

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" _iyundagi
180-sonli buyrug‘iga
Ilova

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

**"BACHADON BO‘YNI 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

"BACHADON BO'YNI SARATONI " NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

Mundarija

BACHADON BO‘YNI SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	5
BACHADON BO‘YNI SARATONI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	46
BACHADON BO‘YNI SARATONINING TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	60
BACHADON BO‘YNI SARATONI UCHUN PALLIATIV YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	78

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

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. Bachadon bo‘yni saratoni bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma’lumotlarga muvofiq bachadon bo‘yni 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.

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

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi

Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1297>

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari

Yuklab olish (XKT-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947>

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

2025/2030 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 CHIQISHDA 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. Jurayev 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 Anarbayevich – 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 kafedrasi mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo'yin o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
10. Abdukarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muhamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM 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 yetakchi mutaxassisi;
4. Nekova Gulshan Orziyevna – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;
5. Saydaxmedova Viloyat Amirdinovna - RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;

- Retsenzentlar:

Respublikadan:

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

Horiждан:

Denish Pendxarkar – professor, Hindiston onkologlari Assotsiatsiyasi prezidenti, Sarvadoya instituti direktori, Faridobod, Hindiston;

- 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;

Horiждан:

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 milliy klinik protokol va standart Sog‘liqni saqlash vazirining o‘rinbosari Sharipov F.R., Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Almardonov Sh.K., Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Nurimova Sh.R., bosh

mutaxassis Jumaeva G.T. va bo‘lim etakchi mutaxassisi Rahimova N.F. rahbarligi ostida ishlab chiqilgan.

Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma (sana, №raqam).

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

YUQT	– Yurak-qon tomir tizimi
FEGDS	– fibroezofagogastroduodenoskopiya
EGS	– ezofagogastroskopiya
EKG	– elektrokardiografiya
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – xavfli o‘sma kasalliklari bosqichlarining xalqaro tasnifi
JSST	– Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti
ECOG	– (ingl. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 balli tizim bo‘yicha davolanishdan oldin, davolanish paytida va undan keyin onkologik bemorning umumiy holatini baholash shkalasi (onkologik kasalliklarni o‘rganish uchun Sharqiy Qo‘shma guruh tomonidan tavsiya etilgan).
RW	– Vasserman reaksiyasi
ALT	– Alaninaminotransferaza
AST	– Aspartataminotransferaza
OIV	– Odam immuntanqisligi virusi
Gr	– Grey
HO‘	– Xavfli o‘sma
IGX	– Immunogistoximik (tekshirish)
KSF	– Koloniyestimullovchi faktorlar (omillar)
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	– Polimeraz zanjir reaksiyasi
PET	– Pozitron-emission tomografiya

BMO'D	– Bir martalik o'choqli doza
PR	– Progesteron retseptorlari
ER	– Estrogen retseptorlari
QLT	– Qo'riqchi limfa tuguni (tugunlari)
SO'D	– Summar o'choqli doza
UTDG	– Ultratovush dopplerografiya
v/i	– Vena ichiga
i/p	– Intraperitoneal
AFP	– Alfa-fetoprotein
IGX	– immunogistoximiya
KT	– kompyuter tomografiya
LDG	– laktatdigidroginaza
DV	– Dori vositasi
MNN	– Xalqaro patentlanmagan nomi
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
PXT	– poliximioterapiya
NAPXT	– neoad'yuvant poliximioterapiya
BBS	– Bachadon bo'yni saratoni
UTT	– Ultratovush tekshiruvi
DD	– Dalillar darajasi
GOG	– Ginekolog onkologlar guruhi (ginekologik saratonni o'rganish kooperirlangan guruhi, AQSH)
FIGO	– Xalqaro ginekologlar va akusherlar Federatsiyasi
CIN	– Servikal intraepitelial neoplaziya
ПАП	– Papanikolau bo'yicha surtma
VAIN	– Qin intraepitelial neoplaziyasi

- Mazkur nozologiya bo'yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Onkoginekologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;

- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrilar, ordinator va aspirantlar.
- **Mazkur nozologiya bo'yicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.**
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi Chkalasi:**

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

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida o'tkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan 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,
4	Taqqoslab bo'lmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki
5	qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.

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

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

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regionar farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosis ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Sabablari

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi

infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag'batlantirishi mumkin.

Bachadon bo'ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug'ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo'yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo'ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo'lgan ayollarda bu jarayon tezroq o'tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug'ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo'lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo'yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo'yni saratonini bilan og'rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo'yni saratonidan o'limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo'yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo'yni saratonini bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10% ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

O'zbekiston Respublikasidagi holat

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o'rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23,1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak

bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o‘limning 12,7% ini tashkil qiladi.

- BBSning klinik tasnifi [7]

BBS tashxisi faqat gistologik tekshiruv natijalari asosida belgilanadi.

Bachadon bo‘yni saratoni bosqichini aniqlash uchun har qanday vizualizatsiya usullari va/yoki morfologik tekshiruv ma’lumotlaridan foydalanish mumkin. Bachadon bo‘yni saratonining bosqichi usulni tanlash va davolash rejasini tuzish uchun zarur bo‘lgan maxsus terapiya boshlanishidan oldin belgilanadi. Bachadon bo‘yni saratoni bosqichi maxsus davolash boshlanganidan keyin o‘zgarmaydi. Bosqichni aniq belgilashda qiyinchiliklar mavjud bo‘lgan hollarda, avvalgirog‘ini tanlash kerak bo‘ladi. Jarrohlik davosi olayotgan bemorlarda morfologik topilmalarni alohida qayd etish kerak. Buning uchun TNM nomenklaturasi mos keladi (TNMdan oldingi harf qisqartmasi qaysi ma’lumotlar asosida birlamchi o‘sma (T), limfa tugunlari (N) va uzoq metastazlar (M) holati aniqlanganligini ko‘rsatishi kerak: klinik ma’lumotlar (cTNM), nur tekshiruvi usullari ma’lumotlari (rTNM), operatsiyadan keyingi morfologik ekspertiza ma’lumotlar (pTNM).

Bosqichini aniqlash FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 y.da yangilangan) tasnifi asosida belgilanadi (1-jadval).

1-jadval. BBSni bosqichlar bo‘yicha tasniflanishi (FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 yilda yangilangan) bo‘yicha tasnifi).

TNM	FIGO	
TX	Birlamchi o‘smanni baholash uchun yetarli ma’lumotlar yo‘q	
T0	Birlamchi o‘sma aniqlanmaydi	
Tis	- ¹	in situ saraton, preinvaziv saraton (ushbu holatlar BBS bilan kasallanish statistikasiga kiritilmagan)
T1	I bosqich	O‘sma bachadon bo‘yni bilan chegaralanadi (bachadon tanasiga tarqalishi hisobga olinmaydi)
T1a	IA	Faqat mikroskopik tashxislanuvchi invaziv karsinoma, eng ko‘p invaziya chuqurligi ≤ 5 mm ^{2,3}
T1a1	IA1	Stromal invaziya ≤ 3 mm
T1a2	IA2	Stromal invaziya > 3 mm, lekin ≤ 5 mm
T1b	IB	Invaziv karsinoma, invazii chuqurligi > 5 mm (IA bosqichidan katta), o‘sma bachadon bo‘yni bilan chegaralangan

T1b1	IB1	Invaziv karsinoma, invaziya chuqurligi > 5 mm va o'sma kesimi eng katta o'lchamda ≤ 2 sm	
T1b2	IB2	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 2 sm, lekin ≤ 4 sm	
T1b3	IB3	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 4 sm	
T2	II bosqich ⁴	Bachadondan tashqariga tarqalgan o'sma, tos devorlariga o'tmagan va qinning pastki uchdan birini zararlamagan	
T2a	IIA	O'sma qinning yuqori uchdan ikki qismini zararlaydi, parametriyni shikastlamasdan	
T2a1	IIA1	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami ≤ 4 sm	
T2a2	IIA2	Invaziv karsinoma eng katta o'lchami > 4 sm	
T2b	IIB	Parametriyni shikastlash bilan, ammo tos devorlariga tarqalmagan	
T3	III bosqich	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi va /yoki tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi kuzatiladi ⁵	
T3a	IIIA	O'sma qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi, ammo tos devoriga tarqalmaydi	
T3b	IIIB	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi hisoblanadi	
	IIIC	Birlamchi o'smaning kattaligi va tarqalishidan qat'i nazar, tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi (T1–T3) (r va p indekslarining belgilanishi bilan) ⁵	
	IIIC1	Faqat tos limfa tugunlarining zararlanishi	
	IIIC2	Faqat paraaortal limfa tugunlarining zararlanishi	
	IV bosqich	Tos suyagidan tashqariga tarqalgan yoki qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga o'sib o'tgan o'sma (bullyoz shish o'smani IV bosqich deb tasniflashga imkon bermaydi)	
T4	IVA	Qovuq yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tish ⁶	
M1	IVB	Uzoq metastazlar ⁷	
Regionar limfa tugunlarining holati		Uzoq metastazlar	
NX	Baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas	M0	Uzoq metastazlar mavjud emas
N0	Regionar limfa tugunlarining zararlanish belgilari yo'q	M1 7	Uzoq metastazlar mavjud

N1 ⁸	Tos limfa tugunlarida metastazlar
N2 ⁸	Paraaortal limfa tugunlarida metastazlar (tos limfa tugunlarida metastazlar bilan birga yoki ularsiz)

¹ FIGO tasnifida 0 (Tis) bosqich qoʻllanilmaydi.

² Oʻsma oʻlchami va uning tarqalganligi haqidagi klinik maʼlumotlarga qoʻshimcha qilishning barcha bosqichlarida vizualizatsiya usullari va gistologik tekshiruvdan foydalanish mumkin

³ IA bosqichda oʻsmaning gorizontol tarqalishi endi hisobga olinmaydi. Invaziya chuqurligi oʻsma yuzaki epiteliydan yoki bezdan kelib chiqqanligidan qatʼi nazar, bazal membranadan aniqlanadi. Qon yoki limfa tomirlarida oʻsma emboliyasini aniqlash bosqichni oʻzgartirmaydi, ammo gistologik tekshiruv xulosasida aks ettirilishi kerak, chunki bu davolash taktikasiga taʼsir qilishi mumkin

⁴ Parametriy zararlangan III bosqichda parametriyga infiltratsiya tugun shakliga ega boʻlganda va tos devoriga yetib borganida tashxis qilinadi. Boshqa hollarda IIB bosqich deya belgilanadi. Shuni taʼkidlash kerakki, ginekologik tekshiruv paytida infiltratning tabiatini (yalligʻlanish yoki oʻsma) baholash mumkin emas.

⁵ "r" (vizualizatsiya usullari) va "r" (gistologik tekshiruv) indekslarini qoʻshish IIS bosqichi qoʻyilgan usulni aniqlashtirish uchun zarur. Misol uchun, agar tos limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi vizualizatsiya usullari bilan aniqlansa, bosqich IIIC1r boʻladi, tos limfa tugunlari shikastlanishi gistologik tasdiqlangan boʻlsa — IIS1p boʻladi. Vizualizatsiya usuli yoki gistologik tekshirish usuli xulosada tavsiflanishi kerak. Agar bosqichni aniq baholash qiyin boʻlsa, avvalroqdagisi qoʻyiladi.

⁶ Qovuq yoki toʻgʻri ichakning shilliq qavatiga invaziya biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi kerak.

⁷ Shu jumladan, chov limfa tugunlari, shuningdek qorin pardaga metastazlar. Kichik chanoq aʼzolarining seroz qavatlari bundan mustasno. Qindagi, kichik chanoq aʼzolari va ortiqlar seroz qavati metastazlari bendan mustasno.

⁸ Limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 0,2 mm, lekin 2 mm dan kam boʻlganda "mi" qoʻshimchasi qoʻshiladi; limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 2 mm boʻlganda "ma" qoʻshimchasi qoʻshiladi; BSLU da metastaz aniqlansa, "sn" qoʻshimchasi qoʻshiladi.

Bachadon boʻyni saratonidagi regionar limfa tugunlari tashqi, ichki, umumiy yonbosh, paraaortal, yopqich, sakral va bel limfa tugunlari hisoblanadi.

Invaziv bachadon boʻyni saratoni bilan ogʻrigan bemorlarning 70-80% da yassi hujayrali saraton, 10-20% da — adenokarsinoma va 10% da — past differensiallashgan saraton tashxisi qoʻyiladi. Bachadon boʻyni xavfli oʻsmalarining boshqa gistologik turlari

1% dan oshmaydi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining morfologik tasnifi 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarini morfologik tasnifi (BJSST, 2020 y.).

YASSI EPITELIY O‘SMALARI

- yassi hujayrali intraepitelial zararlanish (yassi epiteliyning zararlanishi (SIL)):
 - yassi epiteliyning yengil zararlanishi (LSIL)
 - yassi epiteliyning og‘ir zararlanishi (HSIL)
- OPV assotsiirlangan yassi hujayrali saraton
- OPV assotsiirlanmagan yassi hujayrali saraton
- Nospetsifik tipdagi yassi hujayrali saraton

BEZLI EPITELIY O‘SMALARI

- Adenokarsinoma in situ
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlanmagan
- Adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan me‘da tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan yorug‘ hujayrali tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan mezonefroid tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan nospetsifik tipi
- Endometrioid adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Karsinosarkoma nospetsifik tipi
- Bezli-yassi hujayrali karsinoma
- Mukoepidermoid karsinoma
- Adenoid bazal karsinoma
- Differensiallashmagan karsinoma nospetsifik tipi

ARALASH EPITELIAL VA MEZENXIMAL O‘SMALAR

<ul style="list-style-type: none"> • Adenosarkoma
<p>GERMINOGEN O‘SMALAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Germinogen o‘smalar nospetsifik tipi <ul style="list-style-type: none"> – yetilgan teratoma nospetsifik tipi – sariqlik xaltasi o‘smasi nospetsifik tipdagi – endodermal sinus o‘smasi – xoriokarsinoma – dermoid kista nospetsifik tipi
<p>NEYROENDOKRIN O‘SMALAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neyroendokrin karsinomalar <ul style="list-style-type: none"> – mayda hujayrali neyroendokrin karsinoma – yirik hujayrali neyroendokrin karsinoma • Aralash neyroendokrin neyroendokrin bo‘lmagan o‘smalar • Aralash adenokarsinoma neyroendokrin karsinoma bilan

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

Tashxislash mezonlari:

- Shikoyatlari va anamnez:

- Jinsiy yo‘llardan atsiklik qonli, suvli, yiringsimon ajralmalar kelishiga;
- Qorin pastki qismi va beldagi tortuvchi og‘riqqa;
- Menopauza fonida qon kelishiga.

Anamnez:

- Bachadon bo‘yni karsinoma uchun patognomonik shikoyatlar yo‘q. Qoida tariqasida, kasallik 1 yildan 5 yilgacha yoki undan ko‘proq davom etishi mumkin bo‘lgan aniq preinvaziv bosqichga ega. Mikroinvaziv bachadon bo‘yni karsinomasi ko‘pincha tasodifiy murojat qilinganda topiladi. Ib1- Ila2 bosqichida bachadon bo‘yni saratoni tashxisi qo‘yilgan ayollarni ginekolog murojatlarining sababi jinsiy yo‘llardan qon ketish hisoblanadi. Keyingi kechiroq bosqichlarda (Iib-IVa) bel sohasida, qorinning pastki qismida og‘riq shikoyatlari qo‘shiladi.

- Fizikal tekshiruvlar [1, 3]:

Ginekologik ko‘rik:

- Tashqi jinsiy a‘zolarining holati;
- ko‘zgularda qin va bachadon bo‘yni tekshiruvi (qin infiltratsiyasi, qin devorlarida metastatik o‘choqlar mavjudligi, hajmi, bachadon bo‘yni holati);
- patologik (yiringli, qonli) ajralmalarning mavjudligi.

Bimanual ko‘rik:

- bachadon o‘lchami va shakli;
- ortiqlarining holati;
- parametriyda infiltratlar;
- oldingi va orqa qin gumbazining infiltratsiyasi.

Laborator tekshiruvlar:

- sitologik tekshiruvlar – PAP test (hujayra hajmining gigantgacha o‘sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o‘zgarishi, yadro hajmining oshishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining turli darajadagi yetukligi, yadrochalar soni va shaklining o‘zgarishi);
- gistologik tekshiruv (kuchli hujayra polimorfizmi, hujayra o‘lchamlarining kattalashishi, kuchli gipoxromiya, katta yadrolarda bir yoki bir nechta yadrochalar mavjud, rozetka shaklida saraton hujayralarining bezli tuzilmalari, mitoz holatidagi ko‘plab hujayralar mavjud);

Instrumental tekshiruvlar:

- kichik chanoq a‘zolari UTTsi (agar bachadon bo‘yni saratoniga shubha qilingan bo‘lsa, bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- kichik chanoq a‘zolarining magnit-rezonans tomografiyasi (BBSda bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- ko‘krak qafasi, qorin bshlig‘i va kichik chanoq a‘zolari kompyuter tomografiyasi (kichik chanoq va qorin parda orti soha limfa tugunlarini, ko‘krak va qorin bo‘shlig‘i organlaridagi organik o‘zgarishlarni baholash);
- ko‘rsatmalarga ko‘ra sistoskopiya (o‘sma jarayonining qovuqqa o‘sib o‘tishini tashhishlash maqsadida) qovuqqa o‘sib o‘tishga gumon bo‘lganda buyuriladi.

- ko'rsatmalarga ko'ra rektoromanoskopiya yoki kolonoskopiya (o'sma jarayonining yo'g'on yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida);
- skeletni ssintigrafiyasi (suyaklarga metastazlar bo'lganda buyuriladi);
- butun tana PEK/KTsi (birlamchi endometriy saratonida yoki kasallikning progressiyalanishida o'sma jarayonining tarqalishini aniqlash yoki maxsus davolash samaradorligi dinamikasini baholash uchun amalga oshiriladi).
- O'sma materialida PD L1 va MSI ni aniqlash (birlamchi radikal davolanishdan keyin kasallik progressiyalanganda yoki terapiyani boshlashdan oldin birlamchi tarqalgan jarayon mavjud bo'lganda).

Jarrohlik yo'li bilan olib tashlangan o'sma preparatining gistologik tekshiruvi quyidagi parametrlarni aks ettirishi kerak:

1. O'smaning gistologik tipi;
2. O'smaning differentsiatsiya darajasi;
3. O'smaning o'lchamlari (uch o'lchami);
4. O'sma invaziyasi chuqurligi;
5. O'smaning eng ko'p invaziyalangan joyida bachadon bo'ynining qalinligi;
6. Qon yoki limfa tovirlarida o'sma embolarining mavjudligi/mavjud emasligi;
7. Qinni rezeksiya qirg'oqlarida, parametriyda, bachadon bo'ynining rezeksiya qirg'oqlarida o'sma (konizatsiya/amputatsiya yoki traxelektomiya bajarilganda); rezeksiya qirg'og'i yaqin bo'lganda, rezeksiya qirg'og'idan o'smagacha bo'lgan masofa ko'rsatiladi;
8. O'smaning qinga o'tishi;
9. Parametriyning o'ngdan, chapdan o'sma bilan zararlanishi;
10. o'ng va chap parametriydan olib tashlangan va zararlangan limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/makrometastazlar);
11. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan tos limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar);
12. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan bel limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar); o'smaning bachadon tanasiga o'tishi;
13. tuxumdonlarining metastatik zararlanishi;

14. o'smaning qovuq, to'g'ri ichak devoriga o'sib o'tishi (ekzenteratsiya yoki qo'shni a'zolar rezeksiyasi bajarilganda);
15. operatsiyadan oldingi terapiya bajarilgan holatlarda, birlamchi o'sma va limfa tugunlari metastazlarining terapevtik patomorfoz darajasi, terapevtik patomorfoz darajasi baholanadigan tasnifga asosan baholanadi

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlil (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 filtratsiyasi 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 va rektovaginal tekshiruv;
13. Kolposkopiya, bachadon bo'ynidagi barcha shubhali sohalardan biopsiya, zarurat bo'lsa — bachadon bo'yni konizatsiyasi;
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 v/i kontrastlash bilan magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Bioptatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
18. Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
19. Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano bioptatni)
20. Sistoskopiya
21. Rektoromanoskopiya;
22. Ekskretor urografiya, renografiya;

- 23.EKG;
- 24.ExoKG;
- 25.Butun tana PET/KTsi**;
- 26.Kontrastlash bilan MSKT ***;

- 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 molekular-genetik tekshirish;
- 8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
- 9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
- 13.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
- 14.Miyelogramma;
- 15.Periferik qon IFTsi;
- 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 17.Standart –sitogenetik tekshirish;
- 18.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 20.Ortopantomogramma;
- 21.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- 22.FGDS;
- 23.Bronxoskopiya;
- 24.Kolonoskopiya;
- 25.Qorin bo‘shlig‘i a’zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;

26. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
27. Spirografiya;
28. Bosh miya MRTsi;
29. Skelet suyaklarini rentgenografiyasi yoki ssintigrafiyasi (suyaklarni metastatik shikastlanishiga gumon bo'lganda);
30. Plevra bo'shliqlari, periferik limfa tugunlari, qalqonsimon bez UTTsi;
31. Holter – monitorlash bilan EKG.

* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

*** PET/KT o'tkazish mumkin bo'lmagan hollarda.

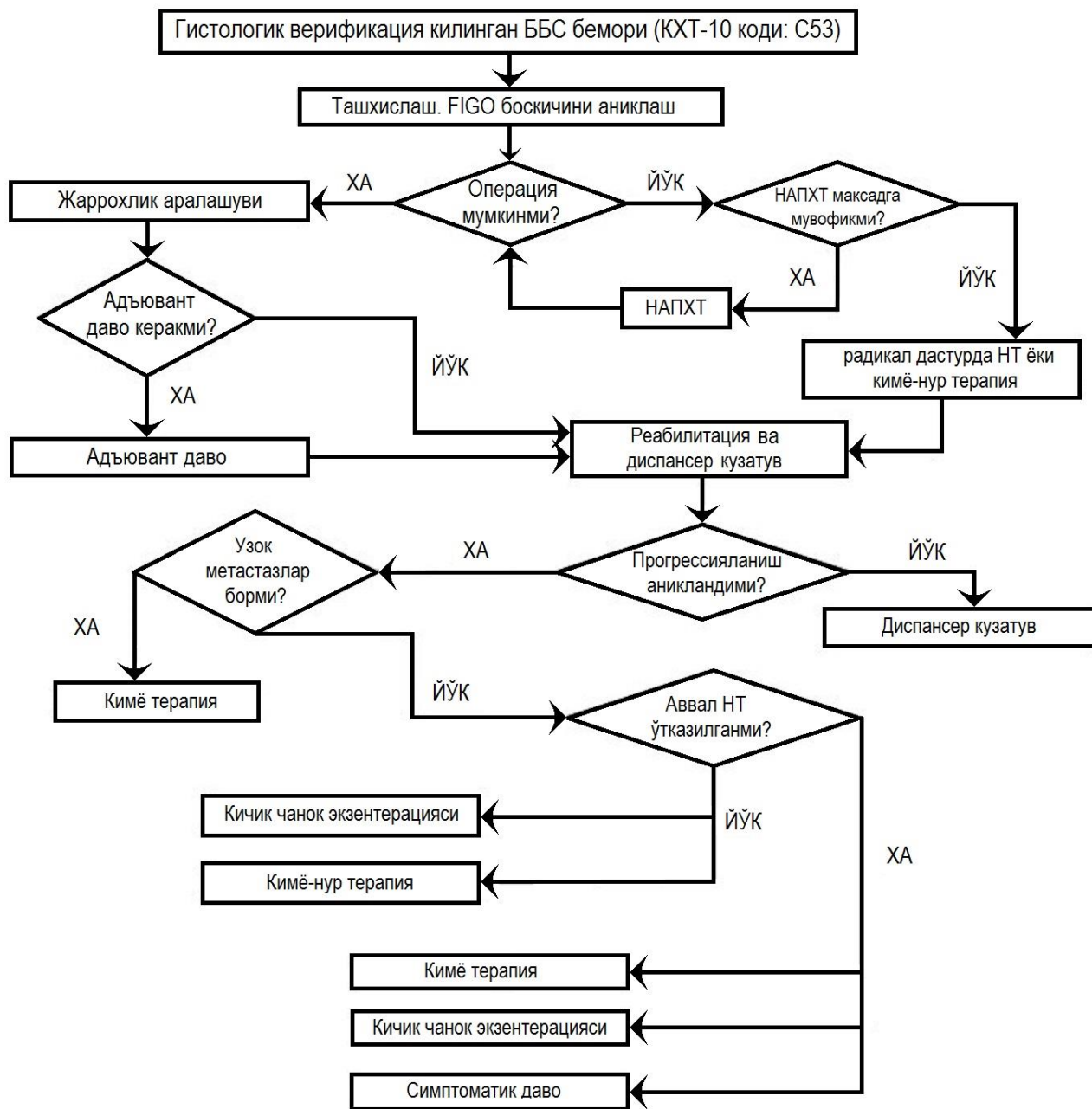
- Tor mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **Mammolog ko'rigi** (ko'krak bezi tomonidan patologiya bo'lganda);
- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YUQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Abdominal onkolog 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 kontratseptiv 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:



- Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash [3, 4].

3-jadval. Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash

Tashxis	Qiyosiy tashxis	tekshirish	Tashxisni inkor
---------	-----------------	------------	-----------------

	uchun asoslash		qilish mezonlari
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. «Transformatsiya sohasi» ektopiya sohasidagi metaplaziyalangan va yetilmagan 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.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi [10]: 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:

- Verifikatsiya qilingan bachadon bo‘yni saratoni;
- Kurabel bemorlar.

2) Шошилинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni shoshilinch va kechiktirib bo‘lmaydigan turlarini talab qiladigan saraton kasalligining asoratlari mavjudligi;
- onkologik kasalliklarni davolash (jarrohlik aralashuvi, NT, dori terapiya si va boshqalar) ning asoratlari mavjudligi.

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

1) Davolashdan maqsad:

- xavfli o‘smanni a‘zo bilan to‘liq yoki qisman olib tashlash;
- o‘sma jarayonining to‘liq yoki qisman regressiyasi, stabilizatsiyasiga erishish.

Bachadon bo‘yni saratonini davolash usullarini tanlash ko‘plab omillarga, shu jumladan o‘smaning o‘lchamlariga, boshqa a‘zo, to‘qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog‘liq.

Bemorda hamroh kasalliklarning (og‘ir yurak, o‘pka, buyrak kasalliklari) mavjudligi muhim omil hisoblanadi.

Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun jarrohlik davolash va/yoki kimyo terapiya dan iborat bo‘lgan individual reja ishlab chiqiladi.

4-jadval. Bosqichlar bo‘yicha davolash taktikasi [11,12]

Bosqich	Davo turi
CIN III	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA1	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA2	Total gisterektomiya ortiqlar bilan/ortiqsiz +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha II tip) /traxeletomiya+tos limfodisseksiyasi/ Jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lganda – nur terapiyasi
IB1	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha III tip) yosh ayollarda tuxumdonlar transpozitsiyasi bilan / radikal dastur bo‘yicha NT yoki XNT. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad‘yuvant XNT.

	Oraliq xavf guruhida – ad'yuvant NT. Past xavf guruhida – ad'yuvant davu o'tkazilmaydi
IB2- IIA	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (III tipda) yosh ayollardan tuxumdonlar troanspozitsiyasi bilan / radikal dastur bo'yicha XNT / neoad'yuvant XT+ Radikal gisterektomiya III tipda. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad'yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad'yuvant NT. Past xavf guruhida – ad'yuvant davu o'tkazilmaydi
IIB-IVA	Ximionur terapiya
IVA	Tizimli XT

Bosqichlarga qarab davu

Mikroinvaziv saraton:

- IA1 yoki IA2 bosqichidagi bachadon bo'yni saratoni tashxisi, faqat rezeksiya qirralari manfiy bo'lgan bachadon bo'yni konusining morfologik tekshiruvda yoki traxelektomiya yoki gisterektomiyadan keyin olib tashlangan makropreparat asosida qo'yiladi. Bachadon bo'yni konizatsiyasidan keyin qirralarda CIN III yoki invaziv saraton aniqlangan taqdirda, kasallikning IB1 bosqichidagi kabi bemorni takroriy konizatsiya qilish yoki davolash kerak.

IA1 bosqich (invaziya ≤ 3 mm; gorizonta tarqalish inobatga olinmaydi):

- BBSni ushbu bosqichdagi asosiy davolash usuli total abdominal yoki qin gisterektomiyasi hisoblanadi.

- Qin intraepitelial neoplaziya mavjud bo'lganda, qin naychasining tegishli qismini olib tashlash kerak. Agar fertillikni saqlab qolish zarur bo'lsa, bachadon bo'yni keng konizatsiya qilinganidan keyin, agar Pap testi o'tkazilsa, rezeksiya qirralari manfiy natijasi bo'lsa kuzatuv o'tkazilishi mumkin. Pap testi 6, 12 oy ichida va undan keyin har yili o'tkaziladi, agar oldingi ikkita test salbiy bo'lsa (DD –B) [4,7].

- Limfa yoriqlarida emboliya bo'lmaganda BBS IA1 bosqichida jarrohlik aralashuvning yetarli hajmi - bachadon bo'yni kanalining qolgan qismini va ko'rsatmalarga ko'ra bachadon bo'shlig'ini qirib olish bilan bachadon bo'yni konizatsiyasi hisoblanadi. Rezeksiya qirrasida va bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirindida o'sma bo'lmasa, bachadonni ekstirpatsiya qilish maqsadga muvofiq emas, chunki bu davolash natijalarini yaxshilamaydi.

- Agar bachadon bo'yni rezeksiyasining chekkalarida yoki bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan olingan qirindida displazi (CIN III) yoki saraton hujayralari topilsa, takroriy konizatsiya qilish kerak. Agar konizatsiya qilishning iloji bo'lmasa,

davolash IB1 bosqichdagi kabi amalga oshiriladi.

- Limfovaskulyar invaziya mavjud bo'lganda va tug'ish funksiyasini saqlab qolish zarurati bo'lmasa, bachadonni I tipdagi jarrohlik yo'li bilan ekstirpatsiya qilish yoki o'zgartirilgan bachadon ekstirpatsiyasi (II turdagi jarrohlik va tos limfa dissektsiyasi (ehtimol BSLU) ko'rsatma bo'ladi. Yosh bemorlarda (45 yoshgacha) bachadonni olib tashlashda ularning transpozitsiyasini amalga oshirish orqali tuxumdonlarning funksiyasini saqlab qolish mumkin.

- Limfovaskulyar invaziya mavjud bo'lganda va bola tug'ish funksiyasini saqlab qolish zarur bo'lganda, bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirindi olish yoki traxelektomiya (I yoki II turdagi jarrohlik) va tos limfa dissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan) bilan bachadon bo'yni konizatsiyasi ko'rsatma bo'ladi.

IA2 bosqich (invaziya > 3 mm va ≤ 5 mm, gorizontal tarqalish inobatga olinmaydi)

- IA2 bosqich kasalligi bo'lgan bemorlarda limfogen metastazlanish uchun ma'lum bir potentsial mavjud va shuning uchun jarrohlik davolash paytida tos limfadenektomiyasini o'tkazish kerak. Ushbu klinik holatlar uchun yetarli operatsiya ikki tomonlama tos limfadenektomiyasi bilan to'ldirilgan o'zgartirilgan radikal gisterektomiya (2-tipdagi amaliyot) hisoblanadi. Dastlabki biopsiya ma'lumotlariga ko'ra limfovaskulyar invaziya bo'lmasa, tos limfadenektomiyasi bilan ekstrafastsial ekstirpatsiya (1-turdagi jarrohlik) bajarilishi mumkin [11] (DD-C).

- Asosiy jarrohlik kirish yo'li laparotomiya hisoblanadi. Agar bemor laparoskopik kirishni talab qilsa, laparoskopik kirish bilan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasini amalga oshirishda unga uzoq muddatli onkologik davolash natijalarining yomonlashishi xavfi haqida ogohlantirish kerak.

