

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил «23» июндаги
180-сон буйруғига
илова

**ЎЗБЕКСИТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
БОЛАЛАР ОНКОЛОГИЯ, ГЕМАТОЛОГИЯ ВА ИММУНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
БОҒ ва ИИНАТМ директори



**”БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

**”БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР”
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Мундарижа:

"БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	12
"БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	28
"БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР " НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..38

”БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР” НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

1. Кириш қисми

Герминоген хужайрали ўсмалар (ГХЎ)-- улар бошланғич жинсий хужайранинг нуқсонли ривожланиши туфайли юзага келади, бу хужайра эмбриогенез жараёнида нотўғри ривожланади ёки миграция қилади. Герминоген ўсмалар жараённинг локализациясига қараб гонадал ва экстрагонадал турларга бўлинади. ГХЎ жинсий аъзоларда ҳамда бошқа аъзоларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Хужайра дифференцировка даври бузилиши герминоген ўсмани ривожланишига олиб келиши мумкин.

1) ХКТ-10/11 кодлари:

ХКТ -10:		ХКТ-11	
С56	Тухумдонларнинг хавфли герминоген ўсмалари	2С73	Тухумдонларнинг хавфли герминоген ўсмалари
С62	Мояклар хавфли герминоген ўсмалари	2С80.2	Мояклар хавфли герминоген ўсмалари
С38.1	Кўкс оралиғи хавфли герминоген ўсмалари		
С48.0	Қорин парда орти хавфли герминоген ўсмалари		
С49.5	Юмшоқ бириктирувчи тўқима хавфли герминоген ўсмалари (думғаза-дум соҳаси)		

C52	Қин девори хавfli герминоген ўсмалари		
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1915129755

Миллий клиник протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбари проф. Полатова Жамила Шагайратовна, ЎзР ССВ БОГ ва ИИАТМ директори.

Муаллифлар:

- 1) Шукуллаев Анвар Тўрамуротович– БОГ ва ИИАТМ болалар онкожарроҳлиги бўлими шифокори
- 2) Мустафоев Тожиддин Қурбонович- БОГ ва ИИАТМ болалар онкохирургия бўлими шифокори т.ф.н.
- 3) Хайитов Фарход Эшбоевич- БОГ ва ИИАТМ болалар онкохирургия бўлими шифокори.
- 4) Нуриддинов Комолиддин Рамизович- БОГ ва ИИАТМ кимётерапия бўлими шифокори
- 5) Саитов Хусан Ҳамроевич- БОГ ва ИИАТМ болалар онкохирургия бўлими мудири
- 6) Каримова Наргиза Мансуровна- ТДСИ кафедраси онкология кафедраси ассистенти.
- 7) Салиев Ёрбек Хайдарович - БОГ ва ИИАТМ кимётерапия бўлими шифокори
- 8) Хайитова Анора Тажимуродовна- БОГ ва ИИАТМ кимётерапия бўлими шифокори
- 9) Абдихакимова Матлуба Ибрагимовна- БОГ ва ИИАТМ кимётерапия бўлими шифокори

10) Валиев Санжар Эргашевич- БОГ ва ИИАТМ маслаҳат поликлиникаси бўлими мудири

11) Искандаров Камол Зайниддинович- БМТМ онкогематология бўлими мудири

4) Тақризчилар:

1. Жуманиезов Ҳикмат Ибрагимович-тиббиёт фанлари номзоди, ТошПТИ болалар онкологияси кафедраси доценти.

2. Савкин Александр Владимирович-тиббиёт фанлари номзоди ТДСИ кафедраси онкология кафедраси ассистенти.

Услубий ёрдам:

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

Мақсади ва вазифалари:

Ушбу протоколни яратишдан асосий мақсад – Герминоген ҳужайрали ўсмалар (ГХУ) беморларини даволашни тўғри ва ўз вақтида амалга ошириш имкониятини яратиш ГХУ касаллигига гумон қилинганларда тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми ва сифат кўрсаткичларини аниқлашга қаратилган.

« Герминоген ҳужайрали ўсмалар ташхислаш ва даволаш» клиник протоколи беморни олиб боришда қуйидаги вазифаларни ҳал қилиш учун мўлжалланган:

- ГХУ мавжуд беморларни ташхислаш ва даволаш алгоритмларини аниқлаш;
- тиббий ёрдам харажатлари ҳисоб-китобларини бирлаштириш, мажбурий тиббий суғурта дастурларини ишлаб чиқиш ва тиббий хизматлар учун тарифларни белгилаш;

- тиббиёт муассасаларида беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам ҳажми, қулайлиги ва сифатини назорат қилиш, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг давлат кафолатларини таъминлаш.

Ушбу протоколда тиббий технологиялардан фойдаланиш далилларининг ишончлилигини баҳолаш учун ягона ўлчовдан фойдаланилди.

Қисқартмалар рўйхати

АЛТ-аланин аминотрансфераза

АСТ-аспартат аминотрансфераза

АФП-алфа-фетопро테인

β-ХГЧ – β инсон хорионик гонадотропини БАС-биокимёвий қон тести

ЖССТ-Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти

ГКО-герминоген ҳужайра ўсмалари

ДНК-дезоксирибонуклеин кислотаси

ИФА- иммунофермент анализи

ЛДГ-лактат дегидрогеназа

КТ - компьютер томографияси

МРТ - магнит-резонанс томография

МСКТ-мултиспирал компьютер томографияси

МТС-метастатик шикастланиш

ПКТ-поликемётерапия

ПЕТ - позитрон эмиссион томографияси

СРП- С-реактив оқсил

УЗИ - Ультратовуш текшируви

ФСХ- фолликулани стимуляция қилувчи гормон

ЭКГ-электрокардиограмма

PEI – cisplatin, etoposide, ifosfamide (цисплатин, этопозид, ифосфамид)

BER – bleomycin, etoposide, cisplatin (блеомицин, этопозид, цисплатин)

ЕС- эмбрионал карцинома

ChCa- хориокарцинома

GI – GIII – тератомани хавфлилик даражаси

SIOP – Болалар онкологлар халқаро жамияти

TNM – Хавфли ўсималарнинг халқаро таснифи

YST – сариғлик копи ўсмаси

Баённоманинг мақсадли гуруҳи:

Оилавий шифокорлар,

педиатрлар,

онколог/гематологлар.

Касалликнинг клиник белгилари кузатилганда ҳар қанақанги мутахассисликдаги шифокорлар бемор болани гематолог кўригига юборишлари шарт.

Беморлар тоифаси: 21 ёшгача бўлган болалар.

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи

(ташхислар аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражасини	
1	Референс усули билан назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки алоҳида мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Референс усули билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Референс усули билан кетма-кет назоратсиз ўтказиладиган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усули билан тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи

5	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки эксперт хулосаси мавжуд
---	---

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражасини	
1	Мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки ҳодисалар қатори тавсифи, “ҳодиса-назорат” тадқиқоти
5	Фақат аралаштириш ҳаракати механизмини асослаш (клиникадан олдин) ёки эксперт хулосаси мавжуд

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилгандир)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилган самарадорлик мезонларининг (натижалар) ҳаммаси ҳам муҳим эмас, тадқиқотларнинг ҳаммаси ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли даражадаги сифатли далилларнинг етишмаслиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)

ТАЪРИФИ ВА ТАСНИФИ КИРИШ

Герминоген ўсмалари 20 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар ўртасидаги барча ўсмаларнинг 7% гача ташкил этади: 15 ёшгача бўлган болаларда 2-4% ва 15-19 ёшли ўсмирларда тахминан 14%. Ўғил болаларда 20 ёшгача касалланиш эҳтимоли қиз болаларга нисбатан юқори (1 миллион аҳолига 12 та). Кичик ёшли болаларда экстрагонадал локализациядаги герминоген ўсмалар билан касалланиш ўсмирларга қараганда юқори, уларда асосан гонад локализациясидаги ўсмалар кўп учрайди.

1.1. Таърифи

Герминоген хужайрали ўсмалар (ГХЎ)-- улар бошланғич жинсий хужайранинг нуқсонли ривожланиши туфайли юзага келади, бу хужайра эмбриогенез жараёнида нотўғри ривожланади ёки миграция қилади. Герминоген ўсмалар жараённинг локализациясига қараб гонадал ва экстрагонадал турларга бўлинади. ГХЎ жинсий аъзоларда ҳамда бошқа аъзоларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Хужайра дифференцировка даври бузилиши герминоген ўсмани ривожланишига олиб келиши мумкин.

hnii-onco.ru/vidy/germinogennye-opuholi/?ysclid=m2vdqtiy4p81110428

2. Касаллик ёки ҳолатнинг этиологияси ва патогенези (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

ГХЎ одатда сперматозоид ва тухум хужайраси ҳосил бўладиган инсон эмбрионининг бирламчи жинсий хужайраларидан ривожланаётган неоплазмалардир.

