

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil " 23" iyundagi
№180 son buyrug‘iga
ilova

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONKOLOGIYA VA
RADIOLOGIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"QIN SARATONI" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

"TASDIQLAYMAN"
Respublika ixtisoslashtirilgan
Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori
M. N. Tillyashayxov



2025 yil

"QIN SARATONI " NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

МУНДАРИЖА

"ҚИН САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	5
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	48
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	64
«ҚИН САРАТОНИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	82

**"QIN SARATONI" NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotasiya. Qin saratoni D07.2, C52 bo'yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma'lumotlarga muvofiq qin saratonini nazorat qilish va oldini olishga qaratilgan o'z vaqtida va sifatli diagnostika, terapevtik taktika, palliativ yordamni ta'minlash uchun yagona konsepsiyani shakllantirish maqsadida ishlab chiqilgan.

Qin saratoni nozologiyasi bo'yicha ushbu milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog'liqni saqlash muassasalarining ambulator va stasionar sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan.

- XKT kod (lar i):

XKT-10	
Kod	Nazvanie
D07.2	Qin in situ karsinomasi
C52	Qin xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-10dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
XKT-11	
Kod	Nazvanie
2C71	Qinning xavfli o'smalari
2C71.0	Qinning adenokarsinomasi
2C71.1	Qinning melanomasi
2C71.2	Qinning yassi hujayrali saratoni
2C71.Y	Qinning boshqa aniqlangan xavfli o'smalari
2C71.Z	Aniqlanmagan qin xavfli o'smalari
Yuklab olish (XKT-11dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

- Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:

2025-2028 yil.

- Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul bo'lgan tashkilot: Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

- MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQLASHDA HISSA QO‘SHGANLAR:

- Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:

1. Tillyashayxov Mirzagaleb Nigmatovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktori;
2. Yusupbekov Abrorbek Axmedjanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari;
3. Juraev Mirjalol Dexkanovich – t.f.d., professor, RIOvaRIATM abdominal bo‘limi rahbari;
4. Ibragimov Shavkat Narziqulovich – t.f.d., RIOvaRIATM radiologiya bo‘limi ilmiy rahbari;
5. Nishanov Daniyar Anarbaevich – t.f.d., RIOvaRIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari;
6. Kamishov Sergey Viktorovich – t.f.d., RIOvaRIATM kimyo terapiya bo‘limi ilmiy rahbari;
7. Raximov Nodir Mahamatovich – t.f.d., Samarqand shahar hududlar aro Xospisi direktori;
8. Ismailova Munajat Hayotovna – k.m.n., TOSHKENT Tibbiyot akademiyasi onkologiya kafedrasida mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo‘yin o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
10. Abdukarimov Xurshid Ganjievich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o‘smalari bo‘limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muhamedjanovich – t.f.n., RIOvaRIATM endovizual jarrohlik bo‘limi mudiri;

- Multidissiplinar mualliflar ro‘yxati, qo‘shimcha hammualliflar jamoasi:

1. Zaxirova Nargiza Ne'matovna – t.f.d., Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining onkoginekologiya bo‘limi rahbari;
2. Axmedov Odiljon Muhamedjanovich – t.f.n., RIOvaRIATM endovideoxirurgiya bo‘limi mudiri;
3. Otajonov Muzaffar Muxtarovich – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining etakchi mutaxassisi;

4. Nekova Gulshan Orzievna – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining etakchi mutaxassisi;
5. Saydaxmedova Viloyat Amirdinovna - RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining etakchi mutaxassisi;

- Resenzentlar:

Respublikadan:

Mamadaliyeva Ya.S. –t.f.d., professor tibbiyot xodimlari kasbiy malakasini rivojlantirish markazi UTT kursi bilan onkologiya kafedrasini mudiri;

Horijdan:

Murat Gultekin – professor, Xasetepa universiteti tibbiyot fakulteti ginekologiya bo‘limi rahbari, Anqara, Turkiya.

- **Multidissiplinar ishchi guruh yig‘ilishida MILLIY KLINIK PROTOKOLni loyihasini muhokamasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi:** ishchi guruhning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 22 mayda bo‘lib o‘tgan.

- **Onkologiya tibbiyot yo‘nalishlari kengashlari yig‘ilishida AGREE usulida muhokamadan o‘tkazilganligi xulosasi va yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma:** Ilmiy Kengashning 5-sonli yig‘ilishi 2025 yil 25 mayda bo‘lib o‘tgan.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

Respublikadan:

Islamov Xurshid Jamshidovich – t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi koloproktologiya bo‘limi ilmiy rahbari;

Horijdan:

Kim Sergey – Seul Milliy universitetining Bundang gospitali tashqi aloqalar departamenti professori.

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog‘liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o‘tkazilgan baholash bo‘yicha ekspert xulosasi:

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligidagi, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Sogʻliqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yigʻilish bayonnomasidan koʻchirma (sana, №raqam).

QISQARTMALAR ROʻYXATI:

CTV	– Nishonning klinik hajmi
GTV	– Bevosita oʻsma xajmi (makroskopik vizualizasiyalanadigan)
PTV	– Rejalashtirilgan oʻsma hajmi
SCC	– Yassi hujayrali saraton antigeni, oʻsma markeri
VMAT, yoki RapidArc	– Hajmi intensivligi boʻyicha modulirlangan nur terapiya
OPV	– Odam papillomasi virusi
QS	– Qin saratoni
BBS	– Bachadon boʻyni saratoni
ALT	– Alaninaminotransferaza
AST	– Aspartataminotransferaza
AFP	– Alfa-fetoprotein
JSST	– Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti
OIV	– Odam immun tanqis virusi
DNT	– Distansion nurterapiya
BINT	– Boʻshliq ichi nur terapiya
BXT	– braxiterapiya
KFNT	– Konform nur terapiya
NTIMNT	– Nurlanish tutami intensivligini modulyasiyasi bilan nur terapiya
IONT	– Intraoperasion nur terapiya
SRX	– stereotaksik radioxirurgiya
SRT	– stereotaksik radioterapiya
Gr	– Grey
XOʻ	– Xavfli oʻsma
IGX	– Immunogistoximiya (tekshiruv)

KSF	– Koloniestimullovchi faktorlar
LD	– Limfodisseksiya
NT	– Nur terapiya
UYa	– Umumiy yashovchanlik
QBA	– Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari
KQA	– Ko‘krak qafasi a‘zolari
KChA	– Kichik chanoq a‘zolari
PZR	– Polimeraza zanjir reaksiya
PET	– Pozitron-emission tomografiya
BMO‘D	– Bir martalik o‘choqli doza
RP	– Progesteron reseptorlari
RE	– Estrogen reseptorlari
SO‘D	– Summar o‘choqli doza
YuQT	– Yurak-qon tomir tizimi
UZDG	– Ultratovush dopplerografiya
v/i	– Vena ichiga
KT	– kompyuter tomografiya
LDG	– laktatdigidroginaza
DV	– Dori vositasi
XPN	– Halqaro patentlanmagan nomi
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
PXT	– poliximioterapiya
NAPXT	– neoad'yuvant ximioterapiya
UTT	– Ultra tovush tekshiruvi
ID	– Isbotlanganlik darajasi
FEGDS	– fibroezofagogastroduodenoskopiya
OXG	– Odam xorion gonadotropini
EKG	– elektrokardiografiya
SA-125	– adenogen saraton antigeni (o‘sma antigeni) 125
dMMR	– Urug‘lanmagan asoslarning reparasiya tizimini buzilishi

ESGO	– European Society of Gynaecological Oncology (Evropa onkoginekologlar jamiyati)
ESMO	– European Society for Medical Oncology (Evropa tibbiy onkologlar jamiyati)
ESTRO	– European Society for Radiotherapy & Oncology (Evropa radioterapiya va onkologiya jamiyati)
IMRT	– Intensity Modulated Radiation Therapy
MSIh	– Mikrosatellit nostabillik
ECOG	(angl. Eastern Cooperative Oncology Group) – davolash boshlanishidan oldin, davo jarayonida va keyin onkologik bemor – umumiy ahvolini 5 ballik tizim bo'yicha baholash shkalasi (onkologik bemorlarni hamkorlikda o'rganish Sharqiy guruhi tomonidan tavsiya etilgan).
FIGO	– Halqaro Ginekolog va akusherlar Federasiyasi
GOG	– Ginekolog onkologlar guruhi (ginekologik saratonni tadqiqotchilar kooperativ guruhi, AQSh)
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – xavfli o'smalarni bosqichlarini xalqaro tasnifi
RW	– Vasserman reaksiyasi

- Mazkur nozologiya bo'yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Onkoginekologlar;
- Akusher-ginekologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Kimyo terapevtlar;
- Radioterapevtlar;
- Genetiklar;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.

- **Mazkur nozologiya bo'yicha bemorlarning toifasi:** (18 yoshdan) kattalar.
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi:**

Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash o'lchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o'tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
2	Ma'lumotlarning usuli yoki alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda ko'rib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Ma'lumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspertlarning fikrini asoslash mavjud.

Profilaktika, davolash va reabilitatsiya (profilaktika, davolanish, reabilitatsiya aralashuvlari) uchun dalillarga ishonch darajasini baholash o'lchovi

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam ko'rib chiqish.
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.
5	Aralashuvning harakat mexanizmi uchun faqat asos mavjudligi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi.

Profilaktika, tashxis, davolash va reabilitatsiya usullari bo'yicha tavsiyalarning ishontirish darajasini baholash o'lchovi (profilaktika, davolanish, reabilitatsiya aralashuvlari)

DID	Batavsil
------------	-----------------

A	Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlar (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari kelishilgan).
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan).
C	Zaif tavsiya (tegishli sifat dalillarining yo‘qligi, ko‘rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari kelishilmagan).

2. Asosiy qism.

- Kirish

Qinning xavfli o‘smasi – qin devorida yuzaga keladigan xavfli o‘smadir. Qinning yassi hujayrali saratoni – ayol qinining qoplovchi yassi hujayrali epiteliysidan rivojlangan xavfli o‘smadir.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola:

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

Xalqaro Saratoni Izlash Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlari bo‘yicha, 2022 yilda qin saratoni barcha holatlari 18 819 tani tashkil etgan va 8 240 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

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

Qinning saratoni (QS) etiologiyasi va patogenezini ko‘p jihatdan aniq emas, birinchi navbatda past kasallanish ko‘rsatkichlari tufayli. Urogenital sinusdan paydo bo‘lgan vulva, qin va bachadon bo‘ynining bir xil embriogenezini inobatga olganda, ularning etiologiyasi va patogenezini umumiy ekanligi taxmin qilinadi [1].

Qin saratoni (QS) patogenezida mumkin bo‘lgan salbiy rolni quyidagi omillar o‘ynaydi:

- • Ayolning hayot davomida inson papillomavirusi (OPV) bilan infeksiyalanishi (yassi hujayrali QS holatlarida VPCh 60% dan ziyod kuzatuvlarda aniqlanadi), 2-tip oddiy herpes virusi va inson immunodefisit virusi, VPChning o‘tkir uchli kondilomalar shaklida ifodalanishi;
- Menopauzadan keyingi estrogen etishmasligi;
- Juda og‘ir xronik senil kolpitlar;
- Involyutiv, distrofik, kastrasiyadan keyingi va yoshga bog‘liq jarayonlar;

- Surunkali nospesifik vaginitlar;
- Bachadon bo‘yni saratonida qo‘shma nur terapiyadan keyin, nur terapiyaning kanserogen ta'siri orqali ushbu hududda xavfli o‘smaning paydo bo‘lishi haqida ko‘plab xabarlar mavjud. Qin saratoni rivojlanishi nisbiy xavfi aholiga nisbatan bachadon bo‘yni saratoni bo‘yicha qo‘shma nur terapiya olgan bemorlarda 300 marta yuqoridir [2].

Klinik nuqtai nazaridan, bugun QS rivojlanishining eng ehtimoliy 3 sababini ko‘rib chiqish lozim:

1. OPV bilan bog‘liq xavfli o‘smaning rivojlanishi.
2. BBS nur terapiyasidan keyin qinning radioindusirlangan o‘smalari.
3. Metastatik o‘smalar (bachadon, tuxumdonlar, hokazo).

Birlamchi qin saratoni juda kam uchraydi. Ayollar jinsiy a'zolaridagi xavfli o‘smalar tuzilishida birlamchi qin saratoni taxminan 1% ni tashkil qiladi. Rossiyada 2021 yilda birinchi marta aniqlangan qin saratoni holatlari 549 ta ro‘yxatga olingan. 2021 yilda qin saratonining standartlashtirilgan kasallik tarqalishi ko‘rsatkichi 100 minta ayol aholisida 0,36 ni tashkil etgan [3]. Qindagi barcha gistologik turdagi xavfli o‘smalarning deyarli 90% yassi hujayrali saratoniga to‘g‘ri keladi [4].

Birlamchi qin saratoni ayollar jinsiy a'zolaridagi barcha xavfli o‘smalarga nisbatan faqat 1–2% ni tashkil etadi. Qinning metastatik saratoni esa ancha ko‘proq uchraydi.

2024 yilda O‘zbekistonda qin saratoni 48 ayolda aniqlandi.

- Klinik tasnifi

Xalqaro gistologik tasnif

Qin o‘smalarining JSST tasnifi^{1,2,3} (2014)

Epitelial o‘smalar	
<i>Yassi hujayrali o‘smalar va ularning oldingi holatlari</i>	
Yassi hujayrali intraepitelial shikastlanishlar	8077/0
<i>Past darajadagi (low-grade) yassi hujayrali vaginal intraepitelial neoplaziya</i>	8077/2
<i>Yuqori darajadagi (high-grade) yassi hujayrali vaginal intraepitelial neoplaziya</i>	8070/3
Yassi hujayrali saraton, BDU	
<i>Muguzlanuvchi</i>	8071/3
<i>Muguzlanmaydigan</i>	8072/3
<i>Papillyar</i>	8052/3

<i>Bazaloid</i>	8083/3
<i>So'galsimon</i>	8051/3
<i>Verukoz</i> Xavfsiz yassi hujayrali zararlanish	8051/3
<i>O'tkir uchli kondiloma</i> <i>Yassi hujayrali papilloma</i>	8052/0
<i>Fibroepitelial polip</i> <i>Tubulo-yassi hujayrali polip</i>	8560/0
<i>O'tuvchi hujayrali metaplaziya</i>	
<i>Bezli o'smalar</i>	
Adenokarsinomalar	
<i>Endometrioid</i>	8380/3
<i>Yorug' hujayrali</i>	8310/3
<i>Musinoz</i>	8480/3
<i>Mezonefroid</i>	9110/3
Xavfsiz bezli zararlanishlar	
<i>Tubulyar adenoma</i>	8263/0
<i>Vorsinkali o'sma</i>	8261/0
<i>Adenoz Myullerov papillomasi</i>	
<i>Yuing sarkomasi endometrioz</i>	9364/3
<i>Endoservikoz praganglioma</i>	8693/1
<i>Kistalar</i>	
<i>Boshqa epitelial o'smalar</i>	
Aralash o'sma	8940/0
Adenoskvamoz karsinoma	8560/3
Adenobazal karsinoma	8098/3
Yuqori xavfli neyroendokrin karsinoma	
<i>Maydi hujayrali</i>	8041/3
<i>Yirik hujayrali</i>	8013/3
<i>Mezenximal o'smalar</i>	
Leyomioma	8890/0
Rabdomioma	8905/0
Leyomiosarkoma	8890/3
Rabdomiosarkoma, BDU	8900/3
<i>Embrional rabdomiosarkoma</i>	8910/3
Differensiallashmagan sarkoma	8805/3

Angiomiofibroblastoma	8826/0
Agressiv angiomiksoma	8841/0
Miofibroblastoma	8825/0
O'smasimon zararlanishlar	
Operasiyadan keyingi urchuqsimon tugun	
Aralash epitelial va mezenximal o'smalar	
Adenosarkoma	8933/3
Karsinosarkoma	8980/3
Limfoid va mieloid o'smalar	
Limfomalar	
Mieloid neoplazmalar	
Melanositar o'smalar	
Nevuslar	
<i>Pigment nevus</i>	8720/0
<i>Havorang nevus</i>	8780/0
Melanoma	8720/3
Aralash o'smalar	
Germino-hujayrali o'smalar	
<i>Etuk teratoma</i>	9084/0
<i>Sariqlik xaltasi o'smasi</i>	9071/3
Boshqalar	
<i>Yuing sarkomasi</i>	9364/3
<i>Paraganglioma</i>	8693/1
Ikkilamchi o'smalar	

Izoh:

¹ Morfologik kodlar Xalqaro kasalliklar tasnifi, onkologiya bo'limi (ICD-O) (2000) tomonidan belgilangan. O'smaning potentsiali quyidagi kodlar bilan ifodalanadi: /0 – xavfsiz o'smalar; /1 – noaniq, chegaraviy yoki noma'lum potentsialga ega o'smalar; /2 – in situ saratoni va yuqori darajali (III daraja) intraepitelial neoplaziyalar; /3 – xavfli o'smalar

² Tasnif ilgari JSST (2002) tomonidan qabul qilingan gistologik o'sma tasnifining modifikatsiyasi bo'lib, o'smalar haqidagi zamonaviy tasavvurlar asosida takomillashtirilgan.

³ Gistologik javobda morfologik kodni vrach-patolog tomonidan belgilanishi majburiy hisoblanadi.

Qinda aniqlangan havfli o'smalarning aksariyati (90% atrofida) metastatik hisoblanadi. Ikkilamchi (metastatik) qin saratoni to'g'ridan-to'g'ri o'sish (per continuitatem), limfogen yoki gematogen metastaz berish orqali rivojlanadi. Metastatik o'smalar ko'proq qinning old devori va quyi uchdan bir qismida joylashadi. Ikkilamchi saratonning gistologik tuzilishi birlamchi o'choq tuzilishiga mos keladi. Eng ko'p metastaz beradigan o'smalar: Endometriy saratoni, Xorionkarsinoma, Bachadon bo'yni saratoni, Vulva saratoni, Tuxumdon, sut bezi saratoni, Yo'g'on ichak va to'g'ri ichak saratoni, Buyrak saratoni. Birlamchi qin saratoni ko'proq postmenopauza davridagi ayollarda (75% holatda 50 yoshdan katta) rivojlanadi. Ko'p hollarda patoologik o'choq qinning yuqori uchdan bir qismida joylashadi. Birlamchi qin saratoni rivojlanish sabablari: Reproktiv yoshda papilloma virusi bilan infeksiyalanish; Postmenopauza davridagi involyutiv va distrofik jarayonlar; Immunitet susayishiga olib keluvchi holatlar. Yassi hujayrali qin saratoni etiologiyasida asosiy rol virus infeksiyasiga tegishli. U onkogen OPV (odam papilloma virusi) shtammlari bilan yuqori darajada infeksiyalanish bilan bog'liq. VPCh infeksiyasi vaginal adenokarsinoma hollarida ham aniqlangan. Bachadon bo'yni saratoniga qaraganda qin saratoni kamroq uchraydi, garchi ularning etiologiyasi o'xshash. Bu qinning etuk ko'p qatlamli yassi epiteliy bilan qoplangani va bachadon bo'ynida esa etuk bo'lmagan epiteliy hujayralari mavjud transformasiya zonasi borligi bilan izohlanadi. OPV-indusirlangan yangi hosilalar asosan yassi hujayrali metaplaziya hududida yuzaga keladi. Ular shilliq parda tiklanish jarayonida, koitus, tamponlar qo'llash, pessariy bilan bog'liq surunkali jarohatlar natijasida shakllanishi mumkin.

Birlamchi qin saratoni bo'lgan bemorlarning 30% da anamnezda preinvaziv yoki invaziv bachadon bo'yni saratoni uchraydi. Kichik yochinoq boshlig'i sohasida nur terapiyasi o'tkazilgandan keyin vagina saratoni xavfi ortadi.

Qin xavfli o'smalarida uchta yosh bo'yicha yuqori kasallanish piklari mavjud: Qiz bolalarda (6 yoshgacha) – asosan botrioid embrional rabdomiosarkoma uchraydi. 20–30 yoshda – dietilstilbestrol (DES) yoki shunga o'xshash nosteroid estrogenlar transplantar ta'siri bilan bog'liq yorug' hujayrali karsinoma aniqlanadi (onalari homiladorlik davrida DES qabul qilgan bo'ladi). Katta yoshdagi ayollarda – yassi hujayrali saraton ko'proq aniqlanadi. DES bilan bog'liq bo'lmagan adenokarsinomalar ham postmenopauza davrida rivojlanishi mumkin. Epitelial bo'lmagan xavfli o'smalar – sarkoma va melanoma – katta yoshdagi bemorlarda juda kam uchraydi.

Qin saratoni asosan limfogen yo'l bilan tarqaladi. Metastazlarning tarqalish yo'nalishi birlamchi o'smaning joylashuviga bog'liq.

Qin saratonining xavlqaro morfologik tasnifi (IARC tasnifi, 5-chi nashr, Lion, 2020 y.) [5]:

I. Epitelial o'smalar

1. Yasi epiteliydan o‘smalar va predrak:

- Qin intraepitelial neoplaziyasi (VAIN)
- OIV bilan assosirlangan yassi hujayrali karsinoma
- OIV ga bog‘liq bo‘lmagan yassi hujayrali karsinoma
- OIV statusi aniq bo‘lmagan yassi hujayrali karsinoma.

2. Bezli epiteliydan o‘smalar:

- OIV mavjudligi bilan assosirlangan adenokarsinoma
- Endometrioid saraton
- Yorug‘ hujayrali saraton
- Me‘da tipidagi musinoz karsinoma
- Ichak tipidagi musinoz karsinoma
- mezonefroid adenokarsinoma
- qin karsinosarkomasi

3. Boshqa epiteliyal o‘smalar:

- Qinning aralash o‘smasi
- Skin bezi adenokarsinomasi
- Qin adenoskvamoz karsinomasi
- Qin adenoid-bazal karsinomasi

II. Aralash epiteliyal-mezenximal o‘smalar

- Qin adenosarkomasi

III. Boshqa o‘smalar

- Qin germinogen o‘smalari

JSS Tning qin saratoni bo‘yicha xalqaro gistologik tasnifi (5-nashr, Lion, 2020) dan melanositar o‘smalar chiqarib tashlangan bo‘lsa-da, ularning uchrash tezligi (<5%) va klinik ahamiyatini hisobga olgan holda, davolash taktikasi onkoginekolog ishtirokidagi multidissiplinar konsilium tomonidan belgilanishi kerak [38].

Bosqichlash

1-jadvalda qin saratonining ikki tasnif bo‘yicha bosqichlari keltirilgan: TNM (8-tahrir, 2017) va FIGO (2009). Bu tasnif faqat birlamchi qin saratoni uchun qo‘llaniladi. Metastatik o‘smalar tasnifga kiritilmaydi. Qin o‘smasi vulvaga tarqalgan hollarda, u vulva saratoni sifatida tasniflanadi.

1-jadval. Qin saratonini TNM (8-chi nashr, 2017 y.) va FIGO (2009 y.) bo‘yicha

tasniflash.

TNM 8-chi qayta ko'rik, (2017 y.)	FIGO (2009 y.)	Mezonlar
T _x T ₀ T _{is}		Birlamchi o'smani baholash imkonsiz Birlamchi o'sma belgilari yo'q in situ karsinomasi (preinvaziv karsinoma)
T1	I	O'sma qin bilan chegaralangan
T2	II	O'sma qin atrof to'qimalariga o'sgan
T3	III	O'sma kichik chanoq devorlariga o'sib o'tgan
T4	IVA	O'sma qovuq yoki to'g'ri ichak shilliq qavatiga o'sib o'tgan yoki o'sma kichik chanoq chegarasidan tashqariga tarqalgan *
M1	IVB	Uzoq metastazlari mavjud

**bullyoz shishning mavjudligi o'smani T4 mezoniga kiritish uchun etarli bo'lmaydi.*

N – regional limfa tugunlari

N_x – regional limfa tugunlarin baholash imkonsiz

N₀ – regional limfa tugunlarida metastazlar yo'q

N₁ – regional limfa tugunlarida metastazlar bor

M – uzoq metastazlar

M₀ – uzoq metastazlar yo'q

M₁ – uzoq metastazlar bor

Izoh. Regional limfa tugunlari: qinning yuqori ikki uchdan bir qismi uchun – tos, yopqich, ichki yonbosh (pastki charvi), tashqi yonbosh va qo'shimcha aniqlanmagan tos limfa tugunlari. Qinning quyi uchdan bir qismi uchun – chov va son limfa tugunlari.

2-jadval. QS bosqichini belgilash uchun TNM mezonlarini guruhlash

Bosqich	Mezon		
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0

II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV	T4	Har qanday N	M0
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1

Izoh. III bosqichga qov simfizini zararlagan o'smalar ham kiritiladi.

3. Tekshiruv usullari, uslublari, tibbiy muolajalar yondashuvlari va tashxislash jarayonlari.

Kasallikning kechishi, ayniqsa, erta bosqichlarda, simptomsiz bo'lishi mumkin. O'sma jarayoni rivojlangan sari og'riq, siydik va nōjas chiqarishda buzilishlar va/yoki qiyinchiliklar, quyi qo'l-oyoqlarda limfostaz kabi belgilar paydo bo'ladi. Kasallik asosan 50–60 yoshdan katta ayollarda uchraydi. [2, 3].

Tashhis qo'yishning diagnostik mezonlari:

1. anamnez ma'lumotlari;
2. fizikal ko'rik ma'lumotlari;
3. bachadon bo'shlig'idan biopsiya va/yoki operasion materialni patologoanatomik tekshiruv ma'lumotlari;
4. nur diagnostika usuli ma'lumotlari.

Shikoyatlari va anamnez:

Qin saratoni va unga shubha qilingan barcha bemorlarda shikoyatlar va anamnez to'plash **tavsiya etiladi**. Bu davolash taktikasi tanloviga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi. Klinik manzarada asosan jinsiy yo'llardan oqma va qonli ajralishlar ustunlik qiladi. Keng tarqalgan kasallikda og'riq sindromi; tos a'zolari funksiyasining buzilishi, tenezmlarsimptomakompleksi qo'shiladi [2].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Fizikal tekshiruvlar

Barcha bemorlarga sinchiklab jismoniy tekshiruv o'tkazish **tavsiya etiladi**. Jismoniy tekshiruv tarkibi: Rekto-vaginal tekshiruvi; qorin bo'shlig'i a'zolarini palpasiya

qilish; barcha periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish; o'pkani auskultasiya va perkussiya qilish; sut bezlarini palpasiya qilish [2, 6, 7].

Birlamchi qin saratonini tashxis qo'yishda quyidagi mezonlar hisobga olinishi kerak:

- Birlamchi o'sma o'chog'i faqat qinda joylashgan bo'lishi kerak, aksariyat hollarda qinning yuqori uchdan bir qismi zararlanadi.
- Bachadon bo'yni epiteliyi, bachadon bo'yni kanali va endometriy butunligicha saqlangan bo'lishi kerak (aspirasion biopsiya manfiy natija berishi lozim).
- Birlamchi qin saratoni simptomsiz kechishi mumkin [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Vulvani ko'zdan kechirish va palpasiya qilish; qin va bachadon bo'ynini tekshirish Sims qin oynaklari yordamida o'tkaziladi, chunki Kusko qin oynaklaridan foydalanilganda qinning ba'zi sohalari (old va orqa devorlar) to'liq ko'rinmasligi mumkin. [2,6,7].*

Laborator diagnostik tekshiruvlar

Qin saratoni va unga shubha qilingan barcha bemorlarga bemor holatini baholash, davolash taktikasi va algoritmini belgilash, kasallik prognozini baholash maqsadida quyidagi tahlillar o'tkazilishi **tavsiya etiladi:**

1. Umumiy (klinik) kengaytirilgan qon tahlili

2. Biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili (umumiy oqsil, glyukoza, bilirubin, kreatinin, mochevina, temir, alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), umumiy bilirubin, laktatdehidrogenaza (LDG), ishqoriy fosfataza (IF), Plazma elektrolitlari (kaliy, natriy, xlor), jigar va buyrak funksiyasi ko'rsatkichlarini baholash).