Fertillikni saqlab qolish istagi bo'lganda, quyidagilar extimoliy davolash variantlari hisoblanadi:

- bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi, qo'shimcha ekstraperitoneal yoki laparoskopik tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan;
- radikal traxelektomiya, tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan.

- Modifikatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi (II/V tipdagi jarrohlik amaliyoti va tos limfadiissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan)) ko'rsatilgan. Yoshlarda (45 yoshgacha) tuxumdonlarning transpozitsiyasini bajarish orqali ularning funksiyasini saqlab qolish mumkin.

- Limfovaskulyar invaziyadan qat'i nazar va tos limfa tugunlarida metastazlar bo'lmasa, fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarga kengaytirilgan traxelektomiya (II/V tipi) taklif qilinishi mumkin.

- Fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarda bachadon bo‘yni amputatsiyasi, bachadon bo‘yni kanalining qolgan qismini qirib olish (rezektsiya chetida va bachadon bo‘yni kanalining qolgan qismidan olingan qirindida o‘sma yo‘qligi) va tos limfadiisseksiyasi (ehtimol BSLU bilan) miqdorida ultrakonservativ davolashni amalga oshirish mumkin.

- Reproduktiv funktsiyani saqlab qolishni istamaydigan bemorlarda limfovaskulyar invaziya bo‘lmasa, bachadonni ekstirpatsiya qilish (I/A tipdagi jarrohlik va tos limfadiisseksiyasi (ehtimol BSLU bilan)) miqdorida ultrakonservativ davolashni amalga oshirish mumkin.

- jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda yoki bemor istagiga ko‘ra NT o‘tkazilishi mumkin.

- Ushbu ugurh bemorlarini kuzatuvi, eng avvalo, har 6 va 12 oyda o‘tkazilgan ikkita manfiy testdan so‘ng, har yillik Pap-testga asoslangan.

IB1-IIA1 bosqich

Jarrohlik davosi.

- BBSning standart jarrohlik davosi tos limfadiisseksiyasi bilan birgalikda radikal abdominal gisterektomiya hisoblanadi. Jarrohlik davosini faqat abdominal kirish bilan bajarish zarur.

Bosqichlar bo‘yicha nur terapiyasi: [6,8,9]

IB2-IIIC bosqich.

Konkurent kimyo-nur terapiya: davolashning eng keng tarqalgan usuli – platina preparatlari bilan har haftalik konkurent kim terapiya bilan birgalikda qo‘shma nur terapiyadir.

- nur terapiyaning tavsiya etilgan dozasi A nuqtaga 85 – 90 Grey, B nuqtaga 55 – 60 Grey. Sisplatin 40 mg/m² dozada, har hafta, nur terapiyaning distantsion komponenti fonida. Paraaortal va umumiy yonbosh limfa tugunlariga metastazli bemorlarda nurlanish maydonini paraaortal sohalargacha kengaytirish zarur. Hozirgi kunda nurlanish maydonini kengaytirish bilan konkurent kimyo-nur terapiyaning toksikligi haqidagi ma'lumotlar kam (DD –A).

- Mahalliy tarqalgan bachadon bo‘yni saratoni (kasallikning IIB,III va IVA bosqichlarini o‘z ichiga oladi).

- Standart nur terapiyaning konkurent kimyo terapiya bilan birga qo‘llanilishi standart davolash usuli hisoblanadi (DD – A). BBSning I bosqichida ae'yuvant nur/kimyo-nur terapiyaning buyurilishi masalasi, printsipial jihatdan yirik patolog

jarrohlik tadqiqoti asosida ishlab chiqilgan GOG shkalasi asosida hal qilinadi.

5-jadval. GOGning ball shkalasi

Belgi	Ko'rsatkich	Nisbiy havf
Stromaga invaziya chuqurligi, mm da		
Yuzaki	3	1.0
	4	3.0
	5	7.2
	6	14
	7	21
	8	26
	10	31
O'rta	5	20
	6	22
	7	23
	8	25
	10	28
	12	32
	14	36
Chuqur	7	28
	8	30
	10	34
	12	37
	14	41
	16	45
	18	49
	20	54
O'smaning klinik o'lchami	ko'rinmas	1.0
	1	1.6
	2	1.9
	3	2.4
	4	2.9

	6	4.4
	8	6.6
Limfo-vaskulyar invaziya	Bor	1.7
	Yo‘q	1.0

- Summa ballov GOG ballari summasi invaziya uchun nisbiy havf, o‘smaning o‘lchamlari va limfovaskulyar invaziya ko‘rsatkichlarini ko‘paytirish yo‘li bilan hisoblanadi. Masalan, invaziya chuqurligi 7,0 mm, o‘lchamlari 2,0 sm, LVI si bo‘lgan yuzaki o‘sma, quyidagi ballga ega bo‘ladi: $21 \times 1.9 \times 1.7 = 67.8$

- Ballar soni ≤ 40 bo‘lsa, retsdiv rivojlanishi havfi past bo‘ladi. Shuning uchun ad'yuvant nur terapiya talab etilmaydi. Ballar yig‘indisi 40 dan 120 gacha bo‘lganda, o‘rta havfga, 120 dan yuqori bo‘lganda esa – yuqori ega bo‘ladi. Bunday holatlarda ad'yuvant terapiya masalasini hal qilish kerak bo‘ladi.

IVA bosqich:

- Ayniqsa qovuq yoki rektal oqma mavjud bo‘lganda, birinchi bosqichda, tos a'zolarining ekzenteratsiyasini amalga oshirish mumkin, ammo bu radikal dasturga muvofiq kimyo-nur terapiyaga qarshi ko‘rsatma emas. (DD-C).

IVB bosqich va retsdivlar:

- Birlamchi radikal gisterektomiyadan keyin retsdivlarni davolashning mumkin bo‘lgan usullari: radikal gisterektomiyadan keyin tos bo‘shlig‘idagi retsdivlarni nur terapiyasi bilan ham, jarrohlik yo‘li bilan ham (tos a'zolarining ekzenteratsiyasi) davolash mumkin. Birlamchi jarrohlik davolashdan so‘ng lokal tos a'zolarining retsdivlarini radikal dasturga muvofiq nurlanish (\pm konkurent kimyo terapiya) bemorlarning katta qismida samarali bo‘ladi. Nur terapiyasining dozasi va hajmi kasallikning tarqalishi bilan aniqlanishi kerak. O‘sma o‘lchamlari mikroskopik bo‘lsa odatdagi doza 50 Gr, BMO‘D 1,8 – 2,0 Gr, kamaytirilgan nurlanish maydonlari bilan, katta o‘lchamdagi o‘smalarda esa doza 64 – 66 Grey ni tashkil qiladi.

6-jadval. BBSni jarrohi davosidan so‘ng mahalliy retsdivlar [10,11].

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Nur terapiya radikal gisterektomiyadan keyingi mahalliy retsdivli bemorlarga ko‘rsatilgan	C
Sisplatin qo‘shish bilan va 5-Ftoruratsil bilan/usiz konkurent kimyo-nur terapiya davolash samaradorligini yaxshilaydi	B
Tos ekzenteratsiyasi tos devorlariga tarqalmagan nur va	B

Nur terapiyaning radikal kursidan so'ng mahalliy retsidivlarda:

Markazda lokalizatsiyalangan, qovuq va to'g'ri ichak jalb bo'lgan retsidivli bemorlarda, intraperitoneal disseminatsiya va uzoq metastazlar yo'qligida, bachadon bo'yni va tos devorlari o'rtasida bo'sh joy mavjud bo'lgan bemorlar tos bo'shlig'i ekzenteratsiyasi uchun potentsial nomzodlar hisoblanishadi.

Uzoq metastazlar: Nur terapiyasi simptomatik o'sma metastazlarida palliativ davolash sifatida ko'rsatma bo'ladi, masalan, suyak metastazlari, kattalashgan paraaortal, o'mrov osti limfa tugunlarida yoki og'riqni yo'qotish uchun miya metastazlari uchun.

Kasallikning progressiyalanishida o'sma materialida PDL1 ni aniqlash tavsiya etiladi. O'smada PDL1 ekspressiyasi $> 1\%$ bo'lganda pembrolizumab tanlangan dori hisoblanadi.

BBSning jarrohlik amaliyotidan keyingi topilmalari.

Ushbu topilmalar asosan boshqa ko'rsatkichlarga asosan o'tkazilgan oddiy gisterektomiyadan so'ng tashxis qo'yilgan invaziv BBS holatlariga tegishli. Bunday holatlarda davolanishni boshlashdan oldin, hajm bo'yicha quyidagi qo'shimcha tekshiruv zarur: tos va qorin bo'shlig'i a'zolarining KT yoki MRTsi, jarayonning tarqalishini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasi. Davolash usuli morfologik tekshiruv ma'lumotlari va rentgenologik topilmalar asosida belgilanishi kerak.

Patologik topilmalar mavjud bo'lmasa:

IA1 bosqichda qo'shimcha davo o'tkazilmaydi. IA2 va undan yuqori bosqichlarda quyidagi davo o'tkazish zarur.

a) rezektsiya qirg'oqlari musbat bo'lganda, chuqur stromal invaziyada, limfavaskulyar soha zararlanganda konkurent kimyo-nur terapiya buyuriladi [38].

b) chuqur stromal invaziyasi bo'lmagan, rezektsiya qirg'oqlari manfiy va limfavaskulyar soha zararlanmagan bemorlarda konkurent kimyo-nur terapiyaga alternativa sifatida qinning yuqori uchligi yoki limfadenektomiya bilan radikal parametrektomiya buyuriladi (DD –C).

Homiladorlik vaqtida BBS.

- Homiladorlik davrida bachadon bo'yni saratonini davolash homilador bo'lmagan ayollarda bo'lgani kabi bir xil printsiplarga asoslanadi. Faqat bir nechta maxsus tavsiyalar mavjud. Servikal konizatsiya faqat qon ketish, homiladorlikning tugashi yoki erta tug'ilish xavfi yuqori bo'lganligi sababli sitologik tekshiruv va kolposkopiya ko'ra invaziv o'sishga shubha qilingan taqdirda amalga oshiriladi. Bachadon bo'yni saratoni

bilan kasallangan homilador ayollarni boshqarish taktikasini aniqlashning eng muhim sharti rentgenolog va kimyoterapevtidan tashqari neonatolog va akusher-ginekologni jalb qiladigan multidistsiplinar yondashuvdir.

- Qaror qabul qilishda ayolning o'zi va uning kumr yo'ldoshi qatnashishi zarur va ularni homiladorlikni saqlab qolish istaklari inobatga olinishi kerak.

- Mikroinvaziya BBSga gumon bo'lgan bemorlarda davoni kechiktirish onaga zarar yetkazmaydi va homilaning hayotga layoqatini ishonarlim ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi.

- Kasallikning IA1 bosqichidagi ayollar, konizatsiya qilinganda va rezektsiya qirg'oqlari manfiy bo'lganda, homiladorlikni olib yurishlari mumkin va tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishlari mumkin.

- Mikroinvaziv bachadon bo'yni kartsinomasida tug'riqni hal qilish usuli kasallikning natijasiga ta'sir qilmaydi. IA2 va undan yuqori kasallikning bosqichida davolanish individual ravishda tanlanishi kerak, asosan davolash usuli va uning vaqti to'g'risidagi qaror kasallikning bosqichiga va homiladorlikning davomiyligiga asoslanadi. MRT jarayonning tarqalishini baholash uchun amalga oshiriladi. Agar homiladorlikning 20 xaftaligidan oldin tashxis qo'yilsa, davolanishni darhol boshlash kerak. Tanlash usuli-homila in situ bilan radikal gisterektomiyadir. Kimyo-nur terapiya paytida, qoida tariqasida, homiladorlikni to'xtatish amalga oshirilmaydi, chunki davolanish boshlanganidan keyin o'z-o'zidan tushish sodir bo'ladi.

- Agar homiladorlikning 28 xaftaligidan keyin bachadon bo'yni saratoni aniqlansa, hayotga layoqatli homila olinmaguncha davolanishni kechiktirish tavsiya etiladi. Homiladorlikning 20-28 xaftaligida IA2 va IBI bosqichlarida bachadon bo'yni saratonini davolash onaning prognoziga sezilarli ta'sir ko'rsatmasdan, hayotiy homila olinmaguncha qoldirilishi mumkin. Kasallikning IB1 dan yuqori bosqichida davolanishning kechikishi prognozni sezilarli darajada yomonlashtiradi va bemorlarning yashovchanligiga ta'sir qiladi.

- Shuni ta'kidlash kerakki, davolanishni boshlashni kechiktirish mumkin bo'lgan davrni aniqlash uchun standartlar mavjud emas. Amalda, kechiktirish davri kasallikning bosqichiga, morfologik topilmalarga, homiladorlikning davomiyligiga va ota-onalarning xohishiga bog'liq.

- Tug'ruq gestatsiyaning 34 haftasidan kechikmay amalga oshiriladi.

2) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so'ng birlashtirilgan hududi bo'yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo'lishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

3) nomedikamentoz davvo:

• konservativ davvo paytida bemorning rejimi umumiydir. Operatsiyadan keyingi erta davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operatsiya hajmiga va hamroh patologiyaga qarab). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.

• diyeta stol - №15, xirurgik davvordan so‘ng – №1, qandli diabetli bemorlarga stol №9.

- Psixolog ko‘rigi.

4) medikamentoz davvo

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.

Bir vaqtli kimyo-nur terapiya:

• Sisplatin – 40 mg/m² 60 daqiqali infuziya gidratatsiya bilan 1,8,15,22,29 va 36-kunlarnurlanishdan 4 yoat oldin, har hafta, 5 hafta davomida.

Kimyo terapiya.

kimyo terapiya – bu maxsus dorilar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarining o‘shini yo‘q qilish yoki sekinlashtirishga qaratilgan xavfli o‘smalarni tibbiy usulda davolashdir. kimyo terapiya bilan saratoni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo‘yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. O‘sma kimyo terapiya si sxemalari dorilarning ma'lum kombinatsiyalarini 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 operatsiyadan oldin, nooperabel o‘smanni kichraytirish maqsadida, shuningdek operatsiyadan keyin buyurish uchun preparatlarga sezgirligini aniqlash maqsadida buyuriladi.
- ad'yuvant kimyo terapiya jarrohlik davosidan so‘ng metastazlanish va retsidivlar xavfini kamaytirish maqsadida buyuriladi.

- davolovchi kimyo terapiya metastatik saraton hujayralarini kichratirish maqsadida o'tkaziladi.

Lokalizatsiyaga 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 bachadon bo'yni saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o'sma retsidivi;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- infiltratsiyani, o'sma o'lchamlarini kamaytirish va o'tkazilayotgan qo'shma nur terapiya va/yoki jarrohlik davosini radikalligini yaxshilash imkoniyati;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'sma yomon gistotipga ega bo'lganda (past differentsiiallashgan, differentsiiallashmagan), 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;
- dekompensatsiya 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);
- kaxeziya.

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. Doksorubitsin 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. Gemtsitabin 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 kombinatsiyalarni qo'llash imkoni bo'lmaganda, noplatalni kombinatsiyalarni 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 bevatsizumab preparatlari kombinatsiyasini qo'llash eng samarali hisoblanadi.

O'smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSI H/dMMR ekspresiyasida bevatsizumab 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 bevatsizumabni 35 siklgacha o'tkazsa bo'ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

7-jadval. Bachadon bo'yni saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
Neoad'yuvant/ad'yuvant kimyo terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 175 mg/m²v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 80 mg/m² v/i har hafta + karboplatin AUC2 v/i har hafta, 6 yuborilish
Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
I liniya kimyo terapiyasi
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 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 (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 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 + bevatsizumab 1 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 1–3 chi kunlari + bevatsizumab 1 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 + gemtsitabin 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

<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PD L1 ekspressiyasida CPS \geq 1 yoki o'smada MSI H/dMMR) • Mitomitsin 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. • Gemtsitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada • Dotsetaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Kapetsitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada • Bevatsizumab 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 retsidivlarda) • 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 retsidivlarda)

¹ XTga bevatsizumabni 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 redutsiyalanishi mumkin; qoniqarli ko'targanda dozani standart miqdorgacha eskalatsiyalasa bo'ladi.

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

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

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
Antratsiklinlar	Doksorubitsin	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	Dotsetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemtsitabin	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		

9-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	Bevatsizumab	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	Ofloksatsin	Vena ichiga	C

	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	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	Atsiklovir	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	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-

	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
	Xlorgeksidin	Ichishga	-
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://diseases.medelem.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) Xirurgik aralashuvlar □11,17,19,23,26□.

Jadvalda BBSda jarrohlik aralashuvlari tiplarining Piver M.S., Rutledge F. (1974 y.) va Querleu D., Morrow S.P. (2017 y.) bo'yicha 2 hil tasnifi keltirilgan.

10-jadval. BBSda jarrohlik aralashuvlari tiplarining tasnifi.

Piver M. S, Rutledge F. (1974 y.) tasnifi			
I tip	Bachadonni ekstraktsial ekstirpatsiyasi		
II tip	Modifikatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi deganda kardinal, qovuq-bachadon va tos-bachadon bog'lamlarining medial uchligini, qin yuqori uchligini olib tashlashni va tos limfadenektomiyasini o'z ichiga oladi. Uretralarni tunnellashtiriladi, lekin pastki lateral yarim doirasida mobilizatsiya qilinmaydi. Bachadon qon tomirlari uretra darajasida kesiladi.		
III tip	Meygs bo'yicha bachadonning kengaytirilgan ekstirpatsiyasi tos suyagi devorlaridan kardinal va tos-bachadon bog'lamlarini, qovuq devoridan qovuq-bachadon bog'lamlarini, qinning yuqori uchdan bir qismini to'liq olib tashlashni va tos limfadenektomiyasini nazarda tutadi. Uretra qovuq bilan qo'shilish nuqtasiga to'liq mobilizatsiya qilinadi. Bachadon tomirlari ichki yonbosh tomirlaridan chiqib ketish nuqtasida kesiladi		
IV tip	Kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi yuqori qovuq arteriyasini kesish, parauretral to'qimani va qinning 3/4 qismi kletchatkasini olib tashlashni o'z ichiga oladi		
V tip	Kombinatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi uretraning distal qismlarini olib tashlash va qovuqni rezektsiya qilishni o'z ichiga oladi		
Querleu D., Morrow S. P. (2017 y.) tasnifi			
Tip	Lateral parametriy	Oldingi parametriy	Orqa parametriy
A	Bachadon bo'yni va uretra orasidagi masofa (uretra mobilizatsiya qilinmaydi)	Minimal	Minimal

B1	Uretra sohasida (uretra lateral paramiyetriydan mobilizatsiya qilinadi)	Qisman olib tashlash	Qisman olib tashlash
B2	V1 + paratservikal limfa tugunlar	V1	V1
C1	Yuqori qism tos devorlarigacha (lateral) va chuqur bachadon venasigacha (vertikal)	Yuqori qism (uretradan yuqori) qovuq sohasida	Yuqori qismi to'g'ri ichak sohasigacha (gipogastral nervlar saqlab qolinadi)
C2	To'liq tos devorlarigacha	To'liq qovuqqacha	To'liq chanoqqacha
D1	Ichki yonbosh tomirlari va ular ostidagi to'qimani olib tashlash	C2	C2
D2	Tos devori yondosh fastsial va mushak strukturalari rezektsiyasi	C2	C2

Bachadon bo'yni saratonini davolash usulini tanlash individual ravishda belgilanadi va o'sma jarayonining tarqalishiga va hamroh somatik patologiyaning og'irligiga bog'liq.

Jarrohlik aralashuv turlari:

- Bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi;
- Total abdominal yoki qin gisterektomiyasi;
- Abdominal modifikatsiyalangan yoki radikal gisterektomiya, tos /paraaortal limfadenektomiya bilan;
- Abdominal traxelektomiya;
- Jarrohlik (laparoskopik) bosqichlash;
- Radikal traxelektomiya, qo'shimcha tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan;
- Kichik chanoq a'zolarining modifikatsiyalangan ekstraperitoneal total (orqa yoki oldingi) ekzenteratsiyasi;

6) Keyingi davolash:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so'ng biriktirilgan hududi bo'yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo'lishlari kerak.
- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;

- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.
- O‘pkalarni rentgenologik tekshiruvni dastlabki 3 yil davomida yarim yilda 1 marta, keyinchalik har yili o‘tkazilishi kerak;
- Nazorat tekshirishlari ko‘lamiga kiradi: MRT OMT, QBA KTsi va KQA KTsi, PET/KT;
- KChA MRTsi, QBA KTsi va KQA KTsi – dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, uchinchi yil davomida har 4 oyda o‘tkaziladi;
- PET/KT – har yili.

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

“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.

Stabilizatsiya - (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).

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

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

Original nomlanishi: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization 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 yengil, o'rilib qilinuvchi ishlarni bajara oladi (masalan, yengil uy va kantsellyariy 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.

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

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer>)

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regional farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari,

shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a'zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirishi mumkin.

Bachadon bo‘ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug‘ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo‘yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo‘ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo‘lgan ayollarda bu jarayon tezroq o‘tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug‘ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo‘lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo‘yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistentsiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo‘yni saratonidan o‘limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo‘yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo‘yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokartsinoma va 10%ini — past differentsiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko‘ra, O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o‘rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan.

BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23,1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o'limning 12,7% ini tashkil qiladi.

2. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolajaning qo'llanilishi tartibi.

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'sma o'sishini 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'kaziladi.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorning og'ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o'tkir kechiktirib bo'lmaydigan g'olalar (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.
- Dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja ёки аралашувга кўрсатмалар;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi bachadon bo'yni 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 bachadon bo'yni 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'sishdan to'xtatish;
- Bachadon bo'yni saratoni retsidivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o'smalar, shu jumladan, bachadon bo'yni 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.

Bachadon bo'yni saratonini davolash usulini tanlash individual ravishda belgilanadi va o'sma jarayonining tarqalishiga va hamroh somatik patologiyaning og'irligiga bog'liq.

Xirurgik davoga ko'rsatmalar:

- Bachadon bo'ynining gistologik verifikatsiyalangan operabel va rezektabel xavfli o'smalari (BBSni jarrohlik davosi bo'limiga qarang);
- Xirurgik davoga qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda.

Bachadon bo'yni xavfli o'smalarida xirurgik davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- Bemorda nooperabellik belgilari va og'ir hamroh kasalliklari mavjud bo'lsa;
- surunkali dekompensirlangan va/yoki o'tkir funktsional nafas, yurak-qon tomir, peshob ajratish tizimining buzilishlari;
- umumiy anesteziyada qo'llaniluvchi preparatlarga allergiya.

kimyo terapiya ga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan bachadon bo'yni saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o'sma retsidivi;

- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- infiltratsiyani, o'sma o'lchamlarini kamaytirish va o'tkazilayotgan qo'shma nur terapiya va/yoki jarrohlik davosini radikalligini yaxshilash imkoniyati;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'sma yomon gistotipga ega bo'lganda (past differentsiialashgan, differentsiialashmagan), davolashning uzoq natijalarini yaxshilash.

кимё терапия га қарши кўрсатмалар:

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

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infektsiyaon 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);
- kaxeziya.

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

Aholiga onkologik yordam ko'rsatadigan tibbiy muassasalarning onkoginekologik, 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 operatsion blokda ishlash, radioaktiv va ionlashtiruvchi manbalar bilan ishlash imkoniyatiga ega bo'lishi, radiatsiya, shuningdek, onkoginekologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiatsiya xavfsizligi kurslarini o'tash muddati o'tmagan sertifikatlari bor bo'lishi kerak.

- «Onkologiya», «onkoginekologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiatsion 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 onkoginekologiya 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:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

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 filtratsiyasi 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 va rektovaginal tekshiruv;

13. Kolposkopiya, bachadon bo‘ynidagi barcha shubhali sohalardan biopsiya, zarurat bo‘lsa — bachadon bo‘yni konizatsiyasi;
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 v/i kontrastlash bilan magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Bioptatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
18. Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
19. Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano bioptatni)
20. Sistoskopiya
21. Rektoromanoskopiya;
22. Ekskretor urografiya, renografiya;
23. EKG;
24. ExoKG;
25. Butun tana PET/KTsi**;
26. Kontrastlash bilan MSKT ***;

- 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 kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogenetik tekshirish;
7. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
10. Prokalsitonin
11. Antitrombin III, D-dimer
12. Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
13. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
14. Miyelogramma;

- 15.Periferik qon IFTsi;
 - 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
 - 17.Standart –sitogenetik tekshirish;
 - 18.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
 - 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
 - 20.Ortopantomogramma;
 - 21.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
 - 22.FGDS;
 - 23.Bronxoskopiya;
 - 24.Kolonoskopiya;
 - 25.Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;
 - 26.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
 - 27.Spirografiya;
 - 28.Bosh miya MRTsi;
 - 29.Skelet suyaklarini rentgenografiyasi yoki ssintigrafiyasi (suyaklarni metastatik shikastlanishiga gumon bo‘lganda);
 - 30.Plevra bo‘shliqlari, periferik limfa tugunlari, qalqonsimon bez UTTsi;
 - 31.Holter – monitorlash bilan EKG.
- * Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.
- ** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.
- *** PET/KT o‘tkazish mumkin bo‘lmagan hollarda.

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 litsenziya 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, funktsional 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>;
- Funktsional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funktsional 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-reanimatsiya bo‘limlari yeanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operatsion 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 (xojaxona 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;
- sterilizatsiya;
- 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 [8].

11-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

B) Xavfsizlik choralari rioya qilish talablari [8]: O‘zbekiston

Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalariga, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

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 termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarning standart to‘plami;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya 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 tashxisdan so'ng qabul qilinadi. Jarayon oldidan bemor premedikatsiya 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) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

“o‘smanning javobi” – o‘tkazilgan davodan so‘ng o‘smanning 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.

Stabilizatsiya - (o‘zgarishsiz) boshqa yangi o‘choqlar paydo bo‘lmagan holda, o‘smanning 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).

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

**«BACHADON BO‘YNI SARATONI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regionar farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar

bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarsiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirishi mumkin.

Bachadon bo‘ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug‘ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo‘yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo‘ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo‘lgan ayollarda bu jarayon tezroq o‘tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug‘ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo‘lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo‘yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo‘yni saratonidan o‘limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo‘yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo‘yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10% ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma‘lumotlariga ko‘ra, O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o‘rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23,1% - III bosqichda va 4,6% -

IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo‘lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o‘lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo‘yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o‘limni tashkil etadi va ko‘krak bezi, me‘da va o‘pka saratonidan keyin 4-o‘rinni egallaydi. Ayol aholining o‘limi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o‘limning 12,7% ini tashkil qiladi.

- Profilaktika yoki reabilitatsiya 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» [35] 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 [36][37].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [38]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud [38].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[36] 39] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta'minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [40], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta'lim [41] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan [42] [43].

Profilaktik chora-tadbirlar sog‘liqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi bo‘lib, aholi o‘rtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sog‘lom turmush tarzini rag‘batlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga

intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi [44][45].

Tibbiy reabilitatsiya (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 [49]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo‘qolgan 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: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [50] [51] [52].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [53].

Tibbiy reabilitatsiya reabilitatsiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bog‘liq.

2. Profilaktika yoki reabilitatsiya 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.

3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya 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 funktsiyalarini tiklash) reabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi [46].

Prereabilitatsiya (prehabilitation) – tashxis qo'yilgan paytdan boshlab davolash boshlanishigacha reabilitatsiya (jarrohlik davolash/ kimyoterapiya/ radioterapiya).

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

Reabilitatsiyaning II bosqichi – kasallikning erta tiklanish davrida, kech reabilitatsiya davrida, kasallikning qoldiq belgilari davrida tibbiy tashkilotlarning (reabilitatsiya markazlari, reabilitatsiya bo'limlari) statsionar sharoitida reabilitatsiya.

Reabilitatsiyaning III bosqichi – reabilitatsiya, 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 reabilitatsiyaning erta va kech davrlarida, shuningdek, kasallik kechishining qoldiq belgilari davrida reabilitatsiya.

4) Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o'tkazish tamoyillari:

Bachadon bo'yni saratonining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi.

Aholining xabardorligini oshirish va ma'lumot va xizmatlardan foydalanishni ta'minlash hayot davomida infektsiyani oldini olish va nazorat qilishning asosiy omillari hisoblanadi.

- 9-14 yoshda emlash - odam papilloma virusi (OPV), bachadon bo'yni saratoni va OPV bilan bog'liq boshqa saraton kasalliklarini oldini olishning yuqori samarali usuli hisoblanadi.
- 30 yoshdan boshlab (OIV infektsiyasiga chalingan ayollar uchun 25 yoshdan boshlab) skrining tekshiruvi bachadon bo'yni kasalliklarini aniqlash imkonini beradi va ularni

davolash esa bachadon bo‘yni saratonining oldini oladi.

- Agar alomatlar yoki xavotirlar paydo bo‘lganda, u erta bosqichda tashxis qo‘yilsa va darhol yuqori sifatli davolash boshlansa, bachadon bo‘yni saratoni har qanday yoshda davolanishi mumkin.

Uchlamchi profilaktika:

- retsividlar, metastazlarning oldini olish, erta tashxis qo‘yish va davolash;
- vitaminlar, oqsillarga boy to‘liq diyetadan foydalanish, zararli odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish), virusli infeksiyalar va hamroh kasalliklarning oldini olish, onkolog tomonidan muntazam profilaktik tekshiruvlar, muntazam diagnostika muolajalardan (o‘pka rentgenogrammasi, jigar, buyraklar, bo‘yin limfa tugunlarining ultratovush tekshiruvi) o‘tib turish.

3.1. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) profilaktikaning maqsadi:

Bachadon bo‘yni saratoni paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilish, davolanishdan keyin kasallikning asoratlarini erta aniqlash va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika –

Displaziya va bachadon bo‘yni saratoni uchun xavf guruhiga quyidagilar kiradi:

- Jinsiy faoliyatning erta boshlanishi.
- Erta birinchi homiladorlik.
- Jinsiy sheriklarning tez-tez o‘zgarishi.
- Ayollarda yoki uning jinsiy sherigida papillomavirus yoki herpes infeksiyasining mavjudligi.
- Anamnezida tez-tez abort qilish.
- Chekish.
- Bachadon bo‘yni patologiyasini o‘z vaqtida davolamaslik (eroziya, displaziya, leykoplakiya, poliplar).
- Og‘ir irsiyat.
- Immunitet tanqisligi holatlari.

Bachadon bo‘yni saratonining profilaktikasi birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi.

Birlamchi profilaktika quyidagi xavf omillarini bartaraf etishdan iborat:

- Erta jinsiy hayot, erda nikohning oldini olish;
- Jinsiy sheriklarning tez-tez o'zgarishini istisno qilish;
- Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun jinsiy aloqa paytida shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish (prezervativ);
- Emlash. Emlashdan so'ng, turli yoshdagi ayollar barqaror immunitetni rivojlantiradilar va butun kuzatuv davrini saqlab qoladilar.

2023 yildan boshlab dunyo bo'ylab oltita OPV vaktsinasi mavjud. Ularning barchasi bachadon bo'yni saratonining ko'p qismini keltirib chiqaradigan yuqori xavfli OPV 16 va 18 turlaridan himoya qiladi va OPV va bachadon bo'yni saratoni infeksiyasini xavfsiz va samarali oldini olish qobiliyatini namoyish etdi.

9-14 yoshdagi barcha qizlarga jinsiy xayotni boshlashdan oldin OPVga qarshi emlash bilan erishish ustuvor vazifalardan biridir. Vaktsina bir martalik yoki ikki tomonlama rejimda qo'llanilishi mumkin. Optimal himoya qilish uchun immuniteti zaif shaxslar 2 yoki 3 dozani olishlari kerak. Ba'zi mamlakatlarda aholi orasida OPV tarqalishini yanada kamaytirish va erkaklarda OPV keltirib chiqaradigan saraton rivojlanishining oldini olish uchun o'g'il bolalarni ham emlashga qaror qilindi.

OPV infeksiyasi profilaktikasining boshqa muhim usullari:

- chekishni boshlamaslik yoki tashlash;
- prezervativlardan foydalanish;
- Erkaklarda ixtiyoriy sunnatni bajaring.