Бирламчи жинсий хужайралар сариғлик қопининг эндодермасидан келиб чиқади ва орқа ичак бўйлаб урогенитал тизмага кўчиб ўтади ва у ерда ривожланаётган жинсий безларнинг бир қисмига айланади. Эмбриогенез даврида бундай хужайраларнинг миграцияси туфайли герминоген ўсмалари гонадалардан ташқари ҳам ривожланиши мумкин: медиастенада, сакро-кокцигеал соҳада, мияда, қорин орти бўшлиғида ва бошқа анатомик ҳудудларда ривожланади. Бирламчи экстрагонадал янги ўсмалар герминоген ўсмаларнинг умумий сонининг 5% ни ташкил этади. Примордиал герминоген хужайралар эмбрион сари миграция

давомида пролиферация қилишни бошлайди. Бошқа хужайралардан фарқли ўлароқ, примордиал герминоген хужайралар полипотентлик билан боғлиқ генларни экспрессия қилиш қобилиятини тиклайди ёки сақлаб қолади, бу эса ёмон касалликка айланиш сабабларидан бири бўлиши мумкин. НАНОГ ва ОСТ 3/4 генлари полипотентликнинг муҳим омиллари бўлиб, ёмон сифатли герминоген хужайралар учун сезувчан маркерлар сифатида қўлланилади.

Организмда эктопик герминоген хужайраларнинг сақланиши экстрагонадал герминоген ўсмалар пайдо бўлишининг эҳтимолий механизмларидан бири бўлиши мумкин. Нормал ҳолатда, жинсий хужайра дифференцияланмаган (мультипотент) хужайраларнинг ривожланишини бошлайди, улар кейинчалик эмбрион ва жинсий хужайраларни шакллантиради. Хужайраларнинг ҳар қандай дифференцияланиш босқичи бузилиши натижасида герминоген ўсма ривожланиши мумкин.

Герминоген ўсмалар морфологик тузилиши, клиник кечиши ва прогнозига кўра жуда хилма-хил бо'либ, ҳам яхши сифатли, ҳам ёмон сифатли бўлиши мумкин. Рожерс П.С. ва бошқа муаллифларнинг ма'лумотларига кўра, ёмон сифатли герминоген ўсмалар болаларда (15 ёшгача) 3-4% ни ташкил этади.

1. Касаллик ёки ҳолат ҳақида қисқача маълумот (касалликлар ёки шароитлар гуруҳи)

1.1 Герминоген хужайрали ўсмалар (ГХЎ)—улар бошланғич жинсий хужайранинг нуқсонли ривожланиши туфайли юзага келади, бу хужайра эмбриогенез жараёнида нотўғри ривожланади ёки миграция қилади. Герминоген ўсмалар жараённинг локализациясига қараб гонадал ва экстрагонадал турларга бўлинади. ГХЎ жинсий аъзоларда ҳамда бошқа аъзоларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Хужайра дифференцировка даври бузилиши герминоген ўсмани ривожланишига олиб келиши мумкин.

1.2. Касаллик ёки ҳолатнинг этиологияси ва патогенези (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

ГХЎ одатда сперматозоид ва тухум хужайраси ҳосил бўладиган инсон эмбрионининг бирламчи жинсий хужайраларидан ривожланаётган неоплазмалардир.

Бирламчи жинсий хужайралар сариғлик қопининг эндодермасидан келиб чиқади ва орқа ичак бўйлаб урогенитал тизмага кўчиб ўтади ва у ерда ривожланаётган жинсий безларнинг бир қисмига айланади. Эмбриогенез даврида бундай хужайраларнинг миграцияси туфайли герминоген ўсмалари гонадалардан ташқари ҳам ривожланиши мумкин: медиастенада, сакро-коксигеал соҳада, мияда, қорин орти бўшлиғида ва бошқа анатомик ҳудудларда ривожланади. Бирламчи экстрагонадал янги ўсмалар герминоген ўсмаларнинг умумий сонининг 5% ни ташкил этади. Примордиал герминоген хужайралар эмбрион сари миграция давомида пролиферация қилишни бошлайди. Бошқа хужайралардан фарқли ўлароқ, примордиал герминоген хужайралар полипотентлик билан боғлиқ генларни экспрессия қилиш қобилиятини тиклайди ёки сақлаб қолади, бу эса ёмон касалликка айланиш сабабларидан бири бўлиши мумкин. НАНОГ ва ОСТ 3/4 генлари полипотентликнинг муҳим омиллари бўлиб, ёмон сифатли герминоген хужайралар учун сезувчан маркерлар сифатида қўлланилади.

Организмда эктопик герминоген хужайраларнинг сақланиши экстрагонадал герминоген ўсмалар пайдо бўлишининг эҳтимолий механизмларидан бири бўлиши мумкин. Нормал ҳолатда, жинсий хужайра дифференцияланмаган (мультипотент) хужайраларнинг ривожланишини бошлайди, улар кейинчалик эмбрион ва жинсий хужайраларни шакллантиради. Хужайраларнинг ҳар қандай дифференцияланиш босқичи бузилиши натижасида герминоген ўсма ривожланиши мумкин.

Герминоген ўсмалар морфологик тузилиши, клиник кечиши ва прогнозига кўра жуда хилма-хил бо'либ, ҳам яхши сифатли, ҳам ёмон сифатли бўлиши мумкин.

Рожерс П.С. ва бошқа муаллифларнинг ма'лумотларига кўра, ёмон сифатли герминоген ўсмалар болаларда (15 ёшгача) 3-4% ни ташкил этади.

Таснифи (этиологияси бўйича, босқичлари)

C56	Тухумдонларнинг хавфли герминоген ўсмалари
C62	Мояклар хавфли герминоген ўсмалари
C38.1	Кўкс оралиғи хавфли герминоген ўсмалари
C48.0	Қорин парда орти хавфли герминоген ўсмалари
C49.5	Юмшоқ бириктирувчи тўқима хавфли герминоген ўсмалари (думғаза-дум соҳаси)
C52	Қин девори хавфли герминоген ўсмалари

Касаллик таснифи ЖССТ томонидан герминоген хужайра ўсмаларининг гистологик таснифи (Мостофи, Талерман) + тератомалар учун Гонсалес–Крусси таснифлари

- тератома
- етук тератома (эмбрион тўқималари мавжуд емас),
- етилмаган тератома (эмбрион тўқималарининг кам 10%),
- (эмбрион тўқималарининг 11-49%),
- етилмаган тератома (эмбрион тўқималарининг 50% дан ортиқ ўз ичига олади);
- герминома (мойк семиномаси, тухумдон дисгерминомаси);
- сариғлик қопи ўсмаси
- эмбрионал карцинома
- хориокарцинома

Морфологик таснифи бўйича герминоген ўсмаларнинг классификацияси (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, 2004 йил):

Ички канал ўсмалари:

- Ички канал ўсмаларининг герминоген нохуш ўсмаси
- Семинома (синцитиётрофобласт хужайралари билан бирга)
- Сперматоцит семиномаси
- Эмбронал карсинома
- Сариғлик халтаси ўсмаси

- Хориокарсинома
- Тератома (етук, етилмаган, злокасияли компонент билан)
- Аралаш ўсмалар, бир неча гистологик тур мавжудлиги билан

Гонадалардан ташқари герминоген ўсмалар:

- Тератом етилган ва етилмаган
- Сариглик халтаси ўсмаси
- Хориокарсинома
- Эмбриёнал рак
- Герминома
- Аралаш герминоген ўсма

МОЯКНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

pTNM – ХАВФЛИ ГЕРМИНАЛ ЎСМАЛАРНИНГ ТАСНИФИ

[UICC 1993] [UICC 1997]

pTNM	UICC 1992/93	UICC 1997
pT- бирламчи усма		
pTx	Бирламчи ўсманинг ҳажмини тахмин қилиб бўлмайди.	
pT0	Агар радикал орхиεκτομια қилишнинг иложи бўлмаса, улар	
pTis	Бирламчи ўсма ҳақида маълумот йўқ (масалан, мойклардаги гистологик тасвир)	
pT1	Интратубуляр герминал ўсмалар (х-р, карсинома ин ситу)	Интратубуляр герминал ўсмалар (масалан, carcinoma in situ)