3. Umumiy (klinik) peshob tahlili

4. Koagulogramma (fibrinogen, protrombin, xalqaro normalizlangan koeffisient (MNO), protrombin vaqti, protrombin indeksi, faollashgan qisman tromboplastin vaqti (AChTV), trombin vaqti [2]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: *Klinik qon tahlili XT keyingi kursi boshlanishidan kamida 5 kun avval o'tkaziladi (takrorlanadi) [2,7]*

Umumiy (klinik) kengaytirilgan qon tahlilida baholanadigan ko'rsatkichlar - gemoglobin, gematokrit, eritrositlar, eritrositlarning o'rtachi hajmi, eritrositlarning kattalik bo'yicha taqsimlanishi, eritrositlarda gemoglobinning o'rtacha taqsimlanishi, eritrositlarda gemoglobinning o'rtacha konsentratsiyasi, trombositlar, leykositlar, leykositlar formula, eritrositlar cho'kish tezligi; Biokimyoviy umumiy terapevtik qon

tahlilida baholanadigan ko'rsatkichlar: jigar va buyrak funksiyasi ko'rsatkichlari, umumiy (klinik) siydik tahlilida baholanadigan ko'rsatkichlar: rangi, shaffofligi, siydikning nisbiy zichligi, siydikdagi oqsil, pH darajasi, glyukoza, keton jismlari, urobilinogen, leykositlar esteraza. Apparat mikroskopiyasi orqali baholanadigan parametrlar: epiteliy hujayralari, eritrositlar, silindrlar, tuzlar, shilliq, bakteriyalar, zamburug'lar [2,6,7]

Qon ivish tizimini baholashda baholanadigan parametrlar: koagulogramma, qo'shimcha ko'rsatmalar bo'yicha: antitrombin III, D-dimer, plazminogen, faollik (%)

Barcha yassi hujayrali qin saratoni va unga shubha qilingan bemorlarda, agar imkoniyat mavjud bo'lsa, yassi hujayrali saraton antigeni (SCC) darajasini tahlil qilish **tavsiya etiladi**. Bu hozirgi klinik holatni baholash va kasallikni keyinchalik monitoring qilish maqsadida amalga oshiriladi. [2]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Qin saratonini tashxislashda asosiy diagnostik mezon – o'smaning biopsiyasini o'tkazish va uning morfologik tasdig'ini amalga oshirishdir.

Barcha qin saratoniga shubha qilingan bemorlarda davolashni boshlashdan oldin morfologik tasdiq o'tkazish **tavsiya etiladi**. Tekshirish uchun material olish usullari: o'sma biopsiyasi yoki uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash va keyinchalik patologo-anatomik tahlil o'tkazish; o'smaning yuzasidan mazok olish va sitologik tahlil o'tkazish; kattalashgan limfa tugunlarini punksiya qilish va sitologik tahlil o'tkazish [8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Zaruriyat tug'ilgan taqdirda, tashxisni tasdiqlash maqsadida patologo-anatomik tahlil immunogistoximik tiplash bilan to'ldirilishi mumkin, sitologik tahlil esa immunositoximik tiplash bilan kengaytirilishi mumkin.*

Barcha qin saratoni va unga shubha qilingan bemorlarga tashxisni tasdiqlash va hamroh patologiyalarni aniqlash maqsadida vulvoskopiya, vaginoskopiya va kolposkopiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga tashxisni tasdiqlash va hamroh patologiyalarni aniqlash maqsadida bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanali surtmalarini sitologik tahlil qilish, bachadon bo'shlig'idan aspirat olish yoki bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalida alohida diagnostik qirindidan o'tkazish **tavsiya etiladi** [8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: *Bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalida alohida diagnostik qirindidan o'tkazish yoki bachadon bo'shligidan aspirasion biopsiya olish qin adenokarsinomasi tasdiqlangan hollarda tavsiya etiladi. Bu birlamchi endometriy saratonini istisno qilish maqsadida amalga oshiriladi.*

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash maqsadida quyidagi UTT (ultratovush tekshiruvi) o'tkazish **tavsiya etiladi**: kichik yog' boshlig'i a'zolari UTTsi; qorin bo'shlig'i a'zolari kompleks UTTsi; chov-son limfa tugunlari UTTsi; qorin parda orti limfa tugunlari (iliq va paraaortal limfa tugunlari) UTTsi; o'mrov usti limfa tugunlari UTTsi [2, 6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *UZI eng oson kiritilishi mumkin bo'lgan tasvirlash usuli bo'lib, u qorin bo'shlig'i, kichik chanoq boshlig'i, hamda regional va uzoq limfa tugunlarida o'smaning tarqalish darajasini baholash uchun qo'llaniladi. [2,6].*

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash maqsadida vena ichi kontrast bilan yoki kontrastsiz ko'krak qafasi a'zolarining KTsi o'tkazish **tavsiya etiladi**. [2,6,8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Agar KT o'tkazish imkoniyati bo'lmasa, ko'krak qafasi a'zolarining maqsadli rentgenografiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. KT rentgenografiyaga nisbatan yuqori diagnostik samaradorlikka ega bo'lib, o'pka, plevra va ko'krak ichi limfa tugunlarining metastatik shikastlanishini aniqlashda afzal usul hisoblanadi. [8].*

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'smaning mahalliy tarqalish darajasini va regionar limfa tugunlari holatini baholash maqsadida kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari va oraliq yumshoq to'qimalarning vena ichi kontrast bilan magnit-rezonans tomografiyasini (MRT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. [39].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Agar kichik chanoq bo'shlig'i a'zolarining vena ichi kontrast bilan MRT o'tkazish imkoni bo'lmasa, vena ichi kontrast bilan KT o'tkazish tavsiya etiladi. MRT kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari, tanosil diafragmasi va oraliq to'qimalarni baholashda KTga nisbatan yuqori diagnostik axborotga ega. [40].*

Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, T2 va undan yuqori bosqichlarda, regionar limfa tugunlari holatini baholash va uzoq metastazlarni aniqlash maqsadida tumorotrop radiofarmasevtik preparatlar (RFP) bilan pozitron-emission tomografiya (PET-KT) yoki ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolarining vena ichi bolyusli kontrast bilan KT o'tkazish **tavsiya etiladi**. [41].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: PET-KT kimyo-nur terapiyani rejalashtirilganda maqsadga muvofiqdir [42].

Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, agar bosh miyaga metastatik shikastlanishga shubha bo'lsa, vena ichi kontrast bilan bosh miyaning MRT o'tkazish tavsiya etiladi. [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: Agar bosh miyaning MRT o'tkazish imkoni bo'lmasa yoki qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, vena ichi kontrast bilan bosh miyaning KT o'tkazish mumkin. MRT kontrast bilan bosh miyaga metastatik shikastlanishni aniqlashda KTga nisbatan yuqori diagnostik samaradorlikka ega. [43].

Metastatik qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, agar skeletga metastatik shikastlanishga klinik shubha mavjud bo'lsa, PET-KT o'tkazish imkoni bo'lmagan hollarda butun tana suyaklarining ssintigrafiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi**. [39].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Keng tarqalgan qin saratoni bo'lgan barcha bemorlarga, o'smaning peshob pufagi va to'g'ri ichakka invaziyasini aniqlash maqsadida sistoskopiya va rektoromanoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi. [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Qin saratoni bo'lgan bemorlarda, jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida, ko'rsatmalar bo'yicha qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi: exokardiografiya; yurak ritmini Xolter monitoringi; tashqi nafas faoliyatini tekshirish; braxiosefal arteriyalarining ekstrakranial qismini UTT dupleks skaneri orqali baholash; oyoq venalarining dopplerografik UTT; Shuningdek, kardiolog, endokrinolog, nevrolog va boshqa mutaxassislar tomonidan tekshiruv va maslahatlar olish **tavsiya etiladi**. [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Kimyo-nur terapiyasi yoki nur terapiyasini rejalashtirish va samaradorligini baholashda quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish **tavsiya etiladi**: kichik chanoq boshlig'i a'zolari va oraliq yumshoq to'qimalarning vena ichi kontrast bilan MRTsi – o'smaning mahalliy tarqalishini va regional limfa tugunlari holatini baholash uchun; Pozitron-emission tomografiya (PET-KT) tumorotrop radiofarmasevtik preparatlar (RFP) bilan (afzal usul); ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolarining vena ichi bolyus kontrast bilan KT – olis metastazlarni aniqlash uchun. Barcha tekshiruvlar usullarni o'tkazish muddatlariga rioya qilgan holda bajarilishi kerak. [39]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

Qin biopsiya (jarrohlik) materialini patologo-anatomik tahlil qilishda tashxisni tasdiqlash uchun immunogistoximik usullar qo'llash **tavsiya etiladi**. Morfologik xulosa

quyidagi parametrlarni o'z ichiga olishi kerak:

1. Birlamchi o'smaning hajmi va tarqalish darajasi
2. Birlamchi o'smaning invaziya chuqurligi
3. O'smaning gistologik tuzilishi
4. O'smaning differensiasiya darajasi
5. Perivaskulyar, perilimfatik va perinevral invaziya mavjudligi (manfiy natija ham qayd qilinishi kerak)
6. Regionar limfa tugunlari (rN) holati, umumiy tekshirilgan va zararlangan limfa tugunlari soni, ekstranodal o'sma tarqalishi belgilari (ENE+/-)
7. Rezeksiya chegaralarining mikroskopik baholanishi (status R0-1). Eng yaqin rezeksiya chegarasigacha masofa (mm) bilan aniq ko'rsatilishi kerak [6,8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5).

Izohlar: *Agar morfologik tahlil natijalariga ko'ra, birlamchi biopsiyadagi yangi hosila shubhali yoki manfiy natija bersa, qin saratoniga (QS) shubha qilingan bemorlarga qo'shimcha tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi. Bunday hollarda quyidagi usullar qo'llanilishi mumkin: takroriy biopsiya o'tkazish; imkoniyati mavjud bo'lsa, jarrohlik aralashuvi o'tkazish; intraoperasion patologo-anatomik tahlil orqali biopsiya (jarrohlik) materialini tekshirish.*

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha filtrasiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;

12. Ginekologik ko'rik (qin, bachadon bo'ynini oynachalarda ko'rish (qinda infiltrasiya mavjudligi, qin devorlarida metastatik o'choqlarning mavjudligi, ularning o'lchami, bachadon bo'yni holati);
13. Vulvoskopiya, vaginoskopiya, kolposkopiya
14. Kompleks ultratovush tashxislash (bachadon bo'yni, tanasi, ortiqlari, tuxumdonlar, jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar va periferik limfa tugunlari);
15. Kichik chanoq magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi;
18. Tegib turgan sog'lom to'qima bilan birgalikda qin o'smasidan ponasimon biopsiya olib.
19. Alohida bachadon tanasi va bachadon bo'yni shilliq qavatida diagnostik qirma olish;
20. Biopstatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
21. Biopstatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
22. Biopstatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano biopstatni)
23. Ekskretornaya urografiya;
24. Sistografiya;
25. Rektosigmoidoskopiya;
26. EKG;
27. ExoKG.
28. Butun tana PET/KT si**

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19ga PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekulyar-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP

10. Prokalsitonin
11. Antitrombin III, D-dimer
12. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
13. Periferik qon IFTsi;
14. Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
15. Standart –sitogenetik tekshirish;
16. Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash uchun mikrosatellit nostabillikni aniqlash bo'yicha molekulyar-genetik tekshiruv;
17. Burun yondosh bo'liqlari rentgenografiyasi;
18. Skelet suyaklari ssintigrafiyasi;
19. Ko'krak qafasi kompyuter tomografiyasi;
20. Bosh va bo'yin kontrastli KTsi;
21. FEGDS;
22. Bronxoskopiya;
23. Qorin bo'shlig'i a'zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;
24. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
25. Spirografiya;
26. Bosh miya MRTsi;
27. Holter – monitorlash bilan EKG

* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

- Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

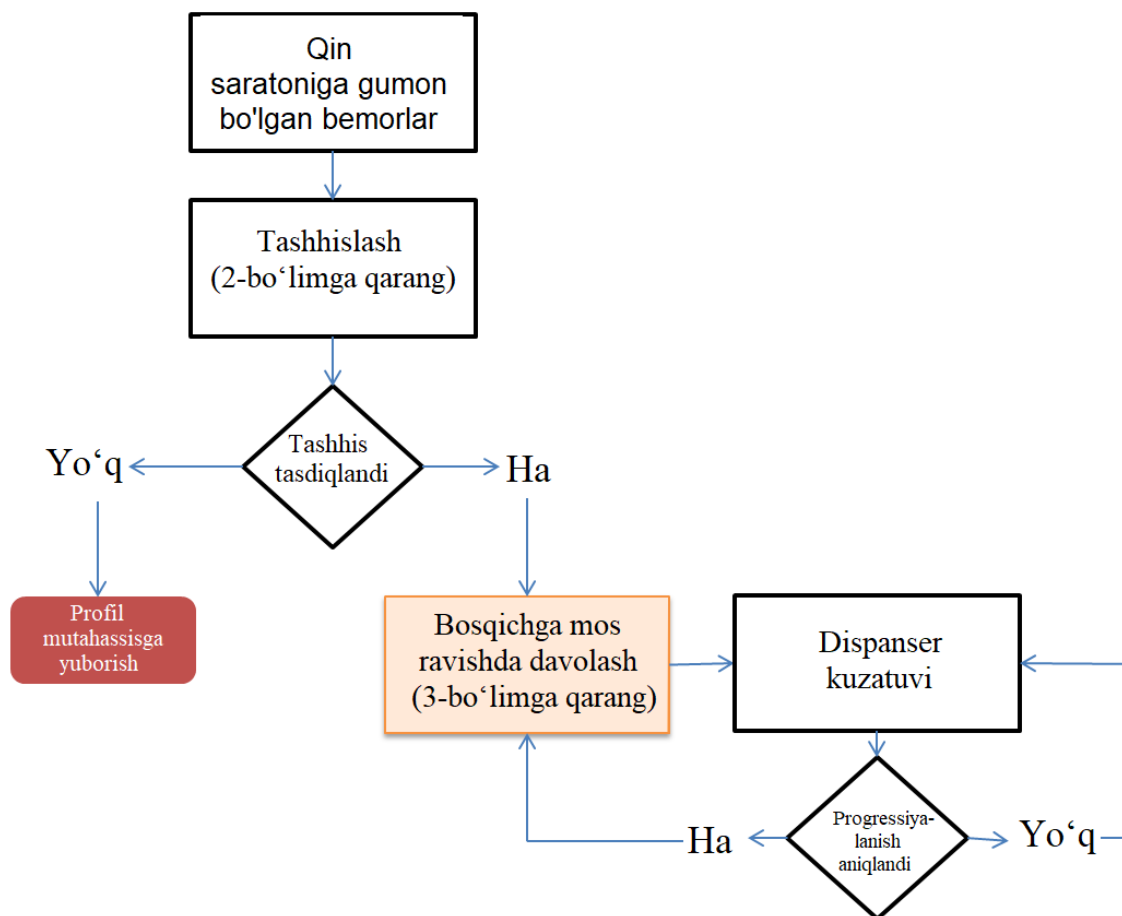
- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YuQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Abdominal ko'rigi** (qorin bo'shlig'i a'zolarida hajmli hosila belgilari bo'lgan ayollarda, oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);
- me'da saratonini davolash boshlanishidan oldin **akusher-ginekolog/reproduktologning maslahati** zarur, agar bemor kelajakda farzand ko'rishni xohlasa, ad'yuvant reproduktiv texnologiyalarning mumkin bo'lgan variantlarini muhokama qilish, shuningdek, tug'ish yoshidagi bemorlarda o'smaga qarshi dori terapiya si davrida, yaqin kelajakda va undan keyin istalmagan homiladorlikning oldini olish uchun ishonchli kontraseptiv vositalardan foydalanish

masalasida [5];

- **nevropatolog ko'rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo'qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko'rigi** (endokrin a'zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo'lgan taqdirda);
- **qon-tomir jarrohi ko'rigi** (varikoz kasallik, tug'ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo'lgan hollarda);
- **pulmonolog ko'rigi** (o'pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo'lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig'lanish jarayonidan keyin).
- hamroh patologiyalar mavjud bo'lganda, **boshqa mutaxassislar ko'riklari**: ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo'lsa), yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo'lsa) va boshqalar.
- **nefrolog ko'rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo'lganda).

- Diagnostik algoritm:

Qin saratoni bemorlarini tashhishlash va davolash blok-sxemasi



- Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash

3-jadval. Qin saratonining differensial diagnozi

Diagnoz	Differensial diagnostikani asoslash	Tekshirishlar	Tashhisni istisno qilish mezon
Bachadon bo'yni ektopiyasi	- jinsiy yo'lardan ajralmalar kelishi - yorqin qizil rangdagi psevdoroziya o'chog'i	Kolposkopiya PAP-testga surtmalar olish	Hudud ko'plab yumaloq yoki cho'zinchoq qizil so'rg'ichlar bilan qoplangan bo'lib, bu baxmal yuza effektini yaratadi. Yorqin qizil rang bir qator silindrsimon hujayralar qatori orqali

			ko‘rinadigan pastdagi stroma tomirlari bilan bog‘liq. «Transformasiya sohasi» ektopiya sohasidagi metaplaziyalangan va etilmagan ko‘p qavatli yassi epiteliy, bezlarning ochiq va yopiq yo‘llari.
CIN	-bachadon bo‘ynining ko‘rinuvchi o‘zgargan sohalari -Og‘riqsiz -jinsiy yo‘llardan ajralmalar.	-kolposkopiya - PAP–testga surtmalar olish -biopsiya	Kolposkopik surat: oqish yaltiroq plenka ko‘rinishidagi, epiteliyning shohsimon qaqati hisobiga taxlangan yoki g‘adir-budir yuzali yod negativ soha. Yakuniy tashxis gistologik tekshiruv asosida qo‘yiladi.
Endometriy polipi	-jinsiy yo‘llardan qonli ajralma kelishi -og‘riqli	-Kichik chanoq a‘zolari UTTsi - gisteroskopiya	Gistologik tekshiruv hulosasi
Endometriy iperplaziyasi	-jinsiy yo‘llardan qonli ajralma kelishi -og‘riqli; -bepushtlik.	- Kichik chanoq a‘zolari UTTsi: - gisteroskopiya; bachadon bo‘shlig‘ini qirib olish, gistologik tekshirish bilan	Gistologik tekshiruv hulosasi
Bachadon miomasi	- yumaloq, oval shaklda bo‘ladi; - Konturlari aniq, tekis; - Biroz og‘riqlilik kuzatiladi; -jinsiy yo‘llardan qonli ajralma kelishi	- Kichik chanoq a‘zolari UTTsi – gisteroskopiya.	Miomaning dinamikada o‘shining yo‘qligi. Gistologik tekshiruv hulosasi.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi: yo‘q.

5. Tibbiy yordam ko‘rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalari:

1) Rejali yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- Verifikasiya qilingan qin saratoni;
- Kurasiya qilinadigan bemorlar.

2) Shoshilinch yordam ko‘rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- qon ketishi va o‘sma jarayonining tarqalishi yoki progressiyasi bilan bog‘liq ayrim kam uchraydigan asoratlari (ichak tutilishi, nafas etishmovchiligi va boshqalar);
- onkologik kasalliklarni davolash (jarrohlik aralashuvi, NT, dori terapiyasi va boshqalar) ning asoratlari mavjudligi.

6. Stasionar darajasida davolash taktikasi [11-13,23-25].

1) Davolashning maqsadi:

- Havfli o‘sma bilan zararlangan a‘zoni to‘liq yoki qisman olib tashlash
- O‘sma jarayonining to‘liq yoki qisman regressiyasiga erishish, uning barqarorlashuvini ta‘minlash

Qin saratonini davolash usuli tanlash bir nechta omillarga bog‘liq: o‘smaning hajmi, boshqa a‘zo, to‘qima va limfa tugunlariga ta‘siri, bemorda hamroh kasalliklar mavjudligi (og‘ir yurak, o‘pka, buyrak kasalliklari).

Barcha ushbu faktorlar mutaxassislar tomonidan hisobga olinadi. Har bir bemor uchun individual davolash rejasi ishlab chiqiladi, u quyidagilarni o‘z ichiga olishi mumkin: jarrohlik davolash, nur terapiyasi va kimyo terapiyasi.

Remissiyaga erishish uchun qin saratoni barcha bemorlarini nur terapiyani asosiy davosi sifatida ko‘rish tavsiya etiladi [11,13].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Ayrim holatlarda, quyida bayon etiladigan sharoitlarga qarab, qin saratoni da turli xil jarrohlik aralashuvlari va kimyo terapiyasi (XT) qo‘llanishi mumkin. [2, 6, 14–17]*

2) Bosqichlarga qarab davolashning umumiy mezonlari

1. TisN0M0 bosqich qin saratonini davolash

Qin saratoni (QS) in situ bo'lgan barcha bemorlarga turli davolash taktikalarini qo'llash **tavsiya etiladi**. Bu klinik samaraga erishish va remissiyaga olib kelish maqsadida amalga oshiriladi. Qo'llanishi mumkin bo'lgan usullar: *Lazer jarrohligi, keng lokal ekssiziya, fotodinamik terapiya, kontakt nur terapiyasi (LT)* [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

2. I bosqich (T1N0M0) qin saratonini davolash

Qin saratoni (QS) I bosqich (T1N0M0) bo'lgan barcha bemorlarga radikal kompleks nur terapiyasi (LT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. O'lchami 1 sm gacha bo'lgan o'smalarda yoki distansion nur terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, bo'shliq ichi nur terapiyasi (braxiterapiya) mustaqil usul sifatida o'tkazilishi mumkin. Bu klinik samaraga erishish maqsadida amalga oshiriladi. [6, 10, 11, 14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

1. *Bo'shliq ichi nur terapiyasi (braxiterapiya) varianti, endovaginal qurilma (applikator) tanlovi, terapiya rejimi va bir martalik o'choq dozasi (BMO'D) o'smaning qinda joylashuvi va qin devorlari bo'ylab tarqalishiga qarab tanlanadi.*

2. *Bo'shliq ichi nur terapiyasi qinning yuzasida o'sgan (invaziya chuqurligi <0,5 sm) o'smalarda afzal hisoblanadi.*

3. *Ko'pi bilan 1,5 sm hajmga ega lokal o'smalarda to'qima ichi nurlantirish (interstisial nur terapiyasi) o'tkazilishi mumkin. [6, 10, 11, 14].*

Qinning yuqori uchdan bir qismida lokal o'sma jarayoni bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolash **tavsiya etiladi**. Ushbu holatlarda quyidagi jarrohlik amaliyoti bajariladi: Kengaytirilgan gisterektomiya (bachadon ekstirpasiyasi), qinning yuqori (o'rta qismigacha) qismi rezeksiyasi, ortiqlar bilan yoki ularsiz olib tashlash, bachadon atrofi yog' to'qimasi va regional limfa tugunlarini rezeksiya qilish. Jarrohlik intervensiyasi Querleu-Morrow (2017) tasnifi bo'yicha V2 tipga muvofiq o'tkaziladi. Bu usul klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida amalga oshiriladi. Tuxumdon funksiyasini saqlab qolish uchun ularning transpozitsiyasi (joyini o'zgartirish) mumkin. [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Quyidagi jarrohlik davolash variantlari ham ko‘rib chiqilishi mumkin: keng lokal ekssiziya; qin rezeksiyasi; qin ekstirpasiyasi (vaginektomiya) va qinni rekonstruksiya qilish [10].*

Qin saratoni bo‘lgan bemorlarda quyidagi yomon prognoz faktorlari mavjud bo‘lganda ad'yuvant nur terapiyasi (LT) qo‘llash **tavsiya etiladi**: rezeksiya chegaralarining musbat (o‘sma hujayralari mavjud) bo‘lishi; o‘smaning noqulay gistologik shakllari; olib tashlangan preparatda o‘smaning ko‘p markazli (multisentr) o‘choqlari; limfovaskulyar va perinevral invaziya belgilari; qon tomirlari yoriqlarida o‘sma embollarini aniqlash. Bu o‘tkazilayotgan terapiya samaradorligini oshirish maqsadida amalga oshiriladi. [10, 12].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

3. II bosqich (T2N0M0) qin saratonini davolash

Qin saratoni II bosqich (T2N0M0) bo‘lgan bemorlarga klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida radikal nur terapiyasi (LT) o‘tkazish **tavsiya etiladi**. [9, 12, 14, 19, 20].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

1. *Eng afzal davolash usuli – radikal kompleks nur terapiyasi (NT) bo‘lib, u distansion va kontakt nur terapiyasini ketma-ket o‘tkazishni nazarda tutadi [9, 10, 12, 19–21].*

2. *Agar kontakt nur terapiyasiga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa (shunday davolash usullariga afzallik yo‘qligi yoki bemor endovaginal usullardan voz kechsa), birlamchi o‘choq sohasida radikal ekvivalent doza (SODEkv) bilan yuqori aniqlikka ega nur terapiyasini (IMRT, VMAT, STRT) o‘tkazish mumkin.*

3. *Mahalliy tarqalgan qin saratonida kontakt nur terapiyasiga eng ko‘p uchraydigan qarshi ko‘rsatmalar: somatik kasalliklarning subkompensasiya holati, endostatik qurilmalarni adekvat joylashtirish imkoniyatining yo‘qligi; birlamchi o‘choq uchun 40 Gr SODEkv bosqichiga etib kelganida dozimetriya mezonlari bo‘yicha kontakt nur terapiyasini adekvat o‘tkazish sharoitlarining mavjud emasligi; GTV va HR–CTV hajmining $\leq 80\%$ izodoza bilan qoplanmasligi; himoya a'zolarida tolerant dozalardan oshib ketish; yuqori darajadagi (III–IV) og‘ir va kechikib paydo bo‘ladigan nur ta'siri xavfi yuqori bo‘lgan qo‘shimcha patologiyalar; peshob pufagi, siydik kanali, to‘g‘ri ichak, rektosigmoid sohalarining kasalliklari [6, 8, 12, 21–24].*

4. *Bachadon bo‘yni saratoni bilan o‘xshash etiopatogenezga ega qin o‘smalarini davolash tajribasiga asoslanib, nur terapiyasi radiomodifikasiya fonida o‘tkazilishi maqsadga muvofiq. Platina tarkibli kimyo terapiya (XT) qo‘llash va nur terapiyasini ad'yuvant XT bilan to‘ldirish tavsiya etiladi (QR 3.2 bandiga qarang) [22, 25, 26].*

5. Agar birlamchi o'sma jarayoni persistensiyasi kuzatilsa (nur terapiyasi fonida noustuvor stabilizasiya yoki mahalliy progressiya aniqlansa), SODekv 40 Gr bosqichida klinik-instrumental ma'lumotlarga asosan (jismoniy va vizual tekshiruv, instrumental metodlar) keyingi davolash taktikasi onkologik konsilium tomonidan aniqlanadi. Individual holatlarda quyidagilar mumkin: kengaytirilgan va kompleks jarrohlik aralashuvlari (tanosil evisserasiyasining turli variantlari) [6, 8] va/yoki tizimli dori vositalari bilan davolash.

4. III bosqich (T3N0M0; T1N1M0; T2N1M0; T3N1M0) qin saratonini davolash

Qin saratoni III bosqich bo'lgan bemorlarga klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida radikal nur terapiyasi (LT) o'tkazish **tavsiya etiladi** [9, 14, 19, 20, 22].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

1. Eng maqsadga muvofiq davolash usuli bo'lib NTni radikal qo'shma qo'llash bo'lib, u distansion va kontakt nur terapiyani ketma-ket qo'llashni ko'zda tutadi [9, 12, 19, 20, 22, 24, 25].

2. III bosqich QSda jarrohlik davosi ko'zda tutilmagan.

3. NTga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda kimyo terapiya qo'llaniladi.

5. IVa bosqich (Thar qandayNhar qandayM0) qin saratonini davolash

Qin saratoni III bosqich bo'lgan bemorlarga klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida radikal nur terapiyasi (LT) o'tkazish **tavsiya etiladi** [12, 19].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: Palliativ terapiyani o'tkazishda bemorning holati og'irlik darajasini baholash JSST/ECOG tizimi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo'yicha amalga oshirilishi tavsiya etiladi (Qo'shimcha G1-2 ga qarang).

6. IVb bosqich (Thar qandayNhar qandayM1) qin saratonini davolash

Qin saratoni (QS) IVb bosqichi (Thar qandayNhar qandayM1) bo'lgan bemorlarda birlamchi davolashning asosiy usuli sifatida tizimli kimyo terapiyasi (XT) **tavsiya etiladi** (QR 3.3 bandiga qarang). Nur terapiyasi (QR 3.2 bandiga qarang) palliativ maqsadda o'tkazilishi mumkin, bu belgilarni engillashtirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun qo'llaniladi. Har xil kimyo terapiya usullari, shu jumladan, boshqa lokalizasiyadagi yassi hujayrali saratonlarda qo'llaniladigan regionar kimyo terapiya metodikalari qo'llanishi mumkin. [32].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Palliativ terapiyani o‘tkazishda bemorning holati og‘irlik darajasini baholash JSST/ECOG tizimi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo‘yicha amalga oshirilishi tavsiya etiladi (Qo‘shimcha G1-2 ga qarang).*

7. Qin saratoni residivlarini davolash.

Disseminasiyalangan qin saratoni bo‘lgan bemorlarda individual davolash rejasi asosida terapiya o‘tkazish tavsiya etiladi. Davolash quyidagilarni o‘z ichiga olishi mumkin: kimyo terapiya (XT); tolerantlik zaxirasini hisobga olgan holda palliativ maqsadda turli xil nur terapiyasi (NT) (bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun); ayrim hollarda kengaytirilgan va kompleks jarrohlik aralashuvlari; turli tos evisserasiya usullari (individual holatlarda) [6, 9, 22].