3) Skrining:

30 yoshdan boshlab har 5-10 yilda ayollar bachadon bo'yni saratoniga tekshirilishi kerak. OIV bilan kasallangan ayollar har 3 yilda 25 yoshdan boshlab tekshirilishi kerak. Global strategiyaning bir qismi sifatida yuqori samarali OPV testidan foydalangan holda skrining 35 yoshida umr bo'yi kamida ikki marta va yana 45 yoshida o'tkazilishi tavsiya etiladi. Saraton oldi kasalliklar kamdan-kam hollarda alomatlar bilan kechishi sababli, OPVga qarshi emlangan bo'lsa ham, bachadon bo'yni saratonini muntazam ravishda tekshirish muhimdir.

Ayollar uchun afzal variant bo'lishi mumkin bo'lgan OPV testi uchun o'z-o'zidan namuna olish, tibbiyot mutaxassislari tomonidan namuna yig'ish kabi ishonchli ekanligi isbotlangan.

Ijobiy OPV testidan (yoki boshqa skrining usulidan) so'ng, shifokor bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarini (masalan, saraton oldi kasalliklari) aniqlashi mumkin, agar davolanmasa, bachadon bo'yni saratoniga aylanishi mumkin. Saraton oldi kasalligini davolash - bu bachadon bo'yni saratoni rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi oddiy muolajadir.

Davolashni shifokor bilan birinchi uchrashuvda ("skrining va davolash" usuli) yoki takroriy testdan soʻng ("skrining, triyaj va davolash" usuli) taklif qilish mumkin. Ikkinchi yondashuv ayniqsa OIV bilan yashovchi ayollar uchun tavsiya etiladi.

Saraton oldi kasalliklarini davolash tez va qoida tariqasida ogʻriqsiz va kamdan-kam hollarda asoratlarni keltirib chiqaradi. Davolash bosqichlari shikastlanishni aniqlash va baholash uchun kolposkopiya yoki bachadon boʻyni vizual tekshiruvini oʻz ichiga oladi va shundan soʻng quyidagilar amalga oshiriladi:

- termik ablyatsiya. Bunda hujayralarni kuydirish uchun yoʻllaniladigan qizdirilgan zond qoʻllaniladi;
- krioterapiya. Bunda hujayralarga muzlatuvchi taʼsir qiluvchi sovuq zond qoʻllaniladi;
- LLETZ (transformatsiya zonasining katta halqa eksiziyasi), bu elektr yordamida isitiladigan xalqa yordamida anomal toʻqimalarni olib tashlashni oʻz ichiga oladi; va/yoki
- konus biopsiya. Bunda skalpel yordamida konussimon toʻqima elementi olib tashlanadi.

4) Ikkilamchi profilaktika:

Bachadon boʻyni saratonidan oldingi kasalliklarni va toʻliq davolash mumkin boʻlgan bachadon boʻyni saratonining dastlabki simptomsiz bosqichlarini aniqlash uchun surtmani sitologik tekshiruv va kolposkopiya (20 yoshdan oshgan ayollarda) bilan profilaktik tibbiy koʻriklar.

Bachadon boʻyni saratonining oldini olish va erta aniqlash uchun har bir ayol har 6 oyda bir marta profilaktik tekshiruvdan oʻtishi kerak.

Bachadon boʻyni saratonidan optimal himoya-bu ayolning sogʻligʻini saqlaydigan emlash bilan birgalikda surtmalarni sitologik tekshirish bilan muntazam tekshiruvlardir.

5) Uchlamchi profilaktika:

Uchlamchi profilaktika bachadon boʻyni saratonini davolashni (jarrohlik, nur terapiyasi, kimyoterapiya va boshqa usullar), shuningdek, ayolning davolanish kursidan keyin toʻliq hayotga qaytishiga imkon beradigan choralarni oʻz ichiga oladi. Bunga terapevtik tadbirlar, jismoniy va ijtimoiy rehabilitatsiya kiradi.

- Uchlamchi profilaktika: har qanday yoshdagi ayollar uchun saraton kasalligini davolash va boshqarish, shu jumladan jarrohlik, kimyoterapiya va radioterapiya usullaridir.
- Radikal davolanish yordam bera olmasa, palliativ yordamga kirishish juda

muhimdir.

Ushbu tavsiyalarning turli elementlarini amalga oshirish uchun turli xil sog‘liqni saqlash xizmatlari va dasturlari zarur. Ko‘rsatmalar bachadon bo‘yni saratonining muvaffaqiyatli profilaktikasi uchun sog‘liqni saqlash xizmatlarining barcha darajalarida ishlaydigan tarmoqlar, sog‘liqni saqlash dasturlari va mutaxassislar o‘rtasidagi hamkorlikning muhimligini ta’kidlaydi.

Ko‘rsatmalar, shuningdek, bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilishni mavjud sog‘liqni saqlash tizimlariga, jumladan, oilani rejalashtirish, tug‘ruqdan keyingi parvarish va OIV/OITSGa qanday kiritish mumkinligini ko‘rsatadi. Masalan, o‘spirinlarni emlash ularga sog‘liq uchun qo‘shimcha ma’lumot va jinsiy xulq-atvor va sog‘lom turmush tarzi bo‘yicha tavsiyalar berish imkoniyati sifatida ishlatilishi mumkin.

Ayollar salomatligini yaxshilashning global imkoniyati BMT Bosh kotibining 2010 yilgi ayollar va bolalar salomatligi bo‘yicha Global strategiyasiga asoslangan bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilish dasturlarini amalga oshirishdir. Bachadon bo‘yni saratoni 2011 yilda BMT Bosh Assambleyasining yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha oliy darajadagi yig‘ilishining siyosiy Deklaratsiyasiga kiritilgan yuqumli bo‘lmagan kasalliklar qatoriga kiradi.

2013 yilda Jahon Sog‘liqni saqlash Assambleyasi bachadon bo‘yni saratonini A'zo davlatlar tomonidan tasdiqlangan 2013-2020 yillarga mo‘ljallangan noinfektsion kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha harakatlar rejasining ustuvor yo‘nalishlaridan biri sifatida aniqladi va shu bilan bachadon bo‘yni saratoni va boshqa noinfektsion kasalliklarga qaratilgan tadbirlarni milliy sog‘liqni saqlash rejalariga kiritishga tayyorligini bildirdi.

3.2. reabilitatsiyaning usuli va muolajalari:

Prereabilitatsiya

Prereabilitatsiya funktsional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, operatsiyadan keyin statsionarda qolish muddatini qisqartiradi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlar va o‘lim holatlarini kamaytiradi. Prereabilitatsiya jismoniy tarbiya (LFK), psixologik va nutritiv qo‘llab-quvvatlash va bemorlarni xabardorligini o‘z ichiga oladi [54].

Jismoniy prereabilitatsiya aerob va anaerob yuklamalar kombinatsiyasidan iborat. Bu kombinatsiya fizik zo‘riqlashlarga 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 [55].

Jismoniy faollikning yuqori darajasi BBS bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini va yashovchanligini sezilarli darajada yaxshilaydi [67].

- operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi va ehtimolini kamaytirish maqsadida operatsiyadan oldingi bosqichda LFK o‘tkazish tavsiya etiladi [56].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- operatsiyadan keyingi o‘pka asoratlarini va statsionarda bo‘lish davomiyligini kamaytirish maqsadida prereabilitatsiya vaqtida bemorlarga nafas mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi [57].

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 [56].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- bemorlarni psixologik reabilitatsiyasi va qo‘llab – quvvatlovda 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 [58].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

Xirurgik davolashda reabilitatsiya

- bemorlarni statsiyaonarda 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 asoratlarning va takroriy hospitalizatsiya xavfini ko‘paytirmaydi [59, 60].

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 [61].

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 gigiyenasi kuniga 2 marta va operatsiyadan keyingi davrda o‘pkada dimlanish va operatsiyadan keyingi pnevmoniyani oldini olish uchun bemorlarni erta faollashtirish tavsiya etiladi [62].

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, BBS bilan og‘rigan bemorlar, uzoq vaqt kasalxonaga yotishi va anamnezida venoz tromboemboliyaning bo‘lishi, uning rivojlanish xavfini oshiradi. [63].

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

- Operatsiyadan keyingi davrda psixologik korrektsiya va relaksatsiya usullarini o‘tkazish tavsiya etiladi, bu bemorlarning xavotirini, zo‘riqishini, og‘riqsizlantirish vaqti chastotasini kamaytirishga va onkoginekologik bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi [64].

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

- Bemorlarga davolanish tugagandan so‘ng faol hayot tarzini olib borish tavsiya etiladi – bachadon bo‘yni saratonini kompleks davolashdan keyin semirish va harakatsiz turmush tarzi bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradigan, qayg‘uga olib keladigan mustaqil omillardir [65].

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, vazni nazorat qilish imkonini beradi [66].

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 [68, 69].

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 [69].

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

Kimyo terapiya va nur terapiyada reabilitatsiya

- Barcha bemorlarga kombinatsiyalangan davolanish paytida va u tugagandan so‘ng 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, ko‘ngil aynishi, qusishni kamaytiradi., og‘riq, kayfiyatni yaxshilaydi [70].

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

Izohlar: Dozalangan, sekin o‘sib boruvchi jismoniy yuklama, onkoginekologik bemorlarda kimyo terapiyani ko‘tara oishlikni yaxshilaydi [71].

- kimyo terapiya fonida kardial asoratlar chastotasini kamatirish maqsadida barcha bemorlarga LFK kompleksini bajarish tavsiya etiladi [72].

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

Bachadon bo‘yni saratonini davolashning radikal usullarining ayol hayotining deyarli barcha sohalariga aniq salbiy ta'siri tufayli bunday bemorlarni boshqarish rejasiga samarali reabilitatsiya choralarini kiritish eng dolzarb masala hisoblanadi. Samarali tiklanish faqat ko‘p tarmoqli reabilitatsiya mutaxassislari guruhining muvofiqlashtirilgan ishi bilangina mumkin bo‘ladi, bular: onkologlar, ginekologlar, jarrohlar, jismoniy va reabilitatsiya tibbiyoti shifokorlari, nevrologlar, psixologlar, seksologlar, endokrinologlar, gastroenterologlar, urologlar. Bunday fanlararo yondashuv bachadon bo‘yni saratonini davolashning radikal usullari natijasida aziyat chekadigan barcha sohalarga har tomonlama ta'sir ko‘rsatishga imkon beradi. Morfofunktsional buzilishlarni tuzatish bilan bir vaqtda, ayolning psixo-emotsional holati bilan ham ishlash kerak.

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

Reabilitatsiyadan oldingi bosqichda tos bo‘shlig‘i mushaklarini normallashtirish uchun jismoniy mashqlar bilan shug‘ullanish profilaktika rolini o‘ynashi va nur terapiyasidan 1 oy keyin peshob tuta olmaslikning oldini olishi mumkin [74].

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

Qin mikrobiotsenozi vaginal muhitning to‘g‘ri rN darajasini hosil qiladi, bu urogenital traktning normal ishlashiga yordam beradi, patogen mikroorganizmlarning faollashuvidan va infeksiyaning rivojlanishidan himoya qiladi, buzilgan trofik sharoitda epiteliya tiklanish jarayonlarini tezlashtiradi. Shunday qilib, vaginal florani tuzatish keng qamrovli reabilitatsiya dasturining muhim tarkibiy qismidir [73] [76].

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

Qinning mikrobiomasi va rN qiymatini tiklash uchun birinchi navbatda VA hodisalarini zararsizlantirish va laktobakteriyalarning mahalliy tarkibini oshirish kerak. Onkoginekologik bemorlarda tizimli gormonlarni almashtirish terapiyasining (GAT) salbiy ta'sirining yuqori xavfini hisobga olgan holda, mutaxassislar vaginal moylash materiallari, namlovchi, jel va moylash materiallari ko‘rinishidagi gormonal bo‘lmagan

mahsulotlarni afzal ko'rishadi. Zamonaviy moylash materiallari vaginada quruqlik, tirnash xususiyati, noqulaylik namoyon bo'lishini yo'q qiladi yoki kamaytiradi, shuningdek qo'shimcha ta'sir sifatida mahalliy rN ni kamaytiradi va mahalliy mikrobiomani normallashtiradi [73][76].

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

Menopauzadagi AGT uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, individual bemorlarga estriol mahalliy ravishda sham, krem va kapsulalar shaklida buyurilishi mumkin, bu AVA uchun "oltin" davolash standarti hisoblanadi. Estrogen retseptorlari bilan bog'lanib, preparat epiteliyani tiklashga, proliferativ qatlamlar tufayli uning qalinligini tiklashga yordam beradi; kollagen va elastin sintezini normallashtirish tufayli tos suyagi tayanch-harakat tizimining yetarli ishlashi; vaginal mikrobiomada laktobakteriyalarning tarqalishi uchun maqbul bo'lgan mos rN qiymatlari kamayishiga olib keladi [76].

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

4. 3-turdagi profilaktika yoki rehabilitatsiyani o'tkazishga ko'rsatmalar (ular profilga muvofiq belgilanadi).

Bachadon bo'yni saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali BBS bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika bachadon bo'yni saratonini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda BBSni to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi rehabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan bachadon bo'yni saratoni bo'lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining yetarli darajada samaradorligi to'g'risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spetsifik sitostatik terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

3.1. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari (xalqaro standartlarga muvofiq, dalillarga asoslangan tibbiyot instituti ma'lumotlari):

- Bachadon bo'yni saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi [1, 3]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);

- Bachadon bo‘yni saratoni va / yoki kasallikning og‘ir klinik turlari bo‘lgan barcha bemorlarga nogironlik va bemorlarning o‘limini rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun maxsus terapiya asoratlarning oldini olish tavsiya etiladi [4, 11]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Maxsus sitostatik terapiya tugagandan so‘ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitatsiya profilaktikasini o‘tkazish tavsiya etiladi [20, 27]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);

3.2. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va ko‘lamini aniqlash mezonlari (faoliyat, xayot faoliyatini cheklash va sog‘liqning Xalqaro tasnifiga ko‘ra xalqaro shkalalar).

- Fizikal tekshiruvlar, jumladan ginekologik ko‘rik — dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili. V/i kontrastlash bilan k ichik chanoq, qorin bo‘shlig‘i a'zolari KT / MRTsi / qorin bo‘shlig‘i, kichiq k chanoq va qorin parda orti soha UTTsi va dastlab miqdjori ko‘tarilgan bo‘lsa, SCC darajasini aniqlash (yassi hujayrali saratonda) — 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yillar davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Qon umumiy tahlili va qonning biokimyoviy tahlili 1-chi yil davomida har 3 oyda, 2-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik har yili o‘tkazilib turilishi kerak.

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

5. Etapy i ob'emy reabilitatsii:

Bachadon bo‘yni saratoni bemorlari bachadon bo‘yni saratoni bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, onkoginekolog, pediatr, onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo‘lsa. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish maqsadga muvofiqdir.

Bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o‘z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko‘tara olishligi monitoringi, virusli kontamizatsiya, kasallikning o‘zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og‘iz gigiyenasi, oshqozon-ichak trakti, MIT a'zolari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Bachadon bo‘yni saratoni

bilan og‘rigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro‘yxatdan o‘tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlik darajasi C (dalillarning ishonchlik darajasi 5).

6. Tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiya darajasini ko‘rsatadigan holda tashxislash tadbirlari:

1) Dalillar darajasi kiritilgan holda asosiy tashxislash tadbirlari

- Ginekologik ko‘rik va rektovaginal tekshiruv;
- Kolposkopiya, bachadon bo‘ynining barcha shubhali sohalaridan biopsiya, zarurat bo‘lsa — bachadon bo‘yni konizatsiyasi;
- Trombotsitlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- QBA + buyraklar, kichik chanoq, qovuq va periferik limfa tugunlar UTTsi;
- Ko‘krak qafasi rentgen tekshiruvi;
- Ko‘krak qafasi MSKTsi yoki butun tana PET/KTsi;

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

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

- Gepatit B, C viruslariga PZR (miqdoriy)
- Qon KIX va gazlarini aniqlash;
- Fertil yoshdagi ayollar uchun - homiladorlik testi, XGCh ni aniqlash;
- Bosh, bo‘yn, qorin bo‘shlig‘i, qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- Bronxoskopiya;
- Sistoskopiya;
- Rektoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Spirografiya.
- Bosh miya MRTsi;

- Plevra bo‘shliqlari UTTsi;
- Holter – monitorlovchi EKG
- Kontrastli KT

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

7. Darajasi ko‘rsatilgan holda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

- Fizikal tekshiruvlar, shu jumladan ginekologik ko‘rik — dastlabki 2 yilda har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Retsidivga gumon bo‘lganda, gistologik tekshiruv bilan biopsiya tavsiya qilinadi.

V/i kontrastlash bilan kichik chanoq, qorin bo‘shlig‘i a‘zolari KT / MRTsi / qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va qorin parda orti soha UTTsi va dastlab miqdori ko‘tarilgan bo‘lsa, SCC darajasini aniqlash (yassi hujayrali saratonda) — 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yillar davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Ko‘krak qafasi rentgen grafiyasi/KTsi — har yili.

- PET KT — ko‘rsatmalarga asosan.

- Qon umumiy tahlili va qonning biokimyoviy tahlili 1-chi yil davomida har 3 oyda, 2-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik har yili o‘tkazilib turilishi kerak.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

2) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan qo‘shimcha profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

Qo‘shimcha profilaktika choralariga retsdiv 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).

8. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitatsiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Bachadon bo‘yni saratoni uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik retsdivining 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;
- Bachadjon bo‘yni saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan holatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash.

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

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi.

Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regional farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirishi mumkin.

Bachadon bo‘ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug‘ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo‘yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo‘ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo‘lgan ayollarda bu jarayon tezroq o‘tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug‘ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo‘lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo‘yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo‘yni saratonidan o‘limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo‘yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo‘yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10% ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma’lumotlariga ko‘ra, O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o‘rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi.

Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23.1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o'limning 12,7% ini tashkil qiladi.

Bachadon bo'yni saratonini palliativ davolash bemorning hayot sifatini yaxshilashga, asosiy kasallik bilan kurashish usullarining imkoniyatlari deyarli tugaganida va to'liq davolanish ehtimoli minimal bo'lganida uning ahvolini yengillashtirishga qaratilgan. Yetarli va o'z vaqtida palliativ yordam kasal ayolga bir necha qo'shimcha hayot yillarini berishi mumkin. Bu bemorlarning 60% dan ko'prog'ida sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatadi, 25-30% esa kuzatilgan progressni muhim deb tavsiflash mumkin.

3) Tasnifi (Palliativ yordamga mos) [7]

BBS tashxisi faqat gistologik tekshiruv natijalari asosida belgilanadi.

Bachadon bo'yni saratoni bosqichini aniqlash uchun har qanday vizualizatsiya usullari va/yoki morfologik tekshiruv ma'lumotlaridan foydalanish mumkin. Bachadon bo'yni saratonining bosqichi usulni tanlash va davolash rejasini tuzish uchun zarur bo'lgan maxsus terapiya boshlanishidan oldin belgilanadi. Bachadon bo'yni saratoni bosqichi maxsus davolash boshlanganidan keyin o'zgarmaydi. Bosqichni aniq belgilashda qiyinchiliklar mavjud bo'lgan hollarda, avvalgirog'ini tanlash kerak bo'ladi. Jarrohlik davosi olayotgan bemorlarda morfologik topilmalarni alohida qayd etish kerak. Buning uchun TNM nomenklaturasi mos keladi (TNMdan oldingi harf qisqartmasi qaysi ma'lumotlar asosida birlamchi o'sma (T), limfa tugunlari (N) va uzoq metastazlar (M) holati aniqlanganligini ko'rsatishi kerak: klinik ma'lumotlar (cTNM), nur tekshiruv usullari ma'lumotlari (rTNM), operatsiyadan keyingi morfologik ekspertiza ma'lumotlar (pTNM).

Bosqichini aniqlash FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 y.da yangilangan) tasnifi asosida belgilanadi (12-jadval).

12-jadval. BBSni bosqichlar bo'yicha tasniflanishi (FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 yilda yangilangan) bo'yicha tasnifi).

TNM	FIGO	
TX	Birlamchi o'smani baholash uchun yetarli ma'lumotlar yo'q	
T0	Birlamchi o'sma aniqlanmaydi	
Tis	- ¹	in situ saraton, preinvaziv saraton (ushbu holatlar BBS bilan kasallanish statistikasiga kiritilmagan)
T1	I bosqich	O'sma bachadon bo'yni bilan chegaralanadi (bachadon tanasiga tarqalishi hisobga olinmaydi)
T1a	IA	Faqat mikroskopik tashxislanuvchi invaziv karsinoma, eng ko'p invaziya chuqurligi ≤ 5 mm ^{2,3}
T1a1	IA1	Stromal invaziya ≤ 3 mm
T1a2	IA2	Stromal invaziya > 3 mm, lekin ≤ 5 mm
T1b	IB	Invaziv karsinoma, invazii chuqurligi > 5 mm (IA bosqichidan katta), o'sma bachadon bo'yni bilan chegaralangan
T1b1	IB1	Invaziv karsinoma, invaziya chuqurligi > 5 mm va o'sma kesimi eng katta o'lchamda ≤ 2 sm
T1b2	IB2	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 2 sm, lekin ≤ 4 sm
T1b3	IB3	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 4 sm
T2	II bosqich ⁴	Bachadondan tashqariga tarqalgan o'sma, tos devorlariga o'tmagan va qinning pastki uchdan birini zararlamagan
T2a	IIA	O'sma qinning yuqori uchdan ikki qismini zararlaydi, parametriyni shikastlamasdan
T2a1	IIA1	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami ≤ 4 sm
T2a2	IIA2	Invaziv karsinoma eng katta o'lchami > 4 sm
T2b	IIB	Parametriyni shikastlash bilan, ammo tos devorlariga tarqalmagan
T3	III bosqich	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi va /yoki tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi kuzatiladi ⁵
T3a	IIIA	O'sma qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi, ammo tos devoriga tarqalmaydi
T3b	IIIB	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi hisoblanadi

	IIIC	Birlamchi o'smaning kattaligi va tarqalishidan qat'i nazar, tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi (T1–T3) (r va p indekslarining belgilanishi bilan) ⁵	
	IIIC1	Faqat tos limfa tugunlarining zararlanishi	
	IIIC2	Faqat paraaortal limfa tugunlarining zararlanishi	
	IV bosqich	Tos suyagidan tashqariga tarqalgan yoki qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga o'sib o'tgan o'sma (bullyoz shish o'smani IV bosqich deb tasniflashga imkon bermaydi)	
T4	IVA	Qovuq yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tish ⁶	
M1	IVB	Uzoq metastazlar ⁷	
Regionar limfa tugunlarining holati		Uzoq metastazlar	
NX	Baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas	M0	Uzoq metastazlar mavjud emas
N0	Regionar limfa tugunlarining zararlanish belgilari yo'q	M1 7	Uzoq metastazlar mavjud
N1 ⁸	Tos limfa tugunlarida metastazlar		
N2 ⁸	Paraaortal limfa tugunlarida metastazlar (tos limfa tugunlarida metastazlar bilan birga yoki ularsiz)		

¹ FIGO tasnifida 0 (Tis) bosqich qo'llanilmaydi.

² O'sma o'lchami va uning tarqalganligi haqidagi klinik ma'lumotlarga qo'shimcha qilishning barcha bosqichlarida vizualizatsiya usullari va gistologik tekshiruvdan foydalanish mumkin

³ IA bosqichda o'smaning gorizontol tarqalishi endi hisobga olinmaydi. Invaziya chuqurligi o'sma yuzaki epiteliydan yoki bezdan kelib chiqqanligidan qat'i nazar, bazal membranadan aniqlanadi. Qon yoki limfa tomirlarida o'sma emboliyasini aniqlash bosqichni o'zgartirmaydi, ammo gistologik tekshiruv xulosasida aks ettirilishi kerak, chunki bu davolash taktikasiga ta'sir qilishi mumkin

⁴ Parametriy zararlangan III bosqichda parametriyga infiltratsiya tugun shakliga ega bo'lganda va tos devoriga yetib borganida tashxis qilinadi. Boshqa hollarda Iib bosqich deya belgilanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, ginekologik tekshiruv paytida infiltratning tabiatini (yallig'lanish yoki o'sma) baholash mumkin emas.

⁵ "r" (vizualizatsiya usullari) va "r" (gistologik tekshiruv) indekslarini qo'shish IIIS bosqichi qo'yilgan usulni aniqlashtirish uchun zarur. Misol uchun, agar tos limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi vizualizatsiya usullari bilan aniqlansa, bosqich IIIC1r bo'ladi, tos limfa tugunlari shikastlanishi gistologik tasdiqlangan bo'lsa — IIIS1p

bo'ladi. Vizualizatsiya usuli yoki gistologik tekshirish usuli xulosada tavsiflanishi kerak. Agar bosqichni aniq baholash qiyin bo'lsa, avvalroqdagisi qo'yiladi.

⁶ Qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga invaziya biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi kerak.

⁷ Shu jumladan, chov limfa tugunlari, shuningdek qorin pardaga metastazlar. Kichik chanoq a'zolarining seroz qavatlari bundan mustasno. Qindagi, kichik chanoq a'zolari va ortiqlar seroz qavati metastazlari bendan mustasno.

⁸ Limfa tugunlarida metastazlar hajmi $> 0,2$ mm, lekin 2 mm dan kam bo'lganda "mi" qo'shimchasi qo'shiladi; limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 2 mm bo'lganda "ma" qo'shimchasi qo'shiladi; BSLU da metastaz aniqlansa, "sn" qo'shimchasi qo'shiladi.

Bachadon bo'yni saratonidagi regionar limfa tugunlari tashqi, ichki, umumiy yonbosh, paraaortal, yopqich, sakral va bel limfa tugunlari hisoblanadi.

Invaziv bachadon bo'yni saratoni bilan og'rikan bemorlarning 70-80% da yassi hujayrali saraton, 10-20% da — adenokarsinoma va 10% da — past differensiallashgan saraton tashxisi qo'yiladi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining morfologik tasnifi 13-jadvalda keltirilgan.

13-jadval. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarini morfologik tasnifi (BJSST, 2020 y.).

YASSI EPITELIY O'SMALARI

- yassi hujayrali intraepitelial zararlanish (yassi epiteliyning zararlanishi (SIL)):
 - yassi epiteliyning yengil zararlanishi (LSIL)
 - yassi epiteliyning og'ir zararlanishi (HSIL)
- OPV assotsiirlangan yassi hujayrali saraton
- OPV assotsiirlanmagan yassi hujayrali saraton
- Nospetsifik tipdagi yassi hujayrali saraton

BEZLI EPITELIY O'SMALARI

- Adenokarsinoma in situ
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlanmagan
- Adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlangan

- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan me'da tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan yorug' hujayrali tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan mezonefroid tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan nospetsifik tipi
- Endometrioid adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Karsinosarkoma nospetsifik tipi
- Bezli-yassi hujayrali karsinoma
- Mukoepidermoid karsinoma
- Adenoid bazal karsinoma
- Differensiallashmagan karsinoma nospetsifik tipi

ARALASH EPITELIAL VA MEZENXIMAL O'SMALAR

- Adenosarkoma

GERMINOGEN O'SMALAR

- Germinogen o'smalar nospetsifik tipi
 - yetilgan teratoma nospetsifik tipi
 - sariqlik xaltasi o'smasi nospetsifik tipdagi
 - endodermal sinus o'smasi
 - xoriokarsinoma
 - dermoid kista nospetsifik tipi

NEYROENDOKRIN O'SMALAR

- Neyroendokrin karsinomalar
 - mayda hujayrali neyroendokrin karsinoma
 - yirik hujayrali neyroendokrin karsinoma
- Aralash neyroendokrin neyroendokrin bo'lmagan o'smalar
- Aralash adenokarsinoma neyroendokrin karsinoma bilan

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 davo, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o‘tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo‘lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

1) Shikoyatlar va anamnez:

- Jinsiy yo‘llardan atsiklik qonli, suvli, yiringsimon ajralmalar kelishiga;
- Qorin pastki qismi va beldagi tortuvchi og‘riqqa;
- Menopauza fonida qon kelishiga.
- Qorin hajmining kattalashishi,
- Dispepsiya belgilari,
- Vazn yo‘qotish,
- Ishtaha yo‘qotish,
- kichik chanoq sohasida og‘riq sindromi,
- hansirash,
- umumiy holsizlik.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: Shikoyatlar va kasallik anamnezi tafsilotlari, shu jumladan oilaviy anamnezi haqida ma'lumot to‘plash davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo‘lgan omillarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi;

2) Fizikal tekshirishlar [1, 3]:

Ginekologik ko‘rik:

- Tashqi jinsiy a‘zolarining holati;
- ko‘zgularda qin va bachadon bo‘yni tekshiruvi (qin infiltratsiyasi, qin devorlarida

metastatik o‘choqlar mavjudligi, hajmi, bachadon bo‘yni holati);

- patologik (yiringli, qonli) ajralmalarning mavjudligi.

Bimanual ko‘rik:

- bachadon o‘lchami va shakli;
- ortiqlarining holati;
- parametriyda infiltratlar;
- oldingi va orqa qin gumbazining infiltratsiyasi.

3) Laborator tekshiruvlar:

Bajarish tavsiya etiladi:

- kengaytirilgan umumiy (klini) qon tahlili,
- jigar va buyraklar faoliyati ko‘rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili,
- peshobni umumiy (klinik) tahlili,
- bemorning ahvolini baholash, davolash taktikasi va algoritmini aniqlash va kasallikning prognozini baholash maqsadida BBS barcha bemorlariga qon ivish tizimini tekshirish [1, 4-10].
- sitologik tekshiruvlar – PAP test (hujayra hajmining gigantgacha o‘sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o‘zgarishi, yadro hajmining oshishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining turli darajadagi yetukligi, yadrochalar soni va shaklining o‘zgarishi);
- gistologik tekshiruv (kuchli hujayra polimorfizmi, hujayra o‘lchamlarining kattalashishi, kuchli gipoxromiya, katta yadrolarda bir yoki bir nechta yadrochalar mavjud, rozetka shaklida saraton hujayralarining bezli tuzilmalari, mitoz holatidagi ko‘plab hujayralar mavjud);

4) Instrumental tekshiruvlar:

- kichik chanoq a‘zolari UTTsi (agar bachadon bo‘yni saratoniga shubha qilingan bo‘lsa, bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- kichik chanoq a‘zolarining magnit-rezonans tomografiyasi (BBSda bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- ko‘krak qafasi, qorin bshlig‘i va kichik chanoq a‘zolari kompyuter tomografiyasi

(kichik chanoq va qorin parda orti soha limfa tugunlarini, ko'krak va qorin bo'shlig'i organlaridagi organik o'zgarishlarni baholash);

- ko'rsatmalarga ko'ra sistoskopiya (o'sma jarayonining qovuqqa o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida) qovuqqa o'sib o'tishga gumon bo'lganda buyuriladi.
- ko'rsatmalarga ko'ra rektoromanoskopiya yoki kolonoskopiya (o'sma jarayonining yo'g'on yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida);
- skeletni ssintigrafiyasi (suyaklarga metastazlar bo'lganda buyuriladi);
- butun tana PEK/KTsi (birlamchi endometriy saratonida yoki kasallikning progressiyalanishida o'sma jarayonining tarqalishini aniqlash yoki maxsus davolash samaradorligi dinamikasini baholash uchun amalga oshiriladi).
- O'sma materialida PD L1 va MSI ni aniqlash (birlamchi radikal davolanishdan keyin kasallik progressiyalanganda yoki terapiyani boshlashdan oldin birlamchi tarqalgan jarayon mavjud bo'lganda).