		лимфа томирлари (ўсма мембранасига кириб боради) оқсил кириб боради)
pT2	Ўсма мойкнинг оқсил мембранасидан хосил булади ёки уруғ тизимчасидан инфилтрацияланади ўсимта мойк ва қўшимчалар билан чегараланади, қон ва лимфа томирларига кириб боради ёки ўсимта vaginal шикастланган ҳолда оқсил мембранаси орқали тарқалади	
pT3	мойк қобиғи	
pT4	Усма уруғ тизимчасига инфилтрацияланади	
pN- регионар лимфа тугунлари		
pNx	регионар лимфа тугунларини текшириш мумкин эмас	
pN0	регионар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд эмас	
pN1	Метастаз битта лимфа тугунида, максимал ўлчамда 2 см дан ошмаслиги керак метастаз лимфа тугунлари конгломератида ёки (битта ёки бир нечта) лимфа тугунларида, лекин ҳажмидан ошмайди	Метастаз битта лимфа тугунида, максимал ўлчамда 2 см дан ошмаслиги керак метастаз лимфа тугунлари конгломератида ёки (битта ёки бир нечта) лимфа тугунларида, лекин ҳажмидан ошмайди
pN2	Максимал ўлчамда 2 см ва 5 ёки ундан кам мусбат л / тугун, энг катта ўлчамда 2 см дан ошмайди	Максимал ўлчамда 2 см ва 5 ёки ундан кам мусбат л / тугун, энг катта ўлчамда 2 см дан ошмайди

pN3	Метастаз битта лимфа тугунида 2 см дан ошади, лекин максимал ўлчамда 5 см дан ошмайди ёки бир нечта	Метастаз битта лимфа тугунида 2 см дан ошади, лекин максимал ўлчамда 5 см дан ошмайди ёки бир нечта
pM- узок метастазлар		
pMx	Узок метастазларни баҳолаб бўлмайди	
pM0	Узок метастазлар йўқ	
pM1	Узок метастазлар узок метастазлар:	• Узок метастазлар:

ХАВФЛИ ГЕРМИНАЛ МОЯК ЎСМАЛАРИНИНГ БОСҚИЧЛАРИ

Босқич	UICC 1992/93	UICC 1997	
Stadium 0	pTis N0 M0	pTis N0 M0 S0/ Sx	
Stadium I	pT 1-4 N0 M0	pT 1-4 N0 M0 Sx	
		I A	p T1 S0
		I B	p T2-4 S0
		I S	любой pT/Tx S1-3
Stadium II	ҳар қандай pT N1-3 M0	ҳар қандай pT/Tx N1-3 M0 S0/S1	
		II A	N1
		II B	N2
		II S	N3
Stadium III	ҳар қандай pT ҳар қандай N M1	ҳар қандай pT/Tx ҳар қандай N M1, 1a Sx	
		III A	ҳар қандай N M1, 1a S0, 1
		III B	N1-3 M0 S2 ҳар қандай N M1, 1a S2
		III C	N1-3 M0 S3 ҳар қандай N M1, 1a S3 ҳар қандай N M1b ҳар қандай S

МОЯКНИНГ ХАВФЛИ ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАРИНИНГ ЎСМА БЕЛГИЛАРИГА ҚАРАБ ТАСНИФИ *

Sx	Тадқиқот ўтказилмаган ёки мавжуд эмас				
S0	Маркерлар нормал диапазонда				
S1- S3	Ҳатто маркерлардан бирини кўтариш				
	ЛДГ		В-ХГЧ		АФП
S1	Камроқ 1,5 N	ва	Камроқ 5 000 mIU/ml	ва	Камроқ 1 000 ng/ml

S2	1,5–10 N	ёки	5 000–50 000 mIU/ml	ёки	1 000–10 000 ng/ml
S3	Кўпроқ 10 N	ёки	Кўпроқ 50 000 mIU/ml	ёки	Кўпроқ 10 000 ng/ml

Еслатма. – UICC, 1997 г.; ** – ЛДГни нормал қийматнинг юқори чегараси.

Тухумдон ўсмаси: TNM- ва FIGO босқичлари

TNM FIGO

TX бирламчи ўсмани баҳолаб бўлмади
T0 бирламчи ўсмани ҳақида маълумот йўқ

T1 I тухумдон билан чекланган ўсма (тухумдонлар)
T1a IA тухумдон билан чекланган бир томонлама ўсма, микроскопик бутунлай олиб ташланади, капсуласи бутун
T1b IB икки томонлама ўсма микроскопик, тухумдон билан чекланган
T1c IC тўлиқ олиб ташланди, капсула бузилмаган
T2 II ягона ёки икки томонлама ўсимта, асцитик суюқликдаги малигнант ҳужайралар, интраоператив ўсимта ёрилиши ёки микроскопик жихатдан тўлиқ бўлмаган олиб ташлаш
T2a IIA бир ёки иккала тухумдоннинг тос суягига тарқалиши билан шикастланиши
T2b IIB бачадонга ва/ёки найчаларга тарқалади, асцитик суюқликда малигнант ҳужайралар йўқлиги
T2c IIC тос суягининг бошқа тузилмаларига тарқалиши, асцитик суюқликда малигнант ҳужайралар йўқлиги
Асцитик суюқликдаги IIA ёки IIB ва малигнант ҳужайралар
T3 III
ва/ёки
N1

IIIA

T3a

тос суяги ташқарисида микроскопик тасдиқланган peritoneal метастазлар билан бир ёки иккала

T3b

ШВ

тухумдоннинг шикастланиши ва / ёки минтақавий лимфа тугунларининг метастатик малигнант шикастланиши

T3c

ШС

тос суяги ташқарисида микроскопик тасдиқланган peritoneal метастазлар

M1

IV

макроскопик тасдиқланган peritoneal метастазлар тос бўшлиғидан ташқарида, диаметри 2 см.

TNM-ТАСНИФИ БУЙИЧА ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИНИНГ БОСҚИЧЛАРИ [UICC 1993] [UICC1997]

Стадия	T	N	M
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
IC	T1c	N0	M0
IIA	T2a	N0	M0
IIB	T2b	N0	M0
IIC	T2c	N0	M0
IIIA	T3a	N0	M0
IIIB	T3b	N0	M0
IIIC	T3c	N0	M0
	Хар хил T	N1	
IV	Хар хил T	Хар хил N	M1

2. Герминоген хужайрали ўсмалар диагностикаси

1) Шикоятлар ва анамнез

Герминоген ўсмаси бўлган беморда шикоятлар ва анамнез йиғиш тавсия этилади, бу эса даволаш тактикаси, диагностика усуллари ва иккиламчи профилактикани танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлашга ёрдам беради. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси – С (далиллар ишончлилиқ даражаси).

Изоҳлар: батафсил оилавий анамнез йиғиш, онанинг акушерлик анамнезини батафсил ўрганиш, беморнинг туғилишидан текширув вақтигача бўлган ҳомиладорлик ва ривожланиш ўзига хосликларини аниқлаш. Онкологик анамнезни аниқлаш - оила аъзоларида ёки беморда яхши ёки ёмон сифатли ўсмалар мавжудлигини аниқлаш, шунингдек, оилада ёки беморда туғма ривожланиш нуқсонлари мавжудлигини аниқлаш.

Ўсманинг бошнинг юмшоқ тўқималарида жойлашуви: Чайнаш, ютиш, нафас олишнинг бузилиши. Оғизда тўсиқ сезгиси (ўсма тегишли жойда жойлашганида). Тарқалиш характериға қараб: оғриқ синдроми, жумладан "бош оғриғи".

Ўсманинг тос суяғи соҳасида жойлашуви: Боланинг ўтиришида безовталиқ, оғриқ пайдо бўлиши, дефекация ва сийдик чиқариш ритмининг бузилиши, узок давом этган ҳолатларда анал ва сакрококсигеал соҳада тўқима пайдо бўлиши.

Кўпгина ҳолда мойкларда жойлашуви: Мойкнинг катталашиши эрта ёшда оғриқсиз ёки кўпинча ўсмирлик даврида оғриқли бўлади. Кўпинча, 7 ёшгача бўлган болаларда мойкдаги ўсма тиббий кўрикдан ўтаётганда аниқланади, сўнгра мойк ултратовуш текшируви ўтказилади (шифокор ва бола урологи томонидан режалаштирилган кўриклар муддати). Дифференциал диагностика варикоцеле, мойк гематомаси билан ўтказилиши керак.