Tavsiyalarning ishonchlik darajasi - C (Dalillarning ishonchlik darajasi - 4)

3) Nomedikamentoz davo.

- **Rejim:** Konservativ davolash o‘tayotgan bemorlar – umumiy rejim. Jarrohlikdan keyingi erta davr – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (jarrohlik hajmi va hamroh patologiyalarga qarab). Jarrohlikdan keyingi davr – palatali rejim.
- **Dieta:** Umumiy ovqatlanish tartibi – №15 Jarrohlikdan keyin – №1 dieta. Qandli diabetli bemorlar uchun – №9 dieta
- Psixolog maslahati tavsiya etiladi.

Nur terapiya tamoyillari

Nur terapiyasi (NT) konform variantda distansion va kontakt usullarda o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Bu hozirgi zamon tibbiy tasvirlash metodlariga asoslangan individual hajmiy rejalashtirish orqali amalga oshiriladi. Asosiy tasvirlash usullari: multiparametrli MRT, vena ichi kontrast bilan KT, pozitron-emission tomografiya (PET-KT). Bu usullar davolashning onkologik samaradorligini, uning xavfsizligi va natijalarining maqsadga muvofiqligini ta'minlash uchun qo‘llaniladi.

Nur terapiya usullarining aniq taktikasi birlamchi o‘smaning joylashuvi, qin devorlari bo‘ylab vertikal tarqalish darajasi va o‘smaning infiltrasiya chuqurligiga bog‘liq holda tanlanadi.

*Kimyo-nur terapiyasi. Mahalliy tarqalgan bachadon bo‘yni saratoni (BBS) uchun qo‘llaniladigan sxemaga o‘xshash holda, distansion nur terapiyasi bilan birga haftalik rejimda #sisplatin** 40 mg/m² qo‘llash imkoniyati ko‘rib chiqiladi (BBS bo‘yicha klinik tavsiyalarga qarang). Qin saratoni holatlari nisbatan kam uchraygani sababli, katta randomizasiyalangan tadqiqotlar mavjud emas. 2013 yildagi Miyamoto D.T. tadqiqotiga ko‘ra, kimyo-nur terapiyasi oddiy nur terapiyasiga nisbatan afzal hisoblanadi. Natijalar*

(kimyo-nur terapiyasi va faqat nur terapiyasi guruhlari bo'yicha): 3 yillik umumiy tirik qolish – 79% vs 56%, 3 yillik residivsiz tirik qolish – 73% vs 43% [36].

1. Topometrik tayyorgarlik

• Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarga nur terapiyasi (NT)dan oldin topografik va topometrik rejalashtirish o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu jarayon quyidagi tamoyillarga asosan amalga oshiriladi:

- Topometrik tayyorgarlik bemor orqaga yotgan holda amalga oshiriladi, tananing yuqori va pastki qismi immobilizasiya qilinadi (bosh tayanchi va tizza osti tayanchi yordamida).

- Nurlantirish hajmini aniqlash va tekshirish maqsadida tashqi va endovaginal rentgenkontrast markerlar qo'llaniladi. Bu birlamchi o'sma (GTV) quyi chegarasi va qin kirish qismi (introitus) lokasiyasini aniqlashga yordam beradi.

- Birlamchi o'smani (GTV), qo'shiladigan qo'ltiq va chov limfa tugunlarini (CTV, PTV) aniq konturlash uchun quyidagi tasvirlash usullari qo'llanilishi mumkin: vena ichi kontrast bilan KT/MRT; pozitron-emission tomografiya (PET-KT); Fusion-texnologiyalar orqali avvalgi tekshiruvlar natijalarini integrasiya qilish. Bu usullar nur terapiyasini aniq rejalashtirish va samaradorligini oshirish uchun ishlatiladi [2, 18, 22, 28, 29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

2. Distansion nur terapiya

Qin saratoni bo'lgan bemorlarga kasallik bosqichi, o'smaning joylashuvi, morfologik turi va bemorning umumiy holatini hisobga olgan holda, klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida distansion nur terapiyasi (LT) o'tkazish **tavsiya etiladi** [2, 18, 22, 28, 29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izohlar:

Qin saratonida distansion nur terapiyasini o'tkazishning asosiy tamoyillari:

- Agar o'sma qinning yuqori ikki uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, nurlantirish hajmiga faqat kichik chanoq tuzilmalari kiritiladi. Birlamchi o'choq hududida (CTV-T) nurlantiriladigan hajm: butun qin naychasi, bachadon bo'yni va paraservik sohasi, paravaginal to'qimalar, limfa oqimi yo'llari hududida (CTV-N) nurlantiriladigan limfa tugunlari: yuqori ikki uchdan bir qismida joylashganda – yopqich limfa tugunlari, tashqi va ichki yonbosh limfa tugunlari, presakral va pararektal limfa tugunlari [2, 18, 22, 28, 29]
- Agar o'sma qinning quyi uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, kichik chanoq bilan birga chov sohasi ham nurlantiriladi. Birlamchi o'choq hududida (CTV-T)

nurlantiriladigan hajm: butun qin naychasi, shu jumladan introittus, bachadon bo'yni va paraservik sohasi, paravaginal to'qimalar, limfa oqimi yo'llari hududida (CTV-N) nurlantiriladigan limfa tugunlari: chov-son limfa tugunlari, distal tashqi/ichki yonbosh limfa tugunlari [2, 18, 22, 28, 29]

- *Agar o'sma qinning orqa devorida joylashgan bo'lsa, nurlantiriladigan limfa tugunlari (CTV-N) hajmiga presakral va pararektal chov limfa tugunlari ham kiritiladi.*

Rejalashtirilgan terapevtik ko'lam quyidagicha shakllantiriladi:

$$PTV1 = CTV-T + 7-12 \text{ mm}$$

$$PTV2 = CTV-N + 5-7 \text{ mm}$$

$$PTV_{sum} = PTV1 + PTV2$$

- *Chegaralar bo'yicha masofa (otstup) tanlangan tasvirlash usullarining aniqligiga bog'liq: tasvirlash aniqligi qancha past bo'lsa, ishonchli chegaralar uchun masofa shuncha katta bo'ladi. [2, 18, 22, 28, 29]*
- *XAVFLI A'ZOLAR– tolerant dozalarni hisoblash va doza-hajm gistogrammasi (DVH) orqali baholash maqsadida quyidagi a'zolarning okonturlanishi majburiy: qovuq, to'g'ri ichak, ingichka ichak qovuzloqlari, anus, suyak ko'migi (tos suyagi,dum, L5 tanasi, vertlujnaya vpadina, son suyagi proksimal qismi, son suyagi bosh qismi.*
- *FRAKSIONLASH DOZASI: Tradision fraksiya rejimi – distansion nur terapiyasi bosqichi: Radikal ekvivalent doza (ROD PTVcum) 1,8–2 Gr 23–25 fraksiya, summar doza (SODekv) 45–50 Gr. Keyin – klinik vaziyatga qarab to'qima ichi (interstisial) yoki bo'shliq ichi braxiterapiya qo'llash.*
- *Agar mahalliy tarqalgan yoki nekrozga uchragan qin o'smalari kuzatilsa, bachadon bo'yni saratonining analogik sxemasi qo'llanilishi mumkin: Dinamik fraksionlash rejimi: ROD PTVcum 4 Gr 5 fraksiya (o'sma regressiyasini tezlashtirish uchun), keyin – ROD PTVcum 1,25 Gr multifraksion tarzda (kunlik 2 marta, 4 soat interval bilan), summar doza (SO'Dekv) 45–50 Gr yoki an'anaviy fraksionlash bilan shu jami dozalargacha davolashni davom ettirish.*
- *Agar kontakt nur terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (endovaginal usullardan voz kechish yoki usulni o'zgartirishni xohlamaslik) birlamchi o'choq uchun lokal bust shaklida distansion nurlantirish davom ettiriladi. Yuqori aniqlikka ega nur terapiyasi (IMRT, VMAT, STRT) usullari qo'llaniladi SO'Dekv (radioterapiyaning umumiy dozasi): T1–2 bosqichlarda – 60–64 Gr, T3–4a bosqichlarda – 66–70 Gr [2, 18, 22, 28, 29]*

3. Kontakt nur terapiya (braxiterapiya)

Yassi hujayrali qin saratoni bo'lgan bemorlarga birlamchi o'smaning joylashuviga qarab turli kontakt nur terapiyasi usullarini qo'llash **tavsiya etiladi**: braxiterapiya, interstisial (to'qima ichi) braxiterapiya, applikasion braxiterapiya yuqori quvvatli (HDR) braxiterapiya ^{192}Ir (Iridiy-192) yoki ^{60}Co (Kobalt-60) manbalari orqali amalga oshiriladi. [2, 18, 22, 28, 29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

Birlamchi qin saratonida braxiterapiya o'tkazish konsepsiyasi.

Braxiterapiya o'tkazish bosqichini rejalashtirish birlamchi o'smaning rezorbsiya darajasiga va uning lokalizatsiyasiga asoslangan. Konturlash uchun maqsadli ko'lamlar birlamchi o'smaning hajmiga bog'liq va quyidagicha belgilanadi:

GTV-Tres - Braxiterapiya vaqtida qolgan makroskopik o'sma hajmi, klinik tekshiruv va/yoki vizualizasiya natijalariga asosan tasvirlangan holda.

CTV-THR - Yuqori xavfli klinik maqsadli hajm (CTV-THR) GTV-Tres va patologik to'qimalarni o'z ichiga oladi.

CTV-TIR - O'rta xavfli klinik maqsadli hajm (CTV-TIR) CTV-THR ga tutash bo'lgan barcha muhim mikroskopik o'zgarishlarni o'z ichiga olishi kerak.

Klinik jihatdan bu ginekologik ko'rik paytida ko'zga ko'rinuvchi va palpasiya orqali aniqlanadigan qolgan makroskopik o'smadir. T2-tortilgan MRT da boshlang'ich o'sma tarqalish hududida (GTV-Tinit) giperintensivdan izointensivgacha bo'lgan signal intensivligiga ega qolgan o'sma hajmi sifatida vizualizasiya qilinadi. Oddatda GTV-Tinit ning ahamiyatli rezorbsiyasi kuzatiladi, bu esa nisbatan kichik GTV-Tres ga olib keladi.

Intrakavitar nurlantirish uchun eng ko'p qo'llaniladigan applikatorlar – sillindrik applikatorlar bo'lib, ular bemorning qin anatomik parametrlariga mos kelishi va nurlantirilayotgan qin devorlariga zich yopishishi kerak. Shuningdek, interstisial (to'qima ichi) braxiterapiya ham qo'llaniladi. [37]

Topometriya, okonturlash va rejalashtirish tamoyillari umumiy prinsiplarga muvofiq amalga oshiriladi. 3D–4D vizual nazoratdagi braxiterapiya metodikalari 2D rejalashtirish metodlariga nisbatan samaradorlik va xavfsizlik bo'yicha ustunlikka ega. [2, 18, 22, 28, 29].

Nurlantiriladigan hajmlarning chegaralarini aniqlash uchun afzal vizualizasiya usuli – magnit maydoni kuchlanishi kamida 1,5 Tl bo'lgan multiparametrik MRTdir.

Rejalashtirish o'smaning vizualizasiya qilingan hududlari asosida hamda zararlanmagan shilliq parda yuzasidan 0,5 sm masofada amalga oshiriladi.

FRAKSIYALASH DOZASI monorejimda: bir martalik doza (BMO'D): 3–7 Gr, haftasiga 3–5 fraksiya, umumiy ekvivalent doza (SO'Dekv): 40–50 Gr. Kompleks

(qo'shma) nur terapiyasida bust sifatida: bir martalik doza (BMO'D): 3–5 Gr, haftasiga 3–5 fraksiya, umumiy ekvivalent doza (SO'Dekv): 20–30 Gr, jami SO'Dekv: T1–2 bosqichlarda – 60–64 Gr, T3–4a bosqichlarda – 66–70 Gr. Agar o'sma qinning yuqori ikki uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, intrakavitar nur terapiyasi maxsus applikatorlar orqali o'tkaziladi: Fletcher, Manchester, markaziy endostat + halqasimon qin applikatorlari. Topometriya, okonturlash va dozimetriya rejalashtirish prinsiplari bachadon bo'yini saratoni davolash usullariga muvofiq tarzda amalga oshiriladi.

3) Medikamentoz davo:

Tizimli kimyo terapiya prinsiplari

Tarqalgan qin saratoni bemorlariga palliativ maqsadda kimyo terapiyasi (XT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. Davolash o'sma jarayonining progressiyasi yoki kimyo terapiyasiga bog'liq yuzaga kelgan og'ir toksik ta'sirlar sababli davolashni davom ettirish imkoniyati yo'q bo'lgunga qadar amalga oshiriladi. [27,24, 30].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

- **XT minimal ko'lami** quvvatsizlangan bemorlar uchun tavsiya qilinadi: #Sisplatin** 50 mg/m² 21 kunda 1 marta 6 kursgacha [30];

- **Qin saratonida XT optimal ko'lam rejimlari** bachadon bo'yini saratonini davolash bilan bir hil [31, 33-35]: #Paklitaksel** + #Sisplatin**, #Paklitaksel**² + #Karboplatin**; #Sisplatin** + #Gemsitabin**; #Paklitaksel** monorejimda va bachadon bo'yini saratoni klinik tavsiyanomalarida keltirilgan

Progressiyalangan QS bemorlariga tavsiya qilinadi:

- Pembrolizumab** 200 mg v/i 3 haftada 1 marta *mikrosatellit nostabillik yuqori darajada bo'lsa*, shu jumladan, residiv kuzatilgan holatlarda DNK reparasiya tizimining buzilishida (dMMR) ham [34].

- #Kapesitabin** 2500 mg/m²/sut ichishga 1–14-chi kunlar 21 kunlik sikl bilan (XTning 2-chi va keyingi liniyalari sifatida) [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: Xuddi 1-chi liniya kabi, platina saqlovchi XTga qaytish agar platinasiz interval 6 oydan katta bo'lsa mumkin bo'ladi.

Hozirgi vaqtda tarqalgan yassi hujayrali qin saratoni (QS) da nur terapiyasi platina tarkibli sensibilizasiyalovchi kimyo terapiyasi bilan birga o'tkaziladi. Bu bachadon bo'yining yassi hujayrali saratoni (RShM) davolash sxemasiga o'xshash tarzda amalga oshiriladi. Kimyo terapiya rejimi: Sisplatin** 40 mg/m² vena ichi (v/v) haftasiga 1 marta jami 7 siklgacha [35].

Kimyo terapiya.

kimyo terapiya – bu maxsus dorilar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarining o‘rishini yo‘q qilish yoki sekinlashtirishga qaratilgan xavfli o‘smalarni tibbiy usulda davolashdir. kimyo terapiya bilan saratonni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo‘yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. O‘sma kimyo terapiya sxemalari dorilarning ma'lum kombinasiyalarini qabul qilishning bir necha kurslaridan iborat bo‘ladi va odatda shikastlangan tana to‘qimalarini tiklash uchun dozalar orasidagi pauzalar bilan amalga oshiriladi.

kimyo terapiya ning buyurilish maqsadiga qarab farqlanadigan bir nechta turlari mavjud:

- o‘smalarning neoad'yuvant kimyo terapiya si operasiyadan oldin, nooperabel o‘smani kichraytirish maqsadida, shuningdek operasiyadan keyin buyurish uchun preparatlarga sezgirligini aniqlash maqsadida buyuriladi.
- ad'yuvant kimyo terapiya jarrohlik davosidan so‘ng metastazlanish va residivlar xavfini kamaytirish maqsadida buyuriladi.
- davolovchi kimyo terapiya metastatik saraton hujayralarini kichratirish maqsadida o‘tkaziladi.

Lokalizasiyaga va o‘sma turiga bog‘liq ravishda kimyo terapiya turli sxemalarda buyuriladi va o‘z xususiyatlariga ega.

kimyo terapiya ga ko‘rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan qin saratoni;
- mahalliy tarqalgan o‘smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o‘sma residivi;
- bemorda qon surati qoniqarli bo‘lishi: gemoglobin va gemokrit ko‘rsatkichlarining me'yoriy bo‘lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- infiltrasiyani, o‘sma o‘lchamlarini kamaytirish va o‘tkazilayotgan qo‘shma nur terapiya va/yoki jarrohlik davosini radikalligini yaxshilash imkoniyati;
- bemor operasiyadan bosh tortganda;
- o‘sma yomon gistotipga ega bo‘lganda (past differensiallashgan, differensiallashmagan), davolashning uzoq natijalarini yaxshilash.

kimyo terapiya ga qarshi ko‘rsatmalar:

kimyo terapiya ga qarshi ko'rsatmalar ikki guruhga bo'lish mumkin: absolyut va nisbiy.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensasiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutaxassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samarasizligi;
- o'smani parchalanishi (qon ketish xavfi);
- Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50% va unldan kam bemor umumiy ahvolining og'irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;
- a'zoizm intoksikatsiyasi;
- faol o'pka tuberkulezi;
- qon tarkibining turg'un patologik o'zgarishlari (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya);
- kaxeksiya.

Kimyo terapiya sxemalari:

1. Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va karboplatin AUC 5–6 v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A)

2. Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va sisplatin 60–75 mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A).

3. Doksorubisin 50–60 mg/m² v/i 1-chi kun va sisplatin 50–75 mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A)

4. Ifosfomid 5000 mg/m² 24 soatlik infuziya mestna bilan – 400 mg/m² kuniga 2 marta va sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun. (DD-A)

5. Gemsitabin 800-1000 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar va sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun. (DD-A)

NB! Platina kombinasiyalarni qo‘llash imkoni bo‘lmaganda, noplatinali kombinasiyalarni qo‘llash mkmkin.

Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va topotekan 0,75 mg/m² 1-3 kunlar (DD-A).

Davolashning I liniyasida platina, paklitaksel va bevasizumab preparatlari kombinasiyasini qo‘llash eng samarali hisoblanadi.

O‘smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSIH/dMMR ekspressiyasida bevasizumab bilan birgalikda yoki usiz pembrolizumabni qo‘shish tavsiya etiladi.

Ad'yuvant rejimda yoki I liniyada 6 sikl kimyo terapiya o‘tkazish yoki davoni progressiyalanish yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha davom ettirish tavsiya etiladi.

Pembrolizumab va bevasizumabni 35 siklgacha o‘tkazsa bo‘ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

4-jadval. Qin saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
• Sisplatin 40 mg/m ² v/i har hafta distansion NT fonida, 6 yuborilish
Neoad'yuvant/ad'yuvant kimyo terapiya
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 80 mg/m ² v/i har hafta + karboplatin AUC2 v/i har hafta, 6 yuborilish
Kimyo-nur terapiya
• Sisplatin 40 mg/m ² v/i har hafta distansion NT fonida, 6 yuborilish
I liniya kimyo terapiyasi
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun + bevasizumab ¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevasizumab ¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun + bevasizumab ¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun +

bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada

- Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m² v/i 1–3chi kunlari + bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Paklitaksel² 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin² 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Paklitaksel² 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin² AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Ifosfamid 5000 mg/m² v/i 24 soatlik infuziya (+ mesna 5000 mg/m²)³ 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-chi kun + gemsitabin 1000 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar, har 3 haftada
- Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m² v/i 1-3-kunlari, har 3 haftada
- Sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Etopozid 100 mg/m² v/i 1-3-kunlari + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada (rejim BBSning mayda hujayrali turida maqsadga muvofiq)

Kimyo terapiya II liniyasi⁴

- Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1 yoki o‘smada MSIH/dMMR)
- Mitomisin 7,5 mg/m² v/i 1-chi kun, har 6 haftada.
- Irinotekan 125 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 4 haftada.
- Gemsitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada
- Doseetaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Kapesitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada
- Bevasizumab 7,5–15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Topotekan 1,5 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar, har 3–4 haftada.
- Ifosfamid 1200–1500 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar (+ mesna 1200–1500 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar)¹, har 3 haftada
- Vinorelbin 30 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar, har 3 haftada
- Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada (platina unumlari qo‘shib o‘tkazilgan avvalgi davo yakunlangandan so‘ng > 6 oy muddatda rivojlangan residivlarda)
- Karboplatin AUC5 v/i 1-chi kun, har 3 haftada (platina unumlari qo‘shib o‘tkazilgan avvalgi davo yakunlangandan so‘ng > 6 oy muddatda rivojlangan residivlarda)

¹ XTga bevasizumabni qo‘shilishi umumiy holati qoniqarli bo‘lgan, me‘da ichak va peshob-jinsiy toksiklik havfi past bo‘lgan bemorlarga tavsiya etiladi.

² Anamnezida kichik chanoq sohasiga NT o‘tkazilgan bo‘lsa, paklitaksel, sisplatin va karboplatinning boshlang‘ich dozalari 20%ga redusiyalanishi mumkin; qoniqarli

ko 'targanda dozani standart miqdorgacha eskalasiyalasa bo 'ladi.

³ Mesna ifosfamid dozasining 100% sutkalik dozasida qo 'llaniladi va kun davomida uchta in'eksiyaga bo 'linadi: ifosfamidni yuborishdan bevosita oldin, uning infuziyasi boshlanganidan keyin 4 va 8 soat o 'tgach.

⁴ Kechki residivlarda (birlamchi davo yakunlangandan > 6 oy o 'tgach) I liniya XTni takrorlash mumkin.

5-jadval. Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan) [18, 21, 22, 25]:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
Antrasiklinlar	Dokсорubisin	50–60 mg/m ² v/i 1-chi kun	A
Platina unumlari	Sisplatin	50–75 mg/m ² v/i 1-chi kun	A
Taksan qator o'smaga qarshi preparatlar	Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 1- chi kun	A
Platina unumlari	Karboplatin	AUC 5–6 v/i 1- chi kun	A
Alkillovchi birikmalar	Ifosfamid	1,6 mg/m ² v/i 1- 3-kunlari 1 soatlik infuziya	B
Taksan qator o'smaga qarshi preparatlar	Dosetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O'smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemsitabin	1000 mg/m ² 1- chi va 8-chi kunlar	A
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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-jadval. Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam) [3, 4, 16, 18, 22]:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
-------------------------	-----------------------	------------------	----

Alkaloid	Topotekan	1,25 mg/m ² v/i 1–5-chi kunlar har 3 haftada	C
Platina unumlari	Oksaliplatin	130 mg/m ² v/i har 3 haftada	C
Monoklonal antitana	Bevasizumab	7,5–15 mg/kg v/i har 3 haftada	B
Immuno onkologik preparat Monoklonal antitana	Pembrolizumab	200 mg v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi preparatlar toksik ta'sirini susaytiruvchi dori vositalari	Allopurinol	Ichishga	-
Antibakterial vositalar	Ofloksasin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksasin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksasin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichishga	A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichishga	B
	Itrakonazol	Ichishga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Pozakonazol	Ichishga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Asiklovir	Vena ichiga Ichishga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Nadroparin	Teri ostiga	C
	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo‘llash	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichishga	
	Amlodipin	Ichishga	B

	Drotaverin	Vena ichiga Ichishga	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramisin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichishga	-
	Xlorgeksidin	Tashqi	-
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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) Jarrohlik davosi

• **Qin saratoni in situ (TisN0M0)** da klinik samaraga va remissiyaga erishish uchun lazer jarrohligi, keng lokal ekssiziya tavsiya etiladi [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

• **Qin saratoni I bosqichi (T1N0M0)** va yuqori uchdan bir qismda lokallashgan o'sma jarayoni bo'lgan bemorlarga jarrohlik davolash tavsiya etiladi. Jarrohlik usuli: Kengaytirilgan gisterektomiya (bachadon ekstirpasiyasi), qinning yuqori (o'rta qismigacha) qismi rezeksiyasi, ortiqlar bilan yoki ularsiz olib tashlash, bachadon atrofi yog' to'qimasi va regionar limfa tugunlarini rezeksiya qilish, jarrohlik intervensiyasi Querleu-Morrow (2017) tasnifi bo'yicha V2 tipga muvofiq o'tkaziladi. Bu usul klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida amalga oshiriladi. Tuxumdon funksiyasini saqlab qolish uchun ularning transpozitsiyasi (joyini o'zgartirish) mumkin [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Qin saratoni (QS)* da quyidagi jarrohlik davolash variantlari ham ko'rib chiqilishi mumkin: *Keng lokal ekssiziya, qin rezeksiyasi, qin ekstirpasiyasi (vaginektomiya) va qinni rekonstruksiya qilish* [10].

4) Keyingi davosi:

- Barcha qin saratoni bilan og‘rigan bemorlar davolash tugagandan so‘ng ginekolog-onkolog va bemor biriktirilgan joydagi rayonkolog nazoratida bo‘lishi kerak.
- Ilk 2 yil davomida – har 3 oyda bir marta.
- Uchinchi yil davomida – har 4 oyda bir marta.
- 4-5-yillarda – har 6 oyda bir marta, keyin har yili.
- O‘pkalarning rentgenologik tekshiruvi dastlabki 3 yilda xar 6 oyda, keyinchalik har yili 1 marta;
- Ginekolog ko‘rigi;
- Qorin bo‘shlig‘i. Kichik chanoq va periferik limfa tugunlari UTTsi;
- Kichik chanoq MRTsi, qorin bo‘shlig‘i va ko‘krak qafasi KTsi, ko‘rsatmalarga ko‘ra PET/KT;

7) Protokolda davolash samaradorligi va diagnostika hamda davolash usullarining xavfsizligi indikatorlari quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

“o‘smaning javobi” – o‘tkazilgan davodan so‘ng o‘smaning regressiyasi;

To‘liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o‘choqlarning yo‘qolishi.

Qisman samara - boshqa o‘choqlari progressiyaning yo‘qligida barcha yoki alohida o‘smalarning 50% yoki undan ko‘p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizasiya - (o‘zgarishsiz) boshqa yangi o‘choqlar paydo bo‘lmagan holda, o‘smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o‘smalar o‘lchamlarining 25% dan ko‘p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi [32] (ID - A).

- Residivsiz (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emosional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor a'zoizmining fizik holati ham kiradi.

**«QIN SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar i):

XKT-10	
Kod	Nazvanie
D07.2	Qin in situ karsinomasi
C52	Qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
XKT-11	
Kod	Nazvanie
2C71	Qinning xavfli o‘smalari
2C71.0	Qinning adenokarsinomasi
2C71.1	Qinning melanomasi
2C71.2	Qinning yassi hujayrali saratoni
2C71.Y	Qinning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C71.Z	Aniqlanmagan qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

2. Asosiy qism.

- Kirish (foydalanilgan manba'ga havola:

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

Qinning xavfli o‘smasi – qin devorida yuzaga keladigan xavfli o‘smadir. Qinning yassi hujayrali saratoni – ayol qinining qoplovchi yassi hujayrali epiteliysidan rivojlangan xavfli o‘smadir.

Xalqaro Saratoni Izlash Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlari bo‘yicha, 2022 yilda qin saratoni barcha holatlari 18 819 tani tashkil etgan va 8 240 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

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

Qinning saratoni (QS) etiologiyasi va patogenezi ko‘p jihatdan aniq emas, birinchi navbatda past kasallanish ko‘rsatkichlari tufayli. Urogenital sinusdan paydo bo‘lgan vulva, qin va bachadon bo‘ynining bir xil embriogenezini inobatga olganda, ularning etiologiyasi va patogenezi umumiy ekanligi taxmin qilinadi [1].

Qin saratoni (QS) patogenezida mumkin bo‘lgan salbiy rolni quyidagi omillar

o‘ynaydi:

- • Ayolning hayot davomida inson papillomavirusi (OPV) bilan infeksiyalanishi (yassi hujayrali QS holatlarida VPCh 60% dan ziyod kuzatuvlarda aniqlanadi), 2-tip oddiy herpes virusi va inson immunodefisiti virusi, VPChning o‘tkir uchli kondilomalar shaklida ifodalanishi;
- Menopauzadan keyingi estrogen etishmasligi;
- Juda og‘ir xronik senil kolpitlar;
- Involyutiv, distrofik, kastrasiyadan keyingi va yoshga bog‘liq jarayonlar;
- Surunkali nospesifik vaginitlar;
- Bachadon bo‘yni saratonida qo‘shma nur terapiyadan keyin, nur terapiyaning kanserogen ta’siri orqali ushbu hududda xavfli o‘smanning paydo bo‘lishi haqida ko‘plab xabarlar mavjud. Qin saratoni rivojlanishi nisbiy xavfi aholiga nisbatan bachadon bo‘yni saratoni bo‘yicha qo‘shma nur terapiya olgan bemorlarda 300 marta yuqoridir [2].

