик ўчоқларнинг мавжудлиги, уларнинг ўлчами, бачадон бўйни ҳолати);
13. Вульвоскопия, вагиноскопия, кольпоскопия
14. Комплекс ультратовуш ташхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт копи, меъда ости беши, талоқ, буйрақлар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чаноқ магнит-резонанс томографияси;
16. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Кўкрак қафаси рентгенграфияси;
18. Тегиб турган соғлом тўқима билан биргаликда қин ўсмасидан понасимон биопсия олиб.
19. Алоҳида бачадон танаси ва бачадон бўйни шиллик қаватида диагностик қирма олиш;
20. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
21. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)*
22. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
23. Экскреторная урография;
24. Цистография;
25. Ректосигмоскопия;
26. ЭКГ;
27. ЭхоКГ.
28. Бутун тана ПЭТ/КТ си**

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19га ПЗР;
4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;

7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
 8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
 9. ProBNP
 10. Прокальцитонин
 11. Антитромбин III, Д-димер
 12. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
 13. Периферик қон ИФТси;
 14. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
 15. Стандарт –цитогенетик текшириш;
 16. Иммунотерапия имкониятларини аниқлаш учун микросателлит ностабилликни аниқлаш бўйича молекуляр-генетик текширув;
 17. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
 18. Скелет суяклари сцинтиграфияси;
 19. Кўкрак қафаси компьютер томографияси;
 20. Бош ва бўйин контрастли КТси;
 21. ФЭГДС;
 22. Бронхоскопия;
 23. Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
 24. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
 25. Спирография;
 26. Бош мия МРТси;
 27. Ҳолтер – мониторинг билан ЭКГ
- * Агар аввал ўтказилмаган бўлса.
- ** Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

Онкологик муассасанинг жарроҳлик (онкогинекологик) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари

Ушбу қоидалар онкологик шифохонанинг (онкологик марказ ва унинг филиаллари), онкологик касалликларга чалинган беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган бошқа тиббий ташкилотнинг (кейинчалик - тиббиёт ташкилотлари)

жарроҳлик даволаш усуллари онкологик бўлимлари (кейинчалик - бўлим) фаолиятини ташкил этиш тартибини белгилайди.

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген маммография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари еаниматология 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;
- кичик жарроҳлик хонаси (онкоурология, онкогинекология, бош ва бўйин ўсмалари бўлимлари учун);
- 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 юмшок тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

А) Малакали персонал.

7-жадвал. Онкогинекология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи

Т/р	Лавозим номи	Лавозим сони
1.	Бўлим мудирлари - шифокор-онколог	1
2.	Шифокор-онколог	10 ўринга 1 та
3.	Палата ҳамшираси	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75
4.	Муолажа хонаси ҳамшираси	Хонага 1 та
5.	Боғлов хонаси ҳамшираси	25 ўринга 1 та
6.	Катта ҳамшира	1
7	Беморларга қаровчи кичик ҳамшира	15 ўринга 1 та
8	Санитар	Айлана сутка ишлаш мақсадида 15 ўринга 4,75; 1 (муолажа ва боғлов хонасида ишлаш учун); 30 ўринга 1 та 30 ўринга 2 та
9	Хўжалик бекаси	1

Нур терапия ўтказиш учун:

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

- термопластик пластинлар (маскалар)

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

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

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

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

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

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

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

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясини ўтказиш тўғрисида қарор беморни кенг қамровли текширувдан, аниқ ташхисдан сўнг қабул қилинади. Жараён 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.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

Стабилизация - (ўзгаришсиз) бошқа янги ўчоқлар пайдо бўлмаган ҳолда,

ўсманинг 50% дан кам кичрайиши ёки 25% дан кам катталашиши.

Прогрессия - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиши ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши [32] (И Д - А).

- Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;
- «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолиятидан ташқари, бемор организмнинг физик ҳолати ҳам киради.

**«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар и):

ХКТ-10	
Код	Название
D07.2	Қин in situ карциномаси
C52	Қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
ХКТ-11	
Код	Название
2C71	Қиннинг хавфли ўсмалари
2C71.0	Қиннинг аденокарциномаси
2C71.1	Қиннинг меланомаси
2C71.2	Қиннинг ясси хужайрали саратони
2C71.Y	Қиннинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C71.Z	Аниқланмаган қин хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

1. Асосий қисм.

1) Кириш

Қиннинг хавфли ўсмаси – қин деворида юзага келадиган хавфли ўсмадир. Қиннинг ясси хужайрали саратони – аёл қинининг қопловчи ясси хужайрали эпителийсидан ривожланган хавфли ўсмадир.

Халқаро Саратони Излаш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотлари бўйича, 2022 йилда қин саратони барча ҳолатлари 18 819 тани ташкил этган ва 8 240 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган.

(https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0).

Қиннинг саратони (ҚС) этиологияси ва патогенези кўп жиҳатдан аниқ эмас, биринчи навбатда паст касалланиш кўрсаткичлари туфайли. Урогенитал синусдан пайдо бўлган вульва, қин ва бачадон бўйнининг бир хил эмбриогенезини инобатга олганда, уларнинг этиологияси ва патогенези умумий эканлиги тахмин қилинади [1].

Қин саратони (ҚС) патогенезида мумкин бўлган салбий ролни қуйидаги

омиллар ўйнайди:

- Аёлнинг ҳаёт давомида инсон папилломавируси (ОПВ) билан инфекцияланиши (ясси ҳужайрали ҚС ҳолатларида ВПЧ 60% дан зиёд кузатувларда аниқланади), 2-тип оддий герпес вируси ва инсон иммунодефицити вируси, ВПЧнинг ўткир учли кондилломалар шаклида ифодаланиши;
- Менопаузадан кейинги эстроген етишмаслиги;
- Жуда оғир хроник сениль кольпитлар;
- Инволютив, дистрофик, кастрациядан кейинги ва ёшга боғлиқ жараёнлар;
- Сурункали носпецифик вагинитлар;
- Бачадон бўйни саратонида қўшма нур терапиядан кейин, нур терапиянинг канцероген таъсири орқали ушбу ҳудудда хавфли ўсманинг пайдо бўлиши ҳақида кўплаб хабарлар мавжуд. Қин саратони ривожланиши нисбий хавфи аҳолига нисбатан бачадон бўйни саратони бўйича қўшма нур терапия олган беморларда 300 марта юқоридир [2].

Клиник нуқтаи назаридан, бугун ҚС ривожланишининг энг эҳтимолӣ 3 сабабини кўриб чиқиш лозим:

7. ОПВ билан боғлиқ хавфли ўсманинг ривожланиши.
8. ББС нур терапиясидан кейин қиннинг радиоиндуцирланган ўсмалари.
9. Метастатик ўсмалар (бачадон, тухумдонлар, хоказо).

Бирламчи қин саратони жуда кам учрайди. Аёллар жинсий аъзоларидаги хавфли ўсмалар тузилишида бирламчи қин саратони тахминан 1% ни ташкил қилади. Россияда 2021 йилда биринчи марта аниқланган қин саратони ҳолатлари 549 та рўйхатга олинган. 2021 йилда қин саратонининг стандартлаштирилган касаллик тарқалиши кўрсаткичи 100 минта аёл аҳолисида 0,36 ни ташкил этган [3]. Қиндаги барча гистологик турдаги хавфли ўсмаларнинг деярли 90% ясси ҳужайрали саратонига тўғри келади [4].

Бирламчи қин саратони аёллар жинсий аъзоларидаги барча хавфли ўсмаларга нисбатан фақат 1–2% ни ташкил этади. Қиннинг метастатик саратони эса анча кўпроқ учрайди.

2024 йилда Ўзбекистонда қин саратони 48 аёлда аниқланди.

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](#)) (профилактикалогия, греч. Πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир [44].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [45].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик, меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [46].

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 [46].

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) (от лат. rehabilitatio, тиклаш) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [49].

Даволашдан фаркли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [50].

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

3) Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

- 1. Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, 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[48]. 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 [48]. 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) [47].
- 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 [47]
- 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 [47].

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

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

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

Реабилитациянинг III босқичи – реабилитация, физиотерапия, даволовчи физкультура, рефлексология, мануал терапия, психотерапия, тиббий психология, логопед хоналарида (ўқитувчи-дефектолог) амбулатория шароитида, кундузги касалхоналар шароитида тиббий ёрдам кўрсатадиган бўлимларда (кабинетларда), шунингдек уйда ташриф буюрадиган бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт ташкилотлари шароитида) томонидан реабилитациянинг эрта ва кеч давларида, шунингдек, касаллик кечишининг қолдиқ белгилари даврида реабилитация.

2. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:

1. Бирламчи профилактика

Мақсад: Касаллик ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган омилларни бартараф этиш ёки минималлаштириш орқали хавфни камайтириш.

- **ВОПВга қарши эмлаш:**

Қин саратонининг кўп ҳолатлари инсон папилломавируси (ОПВ) билан боғлиқлиги сабабли, ОПВга қарши эмлаш (масалан, Gardasil, Cervarix) бирламчи профилактиканинг асосий усули ҳисобланади. Эмлаш жинсий ҳаёт бошланишидан олдин ўтказилиши тавсия этилади, бироқ шифокор тавсиясига асосан кейинги ёшларда ҳам самарали бўлиши мумкин.

- **Хавфсиз жинсий муносабатлар:**

Барьер контрацепция усулларида (масалан, презервативлар) фойдаланиш ОПВ ва бошқа инфекциялар юқиши хавфини камайтиради, бу эса саратон олди ўзгаришлар ривожланиш эҳтимолини пасайтиради.

- **Чекишдан воз кечиш:**

Тамаки маҳсулотлари истеъмоли қин саратони ривожланиш хавфини оширувчи қўшимча омил ҳисобланади. Чекишни тўхтатиш саратон олди ўзгаришлар пайдо бўлиш эҳтимолини камайтиради.

- **Таълим ва ахборот дастурлари:**

Аёлларни ВПЧ ва бошқа хавф омиллари ҳақида хабардор қилиш, шунингдек, профилактика имкониятлари тўғрисида маълумот бериш касалликни камайтиришга ҳисса қўшади.

2. Иккиламчи профилактика

Мақсад: Саратон олди ёки саратонга хос ўзгаришларни барвақт аниқлаш ва ўз вақтида аралашув ҳамда даволашни таъминлаш.

- **Мунтазам гинекологик кўриклар:**

Гинекологга профилактик тащрифлар қин шиллик пардасидаги ўзгаришларни эрта аниқлаш имконини беради. Қин саратони учун махсус скрининг тести мавжуд бўлмаса ҳам, кўп тавсиялар таркибида цитологик таҳлиллар (Пап-тест) ўтказиш, айниқса, юқори хавф гуруҳига кирувчи аёллар учун таклиф қилинади.

- **Цитологик таҳлил (Пап-тест):**

Бачадон бўйни саратонига олиб келувчи саратон олди ҳолатлар ва ВПЧ-инфекция билан боғлиқ бўлган ҳолатларда қўшимча цитологик таҳлиллар ўтказилиши мумкин. Бу текширув қин шиллик пардасидаги аномалияларни эрта аниқлаш учун тавсия этилади.

- **Кольпоскопия:**

Агар дастлабки кўриқда шубҳали ўзгаришлар аниқланса, кольпоскопия орқали қин шиллик пардасини батафсил текшириш мумкин. Бу усул саратон олди ёки саратонга хос ўзгаришларни аниқлашда муҳим восита ҳисобланади.

3. Учламчи профилактика

Мақсад: Касалликнинг салбий оқибатларини камайтириш, асоратларнинг олдини олиш, рецидивларни бартараф этиш ва ташхис қўйилгандан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш.

- **Комплекс даволаш:**

Қин саратони ташхиси тасдиқланган ҳолларда шахсий даволаш режаси ишлаб чиқилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: Жарроҳлик аралашуви, нур терапияси, кимё терапия (ёки уларнинг комбинацияси). Мақсад – ўсма хужайраларини тўлиқ йўқ қилиш ва рецидивнинг олдини олиш.

- **Реабилитация ва қўллаб-қувватловчи терапия:**

Асосий даволашдан кейин қин, таносил аъзолари ва таз аъзоларининг функциясини тиклашга йўналтирилган тадбирлар муҳим аҳамиятга эга. Даволашнинг эҳтимолий ножўя таъсирларини бартараф этиш, шу жумладан жисмоний ва психологик реабилитация муҳим ўрин тутди. Бу беморларга организмдаги ўзгаришларга мослашиш ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради.

- **Мунтазам кузатув:**

Беморнинг ҳолатини доимий назорат қилиш ва мавжуд текширувлар орқали касаллик рецидивини барвақт аниқлаш. Рецидивнинг эрта аниқланиши даволаш самарадорлигини сезиларли даражада оширади.

Хулоса

Қин саратонини профилактика қилишга комплекс ёндашув бирламчи профилактикадан бошланади (ОПВ ва бошқа хавф омиллари таъсирини камайтириш), мунтазам скрининг орқали патологик ўзгаришларни барвақт аниқлаш (иккиламчи профилактика) ва самарали даволаш ҳамда реабилитация орқали асоратлар ва рецидивларнинг олдини олиш (учламчи профилактика) билан давом этади. Ҳар бир босқич бу касалликка қарши курашда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, тиббиёт мутахассислари ва беморнинг ўзи томонидан белгиланган тавсиялар ва мунтазам тиббий назоратга риоя қилиш талаб этилади.

Скрининг:

Ўзбекистонда бачадон тана саратонини аниқлаш учун миллий скрининг дастурлари мавжуд эмас. Бачадон бўйни саратони скрининги ўтказилмоқда.

3. Профилактика усуллари ва муолажалари (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/zno_vlagalishha.pdf):

- **Қин саратони (ҚС)** бўйича даволаш тугалланганидан сўнг, онколог шифокор қабуллари (кўриклари, маслаҳатлари) қуйидаги даврийликда ўтказилиши тавсия этилади:

- Биринчи 2 йил давомида – ҳар 3 ойда бир марта

- Даволаш тугалланганидан 3-5 йил ўтгач – ҳар 6 ойда бир марта
- 6-йилдан бошлаб – ҳар 12 ойда бир марта
- Ёки шикоятлар пайдо бўлган тақдирда [8,14,55]

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

Изоҳлар: касаллик прогрессияланиши хавфи юқори бўлган беморларда назорат текширувлар муддати қисқартирилиши мумкин.