Ўсманинг тухумдон(лар)да жойлашуви: Қорин оғриғи, ўткир қорин клиникаси, нисбатан яхши соғлиқ ҳолатида қорин катталашиши, қин ажралмаларининг пайдо бўлиши, пубертат ривожланишининг бузилиши.

Ўсманинг ретроперитонеал бўшлиқда жойлашуви: Қорин ҳажмида катталашиш, қорин оғриғи, қўлда сезиладиган масса, ахлат чиқаришнинг бузилиши, сийдик чиқариш тизими билан боғлиқ муаммолар.

Ўсманинг медиастинумда жойлашуви: Йўтал, ютишнинг бузилиши, юрак ритмининг бузилиши. Ўсма тасодифан рентгенологик текширувлар ёки қалқонсимон без ултратовуш текшируви натижасида аниқланиши мумкин.

2)Жисмоний текширув

1). пайпасланадиган сохани аниқлаш, локализацияни аниқлаш, ўсманинг хусусиятлари (шиш, тўқималар билан мустаҳкамлик), функционал бузилишлар даражаси

2) мушак-скелет тизимини баҳолаш

a. оғриқ синдроми мавжудлигини аниқлаш

b. оёқ-қўл дисфункциясини аниқлаш

- 3) юрак-қон томир тизимининг функциясини баҳолаш
- 4) ўпка тизимининг функциясини баҳолаш
- 5) гепатоспленомегалия мавжудлигини баҳолаш билан қоринни палпация қилиш
- 6) лимфа тугунлари ҳажмини баҳолаш
 - a. регионар лимфа тугунларининг ҳолати, барча ҳолатларда ўлчамлар қайд этилиши керак.
- 7) тос аъзолари функциясининг хусусиятлари
 - a. ички органларни дисфункциясини аниқлаш (ихтиёрий)

2.1 лаборатория диагностик тестлари

*Беморнинг умумий аҳволини, жарроҳлик аралашуви ва дори-дармонларни даволаш имкониятини, биргаликда ва унга ҳамроҳ бўлган терапия зарурлигини аниқлаш учун қуйидаги умумий клиник текширув усулларини ўтказиш тавсия этилади.

Умумий (клиник) қон тести

Умумий (клиник) сийдик таҳлили

Биокимёвий умумий терапевтик қон тести (умумий оқсил, албумин, карбамид, креатинин, калий, натрий, глюкоза, умумий bilirubin, тўғридан-тўғри биллирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ); қон электролитлари (Na, K, Ca, P, Mg)

АБ0 тизими бўйича асосий гуруҳларни аниқлаш, резус тизимининг Д антигенини аниқлаш (РН омил)

Гепатит В вируси (гепатит В вируси) ва гепатит С вируси (гепатит С вируси)учун молекуляр биологик қон тестлари;

Инсон иммунитет танқислиги вируси учун молекуляр биологик қон тестлари ОИВ-1 (инсон иммунитет танқислиги вируси ОИВ-1);

Коагулограмма (гемостаз тизимини тахминий ўрганиш)

Қондаги а, М, г иммуноглобулинлар даражасини ўрганиш;

Цитомегаловирус учун қонни молекуляр биологик текшириш (цитомегаловирус) биринчи йил болаларида, агар керак бўлса, ПСТ;

Гломеруляр филтрация тезлиги эндоген креатинин клиренси ёки сарум систатин С даражаси бўйича;

Фосфат реабсорбцияси даражаси бўйича клиренс реабсорбция синовлари.

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси

Барча беморларга даволаниш бошланишидан олдин (операциядан олдин, шу жумладан биопсиядан олдин), шунингдек, "секреция ўсмалари" ҳолатида, даволанишнинг ҳар бир босқичидан олдин қуйидаги ўсма белгиларини баҳолаш тавсия этилади.

Қон зардобдаги алфа-фетопротеин (АФП) даражасини ўрганиш

Қондаги хорионик гонотропин даражасини ўрганиш (Д.-ҳсг)

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси

Тавсияларни: маркерлар даволаш бошланишидан олдин аниқланади (операциядан олдин, шу жумладан биопсия олдида).

Таҳлил натижаларини баҳолашда лаборатория нормаларига ётибор қаратиш лозим.

Ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда 5-7 кунлик интервал билан динамикада саратон белгиларини текшириш керак. Одатда локализация ҳолатида ўсма белгиларининг ўсиши ГХЎ секрецияси ташхисини аниқлфштиради.

"Секреция ўсмалари" ҳолатида саратон белгиларини ўрганиш даволашнинг ҳар бир босқичидан олдин такрорланиши керак ва ПСТ фониде саратон белгиларини назорат қилиш 1 кун ичида 7 марта амалга оширилади.

3) Инструментал диагностик тадқиқотлар

* Қасалликнинг тарқалишини баҳолаш, беморнинг умумий ҳолатини, жарроҳлик аралашуви ва дори-дармонларни даволаш имкониятини, биргаликда ва унга ҳамроҳ бўлган терапия зарурлигини аниқлаш учун қуйидаги инструментал диагностика усулларини бажариш тавсия этилади:

ЭКГ, Ехо-КГ.

Ўсманинг ултратовуш текшируви – ўсимта ҳажмини аниқлаш) - иложи бўлса, локализацияга қараб.

Қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви, ретроперитонеал бўшлиқ, тос суяги.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси 2 проекцияда.

о кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва тос суягининг КТ текшируви контрастни кучайтириш билан, шу жумладан контрастнинг 3 босқичи (артериал, веноз, паренхимал); 0,5–1,2 мм кадам.

Тос суяги ва қорин бўшлиғининг МРТ тос суяги ёки қорин бўшлиғида ўсимта ва/ёки метастазларнинг локализациясида контрастни кучайтириш билан, шу жумладан янги туғилган чақалоқларда ва ўсманинг сакрококцикуляр локализацияси бўлган чақалоқларда.

Контрастни кучайтириш билан миянинг МРТ касалликнинг 4-босқичига шубҳа қилинган тақдирда, мойк ёки медиастиндаги ўсманинг бирламчи локализацияси бўлган ўсмирларда, шунингдек хориокарсиноманинг гистологик диагностикаси ҳолатида.

Цинтиграфия узок метастазли ўсмалар учун, шунингдек, маҳаллий суякларнинг шикастланишига шубҳа қилинган Течнетиум 99 билан бутун тананинг суяклари тасвирини куришимиз мумкин.

Агар керак бўлса ва/ёки қийин ҳолатларда ПЕТ-КТ кўриб чиқилиши мумкин.

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси)

4) Бошқа диагностик тестлар

* Асосий ўсманинг қўшимча gonadal локализацияси бўлган беморларда ултратовуш ёки КТ назорати остида ядро биопсиясини ўтказиш ташхисини морфологик текшириш учун тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси).

* ГХЎнинг метастатик шаклларида болаларда қаттиқ неоплазмалар метастазида суяк илиги шикастланиши ўчоқлари туфайли 4 нуктадан қатъий пунксия қилиш орқали ситологик суяк илиги препаратини олиш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси Б (далилларнинг ишончилилик даражаси ҳисобланади).

Изоҳлар: шуни есда тутиш керакки, 6 ойгача бўлган болаларда суяк илиги гематопоезининг ўзига хос хусусиятлари туфайли пункциён учун анатомик тузилмалар сифатида calcaneus ва tibia туберозлиги танланиши керак. Бошқа

ҳолларда, масалани кўриб чиқиш мумкин тос суякларининг олд ва орқа тизмаларидан пункцияларини бажариш. Ҳар бир нуқтадан 10 стакан тайёрлаш керак.

ГХЎ билан ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларга стандарт цитогенетик тадқиқот (каретип) ўтказиш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси).

Дифференциал диагноз

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Тухумдон сероз кисталари	Бемор шикояти, анамнези, қоринни катталашганлиги, палпатор хосила пайпасланиши, интоксикация.	Анамнез, кўрик, палпация, УТТ, МРТ, МСКТ, ПЭТ/КТ. Онкомаркерлар: АФП, Са 125, ХГ, ЛДГ,	Онкомаркерларни натижалари меёридан баландлиги, клиник инструментал текширишларни хулосалари.
Тухумдон дермоид кисталари	Бемор шикояти, анамнези, қоринни катталашганлиги, палпатор хосила пайпасланиши, интоксикация.	Анамнез, кўрик, палпация, УТТ, МРТ, МСКТ, ПЭТ/КТ. Онкомаркерлар: АФП, Са 125, ХГ, ЛДГ,	Онкомаркерларни натижалари меёридан баландлиги, клиник инструментал текширишларни хулосалари.