Jarrohlik yo'li bilan olib tashlangan o'sma preparatining gistologik tekshiruvi quyidagi parametrlarni aks ettirishi kerak:

1. O'smaning gistologik tipi;
2. O'smaning differentsiatsiya darajasi;
3. O'smaning o'lchamlari (uch o'lchami);
4. O'sma invaziyasi chuqurligi;
5. O'smaning eng ko'p invaziyalangan joyida bachadon bo'ynining qalinligi;
6. Qon yoki limfa tovirlarida o'sma embolarining mavjudligi/mavjud emasligi;
7. Qinni rezeksiya qirg'oqlarida, parametriyda, bachadon bo'ynining rezeksiya qirg'oqlarida o'sma (konizatsiya/amputatsiya yoki traxelektomiya bajarilganda); rezeksiya qirg'og'i yaqin bo'lganda, rezeksiya qirg'og'idan o'smagacha bo'lgan masofa ko'rsatiladi;
8. O'smaning qinga o'tishi;
9. Parametriyning o'ngdan, chapdan o'sma bilan zararlanishi;
10. o'ng va chap parametriydan olib tashlangan va zararlangan limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/makrometastazlar);
11. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan tos limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar);

12. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan bel limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/ mikrometastazlar/ makrometastazlar); o'smaning bachadon tanasiga o'tishi;
13. tuxumdonlarning metastatik zararlanishi;
14. o'smaning qovuq, to'g'ri ichak devoriga o'sib o'tishi (ekzenteratsiya yoki qo'shni a'zolar rezeksiyasi bajarilganda);
15. operatsiyadan oldingi terapiya bajarilgan holatlarda, birlamchi o'sma va limfa tugunlari metastazlarining terapevtik patomorfoz darajasi, terapevtik patomorfoz darajasi baholanadigan tasnifga asosan baholanadi

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

- ✓ Og'riq va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini yengillashtirish;
- ✓ 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 yengish 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.
- Bachadon bo'yni saratonini davolash usullarini tanlash ko'plab omillarga, shu jumladan o'smaning o'lchamlariga, boshqa a'zo, to'qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog'liq.
- Bemorda hamroh kasalliklarning (og'ir yurak, o'pka, buyrak kasalliklari) mavjudligi muhim omil hisoblanadi.
- Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun jarrohlik davolash va/ yoki kimyo terapiya dan iborat bo'lgan individual reja ishlab chiqiladi.

14-jadval. Bosqichlar bo'yicha davolash taktikasi [11,12]

Bosqich	Davo turi
CIN III	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA1	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA2	Total gisterektomiya ortiqlar bilan/ortiqsiz +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha II tip) /traxeletomiya+tos limfodisseksiyasi/ Jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lganda – nur terapiyasi
IB1	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha III tip) yosh ayollarda tuxumdonlar transpozitsiyasi bilan / radikal dastur bo‘yicha NT yoki XNT. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad‘yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad‘yuvant NT. Past xavf guruhida – ad‘yuvant davo o‘tkazilmaydi
IB2- IIA	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (III tipda) yosh ayollardan tuxumdonlar troanspozitsiyasi bilan / radikal dastur bo‘yicha XNT / neoad‘yuvant XT+ Radikal gisterektomiya III tipda. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad‘yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad‘yuvant NT. Past xavf guruhida – ad‘yuvant davo o‘tkazilmaydi
IIB-IVA	Ximionur terapiya
IVA	Tizimli XT

IVA bosqichni davolash:

- Ayniqsa qovuq yoki rektal oqma mavjud bo‘lganda, birinchi bosqichda, tos a'zolarining ekzenteratsiyasini amalga oshirish mumkin, ammo bu radikal dasturga muvofiq kimyo-nur terapiyaga qarshi ko‘rsatma emas. (DD-S).

BBSning IVB bosqichi va retsivlarini davolash:

- Birlamchi radikal gisterektomiyadan keyin retsivlarni davolashning mumkin bo‘lgan usullari: radikal gisterektomiyadan keyin tos bo‘shlig‘idagi retsivlarni nur terapiyasi bilan ham, jarrohlik yo‘li bilan ham (tos a'zolarining ekzenteratsiyasi) davolash mumkin. Birlamchi jarrohlik davolashdan so‘ng lokal tos a'zolarining retsivlarini radikal dasturga muvofiq nurlanish (\pm konkurent kimyo terapiya) bemorlarning katta qismida samarali bo‘ladi. Nur terapiyasining dozasi va hajmi kasallikning tarqalishi bilan aniqlanishi kerak. O‘sma o‘lchamlari mikroskopik bo‘lsa odatdagi doza 50 Gr, BMO‘D 1,8 – 2,0 Gr, kamaytirilgan nurlanish maydonlari bilan, katta o‘lchamdagi o‘smalarda esa doza 64 – 66 Greyni tashkil qiladi.

15-jadval. BBSni jarrohik davosidan so‘ng mahalliy retsivlar [10,11].

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Nur terapiya radikal gisterektomiyadan keyingi mahalliy retsivli bemorlarga ko'rsatilgan	C
Sisplatin qo'shish bilan va 5-Ftoruratsil bilan/usiz konkurent kimyo-nur terapiya davolash samaradorligini yaxshilaydi	B
Tos ekzenteratsiyasi tos devorlariga tarqalmagan nur va kimyo-nur terapiyaga alternativa bo'lishi mumkin	B

Nur terapiyaning radikal kursidan so'ng mahalliy retsivlarda:

Markazda lokalizatsiyalangan, qovuq va to'g'ri ichak jalb bo'lgan retsivli bemorlarda, intraperitoneal disseminatsiya va uzoq metastazlar yo'qligida, bachadon bo'yni va tos devorlari o'rtasida bo'sh joy mavjud bo'lgan bemorlar tos bo'shlig'i ekzenteratsiyasi uchun potentsial nomzodlar hisoblanishadi.

Uzoq metastazlar: Nur terapiyasi simptomatik o'sma metastazlarida palliativ davolash sifatida ko'rsatma bo'ladi, masalan, suyak metastazlari, kattalashgan paraaortal, o'mrov osti limfa tugunlarida yoki og'riqni yo'qotish uchun miya metastazlari uchun.

Kasallikning progressiyalanishida o'sma materialida PDL1 ni aniqlash tavsiya etiladi. O'smada PDL1 ekspressiyasi $> 1\%$ bo'lganda pembrolizumab tanlangan dori hisoblanadi.

BBSning jarrohlik amaliyotidan keyingi topilmalari.

Ushbu topilmalar asosan boshqa ko'rsatkichlarga asosan o'tkazilgan oddiy gisterektomiyadan so'ng tashxis qo'yilgan invaziv BBS holatlariga tegishli. Bunday holatlarda davolanishni boshlashdan oldin, hajm bo'yicha quyidagi qo'shimcha tekshiruv zarur: tos va qorin bo'shlig'i a'zolarining KT yoki MRTsi, jarayonning tarqalishini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasi. Davolash usuli morfologik tekshiruv ma'lumotlari va rentgenologik topilmalar asosida belgilanishi kerak.

Patologik topilmalar mavjud bo'lmasa:

IA1 bosqichda qo'shimcha davo o'tkazilmaydi. IA2 va undan yuqori bosqichlarda quyidagi davo o'tkazish zarur.

a) rezektsiya qirg'oqlari musbat bo'lganda, chuqur stromal invaziyada, limfavaskulyar soha zararlanganda konkurent kimyo-nur terapiya buyuriladi [38].

b) chuqur stromal invaziyasi bo'lmagan, rezektsiya qirg'oqlari manfiy va limfavaskulyar soha zararlanmagan bemorlarda konkurent kimyo-nur terapiyaga alternativa sifatida qinning yuqori uchligi yoki limfadenektomiya bilan radikal parametrektomiya buyuriladi (DD –S).

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so‘ng biriktirilgan hududi bo‘yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo‘lishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

2) Palliativ nomedikamentoz davu:

- konservativ davu paytida bemorning rejimi umumiydir. Operatsiyadan keyingi erta davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operatsiya hajmiga va hamroh patologiyaga qarab). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.

- diyeta stol - №15, xirurgik davodan so‘ng – №1, qandli diabetli bemorlarga stol №9.

- 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.

Eritrotsitar massa (DID):

- To‘qimalarning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensatsiya mexanizmlari yetarli bo‘lsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrotsitlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta ko‘rsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevatsiyasi bilan namoyon bo‘ladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam bo‘lishi, eritrotsitlar transfuziyasi uchun absolyut ko‘rsatma bo‘ladi;

- Yurak-qon tomir tizimi va o'pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo'lmasa, surunkali anemiyada eritrotsitlarni 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

Trombotsitlar konsentrati (UDD):

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

Yangi muzlatilgan plazma (UDD):

- YAMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o'tkazishdan oldin o'tkaziladi.
- MNO ≥ 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.

3) 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 TS;
- mahalliy tarqalgan o‘smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a‘zolarida (o‘pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o‘sma retsidivlari;
- bemorda qon suratida gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar miqdorining qoniqarli bo‘lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o‘tkazilganlik extimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o‘smaning yomon fenotiplarida (past differentsiialashgan, differentsiialashmagan turlari) 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;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o‘tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samaradorligi;
- o‘smanni parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 50% va undan kam bemor umumiy ahvolidan og‘irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;

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

Bir vaqtli kimyo-nur terapiya:

- Sisplatin – 40 mg/m² 60 daqiqali infuziya gidratatsiya bilan 1,8,15,22,29 va 36-kunlarnurlanishdan 4 yoat oldin, har hafta, 5 hafta davomida.

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. Doksorubitsin 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. Gemtsitabin 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 kombinatsiyalarni qo'llash imkoni bo'lmaganda, noplatalni kombinatsiyalarni 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 bevatsizumab preparatlari kombinatsiyasini qo'llash eng samarali hisoblanadi.

O'smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSI H/dMMR ekspressiyasida bevatsizumab 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 bevatsizumabni 35 siklgacha o'tkazsa bo'ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

16-jadval. Bachadon bo'yni saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
• Sisplatin 40 mg/m ² v/i har hafta distantsion 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 distantsion 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 + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 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 (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 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 (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1)
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 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 + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m ² v/i 1–3 chi kunlari + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel ² 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + sisplatin ² 75 mg/m ² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Paklitaksel ² 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + karboplatin ² AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Ifosfamid 5000 mg/m ² v/i 24 soatlik infuziya (+ mesna 5000 mg/m ²) ³ 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Sisplatin 50 mg/m ² v/i 1-chi kun + gemtsitabin 1000 mg/m ² v/i 1-chi va 8-chi kunlar, har 3 haftada
• Paklitaksel 175 mg/m ² v/i 1-chi kun + topotekan 0,75 mg/m ² v/i 1-3-kunlari, har 3 haftada
• Sisplatin 75 mg/m ² v/i 1-chi kun, har 3 haftada
• Karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada

<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PD L1 ekspresiyasida CPS ≥ 1 yoki o'smada MSI H/dMMR) • Mitomitsin 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. • Gemtsitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada • Dotsetaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Kapetsitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada • Bevatsizumab 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 retsidivlarda) • 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 retsidivlarda)

¹ XTga bevatsizumabni 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 redutsiyalanishi mumkin; qoniqarli ko'targanda dozani standart miqdorgacha eskalatsiyalasa bo'ladi.

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

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

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
Antratsiklinlar	Doksorubitsin	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	Dotsetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemtsitabin	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		

18-jadval. Qo‘shimcha dori-vositalarining 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	Bevatsizumab	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	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C

	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	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	Atsiklovir	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	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Folliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-

	Xlorgeksidin	Ichishga	-
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. Jarrohlik davosi.

Mahalliy tarqalgan yoki retsidiv bachadon bo‘yni saratonida, asoratlar (oqmalar, qon ketish), uzoq metastazlar (IV bosqich) mavjud bo‘lganda, palliativ jarrohlik davosi qo‘llanilmaydi. Faqat bir tomonlama yoki ikki tomonlama perkutan nefrostomiya (ureterogidronefroz bilan, rekto-vaginal yoki sisto-vaginal oqma mavjudligida va boshqalarda), sistostomiya kabi simptomatik operatsiyalar, diagnostik laparoskopiya amalga oshiriladi. Ichak tutilishi bilan asoratlangan taqdirda, hayotiy ko‘rsatmalarga asosan, hayot uchun xavfli bo‘lgan asoratni bartaraf etish bo‘yicha jarrohlik davosi o‘tkazilishi mumkin.

7. Keyingi davolash:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so‘ng biriktirilgan hududi bo‘yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo‘lishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

- O‘pkalarni rentgenologik tekshiruvni dastlabki 3 yil davomida yarim yilda 1 marta, keyinchalik har yili o‘tkazilishi kerak;

- Nazorat tekshirishlari ko‘lamiga kiradi: MRT OMT, QBA KTsi va KQA KTsi, PET/KT;

- KChA MRTsi, QBA KTsi va KQA KTsi – dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, uchinchi yil davomida har 4 oyda o‘tkaziladi;

- PET/KT – har yili.

8. Palliativ davolash samaradjarligini indikatorlari:

“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.

Stabilizatsiya - (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).

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

9. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

- 1) Brisson M, Laprise JF, Drolet M, et al. Comparative costeffectiveness of the quadrivalent and bivalent human papillomavirus vaccines: a transmission-dynamic modeling study. *Vaccine* 2013; 31: 3863–71.
- 2) American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2018*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2018.
- 3) Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on kınıly inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect*. 2014 Apr 16. [Epub ahead of print]
- 4) Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, et al. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: A systematic review of the literature. *FertilSteril*. 2016;106:1195-1211.
- 5) Klopp AH, Eifel PJ, Berek JS, Konstantinopoulos PA. Chapter 72: Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- 6) Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). *SEER CancerStatistics Review, 1975-2014*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017.
- 7) Kleinerman RA, Kosary C, Hildesheim A. New Malignancies Following Cancer of the Cervix Uteri, Vagina, and Vulva. In: Curtis RE, Freedman DM, Ron E, Ries LAG, Hacker DG, Edwards BK, Tucker MA, Fraumeni JF Jr. (eds). *New Malignancies Among Cancer Survivors: SEER Cancer Registries, 1973-2000*.

National Cancer Institute. NIH Publ. No. 05-5302. Bethesda, MD, 2006. Accessed at http://seer.cancer.gov/archive/publications/mpmono/MPMonograph_complete.pdf on November 8, 2016.

- 8) Krishnansu S. Tewari, M.D., Michael W. Sill, Ph.D., Harry J. Long, III, M.D., Richard T. Penson, M.D., Helen Huang, M.S., Lois M. Ramondetta, M.D., Lisa M. Landrum, M.D., Ana Oaknin, M.D., Thomas J. Reid, M.D., Mario M. Leitao, M.D., Helen E. Michael, M.D., and Bradley J. Monk, M.D. Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2014; 370:734-743; DOI:10.1056/NEJMoa1309748.
- 9) Committee F. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;125(2):97–8. doi:10.1016/j.ijgo.2014.02.003.
- 10) Chung HC, Schellens JH, Delord J-P, et al. Pembrolizumab treatment of advanced cervical cancer: Updated results from the phase 2 KEYNOTE-158 study [abstract]. *J Clin Oncol* 2018 36.
- 11) Frenel JS, Le Tourneau C, O'Neil B, et al. Safety and Efficacy of Pembrolizumab in Advanced, Programmed Death Ligand 1-Positive Cervical Cancer: Results From the Phase Ib KEYNOTE-028 Trial. *J Clin Oncol* 2017;35:4035-4041.
- 12) Le DT, Durham JN, Smith KN, et al. Mismatch repair deficiency predicts response of solid tumors to PD-1 blockade. *Science* 2017;357:409-413.
- 13) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* 2019;69:7-34.
- 14) Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 2019;145:129-135.
- 15) Frumovitz M, Plante M, Lee PS, et al. The FILM Trial: A randomized phase III multicenter study assessing near infrared fluorescence in the identification of sentinel lymph nodes (SLN) [Abstract]. *Gynecologic Oncology* 2018;149:7.
- 16) Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2018.
- 17) Melamed A, Margul DJ, Chen L, et al. Survival after Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2018.
- 18) Margul DJ, Yang J, Seagle BL, et al. Outcomes and costs of open, robotic, and laparoscopic radical hysterectomy for stage IB1 cervical cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2018.
- 19) Rosen VM, Guerra I, McCormack M, et al. Systematic Review and Network Meta-Analysis of Bevacizumab Plus First-Line Topotecan- Paclitaxel or

- CisplatinPaclitaxel Versus Non-Bevacizumab-Containing Therapies in Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017;27:1237-1246.
- 20) Bruni L., Diaz M., Barrionuevo-Rosas L., Herrero R., Bray F., Bosch F.X., Castellsagué X. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis // *Lancet Glob. Health.* – 2016. – Vol. 4. – P. e453-e463. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30099-7).
 - 21) World Health Organization. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2018 – Conclusions and recommendations // *Wkly Epidemiol. Rec.* – 2018. – Vol. 49. – P. 661-680. <https://www.who.int/publicationsdetail-redirect/WER9349>.
 - 22) Drolet M., Bénard É., Pérez N., Brisson M., Ali H., Boily M.-C., Callander D. HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis // *Lancet.* – 2019. – Vol. S0140-6736(19). – P.30298-30303. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3).
 - 23) Vänskä S., Luostarinen T., Baussano I., Apter D., Eriksson T., Natunen K., Nieminen P., Paavonen J., Pimenoff V., Pukkala E., Söderlund-Strand A., Dubin G., Garnett G., Dillner J., Lehtinen M. Vaccination with moderate coverage eradicates oncogenic human papillomaviruses if a gender-neutral strategy is applied // *J. Infect. Dis.* – 2020. – Vol. 222(6). – P. 948-956. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa099>.
 - 24) Hall M.T., Simms K.T., Lew J.-B., Smith M.A., Brotherton J.M., Saville M., Canfell K. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study // *Lancet Public Health.* – 2019. – Vol. 4(1). – P. e19-e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30183-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30183-X).
 - 25) Patel C., Brotherton J.M., Pillsbury A., Jayasinghe S., Donovan B., Macartney K., Marshall H. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? // *Euro Surveill.* – 2018. – Vol. 23(41). – Art. ID 1700737. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.41.1700737>.
 - 26) Brisson M., Bénard É., Drolet M., Bogaards J.A., Baussano I., Vänskä S., Walsh C. Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic review and metaanalysis of predictions from transmission-dynamic models // *Lancet Public Health.* – 2016. – Vol. 1(1). – P. e8-e17. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30001-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30001-9).
 - 27) Office of the Prime Minister of Australia. A new vaccine to strengthen the health of young Australians. 08.10.2017. <http://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/search/display/display.w3p;query=Id%3A%22media%2Fpressrel%2F5562151%22>.

- 28) Smith M., Canfell K. Impact of the Australian National Cervical Screening Program in women of different ages // Med. J. Aust. – 2016. – Vol. 205. – P. 359-364. <https://doi.org/10.5694/mja16.00289>.
- 29) Tabrizi S.N., Brotherton J.M.L., Kaldor J.M., Skinner S.R., Liu B., Bateson D., Garland S.M. Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study //Lancet Infect. Dis. – 2014. – Vol. 14(10). – P. 958-966. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70841-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70841-2).
- 30) Cancer Council Australia Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. National cervical screening program: guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal кин bleeding. 04.12.2017. http://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening.
- 31) WHO. Vaccine in National Immunization Programme Update January 2020. https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en.
- 32) Bruni L., Saura-Lázaro A., Montoliu A., Brotons M., Alemany L., Diallo M.S., Bloem P. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019 // Prevent. Med. – 2021. – Vol.144. – Art. ID 106399. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.
- 33) Department of Health and Ageing. Immunize Australia program: human papillomavirus (HPV). 14.02.2013. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/evaluation-national-hpv-program.pdf>.
- 34) Machalek D.A., Garland S.M., Brotherton J.M.L., Bateson D., McNamee K., Stewart M., Tabrizi S.N. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year-Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination // J. Infect. Dis. – 2018. – Vol. 217(10). – P. 1590-1600. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy075>.
- 35) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 36) 1 2 Профилактика / Лисицын Ю. П., Трофимов В. В. // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
- 37) Профилактика (в медицине) // Большая советская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978).

- 38) Перейти обратно:1 2 Профилактика // Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю. С. Осипов. — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.
- 39) Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения Архивная копия от 18 мая 2021 на Wayback Machine / ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, научная статья, DOI: 10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320
- 40) Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды Архивная копия от 13 ноября 2018 на Wayback Machine // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года
- 41) Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
- 42) Статистика санитарная // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.
- 43) 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.
- 44) А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему» // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. Архивировано 28 октября 2021 года.
- 45) Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
- 46) Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005
- 47) Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9. (Текст в электронном виде Архивная копия от 26 января 2021 на Wayback Machine на сайте monographies.ru)

- 48) 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) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 50) Реабилитация в медицине / Турович Е. А., Скобля Е. С. // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.
- 51) Реабилитация Архивная копия от 12 мая 2022 на Wayback Machine // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте ВОЗ.
- 52) Реабилитация больных и инвалидов // 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.).
- 53) 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).
- 54) Silver J.A., Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2103; 92: 715–727.
- 55) Nilsson H., Angeras U., Bock D., Börjesson M., Onerup A., Fagevik Olsen M., Gellerstedt M., Haglind E., Angenete E. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery? *BMJ Open*. 2016 Jan 14;6(1):e007997. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007997.
- 56) Hijazi Y., Gondal U., Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. *Int J Surg*. 2017 Mar;39:156-162. DOI: 10.1016/j.ijsu.2017.01.111. Epub 2017 Feb 2.
- 57) Silver J.K., Baima J. Cancer prehabilitation: An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013;92:715–27. 49
- 58) Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R., Desai A., Gourevitch D., Tolosa I., Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg Oncol*. 2015 Dec;22(13):4117-23. DOI: 10.1245/s10434-015-4550-z. Epub 2015 Apr 14.

- 59) Jonathan Carter. Fast-Track Surgery in Gynaecology and Gynaecologic Oncology: A Review of a Rolling Clinical Audit. *ISRN Surgery*. Vol. 2012, Article ID 368014, 19 pages, 2012.
- 60) Nelson G., Bakkum-Gamez J., Kalogera E. et al Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – 2019 update *International Journal of Gynecologic Cancer* Published Online First: 15 March 2019. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.
- 61) De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., (...), Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. (2017) *British Journal of Anaesthesia*, 119 (5). – Pp. 900–907.
- 62) Wren S.M., Martin M., Yoon J.K., Bech F. Postoperative pneumonia-prevention program for the inpatient surgical ward // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2010. –Vol. 210, No. 4 – Pp. 491–495.
- 63) Peedicayil A., Weaver A., Li X., Carey E., Cliby W., Mariani A. Incidence and timing of venous thromboembolism after surgery for gynecological cancer // *Gynecologic Oncology*. – 2011. – Vol. 121, No. 1. – Pp. 64–69.
- 64) Goerling U., Jaeger C., Walz A. et al. The efficacy of psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: A randomized study // *Oncology*. 2014;87:114– 124. Crossref, Medline.
- 65) Smits A., Lopes A., Bekkers R. et al. Body mass index and the quality of life of endometrial cancer survivors – a systematic review and meta-analysis // *Gynecol Oncol* 2015;137:180–7. DOI:10.1016/j.ygyno.2015.01.540.
- 66) Schmitz K.H., Courneya K.S., Matthews C. et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010;42:1409–26. 50
- 67) Zhou Y. et al. Body mass index, physical activity, and mortality in women diagnosed with ovarian cancer: results from the Women's Health Initiative. *Gynecol Oncol*, 2014. 133(1): p. 4–10.
- 68) Biglia N., Zanfagnin V., Daniele A., Robba E., Bounous V.E. Lower Body Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer. *Anticancer Res*. 2017 Aug;37(8):4005– 4015.
- 69) Shaitelman S.F., Cromwell K.D., Rasmussen J.C., Stout N.L., Armer J.M., Lasinski B.B., Cormier J.N. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA Cancer J Clin*. 2015 Jan-Feb;65(1):55-81. DOI: 10.3322/caac.21253. Epub 2014 Nov 19. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2015 May-Jun;65(3):252. PubMed PMID: 25410402; PubMed Central PMCID: PMC4808814.

- 70) Hu H., Xie Z.G., Qin W.L. Effect of electroacupuncture intervention at different phases of post-operation on bladder function in patients undergoing cervical cancer operation. *Zhen Ci Yan Jiu* 2013;38:64–67, 77. Medline, Google Scholar.
- 71) Cannioto R.A., Moysich K.B. Epithelial ovarian cancer and recreational physical activity: A review of the epidemiological literature and implications for exercise prescription. *Gynecol Oncol*, 2015. 137(3): P. 559–73.
- 72) Spence Rosalind R. et al. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*. – V. 36, Issue 2. – P. 185–194.
- 73) Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н. и др. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022;15(1):119-30. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.132>.
- 74) Sacomori C., Araya-Castro P., Diaz-Guerrero P. et al. Pre-rehabilitation of the pelvic floor before radiation therapy for cervical cancer: a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2411-8. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04391-5>.
- 75) Wu X., Liu Y., Zhu D. et al. Early prevention of complex decongestive therapy and rehabilitation exercise for prevention of lower extremity lymphedema after operation of gynecologic cancer. *Asian J Surg*. 2021;44(1):111-5. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2020.03.022>.
- 76) Cross D., Waheed N., Krake M., Gahreman D. Effectiveness of supervised Kegel exercises using bio-feedback versus unsupervised Kegel exercises on stress urinary incontinence: a quasi-experimental study. *Int Urogynecol J*. 2023;34(4):913-20. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05281-8>.

Mundarija

BACHADON BO‘YNI SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	5
BACHADON BO‘YNI SARATONI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	46
BACHADON BO‘YNI SARATONINING TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	60
BACHADON BO‘YNI SARATONI UCHUN PALLIATIV YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	78

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

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

- Qisqacha annotatsiya. Bachadon bo‘yni saratoni bo‘yicha ushbu milliy klinik protokol dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan zamonaviy ilmiy ma’lumotlarga muvofiq bachadon bo‘yni 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.

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

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi

Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1297>

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari

Yuklab olish (XKT-11 dan havola): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947>

- 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 CHIQISHDA 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. Jurayev 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 Anarbayevich – 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 kafedrasini mudiri.
9. Xasanov Akbar Ibragimovich – t.f.d., RIOvaRIATM bosh bo'yin o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
10. Abdulkarimov Xurshid Ganjiyevich – t.f.d. RIOvaRIATM tayanch-harakat a'zolari o'smalari bo'limi ilmiy rahbari;
11. Axmedov Odiljon Muhamedjanovich – t.f.n., RIOvaRITM 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 yetakchi mutaxassisi;
4. Nekova Gulshan Orziyevna – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;
5. Saydaxmedova Viloyat Amirdinovna - RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;

- Retsenzentlar:

Respublikadan:

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

Horiydan:

Denish Pendxarkar – professor, Hindiston onkologlari Assotsiatsiyasi prezidenti, Sarvadoya instituti direktori, Faridobod, Hindiston;

- 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;

Horiydan:

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 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.

Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma (sana, №raqam).

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

YUQT	– Yurak-qon tomir tizimi
FEGDS	– fibroezofagogastroduodenoskopiya
EGS	– ezofagogastroskopiya
EKG	– elektrokardiografiya
TNM	– Tumor Nodus Metastasis – xavfli o‘sma kasalliklari bosqichlarining xalqaro tasnifi
JSST	– Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti
ECOG	– (ingl. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 balli tizim bo‘yicha davolanishdan oldin, davolanish paytida va undan keyin onkologik bemorning umumiy holatini baholash shkalasi (onkologik kasalliklarni o‘rganish uchun Sharqiy Qo‘shma guruh tomonidan tavsiya etilgan).
RW	– Vasserman reaksiyasi
ALT	– Alaninaminotransferaza
AST	– Aspartataminotransferaza
OIV	– Odam immuntanqisligi virusi
Gr	– Grey
HO‘	– Xavfli o‘sma
IGX	– Immunogistoximik (tekshirish)
KSF	– Koloniyestimullovchi faktorlar (omillar)
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	– Polimeraz zanjir reaksiyasi

PET	– Pozitron-emission tomografiya
BMO‘D	– Bir martalik o‘choqli doza
PR	– Progesteron retseptorlari
ER	– Estrogen retseptorlari
QLT	– Qo‘riqchi limfa tuguni (tugunlari)
SO‘D	– Summar o‘choqli doza
UTDG	– Ultratovush dopplerografiya
v/i	– Vena ichiga
i/p	– Intraperitoneal
AFP	– Alfa-fetoprotein
IGX	– immunogistoximiya
KT	– kompyuter tomografiya
LDG	– laktatdigidroginaza
DV	– Dori vositasi
MNN	– Xalqaro patentlanmagan nomi
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
PXT	– poliximioterapiya
NAPXT	– neoad‘yuvant poliximioterapiya
BBS	– Bachadon bo‘yni saratoni
UTT	– Ultratovush tekshiruvi
DD	– Dalillar darajasi
GOG	– Ginekolog onkologlar guruhi (ginekologik saratonni o‘rganish kooperirlangan guruhi, AQSH)
FIGO	– Xalqaro ginekologlar va akusherlar Federatsiyasi
CIN	– Servikal intraepitelial neoplaziya
IIAI	– Papanikolau bo‘yicha surtma
VAIN	– Qin intraepitelial neoplaziyasi

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Onkoginekologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;

- Sogʻliqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrilar, ordinator va aspirantlar.
- **Mazkur nozologiya boʻyicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.**
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi Chkalasi:**

Dalillarning ishonchlilik darajalarini (DID) baholash oʻlchovi diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun

DID	Batavsil
1	Malumot nazorati ostida oʻtkaziladigan tadqiqotlarning tizimli tekshiruvi yoki randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning metatahlil yordamidagi tizimli tekshiruvi
2	Maʼlumotlarning usuli yoki alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi alohida tadqiqotlar muntazam ravishda koʻrib chiqish, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Maʼlumotnoma usuli bilan ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki oʻrganilayotgan usuldan mustaqil boʻlmagan tadqiqotlar yoki tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslab boʻlmaydigan 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 oʻlchovi

DID	Batavsil
1	Metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlarni muntazam koʻrib chiqish.
2	Alohida tasodifiy klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, metatahlil yordamida tasodifiy klinik tadqiqotlar bundan mustasno.
3	Tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar,
4	Taqqoslab boʻlmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki
5	qator hodisalar tavsifi, «hodisa-kontrol» tadqiqotlari.

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

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

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regionar farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosis ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Sabablari

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi

infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag'batlantirishi mumkin.

Bachadon bo'ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug'ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo'yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo'ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo'lgan ayollarda bu jarayon tezroq o'tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug'ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo'lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo'yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo'yni saratonini bilan og'rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo'yni saratonidan o'limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo'yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo'yni saratonini bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10%ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

O'zbekiston Respublikasidagi holat

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o'rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23,1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak

bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o‘limning 12,7% ini tashkil qiladi.

- BBSning klinik tasnifi [7]

BBS tashxisi faqat gistologik tekshiruv natijalari asosida belgilanadi.

Bachadon bo‘yni saratoni bosqichini aniqlash uchun har qanday vizualizatsiya usullari va/yoki morfologik tekshiruv ma‘lumotlaridan foydalanish mumkin. Bachadon bo‘yni saratonining bosqichi usulni tanlash va davolash rejasini tuzish uchun zarur bo‘lgan maxsus terapiya boshlanishidan oldin belgilanadi. Bachadon bo‘yni saratoni bosqichi maxsus davolash boshlanganidan keyin o‘zgarmaydi. Bosqichni aniq belgilashda qiyinchiliklar mavjud bo‘lgan hollarda, avvalgirog‘ini tanlash kerak bo‘ladi. Jarrohlik davosi olayotgan bemorlarda morfologik topilmalarni alohida qayd etish kerak. Buning uchun TNM nomenklaturasi mos keladi (TNMdan oldingi harf qisqartmasi qaysi ma‘lumotlar asosida birlamchi o‘sma (T), limfa tugunlari (N) va uzoq metastazlar (M) holati aniqlanganligini ko‘rsatishi kerak: klinik ma‘lumotlar (cTNM), nur tekshiruvi usullari ma‘lumotlari (rTNM), operatsiyadan keyingi morfologik ekspertiza ma‘lumotlar (pTNM).

Bosqichini aniqlash FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 y.da yangilangan) tasnifi asosida belgilanadi (1-jadval).

1-jadval. BBSni bosqichlar bo‘yicha tasniflanishi (FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 yilda yangilangan) bo‘yicha tasnifi).