Klinik nuqtai nazaridan, bugun QS rivojlanishining eng ehtimoliy 3 sababini ko‘rib chiqish lozim:

4. OPV bilan bog‘liq xavfli o‘smanning rivojlanishi.
5. BBS nur terapiyasidan keyin qinning radioindusirlangan o‘smalari.
6. Metastatik o‘smalar (bachadon, tuxumdonlar, hokazo).

Birlamchi qin saratoni juda kam uchraydi. Ayollar jinsiy a'zolaridagi xavfli o‘smalar tuzilishida birlamchi qin saratoni taxminan 1% ni tashkil qiladi. Rossiyada 2021 yilda birinchi marta aniqlangan qin saratoni holatlari 549 ta ro‘yxatga olingan. 2021 yilda qin saratonining standartlashtirilgan kasallik tarqalishi ko‘rsatkichi 100 minta ayol aholisida 0,36 ni tashkil etgan [3]. Qindagi barcha gistologik turdagi xavfli o‘smalarning deyarli 90% yassi hujayrali saratoniga to‘g‘ri keladi [4].

Birlamchi qin saratoni ayollar jinsiy a'zolaridagi barcha xavfli o‘smalarga nisbatan faqat 1–2% ni tashkil etadi. Qinning metastatik saratoni esa ancha ko‘proq uchraydi.

2024 yilda O‘zbekistonda qin saratoni 48 ayolda aniqlandi.

2. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolaja va/yoki jarrohlik amaliyotining qo‘llanilishi tartibi.

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o‘sma o‘shini stabillashtirish va og‘ir hamroh simptomlarni bartaraf etish uchun o‘sma jarayonining to‘liq yoki qisman regressiyasiga erishish va palliativ

davolanish maqsadida jarrohlik usuli, kimyoterapiya va/yoki nur terapiyasi o‘tkaziladi.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:

- bemorning og‘ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o‘tkir kechiktirib bo‘lmaydigan g‘olatlar (miokard infarkti, insult);
- septik holatlar;
- qon ketish xavfi bilan, parchalanish bosqichidagi o‘smalar (nur terapiya uchun);
- psixorgan kasalliklar (shizofreniya, kuchli tutqanoq sindromi bilan epilepsiya);
- Bemorning Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 60%dan kam bo‘lgan og‘ir holati.
- Dekompensasiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja yoki aralashuvga ko‘rsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi qin saratonining mavjudligi;
- jarrohlik davolash yoki ochiq biopsiyadan so‘ng tashxisni morfologik tasdiqlash bilan ikkilamchi (metastatik yoki birlamchi aniqlangan o‘choqsiz) o‘smaning mavjudligi yoki metastazning morfologik tasdig‘ining yo‘qligi, ammo qin saratonining asosiy o‘chog‘ining gistologik tekshiruvi mavjudligi.

Kimyo va/yoki nur terapiya quyidagi maqsaddi o‘tkaziladi:

- O‘sma hujayralari yo‘q qilish;
- O‘sma o‘lchamlarini kichraytirish, uni o‘sishtan to‘xtatish;
- Qin saratoni residivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o‘smalar, shu jumladan, qin saratoni uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Mutaxassislar preparatning dozasini diqqat bilan tanlaydilar: agar u juda kichik bo‘lsa, davolanish samaradorligi kamayadi, agar u yuqori bo‘lsa, nojo‘ya ta'sirlar xavfi ortadi.

Jarrohlik davosiga ko‘rsatmalar:

- Gistologik verifikasiyalangan operabel va rezektabel qin xavfli o‘smalari;
- Jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalarning yo‘qligi.

Qin saratonida jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar:

- Bemorda nooperabellik belgilari va og‘ir hamroh patologiyaning mavjudligi;
- Surunkali dekompensirlangan va/yoki nafas, yurak-qon tomir, peshob ajratish tizimining o‘tkir funksional buzilishlari;
- Umumiy og‘riqsizlantirishda qo‘llaniladigan preparatlarga allergiya.

2) Jarrohlik davolash tamoyillari:

• **Qin saratoni in situ (TisN0M0)** da klinik samaraga va remissiyaga erishish uchun lazer jarrohligi, keng lokal ekssiziya tavsiya etiladi [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

• **Qin saratoni I bosqichi (T1N0M0)** va yuqori uchdan bir qismda lokallashgan o‘sma jarayoni bo‘lgan bemorlarga jarrohlik davolash tavsiya etiladi. Jarrohlik usuli: Kengaytirilgan gisterektomiya (bachadon ekstirpasiyasi), qinning yuqori (o‘rta qismigacha) qismi rezeksiyasi, ortiqlar bilan yoki ularsiz olib tashlash, bachadon atrofi yog‘ to‘qimasi va regional limfa tugunlarini rezeksiya qilish, jarrohlik intervensiyasi Querleu-Morrow (2017) tasnifi bo‘yicha V2 tipga muvofiq o‘tkaziladi. Bu usul klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida amalga oshiriladi. Tuxumdon funksiyasini saqlab qolish uchun ularning transpozitsiyasi (joyini o‘zgartirish) mumkin [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Qin saratoni (QS) da quyidagi jarrohlik davolash variantlari ham ko‘rib chiqilishi mumkin: Keng lokal ekssiziya, qin rezeksiyasi, qin ekstirpasiyasi (vaginektomiya) va qinni rekonstruksiya qilish [10].*

3) Nur terapiya.

Nur terapiyasi (NT) konform variantda distansion va kontakt usullarda o‘tkazilishi tavsiya etiladi. Bu hozirgi zamon tibbiy tasvirlash metodlariga asoslangan individual hajmiy rejalashtirish orqali amalga oshiriladi. Asosiy tasvirlash usullari: multiparametrli MRT, vena ichi kontrast bilan KT, pozitron-emission tomografiya (PET-KT). Bu usullar davolashning onkologik samaradorligini, uning xavfsizligi va natijalarining maqsadga muvofiqligini ta‘minlash uchun qo‘llaniladi.

Nur terapiya usullarining aniq taktikasi birlamchi o'smaning joylashuvi, qin devorlari bo'ylab vertikal tarqalish darajasi va o'smaning infiltrasiya chuqurligiga bog'liq holda tanlanadi.

*Kimyo-nur terapiyasi. Mahalliy tarqalgan bachadon bo'yni saratoni (BBS) uchun qo'llaniladigan sxemaga o'xshash holda, distansion nur terapiyasi bilan birga haftalik rejimda #sisplatin** 40 mg/m² qo'llash imkoniyati ko'rib chiqiladi (BBS bo'yicha klinik tavsiyalarga qarang). Qin saratoni holatlari nisbatan kam uchraygani sababli, katta randomizatsiyalangan tadqiqotlar mavjud emas. 2013 yildagi Miyamoto D.T. tadqiqotiga ko'ra, kimyo-nur terapiyasi oddiy nur terapiyasiga nisbatan afzal hisoblanadi. Natijalar (kimyo-nur terapiyasi va faqat nur terapiyasi guruhlarini bo'yicha): 3 yillik umumiy tirik qolish – 79% vs 56%, 3 yillik residivsiz tirik qolish – 73% vs 43% [36].*

1. Topometrik tayyorgarlik

● Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarga nur terapiyasi (NT)dan oldin topografik va topometrik rejalashtirish o'tkazish **tavsiya etiladi**. Bu jarayon quyidagi tamoyillarga asosan amalga oshiriladi:

- Topometrik tayyorgarlik bemor orqaga yotgan holda amalga oshiriladi, tananing yuqori va pastki qismi immobilizatsiya qilinadi (bosh tayanchi va tizza osti tayanchi yordamida).

- Nurlantirish hajmini aniqlash va tekshirish maqsadida tashqi va endovaginal rentgenkontrast markerlar qo'llaniladi. Bu birlamchi o'sma (GTV) quyi chegarasi va qin kirish qismi (introitus) lokatsiyasini aniqlashga yordam beradi.

- Birlamchi o'smani (GTV), qo'shiladigan qo'ltiq va chov limfa tugunlarini (CTV, PTV) aniq konturlash uchun quyidagi tasvirlash usullari qo'llanilishi mumkin: vena ichi kontrast bilan KT/MRT; pozitron-emission tomografiya (PET-KT); Fusion-texnologiyalar orqali avvalgi tekshiruvlar natijalarini integratsiya qilish. Bu usullar nur terapiyasini aniq rejalashtirish va samaradorligini oshirish uchun ishlatiladi [2, 18, 22, 28, 29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

2. Distansion nur terapiya

*Qin saratoni bo'lgan bemorlarga kasallik bosqichi, o'smaning joylashuvi, morfologik turi va bemorning umumiy holatini hisobga olgan holda, klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida distansion nur terapiyasi (LT) o'tkazish **tavsiya etiladi** [2, 18, 22, 28, 29].*

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izohlar:

Qin saratonida distansion nur terapiyasini o'tkazishning asosiy tamoyillari:

- Agar o'sma qinning yuqori ikki uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, nurlantirish hajmiga faqat kichik chanoq tuzilmalari kiritiladi. Birlamchi o'choq hududida (CTV-T) nurlantiriladigan hajm: butun qin naychasi, bachadon bo'yni va paraservik sohasi, paravaginal to'qimalar, limfa oqimi yo'llari hududida (CTV-N) nurlantiriladigan limfa tugunlari: yuqori ikki uchdan bir qismida joylashganda – yopqich limfa tugunlari, tashqi va ichki yonbosh limfa tugunlari, presakral va pararektal limfa tugunlari [2, 18, 22, 28, 29]
- Agar o'sma qinning quyi uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, kichik chanoq bilan birga chov sohasi ham nurlantiriladi. Birlamchi o'choq hududida (CTV-T) nurlantiriladigan hajm: butun qin naychasi, shu jumladan introitus, bachadon bo'yni va paraservik sohasi, paravaginal to'qimalar, limfa oqimi yo'llari hududida (CTV-N) nurlantiriladigan limfa tugunlari: chov-son limfa tugunlari, distal tashqi/ichki yonbosh limfa tugunlari [2, 18, 22, 28, 29]
- Agar o'sma qinning orqa devorida joylashgan bo'lsa, nurlantiriladigan limfa tugunlari (CTV-N) hajmiga presakral va pararektal chov limfa tugunlari ham kiritiladi.

Rejalashtirilgan terapevtik ko'lam quyidagicha shakllantiriladi:

$$PTV1 = CTV-T + 7-12 \text{ mm}$$

$$PTV2 = CTV-N + 5-7 \text{ mm}$$

$$PTV_{sum} = PTV1 + PTV2$$

- Chegaralar bo'yicha masofa (otstup) tanlangan tasvirlash usullarining aniqligiga bog'liq: tasvirlash aniqligi qancha past bo'lsa, ishonchli chegaralar uchun masofa shuncha katta bo'ladi. [2, 18, 22, 28, 29]
- XAVFLI A'ZOLAR– tolerant dozalarni hisoblash va doza-hajm gistogrammasi (DVH) orqali baholash maqsadida quyidagi a'zolarining okonturlanishi majburiy: qovuq, to'g'ri ichak, ingichka ichak qovuzloqlari, anus, suyak ko'migi (tos suyagi, dum, L5 tanasi, vertlujnaya vpadina, son suyagi proksimal qismi, son suyagi bosh qismi).
- FRAKSIONLASH DOZASI: Tradision fraksiya rejimi – distansion nur terapiyasi bosqichi: Radikal ekvivalent doza (ROD PTVcum) 1,8–2 Gr 23–25 fraksiya, summar doza (SODeky) 45–50 Gr. Keyin – klinik vaziyatga qarab to'qima ichi (interstisial) yoki bo'shliq ichi braxiterapiya qo'llash.
- Agar mahalliy tarqalgan yoki nekrozga uchragan qin o'smalari kuzatilsa, bachadon bo'yni saratonining analogik sxemasi qo'llanilishi mumkin: Dinamik fraksionlash rejimi: ROD PTVcum 4 Gr 5 fraksiya (o'sma regressiyasini tezlashtirish uchun), keyin – ROD PTVcum 1,25 Gr multifraksion tarzda (kunlik 2 marta, 4 soat interval

bilan), *summar doza (SO'Dekv) 45–50 Gr yoki an'anaviy fraksionlash bilan shu jami dozalargacha davolashni davom ettirish.*

- *Agar kontakt nur terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (endovaginal usullardan voz kechish yoki usulni o'zgartirishni xohlamaslik) birlamchi o'choq uchun lokal bust shaklida distansion nurlantirish davom ettiriladi. Yuqori aniqlikka ega nur terapiyasi (IMRT, VMAT, STRT) usullari qo'llaniladi SO'Dekv (radioterapiyaning umumiy dozasi): T1–2 bosqichlarda – 60–64 Gr, T3–4a bosqichlarda – 66–70 Gr [2, 18, 22, 28, 29]*

3. Kontakt nur terapiya (braxiterapiya)

Yassi hujayrali qin saratoni bo'lgan bemorlarga birlamchi o'smaning joylashuviga qarab turli kontakt nur terapiyasi usullarini qo'llash **tavsiya etiladi**: braxiterapiya, interstisial (to'qima ichi) braxiterapiya, applikasion braxiterapiya yuqori quvvatli (HDR) braxiterapiya 192Ir (Iridiy-192) yoki 60Co (Kobalt-60) manbalari orqali amalga oshiriladi. [2, 18, 22, 28, 29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

Birlamchi qin saratonida braxiterapiya o'tkazish konsepsiyasi.

Braxiterapiya o'tkazish bosqichini rejalashtirish birlamchi o'smaning rezorbsiya darajasiga va uning lokalizatsiyasiga asoslangan. Konturlash uchun maqsadli ko'lamlar birlamchi o'smaning hajmiga bog'liq va quyidagicha belgilanadi:

GTV-Tres - Braxiterapiya vaqtida qolgan makroskopik o'sma hajmi, klinik tekshiruv va/yoki vizualizasiya natijalariga asosan tasvirlangan holda.

CTV-THR - Yuqori xavfli klinik maqsadli hajm (CTV-THR) GTV-Tres va patologik to'qimalarni o'z ichiga oladi.

CTV-TIR - O'rta xavfli klinik maqsadli hajm (CTV-TIR) CTV-THR ga tutash bo'lgan barcha muhim mikroskopik o'zgarishlarni o'z ichiga olishi kerak.

Klinik jihatdan bu ginekologik ko'rik paytida ko'zga ko'rinuvchi va palpasiya orqali aniqlanadigan qolgan makroskopik o'smadir. T2-tortilgan MRT da boshlang'ich o'sma tarqalish hududida (GTV-Tinit) giperintensivdan izointensivgacha bo'lgan signal intensivligiga ega qolgan o'sma hajmi sifatida vizualizasiya qilinadi. Oddatda GTV-Tinit ning ahamiyatli rezorbsiyasi kuzatiladi, bu esa nisbatan kichik GTV-Tres ga olib keladi.

Intrakavitar nurlantirish uchun eng ko'p qo'llaniladigan applikatorlar – sillindrik applikatorlar bo'lib, ular bemorning qin anatomik parametrlariga mos kelishi va nurlantirilayotgan qin devorlariga zich yopishishi kerak. Shuningdek, interstisial (to'qima ichi) braxiterapiya ham qo'llaniladi. [37]

Topometriya, okonturlash va rejalashtirish tamoyillari umumiy prinsiplarga muvofiq amalga oshiriladi. 3D–4D vizual nazoratdagi braxiterapiya metodikalari 2D rejalashtirish metodlariga nisbatan samaradorlik va xavfsizlik bo'yicha ustunlikka ega. [2, 18, 22, 28, 29].

Nurlantiriladigan hajmlarning chegaralarini aniqlash uchun afzal vizualizasiya usuli – magnit maydoni kuchlanishi kamida 1,5 Tl bo'lgan multiparametrik MRTdir.

Rejalashtirish o'smaning vizualizasiya qilingan hududlari asosida hamda zararlanmagan shilliq parda yuzasidan 0,5 sm masofada amalga oshiriladi.

FRAKSIYALASH DOZASI monorejimda: bir martalik doza (BMO'D): 3–7 Gr, haftasiga 3–5 fraksiya, umumiy ekvivalent doza (SO'Dekv): 40–50 Gr. Kompleks (qo'shma) nur terapiyasida bust sifatida: bir martalik doza (BMO'D): 3–5 Gr, haftasiga 3–5 fraksiya, umumiy ekvivalent doza (SO'Dekv): 20–30 Gr, jami SO'Dekv: T1–2 bosqichlarda – 60–64 Gr, T3–4a bosqichlarda – 66–70 Gr. Agar o'sma qinning yuqori ikki uchdan bir qismida joylashgan bo'lsa, intrakavitar nur terapiyasi maxsus applikatorlar orqali o'tkaziladi: Fletcher, Manchester, markaziy endostat + halqasimon qin applikatorlari. Topometriya, okonturlash va dozimetriya rejalashtirish prinsiplari bachadon bo'yni saratoni davolash usullariga muvofiq tarzda amalga oshiriladi.

4) Amaliyot yoki aralashuv o'tkazadigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

Aholiga onkologik yordam ko'rsatadigan tibbiy muassasalarning onkogeneologik, kimyoterapevtik va radiologik bo'limlarida ishlaydigan xodimlar zarur hujjatlar bilan tasdiqlangan tegishli bilim va malakaga ega bo'lishi va A guruhi xodimlariga tegishli bo'lishi va operasion blokda ishlash, radioaktiv va ionlashtiruvchi manbalar bilan ishlash imkoniyatiga ega bo'lishi, radiasiya, shuningdek, onkogeneologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiasiya xavfsizligi kurslarini o'tash muddati o'tmagan sertifikatlari bor bo'lishi kerak.

- «Onkologiya», «onkogeneologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiasion onkologiya) mutaxassisliklari bo'yicha sertifikati bo'lgan, ixtisosligi bo'yicha kamida 5 yillik staji bo'lgan, so'nggi 5 yil ichida kamida 216 soat davomida onkogeneologiya va/yoki kimyo - va/yoki nur terapiyasining yuqori texnologiyali usullari bo'yicha malaka oshirgan mutaxassis;

- Nur terapiyasi uchun fizika bo'yicha oliy ma'lumotli va/yoki oliy texnik ma'lumotga ega, mutaxassislik bo'yicha kamida 3 yillik ish tajribasiga ega, chiziqli tezlatgichlar bilan ishlash bo'yicha kamida 2 yillik tajribaga ega bo'lgan mutaxassis.

5) Asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda majburiy diagnostika choralari ro'yxati:

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha filtrasiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
12. Ginekologik ko'rik (qin, bachadon bo'ynini oynachalarda ko'rish (qinda infiltrasiya mavjudligi, qin devorlarida metastatik o'choqlarning mavjudligi, ularning o'lchami, bachadon bo'yni holati);
13. Vulvoskopiya, vaginoskopiya, kolposkopiya
14. Kompleks ultratovush tashxislash (bachadon bo'yni, tanasi, ortiqlari, tuxumdonlar, jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar va periferik limfa tugunlari);
15. Kichik chanoq magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi;
18. Tegib turgan sog'lom to'qima bilan birgalikda qin o'smasidan ponasimon biopsiya olib.
19. Alohida bachadon tanasi va bachadon bo'yni shilliq qavatida diagnostik qirma olish;
20. Biopstatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
21. Biopstatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
22. Biopstatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano biopstatni)
23. Ekskretornaya urografiya;
24. Sistografiya;
25. Rektosigmoidoskopiya;
26. EKG;

27.ExoKG.

28.Butun tana PET/KT si**

Amaliyot yoki aralashuvga tayyorgarlik ko‘rishda majburiy diagnostika choralari ro‘yxati:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19ga PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekulyar-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
- 13.Periferik qon IFTsi;
- 14.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 15.Standart –sitogenetik tekshirish;
- 16.Immunoterapiya imkoniyatlarini aniqlash uchun mikrosatellit nostabillikni aniqlash bo‘yicha molekulyar-genetik tekshiruv;
- 17.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 18.Skelet suyaklari ssintigrafiyasi;
- 19.Ko‘krak qafasi kompyuter tomografiyasi;
- 20.Bosh va bo‘yin kontrastli KTsi;
- 21.FEGDS;
- 22.Bronxoskopiya;
- 23.Qorin bo‘shlig‘i a'zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;
- 24.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- 25.Spirografiya;
- 26.Bosh miya MRTsi;

27.Holter – monitorlash bilan EKG

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

6) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar:

Onkologik muassasaning jarrohlik (onkoginekologik) bo‘limi faoliyatini tashkil etish qoidalari

Ushbu qoidalar onkologik shifoxonaning (onkologik markaz va uning filiallari), onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatadigan boshqa tibbiy tashkilotning (keyinchalik - tibbiyot tashkilotlari) jarrohlik davolash usullari onkologik bo‘limlari (keyinchalik - bo‘lim) faoliyatini tashkil etish tartibini belgilaydi.

Bo‘lim onkologik kasalliklarga chalingan bemorlarga jarrohlik usullarini mustaqil davolash turi sifatida tibbiy yordam ko‘rsatish maqsadida tibbiy tashkilotning tarkibiy bo‘linmasi sifatida tashkil etilgan bo‘lib, "onkologiya", "onkoginekologiya", "kimyoterapiya", "radiologiya" ishlar (xizmatlar) uchun tibbiy faoliyatni amalga oshirish uchun lisenziya asosida faoliyat yuritadi.

Bo‘limning yotoq o‘rinlar hajmi 25 dan 50 gacha bo‘lishi kerak.

Bo‘limlar kamida 70 onkologik yotoq o‘rinli tibbiy tashkilotda tashkil etiladi, agar ular mulkiy majmua ichida joylashgan bo‘lsa, funksional va texnologik jihatdan quyidagi bo‘lim bilan birlashtirilgan bo‘lsa:

- Rentgen diagnostikasi bo‘limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funksional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funksional diagnostika bo‘limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo‘limi), <1>;
- endoskopik tekshiruvlarni o‘tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo‘lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo‘limlari yoki anesteziologiya-reanimasiya bo‘limlari reanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;

- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operasion bo‘linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o‘smaga qarshi dori terapiyasi bo‘limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

Bo‘lim bemorlarni doimiy ravishda kuzatib borish uchun onkolog va bo‘lim hamshirasidan iborat navbatchi guruh tomonidan kechayu kunduz nazorat bilan ta'minlanishi kerak.

Bo‘lim strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- Ko‘ruv xonasi;
- Bo‘lim mudiri xonasi;
- Shifokorlar xonasi;
- palatalar;
- bog‘lam almashtirish xonasi;
- muolaja xonasi;
- xuqnaxona;
- kichik jarrohlik xonasi (onkourologiya, onkoginekologiya, bosh va bo‘yin o‘smalari bo‘limlari uchun);
- hamshiralar xonasi.

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasi quyidagilar bo‘lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o‘tkazgich (xojatxona va dushlar);
- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- sterilizasiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- Katta hamshira xonasi;

- operatsiyadan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun);

A) Malakali personal.

7-jadval. Onkoginekologiya bo‘limining tavsiya etiladigan shtatlar normativi

T/r	Lavozim nomi	Lavozim soni
1.	Bo‘lim mudiri - shifokor-onkolog	1
2.	Shifokor-onkolog	10 o‘ringa 1 ta
3.	Palata hamshirasi	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o‘ringa 4,75
4.	Muolaja xonasi hamshirasi	Xonaga 1 ta
5.	Bog‘lov xonasi hamshirasi	25 o‘ringa 1 ta
6.	Katta hamshira	1
7.	Bemorlarga qarovchi kichik hamshira	15 o‘ringa 1 ta
8.	Sanitar	Aylana sutka ishlash maqsadida 15 o‘ringa 4,75; 1 (muolaja va bog‘lov xonasida ishlash uchun); 30 o‘ringa 1 ta 30 o‘ringa 2 ta
9.	Xo‘jalik bekasi	1

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyasiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integrasiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarining standart to‘plami;
- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;

- Virtual simulyasiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo'yish moslamalari;
- termoplastik platinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Bemor tomonidan tayyorlangan tomografik tasvirlar va ko'rsatmalar asosida, shuningdek bemorni tekshirish natijasida kasallikning o'chog'i va tananing umumiy holati aniqlanadi, kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining maqsadga muvofiqligi hisoblanadi.

Birinchi tashrif kuni kimyoterapevt va / yoki nur terapiya onkologi tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tiladi va kerakli tekshiruvlarni tayinlaydi.

Shifokor bemorga uning kasalligining xususiyatlarini va davolash usulini tushunarli tarzda tushuntiradi, bemordan simptomlar haqida batafsil so'rab surishtiradi va barcha mavjud ma'lumotlarga asoslanib qaror qabul qiladi.

Kasallikning holatiga qarab, kimyoviy terapiya va/yoki nur terapiyasi noo'rin deb hisoblanishi mumkin.

Kimyoviy va/yokinur terapiyasi kursini tayinlash kimyoterapevt va / yoki radiolog tomonidan va bemorning yozma roziligi bilan hal qilinadi.

Davolash rejimi klinik ko'rsatmalar va tadqiqot protokollariga muvofiq belgilanadi. Terapevtik dozalar o'smaning gistologik turiga, lokalizatsiyasiga, bosqichiga va tarqalishiga qarab tanlanadi.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasini o'tkazish to'g'risida qaror bemorni keng qamrovli tekshiruvdan, aniq tashxidan so'ng qabul qilinadi. Jarayon oldidan bemor premedikasiya qilinadi — organizmga qilinishi kutilayotgan davolanishni yaxshi ko'tarishi uchun bir qator dorilar qo'llaniladi:

- gepatoprotektorlar;
- qayt qilishga qarshi dorilar;
- immunomodulyatorlar;
- probiotiklar va boshqalar.

Kimyoterapiya va / yoki nur terapiyasining har bir kursidan oldin bemor bir qator qon va siydik sinovlaridan o'tadi, agar kerak bo'lsa, muayyan holatga qarab ba'zi organlarning ultratovush tekshiruvi, EKG va boshqa bir qator tekshiruvlardan o'tadi.

8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorligi ko'rsatkichlari.

“o‘smaning javobi” – o‘tkazilgan davodan so‘ng o‘smaning regressiyasi;

To‘liq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha o‘choqlarning yo‘qolishi.

Qisman samara - boshqa o‘choqlari progressiyaning yo‘qligida barcha yoki alohida o‘smalarning 50% yoki undan ko‘p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizasiya - (o‘zgarishsiz) boshqa yangi o‘choqlar paydo bo‘lmagan holda, o‘smaning 50% dan kam kichrayishi yoki 25% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o‘smalar o‘lchamlarining 25% dan ko‘p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi [32] (ID - A).

- Residivsiz (uch va besh yillik) yashovchanlik;
- «Hayot sifati» ga insonning psixologik, emosional va ijtimoiy faoliyatidan tashqari, bemor organizmining fizik holati ham kiradi.

**«QIN SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITASIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar i):

XKT-10	
Kod	Nazvanie
D07.2	Qin in situ karsinomasi
C52	Qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
XKT-11	
Kod	Nazvanie
2C71	Qinning xavfli o‘smalari
2C71.0	Qinning adenokarsinomasi
2C71.1	Qinning melanomasi
2C71.2	Qinning yassi hujayrali saratoni
2C71.Y	Qinning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C71.Z	Aniqlanmagan qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

1. Asosiy qism.

1) Kirish

Qinning xavfli o‘smasi – qin devorida yuzaga keladigan xavfli o‘smadir. Qinning yassi hujayrali saratoni – ayol qinining qoplovchi yassi hujayrali epiteliysidan rivojlangan xavfli o‘smadir.

Xalqaro Saratoni Izlash Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlari bo‘yicha, 2022 yilda qin saratoni barcha holatlari 18 819 tani tashkil etgan va 8 240 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

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

Qinning saratoni (QS) etiologiyasi va patogenezi ko‘p jihatdan aniq emas, birinchi navbatda past kasallanish ko‘rsatkichlari tufayli. Urogenital sinusdan paydo bo‘lgan vulva, qin va bachadon bo‘ynining bir xil embriogenezi inobatga olganda, ularning etiologiyasi va patogenezi umumiy ekanligi taxmin qilinadi [1].

Qin saratoni (QS) patogenezida mumkin bo‘lgan salbiy rolni quyidagi omillar o‘ynaydi:

- • Ayolning hayot davomida inson papillomavirusi (OPV) bilan infeksiyalanishi (yassi hujayrali QS holatlarida VPCh 60% dan ziyod kuzatuvlarda aniqlanadi), 2-tip oddiy herpes virusi va inson immunodefisiti virusi, VPChning o'tkir uchli kondilomalar shaklida ifodalanishi;
- Menopauzadan keyingi estrogen etishmasligi;
- Juda og'ir xronik senil kolpitlar;
- Involyutiv, distrofik, kastrasiyadan keyingi va yoshga bog'liq jarayonlar;
- Surunkali nospesifik vaginitlar;
- Bachadon bo'yni saratonida qo'shma nur terapiyadan keyin, nur terapiyaning kanserogen ta'siri orqali ushbu hududda xavfli o'smaning paydo bo'lishi haqida ko'plab xabarlar mavjud. Qin saratoni rivojlanishi nisbiy xavfi aholiga nisbatan bachadon bo'yni saratoni bo'yicha qo'shma nur terapiya olgan bemorlarda 300 marta yuqoridir [2].