Геморрагик кисталар	Бемор шикояти, анамнези, қоринни катталашганлиги, палпатор хосила пайпасланиши, интоксикация.	Анамнез, кўрик, палпация, УТТ, МРТ, МСКТ, ПЭТ/КТ. Онкомаркерлар: АФП, Са 125, ХГ, ЛДГ,	Онкомаркерларни натижалари меёридан баландлиги, клиник инструментал текширишларни хулосалари.
Кичик чанок соҳаси ноорган кистоз хосилалари	Бемор шикояти, анамнези, қоринни катталашганлиги, палпатор хосила пайпасланиши, интоксикация.	Анамнез, кўрик, палпация, УТТ, МРТ, МСКТ, ПЭТ/КТ. Онкомаркерлар: АФП, Са 125, ХГ, ЛДГ,	Онкомаркерларни натижалари меёридан баландлиги, клиник инструментал текширишларни хулосалари.

"БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Герминоген хужайрали ўсмалар (ГХЎ) клиник курилиши-- Алфа-фетопротеин (АФП) нинг ортиб бораётган даражаси сариглик қопчаси (YST) тўқималарининг мавжудлигини кўрсатади, инсон бета-хорионик гонадотропин (β -ХГЧ) даражасининг ошиши хориокарсинома (ChCa) учун характерлидир. АФП ва β -ХГЧ даражалари уларни ишлаб чиқарадиган ўсма хужайралари сонига мутаносибдир.

Соғлом туғилган чақалоқларда қон зардобидаги АФП концентрацияси катта чегараларда ўзгариши ва сезиларли даражада ошиши мумкин, аммо одатда бола ўсиб улғайган сайин унинг маркёрлари даражаси пасаяди. Шундай қилиб, чақалоқларда АФП динамикасининг ошиши гистологик тасдиқлашсиз YST компонентининг мавжудлиги учун диагностик мезон бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ХКТ -10:	
C56	Тухумдонларнинг хавфли герминоген ўсмалари
C62	Мояклар хавфли герминоген ўсмалари
C38.1	Кўкс оралиғи хавфли герминоген ўсмалари
C48.0	Қорин парда орти хавфли герминоген ўсмалари
C49.5	Юмшоқ бириктирувчи тўқима хавфли герминоген ўсмалари (думғаза-дум соҳаси)
C52	Қин девори хавфли герминоген ўсмалари
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10238

1. Даволаш, шу жумладан наркотик ва наркотик бўлмаган терапия, пархез терапияси, ҳушсизлик, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар

Усманинг типик локализацияси ва қон зардобиди ўсимта белгиларининг концентрациясининг ошиши морфологик тасдиқлашсиз ГХЎ ташхисини қўйиш имконини беради, бу айниқса умумий ўсма жараёнларида муҳим аҳамиятга эга.

ГХЎ даволаш тактикаси ёшни, гистологик вариантни, ўсманинг локализациясини, касалликнинг босқичини ва ўсма белгиларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Экстракраниал ГХЎ учун биринчи ва энг муҳим терапевтик чора ўсимтанинг тўлиқ резекциясидир. Микроскопик равишда ўсманинг умумий резекцияси (P0) муҳим прогностик омиллардан биридир.

Хавфли ГХЎ бўлса, қўшимча равишда кимётерапия ҳам зарур.

Хавфли ўсмаларда биринчи навбатда неoadювант кимётерапия кўрсатилади. (КТ) ўсимта ҳажмини камайтириш, ўсмани тубдан олиб ташлаш ва операцияни олдини олиш учун.

Тасвирлаш усуллари ва ўсимта белгиларининг кўтарилиши асосида клиник ташхис қўйиш мумкин, бу алоҳида ҳолатларда биопсияни рад етишга имкон беради.

Энг самарали комбинацияланган кимётерапия бўлиб, унга 3 та асосий дорилар киради, улардан бири ҳар доим платина бирикмасидир.

Цисплатин (II) энг самарали дорилардан бири бўлиб, буйрак функциясининг тирқишли бузилишига ва ешитиш қобилиятини йўқотишига олиб келиши мумкин. Таққослаш учун, карбоплатин камроқ заҳарли бўлганлиги учун 6 баравар юқори дозалаш керак.

Ҳаётнинг дастлабки 4 ойидаги малигнант ГХЎ билан оғриган беморларда 2 та дори – цисплатин ** ва этопосид ** комбинацияси қўлланилади.

* Бирламчи босқичда ГХЎга шубҳа қилинган болага гистологик текшириш билан жарроҳлик аралашуви тавсия етилади. Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси)

Изоҳлар: ҳаётини кўрсаткичларга кўра, клиник текширув тугашидан олдин шаклланишни биопсия / олиб ташлаш мумкин. Бироқ, стандарт вазиятларда бирламчи жарроҳлик ҳажми масаласи аралашувлар фақат кенг қамровли экспертиза тугагандан сўнг. Аниқ ажратилган ўсимта бўлса, атрофдаги органларнинг инфилтрацияси учун маълумотлар бўлмаса, радикал операцияни кўриб чиқиш мумкин. Мумкин бўлган жарроҳлик хавфларини минималлаштириш керак. Ҳаётини тузилмалар ва бошқа органлар ва тўқималарнинг ўсимта инфилтрацияси, шунингдек операциядан кейинги кўплаб асоратлар мавжуд бўлганда, шаклланишнинг биопсияси кўрсатилади, сўнгра гистологик ва ИҲС тадқиқотлари натижаларига кўра бошқарув тактикаси тўғрисида қарор қабул қилинади.

* ГХЎ учун жарроҳлик даволашдан кейин болага операциядан кейинги терапияни ёшига, ўсманинг локализациясига, гистологик вариантга ва амалга оширилган операциянинг радикаллигига қараб танлаш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси)

1. Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар

* Махсус даволаниш давомида реабилитация тадбирлари режасига болага ижтимоий-педагогик ёрдам (нейропсихологик реабилитация, тиббий-педагогик назорат), шунингдек, оилани ижтимоий-психологик қўллаб-қувватлаш (оилавий клиник ва психологик маслаҳат) ни киритиш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси)

1. Профилактика ва диспансер назорати, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

□ * * Кимётерапиядан сўнг куйидаги кузатув дастури экстракраниал

герминоген хужайрали ўсмалари бўлган барча беморларга тавсия етилади:

Кўрсаткич	Кузату внинг 1-йили	Кузату внинг 2-йили	Кузатув нинг 3-5-йили
Антропометрия	Хар ойда	Хар 4 ойда	Хар 6 ойда
Клиник синов	Хар ойда	Хар 2 ойда	Хар 3 ойда
Бирламчи локализациянинг ултратовуш текшируви	Хар ойда	Хар 2 ойда	Хар 3 ойда
КТ/МРТ билан КУ (тўлиқ резекция қилинган тақдирда)	Хар 2 ойда.	Хар 4 ойда.	Хар 6 ойда
Аудиограмма	Хар 6 ойда	Хар 6 ойда	Хар 6 ойда
Креатинин клиренси; УКГ (ОАК), УСТ(ОАМ)	Хар ойда	Хар 4 ойда	Хар 6 ойда
Онкомаркерлар: АФП, β-ХГЧ	Хар ойда	Хар 4 ойда	Хар 6 ойда
Жинсий гормонларни аниқлаш	Бир marta ёки патология билан. Балоғат yoshi бузилган тақдирда- ФСГ, ЛГ, пролактинни аниқлаш. Қизларда (циклнинг бузилиши билан) эстрадиолнинг таърифи. Ўғил болаларда-тестостеронни ўлчаш		
Иккинчи ўсмаларни назорат қилиш			
Суяк ўсмалари, УЛЛ, МДС назорат			
Таъхиснинг 2-10 йиллари орасида метахрон ўсмаларни назорат қилиш, айниқса ўсимта тухумдонларда локализация қилинганида			
Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси)			

Тиббий ёрдамни ташкил етиш

Шошилинч ёки шошилинч шаклда тиббий ташкилотда касалхонага ётқизиш учун кўрсатма:

- шошилинч ва шошилинч шаклда ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни талаб қиладиган меланома асоратлари мавжудлиги;
- * даволашнинг асоратлари мавжудлиги (жарроҳлик, радиация терапияси, дори терапияси ва бошқалар.) melanoma.