TNM	FIGO	
TX	Birlamchi o‘smanni baholash uchun yetarli ma‘lumotlar yo‘q	
T0	Birlamchi o‘sma aniqlanmaydi	
Tis	- ¹	in situ saraton, preinvaziv saraton (ushbu holatlar BBS bilan kasallanish statistikasiga kiritilmagan)
T1	I bosqich	O‘sma bachadon bo‘yni bilan chegaralanadi (bachadon tanasiga tarqalishi hisobga olinmaydi)
T1a	IA	Faqat mikroskopik tashxislanuvchi invaziv karsinoma, eng ko‘p invaziya chuqurligi ≤ 5 mm ^{2,3}
T1a1	IA1	Stromal invaziya ≤ 3 mm
T1a2	IA2	Stromal invaziya > 3 mm, lekin ≤ 5 mm
T1b	IB	Invaziv karsinoma, invazii chuqurligi > 5 mm (IA bosqichidan katta), o‘sma bachadon bo‘yni bilan chegaralangan

T1b1	IB1	Invaziv karsinoma, invaziya chuqurligi > 5 mm va o'sma kesimi eng katta o'lchamda ≤ 2 sm		
T1b2	IB2	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 2 sm, lekin ≤ 4 sm		
T1b3	IB3	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 4 sm		
T2	II bosqich ⁴	Bachadondan tashqariga tarqalgan o'sma, tos devorlariga o'tmagan va qinning pastki uchdan birini zararlamagan		
T2a	IIA	O'sma qinning yuqori uchdan ikki qismini zararlaydi, parametriyni shikastlamasdan		
T2a1	IIA1	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami ≤ 4 sm		
T2a2	IIA2	Invaziv karsinoma eng katta o'lchami > 4 sm		
T2b	IIB	Parametriyni shikastlash bilan, ammo tos devorlariga tarqalmagan		
T3	III bosqich	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi va /yoki tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi kuzatiladi ⁵		
T3a	IIIA	O'sma qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi, ammo tos devoriga tarqalmaydi		
T3b	IIIB	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi hisoblanadi		
	IIIC	Birlamchi o'smaning kattaligi va tarqalishidan qat'i nazar, tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi (T1–T3) (r va p indekslarining belgilanishi bilan) ⁵		
	IIIC1	Faqat tos limfa tugunlarining zararlanishi		
	IIIC2	Faqat paraaortal limfa tugunlarining zararlanishi		
	IV bosqich	Tos suyagidan tashqariga tarqalgan yoki qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga o'sib o'tgan o'sma (bullyoz shish o'smani IV bosqich deb tasniflashga imkon bermaydi)		
T4	IVA	Qovuq yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tish ⁶		
M1	IVB	Uzoq metastazlar ⁷		
Regionar limfa tugunlarining holati			Uzoq metastazlar	
NX	Baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas		M0	Uzoq metastazlar mavjud emas
N0	Regionar limfa tugunlarining zararlanish belgilari yo'q		M1 7	Uzoq metastazlar mavjud

N1 ⁸	Tos limfa tugunlarida metastazlar
N2 ⁸	Paraaortal limfa tugunlarida metastazlar (tos limfa tugunlarida metastazlar bilan birga yoki ularsiz)

¹ FIGO tasnifida 0 (Tis) bosqich qoʻllanilmaydi.

² Oʻsma oʻlchami va uning tarqalganligi haqidagi klinik maʼlumotlarga qoʻshimcha qilishning barcha bosqichlarida vizualizatsiya usullari va gistologik tekshiruvdan foydalanish mumkin

³ IA bosqichda oʻsmaning gorizontol tarqalishi endi hisobga olinmaydi. Invaziya chuqurligi oʻsma yuzaki epiteliydan yoki bezdan kelib chiqqanligidan qatʼi nazar, bazal membranadan aniqlanadi. Qon yoki limfa tomirlarida oʻsma emboliyasini aniqlash bosqichni oʻzgartirmaydi, ammo gistologik tekshiruv xulosasida aks ettirilishi kerak, chunki bu davolash taktikasiga taʼsir qilishi mumkin

⁴ Parametriy zararlangan III bosqichda parametriyga infiltratsiya tugun shakliga ega boʻlganda va tos devoriga yetib borganida tashxis qilinadi. Boshqa hollarda IIB bosqich deya belgilanadi. Shuni taʼkidlash kerakki, ginekologik tekshiruv paytida infiltratning tabiatini (yalligʻlanish yoki oʻsma) baholash mumkin emas.

⁵ "r" (vizualizatsiya usullari) va "r" (gistologik tekshiruv) indekslarini qoʻshish IIS bosqichi qoʻyilgan usulni aniqlashtirish uchun zarur. Misol uchun, agar tos limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi vizualizatsiya usullari bilan aniqlansa, bosqich IIIC1r boʻladi, tos limfa tugunlari shikastlanishi gistologik tasdiqlangan boʻlsa — IIS1p boʻladi. Vizualizatsiya usuli yoki gistologik tekshirish usuli xulosada tavsiflanishi kerak. Agar bosqichni aniq baholash qiyin boʻlsa, avvalroqdagisi qoʻyiladi.

⁶ Qovuq yoki toʻgʻri ichakning shilliq qavatiga invaziya biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi kerak.

⁷ Shu jumladan, chov limfa tugunlari, shuningdek qorin pardaga metastazlar. Kichik chanoq aʼzolarining seroz qavatlari bundan mustasno. Qindagi, kichik chanoq aʼzolari va ortiqlar seroz qavati metastazlari bendan mustasno.

⁸ Limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 0,2 mm, lekin 2 mm dan kam boʻlganda "mi" qoʻshimchasi qoʻshiladi; limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 2 mm boʻlganda "ma" qoʻshimchasi qoʻshiladi; BSLU da metastaz aniqlansa, "sn" qoʻshimchasi qoʻshiladi.

Bachadon boʻyni saratonidagi regionar limfa tugunlari tashqi, ichki, umumiy yonbosh, paraaortal, yopqich, sakral va bel limfa tugunlari hisoblanadi.

Invaziv bachadon boʻyni saratoni bilan ogʻrigan bemorlarning 70-80% da yassi hujayrali saraton, 10-20% da — adenokarsinoma va 10% da — past differensiallashgan saraton tashxisi qoʻyiladi. Bachadon boʻyni xavfli oʻsmalarining boshqa gistologik turlari

1% dan oshmaydi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining morfologik tasnifi 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarini morfologik tasnifi (BJSST, 2020 y.).

YASSI EPITELIY O‘SMALARI

- yassi hujayrali intraepitelial zararlanish (yassi epiteliyning zararlanishi (SIL)):
 - yassi epiteliyning yengil zararlanishi (LSIL)
 - yassi epiteliyning og‘ir zararlanishi (HSIL)
- OPV assotsiirlangan yassi hujayrali saraton
- OPV assotsiirlanmagan yassi hujayrali saraton
- Nospetsifik tipdagi yassi hujayrali saraton

BEZLI EPITELIY O‘SMALARI

- Adenokarsinoma in situ
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlanmagan
- Adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan me‘da tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan yorug‘ hujayrali tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan mezonefroid tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan nospetsifik tipi
- Endometrioid adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Karsinosarkoma nospetsifik tipi
- Bezli-yassi hujayrali karsinoma
- Mukoepidermoid karsinoma
- Adenoid bazal karsinoma
- Differensiallashmagan karsinoma nospetsifik tipi

ARALASH EPITELIAL VA MEZENXIMAL O‘SMALAR

- Adenosarkoma

GERMINOGEN O‘SMALAR

- Germinogen o‘smalar nospetsifik tipi
 - yetilgan teratoma nospetsifik tipi
 - sariqlik xaltasi o‘smasi nospetsifik tipdagi
 - endodermal sinus o‘smasi
 - xoriokarsinoma
 - dermoid kista nospetsifik tipi

NEYROENDOKRIN O‘SMALAR

- Neyroendokrin karsinomalar
 - mayda hujayrali neyroendokrin karsinoma
 - yirik hujayrali neyroendokrin karsinoma
- Aralash neyroendokrin neyroendokrin bo‘lmagan o‘smalar
- Aralash adenokarsinoma neyroendokrin karsinoma bilan

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

Tashxislash mezonlari:

- Shikoyatlari va anamnez:

- Jinsiy yo‘llardan atsiklik qonli, suvli, yiringsimon ajralmalar kelishiga;
- Qorin pastki qismi va beldagi tortuvchi og‘riqqa;
- Menopauza fonida qon kelishiga.

Anamnez:

- Bachadon bo‘yni karsinoma uchun patognomonik shikoyatlar yo‘q. Qoida tariqasida, kasallik 1 yildan 5 yilgacha yoki undan ko‘proq davom etishi mumkin bo‘lgan aniq preinvaziv bosqichga ega. Mikroinvaziv bachadon bo‘yni karsinomasi ko‘pincha tasodifiy murojat qilinganda topiladi. Ib1- Ila2 bosqichida bachadon bo‘yni saratoni tashxisi qo‘yilgan ayollarni ginekolog murojatlarining sababi jinsiy yo‘llardan qon ketish hisoblanadi. Keyingi kechiroq bosqichlarda (Iib-IVa) bel sohasida, qorinning pastki qismida og‘riq shikoyatlari qo‘shiladi.

- Fizikal tekshiruvlar [1, 3]:

Ginekologik ko'rik:

- Tashqi jinsiy a'zolarining holati;
- ko'zgularda qin va bachadon bo'yni tekshiruvi (qin infiltratsiyasi, qin devorlarida metastatik o'choqlar mavjudligi, hajmi, bachadon bo'yni holati);
- patologik (yiringli, qonli) ajralmalarning mavjudligi.

Bimanual ko'rik:

- bachadon o'lchami va shakli;
- ortiqlarining holati;
- parametriyda infiltratlar;
- oldingi va orqa qin gumbazining infiltratsiyasi.

Laborator tekshiruvlar:

- sitologik tekshiruvlar – PAP test (hujayra hajmining gigantgacha o'sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o'zgarishi, yadro hajmining oshishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining turli darajadagi yetukligi, yadrochalar soni va shaklining o'zgarishi);
- gistologik tekshiruv (kuchli hujayra polimorfizmi, hujayra o'lchamlarining kattalashishi, kuchli gipoxromiya, katta yadrolarda bir yoki bir nechta yadrochalar mavjud, rozetka shaklida saraton hujayralarining bezli tuzilmalari, mitoz holatidagi ko'plab hujayralar mavjud);

Instrumental tekshiruvlar:

- kichik chanoq a'zolari UTTsi (agar bachadon bo'yni saratoniga shubha qilingan bo'lsa, bachadon bo'yni o'lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo'lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- kichik chanoq a'zolarining magnit-rezonans tomografiyasi (BBSda bachadon bo'yni o'lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo'lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- ko'krak qafasi, qorin bshlig'i va kichik chanoq a'zolari kompyuter tomografiyasi (kichik chanoq va qorin parda orti soha limfa tugunlarini, ko'krak va qorin bo'shlig'i organlaridagi organik o'zgarishlarni baholash);
- ko'rsatmalarga ko'ra sistoskopiya (o'sma jarayonining qovuqqa o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida) qovuqqa o'sib o'tishga gumon bo'lganda buyuriladi.

- ko'rsatmalarga ko'ra rektoromanoskopiya yoki kolonoskopiya (o'sma jarayonining yo'g'on yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida);
- skeletni ssintigrafiyasi (suyaklarga metastazlar bo'lganda buyuriladi);
- butun tana PEK/KTsi (birlamchi endometriy saratonida yoki kasallikning progressiyalanishida o'sma jarayonining tarqalishini aniqlash yoki maxsus davolash samaradorligi dinamikasini baholash uchun amalga oshiriladi).
- O'sma materialida PD L1 va MSI ni aniqlash (birlamchi radikal davolanishdan keyin kasallik progressiyalanganda yoki terapiyani boshlashdan oldin birlamchi tarqalgan jarayon mavjud bo'lganda).

Jarrohlik yo'li bilan olib tashlangan o'sma preparatining gistologik tekshiruvi quyidagi parametrlarni aks ettirishi kerak:

1. O'smaning gistologik tipi;
2. O'smaning differentsiatsiya darajasi;
3. O'smaning o'lchamlari (uch o'lchami);
4. O'sma invaziyasi chuqurligi;
5. O'smaning eng ko'p invaziyalangan joyida bachadon bo'ynining qalinligi;
6. Qon yoki limfa tovirlarida o'sma embolarining mavjudligi/mavjud emasligi;
7. Qinni rezeksiya qirg'oqlarida, parametriyda, bachadon bo'ynining rezeksiya qirg'oqlarida o'sma (konizatsiya/amputatsiya yoki traxelektomiya bajarilganda); rezeksiya qirg'og'i yaqin bo'lganda, rezeksiya qirg'og'idan o'smagacha bo'lgan masofa ko'rsatiladi;
8. O'smaning qinga o'tishi;
9. Parametriyning o'ngdan, chapdan o'sma bilan zararlanishi;
10. o'ng va chap parametriydan olib tashlangan va zararlangan limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/makrometastazlar);
11. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan tos limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar);
12. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan bel limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar); o'smaning bachadon tanasiga o'tishi;
13. tuxumdonlarining metastatik zararlanishi;

14. o'smaning qovuq, to'g'ri ichak devoriga o'sib o'tishi (ekzenteratsiya yoki qo'shni a'zolar rezeksiyasi bajarilganda);
15. operatsiyadan oldingi terapiya bajarilgan holatlarda, birlamchi o'sma va limfa tugunlari metastazlarining terapevtik patomorfoz darajasi, terapevtik patomorfoz darajasi baholanadigan tasnifga asosan baholanadi

- 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 filtratsiyasi 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 va rektovaginal tekshiruv;
13. Kolposkopiya, bachadon bo'ynidagi barcha shubhali sohalardan biopsiya, zarurat bo'lsa — bachadon bo'yni konizatsiyasi;
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 v/i kontrastlash bilan magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Bioptatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
18. Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
19. Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano bioptatni)
20. Sistoskopiya
21. Rektoromanoskopiya;
22. Ekskretor urografiya, renografiya;

- 23.EKG;
- 24.ExoKG;
- 25.Butun tana PET/KTsi**;
- 26.Kontrastlash bilan MSKT ***;

- 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 molekular-genetik tekshirish;
- 8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
- 9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
- 13.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
- 14.Miyelogramma;
- 15.Periferik qon IFTsi;
- 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 17.Standart –sitogenetik tekshirish;
- 18.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 20.Ortopantomogramma;
- 21.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- 22.FGDS;
- 23.Bronxoskopiya;
- 24.Kolonoskopiya;
- 25.Qorin bo‘shlig‘i a’zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;

26. Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
27. Spirografiya;
28. Bosh miya MRTsi;
29. Skelet suyaklarini rentgenografiyasi yoki ssintigrafiyasi (suyaklarni metastatik shikastlanishiga gumon bo'lganda);
30. Plevra bo'shliqlari, periferik limfa tugunlari, qalqonsimon bez UTTsi;
31. Holter – monitorlash bilan EKG.

* Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

*** PET/KT o'tkazish mumkin bo'lmagan hollarda.

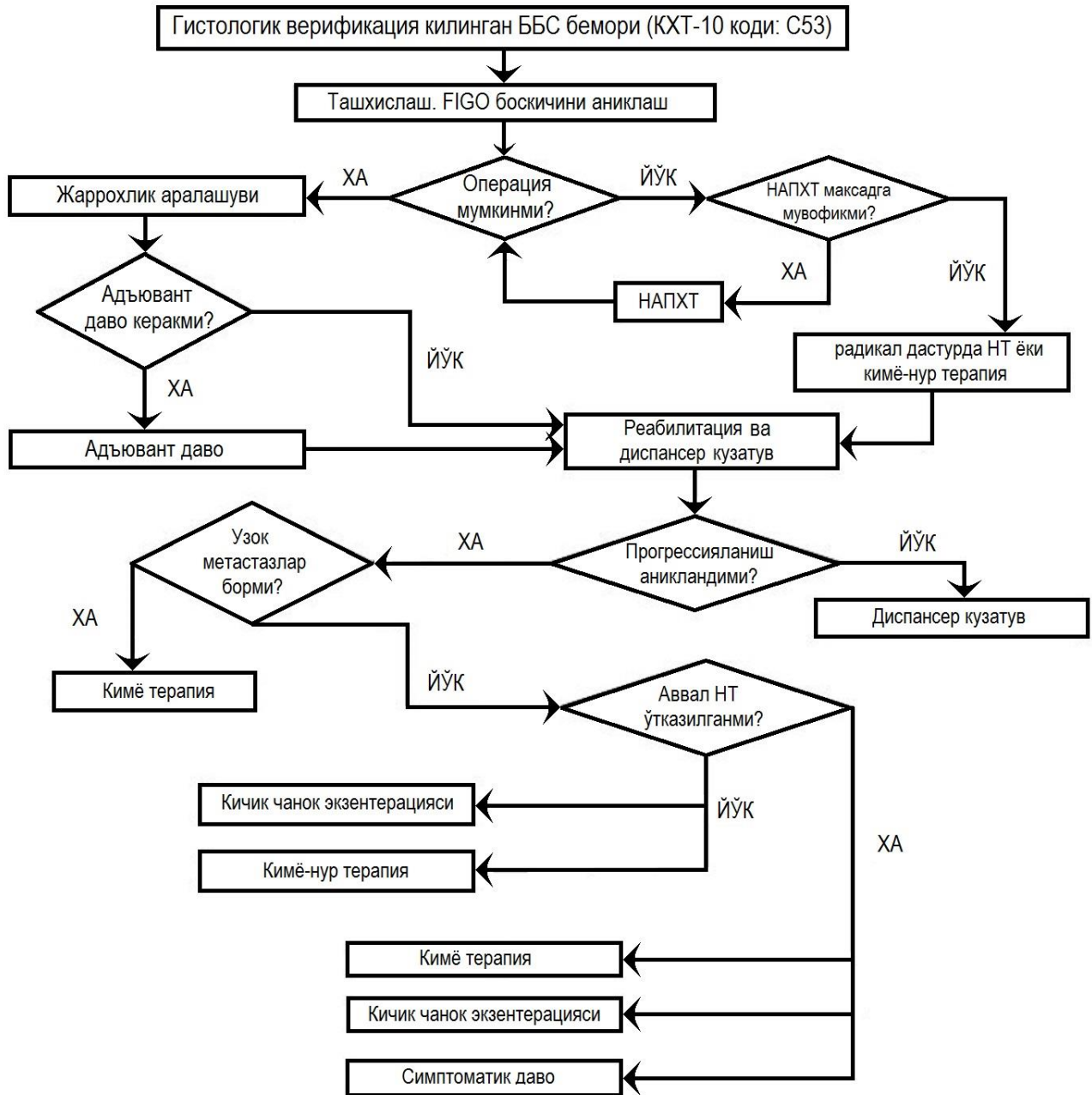
- Tor mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **Mammolog ko'rigi** (ko'krak bezi tomonidan patologiya bo'lganda);
- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YUQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Abdominal onkolog 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 kontratseptiv 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:



- Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash [3, 4].

3-jadval. Qiyosiy tashxis va qo'shimcha tekshiruvlarni asoslash

Tashxis	Qiyosiy tashxis	tekshirish	Tashxisni inkor
---------	-----------------	------------	-----------------

	uchun asoslash		qilish mezonlari
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. «Transformatsiya sohasi» ektopiya sohasidagi metaplaziyalangan va yetilmagan 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.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi [10]: 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:

- Verifikatsiya qilingan bachadon bo'yni saratoni;
- Kurabel bemorlar.

2) Шошилинч ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni shoshilinch va kechiktirib bo'lmaydigan turlarini talab qiladigan saraton kasalligining asoratlari mavjudligi;
- onkologik kasalliklarni davolash (jarrohlik aralashuvi, NT, dori terapiya si va boshqalar) ning asoratlari mavjudligi.

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

1) Davolashdan maqsad:

- xavfli o'smani a'zo bilan to'liq yoki qisman olib tashlash;
- o'sma jarayonining to'liq yoki qisman regressiyasi, stabilizatsiyasiga erishish.

Bachadon bo'yni saratonini davolash usullarini tanlash ko'plab omillarga, shu jumladan o'smaning o'lchamlariga, boshqa a'zo, to'qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog'liq.

Bemorda hamroh kasalliklarning (og'ir yurak, o'pka, buyrak kasalliklari) mavjudligi muhim omil hisoblanadi.

Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun jarrohlik davolash va/yoki kimyo terapiya dan iborat bo'lgan individual reja ishlab chiqiladi.

4-jadval. Bosqichlar bo'yicha davolash taktikasi [11,12]

Bosqich	Davo turi
CIN III	Bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA1	Bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA2	Total gisterektomiya ortiqlar bilan/ortiqsiz +tos limfodisseksiyasi (Priver bo'yicha II tip) /traxeletomiya+tos limfodisseksiyasi/ Jarrohlik davosiga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda – nur terapiyasi
IB1	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (Priver bo'yicha III tip) yosh ayollarda tuxumdonlar transpozitsiyasi bilan / radikal dastur bo'yicha NT yoki XNT. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad'yuvant XNT.

	Oraliq xavf guruhida – ad'yuvant NT. Past xavf guruhida – ad'yuvant davolash o'tkazilmaydi
IB2- IIA	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (III tipda) yosh ayollardan tuxumdonlar troanspozitsiyasi bilan / radikal dastur bo'yicha XNT / neoad'yuvant XT+ Radikal gisterektomiya III tipda. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad'yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad'yuvant NT. Past xavf guruhida – ad'yuvant davolash o'tkazilmaydi
IIB-IVA	Ximionur terapiya
IVA	Tizimli XT

Bosqichlarga qarab davolash

Mikroinvaziv saraton:

- IA1 yoki IA2 bosqichidagi bachadon bo'yni saratoni tashxisi, faqat rezektsiya qirralari manfiy bo'lgan bachadon bo'yni konusining morfologik tekshiruvda yoki traxeletomiya yoki gisterektomiyadan keyin olib tashlangan makropreparat asosida qo'yiladi. Bachadon bo'yni konizatsiyasidan keyin qirralarda CIN III yoki invaziv saraton aniqlangan taqdirda, kasallikning IB1 bosqichidagi kabi bemorni takroriy konizatsiya qilish yoki davolash kerak.

IA1 bosqich (invaziya ≤ 3 mm; gorizontalar tarqalish inobatga olinmaydi):

- BBSni ushbu bosqichdagi asosiy davolash usuli total abdominal yoki qin gisterektomiyasi hisoblanadi.

- Qin intraepitelial neoplaziya mavjud bo'lganda, qin naychasining tegishli qismini olib tashlash kerak. Agar fertillikni saqlab qolish zarur bo'lsa, bachadon bo'yni keng konizatsiya qilinganidan keyin, agar Pap testi o'tkazilsa, rezektsiya qirralari manfiy natijasi bo'lsa kuzatuv o'tkazilishi mumkin. Pap testi 6, 12 oy ichida va undan keyin har yili o'tkaziladi, agar oldingi ikkita test salbiy bo'lsa (DD –B) [4,7].

- Limfa yoriqlarida emboliya bo'lmaganda BBS IA1 bosqichida jarrohlik aralashuvning yetarli hajmi - bachadon bo'yni kanalining qolgan qismini va ko'rsatmalarga ko'ra bachadon bo'shlig'ini qirib olish bilan bachadon bo'yni konizatsiyasi hisoblanadi. Rezektsiya qirrasida va bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirindida o'sma bo'lmasa, bachadonni ekstirpatsiya qilish maqsadga muvofiq emas, chunki bu davolash natijalarini yaxshilamaydi.

- Agar bachadon bo'yni rezektsiyasining chekkalarida yoki bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan olingan qirindida displazi (CIN III) yoki saraton hujayralari topilsa, takroriy konizatsiya qilish kerak. Agar konizatsiya qilishning iloji bo'lmasa,

davolash IB1 bosqichdagi kabi amalga oshiriladi.

- Limfovaskulyar invaziya mavjud bo'lganda va tug'ish funksiyasini saqlab qolish zarurati bo'lmasa, bachadonni I tipdagi jarrohlik yo'li bilan ekstirpatsiya qilish yoki o'zgartirilgan bachadon ekstirpatsiyasi (II turdagi jarrohlik va tos limfa dissektsiyasi (extimol BSLU) ko'rsatma bo'ladi. Yosh bemorlarda (45 yoshgacha) bachadonni olib tashlashda ularning transpozitsiyasini amalga oshirish orqali tuxumdonlarning funksiyasini saqlab qolish mumkin.

- Limfovaskulyar invaziya mavjud bo'lganda va bola tug'ish funksiyasini saqlab qolish zarur bo'lganda, bachadon bo'yni kanalining qolgan qismidan qirindi olish yoki traxelektomiya (I yoki II turdagi jarrohlik) va tos limfa dissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan) bilan bachadon bo'yni konizatsiyasi ko'rsatma bo'ladi.

IA2 bosqich (invaziya > 3 mm va ≤ 5 mm, gorizontal tarqalish inobatga olinmaydi)

- IA2 bosqich kasalligi bo'lgan bemorlarda limfogen metastazlanish uchun ma'lum bir potentsial mavjud va shuning uchun jarrohlik davolash paytida tos limfadenektomiyasini o'tkazish kerak. Ushbu klinik holatlar uchun yetarli operatsiya ikki tomonlama tos limfadenektomiyasi bilan to'ldirilgan o'zgartirilgan radikal gisterektomiya (2-tipdagi amaliyot) hisoblanadi. Dastlabki biopsiya ma'lumotlariga ko'ra limfovaskulyar invaziya bo'lmasa, tos limfadenektomiyasi bilan ekstrafastsial ekstirpatsiya (1-turdagi jarrohlik) bajarilishi mumkin [11] (DD-C).

- Asosiy jarrohlik kirish yo'li laparotomiya hisoblanadi. Agar bemor laparoskopik kirishni talab qilsa, laparoskopik kirish bilan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasini amalga oshirishda unga uzoq muddatli onkologik davolash natijalarining yomonlashishi xavfi haqida ogohlantirish kerak.

Fertillikni saqlab qolish istagi bo'lganda, quyidagilar extimoliy davolash variantlari hisoblanadi:

- bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi, qo'shimcha ekstraperitoneal yoki laparoskopik tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan;
- radikal traxelektomiya, tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan.

- Modifikatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi(II/V tipdagi jarrohlik amaliyoti va tos limfadiissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan)) ko'rsatilgan. Yoshlarda (45 yoshgacha) tuxumdonlarning transpozitsiyasini bajarish orqali ularning funksiyasini saqlab qolish mumkin.

- Limfovaskulyar invaziyadan qat'i nazar va tos limfa tugunlarida metastazlar bo'lmasa, fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarga kengaytirilgan traxelektomiya (II/V tipi) taklif qilinishi mumkin.

- Fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarda bachadon bo‘yni amputatsiyasi, bachadon bo‘yni kanalining qolgan qismini qirib olish (rezektsiya chetida va bachadon bo‘yni kanalining qolgan qismidan olingan qirindida o‘sma yo‘qligi) va tos limfadiissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan) miqdorida ultrakonservativ davolashni amalga oshirish mumkin.

- Reproduktiv funktsiyani saqlab qolishni istamaydigan bemorlarda limfovaskulyar invaziya bo‘lmasa, bachadonni ekstirpatsiya qilish (I/A tipdagi jarrohlik va tos limfadiissektsiyasi (ehtimol BSLU bilan)) miqdorida ultrakonservativ davolashni amalga oshirish mumkin.

- jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda yoki bemor istagiga ko‘ra NT o‘tkazilishi mumkin.

- Ushbu ugurh bemorlarini kuzatuvi, eng avvalo, har 6 va 12 oyda o‘tkazilgan ikkita manfiy testdan so‘ng, har yillik Pap-testga asoslangan.

IB1-IIA1 bosqich

Jarrohlik davosi.

- BBSning standart jarrohlik davosi tos limfadiissektsiyasi bilan birgalikda radikal abdominal gisterektomiya hisoblanadi. Jarrohlik davosini faqat abdominal kirish bilan bajarish zarur.

Bosqichlar bo‘yicha nur terapiyasi: [6,8,9]

IB2-IIIC bosqich.

Konkurent kimyo-nur terapiya: davolashning eng keng tarqalgan usuli – platina preparatlari bilan har haftalik konkurent kim terapiya bilan birgalikda qo‘shma nur terapiyadir.

- nur terapiyaning tavsiya etilgan dozasi A nuqtaga 85 – 90 Grey, B nuqtaga 55 – 60 Grey. Sisplatin 40 mg/m² dozada, har hafta, nur terapiyaning distantsion komponenti fonida. Paraaortal va umumiy yonbosh limfa tugunlariga metastazli bemorlarda nurlanish maydonini paraaortal sohalargacha kengaytirish zarur. Hozirgi kunda nurlanish maydonini kengaytirish bilan konkurent kimyo-nur terapiyaning toksikligi haqidagi ma'lumotlar kam (DD –A).

- Mahalliy tarqalgan bachadon bo‘yni saratoni (kasallikning IIB,III va IVA bosqichlarini o‘z ichiga oladi).

- Standart nur terapiyaning konkurent kimyo terapiya bilan birga qo‘llanilishi standart davolash usuli hisoblanadi (DD – A). BBSning I bosqichida ae'yuvant nur/kimyo-nur terapiyaning buyurilishi masalasi, printsipl jihatdan yirik patolog

jarrohlik tadqiqoti asosida ishlab chiqilgan GOG shkalasi asosida hal qilinadi.

5-jadval. GOGning ball shkalasi

Belgi	Ko'rsatkich	Nisbiy havf
Stromaga invaziya chuqurligi, mm da		
Yuzaki	3	1.0
	4	3.0
	5	7.2
	6	14
	7	21
	8	26
	10	31
O'rta	5	20
	6	22
	7	23
	8	25
	10	28
	12	32
	14	36
Chuqur	7	28
	8	30
	10	34
	12	37
	14	41
	16	45
	18	49
	20	54
O'smaning klinik o'lchami	ko'rinmas	1.0
	1	1.6
	2	1.9
	3	2.4
	4	2.9

	6	4.4
	8	6.6
Limfo-vaskulyar invaziya	Bor	1.7
	Yo‘q	1.0

- Summa ballov GOG ballari summasi invaziya uchun nisbiy havf, o‘smaning o‘lchamlari va limfovaskulyar invaziya ko‘rsatkichlarini ko‘paytirish yo‘li bilan hisoblanadi. Masalan, invaziya chuqurligi 7,0 mm, o‘lchamlari 2,0 sm, LVI si bo‘lgan yuzaki o‘sma, quyidagi ballga ega bo‘ladi: $21 \times 1.9 \times 1.7 = 67.8$

- Ballar soni ≤ 40 bo‘lsa, retsdiv rivojlanishi havfi past bo‘ladi. Shuning uchun ad'yuvant nur terapiya talab etilmaydi. Ballar yig‘indisi 40 dan 120 gacha bo‘lganda, o‘rta havfga, 120 dan yuqori bo‘lganda esa – yuqori ega bo‘ladi. Bunday holatlarda ad'yuvant terapiya masalasini hal qilish kerak bo‘ladi.

IVA bosqich:

- Ayniqsa qovuq yoki rektal oqma mavjud bo‘lganda, birinchi bosqichda, tos a'zolarining ekzenteratsiyasini amalga oshirish mumkin, ammo bu radikal dasturga muvofiq kimyo-nur terapiyaga qarshi ko‘rsatma emas. (DD-C).

IVB bosqich va retsdivlar:

- Birlamchi radikal gisterektomiyadan keyin retsdivlarni davolashning mumkin bo‘lgan usullari: radikal gisterektomiyadan keyin tos bo‘shlig‘idagi retsdivlarni nur terapiyasi bilan ham, jarrohlik yo‘li bilan ham (tos a'zolarining ekzenteratsiyasi) davolash mumkin. Birlamchi jarrohlik davolashdan so‘ng lokal tos a'zolarining retsdivlarini radikal dasturga muvofiq nurlanish (\pm konkurent kimyo terapiya) bemorlarning katta qismida samarali bo‘ladi. Nur terapiyasining dozasi va hajmi kasallikning tarqalishi bilan aniqlanishi kerak. O‘sma o‘lchamlari mikroskopik bo‘lsa odatdagi doza 50 Gr, BMO‘D 1,8 – 2,0 Gr, kamaytirilgan nurlanish maydonlari bilan, katta o‘lchamdagi o‘smalarda esa doza 64 – 66 Grey ni tashkil qiladi.