Klinik nuqtai nazaridan, bugun QS rivojlanishining eng ehtimoliy 3 sababini ko'rib chiqish lozim:

7. OPV bilan bog'liq xavfli o'smaning rivojlanishi.
8. BBS nur terapiyasidan keyin qinning radioindusirlangan o'smalari.
9. Metastatik o'smalar (bachadon, tuxumdonlar, hokazo).

Birlamchi qin saratoni juda kam uchraydi. Ayollar jinsiy a'zolaridagi xavfli o'smalar tuzilishida birlamchi qin saratoni taxminan 1% ni tashkil qiladi. Rossiyada 2021 yilda birinchi marta aniqlangan qin saratoni holatlari 549 ta ro'yxatga olingan. 2021 yilda qin saratonining standartlashtirilgan kasallik tarqalishi ko'rsatkichi 100 minta ayol aholisida 0,36 ni tashkil etgan [3]. Qindagi barcha gistologik turdagi xavfli o'smalarning deyarli 90% yassi hujayrali saratoniga to'g'ri keladi [4].

Birlamchi qin saratoni ayollar jinsiy a'zolaridagi barcha xavfli o'smalarga nisbatan faqat 1–2% ni tashkil etadi. Qinning metastatik saratoni esa ancha ko'proq uchraydi.

2024 yilda O'zbekistonda qin saratoni 48 ayolda aniqlandi.

2) Profilaktika yoki reabilitasiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: 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) (profilaktologiya, grech. Πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi» i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo'lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo'q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir [44].

Aslida profilaktika quyidagilarga boʻlinadi:

- Individual va jamoat (ijtimoiy);
- Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi.

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spesifik profilaktikasi ham mavjud [45].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yoʻnalishi hisoblanadi va sogʻliqni saqlashning yuqori holatini taʼminlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigienik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni oʻz ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyasiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik, meʼmoriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari boʻyicha taʼlim tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bogʻliqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan [46].

Profilaktik chora-tadbirlar sogʻliqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi boʻlib, aholi oʻrtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sogʻlom turmush tarzini ragʻbatlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin boʻlgan oʻzgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni koʻrish orqali toʻliq sogʻlom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan koʻrib chiqiladi [46].

Tibbiy reabilitasiya (manbani yuklab olish uchun havola: 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) (ot lat. rehabilitatio, tiklash) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yoʻqolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funksiyalarini (ehtiyotlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sogʻlom boʻlish, jismoniy faollik, harakat erkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur maʼlumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali oʻzini oʻzi anglash [49].

Davolashdan farqli oʻlaroq, reabilitasiya tanadagi patologik jarayonning oʻtkir bosqichi boʻlmaganda amalga oshiriladi [50].

Tibbiy reabilitasiya reabilitasiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bogʻliq.

3) Profilaktika yoki reabilitasiya turlari.

Salomatlik holatiga, kasallik yoki og‘ir patologiya uchun xavf omillarining mavjudligiga qarab, profilaktikaning 3 turini ko‘rib chiqish mumkin.

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo‘lishi va ta‘sirini oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinseksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko‘rish davomiyligini uzaytiradi[48]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma‘lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo‘shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog‘liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to‘ldiradi [48]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [47].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funksional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko‘rikdir [47]
3. Ba‘zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to‘liq ishlash imkoniyatini yo‘qotgan bemorlarni reabilitasiya qilish bo‘yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o‘z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko‘nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funksiyalarini tiklash) reabilitasiyasiga qaratilgan bo‘ladi [47].

Prereabilitasiya (prehabilitation) – tashxis qo‘yilgan paytdan boshlab davolash boshlanishigacha reabilitasiya (jarrohlik davolash/ kimyoterapiya/ radioterapiya).

Reabilitasiyaning I bosqichi – asosiy kasallikning profiliga muvofiq tibbiy tashkilotlarning bo‘limlarida asosiy kasallikni ixtisoslashtirilgan davolash (shu jumladan jarrohlik davolash/ kimyoterapiya/radioterapiya) davrida reabilitasiya;

Reabilitasiyaning II bosqichi – kasallikning erta tiklanish davrida, kech reabilitasiya davrida, kasallikning qoldiq belgilari davrida tibbiy tashkilotlarning

(reabilitasiya markazlari, reabilitasiya bo‘limlari) stasionar sharoitida reabilitasiya.

Reabilitasiyaning III bosqichi – reabilitasiya, fizioterapiya, davolovchi fizikultura, refleksologiya, manual terapiya, psixoterapiya, tibbiy psixologiya, logoped xonalarida (o‘qituvchi-defektolog) ambulatoriya sharoitida, kunduzgi kasalxonalar sharoitida tibbiy yordam ko‘rsatadigan bo‘limlarda (kabinetlarda), shuningdek uyda tashrif buyuradigan brigadalar (shu jumladan sanatoriy-kurort tashkilotlari sharoitida) tomonidan reabilitasiyaning erta va kech davrlarida, shuningdek, kasallik kechishining qoldiq belgilari davrida reabilitasiya.

2. Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o‘tkazish tamoyillari:

1. Birlamchi profilaktika

Maqsad: Kasallik rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan omillarni bartaraf etish yoki minimallashtirish orqali xavfni kamaytirish.

- **VOPVga qarshi emlash:**

Qin saratonining ko‘p holatlari inson papillomavirusi (OPV) bilan bog‘liqligi sababli, OPVga qarshi emlash (masalan, Gardasil, Cervarix) birlamchi profilaktikaning asosiy usuli hisoblanadi. Emlash jinsiy hayot boshlanishidan oldin o‘tkazilishi tavsiya etiladi, biroq shifokor tavsiyasiga asosan keyingi yoshlarda ham samarali bo‘lishi mumkin.

- **Xavfsiz jinsiy munosabatlar:**

Barer kontrasepsiya usullaridan (masalan, prezervativlar) foydalanish OPV va boshqa infeksiyalar yuqishi xavfini kamaytiradi, bu esa saraton oldi o‘zgarishlar rivojlanish ehtimolini pasaytiradi.

- **Chekishdan voz kechish:**

Tamaki mahsulotlari iste‘moli qin saratoni rivojlanish xavfini oshiruvchi qo‘shimcha omil hisoblanadi. Chekishni to‘xtatish saraton oldi o‘zgarishlar paydo bo‘lish ehtimolini kamaytiradi.

- **Ta‘lim va axborot dasturlari:**

Ayollarni VPCh va boshqa xavf omillari haqida xabardor qilish, shuningdek, profilaktika imkoniyatlari to‘g‘risida ma‘lumot berish kasallikni kamaytirishga hissa qo‘shadi.

2. Ikkilamchi profilaktika

Maqsad: Saraton oldi yoki saratonga xos o'zgarishlarni barvaqt aniqlash va o'z vaqtida aralashuv hamda davolashni ta'minlash.

- **Muntazam ginekologik ko'riklar:**

Ginekologga profilaktik tashriflar qin shilliq pardasidagi o'zgarishlarni erta aniqlash imkonini beradi. Qin saratoni uchun maxsus skrining testi mavjud bo'lmasa ham, ko'p tavsiyalar tarkibida sitologik tahlillar (Pap-test) o'tkazish, ayniqsa, yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollar uchun taklif qilinadi.

- **Sitologik tahlil (Pap-test):**

Bachadon bo'yni saratoniga olib keluvchi saraton oldi holatlar va VPCh-infeksiya bilan bog'liq bo'lgan holatlarda qo'shimcha sitologik tahlillar o'tkazilishi mumkin. Bu tekshiruv qin shilliq pardasidagi anomaliyalarni erta aniqlash uchun tavsiya etiladi.

- **Kolposkopiya:**

Agar dastlabki ko'rikda shubhali o'zgarishlar aniqlansa, kolposkopiya orqali qin shilliq pardasini batafsil tekshirish mumkin. Bu usul saraton oldi yoki saratonga xos o'zgarishlarni aniqlashda muhim vosita hisoblanadi.

3. Uchlamchi profilaktika

Maqsad: Kasallikning salbiy oqibatlarini kamaytirish, asoratlarning oldini olish, residivlarni bartaraf etish va tashxis qo'yilgandan keyin bemorlarning hayot sifatini yaxshilash.

- **Kompleks davolash:**

Qin saratoni tashxisi tasdiqlangan hollarda shaxsiy davolash rejasi ishlab chiqiladi, bu quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin: Jarrohlik aralashuvi, nur terapiyasi, kimyo terapiya (yoki ularning kombinatsiyasi). Maqsad – o'sma hujayralarini to'liq yo'q qilish va residivning oldini olish.

- **Reabilitasiya va qo'llab-quvvatlovchi terapiya:**

Asosiy davolashdan keyin qin, tanosil a'zolari va taz a'zolarining funksiyasini tiklashga yo'naltirilgan tadbirlar muhim ahamiyatga ega. Davolashning ehtimoliy nojo'ya ta'sirlarini bartaraf etish, shu jumladan jismoniy va psixologik reabilitasiya muhim o'rin tutadi. Bu bemorlarga organizmdagi o'zgarishlarga moslashish va hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

- **Muntazam kuzatuv:**

Bemorning holatini doimiy nazorat qilish va mavjud tekshiruvlar orqali kasallik residivini barvaqt aniqlash. Residivning erta aniqlanishi davolash samaradorligini sezilarli darajada oshiradi.

Xulosa

Qin saratonini profilaktika qilishga kompleks yondashuv birlamchi profilaktikadan boshlanadi (OPV va boshqa xavf omillari ta'sirini kamaytirish), muntazam skrining orqali patologik o'zgarishlarni barvaqt aniqlash (ikkilamchi profilaktika) va samarali davolash hamda reabilitasiya orqali asoratlar va residivlarning oldini olish (uchlamchi profilaktika) bilan davom etadi. Har bir bosqich bu kasallikka qarshi kurashda muhim ahamiyatga ega bo'lib, tibbiyot mutaxassisleri va bemorning o'zi tomonidan belgilangan tavsiyalar va muntazam tibbiy nazoratga rioya qilish talab etiladi.

Skrining:

O'zbekistonda bachadon tana saratonini aniqlash uchun milliy skrining dasturlari mavjud emas. Bachadon bo'yni saratoni skriningi o'tkazilmoqda.

3. Profilaktika usullari va muolajalari (https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/zno_vlagalishha.pdf):

- **Qin saratoni (QS)** bo'yicha davolash tugallanganidan so'ng, onkolog shifokor qabullari (ko'riklari, maslahatlari) quyidagi davriylikda o'tkazilishi tavsiya etiladi:
 - Birinchi 2 yil davomida – har 3 oyda bir marta
 - Davolash tugallanganidan 3-5 yil o'tgach – har 6 oyda bir marta
 - 6-yildan boshlab – har 12 oyda bir marta
 - Yoki shikoyatlar paydo bo'lgan taqdirda [8,14,55]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Izohlar: *kasallik progressiyalanishi xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda nazorat tekshiruvlar muddati qisqartirilishi mumkin.*

Qin saratoni (QS) bo'yicha davolash tugallanganidan keyin residiv yoki kasallikning progressiyasini erta aniqlash maqsadida quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish tavsiya etiladi:

- Anamnez yig'ish va umumiy fizik ko'rik;
- UZI tekshiruvlari: qorin bo'shlig'i a'zolari (kompleks), kichik chanoq a'zolari (kompleks – transvaginal va transabdominal), regionar limfa tugunlari;
- MRT yoki KT tekshiruvlari: kichik chanoq a'zolari MRT (vena ichi kontrast bilan),

agar MRT o‘tkazish imkoni bo‘lmasa – KT kichik chanoq a‘zolari kontrast bilan, qorin bo‘shlig‘i a‘zolari KT (vena ichi kontrast bilan). Agar KT o‘tkazish imkoni bo‘lmasa – MRT qorin bo‘shlig‘i a‘zolari kontrast bilan. Agar UTT tekshiruvni etarlicha axborot bermasa yoki qin saratoni residiviga shubha bo‘lsa – mazkur tasvirlash usullari majburiy hisoblanadi.

- Yuqori nafas yo‘llarini tekshirish: maqsadli rentgenografiya (priselnaya) yoki nafas tizimi a‘zolari KTsi.
- Metastazlarga shubha qilingan holatlarda: Pozitron-emission tomografiya (PET-KT) butun tana uchun tumorotrop RFP bilan. Agar KT yoki MRT etarli darajada axborot bermasa, PET-KT o‘tkazish tavsiya etiladi [12].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Izohlar: *Kuzatuvning asosiy vazifasi kasallikning progressiyasini erta aniqlash va xirurgik hamda/yoki kimyo-nur terapiyasini o‘z vaqtida boshlashdir. Yuqori xavfli bemorlarda kasallikning qayta yuzaga kelish ehtimoli yuqori bo‘lgan hollarda, tekshiruvlar o‘rtasidagi interval qisqartirilishi mumkin.*

4. Reabilitasiya usuli va muolajalari:

4.1. Prereabilitasiya

Prereabilitasiya funksional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, operatsiyadan keyin stasionarda qolish muddatini qisqartiradi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlarni va o‘lim holatlarini kamaytiradi. Prereabilitasiya jismoniy tarbiya (LFK), psixologik va nutritiv qo‘llab-quvvatlash va bemorlarni xabardorligini o‘z ichiga oladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Jismoniy prereabilitasiya aerob va anaerob yuklamalar kombinatsiyasidan iborat. Bu kombinatsiya fizik zo‘riqlarga tolerantlikni yaxshilaydi, hayot sifatini yaxshilaydi va mushaklarning tonusini oshiradi.

Jarrohlik amaliyotidan 2 hafta oldin jismoniy faollikning oshishi operatsiyadan keyingi davrda hayot sifatini yaxshilaydi, bu operatsiyadan 3 hafta o‘tgach to‘liq kundalik faoliyatga qaytishga imkon beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Jismoniy faollikning yuqori darajasi qin saratoni bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini va yashovchanligini sezilarli darajada yaxshilaydi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4064800/>).

- operatsiyadan keyingi asoratlarni chastotasi va ehtimolini kamaytirish maqsadida operatsiyadan oldingi bosqichda LFK o‘tkazish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- operatsiyadan keyingi o'pka asoratlarni va stasionarda bo'lish davomiyligini kamaytirish maqsadida prereabilitatsiya vaqtida bemorlarga nafas mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

- Prereabilitatsiya doirasida bemorlarga ruhiy qo'llab-quvvatlov tavsiya etiladi, chunki u kayfiyatni ko'taradi, bemorlarda xavotir va depressiya darajasini pasaytiradi. Ruhiy reabilitatsiyadan o'tgan bemorlar xirurgik davodan keyingi kundalik hayotga yaxshiroq adaptatsiyalanadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- bemorlarni psixologik reabilitatsiyasi va qo'llab – quvvatlovida stress bilan ishlov ishlari (relaksatsiya usullari, pozitiv kayfiyatni barpo etish), haftasiga 6 marta 40-60 daqiqa davomida olib borish kerak. Ular operatsiyadan 5 kun oldin boshlanadi va operatsiyadan keyin 30 kun davom ettiriladi. Bu esa bemorlar hayot sifatini sezilarli yaxshilanishiga sabab bo'ladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869228/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

4.2. Xirurgik davolashda reabilitatsiyaning I bosqichi

- bemorlarni stasiyaonarda bo'lishini kamaytirish maqsadida va operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish uchun, bemorlarni xirurgik davolashda fast track rehabilitation («tezkor yo'l») i ERAS («early rehabilitation after surgery» – «operatsiyadan keyingi erta reabilitatsiya») usullarida reabilitatsiya qilish tavsiya etiladi. Bunda kompleks og'riqsizlantirish, erta entnral oziqlantirish, muntazam zond va drenajlardan foydalanishni kamaytirish, operatsiyadan keyingi 1-2 kunlardayoq erta mobilizatsiya (aktivizatsiya va vertikalizatsiya). Bu bemorlarda operatsiyadan keyingi erta asoratlarni va takroriy gospitalizatsiya xavfini ko'paytirmaydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30877144/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4).

- Bemorlarni erta reabilitatsiya qilish doirasida bemorlarning jismoniy chidamliligini oshirish uchun dasturga aerobik, kuch mashqlari va cho'zish mashqlarini kiritish bilan mashqlar terapiyasi kompleksini erta boshlash tavsiya etiladi. Jismoniy terapiyani erta boshlash operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasini oshirmaydi, hayot sifatini yaxshilaydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28981596/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

- Rag'batlantiruvchi spirometriyadan foydalanish, to'shakning bosh qismini 30 darajadan yuqori ko'tarish, nafas olish gimnastikasini erta boshlash, og'iz gigienasi kuniga 2 marta va operatsiyadan keyingi davrda o'pkada dimlanish va operatsiyadan keyingi pnevmoniyani oldini olish uchun bemorlarni erta faollashtirish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20347742/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4).

- Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarda venoz tromboemboliyaning oldini olish tavsiya etiladi (erta faollashtirish, profilaktika maqsadida antikoagulyantlarni buyurish va siqilgan trikotaj kiyish) – bemorlarning 75% dan ko‘prog‘ida operatsiyadan 7 kundan ortiq vaqt o‘tgach aniqlanadi, bundan tashqari, qin saratoni bilan og‘rigan bemorlar, uzoq vaqt kasalxonaga yotishi va anamnezida venoz tromboemboliyaning bo‘lishi, uning rivojlanish xavfini oshiradi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21183211/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3).

- Operatsiyadan keyingi davrda og‘riqni fanlararo yondashuv yordamida engillashtirish tavsiya etiladi va medikamentoz korreksiyadan tashqari quyidagi usullardan foydalaniladi – jismoniy reabilitasiya (mashqlar terapiyasi), pozisiya bilan davolash, og‘riqni korreksiya qilishning psixologik usullari (relaksasiya), teri orqali elektr stimulyasiyasi, akkupunktura (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5915297/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Og‘riq sindromi, bezovtalik, zo‘riqish intensivligini kamaytirish va bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun operatsiyadan keyingi 2-kundan boshlab tibbiy massaj mashg‘ulotlarini o‘tkazish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30247969/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Operatsiyadan keyingi davrda psixologik korreksiya va relaksasiya usullarini o‘tkazish tavsiya etiladi, bu bemorlarning xavotirini, zo‘riqishini, og‘riqsizlantirish vaqti chastotasini kamaytirishga va onkoginekologik bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25012072/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

4.3. Xirurgik davolashda reabilitasiyaning II bosqichi

- Bemorlarga davolanish tugagandan so‘ng faol hayot tarzini olib borish tavsiya etiladi - qin saratonini kompleks davolashdan keyin semirish va harakatsiz turmush tarzi bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradigan, qayg‘uga olib keladigan mustaqil omillardir (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4691724/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4).

- Jismoniy faollik barcha bemorlarga tavsiya etiladi – bular, kuch mashqlari, aerobik, cho‘zish mashqlarining kombinatsiyasi. Bular bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi, vaznni nazorat qilish imkonini beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20559064/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Bemorda oyoqlarning limfedemasi bo'lsa, to'liq shishga qarshi terapiya, shu jumladan manual limfa drenaji, siqilgan trikotaj kiyish, fizioterapiya kompleksini bajarish, terini parvarish qilish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28739682/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3).

- Bemorda oyoqlarning limfedemasi bo'lsa, quyidagilarni buyurish tavsiya etiladi: - to'liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda oyoqlarning galma-gal pnevmokompressiyasi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25410402/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5);

- to'liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda past intensiv lazeroterapiya (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6657795/>). Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – 5 (dalillarning ishonchliligi darajasi – S);

- to'liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda elektroterapiya (https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/content_11201.pdf).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2);

- to'liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda past chastotali magnitoterapiya. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5);

- to'liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda chuqur ossillyasiya (o'zgaruvchan elektr maydon bilan massaj) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21381006/>). Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Barcha bemorlarga akkupunktura seanslari tavsiya qilinadi, chunki u holsizlikni sezilarli kamaytiradi va hayot sifatini yaxshilaydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29128952/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

4.4. Xirurgik davolashda reabilitasiyaning III bosqichi

Kichik chanoq a'zolarining funksional buzilishlari ayollarning reproduktiv tizimining o'smalari bo'lgan bemorlarning ijtimoiy moslashuvini sezilarli darajada murakkablashtiradi, ularni jismoniy va psixologik nogironlikka olib keladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

Sog'lom turmush tarzi, kundalik jismoniy faollik menopauzaning depressiya, holsizlik kabi klinik ko'rinishlarini nazorat qilish, shuningdek, xavfli o'smalarni kombinirlangan davolashdan keyin bemorlarda yurak-qon tomir asoratlari va osteoporoz bilan bog'liq asoratlarning oldini olish imkonini beradi. Jismoniy faollik darajasining oshishi ginekologik saraton bilan og'riqan bemorlarda jinsiy funksiyaga ijobiy ta'sir ko'rsatadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27678296/>).

- Bemorlarni psixologik qo'llab – quvvatlash va xabardor qilish tavsiya etiladi - ular

ginekologik saraton bilan ogʻrigan bemorlarda menopauza fonida hayot sifatini yaxshilashi mumkin (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Tibbiy massajning davriy kurslarini oʻtkazish tavsiya etiladi, chunki ular onkoginekologik bemorlarda hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi, zaiflik, depressiya va menopauzaning klinik koʻrinishini kamaytiradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26556768/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

4.5. Kimyo terapiyada reabilitasiya

- Barcha bemorlarga kombinatsiyalangan davolanish paytida va u tugagandan soʻng kundalik mashqlar terapiyasi kompleksini bajarish tavsiya etiladi – kundalik jismoniy faollik mushaklarning kuchini oshiradi, yurak-qon tomir tizimining faoliyatini yaxshilaydi, tashvish va tushkunlik xavfini kamaytiradi, zaiflik, koʻngil aynishi, qusishni kamaytiradi., ogʻriq, kayfiyatni yaxshilaydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3)

- Anemiya bilan ogʻrigan bemorlarga yuqori dozali kimyoterapiya fonida aerob mashqlarini qoʻllash tavsiya etiladi, chunki aerob mashqlari gemoglobin va eritrositlar darajasiga ijobiy taʼsir koʻrsatadi va leykositopeniya va trombositopeniya davomiyligini kamaytiradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22301865/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3).

- Kimyo terapiya fonida charchoq, holsizlik va depressiyani kamaytirish uchun fizioterapiya tavsiya etiladi. Kimyo terapiya fonida holsizlik va ruhiy tushkunlik davolashda psixologik qoʻllab-quvvatlash bilan jismoniy davolash uygʻunligi faqat medikamentoz davodan koʻproq samarali boʻladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

- Ximiyaterapiya davomida LFK hajmi va intensivligi individual ravishda tanlanishi tavsiya etiladi. Bu bemorning zaiflik darajasiga (engil, oʻrtacha, ogʻir) bogʻliq holda belgilanadi. Umumiy holat yaxshilanishi bilan LFK intensivligi oshiriladi. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Aerobik va kuchli jismoniy mashqlarni birgalikda qoʻllash tavsiya etiladi. Bu davolashning nojoʻya taʼsirlarini nazorat qilish va davolashga boʻlgan tolerantlikni oshirishga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5).

- Kombinasiyalangan davolanish fonida 6 hafta davomida tibbiy bemorlarga massaj kursini o‘tkazish orqali charchoq, holsizlik va depressiyani kamaytirish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29044466/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Polineyropatiyani tuzatish uchun muvozanatni koreksiya mashqlari tavsiya etiladi, chunki ular chidamlilik mashqlari va kuch mashqlarining kombinasiyasidan ko‘ra samaraliroqdir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3).

- XT olgan bemorlarga polineyropatiyaning klinik ko‘rinishini nazorat qilish uchun 6 hafta davom etadigan torren davolash kursi (yurish bilan davolash) tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253393/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

- kimyo terapiya fonida periferik polineyropatiyani davolashda past intensivlikdagi lazer terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5248614/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

- kimyo terapiya fonida periferik polineyropatiyani davolashda past intensivlikdagi magnit terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

- sisplatin asosida XT olgan bemorlarda ko‘ngil aynish va qayt qilishni nazorat qilish uchun standart qayt qilishga qarshi terapiyaga qo‘shimcha ravishda teri orqali elektrostimulyasiya 20 daqiqa davomida haftada 4 kun tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

- bemorla XT fonida og‘iz bo‘shlig‘i mukozitlarini profilaktikasi maqsadida past intensivlikdagi lazeroterapiya tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198431/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 1).

- alopesiyani profilaktikasi maqsadida kimyo terapiya o‘tkazish vaqtida boshni sovutish tizimini (XT da alopesiyani profilaktikasi uskunasi) qo‘llash tavsiya etiladi (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5248614/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3).

- kimyo terapiya fonida kardial asoratlar chastotasini kamatirish maqsadida barcha bemorlarga LFK kompleksini bajarish tavsiya etiladi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30701106/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – A (dalillarning ishonchliligi darajasi – 2).

4.6. Nur terapiyadan keyingi reabilitasiya

- Nur terapiya davomida aerobik va kuchli jismoniy mashqlarni o‘z ichiga olgan LFK kompleksi bajarish tavsiya etiladi. Bu zaiflikning oldini olishga yordam beradi va nur terapiya jarayonida hayot sifatini yaxshilaydi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5)

- Nur terapiya davomida LFK kompleksi o‘tkazish tavsiya etiladi, chunki bu suyak to‘qimasi zichligini oshiradi va bemorning chidamliligini yaxshilaydi. Ayniqsa, bu usul suyak metastazlari mavjud bo‘lgan bemorlar uchun muhim hisoblanadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24499460/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - B (dalillarning ishonchliligi darajasi - 2)

- Nur terapiya boshlanganidan keyin 3 kun o‘tishi bilan har haftada 3 kun davomida past intensivlikdagi lazeroterapiya o‘tkazish tavsiya etiladi. Bu nur dermatit profilaktikasi uchun samarali chora hisoblanadi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5)

4.7. Qin saratoni bilan og‘rigan bemorlarni psixologik reabilitasiya qilish tamoyillari

- Bemorlarga kasallik, ruhiy reaksiyalar, davolash jarayonidagi mas’uliyat zonasi, yaqinlari va tibbiy xodimlar bilan muloqot usullari, o‘z holati va kasalligi haqida qo‘shimcha ma’lumot olish yo‘llari, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash usullari to‘g‘risida ma’lumot berish tavsiya etiladi. Bu hayot sifatini yaxshilashga va kasallik natijalarini yaxshilashga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5)

- Ruxiy sog‘lom xatti-harakat va qabul qilingan ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning birgalikdagi ta’sirini ta’minlash tavsiya etiladi. Bu davolashdan oldin navbatma-navbat takrorlanuvchi va chetlanuvchi fikrlar kamayishiga, davolashdan 1 oy o‘tgach esa yaxshiroq psixologik moslashuvga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12833558/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 4)

- Neyropsixologik reabilitasiya va klinik-psixologik trening o‘tkazish tavsiya etiladi. Unda patologik ruhiy reaksiyalarni o‘z-o‘ziga tashhis qilish, stress bilan sovladashish

usullari, ruhiy reaksiya va jismoniy holat o'rtasidagi o'zaro ta'sirni kuzatish kabi mashg'ulotlar amalga oshiriladi. Bu stressli holatlarni shaxsiy tajribaga aylantirish mexanizmi sifatida qaralib, ijtimoiy va ruhiy moslashuvga yordam beradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3701593/>).

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi - C (dalillarning ishonchliligi darajasi - 5)

Izohlar: Onkopsixologiya bo'yicha ilmiy tadqiqotlarda bachadon tana o'smalari bilan kasallangan bemorlarda uchta asosiy muvofiqlashuv uslubi kuzatiladi:

1) Faol xissiyot muvofiqlashuvi – kasallik va uni davolash bilan bog'liq emosional, jismoniy va ijtimoiy qiyinchiliklarni faol ravishda engish.

2) Faol-tashkiliy xissiyot muvofiqlashuvi – bemorning kasallik haqidagi munosabati, ishonchlari va mulohazalari orqali engish.

3) Chetlanuvni engish – muammolardan faol ravishda chetlanish yoki hissiy zo'riqishni kosveniy yo'llar bilan kamaytirish (masalan, diqqatni chalg'itish).

Umuman olganda, tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, faol (muammoga yo'naltirilgan) sovladashuv strategiyalarini qo'llagan bemorlar kasallikka yaxshiroq moslashadi, passiv yoki chetlanuvchi sovladashuv uslublarini ishlatgan bemorlarga qaraganda. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

Faol-povedensial usullardan foydalangan bemorlar yuqori o'z-o'zini baholash darajasi va ko'proq energiya, kamroq jismoniy belgilari, shuningdek, kamroq asabiylik va asteniya haqida xabar bergan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378543/>).