Режалаштирилган шаклда тиббий ташкилотга касалхонага ётқизиш учун кўрсатма:

- 24 соатлик ёки кундузги шифохонада кузатишни талаб қиладиган мураккаб интервенцион диагностик тиббий аралашувларни амалга ошириш зарурати;
- * ихтисослашган antitumor даволаш учун кўрсатмалар мавжудлиги (жарроҳлик, радиация терапияси, шу жумладан kontakt, масофавий ва бошқа турдаги радиация терапияси, дори терапияси ва бошқалар.), кечаю кундуз ёки кундузги касалхонада кузатишни талаб қилади.

Беморнинг тиббий ташкилотдан чиқиши учун кўрсатма:

- * даволаш курсини тугатиш ёки шифохонада тиббий тузатиш ва/ёки тиббий аралашувни талаб қиладиган даволаниш асоратлари бўлмаган тақдирда, кечаю кундуз ёки кундузги шифохонада ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларидан бири. созлаш;
- * беморни ёки унинг қонуний вакилини онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий ташкилот кенгаши томонидан ташкил етилган, агар асосий касалликнинг асоратлари бўлмаса, кечаю кундуз ёки кундузги шифохонада ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдамдан воз кечиш. ва/ёки тиббий тузатишни талаб қиладиган даволаниш ва/ёки стационар шароитда тиббий аралашувлар;
- * беморни тегишли тиббий ёрдам профилига мувофиқ бошқа тиббий ташкилотга ўтказиш зарурати. Беморни ихтисослаштирилган тиббий ташкилотга ўтказишнинг

мақсадга мувофиқлиги тўғрисида хулоса тақдим етилган тиббий ҳужжатлар ва /ёки беморни ўтказиш режалаштирилган тиббий ташкилотнинг шифокорлари томонидан дастлабки текширувдан олинган маълумотлар бўйича дастлабки маслаҳатлашувдан сўнг амалга оширилади.

1.1 Қўшимча маълумотлар (шу жумладан касаллик ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)

1.2 ГХЎда резекция ҳолатини аниқлаш

Микроскопик жами (P0):

* ўсимтани келиб чиқиш органи бўлган битта блок билан тўлиқ резекция қилиш, яъни коксикуляр суяк ёки бутун мояк ёки бутун тухумдон фаллопий найчаси билан;

• олдинги биопсия йўқ;

* ўсимта кистаси тешилмаган ва операция пайтида таркибининг тўкилиши билан ёрилиш бўлмаган;

* гистологик баҳолаш-ўсманинг капсуласи ёки псевдокапсуласида ўсимта ҳужайралари йўқ (резекция чегарасида ўсимта ҳужайраларининг йўқлиги);

* асцитик ёки ювиш қорин суюқлигида ўсимта ҳужайралари йўқ. Макроскопик жами, микроскопик қолдиқ (P1):

* бир неча қисмдан бутун ўсимта олиб ташлаш, такрорий жарроҳлик пайтида ўсимта олиб ташлаш;

* коксикуляр суяк, тухумдон ёки моякни алоҳида қисмларга ажратиш;

* мояк ўсмалари транскротал жарроҳлик;

* ўсимта капсуласининг яхлитлигини бузиш • масалан, ўсимта ёрилиши, ўсимта кистасининг понксиёни ёки гистологик текширув учун интраоператив биопсия;

* асцитик ёки плевра экссудатидаги ўсма ҳужайралари;

* орган юзасида ёки резекция четида ўсимта ҳужайралари. Макроскопик қолдиқ (P2):

* органни тарк етиш билан ўсимтанинг органдан энуклеацияси: бутун коксикуляр суяк, тухумдон ёки мояк;

* кўринадиган ўсма ёки тўқима инфилтрациясининг қолдиқлари;

* жарроҳлик соҳасидаги метастатик қолдиқлар, масалан, peritoneal имплантлар (глиоматоздан ташқари) ёки минтақавий лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши. Ўпка, жигар ёки бошқа жойларга масофавий метастазлар чиқариб ташланади;

* ўсимта суюқ мустаҳкамлик.

Псевдокапсуланинг шаклланиши ўсимтанинг қўшни тузилмалар томонидан сиқилиши туфайли содир бўлади. Фақат етарли ва хавфсиз масофа ўсимтани тўлиқ олиб ташлаш имкониятини кафолатлайди.

Агар ўсимта тўқимаси аниқ чекланмаган бўлса, жарроҳ томонидан ўсимта босқини сезилганми ёки йўқми, гистологик аниқлаштириш учун шубҳали худуддан ташқаридаги бўлимларни алоҳида текшириш талаб қилинади.

Кейинги гистологик текшириш учун барча лимфа тугунларини олиб ташлаш ва ёрлиқлаш керак.

Тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган ўсимта резекцияси тушунчаларини аниқлаш.

Тўлиқ резекция ўсимта тўқималарининг бутун ҳажмини олиб ташлаш деб тушунилади:

* коксиксда локализация қилинган ўсмалар учун ўсимта, капсула ва коксиксени битта блокда резекция қилиш амалга оширилади;

* тухумдон ўсмалари бўлса, тухумдон, тухумдон қўшимчаси ва бачадон найчасини резекция қилиш керак;

* агар керак бўлса, регионар лимфа тугунлари ҳам тўғри танлаш учун олиб ташланади.

Тўлиқ бўлмаган резекция деб агар:

* капсула ёрилиши операция пайтида ёки ундан кейин содир бўлган;

* ўсимтанинг атрофдаги тўқималарга инфильтрацияси аниқланган ёки ўсимта (С) атрофдаги тўқималарга қўшни (аккреция) бўлиб, натижада ўсимтани тўлиқ резекция қилиш мумкин эмас.

Ўсимта атрофдаги тўқималарга инфильтрацияланганда, резекция чеккаларида тўқималарнинг гистологик текширувини ўтказиш керак.

Ўсимта псевдокапсуласи ўсимта томонидан қўшни тузилмаларни сиқиш натижасида пайдо бўлади. Фақат етарли ва хавфсиз масофа ўсимтани тўлиқ олиб

ташлаш имкониятини кафолатлайди. Агар ўсимтани тўлиқ резекция қилиш мумкин бўлса ва касалликнинг 1a босқичи аниқ ташхис қўйилган бўлса, бу босқичда тухумдон шикастланганда ёки бошқа экстракраниал локализацияда даволашни яқунлаш мумкин, сакрококцикуляр локализация бундан мустасно. Бироқ, бундай беморларни қатъий белгиланган вақт ичида диққат билан кузатиб бориш керак.

1.2 ГХЎ учун операцион усуллар

Радикал операция: тухумдон – ўрта чизик лапаротомияси, зарарланган томондаги тухумдон қўшимчаларини олиб ташлаш (бу ҳолатда иккиламчи жинсий белгилар ва туғиш функциясининг тўғри ривожланиши сақланади); мойк – чов орқали орхофуникулектомия; сакрококцигеал соҳа – ўсмани думғаза билан бир блокда олиб ташлаш; шунингдек, метастатик зарарланган лимфа тугунларини радикал олиб ташлаш зарур, агар улар мавжуд бўлса. Агар ўсма капсуласи шикастланган ёки атроф тўқималарга ўсма инфильтрацияси мавжуд бўлиб, уни тўлиқ олиб ташлаш имконсиз бўлса, операция радикал эмас ҳисобланади. Агар ўсма тўқимаси аниқ чегараланмаган бўлса, резекция чеккаларини ўсма билан зарарланишини истисно қилиш учун гистологик текшириш тавсия этилади.

Ўсманинг ўлчамини камайтириш учун уни пунксия қилиш тавсия этилмайди. Тавсия ишончлилик даражаси Д (далиллар ишончлилик даражаси – 4). Изоҳлар: Ўсма ўлчамини камайтириш ёки диагностика мақсадида ўсмага пунксия қўйиш тавсия этилмайди, чунки бу ўсма капсуласининг ёрилишига олиб келиши мумкин. Пунксия материални морфологик текшириш кўпинча қийин кечади, чунки унда ўсманинг яхши сифатли компонентлари бўлиши мумкин, бу эса ўсманинг бошқа қисмларида ёмон сифатли хужайралар йўқлигини англатмайди. Шунингдек, пунксия пайтида ўсма хужайралари қорин бўшлиғига тарқалиши мумкин, бу эса касаллик прогнозини сезиларли даражада ёмонлаштиради.