- Қин саратони (ҚС) бўйича даволаш тугалланганидан кейин рецидив ёки касалликнинг прогрессиясини эрта аниқлаш мақсадида қуйидаги текширувларни ўтказиш тавсия этилади:
 - Анамнез йиғиш ва умумий физик кўрик;
 - УЗИ текширувлари: қорин бўшлиғи аъзолари (комплекс), кичик чаноқ аъзолари (комплекс – трансвагинал ва трансабдоминал), регионар лимфа тугунлари;
 - МРТ ёки КТ текширувлари: кичик чаноқ аъзолари МРТ (вена ичи контраст билан), агар МРТ ўтказиш имкони бўлмаса – КТ кичик чаноқ аъзолари контраст билан, қорин бўшлиғи аъзолари КТ (вена ичи контраст билан). Агар КТ ўтказиш имкони бўлмаса – МРТ қорин бўшлиғи аъзолари контраст билан. Агар УТТ текшируви етарлича ахборот бермаса ёки қин саратони рецидивига шубҳа бўлса – мазкур тасвирлаш усуллари мажбурий ҳисобланади.
 - Юқори нафас йўллари текшириш: мақсадли рентгенография (прицельная) ёки нафас тизими аъзолари КТси.
 - Метастазларга шубҳа қилинган ҳолатларда: Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ) бутун тана учун туморотроп РФП билан. Агар КТ ёки МРТ етарли даражада ахборот бермаса, ПЭТ-КТ ўтказиш тавсия этилади [12].

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

Изоҳлар: Кузатувнинг асосий вазифаси касалликнинг прогрессиясини эрта аниқлаш ва хирургик ҳамда/ёки кимё-нур терапиясини ўз вақтида бошлашдир. Юқори хавfli беморларда касалликнинг қайта юзага келиш эҳтимоли юқори бўлган ҳолларда, текширувлар ўртасидаги интервал қисқартирилиши мумкин.

4. Реабилитация усули ва муолажалари:

4.1. Пререабилитация

Пререабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада

тезлаштиради, операциядан кейин стационарда қолиш муддатини қисқартиради ва саратон касаллигини даволаш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Пререабилитация жисмоний тарбия (ЛФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш ва беморларни хабардорлигини ўз ичига олади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Жисмоний пререабилитация аэроб ва анаэроб юкламалар комбинациясидан иборат. Бу комбинация физик зўриқишларга толерантликни яхшилайти, ҳаёт сифатини яхшилайти ва мушакларнинг тонусини оширади.

Жарроҳлик амалиётидан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликнинг ошиши операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатини яхшилайти, бу операциядан 3 ҳафта ўтгач тўлиқ кундалик фаолиятга қайтишга имкон беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Жисмоний фаолликнинг юқори даражаси қин саратони билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ва яшовчанлигини сезиларли даражада яхшилайти (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4064800/>).

- операциядан кейинги асоратлар частотаси ва эҳтимолини камайтириш мақсадида операциядан олдинги босқичда ЛФК ўтказиш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- операциядан кейинги ўпка асоратларини ва стационарда бўлиш давомийлигини камайтириш мақсадида пререабилитация вақтида беморларга нафас мушакларини машқ қилдириш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).

- Пререабилитация доирасида беморларга рухий қўллаб-қувватлов тавсия этилади, чунки у кайфиятни кўтаради, беморларда хавотир ва депрессия даражасини пасайтиради. Рухий реабилитациядан ўтган беморлар хирургик даврдан кейинги кундалик ҳаётга яхшироқ адаптацияланади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- беморларни психологик реабилитацияси ва қўллаб – қувватловида стресс билан ишлов ишлари (релаксация усуллари, позитив кайфиятни барпо этиш), ҳафтасига 6 марта 40-60 дақиқа давомида олиб бориш керак. Улар операциядан 5 кун олдин бошланади ва операциядан кейин 30 кун давом эттирилади. Бу эса

беморлар ҳаёт сифатини сезиларли яхшиланишига сабаб бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869228/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси В (далилларнинг ишончилиги даражаси 3).

4.2. Хирургик даволашда реабилитациянинг I босқичи

• беморларни стационарда бўлишини камайтириш мақсадида ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун, беморларни хирургик даволашда fast track rehabilitation («тезкор йўл») и ERAS («early rehabilitation after surgery» – «операциядан кейинги эрта реабилитация») усулларида реабилитация қилиш тавсия этилади. Бунда комплекс оғриқсизлантириш, эрта энтрал озиқлантириш, мунтазам зонд ва дренажлардан фойдаланишни камайтириш, операциядан кейинги 1-2 кунлардаёқ эрта мобилизация (активизация ва вертикализация). Бу беморларда операциядан кейинги эрта асоратлар ва такрорий госпитализация хавфини кўпайтирмайди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30877144/>).

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

• Беморларни эрта реабилитация қилиш доирасида беморларнинг жисмоний чидамлилигини ошириш учун дастурга аэробик, куч машқлари ва чўзиш машқларини киритиш билан машқлар терапияси комплексини эрта бошлаш тавсия этилади. Жисмоний терапияни эрта бошлаш операциядан кейинги асоратларнинг частотасини оширмайди, ҳаёт сифатини яхшилайдди (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28981596/>).

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

• Рағбатлантирувчи спирометриядан фойдаланиш, тўшакнинг бош қисмини 30 даражадан юқори кўтариш, нафас олиш гимнастикасини эрта бошлаш, оғиз гигиенаси кунига 2 марта ва операциядан кейинги даврда ўпкада димланиш ва операциядан кейинги пневмонияни олдини олиш учун беморларни эрта фаоллаштириш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20347742/>).

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

• Операциядан кейинги даврда барча беморларда веноз тромбоэмболиянинг олдини олиш тавсия этилади (эрта фаоллаштириш, профилактика мақсадида антикоагулянтларни буюриш ва сиқилган трикотажд кийиш) – беморларнинг 75% дан кўпроғида операциядан 7 кундан ортиқ вақт ўтгач аниқланади, бундан ташқари, қин саратони билан оғриган беморлар, узоқ вақт касалхонага ётиши ва анамнезида веноз тромбоэмболиянинг бўлиши, унинг ривожланиш хавфини оширади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21183211/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – А (далилларнинг ишончилиги даражаси – 3).

- Операциядан кейинги даврда оғриқни фанлараро ёндашув ёрдамида енгиллаштириш тавсия этилади ва медикаментоз коррекциядан ташқари қуйидаги усуллардан фойдаланилади – жисмоний реабилитация (машқлар терапияси), позиция билан даволаш, оғриқни коррекция қилишнинг психологик усуллари (релаксация), тери орқали электр стимуляцияси, акупунктура (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5915297/>).

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

- Оғриқ синдроми, безовталиқ, зўриқиш интенсивлигини камайтириш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун операциядан кейинги 2-кундан бошлаб тиббий массаж машғулотларини ўтказиш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30247969/>).

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

- Операциядан кейинги даврда психологик коррекция ва релаксация усулларини ўтказиш тавсия этилади, бу беморларнинг хавотирини, зўриқишини, оғриқсизлантириш вақти частотасини камайтиришга ва онкогинекологик беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25012072/>).

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

4.3. Хирургик даволашда реабилитациянинг II босқичи

- Беморларга даволаниш тугагандан сўнг фаол ҳаёт тарзини олиб бориш тавсия этилади - қин саратонини комплекс даволашдан кейин семириш ва ҳаракатсиз турмуш тарзи беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган, қайғуга олиб келадиган мустақил омиллардир (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4691724/>).

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

- Жисмоний фаоллик барча беморларга тавсия этилади – булар, куч машқлари, аэробик, чўзиш машқларининг комбинацияси. Булар беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди, вазни назорат қилиш имконини беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20559064/>).

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, тўлиқ шишга қарши терапия, шу жумладан мануал лимфа дренажи, сиқилган трикотаж кийиш, физиотерапия комплексини бажариш, терини парвариш қилиш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28739682/>).

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, қуйидагиларни буюриш тавсия этилади: - тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда оёқларнинг галма-гал пневмокомпрессияси (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25410402/>).

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

- тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда паст интенсив лазеротерапия (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6657795/>). Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – 5 (далилларнинг ишончилиги даражаси – С);

- тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда электротерапия (https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/content_11201.pdf).

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

- тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда паст частотали магнитотерапия. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5);

- тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда чуқур осцилляция (ўзгарувчан электр майдон билан массаж) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21381006/>). Тавсияларнинг ишончилиги даражаси – С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5)

- Барча беморларга акупунктура сеанслари тавсия қилинади, чунки у ҳолсизликни сезиларли камайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29128952/>).

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

4.4. Хирургик даволашда реабилитациянинг III босқичи

Кичик чанок аъзоларининг функционал бузилишлари аёлларнинг репродуктив тизимининг ўсмалари бўлган беморларнинг ижтимоий мослашувини сезиларли даражада мураккаблаштиради, уларни жисмоний ва психологик ногиронликка олиб келади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

Соғлом турмуш тарзи, кундалик жисмоний фаоллик менопаузанинг депрессия, ҳолсизлик каби клиник кўринишларини назорат қилиш, шунингдек,

хавфли ўсмаларни комбинирланган даволашдан кейин беморларда юрак-қон томир асоратлари ва остеопороз билан боғлиқ асоратларнинг олдини олиш имконини беради. Жисмоний фаоллик даражасининг ошиши гинекологик саратон билан оғриган беморларда жинсий функцияга ижобий таъсир кўрсатади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27678296/>).

- Беморларни психологик қўллаб – қувватлаш ва хабардор қилиш тавсия этилади - улар гинекологик саратон билан оғриган беморларда менопауза фониди ҳаёт сифатини яхшилаши мумкин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

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

- Тиббий массажнинг даврий курсларини ўтказиш тавсия этилади, чунки улар онкогинекологик беморларда ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади, заифлик, депрессия ва менопаузанинг клиник кўринишини камайтиради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

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

4.5. Кимё терапияда реабилитация

- Барча беморларга комбинацияланган даволаниш пайтида ва у тугагандан сўнг кундалик машқлар терапияси комплексини бажариш тавсия этилади – кундалик жисмоний фаоллик мушакларнинг кучини оширади, юрак-қон томир тизимининг фаолиятини яхшилади, ташвиш ва тушкунлик хавфини камайтиради, заифлик, кўнгил айниши, қусишни камайтиради., оғриқ, кайфиятни яхшилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

- Анемия билан оғриган беморларга юқори дозали кимётерапия фониди аэроб машқларини қўллаш тавсия этилади, чунки аэроб машқлари гемоглобин ва эритроцитлар даражасига ижобий таъсир кўрсатади ва лейкоцитопения ва тромбоцитопения давомийлигини камайтиради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

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

- Кимё терапия фониди чарчоқ, ҳолсизлик ва депрессияни камайтириш учун физиотерапия тавсия этилади. Кимё терапия фониди ҳолсизлик ва рухий тушкунлик даволашда психологик қўллаб-қувватлаш билан жисмоний даволаш уйғунлиги фақат медикаментоз давондан кўпроқ самарали бўлади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

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

- Химиятерапия давомида ЛФК ҳажми ва интенсивлиги индивидуал равишда танланиши тавсия этилади. Бу беморнинг заифлик даражасига (енгил, ўртача, оғир) боғлиқ ҳолда белгиланади. Умумий ҳолат яхшиланиши билан ЛФК интенсивлиги оширилади. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

- Аэробик ва кучли жисмоний машқларни биргаликда қўллаш тавсия этилади. Бу даволашнинг ноҳўя таъсирларини назорат қилиш ва даволашга бўлган толерантликни оширишга ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

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

• Комбинацияланган даволаниш фонида 6 ҳафта давомида тиббий беморларга массаж курсини ўтказиш орқали чарчоқ, ҳолсизлик ва депрессияни камайтириш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044466/>).

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

• Полинейропатияни тузатиш учун мувозанатни корекция машқлари тавсия этилади, чунки улар чидамлик машқлари ва куч машқларининг комбинациясидан кўра самаралироқдир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

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

• ХТ олган беморларга полинейропатиянинг клиник кўринишини назорат қилиш учун 6 ҳафта давом этадиган торрен даволаш курси (юриш билан даволаш) тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

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

• кимё терапия фонида периферик полинейропатияни даволашда паст интенсивликдаги лазер терапияни қўллаш тавсия этилади (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5248614/>).

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

• кимё терапия фонида периферик полинейропатияни даволашда паст

интенсивликдаги магнит терапияни қўллаш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

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

- цисплатин асосида ХТ олган беморларда кўнгил айланиш ва қайт қилишни назорат қилиш учун стандарт қайт қилишга қарши терапияга қўшимча равишда тери орқали электростимуляция 20 дақиқа давомида ҳафтада 4 кун тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

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

- беморла ХТ фонида оғиз бўшлиғи мукозитларини профилактикаси мақсадида паст интенсивликдаги лазеротерапия тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198431/>).

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

- алопецияни профилактикаси мақсадида кимё терапия ўтказиш вақтида бошни совутиш тизимини (ХТ да алопецияни профилактикаси ускунаси) қўллаш тавсия этилади (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5248614/>).

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

- кимё терапия фонида кардиал асоратлар частотасини каматириш мақсадида барча беморларга ЛФК комплексини бажариш тавсия этилади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30701106/>).

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

4.6. Нур терапиядан кейинги реабилитация

- Нур терапия давомида аэробик ва кучли жисмоний машқларни ўз ичига олган ЛФК комплекси бажариш тавсия этилади. Бу заифликнинг олдини олишга ёрдам беради ва нур терапия жараёнида ҳаёт сифатини яхшилайдиган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

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

- Нур терапия давомида ЛФК комплекси ўтказиш тавсия этилади, чунки бу суяк тўқимаси зичлигини оширади ва беморнинг чидамлилигини яхшилайдиган.