5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitasiya darajasini ko'rsatadigan holda tashxislash tadbirlari:

1) Dalillar darajasi kiritilgan holda asosiy tashxislash tadbirlari [43, 49]:

- Trombositlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- Fizikal tekshiruvlar, shu jumladan ginekologik ko'rik, har 3 oyda bir marta 3 yil davomida, so'ng 2 yil davomida har 6 oyda bir marta.
- Nurlantirilmagan bemorlarda qin cho'ltog'idan (mikropreparatlardan) sitologik tahlil har 3 oyda bir marta 2 yil davomida, so'ng 3 yil davomida har 6 oyda bir marta, keyin yiliga 1 marta yoki residivga shubha tug'ilganda.
- Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi yiliga 1 marta.
- Kichik chanoq, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi UTT har 3 oyda bir marta 2 yil davomida, so'ng 3 yil davomida har 6 oyda bir marta.

- Kichik chanoq a'zolarining MRT va KT tekshiruvi ko'rsatmalarga asosan o'tkaziladi [49].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

2) Dalillar darajasi kiritilgan holda qo'shimcha tashxislash tadbirlari:

- Bosh, bo'yin, ko'krak qafasi kontrastli KTsi;
- Kolonoskopiya;
- Sistoskopiya;
- Ekskretor urografiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Bosh miya MRTsi;
- PET/KT;
- Xolter – monitorlovchi EKG

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

6. Darajasi ko'rsatilgan holda tibbiy profilaktika yoki reabilitasiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlari:

To'liq javob PET / KT yordamida dastlabki terapiya tugaganidan 3 oy o'tgach tasdiqlanishi kerak. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

QUT, qon biokimyoviy tahliliyo yil davomida har 3 oyda o'tkazilishi, keyin 2 yil davomida har 6 oyda va keyinchalik har yili o'tkazib turish zarur *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

Bo'yin hududida nur terapiyasi (NT) o'tkazilgan bo'lsa, kamida har yili TTG ni kuzatib turish tavsiya etiladi. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

2) Dalillar darajasini ko'rsatish bilan tavsiya qilinadigan qo'shimcha profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlari:

Qo'shimcha profilaktika choralariga residiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, to'g'ri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillarga ta'sir qilish, sog'lig'ingiz holatini

hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

7. Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitasiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Qin saratoni uchun profilaktika va reabilitasiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik residivining yo'qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo'qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarning yo'qligi;
- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang'ich pozitsiyasiga to'liq qaytish;
- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, sog'lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o'z vaqtida murojaat qilishi;
- Qin saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo'lgan holatlar/kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

**«QIN SARATONI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PALLIATIV TIBBIY YORDAM
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- XKT kod (lar i):

XKT-10	
Kod	Nazvanie
D07.2	Qin in situ karsinomasi
C52	Qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-10dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	
XKT-11	
Kod	Nazvanie
2C71	Qinning xavfli o‘smalari
2C71.0	Qinning adenokarsinomasi
2C71.1	Qinning melanomasi
2C71.2	Qinning yassi hujayrali saratoni
2C71.Y	Qinning boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C71.Z	Aniqlanmagan qin xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#798353632	

2. Asosiy qism.

- Kirish

Qinning xavfli o‘smasi – qin devorida yuzaga keladigan xavfli o‘smadir. Qinning yassi hujayrali saratoni – ayol qinining qoplovchi yassi hujayrali epiteliysidan rivojlangan xavfli o‘smadir.

- Nozologiyaning umumiy tavsifi (foydalanilgan manba'ga havola:

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

Xalqaro Saratoni Izlash Agentligi – GLOBOCAN ma'lumotlari bo‘yicha, 2022 yilda qin saratoni barcha holatlari 18 819 tani tashkil etgan va 8 240 kishi ushbu turdagi saratondan vafot etgan.

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

Qinning saratoni (QS) etiologiyasi va patogenezi ko‘p jihatdan aniq emas, birinchi navbatda past kasallanish ko‘rsatkichlari tufayli. Urogenital sinusdan paydo bo‘lgan vulva, qin va bachadon bo‘ynining bir xil embriogenezi inobatga olganda, ularning

etiologiyasi va patogenezini umumiy ekanligi taxmin qilinadi [1].

Qin saratoni (QS) patogenezida mumkin bo'lgan salbiy rolni quyidagi omillar o'ynaydi:

- • Ayolning hayot davomida inson papillomavirusi (OPV) bilan infeksiyalanishi (yassi hujayrali QS holatlarida VPCh 60% dan ziyod kuzatuvlarda aniqlanadi), 2-tip oddiy herpes virusi va inson immunodefisiti virusi, VPChning o'tkir uchli kondilomalar shaklida ifodalanishi;
- Menopauzadan keyingi estrogen etishmasligi;
- Juda og'ir xronik senil kolpitlar;
- Involyutiv, distrofik, kastrasiyadan keyingi va yoshga bog'liq jarayonlar;
- Surunkali nospesifik vaginitlar;
- Bachadon bo'yni saratonida qo'shma nur terapiyadan keyin, nur terapiyaning kanserogen ta'siri orqali ushbu hududda xavfli o'smaning paydo bo'lishi haqida ko'plab xabarlar mavjud. Qin saratoni rivojlanishi nisbiy xavfi aholiga nisbatan bachadon bo'yni saratoni bo'yicha qo'shma nur terapiya olgan bemorlarda 300 marta yuqoridir [2].

Klinik nuqtai nazaridan, bugun QS rivojlanishining eng ehtimoliy 3 sababini ko'rib chiqish lozim:

10. OPV bilan bog'liq xavfli o'smaning rivojlanishi.

11. BBS nur terapiyasidan keyin qinning radioindusirlangan o'smalari.

12. Metastatik o'smalar (bachadon, tuxumdonlar, hokazo).

Birlamchi qin saratoni juda kam uchraydi. Ayollar jinsiy a'zolaridagi xavfli o'smalar tuzilishida birlamchi qin saratoni taxminan 1% ni tashkil qiladi. Rossiyada 2021 yilda birinchi marta aniqlangan qin saratoni holatlari 549 ta ro'yxatga olingan. 2021 yilda qin saratonining standartlashtirilgan kasallik tarqalishi ko'rsatkichi 100 minta ayol aholisida 0,36 ni tashkil etgan [3]. Qindagi barcha gistologik turdagi xavfli o'smalarning deyarli 90% yassi hujayrali saratoniga to'g'ri keladi [4].

Birlamchi qin saratoni ayollar jinsiy a'zolaridagi barcha xavfli o'smalarga nisbatan faqat 1–2% ni tashkil etadi. Qinning metastatik saratoni esa ancha ko'proq uchraydi.

2024 yilda O'zbekistonda qin saratoni 48 ayolda aniqlandi.

- Klinik tasnifi

Xalqaro gistologik tasnif

Qin o'smalarining JSST tasnifi^{1, 2, 3} (2014)

Epitelial o'smalar	
<i>Yassi hujayrali o'smalar va ularning oldingi holatlari</i>	
Yassi hujayrali intraepitelial shikastlanishlar	8077/0
<i>Past darajadagi (low-grade) yassi hujayrali vaginal intraepitelial neoplaziya</i>	8077/2
<i>Yuqori darajadagi (high-grade) yassi hujayrali vaginal intraepitelial neoplaziya</i>	8070/3
Yassi hujayrali saraton, BDU	
<i>Muguzlanuvchi</i>	8071/3
<i>Muguzlanmaydigan</i>	8072/3
<i>Papillyar</i>	8052/3
<i>Bazaloid</i>	8083/3
<i>So'galsimon</i>	8051/3
<i>Verukoz</i>	8051/3
Xavfsiz yassi hujayrali zararlanish	
<i>O'tkir uchli kondiloma</i>	
<i>Yassi hujayrali papilloma</i>	8052/0
<i>Fibroepitelial polip</i>	
<i>Tubulo-yassi hujayrali polip</i>	8560/0
<i>O'tuvchi hujayrali metaplaziya</i>	
<i>Bezli o'smalar</i>	
Adenokarsinomalar	
<i>Endometrioid</i>	8380/3
<i>Yorug' hujayrali</i>	8310/3
<i>Musinoz</i>	8480/3
<i>Mezonefroid</i>	9110/3
Xavfsiz bezli zararlanishlar	
<i>Tubulyar adenoma</i>	8263/0
<i>Vorsinkali o'sma</i>	8261/0
<i>Adenoz Myullerov papillomasi</i>	
<i>Yuing sarkomasi endometrioz</i>	9364/3
<i>Endoservikoz praganglioma</i>	8693/1
<i>Kistalar</i>	
<i>Boshqa epitelial o'smalar</i>	
Aralash o'sma	8940/0
Adenoskvamoz karsinoma	8560/3

Adenobazal karsinoma	8098/3
Yuqori xavfli neyroendokrin karsinoma <i>Maydi hujayrali</i>	8041/3
<i>Yirik hujayrali</i>	8013/3
Mezenximal o'smalar	
Leyomioma	8890/0
Rabdomioma	8905/0
Leyomiosarkoma	8890/3
Rabdomiosarkoma, BDU	8900/3
<i>Embrional rabdomiosarkoma</i>	8910/3
Differensiallashmagan sarkoma	8805/3
Angiomiofibroblastoma	8826/0
Agressiv angiomiksoma	8841/0
Miofibroblastoma	8825/0
O'smasimon zararlanishlar	
Operasiyadan keyingi urchuqsimon tugun	
Aralash epitelial va mezenximal o'smalar	
Adenosarkoma	8933/3
Karsinosarkoma	8980/3
Limfoid va mieloid o'smalar	
Limfomalar	
Mieloid neoplazmalar	
Melanositar o'smalar	
Nevuslar	
<i>Pigment nevus</i>	8720/0
<i>Havorang nevus</i>	8780/0
Melanoma	8720/3
Aralash o'smalar	
Germino-hujayrali o'smalar	
<i>Etuk teratoma</i>	9084/0
<i>Sariqlik xaltasi o'smasi</i>	9071/3
Boshqalar	
<i>Yuing sarkomasi</i>	9364/3
<i>Paraganglioma</i>	8693/1
Ikkilamchi o'smalar	

Izoh:

¹ Morfologik kodlar Xalqaro kasalliklar tasnifi, onkologiya bo'limi (ICD-O) (2000) tomonidan belgilangan. O'smaning potentsiali quyidagi kodlar bilan ifodalanadi: /0 – xavfsiz o'smalar; /1 – noaniq, chegaraviy yoki noma'lum potentsialga ega o'smalar; /2 – in situ saratoni va yuqori darajali (III daraja) intraepitelial neoplaziyalar; /3 – xavfli o'smalar

² Tasnif ilgari JSST (2002) tomonidan qabul qilingan gistologik o'sma tasnifining modifikatsiyasi bo'lib, o'smalar haqidagi zamonaviy tasavvurlar asosida takomillashtirilgan.

³ Gistologik javobda morfologik kodni vrach-patolog tomonidan belgilanishi majburiy hisoblanadi.

Qinda aniqlangan xavfli o'smalarning aksariyati (90% atrofida) metastatik hisoblanadi. Ikkilamchi (metastatik) qin saratoni to'g'ridan-to'g'ri o'sish (per continuitatem), limfogen yoki gematogen metastaz berish orqali rivojlanadi. Metastatik o'smalar ko'proq qinning old devori va quyi uchdan bir qismida joylashadi. Ikkilamchi saratonning gistologik tuzilishi birlamchi o'choq tuzilishiga mos keladi. Eng ko'p metastaz beradigan o'smalar: Endometriy saratoni, Xorionkarsinoma, Bachadon bo'yni saratoni, Vulva saratoni, Tuxumdon, sut bezi saratoni, Yo'g'on ichak va to'g'ri ichak saratoni, Buyrak saratoni. Birlamchi qin saratoni ko'proq postmenopauza davridagi ayollarda (75% holatda 50 yoshdan katta) rivojlanadi. Ko'p hollarda patoologik o'choq qinning yuqori uchdan bir qismida joylashadi. Birlamchi qin saratoni rivojlanish sabablari: Reproduktiv yoshda papilloma virusi bilan infeksiyalanish; Postmenopauza davridagi involyutiv va distrofik jarayonlar; Immunitet susayishiga olib keluvchi holatlar. Yassi hujayrali qin saratoni etiologiyasida asosiy rol virus infeksiyasiga tegishli. U onkogen OPV (odam papilloma virusi) shtammlari bilan yuqori darajada infeksiyalanish bilan bog'liq. VPCCh infeksiyasi vaginal adenokarsinoma hollarida ham aniqlangan. Bachadon bo'yni saratoniga qaraganda qin saratoni kamroq uchraydi, garchi ularning etiologiyasi o'xshash. Bu qinning etuk ko'p qatlamli yassi epiteliy bilan qoplangani va bachadon bo'ynida esa etuk bo'lmagan epiteliy hujayralari mavjud transformasiya zonasi borligi bilan izohlanadi. OPV-indusirlangan yangi hosilalar asosan yassi hujayrali metaplaziya hududida yuzaga keladi. Ular shilliq parda tiklanish jarayonida, koitus, tamponlar qo'llash, pessariy bilan bog'liq surunkali jarohatlar natijasida shakllanishi mumkin.

Birlamchi qin saratoni bo'lgan bemorlarning 30% da anamnezda preinvaziv yoki invaziv bachadon bo'yni saratoni uchraydi. Kichik yochinoq boshlig'i sohasida nur terapiyasi o'tkazilgandan keyin vagina saratoni xavfi ortadi.

Qin xavfli o'smalarida uchta yosh bo'yicha yuqori kasallanish piklari mavjud: Qiz bolalarda (6 yoshgacha) – asosan botrioid embrional rabdomiosarkoma uchraydi. 20–30 yoshda – dietilstilbestrol (DES) yoki shunga o'xshash nosteroid estrogenlar transplantar ta'siri bilan bog'liq yorug' hujayrali karsinoma aniqlanadi (onalari

homiladorlik davrida DES qabul qilgan bo‘ladi). Katta yoshdagi ayollarda – yassi hujayrali saraton ko‘proq aniqlanadi. DES bilan bog‘liq bo‘lmagan adenokarsinomalar ham postmenopauza davrida rivojlanishi mumkin. Eitelial bo‘lmagan xavfli o‘smalar – sarkoma va melanoma – katta yoshdagi bemorlarda juda kam uchraydi.

Qin saratoni asosan limfogen yo‘l bilan tarqaladi. Metastazlarning tarqalish yo‘nalishi birlamchi o‘smaning joylashuviga bog‘liq.

Qin saratonining xavlqaro marfologik tasnifi (IARC tasnifi, 5-chi nashr, Lion, 2020 y.) [5]:

I. Eitelial o‘smalar

4. Yasi eiteliydan o‘smalar va predrak:

- Qin intraeitelial neoplaziyasi (VAIN)
- OIV bilan assosirlangan yassi hujayrali karsinoma
- OIV ga bog‘liq bo‘lmagan yassi hujayrali karsinoma
- OIV statusi aniq bo‘lmagan yassi hujayrali karsinoma.

5. Bezli eiteliydan o‘smalar:

- OIV mavjudligi bilan assosirlangan adenokarsinoma
- Endometrioid saraton
- Yorug‘ hujayrali saraton
- Me‘da tipidagi musinoz karsinoma
- Ichak tipidagi musinoz karsinoma
- mezonefroid adenokarsinoma
- qin karsinosarkomasi

6. Boshqa eitelial o‘smalar:

- Qinning aralash o‘smasi
- Skin bezi adenokarsinomasi
- Qin adenoskvamoz karsinomasi
- Qin adenoid-bazal karsinomasi

II. Aralash eitelial-mezenximal o‘smalar

- Qin adenosarkomasi

III. Boshqa o‘smalar

- Qin germinogen o‘smalari

JSSTning qin saratoni bo'yicha xalqaro gistologik tasnifi (5-nashr, Lion, 2020)dan melanositar o'smalar chiqarib tashlangan bo'lsa-da, ularning uchrash tezligi (<5%) va klinik ahamiyatini hisobga olgan holda, davolash taktikasi onkoginekolog ishtirokidagi multidissiplinar konsilium tomonidan belgilanishi kerak [38].

Bosqichlash

8-jadvalda qin saratonining ikki tasnif bo'yicha bosqichlari keltirilgan: TNM (8-tahrir, 2017) va FIGO (2009). Bu tasnif faqat birlamchi qin saratoni uchun qo'llaniladi. Metastatik o'smalar tasnifga kiritilmaydi. Qin o'smasi vulvaga tarqalgan hollarda, u vulva saratoni sifatida tasniflanadi.

8-jadval. Qin saratonini TNM (8-chi nashr, 2017 y.) va FIGO (2009 y.) bo'yicha tasniflash.

TNM 8-chi qayta ko'rik, (2017 y.)	FIGO (2009 y.)	Mezonlar
T _x T ₀ T _{is}		Birlamchi o'smani baholash imkonsiz Birlamchi o'sma belgilari yo'q in situ karsinomasi (preinvaziv karsinoma)
T1	I	O'sma qin bilan chegaralangan
T2	II	O'sma qin atrof to'qimalariga o'sgan
T3	III	O'sma kichik chanoq devorlariga o'sib o'tgan
T4	IVA	O'sma qovuq yoki to'g'ri ichak shilliq qavatiga o'sib o'tgan yoki o'sma kichik chanoq chegarasidan tashqariga tarqalgan *
M1	IVB	Uzoq metastazlari mavjud

**bullyoz shishning mavjudligi o'smani T4 mezoniga kiritish uchun etarli bo'lmaydi.*

N – regional limfa tugunlari

N_x – regional limfa tugunlarin baholash imkonsiz

N₀ – regional limfa tugunlarida metastazlar yo'q

N₁ – regional limfa tugunlarida metastazlar bor

M – uzoq metastazlar

M₀ – uzoq metastazlar yo‘q

M₁ – uzoq metastazlar bor

Izoh. Regionar limfa tugunlari: qinning yuqori ikki uchdan bir qismi uchun – tos, yopqich, ichki yonbosh (pastki charvi), tashqi yonbosh va qo‘shimcha aniqlanmagan tos limfa tugunlari. Qinning quyi uchdan bir qismi uchun – chov va son limfa tugunlari.

9-jadval. QS bosqichini belgilash uchun TNM mezonlarini guruhlash

Bosqich	Mezon		
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV	T4	Har qanday N	M0
IV	Har qanday T	Har qanday N	M1

Izoh. III bosqichga qov simfizini zararlagan o‘smalar ham kiritiladi.

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

1) Palliativ yordam ko‘rsatish uchun kasalxonaga yotqizish ko‘rsatmalari;

- Palliativ kimyoterapiya, target davolash, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o‘tkazish;
- Limfa tugunining/ekstranodal hosiladan birlamchi yoki takroriy biopsiyasini o‘tkazish yoki trepanobiopsiya;
- Ambulatoriya terapiyasi bilan tuzatilmagan asoratlarni davolash;
- Simptomatik davolash o‘tkazish.

2) Palliativ yordam ko‘rsatish uchun kasalxonaga yotqizish shart-sharoitlari.

- Palliativ kimyoterapiya, target davolash, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o‘tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi holatlarning bo‘lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

Tashhis qo‘yishning diagnostik mezonlari:

1. anamnez ma’lumotlari;

2. fizikal ko'rik ma'lumotlari;
3. bachadon bo'shlig'idan biopsiya va/yoki operasion materialni patologoanatomik tekshiruv ma'lumotlari;
4. nur diagnostika usuli ma'lumotlari.

Shikoyatlari va anamnez:

Qin saratoni va unga shubha qilingan barcha bemorlarda shikoyatlar va anamnez to'plash **tavsiya etiladi**. Bu davolash taktikasi tanloviga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi. Klinik manzarada asosan jinsiy yo'llardan oqma va qonli ajralishlar ustunlik qiladi. Keng tarqalgan kasallikda og'riq sindromi; tos a'zolari funksiyasining buzilishi, tenezmlarsimptomakompleksi qo'shiladi [2].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

Fizikal tekshiruvlar

Barcha bemorlarga sinchiklab jismoniy tekshiruv o'tkazish **tavsiya etiladi**. Jismoniy tekshiruv tarkibi: Rekto-vaginal tekshiruvi; qorin bo'shlig'i a'zolarini palpasiya qilish; barcha periferik limfa tugunlarini palpasiya qilish; o'pkani auskultasiya va perkussiya qilish; sut bezlarini palpasiya qilish [2, 6, 7].

Birlamchi qin saratonini tashxis qo'yishda quyidagi mezonlar hisobga olinishi kerak:

- Birlamchi o'sma o'chog'i faqat qinda joylashgan bo'lishi kerak, aksariyat hollarda qinning yuqori uchdan bir qismi zararlanadi.
- Bachadon bo'yni epiteliyi, bachadon bo'yni kanali va endometriy butunligicha saqlangan bo'lishi kerak (aspirasion biopsiya manfiy natija berishi lozim).
- Birlamchi qin saratoni simptomsiz kechishi mumkin [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Vulvani ko'zdan kechirish va palpasiya qilish; qin va bachadon bo'ynini tekshirish Sims qin oynaklari yordamida o'tkaziladi, chunki Kusko qin oynaklaridan foydalanilganda qinning ba'zi sohalari (old va orqa devorlar) to'liq ko'rinmasligi mumkin. [2,6,7].*

Laborator diagnostik tekshiruvlar

Qin saratoni va unga shubha qilingan barcha bemorlarga bemor holatini baholash, davolash taktikasi va algoritmini belgilash, kasallik prognozini baholash maqsadida

quyidagi tahlillar o‘tkazilishi **tavsiya etiladi**:

5. Umumiy (klinik) kengaytirilgan qon tahlili

6. Biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili (umumiy oqsil, glyukoza, bilirubin, kreatinin, mochevina, temir, alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), umumiy bilirubin, laktatdehidrogenaza (LDG), ishqoriy fosfataza (IF), Plazma elektrolitlari (kaliy, natriy, xlor), jigar va buyrak funksiyasi ko‘rsatkichlarini baholash).

7. Umumiy (klinik) peshob tahlili

8. Koagulogramma (fibrinogen, protrombin, xalqaro normalizlangan koeffitsient (MNO), protrombin vaqti, protrombin indeksi, faollashgan qisman tromboplastin vaqti (AChTV), trombin vaqti [2]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: Klinik qon tahlili XT keyingi kursi boshlanishidan kamida 5 kun avval o‘tkaziladi (takrorlanadi) [2,7]

Umumiy (klinik) kengaytirilgan qon tahlilida baholanadigan ko‘rsatkichlar - gemoglobin, gematokrit, eritrositlar, eritrositlarning o‘rtachi hajmi, eritrositlarning kattalik bo‘yicha taqsimlanishi, eritrositlarda gemoglobinning o‘rtacha taqsimlanishi, eritrositlarda gemoglobinning o‘rtacha konsentratsiyasi, trombositlar, leykositlar, leykositar formula, eritrositlar cho‘kish tezligi; Biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlilida baholanadigan ko‘rsatkichlar: jigar va buyrak funksiyasi ko‘rsatkichlari, umumiy (klinik) siydik tahlilida baholanadigan ko‘rsatkichlar: rangi, shaffofligi, siydikning nisbiy zichligi, siydikdagi oqsil, pH darajasi, glyukoza, keton jismlari, urobilinogen, leykositar esteraza. Apparat mikroskopiyasi orqali baholanadigan parametrlar: epiteliy hujayralari, eritrositlar, silindrlar, tuzlar, shilliq, bakteriyalar, zamburug‘lar [2,6,7]

Qon ivish tizimini baholashda baholanadigan parametrlar: koagulogramma, qo‘shimcha ko‘rsatmalar bo‘yicha: antitrombin III, D-dimer, plazminogen, faollik (%)

Barcha yassi hujayrali qin saratoni va unga shubha qilingan bemorlarda, agar imkoniyat mavjud bo‘lsa, yassi hujayrali saraton antigeni (SCC) darajasini tahlil qilish **tavsiya etiladi**. Bu hozirgi klinik holatni baholash va kasallikni keyinchalik monitoring qilish maqsadida amalga oshiriladi. [2]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Qin saratonini tashxislashda asosiy diagnostik mezon – o‘smaning biopsiyasini o‘tkazish va uning morfologik tasdig‘ini amalga oshirishdir.

Barcha qin saratoniga shubha qilingan bemorlarda davolashni boshlashdan oldin morfologik tasdiq o‘tkazish **tavsiya etiladi**. Tekshirish uchun material olish usullari:

o'sma biopsiyasi yoki uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash va keyinchalik patologo-anatomik tahlil o'tkazish; o'smaning yuzasidan mazok olish va sitologik tahlil o'tkazish; kattalashgan limfa tugunlarini punksiya qilish va sitologik tahlil o'tkazish [8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Zaruriyat tug'ilgan taqdirda, tashxisni tasdiqlash maqsadida patologo-anatomik tahlil immunogistoximik tiplash bilan to'ldirilishi mumkin, sitologik tahlil esa immunositoximik tiplash bilan kengaytirilishi mumkin.*

Barcha qin saratoni va unga shubha qilingan bemorlarga tashxisni tasdiqlash va hamroh patologiyalarni aniqlash maqsadida vulvoskopiya, vaginoskopiya va kolposkopiya o'tkazish **tavsiya etiladi**. [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga tashxisni tasdiqlash va hamroh patologiyalarni aniqlash maqsadida bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanali surtmalarini sitologik tahlil qilish, bachadon bo'shlig'idan aspirat olish yoki bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalida alohida diagnostik qirindidan o'tkazish **tavsiya etiladi** [8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: *Bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalida alohida diagnostik qirindidan o'tkazish yoki bachadon bo'shligidan aspirasion biopsiya olish qin adenokarsinomasi tasdiqlangan hollarda tavsiya etiladi. Bu birlamchi endometriy saratonini istisno qilish maqsadida amalga oshiriladi.*

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash maqsadida quyidagi UTT (ultratovush tekshiruvi) o'tkazish **tavsiya etiladi**: kichik yog' boshlig'i a'zolari UTTsi; qorin bo'shlig'i a'zolari kompleks UTTsi; chov-son limfa tugunlari UTTsi; qorin parda orti limfa tugunlari (iliq va paraaortal limfa tugunlari) UTTsi; o'mrov usti limfa tugunlari UTTsi [2, 6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *UZI eng oson kiritilishi mumkin bo'lgan tasvirlash usuli bo'lib, u qorin bo'shlig'i, kichik chanoq boshlig'i, hamda regional va uzoq limfa tugunlarida o'smaning tarqalish darajasini baholash uchun qo'llaniladi.* [2,6].

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'sma jarayonining tarqalish darajasini baholash maqsadida vena ichi kontrast bilan yoki kontrastsiz ko'krak qafasi a'zolarining KTsi o'tkazish **tavsiya etiladi**. [2,6,8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Agar KT o'tkazish imkoniyati bo'lmasa, ko'krak qafasi a'zolarining maqsadli rentgenografiyasi o'tkazish tavsiya etiladi. KT rentgenografiyaga nisbatan yuqori*

diagnostik samaradorlikka ega bo'lib, o'pka, plevra va ko'krak ichi limfa tugunlarining metastatik shikastlanishini aniqlashda afzal usul hisoblanadi. [8].