Ёмон сифатли герминоген ўсмага қарши тухумдон резекциясини ўтказиш тавсия этилмайди. Тавсия ишончлилик даражаси Д (далиллар ишончлилик даражаси – 4). Изоҳлар: Икки томонлама чегаравий ўсмалар бўйича систематикдан кейин қайталаниш ҳолатлари беморларнинг 30,3 фоизда кузатилган, қўшимчалар олиб ташланганидан кейин эса фақат 1,7 фоизда. Шу билан бирга, тухумдоннинг герминоген ўсмасини радикал бўлмаган жарроҳлик даволаш юқори қайталаш хавфи билан кечади. III-IV босқичдаги жараён билан оғриган беморларда ўсмани радикал олиб ташлаш ва кейинги кимётерапия 78,4% беморда ремиссияга эришишга олиб келади, радикал бўлмаган даволаш эса фақат 33,3% ҳолатда. Радикал бўлмаган ўсмандан кейинги прогрессия қолган тухумдоннинг шикастланиши ва беморнинг кастрациясига олиб келади.

1.2 Жарроҳлик даволашдан кейин терапевтик вариантлар

7.3.1. "СОФ" ТЕРАТОМА ВА МИКРОФОКУСЛИ ЕТУК ТЕРАТОМА (G 0) ва етук тератома емас (G 1–2), хавфли тератома (G 3) («Grad» таснифи Гонзалес–Крузи буйича)

	Резекция	Ёмон сифатли микрофокус	Риск Группаси	Терапия
Гонадал ва гонадал булмаган тератомалар Grad 0–3	R0 или R1	Йук	Прогнози яхши	W&W хар 3 ойда
		Бор	ноаник	W&W хар ой

	R2	Йук	ноаник	W&W хар ой
		Бор	нокулай	Хавфли ГХУ буйича даволаш

Эслатма. Peritoneal глиоматоз билан тухумдон тератомаси – фақат FIGO 1с операцияси, БЕМОРЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ

- Тератомалар (Grade 0–2) мунтазам билан тубдан амалга операциядан кейин турли локализациядагилар!!! назорат.
- YST мойк IA боскич R0 дан кейинги 2 ёшгача болаларда ҳолат.
- II боскич тухумдон ўсмалари мунтазам кузатув билан радикал жарроҳликдан сўнг (маълумки, ушбу гуруҳ беморларидан атиги 25% кейинги ХТга муҳтож такрорланиш ҳолатида, кечиктирилган КТ бу гуруҳда омон қолишининг ёмонлашишига олиб келмайди, 75% еса КТ билан боғлиқ токсикликни олмайди)

7.3.4 ЭКСТРАГОНАДАЛ ХАВФЛИ ГХЎни ДАВОЛАШ

сўнгра ойлик кузатув.

TN M	ОПЕРАТИВ ДАВО	
T1a N0 M0	R 0 R 1 R2	w&w 3 * PEI 3 * PEI – (2nd look) – 1 * PEI
T1b N0 M0	R 0 R 1 R 2	w&w 3 * PEI 3 * PEI – (2nd look) 1 * PEI
T2a / b N0 M0	R0 R 1 R 2	4 * PEI 4 * PEI 3 * PEI – (2nd look) 1 * PEI
N1 ёки M1 10 ёшдан кичик болалар	биопсия	3 * PEI – OP – 1 * PEI
N1 ёки или 10 ёшдан катта болалар	биопсия	1 * PEI – 3 * HD PEI – OP с поддержкой ауто-ТПСК
Тўлиқ бўлмаган жавоб ёки терапиянинг кучайиши:		2 * Carbo-PET ауто-ТПСК

Ўсимтани камайтириш ва ёки ўсимта белгиларини нормаллаштириш кўринишидаги терапияга жавоб бўлмаса, циклар сонининг кўпайиши релапсининг тикланишига ёки олдини олишга олиб келмайди.

Ушбу беморларга клиник кўрсатмалардан ташқари бошқа терапия керак.

Регионар лимфа тугунлари ва узоқ метастазларнинг шикастланиши билан malignant ekstra-gonadal ГХЎ билан 10 ёшдан катта беморлар енг ёмон прогнозга ега. Биопсия ва КТнинг 1-курсидан сўнг (ўсмани ушлаб туриш учун) клиник

тавсиялардан ташқари терапияни кучайтириш учун Федерал Марказ билан муҳокама қилиниши керак.

Х А В Ф Л И Г Е Р М И Н О Г Е Н - Х У Ж А Й Р А Л И М О Я К У С М А Л А Р И Т Е Р А П И Я С И

ЮҚОРИ ИНГУИНАЛ ОРХИЕКТОМИЯ	LUGANO	I A	«тоза »YST	Watch – and - wait			
		I A	Бошка / аралаш ГКО	2 * PE			
		I B					
		I C					
		II A		2 * PEI	БЕМОРНИ ҚАЙТА БАҲОЛАШ	C R	STOP
		II B		3 * PEI		P R	2nd look
		II C				C R	1 * PEI
		II D					
		III A				P R	2nd look + 1 * PEI
		III B					
		III C					
		III D					

Лимфа тугунлари ёки томирларига ўсимта инвазияси бўлган беморларни юқори хавф гуруҳи (ифосфамид**билан)даволаш керак;

агар даволанишга жавоб кечиктирилса, бемор муҳокама қилинади;

ўсимта ҳажми ўзгармаган / ўсиб бораётган ўсма белгилари – "ўсиб бораётган тератома синдроми" - ерта жарроҳлик;

ўсимта ҳажми ўзгаришсиз / ўсаётган ўсимта маълумоти ёки маълумоти нормаллаштириш / ҳаракат секинлашади – хавф гуруҳини ўзгартириш;

P1–2 ўсмаси резекцияси ва/ёки "жонли" ўсмаси бўлган беморлар клиник тавсиялардан ташқари терапияни 2 – кўриниш-интенсивлаштиришдан кейин;

мойк тератомаси бўлган ўсмирлар КТ учун муҳокама қилинмоқда, чунки беморларнинг бу гуруҳида узоқ муддатли кечиктирилган релапслар хавфи юқори.

7.3.5 ХАВФЛИ ГЕРМИНОГЕН-ХУЖАЙРАЛИ МОЯК УСМАЛАРИ ТЕРАПИЯСИ

FIGO	Ia	ўсимтан и олиб ташлаш ва		R0-R1	Watch-and-wait			
	Ib				R2	2 * PE	2nd look	
	Ic							
	Ila	тумора дренал ектоми я		R0-R1	2 * PE			
	Iib				R2	3 * PEI	2nd look	1 * PEI
	Iic							
	IIla				3 * PEI	ТУХУМДОННИ ОЛИБ ТАШЛАШ	1 * PEI	
	IIlb							
	IIlc							
	IV							

"БОЛАЛАРДА ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Герминоген хужайрали ўсмалар (ГХЎ) клиник курилиши-- Алфа-фетопротеин (АФП) нинг ортиб бораётган даражаси сариғлик қопчаси (YST) тўқималарининг мавжудлигини кўрсатади, инсон бета-хорионик гонадотропин (β -ХГЧ) даражасининг ошиши хориокарсинома (ChCa) учун характерлидир. АФП ва β -ХГЧ даражалари уларни ишлаб чиқарадиган ўсма хужайралари сонига мутаносибдир.

Соғлом туғилган чақалоқларда қон зардободаги АФП концентрацияси катта чегараларда ўзгариши ва сезиларли даражада ошиши мумкин, аммо одатда бола ўсиб улғайган сайин унинг маркёрлари даражаси пасаяди. Шундай қилиб, чақалоқларда АФП динамикасининг ошиши гистологик тасдиқлашсиз YST компонентининг мавжудлиги учун диагностик мезон бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ХКТ -10:	
С56	Тухумдонларнинг хавфли герминоген ўсмалари
С62	Мояклар хавфли герминоген ўсмалари
С38.1	Кўкс оралиғи хавфли герминоген ўсмалари
С48.0	Қорин парда орти хавфли герминоген ўсмалари
С49.5	Юмшоқ бириктирувчи тўқима хавфли герминоген ўсмалари (думғаза-дум соҳаси)
С52	Қин девори хавфли герминоген ўсмалари
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10238

Ушбу турдаги касалликларнинг **бирламчи профилактикаси** салбий ташқи омилларнинг таъсирини, дори воситаларини асоссиз ишлатишни, юқумли касалликларнинг олдини олишни ва бошқаларни бартараф этишни ўз ичига олади. Ривожланиб бўлган касаллик билан оғриган беморлар онколог томонидан клиник кузатув, тизимли текширув ва узоқ муддатли парваришlash терапиясини талаб қилади.