Айниқса, бу усул суяк метастазлари мавжуд бўлган беморлар учун муҳим ҳисобланади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24499460/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - В (далилларнинг ишончилиги даражаси - 2)

- Нур терапия бошланганидан кейин 3 кун ўтиши билан ҳар ҳафтада 3 кун давомида паст интенсивликдаги лазеротерапия ўтказиш тавсия этилади. Бу нур дерматит профилактикаси учун самарали чора ҳисобланади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

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

4.7. Қин саратони билан оғриган беморларни психологик реабилитация қилиш тамойиллари

- Беморларга касаллик, руҳий реакциялар, даволаш жараёнидаги масъулият зонаси, яқинлари ва тиббий ходимлар билан мулоқот усуллари, ўз ҳолати ва касаллиги ҳақида қўшимча маълумот олиш йўллари, ижтимоий қўллаб-қувватлаш усуллари тўғрисида маълумот бериш тавсия этилади. Бу ҳаёт сифатини яхшилашга ва касаллик натижаларини яхшилашга ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

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

- Руҳий соғлом хатти-ҳаракат ва қабул қилинган ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг биргаликдаги таъсирини таъминлаш тавсия этилади. Бу даволашдан олдин навбатма-навбат такрорланувчи ва четланувчи фикрлар камайишига, даволашдан 1 ой ўтгач эса яхшироқ психологик мослашувга ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12833558/>).

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

- Нейропсихологик реабилитация ва клиник-психологик тренинг ўтказиш тавсия этилади. Унда патологик руҳий реакцияларни ўз-ўзига ташҳис қилиш, стресс билан совлаштиш усуллари, руҳий реакция ва жисмоний ҳолат ўртасидаги ўзаро таъсирни кузатиш каби машғулотлар амалга оширилади. Бу стрессли ҳолатларни шахсий тажрибага айлантириш механизми сифатида қаралиб, ижтимоий ва руҳий мослашувга ёрдам беради (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3701593/>).

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси - С (далилларнинг ишончилиги

даражаси - 5)

Изоҳлар: Онкопсихология бўйича илмий тадқиқотларда бачадон тана ўсмалари билан касалланган беморларда урта асосий мувофиқлашув услуби кузатилади:

1) Фаол хиссиёт мувофиқлашуви – касаллик ва уни даволаш билан боғлиқ эмоционал, жисмоний ва ижтимоий қийинчиликларни фаол равишда енгиш.

2) Фаол-ташкилий хиссиёт мувофиқлашуви – беморнинг касаллик ҳақидаги муносабати, ишончлари ва мулоҳазалари орқали енгиш.

3) Четланувни енгиш – муаммолардан фаол равишда четланиш ёки ҳиссий зўриқишни косвий йўллар билан камайтириш (масалан, диққатни чалғитиш).

Умуман олганда, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, фаол (муаммога йўналтирилган) совлашув стратегияларини қўллаган беморлар касалликка яхшироқ мослашади, пассив ёки четланувчи совлашув услубларини ишлатган беморларга қараганда. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

Фаол-поведенциал усуллардан фойдаланган беморлар юқори ўз-ўзини баҳолаш даражаси ва кўпроқ энергия, камроқ жисмоний белгилари, шунингдек, камроқ асабийлик ва астения ҳақида хабар берган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

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

1) Далиллар даражаси киритилган ҳолда асосий ташхислаш тадбирлари [43, 49]:

- Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
- Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
- Физикал текширувлар, шу жумладан гинекологик кўрик, ҳар 3 ойда бир марта 3 йил давомида, сўнг 2 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта.
- Нурлантирилмаган беморларда қин чўлтоғидан (микропрепаратлардан) цитологик таҳлил ҳар 3 ойда бир марта 2 йил давомида, сўнг 3 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта, кейин йилига 1 марта ёки рецидивга шубҳа туғилганда.
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси йилига 1 марта.
- Кичик чанок, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси УТТ ҳар 3 ойда бир марта 2 йил давомида, сўнг 3 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта.

- Кичик чаноқ аъзоларининг МРТ ва КТ текшируви кўрсатмаларга асосан ўтказилади [49].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

2) Далиллар даражаси киритилган ҳолда кўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Бош, бўйин, кўкрак қафаси контрастли КТси;
- Колоноскопия;
- Цистоскопия;
- Экскретор урография;
- Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- Бош мия МРТси;
- ПЭТ/КТ;
- Холтер – мониторингчи ЭКГ

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

6. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

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

Тўлиқ жавоб ПЕТ / КТ ёрдамида дастлабки терапия тугаганидан 3 ой ўтгач тасдиқланиши керак. *Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).*

ҚУТ, қон биокимёвий таҳлилиё йил давомида ҳар 3 ойда ўтказилиши, кейин 2 йил давомида ҳар 6 ойда ва кейинчалик ҳар йили ўтказиб туриш зарур *Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).*

Бўйин худудида нур терапияси (НТ) ўтказилган бўлса, камида ҳар йили ТТГ ни кузатиб туриш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончилик даражаси С (далилларнинг ишончилик даражаси 5).*

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

Қўшимча профилактика чораларига рецидив хавфини камайтириш ва иммунитетни ошириш учун тавсия этилган дори-дармонларни қабул қилиш, тўғри овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш ва салбий ташқи омилларга таъсир қилиш, соғлиқингиз ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокорнинг тавсияларига амал қилиш киради. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:

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

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

**«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

- ХКТ код (лар и):

ХКТ-10	
Код	Название
D07.2	Қин in situ карциномаси
C52	Қин хавфли ўсмалари
Юклуб олиш (ХКТ-10дан ҳавола): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
ХКТ-11	
Код	Название
2C71	Қиннинг хавфли ўсмалари
2C71.0	Қиннинг аденокарциномаси
2C71.1	Қиннинг меланомаси
2C71.2	Қиннинг ясси хужайрали саратони
2C71.Y	Қиннинг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C71.Z	Аниқланмаган қин хавфли ўсмалари
Юклуб олиш (ХКТ-11дан ҳавола): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

2. Асосий қисм.

- Кириш

Қиннинг хавфли ўсмаси – қин деворида юзага келадиган хавфли ўсмалар. Қиннинг ясси хужайрали саратони – аёл қинининг қопловчи ясси хужайрали эпителийсидан ривожланган хавфли ўсмалар.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбаъга ҳавола: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0)

Халқаро Саратони Излаш Агентлиги – GLOBOCAN маълумотлари бўйича, 2022 йилда қин саратони барча ҳолатлари 18 819 тани ташкил этган ва 8 240 киши ушбу турдаги саратондан вафот этган. (https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=22&types=0).

Қиннинг саратони (ҚС) этиологияси ва патогенези кўп жиҳатдан аниқ эмас, биринчи навбатда паст касалланиш кўрсаткичлари туфайли. Урогенитал синусдан пайдо бўлган вульва, қин ва бачадон бўйинининг бир хил эмбриогенезини инобатга

олганда, уларнинг этиологияси ва патогенези умумий эканлиги тахмин қилинади [1].

Қин саратони (ҚС) патогенезида мумкин бўлган салбий ролни қуйидаги омиллар ўйнайди:

- Аёлнинг ҳаёт давомида инсон папилломавируси (ОПВ) билан инфекцияланиши (ясси ҳужайрали ҚС ҳолатларида ВПЧ 60% дан зиёд кузатувларда аниқланади), 2-тип оддий герпес вируси ва инсон иммунодефицити вируси, ВПЧнинг ўткир учли кондилломалар шаклида ифодаланиши;
- Менопаузадан кейинги эстроген етишмаслиги;
- Жуда оғир хроник сениль кольпитлар;
- Инволютив, дистрофик, кастрациядан кейинги ва ёшга боғлиқ жараёнлар;
- Сурункали носпецифик вагинитлар;
- Бачадон бўйни саратонида қўшма нур терапиядан кейин, нур терапиянинг канцероген таъсири орқали ушбу ҳудудда хавфли ўсманинг пайдо бўлиши ҳақида кўплаб хабарлар мавжуд. Қин саратони ривожланиши нисбий хавфи аҳолига нисбатан бачадон бўйни саратони бўйича қўшма нур терапия олган беморларда 300 марта юқоридир [2].

Клиник нуқтаи назаридан, бугун ҚС ривожланишининг энг эҳтимолий 3 сабабини кўриб чиқиш лозим:

10. ОПВ билан боғлиқ хавфли ўсманинг ривожланиши.

11. ББС нур терапиясидан кейин қиннинг радиоиндуцирланган ўсмалари.

12. Метастатик ўсмалар (бачадон, тухумдонлар, ҳоказо).

Бирламчи қин саратони жуда кам учрайди. Аёллар жинсий аъзоларидаги хавфли ўсмалар тузилишида бирламчи қин саратони тахминан 1% ни ташкил қилади. Россияда 2021 йилда биринчи марта аниқланган қин саратони ҳолатлари 549 та рўйхатга олинган. 2021 йилда қин саратонининг стандартлаштирилган касаллик тарқалиши кўрсаткичи 100 минта аёл аҳолисида 0,36 ни ташкил этган [3]. Қиндаги барча гистологик турдаги хавфли ўсмаларнинг деярли 90% ясси ҳужайрали саратонига тўғри келади [4].

Бирламчи қин саратони аёллар жинсий аъзоларидаги барча хавфли ўсмаларга нисбатан фақат 1–2% ни ташкил этади. Қиннинг метастатик саратони эса анча кўпроқ учрайди.

2024 йилда Ўзбекистонда қин саратони 48 аёлда аниқланди.

- Клиник таснифи

Халқаро гистологик тасниф

Қин ўсмаларининг ЖССТ таснифи^{1, 2, 3} (2014)

Эпителиал ўсмалар	
<i>Ясси хужайрали ўсмалар ва уларнинг олдинги ҳолатлари</i>	
Ясси хужайрали интраэпителиал шикастланишлар	8077/0
<i>Паст даражадаги (low-grade) ясси хужайрали вагинал интраэпителиал неоплазия</i>	8077/2
<i>Юқори даражадаги (high-grade) ясси хужайрали вагинал интраэпителиал неоплазия</i>	8070/3
Ясси хужайрали саратон, БДУ	
<i>Муғузланувчи</i>	8071/3
<i>Муғузланмайдиган</i>	8072/3
<i>Папилляр</i>	8052/3
<i>Базалоид</i>	8083/3
<i>Сўгалсимон</i>	8051/3
<i>Верукоз</i>	8051/3
Хавфсиз ясси хужайрали зарарланиш	
<i>Ўткир учли кондилома</i>	
<i>Ясси хужайрали папиллома</i>	8052/0
<i>Фиброэпителиал полип</i>	
<i>Тубуло-ясси хужайрали полип</i>	8560/0
<i>Ўтувчи хужайрали метаплазия</i>	
Безли ўсмалар	
Аденокарциномалар	
<i>Эндометриоид</i>	8380/3
<i>Ёруғ хужайрали</i>	8310/3
<i>Муциноз</i>	8480/3
<i>Мезонефроид</i>	9110/3
Хавфсиз безли зарарланишлар	
<i>Тубуляр аденома</i>	8263/0
<i>Ворсинкали ўсма</i>	8261/0
<i>Аденоз Мюллеров папилломаси</i>	
<i>Юинг саркомаси эндометриоз</i>	9364/3
<i>Эндоцервикоз праганглиома</i>	8693/1
<i>Кисталар</i>	

Бошқа эпителиал ўсмалар	
Аралаш ўсма	8940/0
Аденосквამоз карцинома	8560/3
Аденобазал карцинома	8098/3
Юқори хавфли нейроэндокрин карцинома	
<i>Майди хужайрали</i>	8041/3
<i>Йирик хужайрали</i>	8013/3
Мезенхимал ўсмалар	
Лейомиома	8890/0
Рабдомиома	8905/0
Лейомиосаркома	8890/3
Рабдомиосаркома, БДУ	8900/3
<i>Эмбрионал рабдомиосаркома</i>	8910/3
Дифференциаллашмаган саркома	8805/3
Ангиомиофибробластома	8826/0
Агрессив ангиомиксосома	8841/0
Миофибробластома	8825/0
Ўсмасимон зарарланишлар	
Операциядан кейинги урчуқсимон тугун	
Аралаш эпителиал ва мезенхимал ўсмалар	
Аденосаркома	8933/3
Карциносаркома	8980/3
Лимфоид ва миелоид ўсмалар	
Лимфомалар	
Миелоид неоплазмалар	
Меланоцитар ўсмалар	
Невуслар	
<i>Пигмент невос</i>	8720/0
<i>Хаворанг невос</i>	8780/0
Меланома	8720/3
Аралаш ўсмалар	
Гермино-хужайрали ўсмалар	
<i>Етук тератома</i>	9084/0
<i>Сариқлик халтаси ўсмаси</i>	9071/3
Бошқалар	
<i>Юинг саркомаси</i>	9364/3

<i>Параганглиома</i>	8693/1
Иккиламчи ўсмалар	

Изоҳ:

¹ Морфологик кодлар Халқаро касалликлар таснифи, онкология бўлими (ICD-O) (2000) томонидан белгиланган. Ўсманинг потенциали қуйидаги кодлар билан ифодаланади: /0 – хавфсиз ўсмалар; /1 – ноаниқ, чегаравий ёки номаълум потенциалга эга ўсмалар; /2 – in situ саратони ва юқори даражали (III даража) интраэпителиал неоплазиялар; /3 – хавфли ўсмалар

² Тасниф илгари ЖССТ (2002) томонидан қабул қилинган гистологик ўсма таснифининг модификацияси бўлиб, ўсмалар ҳақидаги замонавий тасаввурлар асосида такомиллаштирилган.

³ Гистологик жавобда морфологик кодни врач-патолог томонидан белгиланиши мажбурий ҳисобланади.

Қинда аниқланган хавфли ўсмаларнинг аксарияти (90% атрофида) метастатик ҳисобланади. Иккиламчи (метастатик) қин саратони тўғридан-тўғри ўсиш (per continuitatem), лимфоген ёки гематоген метастаз бериш орқали ривожланади. Метастатик ўсмалар кўпроқ қиннинг олд девори ва қуйи учдан бир қисмида жойлашади. Иккиламчи саратоннинг гистологик тузилиши бирламчи ўчоқ тузилишига мос келади. Энг кўп метастаз берадиган ўсмалар: Эндометрий саратони, Хорионкарцинома, Бачадон бўйни саратони, Вульва саратони, Тухумдон, сут беши саратони, Йўғон ичак ва тўғри ичак саратони, Буйрак саратони. Бирламчи қин саратони кўпроқ постменопауза давридаги аёлларда (75% ҳолатда 50 ёшдан катта) ривожланади. Кўп ҳолларда патологик ўчоқ қиннинг юқори учдан бир қисмида жойлашади. Бирламчи қин саратони ривожланиш сабаблари: Репродуктив ёшда папиллома вируси билан инфекцияланиш; Постменопауза давридаги инволютив ва дистрофик жараёнлар; Иммуниетет сусайишига олиб келувчи ҳолатлар. Ясси хужайрали қин саратони этиологиясида асосий роль вирус инфекциясига тегишли. У онкоген ОПВ (одам папиллома вируси) штаммлари билан юқори даражада инфекцияланиш билан боғлиқ. ВПЧ инфекцияси вагинал аденокарцинома ҳолларида ҳам аниқланган. Бачадон бўйни саратонига қараганда қин саратони камроқ учрайди, гарчи уларнинг этиологияси ўхшаш. Бу қиннинг етук кўп қатламли ясси эпителий билан қоплангани ва бачадон бўйнида эса етук бўлмаган эпителий хужайралари мавжуд трансформация зонаси борлиги билан изоҳланади. ОПВ-индуцирланган янги ҳосилалар асосан ясси хужайрали метаплазия ҳудудида юзага келади. Улар шиллик парда тикланиш жараёнида, коитус, тампонлар қўллаш, пессарий билан боғлиқ сурункали жароҳатлар натижасида шаклланиши мумкин.