Barcha qin saratoni bo'lgan bemorlarga o'smaning mahalliy tarqalish darajasini va regionar limfa tugunlari holatini baholash maqsadida kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari va oraliq yumshoq to'qimalarning vena ichi kontrast bilan magnit-rezonans tomografiyasini (MRT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. [39].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Agar kichik chanoq bo'shlig'i a'zolarining vena ichi kontrast bilan MRT o'tkazish imkoni bo'lmasa, vena ichi kontrast bilan KT o'tkazish tavsiya etiladi. MRT kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari, tanosil diafragmasi va oraliq to'qimalarni baholashda KTga nisbatan yuqori diagnostik axborotga ega. [40].*

Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, T2 va undan yuqori bosqichlarda, regionar limfa tugunlari holatini baholash va uzoq metastazlarni aniqlash maqsadida tumorotrop radiofarmasevtik preparatlar (RFP) bilan pozitron-emission tomografiya (PET-KT) yoki ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolarining vena ichi bolyusli kontrast bilan KT o'tkazish **tavsiya etiladi**. [41].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *PET-KT kimyo-nur terapiyani rejalashtirilganda maqsadga muvofiqdir [42].*

Qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, agar bosh miyaga metastatik shikastlanishga shubha bo'lsa, vena ichi kontrast bilan bosh miyaning MRT o'tkazish tavsiya etiladi. [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Agar bosh miyaning MRT o'tkazish imkoni bo'lmasa yoki qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, vena ichi kontrast bilan bosh miyaning KT o'tkazish mumkin. MRT kontrast bilan bosh miyaga metastatik shikastlanishni aniqlashda KTga nisbatan yuqori diagnostik samaradorlikka ega. [43].*

Metastatik qin saratoni (QS) bo'lgan bemorlarda, agar skeletga metastatik shikastlanishga klinik shubha mavjud bo'lsa, PET-KT o'tkazish imkoni bo'lmagan hollarda butun tana suyaklarining ssintigrafiyasini o'tkazish **tavsiya etiladi**. [39].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Keng tarqalgan qin saratoni bo'lgan barcha bemorlarga, o'smaning peshob pufagi va to'g'ri ichakka invaziyasini aniqlash maqsadida sistoskopiya va rektoromanoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi. [2,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Qin saratoni bo'lgan bemorlarda, jarrohlik davolashga tayyorgarlik jarayonida, funksional holatni baholash maqsadida, ko'rsatmalar bo'yicha qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi: exokardiografiya; yurak ritmini Xolter monitoringi; tashqi nafas

faoliyatini tekshirish; braxiosefal arteriyalarining ekstrakranial qismini UTT dupleks skaneri orqali baholash; oyoq venalarining dopplerografik UTT; Shuningdek, kardiolog, endokrinolog, nevrolog va boshqa mutaxassislar tomonidan tekshiruv va maslahatlar olish **tavsiya etiladi**. [8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Kimyo-nur terapiyasi yoki nur terapiyasini rejalashtirish va samaradorligini baholashda quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish **tavsiya etiladi**: kichik chanoq boshlig'i a'zolari va oraliq yumshoq to'qimalarning vena ichi kontrast bilan MRTsi – o'smaning mahalliy tarqalishini va regionar limfa tugunlari holatini baholash uchun; Pozitron-emission tomografiya (PET-KT) tumorotrop radiofarmasevtik preparatlar (RFP) bilan (afzal usul); ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolarining vena ichi bolyus kontrast bilan KT – olis metastazlarni aniqlash uchun. Barcha tekshiruvlar usullarni o'tkazish muddatlariga rioya qilgan holda bajarilishi kerak. [39]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

Qin biopsiya (jarrohlik) materialini patologo-anatomik tahlil qilishda tashxisni tasdiqlash uchun immunogistoximik usullar qo'llash **tavsiya etiladi**. Morfologik xulosa quyidagi parametrlarni o'z ichiga olishi kerak:

8. Birlamchi o'smaning hajmi va tarqalish darajasi
9. Birlamchi o'smaning invaziya chuqurligi
10. O'smaning gistologik tuzilishi
11. O'smaning differensiasiya darajasi
12. Perivaskulyar, perilimfatik va perinevral invaziya mavjudligi (manfiy natija ham qayd qilinishi kerak)
13. Regionar limfa tugunlari (rN) holati, umumiy tekshirilgan va zararlangan limfa tugunlari soni, ekstranodal o'sma tarqalishi belgilari (ENE+/-)
14. Rezeksiya chegaralarining mikroskopik baholanishi (status R0-1). Eng yaqin rezeksiya chegarasigacha masofa (mm) bilan aniq ko'rsatilishi kerak [6,8,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5).

Izohlar: *Agar morfologik tahlil natijalariga ko'ra, birlamchi biopsiyadagi yangi hosila shubhali yoki manfiy natija bersa, qin saratoniga (QS) shubha qilingan bemorlarga qo'shimcha tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi. Bunday hollarda quyidagi usullar qo'llanilishi mumkin: takroriy biopsiya o'tkazish; imkoniyati mavjud bo'lsa, jarrohlik aralashuvi o'tkazish; intraoperasion patologo-anatomik tahlil orqali biopsiya (jarrohlik) materialini tekshirish.*

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

- ✓ Og‘riq va boshqa og‘riqli alomatlarining oldini olish va yo‘q qilish, bemorning azobini engillashtirish;
- ✓ Saraton kasalligining rivojlanishini sekinlashtirish va bemorning umrini uzaytirish;
- ✓ Bemor hayoti farovonligini oshirish hayot sifatini yaxshilash;
- ✓ Psixologik, ijtimoiy, ma'naviy qo‘llab-quvvatlash, psixosomatik tomonidan qo‘llab-quvvatlash;
- ✓ O‘smaga qarshi davolashning nojo‘ya ta'sirini engish uchun;

5. Palliativ tibbiy yordam ko‘rsatish taktikasi:

- o‘sma o‘qog‘i va metastazlarni kichraytirish;
- o‘sma jarayoni qisman regressiyasi yoki stabilizatsiyasiga erishish;
- hayot sifatini yaxshilash;
- hayot davomiyligini uzaytirish.

1) **Palliativ yordam ko‘rsatishda bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:** yo‘q.

2) **Kechki bosqichlarni palliativ davolash umumiy tamoyillari**

IVa bosqich (Thar qandayNhar qandayM0) qin saratonini davolash

Qin saratoni III bosqich bo‘lgan bemorlarga klinik samaraga erishish va remissiyaga erishish maqsadida radikal nur terapiyasi (LT) o‘tkazish **tavsiya etiladi** [12, 19].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Palliativ terapiyani o‘tkazishda bemorning holati og‘irlik darajasini baholash JSST/ECOG tizimi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo‘yicha amalga oshirilishi tavsiya etiladi (Qo‘shimcha G1-2 ga qarang).*

IVb bosqich (Thar qandayNhar qandayM1) qin saratonini davolash

Qin saratoni (QS) IVb bosqichi (Thar qandayNhar qandayM1) bo‘lgan bemorlarda birlamchi davolashning asosiy usuli sifatida tizimli kimyo terapiyasi (XT) **tavsiya etiladi** (QR 3.3 bandiga qarang). Nur terapiyasi (QR 3.2 bandiga qarang) palliativ maqsadda o‘tkazilishi mumkin, bu belgilarni engillashtirish va bemorlarning hayot sifatini

yaxshilash uchun qo‘llaniladi. Har xil kimyo terapiya usullari, shu jumladan, boshqa lokalizatsiyadagi yassi hujayrali saratonlarda qo‘llaniladigan regionar kimyo terapiya metodikalari qo‘llanishi mumkin. [32].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izoh: *Palliativ terapiyani o‘tkazishda bemorning holati og‘irlik darajasini baholash JSST/ECOG tizimi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo‘yicha amalga oshirilishi tavsiya etiladi (Qo‘shimcha G1-2 ga qarang).*

Qin saratoni residivlarini davolash.

Disseminasiyalangan qin saratoni bo‘lgan bemorlarda individual davolash rejasi asosida terapiya o‘tkazish tavsiya etiladi. Davolash quyidagilarni o‘z ichiga olishi mumkin: kimyo terapiya (XT); tolerantlik zaxirasini hisobga olgan holda palliativ maqsadda turli xil nur terapiyasi (NT) (bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun); ayrim hollarda kengaytirilgan va kompleks jarrohlik aralashuvlari; turli tos evisserasiya usullari (individual holatlarda) [6, 9, 22].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

2) Palliativ nomedikamentoz davo:

- rejim – Konservativ davo o‘tkazilayotgan bemorlar uchun umumiy rejim. Erta operatsiyadan keyingi davrda to‘shak yoki yarim to‘shak rejimi (operatsiya hajmi va hamroh kasalliklarga bog‘liq holda). Operatsiyadan keyingi davrda palatali rejim.
- parhez stol - №15, jarrohlik davosidan so‘ng – №1, stol №9 – qandli diabet bemorlari uchun.
- Psixolog ko‘rigi.

Transfuzion qo‘llab quvvatlash.

- Transfuzion terapiya uchun ko‘rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko‘rinishlar bilan belgilanadi.
- Ko‘rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo‘lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo‘llaniladi.
- Transfuziyalarga ko‘rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog‘liq – keyingi bir necha kun ichida ko‘rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrositar massa/aralashma:

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensasiya mexanizmlari etarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrositlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevasiyasi bilan namoyon bo‘ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo‘lishi, eritrositlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;
- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensasiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrositlarni profilaktik quyish uchun ko‘rsatma bo‘lishi mumkin bo‘lgan gemoglobin darajasi:

– Yoshi (yosh)	– Hb (g/l) trigger darajasi
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55
– >70	– 60

Trombositlar konsentrati:

- Trombositlar darajasining $10 \times 10^9/l$.dan pasayishi yoki terida gemorragik toshmalarning paydo bo‘lishida (petexiyalar, ko‘karishlar) aferez trombositlar bilan profilaktik transfuziya o‘tkaziladi;
- Isitma bilan, invaziv aralashuv rejalashtirilayotgan bemorlarga yuqoriroq darajada ham ($20 \times 10^9/l$) aferez trombositlar bilan profilaktik transfuziya o‘tkazilishi mumkin;
- Petexial-dog‘li tipdagi gemorragik sindrom (burun, milkdan qon ketish, meno-, metrorragiya, boshqa lokalizasiya qon ketishlari) mavjud bo‘lganda, trombositlar konsentratini quyish davolash maqsadida amalga oshiriladi.

Yangi muzlatilgan plazma:

- YaMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o‘tkazishdan oldin o‘tkaziladi.
- $MNO \geq 2.0$ bo‘lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YaMP quyish uchun kandidat sifatida ko‘riladi. Rejali

amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo‘lmagan dozada vena ichiga yoki ichishga buyurilishi mumkin.

2) Palliativ nur terapiya.

Nur terapiya qin saratonida standart davolash usuli bo‘lib, mustaqil ravishda yoki kompleks davolash tarkibida qo‘llaniladi. NT qin saratoni ni davolashda boshlang‘ich yoki ad‘yuvant usul sifatida distansion va(yoki) kontaktli (braxiterapiya) nurlash yo‘li bilan amalga oshirilishi mumkin.

Nur terapiya qin saratoni da quyidagi holatlarda qarshi ko‘rsatilgan bo‘lishi mumkin:

- Dekompensasiya bosqichidagi og‘ir somatik kasalliklar.
- Isitma bilan kechayotgan infeksiya.
- Nur kasalligi.
- Ko‘p sonli uzoq metastazlar.
- Qonning hujayrali tarkibining buzilishi.
- Qon ketish bilan kechuvchi o‘sma parchalanishi.

qin saratoni da nur terapiya uchun nisbiy qarshi ko‘rsatma ortiqcha tana vazni hisoblanadi. Bu holatda juda ko‘p yog‘ to‘qimasi ionizirlovchi nurlarni yutib qolib, nur davo samaradorligini pasaytiradi, shu bilan birga mahalliy nur reaksiyalar va yumshoq to‘qimalar (shu jumladan, yog‘ to‘qimasi) shikastlanish xavfini oshiradi.

Distansion nur terapiya.

Palliativ nurlantirish mahalliy tarqalgan jarayonda qo‘llaniladi, umumiy dozalar o‘smaning tarqalish darajasi va bemorning holatiga bog‘liq ravishda belgilanadi. SO‘D diapazoni: 20–30 Gr yoki 40–50 Gr.

Mahalliy residivlarda Agar qin saratoni qin cho‘ltog‘i residivi kuzatilsa, asosiy davolash usuli – braxiterapiya hisoblanadi.

Braxiterapiya

Qo‘shma nurli terapiya (nooperabel jarayonda) BXT ROD 7-8 Gr haftasiga 1 marta, SO‘D (t.A) 28-32 Gr tavsiya etiladi, kichik chanoq distansion nurlantirish bilan birgalikda qo‘llaniladi. Boshqa fraksiyalashtirish variantlari mumkin – 3 Gr (haftasiga 3 marta) yoki 5-6 Gr (haftasiga 2 marta) belgilangan summar dozalgacha.

Qin cho‘ltog‘i residivlari yoki qin bo‘shlig‘ining metastatik zararlanishida lokal HDR BXT amalga oshiriladi. Summar dozalar va nurlantirish hajmi avval o‘tkazilgan davolashni hisobga olgan holda belgilanib, o‘rtacha 30-40 Gr ga etadi. Fraksiyalashtirish rejimlari turlicha bo‘lishi mumkin (3-5 Gr).

Stereotaksik radioxirurgiya

qin saratoni holatida bu usul bosh miya, o'pka va jigar metastatik zararlanishlarida qo'llanilishi mumkin. Stereotaksik radioxirurgiya uchun ko'rsatmalar: Yaqinda joylashgan operatsiya qilib bo'lmaydigan yoki yuqori jarrohlik xavfi mavjud bo'lgan yakka yoki bir necha metastatik o'choqlar; O'sma o'lchami 3,0 sm dan oshmasligi; Agar bir organ ichida uchtdan ortiq metastaz mavjud bo'lsa va(yoki) o'lchami 3-5 sm bo'lsa, sog'lom to'qimalarni himoya qilish maqsadida nurlantirish dozasini cheklash kerak, chunki katta o'lchamli o'smalarda nurlantirish hajmi oshadi. Bunday hollarda **stereotaksik radioterapiya** qo'llaniladi. Bu usul stereotaksik radioxirurgiyaga o'xshaydi, lekin kamroq BMO'D (8-12 Gr) bir necha seansda (2-5) qo'llaniladi. Bu usulda uch o'lchamli nurlantirish (LTMI) va tasvirga asoslangan NT qo'llaniladi, bu esa birlamchi o'smaning murakkab shakliga qaramay, yuqori dozalarni aniq joylashtirish va sog'lom tuzilmalarni himoya qilish imkonini beradi.

O'sma residivi:

Ko'psonli residivlar mavjud bo'lgan bemorlar progestinoterapiya uchun nomzod bo'lishi mumkin. Medroksiprogesteron asetat 50-100 mg kuniga uch marta yoki megesterol asetat 80 mg kuniga uch marta tavsiya etiladi. Progestinoterapiya residivlar barqarorlashguncha yoki regressga uchragancha davom ettiriladi. Maksimal klinik samara 3 oy yoki undan ko'proq vaqt davomida namoyon bo'lmasligi mumkin. Sisplatin, karboplatin va paklitaksel asosidagi ximiyaterapiya jarrohlik yoki nurli terapiyaga mos kelmaydigan tarqalgan shakllar va residivli holatlarda tavsiya etiladi.

Nur terapiyasi uchun jihozlar:

- Rentgen simulyatori;
- Virtual simulyasiya funksiyasiga ega kompyuter tomografi (tekis stol dekasi, tashqi lazer tizimi va h.k.);
- Virtual simulyasiya funksiyasiga ega magnit-rezonans tomografi (tekis stol dekasi, tashqi lazer tizimi va h.k.);
- Co-60 asosidagi distansion gamma-terapiya apparati;
- 4-6 Mev chegaraviy energiyaga ega past energiyali chiziqli tezlatgich;
- 6-15-18 Mev chegaraviy energiyaga ega yuqori energiyali chiziqli tezlatgich;
- Tomoterapiya apparati;
- Intraoperasion nur terapiyasi apparati;
- Co-60 yoki Ir-192 ionizirlovchi manbalarga ega braxiterapiya apparati.

Bosh miyaga metastazlarda nur terapiya.

1. S1 bo‘yin umumrtqasigacha bosh miyani total nurlantirish:

- BMO‘D 2,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-40 Gr;
- BMO‘D 2,5 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-35 Gr;
- BMO‘D 3,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 30-33 Gr;
- BMO‘D 4,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 20 Gr.

2. Bosh miyani lokal nurlash

- stereotaksik radioxirurgiya (SRS) - BMO‘D 10,0 – 30,0 Gr 1 fraksiya – agar metastaz o‘lchami 3 smdan katta bo‘lmasa.;
- stereotaksik radioterapiya (SRT) – BMO‘D 6,0-10,0 Gr 3-5 fraksiya – agar metastaz o‘lchami 3,0 dan 6,0 smgacha bo‘lsa;
- metastazlarni lokal nurlantirish BMO‘D 2,0-3,0 SO‘D 20-60 Grgacha.

Skelet suyaklariga metastazlarda nur terapiya.

- BMO‘D 2,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 40-50 Gr;
- BMO‘D 2,5 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 40-50 Gr;
- BMO‘D 3,0 Gr haftasiga 5 fraksiya SO‘D 39-45 Gr;
- BMO‘D 4,0 Gr haftasiga 3-5 fraksiya SO‘D 20-40 Gr;
- BMO‘D 8,0 Gr 1-2 fraksiya.

3) Palliativ jarrohlik davosi:

Tarqalgan qin saratoni va asoratlari (nekroz, qon ketish) mavjud bo‘lgan hollarda, sitoreduktiv jarrohlik o‘tkazish masalasi ko‘rib chiqilishi kerak. Agar bemorda ureterogidronefroz aniqlansa, ureterokutaneostomiya yoki sistostomiya amalga oshiriladi. Agar o‘sma to‘g‘ri ichakka o‘sib kirsam, ichak tutilishini bartaraf qilish maqsadida kolostomiya amaliyoti bajarilishi mumkin.

4) Palliativ medikamentoz davo:

O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida xarajatlarni qoplash uchun asos bo‘lmaydi.

Palliativ kimyo terapiyaga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan qin saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a'zolarida (o'pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o'sma residivlari;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit, granulositlar absolyut soni normal –200 dan ortiq bo'lganda, trombositlar –100000 dan ortiq bo'lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o'tkazilganlik ehtimolida;
- bemor operasiyadan bosh tortganda;
- o'smaning yomon fenotiplarida (past differensiallashgan, differensiallashmagan) uzoq davolash natijalarini yaxshilash.

Kimyo terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

Kimyo terapiyaga qarshi ko'rsatmalar ikki guruhga bo'lish mumkin: absolyut va nisbiy.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensasiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutaxassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samaradorligi;
- o'smani parchalanishi (qon ketish xavfi);
- Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50% va unldan kam bemor umumiy ahvolidning og'irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;
- organizm intoksikasiyasi;

- faol o'pka tuberkulezi;
- qon tarkibining turg'un patologik o'zgarishlari (anemiya, leykopeniya, trombositopeniya);
- kaxeksiya.

Palliativ tizimli kimyo terapiya prinsiplari

Tarqalgan qin saratoni bemorlariga palliativ maqsadda kimyo terapiyasi (XT) o'tkazish **tavsiya etiladi**. Davolash o'sma jarayonining progressiyasi yoki kimyo terapiyasiga bog'liq yuzaga kelgan og'ir toksik ta'sirlar sababli davolashni davom ettirish imkoniyati yo'q bo'lgunga qadar amalga oshiriladi. [27,24, 30].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh:

- *XT minimal ko'lami quvvatsizlangan bemorlar uchun tavsiya qilinadi: #Sisplatin** 50 mg/m² 21 kunda 1 marta 6 kursgacha [30];*

- *Qin saratonida XT optimal ko'lam rejimlari bachadon bo'yini saratonini davolash bilan bir hil [31, 33-35]: #Paklitaksel** + #Sisplatin**, #Paklitaksel**² + #Karboplatin**; #Sisplatin** + #Gemsitabin**; #Paklitaksel** monorejimda va bachadon bo'yini saratoni klinik tavsiyanomalarida keltirilgan*

Progressiyalangan QS bemorlariga tavsiya qilinadi:

- Pembrolizumab** 200 mg v/i 3 haftada 1 marta *mikrosatellit nostabillik yuqori darajada bo'lsa*, shu jumladan, residiv kuzatilgan holatlarda DNK reparasiya tizimining buzilishida (dMMR) ham [34].

- #Kapesitabin** 2500 mg/m²/sut ichishga 1–14-chi kunlar 21 kunlik sikl bilan (XTning 2-chi va keyingi liniyalari sifatida) [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi - C (Dalillarning ishonchlilik darajasi - 4)

Izoh: *Xuddi 1-chi liniya kabi, platina saqlovchi XTga qaytish agar platinasiz interval 6 oydan katta bo'lsa mumkin bo'ladi.*

*Hozirgi vaqtda tarqalgan yassi hujayrali qin saratoni (QS) da nur terapiyasi platina tarkibli sensibilizasiyalovchi kimyo terapiyasi bilan birga o'tkaziladi. Bu bachadon bo'yinining yassi hujayrali saratoni (RShM) davolash sxemasiga o'xshash tarzda amalga oshiriladi. Kimyo terapiya rejimi: Sisplatin** 40 mg/m² vena ichi (v/v) haftasiga 1 marta jami 7 siklgacha [35].*

Palliativ kimyo terapiya sxemalari:

1. Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va karboplatin AUC 5–6 v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A)

2. Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va sisplatin 60–75 mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A).

3. Doksorubisin 50–60 mg/m² v/i 1-chi kun va sisplatin 50–75 mg/m² v/i 1-chi kun har 3 haftada (DD-A)

4. Ifosfomid 5000 mg/m² 24 soatlik infuziya mestna bilan – 400 mg/m² kuniga 2 marta va sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun. (DD-A)

5. Gemsitabin 800-1000 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar va sisplatin 50 mg/m² v/i 1-kun. (DD-A)

NB! Platina kombinasiyalarni qo‘llash imkoni bo‘lmaganda, noplatali kombinasiyalarni qo‘llash mkmkin.

Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun va topotekan 0,75 mg/m² 1-3 kunlar (DD-A).

Davolashning I liniyasida platina, paklitaksel va bevasizumab preparatlari kombinasiyasini qo‘llash eng samarali hisoblanadi.

O‘smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSIH/dMMR ekspressiyasida bevasizumab bilan birgalikda yoki usiz pembrolizumabni qo‘shish tavsiya etiladi.

Ad'yuvant rejimda yoki I liniyada 6 sikl kimyo terapiya o‘tkazish yoki davoni progressiyalanish yoki chidab bo‘lmas toksiklikkacha davom ettirish tavsiya etiladi.

Pembrolizumab va bevasizumabni 35 siklgacha o‘tkazsa bo‘ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

10-jadval. Qin saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
• Sisplatin 40 mg/m ² v/i har hafta distansion NT fonida, 6 yuborilish
Neoad'yuvant/ad'yuvant kimyo terapiya
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 80 mg/m ² v/i har hafta + karboplatin AUC2 v/i har hafta, 6 yuborilish
Kimyo-nur terapiya
• Sisplatin 40 mg/m ² v/i har hafta distansion NT fonida, 6 yuborilish
I liniya kimyo terapiyasi
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun + bevasizumab 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun +

- pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
- Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
 - Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1)
 - Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m² v/i 1–3chi kunlari + bevasizumab¹ 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Paklitaksel² 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin² 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Paklitaksel² 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin² AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Ifosfamid 5000 mg/m² v/i 24 soatlik infuziya (+ mesna 5000 mg/m²)³ 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-chi kun + gemitabin 1000 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar, har 3 haftada
 - Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m² v/i 1-3-kunlari, har 3 haftada
 - Sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
 - Etopozid 100 mg/m² v/i 1-3-kunlari + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada (rejim BBSning mayda hujayrali turida maqsadga muvofiq)

Kimyo terapiya II liniyasi⁴

- Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PDL1 ekspressiyasida CPS \geq 1 yoki o‘smada MSIH/dMMR)
- Mitomisin 7,5 mg/m² v/i 1-chi kun, har 6 haftada.
- Irinotekan 125 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 4 haftada.
- Gemitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada
- Dositaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Kapesitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada
- Bevasizumab 7,5–15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
- Topotekan 1,5 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar, har 3–4 haftada.
- Ifosfamid 1200–1500 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar (+ mesna 1200–1500 mg/m² v/i 1–5-chi kunlar)¹, har 3 haftada

- Vinorelbin 30 mg/m² v/i 1-chi va 8-chi kunlar, har 3 haftada
- Sisplatin 50 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada (platina unumlari qo‘shib o‘tkazilgan avvalgi davo yakunlangandan so‘ng > 6 oy muddatda rivojlangan residivlarda)
- Karboplatin AUC5 v/i 1-chi kun, har 3 haftada (platina unumlari qo‘shib o‘tkazilgan avvalgi davo yakunlangandan so‘ng > 6 oy muddatda rivojlangan residivlarda)

¹ XTga bevasizumabni qo‘shilishi umumiy holati qoniqarli bo‘lgan, me‘da ichak va peshob-jinsiy toksiklik havfi past bo‘lgan bemorlarga tavsiya etiladi.

² Anamnezida kichik chanoq sohasiga NT o‘tkazilgan bo‘lsa, paklitaksel, sisplatin va karboplatinning boshlang‘ich dozalari 20%ga redusiyalanishi mumkin; qoniqarli ko‘targanda dozani standart miqdorgacha eskalasiyalasa bo‘ladi.

³ Mesna ifosfamid dozasi 100% sutkalik dozasi qo‘llaniladi va kun davomida uchta in‘eksiyaga bo‘linadi: ifosfamidni yuborishdan bevosita oldin, uning infuziyasi boshlanganidan keyin 4 va 8 soat o‘tgach.

⁴ Kechki residivlarda (birlamchi davo yakunlangandan > 6 oy o‘tgach) I liniya XTni takrorlash mumkin.

11-jadval. Asosiy dori-vositlarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan) [18, 21, 22, 25]:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	DD
Antrasiklinlar	Dokсорubisin	50–60 mg/m ² v/i 1-chi kun	A
Platina unumlari	Sisplatin	50–75 mg/m ² v/i 1-chi kun	A
Taksan qator o‘smaga qarshi preparatlar	Paklitaksel	175 mg/m ² v/i 1-chi kun	A
Platina unumlari	Karboplatin	AUC 5–6 v/i 1-chi kun	A
Alkillovchi birikmalar	Ifosfamid	1,6 mg/m ² v/i 1-3-kunlari 1 soatlik infuziya	B
Taksan qator o‘smaga qarshi preparatlar	Dosetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemsitabin	1000 mg/m ² 1-chi va 8-chi kunlar	A

Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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-jadval. Qo‘shimcha dori-vositalarning ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam) [3, 4, 16, 18, 22]:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	ID
Alkaloid	Topotekan	1,25 mg/m ² v/i 1–5-chi kunlar har 3 haftada	C
Platina unumlari	Oksaliplatin	130 mg/m ² v/i har 3 haftada	C
Monoklonal antitana	Bevasizumab	7,5–15 mg/kg v/i har 3 haftada	B
Immuno onkologik preparat Monoklonal antitana	Pembrolizumab	200 mg v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi preparatlar toksik ta'sirini susaytiruvchi dori vositalari	Allopurinol	Ichishga	-
Antibakterial vositalar	Ofloksasin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksasin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksasin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol /trimetoprim	Vena ichiga Ichishga	A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	Vorikonazol	Vena ichiga Ichishga	B
	Itrakonazol	Ichishga	B
	Flukonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Pozakonazol	Ichishga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Asiklovir	Vena ichiga Ichishga	A
	Nadroparin	Teri ostiga	C

Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Enoksaparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Mahalliy qo'llash	D
	Omeprazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Famotidin	Vena ichiga	A
	Ambroksol	Ichishga	
	Amlodipin	Ichishga	B
	Drotaverin	Vena ichiga Ichishga	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spirolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramisin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga Ichishga	-
Xlorgeksidin	Tashqi	-	
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	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! *Qo'shimcha medikamentoz davolash rivojlangan asoratlarning davolash protokollariga muvofiq amalga oshiriladi.*

Keyingi palliativ yordam:

- Kuchli og'riq sindromi mavjud bo'lganda davolash «Surunkali kechuvchi kasalliklarning inkurabel bosqichidagi bemorlarga palliativ yordam va doimiy og'riq sindromi» protokoliga muvofiq amalga oshiriladi..
- Qon ketish mavjud bo'lganda davolash «Surunkali kechuvchi kasalliklarning inkurabel bosqichidagi bemorlarga palliativ yordam va qon ketish» protokoliga muvofiq amalga oshiriladi.

6. Keyingi davolash:

Voyaga etgan bemorlar, agar qin oʻsmalari uchun kimyo-nur terapiyaning palliativ kurslarini davom ettirishga qarshi koʻrsatmalar mavjud boʻlsa, shifokor-onkolog kuzatuv va analgetik (agar kerak boʻlsa, narkotik), simptomatik terapiya tavsiya etiladi [3].

UQT, qon biokimyoviy tahlili agar kerak boʻlsa yoki ichki organlarning disfunktsiyasi belgilari mavjud boʻlsa oʻtkaziladi.

Koʻkrak qafasi rentgen tekshiruvi, periferik limfa tugunlari, qorin boʻshligʻi, kichik chanoq aʼzolari UTTsi, koʻkrak qafasi MSKTsi, qorin boʻshligʻi, kichik chanoqni MSKT/MRT si klinik koʻrsatmalar ga koʻra bajariladi. PET/KT agar palliativ terapiyadan soʻng remissiya kuzatilsa va kasallikning progressiyasi/residiviga gumon boʻlsa bajariladi [6]

Remissiyaga kirgan bemorlarni dispanser nazorati:

- Davolash tugatilgandan keyin birinchi yil – har 3 oyda 1 marta.
- Ikkinchi yil – har 6 oyda 1 marta.
- Uchinchi yildan boshlab – 5 yil davomida yiliga 1 marta.

Tekshiruv usullari:

- Umumiy qon tahlili;
- Biokimyoviy qon tahlili (oqsil, kreatinin, mochevina, bilirubin, ALT, AST, qondagi glyukoza);
- Koagulogramma (protrombin indeksi, fibrinogen, fibrinolitik faollik, trombotest);
- Ginekolog koʻrigi;
- Koʻkrak qafasi aʼzolarining rentgenografiyasi (2 proeksiyada);
- Kichik chanoq MRTsi, Koʻkrak qafasi, qorin boʻshligʻi MSKTsi, PET/KT koʻrsatma bilan.