6-jadval. BBSni jarrohi davosidan so‘ng mahalliy retsdivlar [10,11].

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Nur terapiya radikal gisterektomiyadan keyingi mahalliy retsdivli bemorlarga ko‘rsatilgan	C
Sisplatin qo‘shish bilan va 5-Ftoruratsil bilan/usiz konkurent kimyo-nur terapiya davolash samaradorligini yaxshilaydi	B
Tos ekzenteratsiyasi tos devorlariga tarqalmagan nur va	B

Nur terapiyaning radikal kursidan so'ng mahalliy retsidivlarda:

Markazda lokalizatsiyalangan, qovuq va to'g'ri ichak jalb bo'lgan retsidivli bemorlarda, intraperitoneal disseminatsiya va uzoq metastazlar yo'qligida, bachadon bo'yni va tos devorlari o'rtasida bo'sh joy mavjud bo'lgan bemorlar tos bo'shlig'i ekzenteratsiyasi uchun potentsial nomzodlar hisoblanishadi.

Uzoq metastazlar: Nur terapiyasi simptomatik o'sma metastazlarida palliativ davolash sifatida ko'rsatma bo'ladi, masalan, suyak metastazlari, kattalashgan paraaortal, o'mrov osti limfa tugunlarida yoki og'riqni yo'qotish uchun miya metastazlari uchun.

Kasallikning progressiyalanishida o'sma materialida PDL1 ni aniqlash tavsiya etiladi. O'smada PDL1 ekspressiyasi $> 1\%$ bo'lganda pembrolizumab tanlangan dori hisoblanadi.

BBSning jarrohlik amaliyotidan keyingi topilmalari.

Ushbu topilmalar asosan boshqa ko'rsatkichlarga asosan o'tkazilgan oddiy gisterektomiyadan so'ng tashxis qo'yilgan invaziv BBS holatlariga tegishli. Bunday holatlarda davolanishni boshlashdan oldin, hajm bo'yicha quyidagi qo'shimcha tekshiruv zarur: tos va qorin bo'shlig'i a'zolarining KT yoki MRTsi, jarayonning tarqalishini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasi. Davolash usuli morfologik tekshiruv ma'lumotlari va rentgenologik topilmalar asosida belgilanishi kerak.

Patologik topilmalar mavjud bo'lmasa:

IA1 bosqichda qo'shimcha davo o'tkazilmaydi. IA2 va undan yuqori bosqichlarda quyidagi davo o'tkazish zarur.

a) rezektsiya qirg'oqlari musbat bo'lganda, chuqur stromal invaziyada, limfavaskulyar soha zararlanganda konkurent kimyo-nur terapiya buyuriladi [38].

b) chuqur stromal invaziyasi bo'lmagan, rezektsiya qirg'oqlari manfiy va limfavaskulyar soha zararlanmagan bemorlarda konkurent kimyo-nur terapiyaga alternativa sifatida qinning yuqori uchligi yoki limfadenektomiya bilan radikal parametrektomiya buyuriladi (DD –C).

Homiladorlik vaqtida BBS.

- Homiladorlik davrida bachadon bo'yni saratonini davolash homilador bo'lmagan ayollarda bo'lgani kabi bir xil printsiplarga asoslanadi. Faqat bir nechta maxsus tavsiyalar mavjud. Servikal konizatsiya faqat qon ketish, homiladorlikning tugashi yoki erta tug'ilish xavfi yuqori bo'lganligi sababli sitologik tekshiruv va kolposkopiya ko'ra invaziv o'sishga shubha qilingan taqdirda amalga oshiriladi. Bachadon bo'yni saratoni

bilan kasallangan homilador ayollarni boshqarish taktikasini aniqlashning eng muhim sharti rentgenolog va kimyoterapevtidan tashqari neonatolog va akusher-ginekologni jalb qiladigan multidistsiplinar yondashuvdir.

- Qaror qabul qilishda ayolning o'zi va uning kumr yo'ldoshi qatnashishi zarur va ularni homiladorlikni saqlab qolish istaklari inobatga olinishi kerak.

- Mikroinvaziya BBSga gumon bo'lgan bemorlarda davoni kechiktirish onaga zarar yetkazmaydi va homilaning hayotga layoqatini ishonarlim ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi.

- Kasallikning IA1 bosqichidagi ayollar, konizatsiya qilinganda va rezektsiya qirg'oqlari manfiy bo'lganda, homiladorlikni olib yurishlari mumkin va tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishlari mumkin.

- Mikroinvaziv bachadon bo'yni kartsinomasida tug'riqni hal qilish usuli kasallikning natijasiga ta'sir qilmaydi. IA2 va undan yuqori kasallikning bosqichida davolanish individual ravishda tanlanishi kerak, asosan davolash usuli va uning vaqti to'g'risidagi qaror kasallikning bosqichiga va homiladorlikning davomiyligiga asoslanadi. MRT jarayonning tarqalishini baholash uchun amalga oshiriladi. Agar homiladorlikning 20 xaftaligidan oldin tashxis qo'yilsa, davolanishni darhol boshlash kerak. Tanlash usuli-homila in situ bilan radikal gisterektomiyadir. Kimyo-nur terapiya paytida, qoida tariqasida, homiladorlikni to'xtatish amalga oshirilmaydi, chunki davolanish boshlanganidan keyin o'z-o'zidan tushish sodir bo'ladi.

- Agar homiladorlikning 28 xaftaligidan keyin bachadon bo'yni saratoni aniqlansa, hayotga layoqatli homila olinmaguncha davolanishni kechiktirish tavsiya etiladi. Homiladorlikning 20-28 xaftaligidan IA2 va IBI bosqichlarida bachadon bo'yni saratonini davolash onaning prognoziga sezilarli ta'sir ko'rsatmasdan, hayotiy homila olinmaguncha qoldirilishi mumkin. Kasallikning IB1 dan yuqori bosqichida davolanishning kechikishi prognozni sezilarli darajada yomonlashtiradi va bemorlarning yashovchanligiga ta'sir qiladi.

- Shuni ta'kidlash kerakki, davolanishni boshlashni kechiktirish mumkin bo'lgan davrni aniqlash uchun standartlar mavjud emas. Amalda, kechiktirish davri kasallikning bosqichiga, morfologik topilmalarga, homiladorlikning davomiyligiga va ota-onalarning xohishiga bog'liq.

- Tug'ruq gestatsiyaning 34 haftasidan kechikmay amalga oshiriladi.

2) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so'ng biriktirilgan hududi bo'yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo'lishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

3) nomedikamentoz davvo:

• konservativ davvo paytida bemorning rejimi umumiydir. Operatsiyadan keyingi erta davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operatsiya hajmiga va hamroh patologiyaga qarab). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.

• diyet stol - №15, xirurgik davvordan so‘ng – №1, qandli diabetli bemorlarga stol №9.

- Psixolog ko‘rigi.

4) medikamentoz davvo

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.

Bir vaqtli kimyo-nur terapiya:

• Sisplatin – 40 mg/m² 60 daqiqali infuziya gidratatsiya bilan 1,8,15,22,29 va 36-kunlarnurlanishdan 4 yoat oldin, har hafta, 5 hafta davomida.

Kimyo terapiya.

kimyo terapiya – bu maxsus dorilar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarining o‘shini yo‘q qilish yoki sekinlashtirishga qaratilgan xavfli o‘smalarni tibbiy usulda davolashdir. kimyo terapiya bilan saratoni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo‘yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. O‘sma kimyo terapiya si sxemalari dorilarning ma'lum kombinatsiyalarini 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 operatsiyadan oldin, nooperabel o‘smanni kichraytirish maqsadida, shuningdek operatsiyadan keyin buyurish uchun preparatlarga sezgirligini aniqlash maqsadida buyuriladi.
- ad'yuvant kimyo terapiya jarrohlik davosidan so‘ng metastazlanish va retsidivlar xavfini kamaytirish maqsadida buyuriladi.

- davolovchi kimyo terapiya metastatik saraton hujayralarini kichratirish maqsadida o'tkaziladi.

Lokalizatsiyaga 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 bachadon bo'yini saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o'sma retsidivi;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- infiltratsiyani, o'sma o'lchamlarini kamaytirish va o'tkazilayotgan qo'shma nur terapiya va/yoki jarrohlik davosini radikalligini yaxshilash imkoniyati;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'sma yomon gistotipga ega bo'lganda (past differentsiallashtirilgan, differentsiallashtirilmagan), 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;
- dekompensatsiya 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 undan kam bemor umumiy ahvolidan

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);
- kaxeziya.

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. Doksorubitsin 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. Gemtsitabin 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 kombinatsiyalarni qo'llash imkoni bo'lmaganda, noplatalni kombinatsiyalarni 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 bevatsizumab preparatlari kombinatsiyasini qo'llash eng samarali hisoblanadi.

O'smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSI H/dMMR ekspresiyasida bevatsizumab 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 bevatsizumabni 35 siklgacha o'tkazsa bo'ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

7-jadval. Bachadon bo'yni saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
Neoad'yuvant/ad'yuvant kimyo terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 175 mg/m²v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 80 mg/m² v/i har hafta + karboplatin AUC2 v/i har hafta, 6 yuborilish
Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
I liniya kimyo terapiyasi
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 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 (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 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 + bevatsizumab 1 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 1–3 chi kunlari + bevatsizumab 1 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 + gemtsitabin 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

<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PD L1 ekspresiyasida CPS ≥ 1 yoki o'smada MSI H/dMMR) • Mitomitsin 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. • Gemtsitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada • Dotsetaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Kapetsitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada • Bevatsizumab 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 retsidivlarda) • 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 retsidivlarda)

¹ XTga bevatsizumabni 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 redutsiyalanishi mumkin; qoniqarli ko'targanda dozani standart miqdorgacha eskalatsiyalasa bo'ladi.

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

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

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
Antratsiklinlar	Doksorubitsin	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	Dotsetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemtsitabin	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		

9-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	Bevatsizumab	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	Ofloksatsin	Vena ichiga	C

	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	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	Atsiklovir	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	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-

	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
	Xlorgeksidin	Ichishga	-
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) Xirurgik aralashuvlar □11,17,19,23,26□.

Jadvalda BBSda jarrohlik aralashuvlari tiplarining Piver M.S., Rutledge F. (1974 y.) va Querleu D., Morrow S.P. (2017 y.) bo'yicha 2 hil tasnifi keltirilgan.

10-jadval. BBSda jarrohlik aralashuvlari tiplarining tasnifi.

Piver M. S, Rutledge F. (1974 y.) tasnifi			
I tip	Bachadonni ekstraktsial ekstirpatsiyasi		
II tip	Modifikatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi deganda kardinal, qovuq-bachadon va tos-bachadon bog'lamlarining medial uchligini, qin yuqori uchligini olib tashlashni va tos limfadenektomiyasini o'z ichiga oladi. Uretralarni tunnellashtiriladi, lekin pastki lateral yarim doirasida mobilizatsiya qilinmaydi. Bachadon qon tomirlari uretra darajasida kesiladi.		
III tip	Meygs bo'yicha bachadonning kengaytirilgan ekstirpatsiyasi tos suyagi devorlaridan kardinal va tos-bachadon bog'lamlarini, qovuq devoridan qovuq-bachadon bog'lamlarini, qinning yuqori uchdan bir qismini to'liq olib tashlashni va tos limfadenektomiyasini nazarda tutadi. Uretra qovuq bilan qo'shilish nuqtasiga to'liq mobilizatsiya qilinadi. Bachadon tomirlari ichki yonbosh tomirlaridan chiqib ketish nuqtasida kesiladi		
IV tip	Kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi yuqori qovuq arteriyasini kesish, parauretral to'qimani va qinning 3/4 qismi kletchatkasini olib tashlashni o'z ichiga oladi		
V tip	Kombinatsiyalangan kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi uretraning distal qismlarini olib tashlash va qovuqni rezektsiya qilishni o'z ichiga oladi		
Querleu D., Morrow S. P. (2017 y.) tasnifi			
Tip	Lateral parametrik	Oldingi parametrik	Orqa parametrik
A	Bachadon bo'yni va uretra orasidagi masofa (uretra mobilizatsiya qilinmaydi)	Minimal	Minimal

B1	Uretra sohasida (uretra lateral paramiyetriydan mobilizatsiya qilinadi)	Qisman olib tashlash	Qisman olib tashlash
B2	V1 + paratservikal limfa tugunlar	V1	V1
C1	Yuqori qism tos devorlarigacha (lateral) va chuqur bachadon venasigacha (vertikal)	Yuqori qism (uretradan yuqori) qovuq sohasida	Yuqori qismi to'g'ri ichak sohasigacha (gipogastral nervlar saqlab qolinadi)
C2	To'liq tos devorlarigacha	To'liq qovuqqacha	To'liq chanoqqacha
D1	Ichki yonbosh tomirlari va ular ostidagi to'qimani olib tashlash	C2	C2
D2	Tos devori yondosh fastsial va mushak strukturalari rezektsiyasi	C2	C2

Bachadon bo'yni saratonini davolash usulini tanlash individual ravishda belgilanadi va o'sma jarayonining tarqalishiga va hamroh somatik patologiyaning og'irligiga bog'liq.

Jarrohlik aralashuv turlari:

- Bachadon bo'ynini keng konizatsiyasi;
- Total abdominal yoki qin gisterektomiyasi;
- Abdominal modifikatsiyalangan yoki radikal gisterektomiya, tos /paraaortal limfadenektomiya bilan;
- Abdominal traxeletomiya;
- Jarrohlik (laparoskopik) bosqichlash;
- Radikal traxeletomiya, qo'shimcha tos limfa tugunlarini olib tashlash bilan;
- Kichik chanoq a'zolarining modifikatsiyalangan ekstraperitoneal total (orqa yoki oldingi) ekzenteratsiyasi;

6) Keyingi davolash:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so'ng biriktirilgan hududi bo'yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo'lishlari kerak.
- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;

- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.
- O‘pkalarni rentgenologik tekshiruvni dastlabki 3 yil davomida yarim yilda 1 marta, keyinchalik har yili o‘tkazilishi kerak;
- Nazorat tekshirishlari ko‘lamiga kiradi: MRT OMT, QBA KTsi va KQA KTsi, PET/KT;
- KChA MRTsi, QBA KTsi va KQA KTsi – dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, uchinchi yil davomida har 4 oyda o‘tkaziladi;
- PET/KT – har yili.

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

“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.

Stabilizatsiya - (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).

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

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

Original nomlanishi: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization 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 yengil, o'rilib qilinuvchi ishlarni bajara oladi (masalan, yengil uy va kantsellyariy 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.

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

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer>)

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regional farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari,

shuningdek, jins, gender tarafdoshligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog'liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo'yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko'p va bachadon bo'yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog'liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo'yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo'yni saratoni sabab bo'ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a'zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo'lgan keng tarqalgan jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo'lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o'zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo'ladi. Ko'pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag'batlantirishi mumkin.

Bachadon bo'ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug'ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo'yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo'ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo'lgan ayollarda bu jarayon tezroq o'tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug'ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo'lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo'yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistentsiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo'yni saratoni bilan og'rikan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo'yni saratonidan o'limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo'yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo'yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokartsinoma va 10%ini — past differentsiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o'rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan.

BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23,1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o'limning 12,7% ini tashkil qiladi.

2. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolajaning qo'llanilishi tartibi.

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'sma o'sishini 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'kaziladi.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

- bemorning og'ir holati – ECOG III–IV;
- faol bosqichdagi tuberkulez;
- dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasallik;
- o'tkir kechiktirib bo'lmaydigan g'olalar (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.
- Dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasalliklar.

3) Muolaja e'ki aralashuvga k'rsatmalar;

- jarrohlik davolash yoki biopsiyadan keyin tashxisni majburiy morfologik tekshirish bilan har qanday bosqichdagi bachadon bo'yni 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 bachadon bo'yni 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'sishdan to'xtatish;
- Bachadon bo'yni saratoni retsidivini bartaraf etish;
- Davolashning asosiy usuli sifatida u butun tanaga ta'sir qiladigan tizimli xavfli o'smalar, shu jumladan, bachadon bo'yni 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.

Bachadon bo'yni saratonini davolash usulini tanlash individual ravishda belgilanadi va o'sma jarayonining tarqalishiga va hamroh somatik patologiyaning og'irligiga bog'liq.

Xirurgik davoga ko'rsatmalar:

- Bachadon bo'ynining gistologik verifikatsiyalangan operabel va rezektabel xavfli o'smalari (BBSni jarrohlik davosi bo'limiga qarang);
- Xirurgik davoga qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda.

Bachadon bo'yni xavfli o'smalarida xirurgik davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- Bemorda nooperabellik belgilari va og'ir hamroh kasalliklari mavjud bo'lsa;
- surunkali dekompensirlangan va/yoki o'tkir funktsional nafas, yurak-qon tomir, peshob ajratish tizimining buzilishlari;
- umumiy anesteziyada qo'llaniluvchi preparatlarga allergiya.

kimyo terapiya ga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan bachadon bo'yni saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o'sma retsidivi;

- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YuQT faoliyati saqlanganda;
- infiltratsiyani, o'sma o'lchamlarini kamaytirish va o'tkazilayotgan qo'shma nur terapiya va/yoki jarrohlik davosini radikalligini yaxshilash imkoniyati;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'sma yomon gistotipga ega bo'lganda (past differentsiialashgan, differentsiialashmagan), davolashning uzoq natijalarini yaxshilash.

кимё терапия га қарши кўрсатмалар:

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

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o'tkir infektsiyaon 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 ahvolidning 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);
- kaxeziya.

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

Aholiga onkologik yordam ko'rsatadigan tibbiy muassasalarning onkoginekologik, 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 operatsion blokda ishlash, radioaktiv va ionlashtiruvchi manbalar bilan ishlash imkoniyatiga ega bo'lishi, radiatsiya, shuningdek, onkoginekologiya va/yoki kimyoterapiya va/yoki radiatsiya xavfsizligi kurslarini o'tash muddati o'tmagan sertifikatlari bor bo'lishi kerak.

- «Onkologiya», «onkoginekologiya», «Kimyo terapiya», «nur terapiya» (radiatsion 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 onkoginekologiya 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:

Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:

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 filtratsiyasi 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 va rektovaginal tekshiruv;

13. Kolposkopiya, bachadon bo‘ynidagi barcha shubhali sohalardan biopsiya, zarurat bo‘lsa — bachadon bo‘yni konizatsiyasi;
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 v/i kontrastlash bilan magnit-rezonans tomografiyasi;
16. Ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
17. Bioptatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
18. Bioptatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
19. Bioptatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano bioptatni)
20. Sistoskopiya
21. Rektoromanoskopiya;
22. Ekskretor urografiya, renografiya;
23. EKG;
24. ExoKG;
25. Butun tana PET/KTsi**;
26. Kontrastlash bilan MSKT ***;

- 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 kislotasi ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogenetik tekshirish;
7. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
10. Prokalsitonin
11. Antitrombin III, D-dimer
12. Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
13. Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
14. Miyelogramma;

- 15.Periferik qon IFTsi;
 - 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
 - 17.Standart –sitogenetik tekshirish;
 - 18.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
 - 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
 - 20.Ortopantomogramma;
 - 21.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
 - 22.FGDS;
 - 23.Bronxoskopiya;
 - 24.Kolonoskopiya;
 - 25.Qorin bo‘shlig‘i a’zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;
 - 26.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
 - 27.Spirografiya;
 - 28.Bosh miya MRTsi;
 - 29.Skelet suyaklarini rentgenografiyasi yoki ssintigrafiyasi (suyaklarni metastatik shikastlanishiga gumon bo‘lganda);
 - 30.Plevra bo‘shliqlari, periferik limfa tugunlari, qalqonsimon bez UTTsi;
 - 31.Holter – monitorlash bilan EKG.
- * Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.
- ** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.
- *** PET/KT o‘tkazish mumkin bo‘lmagan hollarda.

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 litsenziya 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, funktsional 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>;
- Funktsional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funktsional 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-reanimatsiya bo‘limlari yeanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko‘rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operatsion 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 strukturasida 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;
- sterilizatsiya;
- 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 [8].

11-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

B) Xavfsizlik choralari rioya qilish talablari [8]: O‘zbekiston

Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga muvofiq jarrohlik shifoxonasining barcha sanitariya normalari va qoidalariga, kimyoviy va radiatsion xavfsizlikka rioya qilish.

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfeld birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarning standart to‘plami;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya 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 premedikatsiya 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) Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

“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.

Stabilizatsiya - (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).

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

**«BACHADON BO‘YNI SARATONI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi. Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regionar farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar

bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarsiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirishi mumkin.

Bachadon bo‘ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug‘ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo‘yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo‘ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo‘lgan ayollarda bu jarayon tezroq o‘tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug‘ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo‘lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo‘yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo‘yni saratonidan o‘limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo‘yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo‘yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10%ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma‘lumotlariga ko‘ra, O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o‘rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi. Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23.1% - III bosqichda va 4,6% -

IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo‘lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo‘lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o‘lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O‘zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo‘yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o‘limni tashkil etadi va ko‘krak bezi, me‘da va o‘pka saratonidan keyin 4-o‘rinni egallaydi. Ayol aholining o‘limi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o‘limning 12,7% ini tashkil qiladi.

- Profilaktika yoki reabilitatsiya 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» [35] 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 [36][37].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo‘linadi [38]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud [38].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi[36] 39] va sog‘liqni saqlashning yuqori holatini ta'minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [40], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo‘yicha ta'lim [41] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog‘liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan [42] [43].

Profilaktik chora-tadbirlar sog‘liqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi bo‘lib, aholi o‘rtasida tibbiy-ijtimoiy faollik va sog‘lom turmush tarzini rag‘batlantirishga qaratilgan.

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko‘rish orqali to‘liq sog‘lom inson hayotini uzaytirishga

intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko‘rib chiqiladi [44][45].

Tibbiy reabilitatsiya (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 [49]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo‘qolgan 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: sog‘lom bo‘lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o‘zini o‘zi anglash [50] [51] [52].

Davolashdan farqli o‘laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o‘tkir bosqichi bo‘lmaganda amalga oshiriladi [53].

Tibbiy reabilitatsiya reabilitatsiyaning boshqa turlari — jismoniy, psixologik, mehnat, ijtimoiy, iqtisodiy turlari bilan chambarchas bog‘liq.

2. Profilaktika yoki reabilitatsiya 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.

3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya 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 funktsiyalarini tiklash) reabilitatsiyasiga qaratilgan bo'ladi [46].

Prereabilitatsiya (prehabilitation) – tashxis qo'yilgan paytdan boshlab davolash boshlanishigacha reabilitatsiya (jarrohlik davolash/ kimyoterapiya/ radioterapiya).

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

Reabilitatsiyaning II bosqichi – kasallikning erta tiklanish davrida, kech reabilitatsiya davrida, kasallikning qoldiq belgilari davrida tibbiy tashkilotlarning (reabilitatsiya markazlari, reabilitatsiya bo'limlari) statsionar sharoitida reabilitatsiya.

Reabilitatsiyaning III bosqichi – reabilitatsiya, 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 reabilitatsiyaning erta va kech davrlarida, shuningdek, kasallik kechishining qoldiq belgilari davrida reabilitatsiya.

4) Ommaviy profilaktika choralari va individual profilaktika o'tkazish tamoyillari:

Bachadon bo'yni saratonining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi.

Aholining xabardorligini oshirish va ma'lumot va xizmatlardan foydalanishni ta'minlash hayot davomida infektsiyani oldini olish va nazorat qilishning asosiy omillari hisoblanadi.

- 9-14 yoshda emlash - odam papilloma virusi (OPV), bachadon bo'yni saratoni va OPV bilan bog'liq boshqa saraton kasalliklarini oldini olishning yuqori samarali usuli hisoblanadi.
- 30 yoshdan boshlab (OIV infektsiyasiga chalingan ayollar uchun 25 yoshdan boshlab) skrining tekshiruvi bachadon bo'yni kasalliklarini aniqlash imkonini beradi va ularni

davolash esa bachadon bo‘yni saratonining oldini oladi.

- Agar alomatlar yoki xavotirlar paydo bo‘lganda, u erta bosqichda tashxis qo‘yilsa va darhol yuqori sifatli davolash boshlansa, bachadon bo‘yni saratoni har qanday yoshda davolanishi mumkin.

Uchlamchi profilaktika:

- retsidivlar, metastazlarning oldini olish, erta tashxis qo‘yish va davolash;
- vitaminlar, oqsillarga boy to‘liq diyetadan foydalanish, zararli odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish), virusli infeksiyalar va hamroh kasalliklarning oldini olish, onkolog tomonidan muntazam profilaktik tekshiruvlar, muntazam diagnostika muolajalardan (o‘pka rentgenogrammasi, jigar, buyraklar, bo‘yin limfa tugunlarining ultratovush tekshiruvi) o‘tib turish.

3.1. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) profilaktikaning maqsadi:

Bachadon bo‘yni saratoni paydo bo‘lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo‘q qilish, davolanishdan keyin kasallikning asoratlarini erta aniqlash va oldini olish.

2) Birlamchi profilaktika –

Displaziya va bachadon bo‘yni saratoni uchun xavf guruhiga quyidagilar kiradi:

- Jinsiy faoliyatning erta boshlanishi.
- Erta birinchi homiladorlik.
- Jinsiy sheriklarning tez-tez o‘zgarishi.
- Ayollarda yoki uning jinsiy sherigida papillomavirus yoki herpes infeksiyasining mavjudligi.
- Anamnezida tez-tez abort qilish.
- Chekish.
- Bachadon bo‘yni patologiyasini o‘z vaqtida davolamaslik (eroziya, displaziya, leykoplakiya, poliplar).
- Og‘ir irsiyat.
- Immunitet tanqisligi holatlari.

Bachadon bo‘yni saratonining profilaktikasi birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi.

Birlamchi profilaktika quyidagi xavf omillarini bartaraf etishdan iborat:

- Erta jinsiy hayot, erda nikohning oldini olish;
- Jinsiy sheriklarning tez-tez o'zgarishini istisno qilish;
- Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun jinsiy aloqa paytida shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish (prezervativ);
- Emlash. Emlashdan so'ng, turli yoshdagi ayollar barqaror immunitetni rivojlantiradilar va butun kuzatuv davrini saqlab qoladilar.

2023 yildan boshlab dunyo bo'ylab oltita OPV vaktsinasi mavjud. Ularning barchasi bachadon bo'yni saratonining ko'p qismini keltirib chiqaradigan yuqori xavfli OPV 16 va 18 turlaridan himoya qiladi va OPV va bachadon bo'yni saratoni infeksiyasini xavfsiz va samarali oldini olish qobiliyatini namoyish etdi.

9-14 yoshdagi barcha qizlarga jinsiy xayotni boshlashdan oldin OPVga qarshi emlash bilan erishish ustuvor vazifalardan biridir. Vaktsina bir martalik yoki ikki tomonlama rejimda qo'llanilishi mumkin. Optimal himoya qilish uchun immuniteti zaif shaxslar 2 yoki 3 dozani olishlari kerak. Ba'zi mamlakatlarda aholi orasida OPV tarqalishini yanada kamaytirish va erkaklarda OPV keltirib chiqaradigan saraton rivojlanishining oldini olish uchun o'g'il bolalarni ham emlashga qaror qilindi.

OPV infeksiyasi profilaktikasining boshqa muhim usullari:

- chekishni boshlamaslik yoki tashlash;
- prezervativlardan foydalanish;
- Erkaklarda ixtiyoriy sunnatni bajaring.

3) Skrining:

30 yoshdan boshlab har 5-10 yilda ayollar bachadon bo'yni saratoniga tekshirilishi kerak. OIV bilan kasallangan ayollar har 3 yilda 25 yoshdan boshlab tekshirilishi kerak. Global strategiyaning bir qismi sifatida yuqori samarali OPV testidan foydalangan holda skrining 35 yoshida umr bo'yi kamida ikki marta va yana 45 yoshida o'tkazilishi tavsiya etiladi. Saraton oldi kasalliklar kamdan-kam hollarda alomatlar bilan kechishi sababli, OPVga qarshi emlangan bo'lsa ham, bachadon bo'yni saratonini muntazam ravishda tekshirish muhimdir.

Ayollar uchun afzal variant bo'lishi mumkin bo'lgan OPV testi uchun o'z-o'zidan namuna olish, tibbiyot mutaxassislari tomonidan namuna yig'ish kabi ishonchli ekanligi isbotlangan.

Ijobiy OPV testidan (yoki boshqa skrining usulidan) so'ng, shifokor bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarini (masalan, saraton oldi kasalliklari) aniqlashi mumkin, agar davolanmasa, bachadon bo'yni saratoniga aylanishi mumkin. Saraton oldi kasalligini davolash - bu bachadon bo'yni saratoni rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi oddiy muolajadir.

Davolashni shifokor bilan birinchi uchrashuvda ("skrining va davolash" usuli) yoki takroriy testdan soʻng ("skrining, triyaj va davolash" usuli) taklif qilish mumkin. Ikkinchi yondashuv ayniqsa OIV bilan yashovchi ayollar uchun tavsiya etiladi.

Saraton oldi kasalliklarini davolash tez va qoida tariqasida ogʻriqsiz va kamdan-kam hollarda asoratlarni keltirib chiqaradi. Davolash bosqichlari shikastlanishni aniqlash va baholash uchun kolposkopiya yoki bachadon boʻyni vizual tekshiruvini oʻz ichiga oladi va shundan soʻng quyidagilar amalga oshiriladi:

- termik ablyatsiya. Bunda hujayralarni kuydirish uchun yoʻllaniladigan qizdirilgan zond qoʻllaniladi;
- krioterapiya. Bunda hujayralarga muzlatuvchi taʼsir qiluvchi sovuq zond qoʻllaniladi;
- LLETZ (transformatsiya zonasining katta halqa eksiziyasi), bu elektr yordamida isitiladigan xalqa yordamida anomal toʻqimalarni olib tashlashni oʻz ichiga oladi; va/yoki
- konus biopsiya. Bunda skalpel yordamida konussimon toʻqima elementi olib tashlanadi.

4) Ikkilamchi profilaktika:

Bachadon boʻyni saratonidan oldingi kasalliklarni va toʻliq davolash mumkin boʻlgan bachadon boʻyni saratonining dastlabki simptomsiz bosqichlarini aniqlash uchun surtmani sitologik tekshiruv va kolposkopiya (20 yoshdan oshgan ayollarda) bilan profilaktik tibbiy koʻriklar.

Bachadon boʻyni saratonining oldini olish va erta aniqlash uchun har bir ayol har 6 oyda bir marta profilaktik tekshiruvdan oʻtishi kerak.

Bachadon boʻyni saratonidan optimal himoya-bu ayolning sogʻligʻini saqlaydigan emlash bilan birgalikda surtmalarni sitologik tekshirish bilan muntazam tekshiruvlardir.

5) Uchlamchi profilaktika:

Uchlamchi profilaktika bachadon boʻyni saratonini davolashni (jarrohlik, nur terapiyasi, kimyoterapiya va boshqa usullar), shuningdek, ayolning davolanish kursidan keyin toʻliq hayotga qaytishiga imkon beradigan choralarni oʻz ichiga oladi. Bunga terapevtik tadbirlar, jismoniy va ijtimoiy rehabilitatsiya kiradi.

- Uchlamchi profilaktika: har qanday yoshdagi ayollar uchun saraton kasalligini davolash va boshqarish, shu jumladan jarrohlik, kimyoterapiya va radioterapiya usullaridir.
- Radikal davolanish yordam bera olmasa, palliativ yordamga kirishish juda

muhimdir.

Ushbu tavsiyalarning turli elementlarini amalga oshirish uchun turli xil sog‘liqni saqlash xizmatlari va dasturlari zarur. Ko‘rsatmalar bachadon bo‘yni saratonining muvaffaqiyatli profilaktikasi uchun sog‘liqni saqlash xizmatlarining barcha darajalarida ishlaydigan tarmoqlar, sog‘liqni saqlash dasturlari va mutaxassislar o‘rtasidagi hamkorlikning muhimligini ta’kidlaydi.