Бирламчи қин саратони бўлган беморларнинг 30% да анамнезда преинвазив ёки инвазив бачадон бўйни саратони учрайди. Кичик ёчиноқ бошлиғи соҳасида нур терапияси ўтказилгандан кейин вагина саратони хавфи ортади.

Қин хавфли ўсмаларида учта ёш бўйича юқори касалланиш пиклари мавжуд: Қиз болаларда (6 ёшгача) – асосан ботрионид эмбрионал рабдомиосаркома учрайди. 20–30 ёшда – диэтилстильбэстрол (DES) ёки шунга ўхшаш ностероид эстрогенлар трансплацентар таъсири билан боғлиқ ёруғ ҳужайрали карцинома аниқланади (оналари ҳомиладорлик даврида DES қабул қилган бўлади). Катта ёшдаги аёлларда – ясси ҳужайрали саратон кўпроқ аниқланади. DES билан боғлиқ бўлмаган аденокарциномалар ҳам постменопауза даврида ривожланиши мумкин. Эпителиал бўлмаган хавфли ўсмалар – саркома ва меланома – катта ёшдаги беморларда жуда кам учрайди.

Қин саратони асосан лимфоген йўл билан тарқалади. Метастазларнинг тарқалиш йўналиши бирламчи ўсманинг жойлашувига боғлиқ.

Қин саратонининг хавлқаро марфологик таснифи (IARC таснифи, 5-чи нашр, Лион, 2020 й.) [5]:

I. Эпителиал ўсмалар

4. Ясси эпителийдан ўсмалар ва предрак:

- Қин интраэпителиал неоплазияси (VAIN)
- ОИВ билан ассоцирланган ясси ҳужайрали карцинома
- ОИВ га боғлиқ бўлмаган ясси ҳужайрали карцинома
- ОИВ статуси аниқ бўлмаган ясси ҳужайрали карцинома.

5. Безли эпителийдан ўсмалар:

- ОИВ мавжудлиги билан ассоцирланган аденокарцинома
- Эндометрионид саратон
- Ёруғ ҳужайрали саратон
- Меъда типдаги муциноз карцинома
- Ичак типдаги муциноз карцинома
- мезонефроид аденокарцинома
- қин карциносаркомаси

6. Бошқа эпителиал ўсмалар:

- Қиннинг аралаш ўсмаси
- Скин беги аденокарциномаси

- Қин аденосквамоз карциномаси
- Қин аденоид-базал карциномаси

II. Аралаш эпителиал-мезенхимал ўсмалар

- Қин аденосаркомаси

III. Бошқа ўсмалар

- Қин герминоген ўсмалари

ЖССТнинг қин саратони бўйича халқаро гистологик таснифи (5-нашр, Лион, 2020)дан меланоцитар ўсмалар чиқариб ташланган бўлса-да, уларнинг учраш тезлиги (<5%) ва клиник аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, даволаш тактикаси онкогинеколог иштирокидаги мултидисциплинар консилиум томонидан белгиланиши керак [38].

Босқичлаш

8-жадвалда қин саратонининг икки тасниф бўйича bosқичлари келтирилган: TNM (8-таҳрир, 2017) ва FIGO (2009). Бу тасниф фақат бирламчи қин саратони учун қўлланилади. Метастатик ўсмалар таснифга киритилмайди. Қин ўсмаси вульвага тарқалган ҳолларда, у вульва саратони сифатида таснифланади.

8-жадвал. Қин саратонини TNM (8-чи нашр, 2017 й.) ва FIGO (2009 й.) бўйича таснифлаш.

TNM 8-чи қайта кўрик, (2017 й.)	FIGO (2009 й.)	Мезонлар
T _x T ₀ T _{is}		Бирламчи ўсмани баҳолаш имконсиз Бирламчи ўсма белгилари йўқ in situ карциномаси (преинвазив карцинома)
T1	I	Ўсма қин билан чегараланган
T2	II	Ўсма қин атроф тўқималарига ўсган
T3	III	Ўсма кичик чаноқ деворларига ўсиб ўтган
T4	IVA	Ўсма қовуқ ёки тўғри ичак шиллик қаватига ўсиб ўтган ёки ўсма кичик чаноқ чегарасидан ташқарига тарқалган *
M1	IVB	Узоқ метастазлари мавжуд

**буллёз шешининг мавжудлиги ўсмани T4 мезонига киритиш учун етарли бўлмайди.*

N – регионар лимфа тугунлари

N_x – регионар лимфа тугунларин баҳолаш имконсиз

N₀ – регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ

N₁ – регионар лимфа тугунларида метастазлар бор

M – узоқ метастазлар

M₀ – узоқ метастазлар йўқ

M₁ – узоқ метастазлар бор

Изоҳ. Регионар лимфа тугунлари: қиннинг юқори икки учдан бир қисми учун – тос, ёпқич, ички ёнбош (пастки чарви), ташқи ёнбош ва қўшимча аниқланмаган тос лимфа тугунлари. Қиннинг қуйи учдан бир қисми учун – чов ва сон лимфа тугунлари.

9-жадвал. ҚС босқичини белгилаш учун TNM мезонларини гуруҳлаш

Босқич	Мезон		
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV	T4	Ҳар қандай N	M0
IV	Ҳар қандай T	Ҳар қандай N	M1

Изоҳ. III босқичга қов симфизини зарарлаган ўсмалар ҳам киритилади.

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;

- Паллиатив кимётерапия, таргет даволаш, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш;
- Лимфа тугунининг/экстранодал ҳосилдан бирламчи ёки такрорий биопсиясини ўтказиш ёки трепанобиопсия;
- Амбулатория терапияси билан тузатилмаган асоратларни даволаш;

– Симптоматик даволаш ўтказиш.

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

– Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши;

– Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Ташхис қўйишнинг диагностик мезонлари:

1. а н а м н е з м а ъ л у м о т л а р и ;

2. ф и з и к а л к ў р и к м а ъ л у м о т л а р и ;

3. б а ч а д о н б ў ш л и ғ и д а н б и о п с и я в а / ё к и
о п е р а ц и о н м а т е р и а л н и
п а т о л о г о а н а т о м и к т е к ш и р у в
м а ъ л у м о т л а р и ;

4. н у р д и а г н о с т и к а у с у л и
м а ъ л у м о т л а р и .

Шикоятлари ва анамнез:

• Қин саратони ва унга шубҳа қилинган барча беморларда шикоятлар ва анамнез тўплаш **тавсия этилади**. Бу даволаш тактикаси танловига таъсир кўрсатиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади. Клиник манзарада асосан жинсий йўллардан оқма ва қонли ажралишлар устунлик қилади. Кенг тарқалган касалликда оғриқ синдроми; тос аъзолари функциясининг бузилиши, тенезмларсимптомакомплекси қўшилади [2].

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

Физикал текширувлар

• Барча беморларга синчиклаб жисмоний текширув ўтказиш **тавсия этилади**. Жисмоний текширув таркиби: Ректо-вагинал текшируви; қорин бўшлиғи аъзоларини пальпация қилиш; барча периферик лимфа тугунларини пальпация қилиш; ўпкани аускультация ва перкуссия қилиш; сут безларини пальпация қилиш [2, 6, 7].

Бирламчи қин саратонини таъхис қўйишида қўйидаги мезонлар ҳисобга олиниши керак:

- Бирламчи ўсма ўчоғи фақат қинда жойлашган бўлиши керак, аксарият ҳолларда қиннинг юқори учдан бир қисми зарарланади.
- Бачадон бўйни эпителийи, бачадон бўйни канали ва эндометрий бутунлигича сақланган бўлиши керак (аспирацион биопсия манфий натижа бериши лозим).
- Бирламчи қин саратони симптомсиз кечиши мумкин [2,6].

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

Изоҳ: *Вульвани кўздан кечирши ва пальпация қилиши; қин ва бачадон бўйинини текшириши Симс қин ойнаклари ёрдамида ўтказилади, чунки Куско қин ойнакларидан фойдаланилганда қиннинг баъзи соҳалари (олд ва орқа деворлар) тўлиқ кўринмаслиги мумкин. [2,6,7].*

Лаборатор диагностик текширувлар

• Қин саратони ва унга шубҳа қилинган барча беморларга бемор ҳолатини баҳолаш, даволаш тактикаси ва алгоритминини белгилаш, касаллик прогнозини баҳолаш мақсадида қўйидаги таҳлиллар ўтказилиши **тавсия этилади:**

5. Умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлили

6. Биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили (умумий оксил, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевина, темир, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), умумий билирубин, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), ишқорий фосфатаза (ИФ), Плазма электролитлари (калий, натрий, хлор), жигар ва буйрак функцияси кўрсаткичларини баҳолаш).

7. Умумий (клиник) пешоб таҳлили

8. Коагулограмма (фибриноген, протромбин, халқаро нормализланган коэффициент (МНО), протромбин вақти, протромбин индекси, фаоллашган қисман тромбoplastин вақти (АЧТВ), тромбин вақти [2]

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

Изоҳлар: *Клиник қон таҳлили ХТ кейинги курси бошланишидан камида 5 кун аввал ўтказилади (такрорланади) [2,7]*

Умумий (клиник) кенгайтирилган қон таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар - гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, эритроцитларнинг ўртачи ҳажми, эритроцитларнинг катталиқ бўйича тақсимланиши, эритроцитларда гемоглобиннинг ўртача тақсимланиши, эритроцитларда гемоглобиннинг ўртача

концентрацияси, тромбоцитлар, лейкоцитлар, лейкоцитар формула, эритроцитлар чўкиш тезлиги; Биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар: жигар ва буйрак функцияси кўрсаткичлари, умумий (клиник) сийдик таҳлилида баҳоланадиган кўрсаткичлар: ранги, шаффофлиги, сийдикнинг нисбий зичлиги, сийдикдаги оқсил, рН даражаси, глюкоза, кетон жисмлари, уробилиноген, лейкоцитар эстераза. Аппарат микроскопияси орқали баҳоланадиган параметрлар: эпителий ҳужайралари, эритроцитлар, цилиндрлар, тузлар, шиллиқ, бактериялар, замбуруғлар [2,6,7]

Қон ивиш тизимини баҳолашда баҳоланадиган параметрлар: коагулограмма, қўшимча кўрсатмалар бўйича: антитромбин III, D-димер, плазминоген, фаоллик (%)

• Барча ясси ҳужайрали қин саратони ва унга шубҳа қилинган беморларда, агар имконият мавжуд бўлса, ясси ҳужайрали саратон антигени (SCC) даражасини таҳлил қилиш **тавсия этилади**. Бу ҳозирги клиник ҳолатни баҳолаш ва касалликни кейинчалик мониторинг қилиш мақсадида амалга оширилади. [2]

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

Инструментал диагностик текширувлар

Қин саратонини ташишлашда асосий диагностик мезон – ўсманнинг биопсиясини ўтказиш ва унинг морфологик тасдиғини амалга оширишдир.

• Барча қин саратонига шубҳа қилинган беморларда даволашни бошлашдан олдин морфологик тасдиқ ўтказиш **тавсия этилади**. Текшириш учун материал олиш усуллари: ўсма биопсияси ёки уни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва кейинчалик патолого-анатомик таҳлил ўтказиш; ўсманнинг юзасидан мазок олиш ва цитологик таҳлил ўтказиш; катталашган лимфа тугунларини пункция қилиш ва цитологик таҳлил ўтказиш [8,14].

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

Изоҳ: *Зарурият туғилган тақдирда, ташишни тасдиқлаш мақсадида патолого-анатомик таҳлил иммуногистохимик типлаш билан тўлдирилиши мумкин, цитологик таҳлил эса иммуноцитохимик типлаш билан кенгайтирилиши мумкин.*

• Барча қин саратони ва унга шубҳа қилинган беморларга ташишни тасдиқлаш ва ҳамроҳ патологияларни аниқлаш мақсадида вульвоскопия, вагиноскопия ва кольпоскопия ўтказиш **тавсия этилади**. [2,6].

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

- Барча қин саратони бўлган беморларга ташхисни тасдиқлаш ва ҳамроҳ патологияларни аниқлаш мақсадида бачадон бўйни ва бачадон бўйни канали суртмаларини цитологик таҳлил қилиш, бачадон бўшлиғидан аспират олиш ёки бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналида алоҳида диагностик қириндидан ўтказиш **тавсия этилади** [8,14].

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

Изоҳлар: *Бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналида алоҳида диагностик қириндидан ўтказиш ёки бачадон бўшлиғидан аспирацион биопсия олиш қин аденокарциномаси тасдиқланган ҳолларда тавсия этилади. Бу бирламчи эндометрий саратонини истисно қилиш мақсадида амалга оширилади.*

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш мақсадида куйидаги УТТ (ультратовуш текшируви) ўтказиш **тавсия этилади:** кичик ёғ бошлиғи аъзолари УТТси; қорин бўшлиғи аъзолари комплекс УТТси; чов-сон лимфа тугунлари УТТси; қорин парда орти лимфа тугунлари (илиқ ва параортал лимфа тугунлари) УТТси; ўмров усти лимфа тугунлари УТТси [2, 6].

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

Изоҳ: *УЗИ энг осон киритилиши мумкин бўлган тасвирлаш усули бўлиб, у қорин бўшлиғи, кичик чаноқ бошлиғи, ҳамда регионал ва узоқ лимфа тугунларида ўсманинг тарқалиш даражасини баҳолаш учун қўлланилади. [2,6].*

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсма жараёнининг тарқалиш даражасини баҳолаш мақсадида вена ичи контраст билан ёки контрастсиз кўкрак қафаси аъзоларининг КТсини ўтказиш **тавсия этилади.** [2,6,8].