8. Palliativ davolash samaradorligi koʻrsatkichlari

- «Oʻsma javobi» – oʻtkazilgan davolashdan keyin oʻsmaning regressiyasi.
- Residivsiz yashovchanlik – uch va besh yillik kuzatuv.
- «Hayot sifati» – bemorning jismoniy holatidan tashqari psixologik, emosional va ijtimoiy faolligini ham oʻz ichiga oladi.

Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

Toʻliq samara - bu kamida 4 hafta davomida barcha oʻchoqlarning yoʻqolishi.

Qisman samara - boshqa o'choqlari progressiyaning yo'qligida barcha yoki alohida o'smalar ning 30% yoki undan ko'p kichrayishi hisoblanadi.

Stabilizasiya - (o'zgarishsiz) boshqa yangi o'choqlar paydo bo'lmagan holda, o'smaning 30% dan kam kichrayishi yoki 20% dan kam kattalashishi.

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 20% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

ONKOLOGIYA DA KO‘MAKLASHUVCHI TERAPIYA

Antiemetik terapiya

Ko‘ngil aynishi va qayt qilish kimyoterapiya (XT) ning eng keng tarqalgan nojo‘ya ta'siridan biri bo‘lib, bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi.

Kimyoterapiya bilan bog‘liq ko‘ngil aynishi va qayt qilish ushbu turdagi davolashning eng yoqimsiz jihatlaridan biridir (1,2). Kimyoterapiyaning eng jiddiy nojo‘ya ta'siri bo‘lmasa-da, qayt qilish, shunga qaramay, hayot sifatini juda yomonlashtiradi va farovonlik tuyg‘usini kamaytiradi (1,3). Ba'zi hollarda bemorlar chidab bo‘lmas ko‘ngil aynishi va qayt qilish tufayli kimyoterapiyani kechiktiradilar yoki butunlay to‘xtatadilar (1).

Bundan tashqari, qayt qilish sog‘liq uchun xavf tug‘dirishi mumkin, chunki nazoratsiz qayt qilish suvsizlanish, metabolik muvozanat va anoreksiyaga olib keladi (4,5).

Terapiya bilan bog‘liq omillar:

Ba'zi dorilarning yuqori emetogen qobiliyati, kombinasiyalangan terapiya

Dori vositalarini qo‘llash tartibi va usuli

Kimyoterapevtik dorilarning yuqori dozalari (6).

Emetogenlik darajasi antiemetik terapiyasiz bitta rejimda u yoki bu sitostatik qabul qilingan bemorlarda qayt qilish xavfi sifatida tushuniladi. Misol uchun, emetogenlikning yuqori darajasi preparatni qo‘llashdan keyin bemorlarning 90% dan ko‘prog‘ida qayt qilish rivojlanishini anglatadi. MASCC/ESMO tavsiyalariga muvofiq emetogenlik darajasiga qarab o‘smaga qarshi dorilarning tasnifi 13-jadvalda keltirilgan.

13-jadval. MASCC / ESMO tavsiyalarga muvofiq emetogenlik darajasiga qarab o‘smaga qarshi dorilarni tasniflash.

Emetogenlik darajasi	Vena ichiga yuborish uchun o‘smaga qarshi preparat	Rer os qabul qilish uchun o‘smaga qarshi preparat
Yuqori (90% va undan ortiq bemorlarda qayt qilish)	Sisplatin Mexloreタミン Streptozosin Siklofosfan ≥ 1500 mg / m ² Karmustin (BCNU)	Geksametilmelamin Prokarbazin

	Dakarbazin	
	«AS» sxemasi: <ul style="list-style-type: none"> • epirubisin 100 mg / m² ili • doksorubisin 60 mg / m² + – siklofosfamid 600 mg / m² . 2) Karboplatin asosidagi preparatlar	
O‘rtacha (30–90 % bemorlarda qayt qilish)	Oksaliplatin Sitarabin > 1 g / m ² Karboplatin Ifosfamid Siklofosfamid < 1500 mg / m ² Doksorubisin Daunorubisin Epirubisin Idarubisin Irinotekan Azasitidin Bendamustiin Klofarabin Alemtuzumab Trabektidin Romidepsin Tiotepa	Siklofosfamid Temozolomid Vinorelbin Imatinib Krizotinib Seritinib Bosutinib
Past (10– 30 % bemorlarda qayt qilish)	(Nab-) Paklitaksel Dosetaksel Mitoksantron Liposomal doksorubisin Iksabepilon Topotekan Etopozid Pemetreksed Metotreksat Mitomisin Gemsitabin Sitarabin ≤ 1000 mg / m ² 5-ftorurasil Vinflunin Temsirolimus	Kapesitabin Tegafur Flyudarabin Etopozid Sunitinib Everolimus Lapatinib Lenalidomid Talidomid Afatinib Dabrafenib Dazatinib Ibrutinib Olaparib Nilotinib

	Bortezomib Setuksimab Trastuzumab(-emtanzin) Panitumumab Katumaksumab Pertuzumab Aflibersept Ipilimumab	Pvzopanib Regorafenib Vandetanib Varinostat
Minimal (< 10% bemorlarda qayt qilish)	Bleomisin Busulfan 2- Xlordeoksiadenozin Flyudarabin	Xlorambusil Gidroksiurea L-fenilalanin mustard
	Vinblastin Vinkristin Vinorelbin Bevasizumab Ofatumumab Nivolumab Pembrolizumab Piskantron Pralatreksat	6-tioguanin Metotreksat Gefitinib Erlotinib Sorafenib Melfalan Vemurafenib Pomalidomid Ruksolitinb Vismodegib

KO'NGIL AYNISHI VA QAYT QILISH TURLARI

Rivojlanish vaqti va mexanizmiga ko'ra, sitostatiklar sabab bo'lgan ko'ngil aynishi va qayt qilishning 3 asosiy turi mavjud: o'tkir, kechiktirilgan va shartli reflektor (anticipatory - "oldingi", "erta", "kutish qayt qilishi" deb ham tarjima qilingan), qo'shimcha ravishda nazorat qilinmaydigan (breakthrough –"oqimli") va refrakter terlai ham bor (7, 8).

O'tkir qayt qilish kimyoterapiyadan keyingi dastlabki 24 soat ichida rivojlanadi, yuqori intensivlik bilan tavsiflanadi va kamdan-kam hollarda ko'ngil aynish bilan birga keladi.

Kechiktirilgan qayt qilish kimyoterapiya boshlanganidan keyin 2-5-kunlarda rivojlanadi, o'tkirroq emas va odatda doimiy ko'ngil aynish bilan birga keladi. Rivojlanish mexanizmlari noaniq bo'lib qolmoqda. Etakchi rol R substansiyasiga beriladi, serotonin kamroq ahamiyatga ega.

Shartli refleksli qayt qilish - bu kimyoterapiya va/yoki tegishli manipulyasiyalar va atrofdagi muhit uchun klassik shartli refleksdir. O'smaga qarshi terapiyasi ko'ngil

aynishi va qayt qilish bilan kechadigan hollarda hosil bo‘ladi. Uning rivojlanish xavfi o‘tkazilgan kurslar soniga mutanosib ravishda ortadi va kimyoterapiya tugaganidan keyin uzoq vaqt davom etishi mumkin. Shartli refleksni shakllantirishda etakchi rolni bir necha kunlik o‘rtacha yoki og‘ir ko‘ngil aynish o‘ynaydi. Shartli refleksli ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olishning eng yaxshi usuli bemorni kimyoterapiyaning birinchi kursidan etarli darajada antiemetik himoya qilishdir.

Nazorat qilinmaydigan (**breakthrough** – "oqimli") ko‘ngil aynishi va qayt qilish etarli antiemetik profilaktika fonida rivojlanadi va qo‘shimcha korreksiyaning talab qiladi. Refrakter qayt qilish kimyoterapiyaning keyingi sikllarida oldingi davolash kurslarida qayt qilishga qarshi profilaktika va / yoki zaxira dorilarning samarasizligi bilan sodir bo‘ladi.

ZAMONAVIY ANTIEMETIK TERAPIYA TAMOYILLARI

1. Kimyoterapiyaning birinchi kursidan boshlab amalga oshirish majburiylik.
2. Birinchi sitostatik agentni kiritishdan oldin antiemetikani kiritish.
3. Eng samarali standart antiemetik kombinasiyalardan foydalanish.
4. Kombinasiyaga kiritilgan har bir antiemetikdan etarli dozalarda foydalanish.
5. Antiemetik terapiyaning etarli davomiyligiga rioya qilish.
6. Samarali konsentraciyani saqlab qolish uchun zarur bo‘lgan antiemetiklar orasidagi intervallarga rioya qilish.

Antiemetik terapiya samaradorligining mezoni o‘smaga qarshi dorilarni qabul qilgan paytdan boshlab 24 soat ichida (o‘tkir qayt qilishning rivojlanish davri) qayt qilish va ko‘ngil aynishning to‘liq yo‘qligi (to‘liq nazorat) hisoblanadi.

Ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish va davolash algoritmi

1. Belgilangan HT rejimining emetogen potensialini aniqlash.
2. XT rejimining emetogenligiga asoslangan profilaktik terapiyani tayinlash.
3. Profilaktik terapiya fonida ko‘ngil aynishi va qayt qilishda davolanishni buyurish.
4. Keyingi KT sikllarida ko‘ngil aynishi / qayt qilishning profilaktik terapiyasiga o‘zgartirishlar kiritish.

Antiemetiklar:

I. Serotonin reseptorlari antagonistlari (5-HT₃):

- Ondansetron (ID - S)
- Granisetron (ID - S)
- Tropisetron (ID - S)
- Palonosetron (ID - S)

II. Kortikosteroidlar: Deksametazon (ID - S)

III. NK1 reseptorlari antagonistlari:

- Aprepitant (ID - S)
- Fosaprepitant (ID - S)
- Rolapitant (ID - S)

IV. Antipsixotik vosita (neyroleptik):

- Olanzapin (ID - S) (serotonin 5- NT-, dopamin va xolinoreseptorlarga nisbatan antagonist hisoblanadi).

Yuqori emetogenik bir kunlik kimyoterapiya va o‘rtacha emetogenik bir kunlik kimyoterapiyada o‘tkir va kechiktirilgan ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish.

Hozirgi vaqtda **yuqori emetogenli bir kunlik kimyoterapiya** uchun eng samarali antiemetik kombinasiya antiemetik dorilar, jumladan NK1 reseptorlari antagonistlari + serotonin reseptorlari antagonistlari (5-NTZ) + deksametazon birikmasidir.

O‘rtacha emetogen potensialga ega kimyoterapiya paytida paydo bo‘ladigan ko‘ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish kimyoterapiya boshlanishidan oldin boshlanishi va kimyoterapiyadan kamida 3 kun o‘tgach amalga oshirilishi kerak. Eng samarali antiemetik kombinasiya antiemetik dorilarning kombinasiyasi, shu jumladan serotonin reseptorlari antagonistlari (5-NT3) + deksametazon.

14-jadval. MASCC/ESMO 2016 TRVX tavsiyasini yangilangan shakli. O‘tkir ko‘ngil aynishi va qayt qilish.

Emetogen xavf guruhi	Antiemetiklar
Yuqori (AS emas)	5-NT3 + DEX + NK 1
Yuqori (AS)	5-NT3 + DEX + NK 1
Karboplatin	5-NT3 + DEX + NK 1
O‘rta (karboplatindan tashqari)	5-NT3 + DEX
Past	5-NT3 yoki DEX yoki DOP
Minimal	Odatiy profilaktika yo‘q

TRVX – kimyoterapiya tufayli ko‘ngil aynishi va qayt qilish

MASCC - Multinational Association of Supportive Care in Cancer; **ESMO** – European

Society for Medical Oncology

5-NT3 - serotonin reseptorlari antagonistlari

DEX - deksametazon

NK 1 - Aprepitant yoki Fosaprepitant yoki Rolapitant kabi neyrokinin reseptorlari antagonistlari.

DOP - dopamin reseptorlari antogonisti

DIQQAT: Agar AC sxemasidan foydalanganda NK1 reseptorlari antagonistlari mavjud bo'lmasa, palonosetron 5-NTZ reseptorlarining afzal antagonistidir.

15-jadval. MASCC/ESMO 2016 TRVX tavsiyasini yangilangan shakli. Kechikkan ko'ngil aynishi va qayt qilish.

Emetogen xavf guruhi	Antiemetiklar
Yuqori (AS emas)	DEX yoki (agar APR 125mg o'tkir uchun: (MSR+DEX) yoki (DEX+APR))
Yuqori (AS)	Yo'q yoki (agar APR 125mg o'tkir uchun: APR+DEX)
Karboplatin	Yo'q yoki (agar APR 125mg o'tkir uchun: APR)
O'rta (karboplatindan tashqari)	DEX qo'llanilishi mumkin
Past	Profilaktika ko'zda tutilmagan
Minimal	Profilaktika ko'zda tutilmagan

DEX - deksametazon

APR - aprepitant

MCP - metoklopromid

TRVX, NCCN 2017 ni boshqarish tavsiyalaridagi asosiy yangilanishlar:

Karboplatin egri chiziq ostidagi maydon bilan (PKK) ≥ 4 qo'llanilganda yuqori emetogen dori sifatida tasniflanadi. 4, PKK < 4 bilan qo'llanilganda, bu o'rtacha emetogen dori.

Uzoq muddatli teri osti granisetronini in'eksiya qilish endi yuqori emetogen va o'rtacha emetogen XTda ko'ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish bo'yicha tavsiyalarga kiritilgan.

To'rtta doridan uchasi uchun yangi profilaktika rejimi endi yuqori emetogen XT da TRVXning oldini olish bo'yicha tavsiyalarga kiritilgan (11, 12).

TRVX, ASCO 2017 ni boshqarish tavsiyalaridagi asosiy yangilanishlar:

sisplatin yoki siklofosfamidlar va antrasiklin kombinasiyasi bilan yuqori emetogen kimyoviy terapiya olgan bemorlar olanzapinni standart antiemetik rejimga qo‘shishlari kerak (5-NT3 reseptorlari antagonistlari + NK1 + dex reseptorlari antagonistlari kombinasiyasi).

Karboplatin o‘z ichiga olgan kimyoterapiya olgan, yuqori emetogen kimyoterapiya olgan bemorlarda NK1 reseptorlari antagonistlari standart antiemetik rejimga qo‘shilishi kerak (5-NT3 + dex reseptorlari antagonistlari kombinasiyasi).

Agar bemorlar antrasiklin va siklofosfamid kombinasiyasini qabul qilsalar, deksametazonni qabul qilish kimyoterapiyaning birinchi kunidan boshlab cheklanishi mumkin.

Bemorning samarasiz antiemetik terapiyaga emetik javobini baholash o‘rniga, antiemetik terapiyani kimyoviy va radioterapiya uchun mos bo‘lgan eng samarali rejim bilan boshlash tavsiya etiladi (13).

16-jadval. ASCO 2017 ning yangilangan tavsiyalari. Katta yoshli bemorlar.

Emetogen xavf guruhi	Antiemetiklar
Yuqori (AS emas)	5-NT3 + DEX* + NK 1+Olanzapine*
Yuqori (AS)	5-NT3 + DEX* + NK 1+Olanzapine*
Karboplatin	5-NT3 + DEX + NK 1
O‘rta (karboplatindan tashqari)	5-NT3 + DEX
Past	5-NT3 yoki DEX yoki DOP
Minimal	Odatiy profilaktika yo‘q

* - deksametazon va olanzapinni 2-4 kunlar davom ettirish kerak

17-jadval. O‘tkir ko‘ngil aynishi va qayt qilishda serotonin reseptorlari antogonistlari (5-NT)ni tavsiya etilgan dozalari.

Preparat	Yuborilish yo‘li	Dozasi
Ondansetron	v/i	8mg yoki 0,15mg/kg
	Peroral	16mg*
Granisetron	v/i	1mg yoki 0,01mg/kg
	Peroral	2mg (yoki 1mg**)
Tropisetron	v/i	5mg
	Peroral	5mg
Palonosetron	v/i	0,25mg

	peroral	0,5mg
--	---------	-------

* Randomizatsiyalangan sinovlarda kuniga ikki marta 8 mg rejimi sinovdan o'tkazildi.

** Ba'zi panelistlar 1 mg dozani afzal ko'rishadi

18-jadval. Kortikosteroidlar(deksametazon)ning tavsiya etilgan dozalari*

Deksametazon		Dozasi va yuborilish vaqti
Yuqori xavf	O'tkir qayt qilish	20mg bir marta (aprepitant qo'llanilganda 12mg)**
	Kechikkan qayt qilish	8mg 3-4 kun davomida (aprepitant qo'llanilganda 8mg kuniga 1 marta)
O'rta xavf	O'tkir qayt qilish	8 mg bir marta
	Kechikkan qayt qilish	8 mg har kuni 2-3 kun davomida
Past xavf	O'tkir qayt qilish	4-8 mg kuniga 1 marta

* Boshqa kortikosteroidlar ham samarali antiemetiklar bo'lishiga qaramay, deksametazonni dozalash rejimi, tanlangan dori sifatida, bir nechta dozalash shakllari bilan preparatni keng qo'llashga asoslangan

** Randomizatsiyalangan sinovlarda (fos) aprepitantlar bilan faqat 12 mg deksametazon o'rganilgan

19-jadval. NK1 reseptorlar antogonistlarining tavsiya etilgan dozalari.

NK1 Reseptorlar antogonistlari	Dozasi va yuborilish vaqti
Aprepitant* va fosaprepitant <i>O'tkir qayt qilish</i>	Aprepitant 125mg ichishga 1 marta kimyo terapiya kuni * -yoki- Fosaprepitant 150 v/i, 1 marta kimyo terapiya kuni
Aprepitant* va fosaprepitant <i>Kechikkan qayt qilish</i>	Aprepitant 80mg ichishga 1 marta 2 kun davomida kimyo terapiyadan keyin
Rolapitant	180mg ichishga 1 marta kimyo terapiya kuni

* Aprepitant 165 mg, kimyo terapiyadan oldin 1 doza (2-3 kunlar qo'lanilmaydi). EMA va boshqa a'zolar tomonidan tavsiya etilgan.

Erta ko'ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish bo'yicha tavsiyalar

Erta qayt qilishni oldini olishning eng yaxshi usuli bu o'tkir va kechiktirilgan qayt qilishni eng yaxshi nazorat qilishdir.

Erta ko'ngil aynishi va qayt qilishni davolash uchun psixoterapiya, ayniqsa mushaklarni

bo'shashtirish bo'yicha progressiv mashg'ulotlar, tizimli desensitizasiya va gipnozdan foydalanish mumkin.

Faqat benzodiazepinlar erta ko'ngil aynishi va qayt qilish holatlarini kamaytiradi, ammo davom etayotgan kimyoterapiya bilan ularning samaradorligi pasayadi.

Koloniestimullovchi terapiya:

Gemopoezni rag'batlantirish va febril neytropeniya (FN) mielosupressiyani engish uchun G-KSFni buyurishning maqsadga muvofiqligi bir necha randomizasiyalangan sinovlarda o'rganilgan. Mavjud ma'lumotlarga asoslanib, FN davrida G-KSFning roli to'g'risida quyidagi xulosalar chiqariladi:

- G-KSF statistik jihatdan neytropeniya davomiyligini 1-2 kunga sezilarli darajada kamaytiradi;
- G-KSF FN holatida isitma davomiyligini va antibakterial (AB) terapiya davomiyligini kamaytirmaydi;
- G-KSF FNning bitta epizodini davolash xarajatlarini kamaytirmaydi.

G-KSF gipotenziya, sepsis, pnevmoniya, to'qima infeksiyalari, tizimli zamburug' infeksiyasi, uzoq muddatli neytropeniya (>7 kun) yoki chuqur neytropeniya kabi o'limning ko'payishi bilan kechadigan sharoitlarda FN xavfi yuqori bo'lgan hollarda qo'llanilishi mumkin.

Ko'pchilik tibbiy onkologik jamoalar (NCCN, ASCO, EORTC, RUSSCO) quyidagi G-KSFlardan foydalanishni tavsiya: lipegfilgrastim, empegfilgrastim, pegfilgrastim (polietilen glikol bilan birga filgrastim), filgrastim (glikozirlanmagan G-KSF), lenograstim (glikozirlangan G-KSF). Lipegfilgrastim, empegfilgrastim va pegfilgrastim uzoq muddatli dorilar bo'lib, XT kursidan keyin bir marta qo'llaniladi. Uzoq muddatli ta'sir preparatning siydik bilan chiqarilmasligi va qonda uzoqroq aylanishi bilan bog'liq.

20-jadval. G-KSF preparatlari ro'yxati

MNN	KSF guruhi	Yuqorilish rejimi
Filgrastim	Rekombinant inson glikolizlanmagan G-KSFsi	5 mkg/kg sutkada 1 mahal. t/o yoki v/i har kuni XTning oxirgi kunidan 24-72 soat keyin AChNning zarur stabilizasiyasiga qadar
Pegfilgrastim	Rekombinant pegilirlangan G-KSF (filgrastim), kon'yugirlangan polietilenglik bilan, prolongirlangan ta'sirli	6 mg (tana vaznini hisobga olmagan holda) bir marta t/o XT kursidan 24 soatdan oldin emas va 14-kunidan keyin emas

Lipegfilgrastim	Glikopegilirlangan G-KSF prolongirlangan ta'sirga ega	100 mkg/kg yoki 6 mg (tana vaznini hisobga olmagan holda) bir marta t/o XT kursidan 24 soatdan keyin
Empegfilgrastim	Kovalent konyugat filgrastim bitta polietilenglikol molekulasi bilan, prolongirlangan ta'sirga ega	7,5 mg (tana vaznini hisobga olmagan holda) bir marta t/o XT kursidan 24 soatdan oldin emas va 14-kunidan keyin emas
Lenograstim	Rekombinant inson glikolizirlangan G- KSF	19,2 mln. ME (yoki 150 mkg) m ² tana yuzasiga (0,64 mln. ME yoki 5 mkg kg tana vazniga) kuniga t/o yoki v/i har kuni XTning so'ngi kunidan 24–72 soatdan keyin stabil AChNga erishganga qadar

21-jadval. Koloniestimullovchi omillarni buyurishga ko'rsatmalar

Birlamchi profilaktika	Ikkilamchi profilaktika
<ul style="list-style-type: none"> ➤ FN yuqori xavfli XT rejimlarida (≥20%); ➤ FN yuqori xavfi bilan assosirlangan boshqa holatlarda: <ul style="list-style-type: none"> ➤ – suyak ko'migining ko'p bo'lmagan rezervida (AChN <1,5 × 10⁹ /l), masalan, suyak ko'migining 20%dan ortiq qismi nurlanganda; ➤ – VICH-infeksiya; ➤ – davolanib ketish maqsadida XT olayotgan ≥65 yoshli bemor; <ul style="list-style-type: none"> ➤ - sitostatik dozadini kamaytirish salbiy umr ta'sir qilishi mumkin hollarda optimal davolash intensivligini ta'minlash uchun.. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ XTning keyingi kursida hayot uchun xavfli infeksiya ehtimoli; ➤ davolash protokolini o'zgartira olmaslik (sitostatik dozalarni bo'sag'a darajasidan pastga tushirish va XT kurslari orasidagi intervalni oshirish); ➤ XT boshlashga imkon bermaydigan neytropeniya; ➤ davolash rejimini o'zgartirish (interval, doza) samaradorlikning pasayishiga olib kelishi mumkin (ta'sir chastotasi, progressiyasiz vaqt va umumiy yashovchanlik). ➤ NT fonida; bu faqat NT fonida suyak iligi funksiyasini bostirish tufayli bemorning o'limining ehtimoliy va aniq xavfi bilan ko'rsatiladi, bunda BMO'D 3 dan 10 Gr gacha.
<p><i>!!! Ko'krak qafasi KT paytida G-KSF ning birlamchi profilaktikasi ko'rsatilmaydi, chunki u mielosupressiya chastotasi va asoratlari va o'lim xavfini oshiradi.</i></p>	

Anemiyaning koreksiyasi:

Xavfli o'smalardagi anemiya (KXT10 bo'yicha V63) Hb konsentratsiyasining normal

qiymatdan (odatda 120 g/l) pasayishi sifatida aniqlanadi va o'smaning o'zi ham, uni davolash ham bo'lishi mumkin. Engil anemiya-Hb konsentrasiyasining 100 dan 119 g/l gacha pasayishi, o'rtacha anemiya-Hb konsentrasiyasi 80 dan 99 g/l gacha, og'ir anemiya-HB konsentrasiyasi 80 g/l dan past bo'lishidir.

22-jadval. Onkologik bemorlarda anemiyani davolash uchun tavsiya etilgan dorilar

Preparat guruhi	Preparat, tavsiya etilgan doza
Eritropoezni stimullovchi preparatlar	Epoetin alfa 150 ME/kg × xaftasiga 3 marta, t/o 12 000 ME × xaftasiga 3 marta, t/o 40 000 ME × xaftasiga 1 marta, t/o
	Epoetin beta 30 000 ME × xaftasiga 1 marta, t/o
	Epoetin teta 20 000 ME × xaftasiga 1 marta, t/o
	Darbepoetin alfa 2,25 mkg/kg × xaftasiga 1 marta, t/o 500 mkg × 3 xaftada 1 marta, t/o
	Temir preparatlari
Temir preparatlari	Temir [III] gidroksid saxaroza kompleksi 200 mg × xaftasiga 3 marta v/i oqim bilan 7 mg temir/kg, bir martalik dozada 500 mg temir dozasidan ko'p bo'lmagan, v/i, 3,5 soatdan kam bo'lmagan infuziya
	Temir karboksimaltozat 200 mg temir × xaftasiga 3 marta v/i oqim bilan 20 mg maksimal temir/kg, bir marta 1000 mgdan ko'p bo'lmagan dozada, v/i tomchilab 15 minutdan kam bo'lmagan.
	Temir [III] gidroksid dekstran 100–200 mg × xaftasiga 2-3 marta v/i oqim bilan 20 mg/kg temir v/i infuziya 4–6 soat
Vitaminlar	Siankobalamin (Vitamin V12) 0,5 mg/ml – 1,0 ml, t/o kunora
	Foliy kislota 2 mg/sut. ichishga

Karnovskiy indeksi/ ECOG-JSST bo'yicha bemor ahvoli og'irligini baholash shkalasi

Original nomlanishi: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health A'zoization Performance Status (ECOG/WHO PS)

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt): <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

Tip: baholash shkalasi

Qo'llanilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi:

Ball	Batavsil
0	Bemor to'liq faol, hamma narsani bemorligidan avvalgidek bajara oladi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 90-100%)
1	Bemor og'ir ishlarni bajara olmaydi, ammo engil, o'ririb qilinuvchi ishlarni bajara oladi (masalan, engil uy va kansellyariy ishlarini, Karnovskiy shkalasi bo'yicha 70-80 %)
2	Bemor ambulator davolanadi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata oladi, lekin ishlay olmaydi. 50% dan ortiq vaqtini tik oyoqda, vertikal holatda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 50-60 %)
3	Bemor faqatgina chegaralangan o'z-o'ziga xizmat qila oladi, uyg'oq vaqtining 50% dan ortig'ini kresloda yoki yotiqda o'tkazadi (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 30-40 %)
4	Nogiron, o'z-o'ziga xizmat qilishga umuman layoqatsiz, kreslo yoki yotoqqa butunlay mixlanib qolgan (Karnovskiy shkalasi bo'yicha 10-20 %)

Karnovskiy shkalasi

Original nomlanishi (agar bo'lsa): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

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.

Tip: baholash shkalasi.

Buyurilishi: o'zi to'g'risida qayg'urish, kundalik faollik va jismoniy qobiliyatlari (yurish, ishlash va boshq.) nuqtai nazaridan bemor faoliyati darajasini baholash.

Tarkibi (shablon):

Karnovskiy shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

90— Me'yoriy faoliyat yuritadi, kasallikning sezilarsiz simptom va belgilari mavjud.

80— Zo'riqish bilan normal faoliyat, kasallikning biroz simptom va belgilari mavjud.

70— O'ziga mustaqil xizmat qiladi, lekin normal faoliyatga yoki faol mehnatga layoqatsiz.

60— Ba'zan u yordamga muhtoj, lekin u ehtiyojlarining ko'p qismini o'zi qondira oladi.

50— Kuchli yordam va tibbiy xizmat ko'rsatishgaa muhtoj.

40— Nogiron, maxsus yordamga, shu jumladan tibbiy yordamga muhtoj.

30— Og'ir nogironlik, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi, garchi o'lim kutilmayotgan bo'lsa ham.

20 — Og'ir bemor. Faol davolanish va kasalxonaga yotqizishga muhtoj.

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

9. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

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).

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.