Ko‘rsatmalar, shuningdek, bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilishni mavjud sog‘liqni saqlash tizimlariga, jumladan, oilani rejalashtirish, tug‘ruqdan keyingi parvarish va OIV/OITSGa qanday kiritish mumkinligini ko‘rsatadi. Masalan, o‘spirinlarni emlash ularga sog‘liq uchun qo‘shimcha ma’lumot va jinsiy xulq-atvor va sog‘lom turmush tarzi bo‘yicha tavsiyalar berish imkoniyati sifatida ishlatilishi mumkin.

Ayollar salomatligini yaxshilashning global imkoniyati BMT Bosh kotibining 2010 yilgi ayollar va bolalar salomatligi bo‘yicha Global strategiyasiga asoslangan bachadon bo‘yni saratonining oldini olish va nazorat qilish dasturlarini amalga oshirishdir. Bachadon bo‘yni saratoni 2011 yilda BMT Bosh Assambleyasining yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha oliy darajadagi yig‘ilishining siyosiy Deklaratsiyasiga kiritilgan yuqumli bo‘lmagan kasalliklar qatoriga kiradi.

2013 yilda Jahon Sog‘liqni saqlash Assambleyasi bachadon bo‘yni saratonini A'zo davlatlar tomonidan tasdiqlangan 2013-2020 yillarga mo‘ljallangan noinfektsion kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish bo‘yicha harakatlar rejasining ustuvor yo‘nalishlaridan biri sifatida aniqladi va shu bilan bachadon bo‘yni saratoni va boshqa noinfektsion kasalliklarga qaratilgan tadbirlarni milliy sog‘liqni saqlash rejalariga kiritishga tayyorligini bildirdi.

3.2. reabilitatsiyaning usuli va muolajalari:

Prereabilitatsiya

Prereabilitatsiya funktsional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, operatsiyadan keyin statsionarda qolish muddatini qisqartiradi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlar va o‘lim holatlarini kamaytiradi. Prereabilitatsiya jismoniy tarbiya (LFK), psixologik va nutritiv qo‘llab-quvvatlash va bemorlarni xabardorligini o‘z ichiga oladi [54].

Jismoniy prereabilitatsiya aerob va anaerob yuklamalar kombinatsiyasidan iborat. Bu kombinatsiya fizik zo‘riqlashlarga 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 [55].

Jismoniy faollikning yuqori darajasi BBS bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini va yashovchanligini sezilarli darajada yaxshilaydi [67].

- operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi va ehtimolini kamaytirish maqsadida operatsiyadan oldingi bosqichda LFK o‘tkazish tavsiya etiladi [56].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- operatsiyadan keyingi o‘pka asoratlarini va statsionarda bo‘lish davomiyligini kamaytirish maqsadida prereabilitatsiya vaqtida bemorlarga nafas mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi [57].

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 [56].

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 [58].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

Xirurgik davolashda reabilitatsiya

- bemorlarni statsiyaonarda 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 asoratlarning va takroriy hospitalizatsiya xavfini ko‘paytirmaydi [59, 60].

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 [61].

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 gigiyenasi kuniga 2 marta va operatsiyadan keyingi davrda o‘pkada dimlanish va operatsiyadan keyingi pnevmoniyani oldini olish uchun bemorlarni erta faollashtirish tavsiya etiladi [62].

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, BBS bilan og‘rigan bemorlar, uzoq vaqt kasalxonaga yotishi va anamnezida venoz tromboemboliyaning bo‘lishi, uning rivojlanish xavfini oshiradi. [63].

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

- Operatsiyadan keyingi davrda psixologik korrektsiya va relaksatsiya usullarini o‘tkazish tavsiya etiladi, bu bemorlarning xavotirini, zo‘riqishini, og‘riqsizlantirish vaqti chastotasini kamaytirishga va onkoginekologik bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi [64].

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

- Bemorlarga davolanish tugagandan so‘ng faol hayot tarzini olib borish tavsiya etiladi – bachadon bo‘yni saratonini kompleks davolashdan keyin semirish va harakatsiz turmush tarzi bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradigan, qayg‘uga olib keladigan mustaqil omillardir [65].

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 [66].

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 [68, 69].

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 [69].

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

Kimyo terapiya va nur terapiyada reabilitatsiya

- Barcha bemorlarga kombinatsiyalangan davolanish paytida va u tugagandan so‘ng 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, ko‘ngil aynishi, qusishni kamaytiradi., og‘riq, kayfiyatni yaxshilaydi [70].

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

Izohlar: Dozalangan, sekin o‘sib boruvchi jismoniy yuklama, onkoginekologik bemorlarda kimyo terapiyani ko‘tara oishlikni yaxshilaydi [71].

- kimyo terapiya fonida kardial asoratlar chastotasini kamatirish maqsadida barcha bemorlarga LFK kompleksini bajarish tavsiya etiladi [72].

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

Bachadon bo‘yni saratonini davolashning radikal usullarining ayol hayotining deyarli barcha sohalariga aniq salbiy ta'siri tufayli bunday bemorlarni boshqarish rejasiga samarali reabilitatsiya choralari kiritish eng dolzarb masala hisoblanadi. Samarali tiklanish faqat ko‘p tarmoqli reabilitatsiya mutaxassislari guruhining muvofiqlashtirilgan ishi bilangina mumkin bo‘ladi, bular: onkologlar, ginekologlar, jarrohlar, jismoniy va reabilitatsiya tibbiyoti shifokorlari, nevrologlar, psixologlar, seksologlar, endokrinologlar, gastroenterologlar, urologlar. Bunday fanlararo yondashuv bachadon bo‘yni saratonini davolashning radikal usullari natijasida aziyat chekadigan barcha sohalarga har tomonlama ta'sir ko‘rsatishga imkon beradi. Morfofunktsional buzilishlarni tuzatish bilan bir vaqtda, ayolning psixo-emotsional holati bilan ham ishlash kerak.

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

Reabilitatsiyadan oldingi bosqichda tos bo‘shlig‘i mushaklarini normallashtirish uchun jismoniy mashqlar bilan shug‘ullanish profilaktika rolini o‘ynashi va nur terapiyasidan 1 oy keyin peshob tuta olmaslikning oldini olishi mumkin [74].

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

Qin mikrobiotsenozi vaginal muhitning to‘g‘ri rN darajasini hosil qiladi, bu urogenital traktning normal ishlashiga yordam beradi, patogen mikroorganizmlarning faollashuvidan va infeksiyaning rivojlanishidan himoya qiladi, buzilgan trofik sharoitda epiteliya tiklanish jarayonlarini tezlashtiradi. Shunday qilib, vaginal florani tuzatish keng qamrovli reabilitatsiya dasturining muhim tarkibiy qismidir [73] [76].

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

Qinning mikrobiomasi va rN qiymatini tiklash uchun birinchi navbatda VA hodisalarini zararsizlantirish va laktobakteriyalarning mahalliy tarkibini oshirish kerak. Onkoginekologik bemorlarda tizimli gormonlarni almashtirish terapiyasining (GAT) salbiy ta'sirining yuqori xavfini hisobga olgan holda, mutaxassislar vaginal moylash materiallari, namlovchi, jel va moylash materiallari ko‘rinishidagi gormonal bo‘lmagan

mahsulotlarni afzal ko'rishadi. Zamonaviy moylash materiallari vaginada quruqlik, tirnash xususiyati, noqulaylik namoyon bo'lishini yo'q qiladi yoki kamaytiradi, shuningdek qo'shimcha ta'sir sifatida mahalliy rN ni kamaytiradi va mahalliy mikrobiomani normallashtiradi [73][76].

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

Menopauzadagi AGT uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, individual bemorlarga estriol mahalliy ravishda sham, krem va kapsulalar shaklida buyurilishi mumkin, bu AVA uchun "oltin" davolash standarti hisoblanadi. Estrogen retseptorlari bilan bog'lanib, preparat epiteliyani tiklashga, proliferativ qatlamlar tufayli uning qalinligini tiklashga yordam beradi; kollagen va elastin sintezini normallashtirish tufayli tos suyagi tayanch-harakat tizimining yetarli ishlashi; vaginal mikrobiomada laktobakteriyalarning tarqalishi uchun maqbul bo'lgan mos rN qiymatlari kamayishiga olib keladi [76].

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

4. 3-turdagi profilaktika yoki rehabilitatsiyani o'tkazishga ko'rsatmalar (ular profilga muvofiq belgilanadi).

Bachadon bo'yni saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali BBS bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika bachadon bo'yni saratonini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda BBSni to'liq davolash ehtimoli yuqori.

Uchlamchi rehabilitatsion profilaktik terapiyasi bemor yoshi, gistologik ko'rinish bosqichidan qat'i nazar, sitostatik terapiyani olgan va/yoki tugatgan bachadon bo'yni saratoni bo'lgan barcha bemorlar uchun amalga oshiriladi.

Samaradorlikni baholash va profilaktika rejimini tuzatish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun klinik va laboratoriya profilaktik terapiyasini kuzatish tavsiya etiladi. Klinik nazoratda profilaktik almashtirish terapiyasining yetarli darajada samaradorligi to'g'risida qaror klinik test natijalari me'yoridan chetga chiqish va spetsifik sitostatik terapiya paytida va undan keyin bemorning somatik holatining yomonlashishi (yaxshilanmasligi) holatlarida qabul qilinadi.

3.1. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari (xalqaro standartlarga muvofiq, dalillarga asoslangan tibbiyot instituti ma'lumotlari):

- Bachadon bo'yni saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi [1, 3]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);

- Bachadon bo‘yni saratoni va / yoki kasallikning og‘ir klinik turlari bo‘lgan barcha bemorlarga nogironlik va bemorlarning o‘limini rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun maxsus terapiya asoratlarning oldini olish tavsiya etiladi [4, 11]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);
- Maxsus sitostatik terapiya tugagandan so‘ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitatsiya profilaktikasini o‘tkazish tavsiya etiladi [20, 27]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);

3.2. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va ko‘lamini aniqlash mezonlari (faoliyat, xayot faoliyatini cheklash va sog‘liqning Xalqaro tasnifiga ko‘ra xalqaro shkalalar).

- Fizikal tekshiruvlar, jumladan ginekologik ko‘rik — dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili. V/i kontrastlash bilan k ichik chanoq, qorin bo‘shlig‘i a'zolari KT / MRTsi / qorin bo‘shlig‘i, kichiq k chanoq va qorin parda orti soha UTTsi va dastlab miqdjori ko‘tarilgan bo‘lsa, SCC darajasini aniqlash (yassi hujayrali saratonda) — 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yillar davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Qon umumiy tahlili va qonning biokimyoviy tahlili 1-chi yil davomida har 3 oyda, 2-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik har yili o‘tkazilib turilishi kerak.

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

5. Etapy i ob'emy reabilitatsii:

Bachadon bo‘yni saratoni bemorlari bachadon bo‘yni saratoni bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, onkoginekolog, pediater, onkolog, tibbiy psixolog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo‘lsa. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish maqsadga muvofiqdir.

Bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning dispanser monitoringi quyidagilarni o‘z ichiga oladi: kasallikning qaytalanish yoki metastaz belgilari mavjudligini baholash bilan bemorning ahvolini dinamik kuzatish, sitostatik terapiyaning tugallangan sikllaridan keyin umumiy restorativ terapiya paytida noxush hodisalar mavjudligi, individual dori ko‘tara olishligi monitoringi, virusli kontamizatsiya, kasallikning o‘zgarishi. bemorning psixologik yoki ijtimoiy holati, boshqa muhim tizimlarning holatini baholash talab etiladi.

Kimyo-radioterapiya asoratlarini davolash: qon parametrlarini tuzatish, og‘iz gigiyenasi, oshqozon-ichak trakti, MIT a'zolari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Bachadon bo‘yni saratoni

bilan ogʻrigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida roʻyxatdan oʻtkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

6. Tibbiy profilaktika yoki rehabilitatsiya darajasini koʻrsatadigan holda tashxislash tadbirlari:

1) Dalillar darajasi kiritilgan holda asosiy tashxislash tadbirlari

- Ginekologik koʻrik va rektovaginal tekshiruv;
- Kolposkopiya, bachadon boʻynining barcha shubhali sohalaridan biopsiya, zarurat boʻlsa — bachadon boʻyni konizatsiyasi;
- Trombotsitlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- QBA + buyraklar, kichik chanoq, qovuq va periferik limfa tugunlar UTTsi;
- Koʻkrak qafasi rentgen tekshiruvi;
- Koʻkrak qafasi MSKTsi yoki butun tana PET/KTsi;

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

2) Dalillar darajasi kiritilgan holda qoʻshimcha tashxislash tadbirlari:

- Gepatit B, C viruslariga PZR (miqdoriy)
- Qon KIX va gazlarini aniqlash;
- Fertil yoshdagi ayollar uchun - homiladorlik testi, XGCh ni aniqlash;
- Bosh, boʻyn, qorin boʻshligʻi, qorin boʻshligʻini kontrastli KTsi;
- Bronxoskopiya;
- Sistoskopiya;
- Rektoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Spirografiya.
- Bosh miya MRTsi;

- Plevra bo‘shliqlari UTTsi;
- Holter – monitorlovchi EKG
- Kontrastli KT

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

7. Darajasi ko‘rsatilgan holda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

1) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

- Fizikal tekshiruvlar, shu jumladan ginekologik ko‘rik — dastlabki 2 yilda har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Retsidivga gumon bo‘lganda, gistologik tekshiruv bilan biopsiya tavsiya qilinadi.

V/i kontrastlash bilan kichik chanoq, qorin bo‘shlig‘i a‘zolari KT / MRTsi / qorin bo‘shlig‘i, kichik chanoq va qorin parda orti soha UTTsi va dastlab miqdjori ko‘tarilgan bo‘lsa, SCC darajasini aniqlash (yassi hujayrali saratonda) — 2 yil davomida har 3 oyda, 3-chi va 4-chi yillar davomida har 6 oyda, keyinchalik – har yili.

- Ko‘krak qafasi rentgen grafiyasi/KTsi — har yili.

- PET KT — ko‘rsatmalarga asosan.

- Qon umumiy tahlili va qonning biokimyoviy tahlili 1-chi yil davomida har 3 oyda, 2-chi yil davomida har 6 oyda, keyinchalik har yili o‘tkazilib turilishi kerak.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

2) Dalillar darajasini ko‘rsatish bilan tavsiya qilinadigan qo‘shimcha profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari:

Qo‘shimcha profilaktika choralariga retsdiv 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).

8. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko‘rsatkichlari:

Profilaktik terapiya va reabilitatsiya dinamik nazorat tashrifi davomida klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvlarni kuzatish kerak. Bachadon bo‘yni saratoni uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko‘rsatkichlari quyidagicha:

- Kasallik retsdivining yo‘qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo‘qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarining 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;
- Bachadjon bo‘yni saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan holatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash.

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

TOSHKENT – 2025

- Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT (MKB)-10 kodi (lar):

Kod	Nomlanishi
C.53	Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
C.53.0	Ichki qismi
C.53.1	Tashqi qismi
C53.8	Yuqorida ko‘rsatilgan bitta yoki undan ko‘p sohalardan tashqari chiqqan bachadon bo‘ynining shikastlanishi
C53.9	Bachadon bo‘ynining aniqlashtirilmagan sohasi
Yuklab olish (XKT (MKB)dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1297	

- KXT-11 kodi (lari):

Kod	Nomlanishi
2C77.0	Yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.1	Bachadon bo‘yni adenokarsinomasi
2C77.2	Bezli-yassi hujayrali bachadon bo‘yni saratoni
2C77.3	Neyroendokrin bachadon bo‘yni saratoni
2C77.Y	Bachadon bo‘ynining boshqa aniqlangan xavfli o‘smalari
2C77.Z	Aniqlanmagan bachadon bo‘yni xavfli o‘smalari
Yuklab olish (XKT-11 dan havola): https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Bachadon bo‘yni saratoni (BBS) - dunyodagi ayollarda eng keng tarqalgan xavfli o‘smalardan biridir.

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manbaga havola: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Jahon Sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, bachadon bo‘yni saratoni dunyo bo‘ylab ayollarda to‘rtinchi eng keng tarqalgan saraton turi hisoblanadi; 2020 yilda 604 000 yangi holatlar kuzatilgan. Bachadon bo‘yni saratonidan 342 000 o‘limning taxminan 90 foizi kam yoki o‘rta daromadli mamlakatlarda sodir bo‘lgan. Bachadon bo‘yni saratonidan kasallanish va o‘limning eng yuqori ko‘rsatkichlari Sahroi Kabirdan janubdagi Afrika davlatlarida, Markaziy Amerika va Janubi-Sharqiy Osiyoda kuzatiladi.

Bachadon bo‘yni saratoni yukidagi regional farqlar emlash, skrining va davolash xizmatlaridan foydalanishdagi tengsizliklar, OIV tarqalishining xavf omillari, shuningdek, jins, gender tarafkashligi va qashshoqlik kabi ijtimoiy va iqtisodiy omillar bilan bog‘liq. OIV bilan kasallangan ayollar bachadon bo‘yni saratoniga chalinish ehtimoli umumiy aholiga qaraganda olti baravar ko‘p va bachadon bo‘yni saratonining barcha holatlarining 5% OIV bilan bog‘liqligi taxmin qilinmoqda. Bachadon bo‘yni saratoni rivojlanishida OIVning roli yosh ayollar orasida nomutanosib ravishda yuqori va natijada bolalarning onasini saraton kasalligidan mahrum qilish holatlarining 20 foizida bachadon bo‘yni saratoni sabab bo‘ladi.

Odam papilloma virusi (OPV) teri, jinsiy a‘zolar va tomoqni zararlashi mumkin bo‘lgan keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyadir. Jinsiy faol bo‘lgan insonlarning deyarli barchasiga bir vaqtning o‘zida yuqadi va odatda alomatlarisiz bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda immunitet tizimi OPVdan tanani tozalaydi. OPVning persistirlanuvchi infeksiyasi saratonga aylanadigan anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirishi mumkin.

Bachadon bo‘ynining persistirlanuvchi OPV infeksiyasi (bachadonning qinga ochiladigan pastki qismi - tug‘ilish kanali deb ham ataladi) davolanmasa, 95% holatlarda bachadon bo‘yni saratonini keltirib chiqaradi. Anomal hujayralar saratonga aylanishi uchun odatda 15-20 yil kerak bo‘ladi, ammo immunitet tizimining buzilishi bilan, masalan, davolanmagan OIV infeksiyasi bo‘lgan ayollarda bu jarayon tezroq o‘tishi va 5-10 yil davom etishi mumkin. Saraton rivojlanishining xavf omillari orasida OPV tipidagi onkogenlik darajasi, immunitet holati, boshqa jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalarning mavjudligi, tug‘ilishlar soni, birinchi homiladorlik davrida ayolning yosh bo‘lganligi, gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish va chekish kiradi.

Bachadon bo‘yni saratonining aksariyat holatlarining sababi OPV onkogen subtiplarining persistensiyasi (davom etishi) dir. Onkogen OPV ning 16 va 18 subtiplari bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 71% da uchraydi, OPVning 31, 33, 45, 52 va 58 subtiplari esa bemorlarning 19% da aniqlanadi. Bachadon bo‘yni saratonidan o‘limni kamaytirish strategiyasiga ikkilamchi profilaktika (Surtmalarni Papanikolau bo‘yicha sitologik tekshiruv va/yoki OPVga DNK tekshiruv) va birlamchi profilaktika (OPVga qarshi emlash) kiradi.

Invaziv bachadon bo‘yni saratoni bilan bemorlarning 70-80% ini, yassi hujayrali saraton, 10-20% ini adenokarsinoma va 10% ini — past differensiallashgan saraton tashkil etadi. Bachadon bo‘yni xavfli o‘smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi.

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma’lumotlariga ko‘ra, O‘zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida BBS 3-o‘rinni egallaydi va BBS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 5,1 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida BBS ko‘krak bezi saratonidan keyin 2-o‘rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 10,3 ni tashkil qiladi. 2022 yilda BBS bilan birinchi marta 1851 bemor aniqlandi.

Ulardan 46,6% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. BBSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 99,0% ni tashkil qiladi. 17,6% holatlar kasallikning I bosqichida, 53,4% - II bosqichda, 23.1% - III bosqichda va 4,6% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,3% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 9918 bemor BBS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 55,4 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 42,4% va 1 yillik o'lim darajasi 9,2% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 331 bemor bachadon bo'yni saratonidan vafot etdi, bu 100 ming aholiga nisbatan 2,7 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, me'da va o'pka saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi. Ayol aholining o'limi orasida BBS ko'krak bezi saratonidan keyin 2-o'rinni egallaydi va ayol aholi orasida saratondan o'limning 12,7% ini tashkil qiladi.

Bachadon bo'yni saratonini palliativ davolash bemorning hayot sifatini yaxshilashga, asosiy kasallik bilan kurashish usullarining imkoniyatlari deyarli tugaganida va to'liq davolanish ehtimoli minimal bo'lganida uning ahvolini yengillashtirishga qaratilgan. Yetarli va o'z vaqtida palliativ yordam kasal ayolga bir necha qo'shimcha hayot yillarini berishi mumkin. Bu bemorlarning 60% dan ko'prog'ida sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatadi, 25-30% esa kuzatilgan progressni muhim deb tavsiflash mumkin.

3) Tasnifi (Palliativ yordamga mos) [7]

BBS tashxisi faqat gistologik tekshiruv natijalari asosida belgilanadi.

Bachadon bo'yni saratoni bosqichini aniqlash uchun har qanday vizualizatsiya usullari va/yoki morfologik tekshiruv ma'lumotlaridan foydalanish mumkin. Bachadon bo'yni saratonining bosqichi usulni tanlash va davolash rejasini tuzish uchun zarur bo'lgan maxsus terapiya boshlanishidan oldin belgilanadi. Bachadon bo'yni saratoni bosqichi maxsus davolash boshlanganidan keyin o'zgarmaydi. Bosqichni aniq belgilashda qiyinchiliklar mavjud bo'lgan hollarda, avvalgirog'ini tanlash kerak bo'ladi. Jarrohlik davosi olayotgan bemorlarda morfologik topilmalarni alohida qayd etish kerak. Buning uchun TNM nomenklaturasi mos keladi (TNMdan oldingi harf qisqartmasi qaysi ma'lumotlar asosida birlamchi o'sma (T), limfa tugunlari (N) va uzoq metastazlar (M) holati aniqlanganligini ko'rsatishi kerak: klinik ma'lumotlar (cTNM), nur tekshiruv usullari ma'lumotlari (rTNM), operatsiyadan keyingi morfologik ekspertiza ma'lumotlar (pTNM).

Bosqichini aniqlash FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 y.da yangilangan) tasnifi asosida belgilanadi (12-jadval).

12-jadval. BBSni bosqichlar bo'yicha tasniflanishi (FIGO (2018 y.) va TNM (8-nashr, 2021 yilda yangilangan) bo'yicha tasnifi).

TNM	FIGO	
TX	Birlamchi o'smani baholash uchun yetarli ma'lumotlar yo'q	
T0	Birlamchi o'sma aniqlanmaydi	
Tis	- ¹	in situ saraton, preinvaziv saraton (ushbu holatlar BBS bilan kasallanish statistikasiga kiritilmagan)
T1	I bosqich	O'sma bachadon bo'yni bilan chegaralanadi (bachadon tanasiga tarqalishi hisobga olinmaydi)
T1a	IA	Faqat mikroskopik tashxislanuvchi invaziv karsinoma, eng ko'p invaziya chuqurligi ≤ 5 mm ^{2,3}
T1a1	IA1	Stromal invaziya ≤ 3 mm
T1a2	IA2	Stromal invaziya > 3 mm, lekin ≤ 5 mm
T1b	IB	Invaziv karsinoma, invazii chuqurligi > 5 mm (IA bosqichidan katta), o'sma bachadon bo'yni bilan chegaralangan
T1b1	IB1	Invaziv karsinoma, invaziya chuqurligi > 5 mm va o'sma kesimi eng katta o'lchamda ≤ 2 sm
T1b2	IB2	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 2 sm, lekin ≤ 4 sm
T1b3	IB3	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami > 4 sm
T2	II bosqich ⁴	Bachadondan tashqariga tarqalgan o'sma, tos devorlariga o'tmagan va qinning pastki uchdan birini zararlamagan
T2a	IIA	O'sma qinning yuqori uchdan ikki qismini zararlaydi, parametriyni shikastlamasdan
T2a1	IIA1	Invaziv karsinoma, eng katta o'lchami ≤ 4 sm
T2a2	IIA2	Invaziv karsinoma eng katta o'lchami > 4 sm
T2b	IIB	Parametriyni shikastlash bilan, ammo tos devorlariga tarqalmagan
T3	III bosqich	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi va /yoki tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi kuzatiladi ⁵
T3a	IIIA	O'sma qinning pastki uchdan bir qismini o'z ichiga oladi, ammo tos devoriga tarqalmaydi
T3b	IIIB	O'sma tos devoriga tarqaladi va/yoki gidronefroz yoki ishlamaydigan buyrakning sababi hisoblanadi

	IIC	Birlamchi o'smaning kattaligi va tarqalishidan qat'i nazar, tos va/yoki paraaorta limfa tugunlarining shikastlanishi (T1–T3) (r va p indekslarining belgilanishi bilan) ⁵	
	IIC1	Faqat tos limfa tugunlarining zararlanishi	
	IIC2	Faqat paraaortal limfa tugunlarining zararlanishi	
	IV bosqich	Tos suyagidan tashqariga tarqalgan yoki qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga o'sib o'tgan o'sma (bullyoz shish o'smani IV bosqich deb tasniflashga imkon bermaydi)	
T4	IVA	Qovuq yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tish ⁶	
M1	IVB	Uzoq metastazlar ⁷	
Regionar limfa tugunlarining holati		Uzoq metastazlar	
NX	Baholash uchun ma'lumotlar yetarli emas	M0	Uzoq metastazlar mavjud emas
N0	Regionar limfa tugunlarining zararlanish belgilari yo'q	M1 7	Uzoq metastazlar mavjud
N1 ⁸	Tos limfa tugunlarida metastazlar		
N2 ⁸	Paraaortal limfa tugunlarida metastazlar (tos limfa tugunlarida metastazlar bilan birga yoki ularsiz)		

¹ FIGO tasnifida 0 (Tis) bosqich qo'llanilmaydi.

² O'sma o'lchami va uning tarqalganligi haqidagi klinik ma'lumotlarga qo'shimcha qilishning barcha bosqichlarida vizualizatsiya usullari va gistologik tekshiruvdan foydalanish mumkin

³ IA bosqichda o'smaning gorizontal tarqalishi endi hisobga olinmaydi. Invaziya chuqurligi o'sma yuzaki epiteliydan yoki bezdan kelib chiqqanligidan qat'i nazar, bazal membranadan aniqlanadi. Qon yoki limfa tomirlarida o'sma emboliyasini aniqlash bosqichni o'zgartirmaydi, ammo gistologik tekshiruv xulosasida aks ettirilishi kerak, chunki bu davolash taktikasiga ta'sir qilishi mumkin

⁴ Parametrik zararlangan III bosqichda parametriyga infiltratsiya tugun shakliga ega bo'lganda va tos devoriga yetib borganida tashxis qilinadi. Boshqa hollarda IIB bosqich deya belgilanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, ginekologik tekshiruv paytida infiltratning tabiatini (yallig'lanish yoki o'sma) baholash mumkin emas.

⁵ "r" (vizualizatsiya usullari) va "r" (gistologik tekshiruv) indekslarini qo'shish IIS bosqichi qo'yilgan usulni aniqlashtirish uchun zarur. Misol uchun, agar tos limfa tugunlarining metastatik shikastlanishi vizualizatsiya usullari bilan aniqlansa, bosqich IIC1r bo'ladi, tos limfa tugunlari shikastlanishi gistologik tasdiqlangan bo'lsa — IIS1p

bo'lad. Vizualizatsiya usuli yoki gistologik tekshirish usuli xulosada tavsiflanishi kerak. Agar bosqichni aniq baholash qiyin bo'lsa, avvalroqdagisi qo'yiladi.

⁶ Qovuq yoki to'g'ri ichakning shilliq qavatiga invaziya biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi kerak.

⁷ Shu jumladan, chov limfa tugunlari, shuningdek qorin pardaga metastazlar. Kichik chanoq a'zolarining seroz qavatlari bundan mustasno. Qindagi, kichik chanoq a'zolari va ortiqlar seroz qavati metastazlari bendan mustasno.

⁸ Limfa tugunlarida metastazlar hajmi $> 0,2$ mm, lekin 2 mm dan kam bo'lganda "mi" qo'shimchasi qo'shiladi; limfa tugunlarida metastazlar hajmi > 2 mm bo'lganda "ma" qo'shimchasi qo'shiladi; BSLU da metastaz aniqlansa, "sn" qo'shimchasi qo'shiladi.

Bachadon bo'yni saratonidagi regionar limfa tugunlari tashqi, ichki, umumiy yonbosh, paraaortal, yopqich, sakral va bel limfa tugunlari hisoblanadi.

Invaziv bachadon bo'yni saratoni bilan og'rikan bemorlarning 70-80% da yassi hujayrali saraton, 10-20% da — adenokarsinoma va 10% da — past differensiallashgan saraton tashxisi qo'yiladi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining boshqa gistologik turlari 1% dan oshmaydi. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarining morfologik tasnifi 13-jadvalda keltirilgan.

13-jadval. Bachadon bo'yni xavfli o'smalarini morfologik tasnifi (BJSST, 2020 y.).

YASSI EPITELIY O'SMALARI

- yassi hujayrali intraepitelial zararlanish (yassi epiteliyning zararlanishi (SIL)):
 - yassi epiteliyning yengil zararlanishi (LSIL)
 - yassi epiteliyning og'ir zararlanishi (HSIL)
- OPV assotsiirlangan yassi hujayrali saraton
- OPV assotsiirlanmagan yassi hujayrali saraton
- Nospetsifik tipdagi yassi hujayrali saraton

BEZLI EPITELIY O'SMALARI

- Adenokarsinoma in situ
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlangan
- Adenokarsinoma in situ OPV assotsiirlanmagan
- Adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlangan

- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan me'da tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan yorug' hujayrali tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan mezonefroid tipi
- Adenokarsinoma OPV assotsiirlanmagan nospetsifik tipi
- Endometrioid adenokarsinoma nospetsifik tipi
- Karsinosarkoma nospetsifik tipi
- Bezli-yassi hujayrali karsinoma
- Mukoepidermoid karsinoma
- Adenoid bazal karsinoma
- Differensiallashmagan karsinoma nospetsifik tipi

ARALASH EPITELIAL VA MEZENXIMAL O'SMALAR

- Adenosarkoma

GERMINOGEN O'SMALAR

- Germinogen o'smalar nospetsifik tipi
 - yetilgan teratoma nospetsifik tipi
 - sariqlik xaltasi o'smasi nospetsifik tipdagi
 - endodermal sinus o'smasi
 - xoriokarsinoma
 - dermoid kista nospetsifik tipi

NEYROENDOKRIN O'SMALAR

- Neyroendokrin karsinomalar
 - mayda hujayrali neyroendokrin karsinoma
 - yirik hujayrali neyroendokrin karsinoma
- Aralash neyroendokrin neyroendokrin bo'lmagan o'smalar
- Aralash adenokarsinoma neyroendokrin karsinoma bilan

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 davo, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o‘tkazish muddatining kelishi;
- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo‘lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

1) Shikoyatlar va anamnez:

- Jinsiy yo‘llardan atsiklik qonli, suvli, yiringsimon ajralmalar kelishiga;
- Qorin pastki qismi va beldagi tortuvchi og‘riqqa;
- Menopauza fonida qon kelishiga.
- Qorin hajmining kattalashishi,
- Dispepsiya belgilari,
- Vazn yo‘qotish,
- Ishtaha yo‘qotish,
- kichik chanoq sohasida og‘riq sindromi,
- hansirash,
- umumiy holsizlik.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: Shikoyatlar va kasallik anamnezi tafsilotlari, shu jumladan oilaviy anamnezi haqida ma'lumot to‘plash davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo‘lgan omillarni aniqlash maqsadida amalga oshiriladi;

2) Fizikal tekshirishlar [1, 3]:

Ginekologik ko‘rik:

- Tashqi jinsiy a‘zolarining holati;
- ko‘zgularda qin va bachadon bo‘yni tekshiruvi (qin infiltratsiyasi, qin devorlarida

metastatik o‘choqlar mavjudligi, hajmi, bachadon bo‘yni holati);

- patologik (yiringli, qonli) ajralmalarning mavjudligi.