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

Изоҳ: *Агар КТ ўтказиш имконияти бўлмаса, кўкрак қафаси аъзоларининг мақсадли рентгенографияси ўтказиш тавсия этилади. КТ рентгенографияга нисбатан юқори диагностик самарадорликка эга бўлиб, ўпка, плевра ва кўкрак ичи лимфа тугунларининг метастатик шикастланишини аниқлашда афзал усул ҳисобланади. [8].*

- Барча қин саратони бўлган беморларга ўсманинг маҳаллий тарқалиш даражасини ва регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш мақсадида кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари ва оралиқ юмшоқ тўқималарнинг вена ичи контраст билан

магнит-резонанс томографиясини (МРТ) ўтказиш **тавсия этилади.** [39].

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

Изоҳ: Агар кичик чаноқ бўшлиғи аъзоларининг вена ичи контраст билан МРТ ўтказиш имкони бўлмаса, вена ичи контраст билан КТ ўтказиш тавсия этилади. МРТ кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари, таносил диафрагмаси ва оралиқ тўқималарни баҳолашда КТга нисбатан юқори диагностик ахборотга эга. [40].

- Қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, Т2 ва ундан юқори босқичларда, регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш ва узоқ метастазларни аниқлаш мақсадида туморотроп радиофармацевтик препаратлар (РФП) билан позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ) ёки кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичи болосли контраст билан КТ ўтказиш **тавсия этилади.** [41].

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

Изоҳ: ПЭТ-КТ кимё-нур терапияни режаслаштирилганда мақсадга мувофиқдир [42].

- Қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, агар бош миёга метастатик шикастланишга шубҳа бўлса, вена ичи контраст билан бош миёнинг МРТ ўтказиш тавсия этилади. [8].

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

Изоҳ: Агар бош миёнинг МРТ ўтказиш имкони бўлмаса ёки қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, вена ичи контраст билан бош миёнинг КТ ўтказиш мумкин. МРТ контраст билан бош миёга метастатик шикастланишини аниқлашда КТга нисбатан юқори диагностик самарадорликка эга. [43].

- Метастатик қин саратони (ҚС) бўлган беморларда, агар скелетга метастатик шикастланишга клиник шубҳа мавжуд бўлса, ПЭТ-КТ ўтказиш имкони бўлмаган ҳолларда бутун тана суякларининг сцинтиграфиясини ўтказиш **тавсия этилади.** [39].

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

- Кенг тарқалган қин саратони бўлган барча беморларга, ўсманинг пешоб пуфағи ва тўғри ичакка инвазиясини аниқлаш мақсадида цистоскопия ва ректороманоскопия ўтказиш тавсия этилади. [2,6].

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

Қин саратони бўлган беморларда, жарроҳлик даволашга тайёргарлик жараёнида, функционал ҳолатни баҳолаш мақсадида, кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар ўтказиш тавсия этилади: эхокардиография; юрак ритмини Холтер мониторинги; ташқи нафас фаолиятини текшириш; брахиоцефал артерияларининг экстракраниал қисмини УТТ дуплекс сканери орқали баҳолаш; оёқ веналарининг доплерографик УТТ; Шунингдек, кардиолог, эндокринолог, невролог ва бошқа мутахассислар томонидан текширув ва маслаҳатлар олиш **тавсия этилади**. [8].

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

- Кимё-нур терапияси ёки нур терапиясини режалаштириш ва самарадорлигини баҳолашда қуйидаги текширувларни ўтказиш **тавсия этилади**: кичик чанок бошлиғи аъзолари ва оралиқ юмшоқ тўқималарнинг вена ичи контраст билан МРТси – ўсманинг маҳаллий тарқалишини ва регионар лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун; Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ-КТ) туморотроп радиофармацевтик препаратлар (РФП) билан (афзал усул); кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларининг вена ичи болюс контраст билан КТ – олис метастазларни аниқлаш учун. Барча текширувлар усулларни ўтказиш муддатларига риоя қилган ҳолда бажарилиши керак. [39]

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

Бошқа диагностик текширувлар

Қин биопсия (жарроҳлик) материални патолого-анатомик таҳлил қилишда ташхисни тасдиқлаш учун иммуногистохимик усуллар қўллаш **тавсия этилади**. Морфологик хулоса қуйидаги параметрларни ўз ичига олиши керак:

8. Бирламчи ўсманинг ҳажми ва тарқалиш даражаси

9. Бирламчи ўсманинг инвазия чуқурлиги

10. Ўсманинг гистологик тузилиши

11. Ўсманинг дифференциация даражаси

12. Периваскуляр, перилимфатик ва периневрал инвазия мавжудлиги (манфий натижа ҳам қайд қилиниши керак)

13. Регионар лимфа тугунлари (pN) ҳолати, умумий текширилган ва зарарланган лимфа тугунлари сони, экстранодал ўсма тарқалиши белгилари (ENE+/-)

14. Резекция чегараларининг микроскопик баҳоланиши (статус R0–1). Энг яқин резекция чегарасигача масофа (мм) билан аниқ кўрсатилиши керак [6,8,14].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси - С (Далилларнинг ишончлилики даражаси - 5).

Изоҳлар: Агар морфологик таҳлил натижаларига кўра, бирламчи биопсиядаги янги ҳосила шубҳали ёки манфий натижа берса, қин саратонига (ҚС) шубҳа қилинган беморларга қўшимча текширув ўтказиш тавсия этилади. Бундай ҳолларда қуйидаги усуллар қўлланилиши мумкин: такрорий биопсия ўтказиш; имконияти мавжуд бўлса, жарроҳлик аралашуви ўтказиш; интраоперацион патолого-анатомик таҳлил орқали биопсия (жарроҳлик) материални текшириш.

4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:

- ✓ Оғриқ 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 енгиллаштириш 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 ёрдам кўрсатишда беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси: йўқ.

2) Кечки босқичларни паллиатив даволаш умумий тамойиллари

IVа босқич (Тҳар қандайNҳар қандайM0) қин саратонини даволаш

• Қин саратони III босқич бўлган беморларга клиник самарага эришиш ва ремиссияга эришиш мақсадида радикал нур терапияси (ЛТ) ўтказиш тавсия этилади [12, 19].

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

Изоҳ: Паллиатив терапияни ўтказишда беморнинг ҳолати оғирлик даражасини баҳолаш ЖССТ/ЕСОГ тизими ва/ёки Карновский шкаласи бўйича амалга оширилиши тавсия этилади (Қўшимча G1-2 га қаранг).

IVb босқич (Тҳар қандайNҳар қандайM1) қин саратонини даволаш

• Қин саратони (ҚС) IVb босқичи (Тҳар қандайNҳар қандайM1) бўлган беморларда бирламчи даволашнинг асосий усули сифатида тизимли кимё терапияси (ХТ) тавсия этилади (ҚР 3.3 бандига қаранг). Нур терапияси (ҚР 3.2 бандига қаранг) паллиатив мақсадда ўтказилиши мумкин, бу белгиларни енгиллаштириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун қўлланилади. Ҳар хил кимё терапия усуллари, шу жумладан, бошқа локализациядаги ясси ҳужайрали саратонларда қўлланиладиган регионар кимё терапия методикалари қўлланиши мумкин. [32].

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

Изоҳ: Паллиатив терапияни ўтказишда беморнинг ҳолати оғирлик даражасини баҳолаш ЖССТ/ЕСОГ тизими ва/ёки Карновский шкаласи бўйича амалга оширилиши тавсия этилади (Қўшимча G1-2 га қаранг).

Қин саратони рецидивларини даволаш.

• Диссеминацияланган қин саратони бўлган беморларда индивидуал даволаш режаси асосида терапия ўтказиш тавсия этилади. Даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин: кимё терапия (ХТ); толерантлик захирасини ҳисобга олган ҳолда паллиатив мақсадда турли хил нур терапияси (НТ) (беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун); айрим ҳолларда кенгайтирилган ва комплекс жарроҳлик аралашувлари; турли тос эвисцерация усуллари (индивидуал ҳолатларда) [6, 9, 22].

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

2) Паллиатив номедикаментоз даво:

• режим – Консерватив даво ўтказилаётган беморлар учун умумий режим. Эрта операциядан кейинги даврда тўшак ёки ярим тўшак режими (операция ҳажми ва ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда). Операциядан кейинги даврда палатали режим.

• пархез стол - №15, жарроҳлик давосидан сўнг – №1, стол №9 – қандли диабет беморлари учун.

- Психолог кўриги.

Трансфузион қўллаб қувватлаш.

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

Эритроцитар масса/аралашма:

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

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

Тромбоцитлар концентрати:

- Тромбоцитлар даражасининг $10 \times 10^9/\text{л}$ дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;
- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорироқ 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 ≥ 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.

2) Паллиатив нур терапия.

Нур терапия қин саратонида стандарт даволаш усули бўлиб, мустақил равишда ёки комплекс даволаш таркибида қўлланилади. НТ қин саратони ни даволашда бошланғич ёки адъювант усул сифатида дистанцион ва(ёки) контактли (брахитерапия) нурлаш йўли билан амалга оширилиши мумкин.

Нур терапия қин саратони да қуйидаги ҳолатларда қарши кўрсатилган бўлиши мумкин:

- Декомпенсация босқичидаги оғир соматик касалликлар.
- Иситма билан кечаётган инфекция.
- Нур касаллиги.
- Кўп сонли узоқ метастазлар.
- Қоннинг хужайрали таркибининг бузилиши.
- Қон кетиш билан кечувчи ўсма парчаланиши.

қин саратони да нур терапия учун нисбий қарши кўрсатма ортиқча тана вазни ҳисобланади. Бу ҳолатда жуда кўп ёғ тўқимаси ионизирловчи нурларни ютиб қолиб, нур даво самарадорлигини пасайтиради, шу билан бирга маҳаллий нур

реакциялар ва юмшоқ тўқималар (шу жумладан, ёғ тўқимаси) шикастланиш хавфини оширади.

Дистанцион нур терапия.

Паллиатив нурлантириш маҳаллий тарқалган жараёнда қўлланилади, умумий дозалар ўсманинг тарқалиш даражаси ва беморнинг ҳолатига боғлиқ равишда белгиланади. СЎД диапазони: 20–30 Гр ёки 40–50 Гр.

Маҳаллий рецидивларда Агар қин саратони қин чўлтоғи рецидиви кузатилса, асосий даволаш усули – брахитерапия ҳисобланади.

Брахитерапия

Қўшма нурли терапия (нооперабель жараёнда) БХТ РОД 7-8 Гр ҳафтасига 1 марта, СЎД (т.А) 28-32 Гр тавсия этилади, кичик чанок дистанцион нурлантириш билан биргаликда қўлланилади. Бошқа фракциялаштириш вариантлари мумкин – 3 Гр (ҳафтасига 3 марта) ёки 5-6 Гр (ҳафтасига 2 марта) белгиланган суммар дозаларгача.

Қин чўлтоғи рецидивлари ёки қин бўшлиғининг метастатик зарарланишида локал HDR БХТ амалга оширилади. Суммар дозалар ва нурлантириш ҳажми аввал ўтказилган даволашни ҳисобга олган ҳолда белгиланиб, ўртача 30-40 Гр га етади. Фракциялаштириш режимлари турлича бўлиши мумкин (3-5 Гр).

Стереотаксик радиохирургия

қин саратони ҳолатида бу усул бош мия, ўпка ва жигар метастатик зарарланишларида қўлланилиши мумкин. Стереотаксик радиохирургия учун кўрсатмалар: Яқинда жойлашган операция қилиб бўлмайдиган ёки юқори жарроҳлик хавфи мавжуд бўлган якка ёки бир неча метастатик ўчоқлар; Ўсма ўлчами 3,0 см дан ошмаслиги; Агар бир орган ичида учтадан ортиқ метастаз мавжуд бўлса ва(ёки) ўлчами 3-5 см бўлса, соғлом тўқималарни ҳимоя қилиш мақсадида нурлантириш дозасини чеклаш керак, чунки катта ўлчамли ўсмаларда нурлантириш ҳажми ошади. Бундай ҳолларда **стереотаксик радиотерапия** қўлланилади. Бу усул стереотаксик радиохирургияга ўхшайди, лекин камрок БМЎД (8-12 Гр) бир неча сеансда (2-5) қўлланилади. Бу усулда уч ўлчамли нурлантириш (ЛТМИ) ва тасвирга асосланган НТ қўлланилади, бу эса бирламчи ўсманинг мураккаб шаклига қарамай, юқори дозаларни аниқ жойлаштириш ва соғлом тузилмаларни ҳимоя қилиш имконини беради.

Ўсма рецидиви:

Кўп сонли рецидивлар мавжуд бўлган беморлар прогестинотерапия учун номзод бўлиши мумкин. Медроксипрогестерон ацетат 50-100 мг кунига уч марта ёки мегестерол ацетат 80 мг кунига уч марта тавсия этилади. Прогестинотерапия

рецидивлар барқарорлашгунча ёки регрессга учраганча давом эттирилади. Максимал клиник самара 3 ой ёки ундан кўпроқ вақт давомида намоён бўлмаслиги мумкин. Цисплатин, карбоплатин ва паклитаксел асосидаги химиятерапия жарроҳлик ёки нурли терапияга мос келмайдиган тарқалган шакллар ва рецидивли ҳолатларда тавсия этилади.

Нур терапияси учун жиҳозлар:

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

Бош мияга метастазларда нур терапия.

1. С1 бўйин умумртқасигача бош мияни тотал нурлантириш:
 - БМЎД 2,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-40 Гр;
 - БМЎД 2,5 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-35 Гр;
 - БМЎД 3,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 30-33 Гр;
 - БМЎД 4,0 Гр ҳафтасига 5 фракция СЎД 20 Гр.
2. Бош мияни локал нурлаш
 - стереотаксик радиохирургия (SRS) - БМЎД 10,0 – 30,0 Гр 1 фракция – агар метастаз ўлчами 3 смдан катта бўлмаса.;
 - стереотаксик радиотерапия (SRT) – БМЎД 6,0-10,0 Гр 3-5 фракция – агар метастаз ўлчами 3,0 дан 6,0 смгача бўлса;
 - метастазларни локал нурлантириш БМЎД 2,0-3,0 СЎД 20-60 Гргача.

Скелет суякларига метастазларда нур терапия.

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

3) Паллиатив жарроҳлик давоси:

Тарқалган қин саратони ва асоратлар (некроз, қон кетиш) мавжуд бўлган ҳолларда, циторедуктив жарроҳлик ўтказиш масаласи кўриб чиқилиши керак. Агар беморда уретерогидронефроз аниқланса, уретерокутанеостомия ёки цистостомия амалга оширилади. Агар ўсма тўғри ичакка ўсиб кирса, ичак тутилишини бартараф қилиш мақсадида колостомия амалиёти бажарилиши мумкин.

4) 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.

Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:

- цитологик ва гистологик тасдиқланган қин саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узок аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон сурати қоникарли бўлиши: гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар абсолют сони нормал –200 дан ортиқ бўлганда, тромбоцитлар – 100000 дан ортиқ бўлганда;
- жигар, буйрақлар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- нооперабел жараённи операбел жараёнга ўтказилганлик эҳтимолида;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон фенотипларида (паст дифференциаллашган,

дифференциаллашмаган) узоқ даволаш натижаларини яхшилаш.

Кимё терапияга қарши кўрсатмалар:

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

Абсолют қарши кўрсатмалар:

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

Нисбий қарши кўрсатмалар:

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

Паллиатив тизимли кимё терапия принциплари

• Тарқалган қин саратони беморларига паллиатив мақсадда кимё терапияси (ХТ) ўтказиш **тавсия этилади**. Даволаш ўсма жараёнининг прогрессияси ёки кимё терапиясига боғлиқ юзага келган оғир токсик таъсирлар сабабли даволашни давом эттириш имконияти йўқ бўлгунга қадар амалга оширилади. [27,24, 30].

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

Изоҳ:

- **ХТ минимал кўлами** қувватсизланган беморлар учун тавсия қилинади: #Цисплатин** 50 мг/м² 21 кунда 1 марта 6 курсгача [30];

- Қин саратонида ХТ **оптимал кўлам** режимлари бачадон бўйни саратонини даволаш билан бир ҳил [31, 33-35]: #Паклитаксел** + #Цисплатин**, #Паклитаксел**² + #Карбоплатин**; #Цисплатин** + #Гемцитабин**; #Паклитаксел** монорежимда ва бачадон бўйни саратони клиник тавсияномаларида келтирилган

• Прогрессияланган ҚС беморларига тавсия қилинади:

- Пембролизумаб** 200 мг в/и 3 ҳафтада 1 марта *микросателлит ностабиллик юқори даражада бўлса*, шу жумладан, рецидив кузатилган ҳолатларда ДНК репарация тизимининг бузилишида (dMMR) ҳам [34].

- #Капецитабин** 2500 мг/м²/сут ичишга 1–14-чи кунлар 21 кунлик цикл билан (ХТнинг 2-чи ва кейинги линиялари сифатида) [33].

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

Изоҳ: Худди 1-чи линия каби, платина сақловчи ХТга қайтиш агар платинасиз интервал 6 ойдан катта бўлса мумкин бўлади.

Ҳозирги вақтда тарқалган ясси хужайрали қин саратони (ҚС) да нур терапияси платина таркибли сенсибилизацияловчи кимё терапияси билан бирга ўтказилади. Бу бачадон бўйинининг ясси хужайрали саратони (РШМ) даволаш схемасига ўхшаш тарзда амалга оширилади. Кимё терапия режими: Цисплатин** 40 мг/м² вена ичи (в/в) ҳафтасига 1 марта жами 7 циклгача [35].

Паллиатив кимё терапия схемалари:

1. Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

2. Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва цисплатин 60–75 мг/м² в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А).

3. Доксорубицин 50–60 мг/м² в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м² в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

4. Ифосфомид 5000 мг/м² 24 соатлик инфузия местна билан – 400 мг/м² кунига 2 марта ва цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун. (ДД-А)

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м² в/и 1-кун. (ДД-А)

NB! Платина комбинацияларни қўллаш имкони бўлмаганда, ноплатинали комбинацияларни қўллаш мумкин.

Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м² 1-3 кунлар (ДД-А).

Даволашнинг I линиясида платина, паклитаксел ва бевацизумаб препаратлари комбинациясини қўллаш энг самарали ҳисобланади.

Ўсмада PDL1 (CPS \geq 1) ёки MSI-H/dMMR экспрессиясида бевацизумаб билан биргаликда ёки усиз пембролизумабни қўшиш тавсия этилади.

Адьювант режимда ёки I линияда 6 цикл кимё терапия ўтказиш ёки давони прогрессияланиш ёки чидаб бўлмас токсикликкача давом эттириш тавсия этилади.

Пембролизумаб ва бевацизумабни 35 циклгача ўтказса бўлади. Агар прогрессияланиш эрта кузатилса, прогрессияланишгача давом эттирилади. Неoadьювант мақсадда эса 2-3 курс ХТ тавсия қилинади.

10-жадвал. Қин саратонида тавсия этиладиган режимлар.

Кимё-нур терапия
• Цисплатин 40 мг/м ² в/и ҳар ҳафта дистанцион НТ фониди, 6 юборилиш
Неoadьювант/адьювант кимё терапия
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + карбоплатин АUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
• Паклитаксел 80 мг/м ² в/и ҳар ҳафта + карбоплатин АUC2 в/и ҳар ҳафта, 6 юборилиш
Кимё-нур терапия
• Цисплатин 40 мг/м ² в/и ҳар ҳафта дистанцион НТ фониди, 6 юборилиш
I линия кимё терапияси
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун + бевацизумаб ¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м ² в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + карбоплатин АUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб ¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)
• Паклитаксел 175 мг/м ² в/и 1-чи кун + карбоплатин АUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1)

- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м² в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб¹ 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел² 175 мг/м² в/и 1-чи кун + цисплатин² 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел² 175 мг/м² в/и 1-чи кун + карбоплатин² AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Ифосфамид 5000 мг/м² в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м²)³ 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м² в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м² в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Этопозид 100 мг/м² в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда хужайрали турида мақсадга мувофиқ)

Кимё терапия II линияси⁴

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS \geq 1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)
- Митомицин 7,5 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.
- Иринотекан 125 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.
- Гемцитабин 800–1000 мг/м² в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Доцетаксел 75 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Капецитабин 2500 мг/м² ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Топотекан 1,5 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.
- Ифосфамид 1200–1500 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м² в/и 1–5-чи кунлар)¹, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м² в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м² в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)
- Карбоплатин AUC5 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган

рецидивларда)

¹ ХТга бевацизумабни қўшилиши умумий ҳолати қониқарли бўлган, меъда ичак ва пешоб-жинсий токсиклик ҳавфи паст бўлган беморларга тавсия этилади.

² Анамнезида кичик чаноқ соҳасига НТ ўтказилган бўлса, паклитаксел, цисплатин ва карбоплатиннинг бошланғич дозалари 20%га редуцияланиши мумкин; қониқарли кўтарганда дозани стандарт миқдоргача эскалацияласа бўлади.

³ Месна ифосфамид дозасининг 100% суткалик дозасида қўлланилади ва кун давомида учта инъекцияга бўлинади: ифосфамидни юборишдан бевосита олдин, унинг инфузияси бошланганидан кейин 4 ва 8 соат ўтгач.

⁴ Кечки рецидивларда (бирламчи даво якунлангандан > 6 ой ўтгач) I линия ХТни такрорлаш мумкин.

11-жадвал. Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан) [18, 21, 22, 25]:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Антрациклинлар	Доксорубицин	50–60 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Цисплатин	50–75 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Паклитаксел	175 мг/м ² в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Карбоплатин	AUC 5–6 в/и 1-чи кун	А
Алкилловчи бирикмалар	Ифосфамид	1,6 мг/м ² в/и 1-3-кунлари 1 соатлик инфузия	В
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Доцетаксел	75 мг/м ² в/и ҳар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	Гемцитабин	1000 мг/м ² 1-чи ва 8-чи кунлар	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%88%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%B8-%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17756		

12-жадвал. Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам) [3, 4, 16, 18, 22]:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Алкалоид	Топотекан	1,25 мг/м ² в/и 1–5-чи кунлар ҳар 3 ҳафтада	С
Платина унумлари	Оксалиплатин	130 мг/м ² в/и ҳар 3 ҳафтада	С
Моноклонал антитана	Бевацизумаб	7,5–15 мг/кг в/и ҳар 3 ҳафтада	В
Иммуно онкологик препарат Моноклонал антитана	Пембролизумаб	200 мг в/и ҳар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши таъсирини сусайтирувчи дори воситалари	Аллопуринол	Ичишга	-
Антибактериал воситалар	Офлоксацин	Вена ичига	С
	Цефоперазон сульбактам	Вена ичига	С
	Метронидазол	Вена ичига Ичишга	А
	Левифлоксацин	Вена ичига Ичишга	-
	Ципрофлоксацин	Вена ичига Ичишга	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	Вена ичига Ичишга	А
Замбуруғга қарши дори воситалари	Вориконазол	Вена ичига Ичишга	В
	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С

Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	D
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	A
	Фамотидин	Вена ичига	A
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	B
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	B
	Лизиноприл	Ичишга	B
	Лактулоза	Ичишга	B
	Спиринолактон	Ичишга	B
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
Хлоргексидин	Ташқи	-	
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%88%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%B8-%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2023/17756		

NB! Қўшимча медикаментоз даволаш ривожланган асоратларнинг даволаш протоколларига мувофиқ амалга оширилади.

Кейинги паллиатив ёрдам:

- Кучли оғриқ синдроми мавжуд бўлганда даволаш «Сурункали кечувчи касалликларнинг инкурабел босқичидаги беморларга паллиатив ёрдам ва доимий оғриқ синдроми» протоколига мувофиқ амалга оширилади..
- Қон кетиш мавжуд бўлганда даволаш «Сурункали кечувчи касалликларнинг инкурабел босқичидаги беморларга паллиатив ёрдам ва қон кетиш» протоколига мувофиқ амалга оширилади.

6. Кейинги даволаш:

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

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

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

Ремиссияга кирган беморларни диспансер назорати:

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

Текширув усуллари:

- Умумий қон таҳлили;
- Биокимёвий қон таҳлили (оқсил, креатинин, мочевино, билирубин, АЛТ, АСТ, қондаги глюкоза);
- Коагулограмма (протромбин индекси, фибриноген, фибринолитик фаоллик, тромботест);
- Гинеколог кўриги;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси (2 проекцияда);
- Кичик чаноқ МРТси, Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи МСКТси, ПЭТ/КТ кўрсатма билан.

8. Паллиатив даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари

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

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

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

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

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

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

ОНКОЛОГИЯДА КЎМАКЛАШУВЧИ ТЕРАПИЯ

Антиэметик терапия

Кўнгил айланиши ва қайт қилиш кимётерапия (ХТ) нинг энг кенг тарқалган ножўя таъсирдан бири бўлиб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради.

Кимётерапия билан боғлиқ кўнгил айланиши ва қайт қилиш ушбу турдаги даволашнинг энг ёқимсиз жиҳатларидан биридир (1,2). Кимётерапиянинг энг жиддий ножўя таъсири бўлмаса-да, қайт қилиш, шунга қарамай, ҳаёт сифатини жуда ёмонлаштиради ва фаровонлик туйғусини камайтиради (1,3). Баъзи ҳолларда беморлар чидаб бўлмас кўнгил айланиши ва қайт қилиш туфайли кимётерапияни кечиктирадилар ёки бутунлай тўхтатадилар (1).

Бундан ташқари, қайт қилиш соғлиқ учун хавф туғдириши мумкин, чунки назоратсиз қайт қилиш сувсизланиш, метаболик мувозанат ва анорексияга олиб келади (4,5).

Терапия билан боғлиқ омиллар:

Баъзи дориларнинг юқори эметоген қобилияти, комбинацияланган терапия

Дори воситаларини қўллаш тартиби ва усули

Кимётерапевтик дориларнинг юқори дозалари (6).

Эметогенлик даражаси антиэметик терапиясиз битта режимда у ёки бу цитостатик қабул қилинган беморларда қайт қилиш хавфи сифатида тушунилади. Мисол учун, эметогенликнинг юқори даражаси препаратни қўллашдан кейин беморларнинг 90% дан кўпроғида қайт қилиш ривожланишини англатади. MASCC/ESMO тавсияларига мувофиқ эметогенлик даражасига қараб ўсмага қарши дориларнинг таснифи 13-жадвалда келтирилган.

13-жадвал. MASCC / ESMO тавсияларга мувофиқ эметогенлик даражасига қараб ўсмага қарши дориларни таснифлаш.

Эметогенлик даражаси	Вена ичига юбориш учун ўсмага қарши препарат	Per os қабул қилиш учун ўсмага қарши препарат
Юқори (90% ва ундан ортиқ беморларда)	Цисплатин Мехлорэтамин	Гексаметилмеламин Прокарбазин

қайт қилиш)	<p>Стрептозоцин Циклофосфан ≥ 1500 мг / м² Кармустин (BCNU) Дакарбазин</p> <p>«АС» схемаси: • эпирубицин 100 мг / м² или • доксорубицин 60 мг / м² + – циклофосфамид 600 мг / м² . 2) Карбоплатин асосидаги препаратлар</p>	
Ўртача (30–90 % беморларда қайт қилиш)	<p>Оксалиплатин Цитарабин > 1 г / м² Карбоплатин Ифосфамид Циклофосфамид < 1500 мг / м² Доксорубицин Даунорубицин Эпирубицин Идарубицин Иринотекан Азацидин Бендамустиин Клофарабин Алемтузумаб Трабектидин Ромидепсин Тиотепа</p>	<p>Циклофосфамид Темозоломид Винорельбин Иматиниб Кризотиниб Церитиниб Босутиниб</p>
Паст (10– 30 % беморларда қайт қилиш)	<p>(Nab-) Паклитаксел Доцетаксел Митоксантрон Липосомал доксорубицин Иксабепилон Топотекан Этопозид Пеметрексед Метотрексат Митомицин Гемцитабин</p>	<p>Капецитабин Тегафур Флюдарабин Этопозид Сунитиниб Эверолимус Лапатиниб Леналидомид Талидомид Афатиниб Дабрафениб</p>

	Цитарабин ≤ 1000 мг / м ² 5-фторурацил Винфлунин Темсиролимус Бортезомиб Цетуксимаб Трастузумаб(-эмтанзин) Панитумумаб Катумаксумаб Пертузумаб Афлиберцепт Ипилимумаб	Дазатиниб Ибрүтиниб Олапариб Нилотиниб Пвзопаниб Регорафениб Вандетаниб Вариностаг
Минимал (< 10% беморларда қайт қилиш)	Блеомицин Бусульфан 2- Хлордеоксиаденозин Флюдарабин	Хлорамбуцил Гидроксиуреа L-фенилаланин мустанд
	Винбластин Винкрисдин Винорельбин Бевацизумаб Офатумумаб Ниволумаб Пембролизумаб Пискантрон Пралатрексат	б-тиогуанин Метотрексат Гефитиниб Эрлотиниб Сорафениб Мелфалан Вемурафениб Помалидомид Руксолитинб Висмодегиб

КЎНГИЛ АЙНИШИ ВА ҚАЙТ ҚИЛИШ ТУРЛАРИ

Ривожланиш вақти ва механизмига кўра, цитостатиклар сабаб бўлган кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг 3 асосий тури мавжуд: ўткир, кечиктирилган ва шартли рефлексор (anticipatory - "олдинги", "эрта", "кутиш қайт қилиши" деб ҳам таржима қилинган), қўшимча равишда назорат қилинмайдиган (breakthrough – "оқимли") ва рефрактер терлаи ҳам бор (7, 8).