Bimanual ko‘rik:

- bachadon o‘lchami va shakli;
- ortiqlarining holati;
- parametriyda infiltratlar;
- oldingi va orqa qin gumbazining infiltratsiyasi.

3) Laborator tekshiruvlar:

Bajarish tavsiya etiladi:

- kengaytirilgan umumiy (klini) qon tahlili,
- jigar va buyraklar faoliyati ko‘rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili,
- peshobni umumiy (klinik) tahlili,
- bemorning ahvolini baholash, davolash taktikasi va algoritmini aniqlash va kasallikning prognozini baholash maqsadida BBS barcha bemorlariga qon ivish tizimini tekshirish [1, 4-10].
- sitologik tekshiruvlar – PAP test (hujayra hajmining gigantgacha o‘sishi, hujayra ichidagi elementlarning shakli va sonining o‘zgarishi, yadro hajmining oshishi, uning konturlari, yadro va boshqa hujayra elementlarining turli darajadagi yetukligi, yadrochalar soni va shaklining o‘zgarishi);
- gistologik tekshiruv (kuchli hujayra polimorfizmi, hujayra o‘lchamlarining kattalashishi, kuchli gipoxromiya, katta yadrolarda bir yoki bir nechta yadrochalar mavjud, rozetka shaklida saraton hujayralarining bezli tuzilmalari, mitoz holatidagi ko‘plab hujayralar mavjud);

4) Instrumental tekshiruvlar:

- kichik chanoq a‘zolari UTTsi (agar bachadon bo‘yni saratoniga shubha qilingan bo‘lsa, bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- kichik chanoq a‘zolarining magnit-rezonans tomografiyasi (BBSda bachadon bo‘yni o‘lchamlari normal yoki kattalashadi, uning tuzilishi geterogen bo‘lib, bachadon va tuxumdonlarning holati ham baholanadi);
- ko‘krak qafasi, qorin bshlig‘i va kichik chanoq a‘zolari kompyuter tomografiyasi

(kichik chanoq va qorin parda orti soha limfa tugunlarini, ko'krak va qorin bo'shlig'i organlaridagi organik o'zgarishlarni baholash);

- ko'rsatmalarga ko'ra sistoskopiya (o'sma jarayonining qovuqqa o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida) qovuqqa o'sib o'tishga gumon bo'lganda buyuriladi.
- ko'rsatmalarga ko'ra rektoromanoskopiya yoki kolonoskopiya (o'sma jarayonining yo'g'on yoki to'g'ri ichakka o'sib o'tishini tashhishlash maqsadida);
- skeletni ssintigrafiyasi (suyaklarga metastazlar bo'lganda buyuriladi);
- butun tana PEK/KTsi (birlamchi endometriy saratonida yoki kasallikning progressiyalanishida o'sma jarayonining tarqalishini aniqlash yoki maxsus davolash samaradorligi dinamikasini baholash uchun amalga oshiriladi).
- O'sma materialida PD L1 va MSI ni aniqlash (birlamchi radikal davolanishdan keyin kasallik progressiyalanganda yoki terapiyani boshlashdan oldin birlamchi tarqalgan jarayon mavjud bo'lganda).

Jarrohlik yo'li bilan olib tashlangan o'sma preparatining gistologik tekshiruvi quyidagi parametrlarni aks ettirishi kerak:

1. O'smaning gistologik tipi;
2. O'smaning differentsiatsiya darajasi;
3. O'smaning o'lchamlari (uch o'lchami);
4. O'sma invaziyasi chuqurligi;
5. O'smaning eng ko'p invaziyalangan joyida bachadon bo'ynining qalinligi;
6. Qon yoki limfa tovirlarida o'sma embolarining mavjudligi/mavjud emasligi;
7. Qinni rezeksiya qirg'oqlarida, parametriyda, bachadon bo'ynining rezeksiya qirg'oqlarida o'sma (konizatsiya/amputatsiya yoki traxelektomiya bajarilganda); rezeksiya qirg'og'i yaqin bo'lganda, rezeksiya qirg'og'idan o'smagacha bo'lgan masofa ko'rsatiladi;
8. O'smaning qinga o'tishi;
9. Parametriyning o'ngdan, chapdan o'sma bilan zararlanishi;
10. o'ng va chap parametriydan olib tashlangan va zararlangan limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/makrometastazlar);
11. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan tos limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/mikrometastazlar/ makrometastazlar);

12. o'ng va chap tomondan olib tashlangan va zararlangan bel limfa tugunlarining umumiy soni; metastazlarning hajmi mm da (izolyatsiyalangan o'sma hujayralari/ mikrometastazlar/ makrometastazlar); o'smaning bachadon tanasiga o'tishi;
13. tuxumdonlarning metastatik zararlanishi;
14. o'smaning qovuq, to'g'ri ichak devoriga o'sib o'tishi (ekzenteratsiya yoki qo'shni a'zolar rezeksiyasi bajarilganda);
15. operatsiyadan oldingi terapiya bajarilgan holatlarda, birlamchi o'sma va limfa tugunlari metastazlarining terapevtik patomorfoz darajasi, terapevtik patomorfoz darajasi baholanadigan tasnifga asosan baholanadi

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

- ✓ Og'riq va boshqa og'riqli alomatlarining oldini olish va yo'q qilish, bemorning azobini yengillashtirish;
- ✓ 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 yengish 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.
- Bachadon bo'yni saratonini davolash usullarini tanlash ko'plab omillarga, shu jumladan o'smaning o'lchamlariga, boshqa a'zo, to'qimalar va limfa tugunlarining jarayonga jalb qilinganligiga bog'liq.
- Bemorda hamroh kasalliklarning (og'ir yurak, o'pka, buyrak kasalliklari) mavjudligi muhim omil hisoblanadi.
- Mutaxassislar bu omillarning barchasini hisobga olishadi. Bemor uchun jarrohlik davolash va/ yoki kimyo terapiya dan iborat bo'lgan individual reja ishlab chiqiladi.

14-jadval. Bosqichlar bo'yicha davolash taktikasi [11,12]

Bosqich	Davo turi
CIN III	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA1	Bachadon bo‘ynini keng konizatsiyasi / total gisterektomiya
IA2	Total gisterektomiya ortiqlar bilan/ortiqsiz +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha II tip) /traxeletomiya+tos limfodisseksiyasi/ Jarrohlik davosiga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lganda – nur terapiyasi
IB1	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (Priver bo‘yicha III tip) yosh ayollarda tuxumdonlar transpozitsiyasi bilan / radikal dastur bo‘yicha NT yoki XNT. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad‘yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad‘yuvant NT. Past xavf guruhida – ad‘yuvant davo o‘tkazilmaydi
IB2- IIA	Radikal gisterektomiya +tos limfodisseksiyasi (III tipda) yosh ayollardan tuxumdonlar troanspozitsiyasi bilan / radikal dastur bo‘yicha XNT / neoad‘yuvant XT+ Radikal gisterektomiya III tipda. Progressiyalanishning yuqori xavfida – ad‘yuvant XNT. Oraliq xavf guruhida – ad‘yuvant NT. Past xavf guruhida – ad‘yuvant davo o‘tkazilmaydi
IIB-IVA	Ximionur terapiya
IVA	Tizimli XT

IVA bosqichni davolash:

- Ayniqsa qovuq yoki rektal oqma mavjud bo‘lganda, birinchi bosqichda, tos a'zolarining ekzenteratsiyasini amalga oshirish mumkin, ammo bu radikal dasturga muvofiq kimyo-nur terapiyaga qarshi ko‘rsatma emas. (DD-S).

BBSning IVB bosqichi va retsivlarini davolash:

- Birlamchi radikal gisterektomiyadan keyin retsivlarni davolashning mumkin bo‘lgan usullari: radikal gisterektomiyadan keyin tos bo‘shlig‘idagi retsivlarni nur terapiyasi bilan ham, jarrohlik yo‘li bilan ham (tos a'zolarining ekzenteratsiyasi) davolash mumkin. Birlamchi jarrohlik davolashdan so‘ng lokal tos a'zolarining retsivlarini radikal dasturga muvofiq nurlanish (\pm konkurent kimyo terapiya) bemorlarning katta qismida samarali bo‘ladi. Nur terapiyasining dozasi va hajmi kasallikning tarqalishi bilan aniqlanishi kerak. O‘sma o‘lchamlari mikroskopik bo‘lsa odatdagi doza 50 Gr, BMO‘D 1,8 – 2,0 Gr, kamaytirilgan nurlanish maydonlari bilan, katta o‘lchamdagi o‘smalarda esa doza 64 – 66 Grey ni tashkil qiladi.

15-jadval. BBSni jarrohi davosidan so‘ng mahalliy retsivlar [10,11].

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Nur terapiya radikal gisterektomiyadan keyingi mahalliy retsivli bemorlarga ko'rsatilgan	C
Sisplatin qo'shish bilan va 5-Ftoruratsil bilan/usiz konkurent kimyo-nur terapiya davolash samaradorligini yaxshilaydi	B
Tos ekzenteratsiyasi tos devorlariga tarqalmagan nur va kimyo-nur terapiyaga alternativa bo'lishi mumkin	B

Nur terapiyaning radikal kursidan so'ng mahalliy retsivlarda:

Markazda lokalizatsiyalangan, qovuq va to'g'ri ichak jalb bo'lgan retsivli bemorlarda, intraperitoneal disseminatsiya va uzoq metastazlar yo'qligida, bachadon bo'yni va tos devorlari o'rtasida bo'sh joy mavjud bo'lgan bemorlar tos bo'shlig'i ekzenteratsiyasi uchun potentsial nomzodlar hisoblanishadi.

Uzoq metastazlar: Nur terapiyasi simptomatik o'sma metastazlarida palliativ davolash sifatida ko'rsatma bo'ladi, masalan, suyak metastazlari, kattalashgan paraaortal, o'mrov osti limfa tugunlarida yoki og'riqni yo'qotish uchun miya metastazlari uchun.

Kasallikning progressiyalanishida o'sma materialida PDL1 ni aniqlash tavsiya etiladi. O'smada PDL1 ekspressiyasi $> 1\%$ bo'lganda pembrolizumab tanlangan dori hisoblanadi.

BBSning jarrohlik amaliyotidan keyingi topilmalari.

Ushbu topilmalar asosan boshqa ko'rsatkichlarga asosan o'tkazilgan oddiy gisterektomiyadan so'ng tashxis qo'yilgan invaziv BBS holatlariga tegishli. Bunday holatlarda davolanishni boshlashdan oldin, hajm bo'yicha quyidagi qo'shimcha tekshiruv zarur: tos va qorin bo'shlig'i a'zolarining KT yoki MRTsi, jarayonning tarqalishini aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasi. Davolash usuli morfologik tekshiruv ma'lumotlari va rentgenologik topilmalar asosida belgilanishi kerak.

Patologik topilmalar mavjud bo'lmasa:

IA1 bosqichda qo'shimcha davo o'tkazilmaydi. IA2 va undan yuqori bosqichlarda quyidagi davo o'tkazish zarur.

a) rezektsiya qirg'oqlari musbat bo'lganda, chuqur stromal invaziyada, limfavaskulyar soha zararlanganda konkurent kimyo-nur terapiya buyuriladi [38].

b) chuqur stromal invaziyasi bo'lmagan, rezektsiya qirg'oqlari manfiy va limfavaskulyar soha zararlanmagan bemorlarda konkurent kimyo-nur terapiyaga alternativa sifatida qinning yuqori uchligi yoki limfadenektomiya bilan radikal parametrektomiya buyuriladi (DD –S).

1) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan soʻng biriktirilgan hududi boʻyicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda boʻlishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

2) Palliativ nomedikamentoz davo:

- konservativ davo paytida bemorning rejimi umumiydir. Operatsiyadan keyingi erta davrda – yotoq yoki yarim yotoq rejimi (operatsiya hajmiga va hamroh patologiyaga qarab). Operatsiyadan keyingi davrda – palata rejimi.

- diyeta stol - №15, xirurgik davodan soʻng – №1, qandli diabetli bemorlarga stol №9.

- Psixolog koʻrigi.

Transfuzion qoʻllab quvvatlash.

Transfuzion terapiya uchun koʻrsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik koʻrinishlar bilan belgilanadi.

Koʻrsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega boʻlib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qoʻllaniladi.

Transfuziyalarga koʻrsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bogʻliq – keyingi bir necha kun ichida koʻrsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrotsitar massa (DID):

- Toʻqimalarning kislorodga boʻlgan ehtiyojini qondirish uchun odatdagi zaxiralar va kompensatsiya mexanizmlari yetarli boʻlsa, gemoglobin darajasini oshirish shart emas;
- Surunkali anemiyalarda eritrotsitlarni saqlovchi vositalarni quyish uchun faqat bitta koʻrsatma mavjud – simptomatik anemiya (taxikardiya, nafas qisilishi, stenokardiya, senkop, de novo depressiyasi yoki ST elevatsiyasi bilan namoyon boʻladi);
- Gemoglobin darajasining 30 g/l.dan kam boʻlishi, eritrotsitlar transfuziyasi uchun absolyut koʻrsatma boʻladi;

- Yurak-qon tomir tizimi va o‘pkaning dekompensatsiyalangan kasalliklari bo‘lmasa, surunkali anemiyada eritrotsitlarni 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

Trombotsitlar konsentrati (UDD):

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

Yangi muzlatilgan plazma (UDD):

- YAMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o‘tkazishdan oldin o‘tkaziladi.
- MNO ≥ 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.

3) 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 TS;
- mahalliy tarqalgan o‘smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a‘zolarida (o‘pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o‘sma retsidivlari;
- bemorda qon suratida gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar miqdorining qoniqarli bo‘lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o‘tkazilganlik extimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o‘smaning yomon fenotiplarida (past differentsiallashgan, differentsiallashmagan turlari) 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;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o‘tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samaradorligi;
- o‘smanni parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 50% va undan kam bemor umumiy ahvolidning og‘irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- 16-18 haftalik homiladorlik;

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

Bir vaqtli kimyo-nur terapiya:

• Sisplatin – 40 mg/m² 60 daqiqali infuziya gidratatsiya bilan 1,8,15,22,29 va 36-kunlarnurlanishdan 4 yoat oldin, har hafta, 5 hafta davomida.

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. Doksorubitsin 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. Gemtsitabin 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 kombinatsiyalarni qo'llash imkoni bo'lmaganda, noplatalni kombinatsiyalarni 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 bevatsizumab preparatlari kombinatsiyasini qo'llash eng samarali hisoblanadi.

O'smada PDL1 (CPS \geq 1) yoki MSI H/dMMR ekspresiyasida bevatsizumab 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 bevatsizumabni 35 siklgacha o'tkazsa bo'ladi. Agar progressiyalanish erta kuzatilsa, progressiyalanishgacha davom ettiriladi. Neoad'yuvant maqsadda esa 2-3 kurs XT tavsiya qilinadi.

16-jadval. Bachadon bo'yni saratonida tavsiya etiladigan rejimlar.

Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
Neoad'yuvant/ad'yuvant kimyo terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 175 mg/m²v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Paklitaksel 80 mg/m² v/i har hafta + karboplatin AUC2 v/i har hafta, 6 yuborilish
Kimyo-nur terapiya
<ul style="list-style-type: none"> • Sisplatin 40 mg/m² v/i har hafta distantsion NT fonida, 6 yuborilish
I liniya kimyo terapiyasi
<ul style="list-style-type: none"> • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + karboplatin AUC5–6 v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 15 mg/kg v/i 1-chi kun + pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun, har 3 haftada (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 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 (PD L1 ekspressiyasida CPS ≥ 1) • Paklitaksel 175 mg/m² v/i 1-chi kun + sisplatin 75 mg/m² v/i 1-chi kun + bevatsizumab 1 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 + bevatsizumab 1 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 1–3 chi kunlari + bevatsizumab 1 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 + gemtsitabin 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

<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumab 200 mg v/i 1-chi kun har 3 haftada yoki 400 mg v/i 1-chi kun har 42 kunda (PD L1 ekspresiyasida CPS \geq 1 yoki o'smada MSI H/dMMR) • Mitomitsin 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. • Gemtsitabin 800–1000 mg/m² v/i 1-chi, 8-chi, 15-chi kunlar, har 3 haftada • Dotsetaksel 75 mg/m² v/i 1-chi kun, har 3 haftada • Kapetsitabin 2500 mg/m² ichishga 1–14-chi kunlar, har 3 haftada • Bevatsizumab 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 retsidivlarda) • 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 retsidivlarda)

¹ XTga bevatsizumabni 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 redutsiyalanishi mumkin; qoniqarli ko'targanda dozani standart miqdorgacha eskalatsiyalasa bo'ladi.

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

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

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

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	DD
Antratsiklinlar	Doksorubitsin	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	Dotsetaksel	75 mg/m ² v/i har 3 haftada	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Gemtsitabin	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		

18-jadval. Qo‘shimcha dori-vositalarining 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	Bevatsizumab	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	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C

	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	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	Atsiklovir	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	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Folliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-

	Xlorgeksidin	Ichishga	-
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. Jarrohlik davosi.

Mahalliy tarqalgan yoki retsidiv bachadon bo‘yni saratonida, asoratlar (oqmalar, qon ketish), uzoq metastazlar (IV bosqich) mavjud bo‘lganda, palliativ jarrohlik davosi qo‘llanilmaydi. Faqat bir tomonlama yoki ikki tomonlama perkutan nefrostomiya (ureterogidronefroz bilan, rekto-vaginal yoki sisto-vaginal oqma mavjudligida va boshqalarda), sistostomiya kabi simptomatik operatsiyalar, diagnostik laparoskopiya amalga oshiriladi. Ichak tutilishi bilan asoratlangan taqdirda, hayotiy ko‘rsatmalarga asosan, hayot uchun xavfli bo‘lgan asoratni bartaraf etish bo‘yicha jarrohlik davosi o‘tkazilishi mumkin.

7. Keyingi davolash:

- BBS barcha bemorlari davo yakunlanganidan so‘ng biriktirilgan hududi bo‘yicha onkolog-ginekolog, onkolog, umumiy amaliyot shifokori tomonidan kuzatuvda bo‘lishlari kerak.

- dastlabki 2 yil davomida – har 3 oyda;
- Uchinchi yil davomida – har 6 oyda;
- 4-chi yildan boshlab – har 12 oy (1 yil) da.

- O‘pkalarni rentgenologik tekshiruvni dastlabki 3 yil davomida yarim yilda 1 marta, keyinchalik har yili o‘tkazilishi kerak;

- Nazorat tekshirishlari ko‘lamiga kiradi: MRT OMT, QBA KTsi va KQA KTsi, PET/KT;

- KChA MRTsi, QBA KTsi va KQA KTsi – dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda, uchinchi yil davomida har 4 oyda o‘tkaziladi;

- PET/KT – har yili.

8. Palliativ davolash samaradjarligini indikatorlari:

“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.

Stabilizatsiya - (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).

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

9. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

- 1) Brisson M, Laprise JF, Drolet M, et al. Comparative costeffectiveness of the quadrivalent and bivalent human papillomavirus vaccines: a transmission-dynamic modeling study. *Vaccine* 2013; 31: 3863–71.
- 2) American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2018*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2018.
- 3) Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on kınıly inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect*. 2014 Apr 16. [Epub ahead of print]
- 4) Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, et al. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: A systematic review of the literature. *FertilSteril*. 2016;106:1195-1211.
- 5) Klopp AH, Eifel PJ, Berek JS, Konstantinopoulos PA. Chapter 72: Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology* 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- 6) Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). *SEER CancerStatistics Review, 1975-2014*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017.
- 7) Kleinerman RA, Kosary C, Hildesheim A. New Malignancies Following Cancer of the Cervix Uteri, Vagina, and Vulva. In: Curtis RE, Freedman DM, Ron E, Ries LAG, Hacker DG, Edwards BK, Tucker MA, Fraumeni JF Jr. (eds). *New Malignancies Among Cancer Survivors: SEER Cancer Registries, 1973-2000*.

National Cancer Institute. NIH Publ. No. 05-5302. Bethesda, MD, 2006. Accessed at http://seer.cancer.gov/archive/publications/mpmono/MPMonograph_complete.pdf on November 8, 2016.

- 8) Krishnansu S. Tewari, M.D., Michael W. Sill, Ph.D., Harry J. Long, III, M.D., Richard T. Penson, M.D., Helen Huang, M.S., Lois M. Ramondetta, M.D., Lisa M. Landrum, M.D., Ana Oaknin, M.D., Thomas J. Reid, M.D., Mario M. Leitao, M.D., Helen E. Michael, M.D., and Bradley J. Monk, M.D. Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2014; 370:734-743; DOI:10.1056/NEJMoa1309748.
- 9) Committee F. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *IntJ Gynaecol Obstet.* 2014;125(2):97–8. doi:10.1016/j.ijgo.2014.02.003.
- 10) Chung HC, Schellens JH, Delord J-P, et al. Pembrolizumab treatment of advanced cervical cancer: Updated results from the phase 2 KEYNOTE-158 study [abstract]. *J Clin Oncol* 2018 36.
- 11) Frenel JS, Le Tourneau C, O'Neil B, et al. Safety and Efficacy of Pembrolizumab in Advanced, Programmed Death Ligand 1-Positive Cervical Cancer: Results From the Phase Ib KEYNOTE-028 Trial. *J Clin Oncol* 2017;35:4035-4041.
- 12) Le DT, Durham JN, Smith KN, et al. Mismatch repair deficiency predicts response of solid tumors to PD-1 blockade. *Science* 2017;357:409-413.
- 13) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* 2019;69:7-34.
- 14) Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 2019;145:129-135.
- 15) Frumovitz M, Plante M, Lee PS, et al. The FILM Trial: A randomized phase III multicenter study assessing near infrared fluorescence in the identification of sentinel lymph nodes (SLN) [Abstract]. *Gynecologic Oncology* 2018;149:7.
- 16) Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2018.
- 17) Melamed A, Margul DJ, Chen L, et al. Survival after Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2018.
- 18) Margul DJ, Yang J, Seagle BL, et al. Outcomes and costs of open, robotic, and laparoscopic radical hysterectomy for stage IB1 cervical cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2018.
- 19) Rosen VM, Guerra I, McCormack M, et al. Systematic Review and Network Meta-Analysis of Bevacizumab Plus First-Line Topotecan- Paclitaxel or

- CisplatinPaclitaxel Versus Non-Bevacizumab-Containing Therapies in Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017;27:1237-1246.
- 20) Bruni L., Diaz M., Barrionuevo-Rosas L., Herrero R., Bray F., Bosch F.X., Castellsagué X. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis // *Lancet Glob. Health.* – 2016. – Vol. 4. – P. e453-e463. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30099-7).
 - 21) World Health Organization. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2018 – Conclusions and recommendations // *Wkly Epidemiol. Rec.* – 2018. – Vol. 49. – P. 661-680. <https://www.who.int/publicationsdetail-redirect/WER9349>.
 - 22) Drolet M., Bénard É., Pérez N., Brisson M., Ali H., Boily M.-C., Callander D. HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis // *Lancet.* – 2019. – Vol. S0140-6736(19). – P.30298-30303. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3).
 - 23) Vänskä S., Luostarinen T., Baussano I., Apter D., Eriksson T., Natunen K., Nieminen P., Paavonen J., Pimenoff V., Pukkala E., Söderlund-Strand A., Dubin G., Garnett G., Dillner J., Lehtinen M. Vaccination with moderate coverage eradicates oncogenic human papillomaviruses if a gender-neutral strategy is applied // *J. Infect. Dis.* – 2020. – Vol. 222(6). – P. 948-956. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa099>.
 - 24) Hall M.T., Simms K.T., Lew J.-B., Smith M.A., Brotherton J.M., Saville M., Canfell K. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study // *Lancet Public Health.* – 2019. – Vol. 4(1). – P. e19-e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30183-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30183-X).
 - 25) Patel C., Brotherton J.M., Pillsbury A., Jayasinghe S., Donovan B., Macartney K., Marshall H. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent? // *Euro Surveill.* – 2018. – Vol. 23(41). – Art. ID 1700737. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.41.1700737>.
 - 26) Brisson M., Bénard É., Drolet M., Bogaards J.A., Baussano I., Vänskä S., Walsh C. Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic review and metaanalysis of predictions from transmission-dynamic models // *Lancet Public Health.* – 2016. – Vol. 1(1). – P. e8-e17. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30001-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30001-9).
 - 27) Office of the Prime Minister of Australia. A new vaccine to strengthen the health of young Australians. 08.10.2017. <http://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/search/display/display.w3p;query=Id%3A%22media%2Fpressrel%2F5562151%22>.

- 28) Smith M., Canfell K. Impact of the Australian National Cervical Screening Program in women of different ages // Med. J. Aust. – 2016. – Vol. 205. – P. 359-364. <https://doi.org/10.5694/mja16.00289>.
- 29) Tabrizi S.N., Brotherton J.M.L., Kaldor J.M., Skinner S.R., Liu B., Bateson D., Garland S.M. Assessment of herd immunity and cross-protection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study // Lancet Infect. Dis. – 2014. – Vol. 14(10). – P. 958-966. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70841-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70841-2).
- 30) Cancer Council Australia Cervical Cancer Screening Guidelines Working Party. National cervical screening program: guidelines for the management of screen-detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal кин bleeding. 04.12.2017. http://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening.
- 31) WHO. Vaccine in National Immunization Programme Update January 2020. https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en.
- 32) Bruni L., Saura-Lázaro A., Montoliu A., Brotons M., Alemany L., Diallo M.S., Bloem P. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019 // Prevent. Med. – 2021. – Vol.144. – Art. ID 106399. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.
- 33) Department of Health and Ageing. Immunize Australia program: human papillomavirus (HPV). 14.02.2013. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/evaluation-national-hpv-program.pdf>.
- 34) Machalek D.A., Garland S.M., Brotherton J.M.L., Bateson D., McNamee K., Stewart M., Tabrizi S.N. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year-Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination // J. Infect. Dis. – 2018. – Vol. 217(10). – P. 1590-1600. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy075>.
- 35) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 36) 1 2 Профилактика / Лисицын Ю. П., Трофимов В. В. // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
- 37) Профилактика (в медицине) // Большая советская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978).

- 38) Перейти обратно:1 2 Профилактика // Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю. С. Осипов. — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.
- 39) Полунина Н. В., Пивоваров Ю. П., Милушкина О. Ю. Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения Архивная копия от 18 мая 2021 на Wayback Machine / ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, научная статья, DOI: 10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320
- 40) Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды Архивная копия от 13 ноября 2018 на Wayback Machine // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года
- 41) Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
- 42) Статистика санитарная // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.
- 43) 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.
- 44) А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему» // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. Архивировано 28 октября 2021 года.
- 45) Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
- 46) Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005
- 47) Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. ISBN 978-5-91327-352-9. (Текст в электронном виде Архивная копия от 26 января 2021 на Wayback Machine на сайте monographies.ru)

- 48) 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) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 50) Реабилитация в медицине / Турович Е. А., Скобля Е. С. // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.
- 51) Реабилитация Архивная копия от 12 мая 2022 на Wayback Machine // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте ВОЗ.
- 52) Реабилитация больных и инвалидов // 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.).
- 53) 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).
- 54) Silver J.A., Vaima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil* 2103; 92: 715–727.
- 55) Nilsson H., Angeras U., Bock D., Börjesson M., Onerup A., Fagevik Olsen M., Gellerstedt M., Haglind E., Angenete E. Is preoperative physical activity related to post-surgery recovery? *BMJ Open*. 2016 Jan 14;6(1):e007997. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007997.
- 56) Hijazi Y., Gondal U., Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. *Int J Surg*. 2017 Mar;39:156-162. DOI: 10.1016/j.ijsu.2017.01.111. Epub 2017 Feb 2.
- 57) Silver J.K., Vaima J. Cancer prehabilitation: An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013;92:715–27. 49
- 58) Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R., Desai A., Gourevitch D., Tolosa I., Vohra R. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg Oncol*. 2015 Dec;22(13):4117-23. DOI: 10.1245/s10434-015-4550-z. Epub 2015 Apr 14.

- 59) Jonathan Carter. Fast-Track Surgery in Gynaecology and Gynaecologic Oncology: A Review of a Rolling Clinical Audit. *ISRN Surgery*. Vol. 2012, Article ID 368014, 19 pages, 2012.
- 60) Nelson G., Bakkum-Gamez J., Kalogera E. et al Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – 2019 update *International Journal of Gynecologic Cancer* Published Online First: 15 March 2019. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.
- 61) De Almeida E.P.M., De Almeida J.P., Landoni G., Galas F.R.B.G., Fukushima J.T., Fominskiy E., De Brito C.M.M., (...), Hajjar L.A. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: A randomized controlled trial. (2017) *British Journal of Anaesthesia*, 119 (5). – Pp. 900–907.
- 62) Wren S.M., Martin M., Yoon J.K., Bech F. Postoperative pneumonia-prevention program for the inpatient surgical ward // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2010. –Vol. 210, No. 4 – Pp. 491–495.
- 63) Peedicayil A., Weaver A., Li X., Carey E., Cliby W., Mariani A. Incidence and timing of venous thromboembolism after surgery for gynecological cancer // *Gynecologic Oncology*. – 2011. – Vol. 121, No. 1. – Pp. 64–69.
- 64) Goerling U., Jaeger C., Walz A. et al. The efficacy of psycho-oncological interventions for women with gynaecological cancer: A randomized study // *Oncology*. 2014;87:114– 124. Crossref, Medline.
- 65) Smits A., Lopes A., Bekkers R. et al. Body mass index and the quality of life of endometrial cancer survivors – a systematic review and meta-analysis // *Gynecol Oncol* 2015;137:180–7. DOI:10.1016/j.ygyno.2015.01.540.
- 66) Schmitz K.H., Courneya K.S., Matthews C. et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010;42:1409–26. 50
- 67) Zhou Y. et al. Body mass index, physical activity, and mortality in women diagnosed with ovarian cancer: results from the Women's Health Initiative. *Gynecol Oncol*, 2014. 133(1): p. 4–10.
- 68) Biglia N., Zanfagnin V., Daniele A., Robba E., Bounous V.E. Lower Body Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer. *Anticancer Res*. 2017 Aug;37(8):4005– 4015.
- 69) Shaitelman S.F., Cromwell K.D., Rasmussen J.C., Stout N.L., Armer J.M., Lasinski B.B., Cormier J.N. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA Cancer J Clin*. 2015 Jan-Feb;65(1):55-81. DOI: 10.3322/caac.21253. Epub 2014 Nov 19. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2015 May-Jun;65(3):252. PubMed PMID: 25410402; PubMed Central PMCID: PMC4808814.

- 70) Hu H., Xie Z.G., Qin W.L. Effect of electroacupuncture intervention at different phases of post-operation on bladder function in patients undergoing cervical cancer operation. *Zhen Ci Yan Jiu* 2013;38:64–67, 77. Medline, Google Scholar.
- 71) Cannioto R.A., Moysich K.B. Epithelial ovarian cancer and recreational physical activity: A review of the epidemiological literature and implications for exercise prescription. *Gynecol Oncol*, 2015. 137(3): P. 559–73.
- 72) Spence Rosalind R. et al. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*. – V. 36, Issue 2. – P. 185–194.
- 73) Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н. и др. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022;15(1):119-30. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.132>.
- 74) Sacomori C., Araya-Castro P., Diaz-Guerrero P. et al. Pre-rehabilitation of the pelvic floor before radiation therapy for cervical cancer: a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2411-8. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04391-5>.
- 75) Wu X., Liu Y., Zhu D. et al. Early prevention of complex decongestive therapy and rehabilitation exercise for prevention of lower extremity lymphedema after operation of gynecologic cancer. *Asian J Surg*. 2021;44(1):111-5. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2020.03.022>.
- 76) Cross D., Waheed N., Krake M., Gahreman D. Effectiveness of supervised Kegel exercises using bio-feedback versus unsupervised Kegel exercises on stress urinary incontinence: a quasi-experimental study. *Int Urogynecol J*. 2023;34(4):913-20. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05281-8>.

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.