Ўткир қайт қилиш кимётерапиядан кейинги дастлабки 24 соат ичида ривожланади, юқори интенсивлик билан тавсифланади ва камдан-кам ҳолларда кўнгил айнаш билан бирга келади.

Кечиктирилган қайт қилиш кимётерапия бошланганидан кейин 2-5-кунларда

ривожланади, ўткирроқ эмас ва одатда доимий кўнгил айнаш билан бирга келади. Ривожланиш механизмлари ноаниқ бўлиб қолмоқда. Етакчи рол Р субстанциясига берилади, сератонин камроқ аҳамиятга эга.

Шартли рефлексли қайт қилиш - бу кимётерапия ва/ёки тегишли манипуляциялар ва атрофдаги муҳит учун классик шартли рефлексдир. Ўсмага қарши терапияси кўнгил айнаши ва қайт қилиш билан кечадиган ҳолларда ҳосил бўлади. Унинг ривожланиш хавфи ўтказилган курслар сонига мутаносиб равишда ортади ва кимётерапия тугаганидан кейин узоқ вақт давом этиши мумкин. Шартли рефлексни шакллантиришда етакчи ролни бир неча кунлик ўртача ёки оғир кўнгил айнаш ўйнайди. Шартли рефлексли кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олишнинг энг яхши усули беморни кимётерапиянинг биринчи курсидан етарли даражада антиэметик ҳимоя қилишдир.

Назорат қилинмайдиган (**breakthrough** – "оқимли") кўнгил айнаши ва қайт қилиш етарли антиэметик профилактика фонида ривожланади ва кўшимча коррекцияни талаб қилади. Рефрактер қайт қилиш кимётерапиянинг кейинги цикларида олдинги даволаш курсларида қайт қилишга қарши профилактика ва / ёки захира дориларнинг самарасизлиги билан содир бўлади.

ЗАМОНАВИЙ АНТИЭМЕТИК ТЕРАПИЯ ТАМОЙИЛЛАРИ

1. Кимётерапиянинг биринчи курсидан бошлаб амалга ошириш мажбурийлиги.
2. Биринчи цитостатик агентни киритишдан олдин антиэметикани киритиш.
3. Энг самарали стандарт антиэметик комбинациялардан фойдаланиш.
4. Комбинацияга киритилган ҳар бир антиэметикдан етарли дозаларда фойдаланиш.
5. Антиэметик терапиянинг етарли давомийлигига риоя қилиш.
6. Самарали концентрацияни сақлаб қолиш учун зарур бўлган антиэметиклар орасидаги интервалларга риоя қилиш.

Антиэметик терапия самарадорлигининг мезони ўсмага қарши дориларни қабул қилган пайтдан бошлаб 24 соат ичида (ўткир қайт қилишнинг ривожланиш даври) қайт қилиш ва кўнгил айнашнинг тўлиқ йўқлиги (тўлиқ назорат) ҳисобланади.

Кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш ва даволаш алгоритми

1. Белгиланган ХТ режимининг эметоген потенциални аниқлаш.
2. ХТ режимининг эметогенлигига асосланган профилактик терапияни тайинлаш.

3. Профилактик терапия фонида кўнгил айнаши ва қайт қилишда даволанишни буюриш.
4. Кейинги КТ циклларида кўнгил айнаши / қайт қилишнинг профилактик терапиясига ўзгартиришлар киритиш.

Антиэметиклар:

I. Серотонин рецепторлари антагонистлари (5-НТ3):

- Ондансетрон (ИД - С)
- Гранисетрон (ИД - С)
- Трописетрон (ИД - С)
- Палонсетрон (ИД - С)

II. Кортикостероидлар: Дексаметазон (ИД - С)

III. NK1 рецепторлари антагонистлари:

- Апрепитант (ИД - С)
- Фосапрепитант (ИД - С)
- Ролапитант (ИД - С)

IV. Антипсихотик восита (нейролептик):

- Оланзапин (ИД - С) (серотонин 5- НТ-, допамин ва холинорецепторларга нисбатан антагонист ҳисобланади).

Юқори эметогеник бир кунлик кимётерапия ва ўртача эметогеник бир кунлик кимётерапияда ўткир ва кечиктирилган кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш.

Ҳозирги вақтда **юқори эметогенли бир кунлик кимётерапия** учун энг самарали антиэметик комбинация антиэметик дорилар, жумладан NK1 рецепторлари антагонистлари + серотонин рецепторлари антагонистлари (5-НТ3) + дексаметазон бирикмасидир.

Ўртача эметоген потенциалга эга кимётерапия пайтида пайдо бўладиган кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш кимётерапия бошланишидан олдин бошланиши ва кимётерапиядан камида 3 кун ўтгач амалга оширилиши керак. Энг самарали антиэметик комбинация антиэметик дориларнинг комбинацияси, шу жумладан серотонин рецепторлари антагонистлари (5-НТ3) + дексаметазон.

14-жадвал. MASCC/ESMO 2016 TPBX тавсиясини янгиланган шакли. Ўткир кўнгил айнаши ва қайт қилиш.

Эметоген хавф гуруҳи	Антиэметиклар
----------------------	---------------

Юқори (АС эмас)	5-НТЗ + DEX + NK 1
Юқори (АС)	5-НТЗ + DEX + NK 1
Карбоплатин	5-НТЗ + DEX + NK 1
Ўрта (карбоплатиндан ташқари)	5-НТЗ + DEX
Паст	5-НТЗ ёки DEX ёки DOP
Минимал	Одатий профилактика йўқ

ТРВХ – кимётерапия туфайли кўнгил айниши ва қайт қилиш

MASCC - Multinational Association of Supportive Care in Cancer; **ESMO** – European Society for Medical Oncology

5-НТЗ - сератонин рецепторлари антагонистлари

DEX - дексаметазон

NK 1 - Апрепитант ёки Фосапрепитант ёки Ролапитант каби нейрокинин рецепторлари антагонистлари.

DOP - допамин рецепторлари антагонисти

ДИҚҚАТ: Агар АС схемасидан фойдаланганда NK1 рецепторлари антагонистлари мавжуд бўлмаса, палоносетрон 5-НТЗ рецепторларининг афзал антагонистидир.

15-жадвал. MASCC/ESMO 2016 ТРВХ тавсиясини янгиланган шакли. Кечиккан кўнгил айниши ва қайт қилиш.

Эметоген хавф гуруҳи	Антиэметиклар
Юқори (АС эмас)	DEX ёки (агар APR 125мг ўткир учун: (MCP+DEX) ёки (DEX+APR)
Юқори (АС)	Йўқ ёки (агар APR 125мг ўткир учун: APR+DEX)
Карбоплатин	Йўқ ёки (агар APR 125мг ўткир учун: APR)
Ўрта (карбоплатиндан ташқари)	DEX қўлланилиши мумкин
Паст	Профилактика кўзда тутилмаган
Минимал	Профилактика кўзда тутилмаган

DEX - дексаметазон

APR - апрепитант

MCP - метоклопромид

ТРВХ, NCCN 2017 ни бошқариш тавсияларидаги асосий янгиланишлар:

Карбоплатин эгри чизик остидаги майдон билан (ПКК) ≥ 4 қўлланилганда юқори эметоген дори сифатида таснифланади. 4, ПКК < 4 билан қўлланилганда, бу ўртача

эметоген дори.

Узоқ муддатли тери ости гранисетрони инъекция қилиш энди юқори эметоген ва ўртача эметоген ХТда кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш бўйича тавсияларга киритилган.

Тўртта доридан учтаси учун янги профилактика режими энди юқори эметоген ХТ да ТРВХнинг олдини олиш бўйича тавсияларга киритилган (11, 12).

ТРВХ, ASCO 2017 ни бошқариш тавсияларидаги асосий янгиланишлар:

цисплатин ёки циклофосфамидлар ва антрациклин комбинацияси билан юқори эметоген кимёвий терапия олган беморлар оланзапинни стандарт антиэметик режимга қўшишлари керак (5-НТ3 рецепторлари антагонистлари + NK1 + dex рецепторлари антагонистлари комбинацияси).

Карбоплатин ўз ичига олган кимётерапия олган, юқори эметоген кимётерапия олган беморларда NK1 рецепторлари антагонистлари стандарт антиэметик режимга қўшилиши керак (5-НТ3 + dex рецепторлари антагонистлари комбинацияси).

Агар беморлар антрациклин ва циклофосфамид комбинациясини қабул қилсалар, дексаметазонни қабул қилиш кимётерапиянинг биринчи кундан бошлаб чекланиши мумкин.

Беморнинг самарасиз антиэметик терапияга эметик жавобини баҳолаш ўрнига, антиэметик терапияни кимёвий ва радиотерапия учун мос бўлган энг самарали режим билан бошлаш тавсия этилади (13).

16-жадвал. ASCO 2017 нинг янгиланган тавсиялари. Катта ёшли беморлар.

Эметоген хавф гуруҳи	Антиэметиклар
Юқори (АС эмас)	5-НТ3 + DEX* + NK 1+Olanzapine*
Юқори (АС)	5-НТ3 + DEX* + NK 1+Olanzapine*
Карбоплатин	5-НТ3 + DEX + NK 1
Ўрта (карбоплатиндан ташқари)	5-НТ3 + DEX
Паст	5-НТ3 ёки DEX ёки DOP
Минимал	Одатий профилактика йўқ

* - дексаметазон ва оланзапинни 2-4 кунлар давом эттириш керак

17-жадвал. Ўткир кўнгил айнаши ва қайт қилишда серотонин рецепторлари антогонистлари (5-НТ)ни тавсия этилган дозалари.

Препарат	Юборилиш йўли	Дозаси
Ондансетрон	в/и	8мг ёки 0,15мг/кг
	Перорал	16мг*
Гранисетрон	в/и	1мг ёки 0,01мг/кг
	Перорал	2мг (ёки 1мг**)
Трописетрон	в/и	5мг
	Перорал	5мг
Палонсетрон	в/и	0,25мг
	перорал	0,5мг

* Рандомизацияланган синовларда кунига икки марта 8 мг режими синовдан ўтказилди.

** Баъзи панелистлар 1 мг дозани афзал кўришади

18-жадвал. Кортикостероидлар(дексаметазон)нинг тавсия этилган дозалари*

Дексаметазон		Дозаси ва юборилиш вақти
Юқори хавф	Ўткир қайт қилиш	20мг бир марта (апрепитант қўлланилганда 12мг)**
	Кечиккан қайт қилиш	8мг 3-4 кун давомида (апрепитант қўлланилганда 8мг кунига 1 марта)
Ўрта хавф	Ўткир қайт қилиш	8 мг бир марта
	Кечиккан қайт қилиш	8 мг ҳар куни 2-3 кун давомида
Паст хавф	Ўткир қайт қилиш	4-8 мг кунига 1 марта

* Бошқа кортикостероидлар ҳам самарали антиэметиклар бўлишига қарамай, дексаметазонни дозалаш режими, танланган дори сифатида, бир нечта дозалаш шакллари билан препаратни кенг қўллашга асосланган

** Рандомизацияланган синовларда (фос) апрепитантлар билан фақат 12 мг дексаметазон ўрганилган

19-жадвал. NK1 рецепторлар антогонистларининг тавсия этилган дозалари.

NK1 Рецепторлар антогонистлари	Дозаси ва юборилиш вақти

Апрепитант* ва фосапрепитант Ўткир қайт қилиш	Апрепитант 125мг ичишга 1 марта кимё терапия куни * -ёки- Фосапрепитант 150 в/и, 1 марта кимё терапия куни
Апрепитант* ва фосапрепитант Кечиккан қайт қилиш	Апрепитант 80мг ичишга 1 марта 2 кун давомида кимё терапиядан кейин
Ролапитант	180мг ичишга 1 марта кимё терапия куни

* Апрепитант 165 мг, кимё терапиядан олдин 1 доза (2-3 кунлар қўланилмайди). ЕМА ва бошқа аъзолар томонидан тавсия этилган.

Эрта кўнгил айланиши ва қайт қилишнинг олдини олиш бўйича тавсиялар

Эрта қайт қилишни олдини олишнинг энг яхши усули бу ўткир ва кечиктирилган қайт қилишни энг яхши назорат қилишдир.

Эрта кўнгил айланиши ва қайт қилишни даволаш учун психотерапия, айниқса мушакларни бўшаштириш бўйича прогрессив машғулотлар, тизимли десенситизация ва гипноздан фойдаланиш мумкин.

Фақат бензодиазепинлар эрта кўнгил айланиши ва қайт қилиш ҳолатларини камайтиради, аммо давом этаётган кимётерапия билан уларнинг самарадорлиги пасаяди.

Колонестимулловчи терапия:

Гемопоезни рағбатлантириш ва фебрил нейтропенияда (ФН) миелосупрессияни енгиш учун Г-КСФни буюришнинг мақсадга мувофиқлиги бир неча рандомизацияланган синовларда ўрганилган. Мавжуд маълумотларга асосланиб, ФН даврида Г-КСФнинг роли тўғрисида қуйидаги хулосалар чиқарилади:

- Г-КСФ статистик жиҳатдан нейтропения давомийлигини 1-2 кунга сезиларли даражада камайтиради;
- Г-КСФ Фн ҳолатида иситма давомийлигини ва антибактериал (АБ) терапия давомийлигини камайтирмайди;
- Г-КСФ ФНнинг битта эпизодини даволаш харажатларини камайтирмайди.

Г-КСФ гипотензия, сепсис, пневмония, тўқима инфекциялари, тизимли замбуруғ инфекцияси, узоқ муддатли нейтропения (>7 кун) ёки чуқур нейтропения каби ўлимнинг кўпайиши билан кечадиган шароитларда ФН хавфи юқори бўлган ҳолларда қўлланилиши мумкин.

Кўпчилик тиббий онкологик жамоалар (NCCN, ASCO, EORTC, RUSSCO) қуйидаги Г-КСФлардан фойдаланишни тавсия: липегфилграстим, эмпегфилграстим, пегфилграстим (полиэтилен гликол билан бирга филграстим), филграстим

(гликозирланмаган Г-КСФ), ленограстим (гликозирланган Г-КСФ). Липегфилграстим, эмпегфилграстим ва пегфилграстим узоқ муддатли дорилар бўлиб, ХТ курсидан кейин бир марта қўлланилади. Узоқ муддатли таъсир препаратнинг сийдик билан чиқарилмаслиги ва қонда узоқроқ айланиши билан боғлиқ.

20-жадвал. Г-КСФ препаратлари рўйхати

МНН	КСФ гуруҳи	Юқорилиш режими
Филграстим	Рекомбинант инсон гликолизланмаган Г-КСФси	5 мкг/кг суткада 1 маҳал. т/о ёки в/и ҳар куни ХТнинг охириг кунидан 24-72 соат кейин АЧНнинг зарур стабилизациясига қадар
Пэгфилграстим	Рекомбинант пегилирланган Г-КСФ (филграстим), конъюгирланган полиэтиленглик билан, пролонгирланган таъсирли	6 мг (тана вазнини ҳисобга олмаган ҳолда) бир марта т/о ХТ курсидан 24 соатдан олдин эмас ва 14-кунидан кейин эмас
Липэгфилграстим	Гликопегилирланган Г-КСФ пролонгирланган таъсирга эга	100 мкг/кг ёки 6 мг (тана вазнини ҳисобга олмаган ҳолда) бир марта т/о ХТ курсидан 24 соатдан кейин
Эмпэгфилграстим	Ковалент конъюгат филграстим битта полиэтиленгликол молекуласи билан, пролонгирланган таъсирга эга	7,5 мг (тана вазнини ҳисобга олмаган ҳолда) бир марта т/о ХТ курсидан 24 соатдан олдин эмас ва 14-кунидан кейин эмас
Ленограстим	Рекомбинант инсон гликолизирланган Г-КСФ	19,2 млн. МЕ (ёки 150 мкг) м ² тана юзасига (0,64 млн. МЕ ёки 5 мкг кг тана вазнига) кунига т/о ёки в/и ҳар куни ХТнинг сўнги кунидан 24–72 соатдан кейин стабил АЧНга эришганга қадар

21-жадвал. Колонистимуловчи омилларни буюришга кўрсатмалар

Бирламчи профилактика	Иккиламчи профилактика
➤ ФН юқори хавфили ХТ режимларида ($\geq 20\%$);	➤ ХТнинг кейинги курсида ҳаёт учун хавfli инфекция эҳтимоли;

<p>➤ ФН юқори хавфи билан ассоцирланган бошқа ҳолатларда:</p> <p>➤ – суяк кўмигининг кўп бўлмаган резервида (АЧН <1,5 × 10⁹ /л), масалан, суяк кўмигининг 20%дан ортиқ қисми нурланганда;</p> <p>➤ – ВИЧ-инфекция;</p> <p>➤ – даволаниб кетиш мақсадида ХТ олаётган ≥65 ёшли бемор;</p> <p>➤ - цитостатик дозасини камайтириш салбий умр таъсир қилиши мумкин ҳолларда оптимал даволаш интенсивлигини таъминлаш учун..</p>	<p>➤ даволаш протоколини ўзгартира олмаслик (цитостатик дозаларни бўсага даражасидан пастга тушириш ва ХТ курслари орасидаги интервални ошириш);</p> <p>➤ ХТ бошлашга имкон бермайдиган нейтропения;</p> <p>➤ даволаш режимини ўзгартириш (интервал, доза) самарадорликнинг пасайишига олиб келиши мумкин (таъсир частотаси, прогрессиясиз вақт ва умумий яшовчанлик).</p> <p>➤ НТ фониди; бу фақат НТ фониди суяк илиги функциясини бостириш туфайли беморнинг ўлимининг эҳтимолий ва аниқ хавфи билан кўрсатилади, бунда БМЎД 3 дан 10 Гр гача.</p>
<p><i>!!! Кўкрак қафаси КТ пайтида Г-КСФ нинг бирламчи профилактикаси кўрсатилмайди, чунки у миелосупрессия частотаси ва асоратлар ва ўлим хавфини оширади.</i></p>	

Анемияни коррекцияси:

Хавфли ўсмалардаги анемия (КХТ10 бўйича В63) Нв концентрациясининг нормал қийматдан (одатда 120 г/л) пасайиши сифатида аниқланади ва ўсманинг ўзи ҳам, уни даволаш ҳам бўлиши мумкин. Енгил анемия-Нв концентрациясининг 100 дан 119 г/л гача пасайиши, ўртача анемия-Нв концентрацияси 80 дан 99 г/л гача, оғир анемия-НВ концентрацияси 80 г/л дан паст бўлишидир.

22-жадвал. Онкологик беморларда анемияни даволаш учун тавсия этилган дорилар

Препарат гуруҳи	Препарат, тавсия этилган доза
Эритропоззни стимулловчи препаратлар	Эпоэтин альфа 150 МЕ/кг × хафтасига 3 марта, т/о 12 000 МЕ × хафтасига 3 марта, т/о 40 000 МЕ × хафтасига 1 марта, т/о
	Эпоэтин бета 30 000 МЕ × хафтасига 1 марта, т/о
	Эпоэтин тета 20 000 МЕ × хафтасига 1 марта, т/о
	Дарбэпоэтин альфа 2,25 мкг/кг × хафтасига 1 марта, т/о 500 мкг × 3 хафтада 1 марта, т/о

Темир препаратлари	Темир [III] гидроксид сахароза комплекси 200 мг × хафтасига 3 марта в/и оқим билан 7 мг темир/кг, бир марталик дозада 500 мг темир дозасидан кўп бўлмаган, в/и, 3,5 соатдан кам бўлмаган инфузия
	Темир карбоксимальтозат 200 мг темир × хафтасига 3 марта в/и оқим билан 20 мг максимал темир/кг, бир марта 1000 мгдан кўп бўлмаган дозада, в/и томчилаб 15 минутдан кам бўлмаган.
	Темир [III] гидроксид декстран 100–200 мг × хафтасига 2-3 марта в/и оқим билан 20 мг/кг темир в/и инфузия 4–6 соат
Витаминлар	Цианкобаламин (Витамин В12) 0,5 мг/мл – 1,0 мл, т/о кунора
	Фолий кислотаси 2 мг/сут. ичишга

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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

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

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

9. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. FUTURE I/II Study Group, Dillner J., Kjaer S.K., Wheeler C.M. et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:3493.

2. Eifel P.J., Berek J.S., Markman M.A. Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: De Vita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. Pp.: 1311–44.

3. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О.Шахзадовой.—М: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2022. – илл. – 252 с.

4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989. С. 462.

5. Kurman R., Carcangiu M., Herrington C. WHO Classification of tumours of female genital tumours. Revised 5th edn. Lyon: IARC Press, 2020.

6. Коржевская Е.В., Кузнецов В.В., Грицай А.Н. Злокачественные опухоли влагалища. Клиническая онкогинекология: руководство для врачей под ред. В.П. Козаченко. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Бином, 2016. С. 97–108.

7. Gallup D.G., Talledo O.E., Shah K.J., Hayes C. Invasive squamous cell carcinoma of the vagina: a 14-year study. *Obstet Gynecol* 1987;69(5):782–5.

8. Perez C.A., Gersell D.J., McGuire W.P., Morris M. Vagina. In: Hoskins W.J., Perez C.A., Young R.C., eds. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. Pp.: 811– 40.

9. Frank S.J., Jhingran A., Levenback C. et al. Definitive radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62(1):138–47.

10. Stock R.G., Chen A.S., Seski J. A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol* 1995;56(1):45–52.

11. Perez C.A., Camel H.M., Galakatos A.E. et al. Definitive irradiation in carcinoma of the vagina: long-term evaluation of results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;15(6):1283–90.

12. Tran P.T., Su Z., Lee P. et al. Prognostic factors for outcomes and complications for primary squamous cell carcinoma of the vagina treated with radiation. *Gynecol Oncol* 2007;105(3):641–9.

13. Frank C.A., Korba A., Sharma S. Dosimetric considerations in irradiation of carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1977;62:138–47.

14. Rubin S.C., Young J., Mikuta J.J. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications, and long-term follow-up. *Gynecol Oncol* 1985;20(3):346–53.
15. Raitanen M., Rantanen V., Kulmala J. et al. Supra-additive effect with concurrent paclitaxel and cisplatin in vulvar squamous cell carcinoma in vitro *Int J Cancer* 2002;100:238–43.
16. Koh WJ et al. Vulvar Cancer, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. / https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vulvar_blocks.pdf
17. Chung H.C., Ros W., Delord J.P. et al. Efficacy and safety of pembrolizumab in previously treated advanced cervical cancer: results from the phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol* 2019;37(17):1470–8.
18. Chyle V., Zagars G.K., Wheeler J.A. et al. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;35(5):891–905.
19. Lian J., Dundas G., Carlone M. et al. Twenty-year review of radiotherapy for vaginal cancer: an institutional experience. *Gynecol Oncol* 2008;111(2):298–306.
20. Andersen E.S. Primary carcinoma of the vagina: a study of 29 cases. *Gynecol Oncol* 1989;33(3):317–20.
21. Grigsby P.W. Vaginal cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2002;3(2):125–30.
22. Dalrymple J.L., Russell A.H., Lee S.W. et al. Chemoradiation for primary invasive squamous carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14(1):110–7.
23. Samant R., Lau B., Choan E. et al. Primary vaginal cancer treated with concurrent chemoradiation using Cis-platinum. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;69(3):746–50.
24. Tabata T., Takeshima N., Nishida H. et al. Treatment failure in vaginal cancer. *Gynecol Oncol* 2002;84(2):309–14.
25. Tjalma W.A., Monaghan J.M., de Barros Lopes A. et al. The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol* 2001;81(3):360–5.
26. Mell L.K., Mundt A.J. Survey of IMRT use in the United States, 2004. *Cancer J* 2005;104:1296–303.
27. Benedetti Panici P., Bellati F., Plotti F. et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery in patients affected by vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol* 2008;111(2):307–11.
28. Каприн А.Д., Мардынский Ю.С. Терапевтическая радиология: национальное руководство. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2018. 704 с.

29. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. Лучевая терапия: учебник. Т.2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 192 с.
30. Thigpen J.T., Blessing J.A., Homesley H.D. et al. Phase II trial of cisplatin in advanced or recurrent cancer of the vagina: a gynecologic oncology group study. *Gynecol Oncol* 1986;23(1):101–4.
31. Zhou M. et al. Tumor regression grading after neoadjuvant chemotherapy predicts long-term outcome of stage IIIc epithelial ovarian cancer./*Journal of Clinical Oncology* 2018 36:15_suppl, 5547-5547.
32. Stock RG, Chen AS, Seski J: A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol* 56 (1): 45-52, 1995.
33. Lepori S, Fontanella C, Maltese G et al. Phase II study of the safety and efficacy of oral capecitabine in patients with platinum-pretreated advanced or recurrent cervical carcinoma. *Annals of Oncology*, 2017, 28: mdx372.053.
34. Shields LBE, Gordinier ME Pembrolizumab in Recurrent Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: Case Report and Review of the Literature./ *Gynecol Obstet Invest.* 2019;84(1):94-98. doi: 10.1159/000491090. Epub 2018
35. Rose PG et al Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer./ *N Engl J Med.* 1999 Apr 15;340(15):1144-53
36. Miyamoto DT, Viswanathan AN. Concurrent chemoradiation for vaginal cancer. *PLoS One.* 2013; 8:e650}8.
37. Henrike Westerveld, Maximilian P. Schmid, Remi A. Nout Cyrus Chargari, Bradley R. Pieters, Carien L. Creutzberg Alina Sturdza, Jacob C. Lindegaard, Zdenko van Kesteren, Renaud Mazon, Nicole Nesvacil, and Lars U. Fokdal Image-Guided Adaptive Brachytherapy (IGABT) for Primary Vaginal Cancer: Results of the International Multicenter RetroEMBRAVE Cohort Study //*Cancers (Basel)*. 2021 Mar; 13(6): 1459. Published online 2021 Mar 23. doi: 10.3390/cancers13061459
38. Сафронова К.В., Артемьева А.С., Сидорук А.А. и др. Меланома нижнего женского полового тракта (вульвы, влагалища и шейки матки): обзор литературы и собственные наблюдения. *Опухоли женской репродуктивной системы* 2019;15(3):44–53.
39. K.S. Albuquerque, K.K. Zoghbi, N. et al /Vaginal cancer: Why should we care? Anatomy, staging and in-depth imaging-based review of vaginal malignancies focusing on MRI and PET/CT// *Clinical Imaging* 84 (2022) 65– 78; NCCN Version 1.2023 — December 22, 2022

40. Andersen K, Zobbe V, Thranov IR, Pedersen KD (2015) Relevance of computerized tomography in the preoperative evaluation of patients with vulvar cancer: a prospective study. *Cancer Imaging* 15:8;

41. NCCN Version 1.2023 — December 22, 2022; Robertson NL, Hricak H, Sonoda Y, et al. The impact of FDG-PET/CT in the management of patients with vulvar and vaginal cancer. *Gynecol Oncol* 2016;140:420-424.

42. Viswanathan C, Kirschner K, Truong M, et al. Multimodality imaging of vulvar cancer: staging, therapeutic response, and complications. *AJR AM J Roentgenol* 2013; 200:1387-1400

43. K.R. Fink , J.R. Fink /Imaging of brain metastases// *Surg Neurol Int.* 2013 May 2;4(Suppl 4):S209-19.doi: 10.4103/2152-7806.111298. Print 2013;

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

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

46. ↑ [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.

47. ↑ [Перейти обратно:¹ ² Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилатика 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*)

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

49. ↑ [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](#)).

50. ↑ 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).

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.