АА учун махсус реабилитация усуллари мавжуд эмас.

Диспансер назорати:

Беморни яшаш жойидаги педиатрга (гематологга) ўтказиш шартлари.

- беморда тўлик/қисман ремиссия мавжуд бўлганда, тавсиялар билан яшаш жойи бўйича кузатувга ўтказилади.;
- биринчи йилда беморни текшириш частотаси ҳар 2-4 ҳафтада бир марта, кейинчалик -клиник ҳолатга ва гематологик динамикага қараб – лекин камида 3 ойда бир марта;

Лаборатор текширувлар:

- умумий клиник қон таҳлили, лейкоцитар формулани қўл билан ҳисоблаш ва ретикулоцитларни аниқлаш билан бирга, кузатувнинг биринчи йилида ойда бир марта, кейин эса клиник ҳолат ва гематологик динамиканинг барқарорлигига қараб, аммо ҳар уч ойда камида бир марта ўтказилади;
- биокимёвий қон таҳлили, диагностика учун аниқланадиган барча позицияларни қамраб олган, қўллаб-қувватловчи терапия тугагунига қадар циклоспорин А қабул қилиш даврида ойда бир марта, кейин эса ҳар 3-6 ойда бир марта ўтказилади;
- суяк илиги пункцияси режали тарзда тавсия этилмайди ва фақат касалликнинг қайталаниши ёки миелодиспластик синдром / ўткир миелоид лейкокемия эволюцияси ривожланишига шубҳа пайдо бўлганда амалга оширилади;
- гемолиз симптомларининг пайдо бўлиши (ретикулоцитоз, билирубин ва ЛДГ фаолиятининг ошиши) ва гемоглобин даражасининг пасайиши, агар тромбоцитар ва гранулоцитар тарафдан гематологик жавоб сақланса, пароксизмал гемоглобинурия синдромининг ривожланишини кўрсатади ва периферик қон лейкоцитларини иммунофенотиплаш ва ПНГ-ассоцирланган маркерларнинг экспрессия даражасини аниқлашни талаб қилади;
- инструментал текширувлар - клиник кўрсатмалар мавжуд бўлганда;
- тор доирадаги мутахассисларнинг маслаҳати – кўрсатмаларга мувофиқ;

Вакцинация:

- тўлиқ/қисман ремиссия билан иммуносупрессив терапия тугагандан сўнг, эмлаш тўлиқ ҳажмда амалга оширилиши керак, тирик вакциналар бундан мустасно.;
- пациентни диспансер ҳисобидан олиб ташлаш – гемопоэтик хужайраларни трансплантация қилган реципиентлар иммуносупрессив терапиянинг тугаши, тўлиқ ремиссиянинг мавжудлиги, трансплантациянинг қўшимча касалликлари ва асоратларининг йўқлиги асосида, трансплантациядан кейин 5 йил ўтгач, диспансер ҳисобидан олиб ташланади. Иммуносупрессив терапияни қабул қилувчилар ҳеч қачон диспансер рўйхатидан чиқарилмайди;

Ижтимоий ва психологик реабилитация:

Уюшган жамоада қолиш имконияти.

- бир йил давомида тақиқланган (трансплантация ва антитимоцитик глобулин билан иммуносупрессив терапия пайтидан бошлаб*);
- эпидемиологик вазият (грипп учун карантин ва бошқа ҳолатлар) ва беморнинг клиник-лаборатор ҳолати (гемоглобин ва тромбоцитлар сонининг камайиши) билан чегараланган, қўллаб-қувватловчи терапия даврида;
- жисмоний машқлар ва спорт билан шуғулланиш;
- интенсив терапия даврида истисно қилинади;
- қўллаб-қувватловчи терапия даврида беморнинг клиник-лаборатор ҳолати билан чегараланган;
- иммуносупрессив терапия тугаганидан кейин, тўлиқ ёки қисман ремиссия ҳолатларида, фақат даволаш даврида ривожланган таянч тизими патологиялари ёки оғир ёндош касалликлар билан чегараланган. Ушбу ҳолатлар мавжуд бўлмаса, чегараланмайди.

Клиник тавсияларни янгилаш тартиби.

Клиник тавсияларни янгилаш механизми уларни мунтазам равишда янгилашни таъминлайди - камида уч йилда бир марта, шунингдек, аниқ касалликларни ташхислаш, даволаш, олдини олиш ва реабилитация қилиш бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар мавжуд бўлганда. Илгари тасдиқланган тавсияларга оқилона қўшимчалар / шарҳлар, аммо ҳеч қандай маълумот йўқ.

Герминоген тухумдон ўсмаларининг асосий хавфи ўсимтанинг ёрилиши бўлиб, бу жараённинг қорин парда бўйлаб тарқалишига олиб келиши мумкин. Герминоген мойк ўсмалари билан минтақавий ва ретроперитонеал тури лимфа тугунларига метастаз бериши, бу асосий томирларнинг сиқилишига ва тромбоз шаклланишига олиб келиши мумкин. Сакрококцикуляр минтақада локализация қилинган герминоген ўсмалар ичак тутилишига олиб келиши мумкин (яъни ичак бўшлиғини бутунлай тўсиб қўйиши ва озиқ-овқат ўтишига тўсқинлик қилиши), ич қотиши ва сийишнинг бузилишига олиб келиши мумкин. Барча герминоген ўсмалар метастаз бериши мумкин (яъни касалликнинг янги ўчоқларини шакллантириш) минтақавий ва узок лимфа тугунларида, шунингдек бошқа органларда (кўпинча ўпкада, жигарда камроқ, мия ва суякларда). Миянинг метастатик шикастланиши неврологик аломатларга олиб келади. Бугунги кунда малакали мутахассислар томонидан эрта даволаш чоралари амалга оширилганда шу соҳадаги герминоген ўсмаларни даволаш муваффақиятли натижалар билан тугамоқда.

Кўпгина беморлар тўлиқ тузалиб, одатдаги турмуш тарзига тўлиқ қайтишлари мумкин. Герминоген ўсмалар медиастинада локализация қилинган ҳолатларда, шунингдек, ихтисослашган бўлмаган муассасаларда кенгайтирилган биопсия, узок диагностика босқичи ва жигар ва мияда бир нечта метастазларни аниқлашдан кейин истисно. Аммо бундай ҳолларда ҳам, агар тўлиқ даволаниш имконсиз бўлса, беморлар умр кўриш давомийлигини сезиларли даражада ошириши ва касаллик аломатларини енгиллаштириши мумкин.

Болаларда герминоген ўсмаларни даволаш бир нечта мутахассиснинг вазифасига киради. Муайян вазиятга қараб клиникада малакали жарроҳ, болалар онколог, кимётерапевт, патолог, анестезиолог, реаниматолог, кардиолог, невролог консультацияси талаб қилинади.

Адабиётлар рўйхати

1. Dehner L.P. Gonadal and extragonadal germ cell neoplasia of childhood // Hum. Pathol. 1983. Vol. 14, № 6. P. 493–511.
2. Miller R.W., Young J.L., Novakovic B. Childhood cancer // Cancer. John Wiley & Sons, Ltd, 1995. Vol. 75, № S1. P. 395–405.
3. Castleberry R.P., Cushing B., Perlman E. Germ cell tumors // Principles and Practice of Pediatric Oncology, 3rd ed. / ed. Pizzo P.A., Poplack D.G. 1997. P. 921–945.
4. Malogolowkin M.H. et al. Germ cell tumors in infancy and childhood: A 45-year experience // Fetal Pediatr. Pathol. Informa Healthcare, 1990. Vol. 10, № 1–2. P. 231–241.
5. Фасеева Н.Д. Оптимизация тактики лечения герминогенных опухолей у детей. Диссертационная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2018. 146 p.
6. Детская онкология. Национальное руководство. Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. М.: Издательская группа РОНЦ. Практическая медицина, 2012. 684 p.
7. Calaminus G. et al. Age-Dependent Presentation and Clinical Course of 1465 Patients Aged 0 to Less than 18 Years with Ovarian or Testicular Germ Cell Tumors; Data of the MAKEI 96 Protocol Revisited in the Light of Prenatal Germ Cell Biology // Cancers (Basel). 2020. Vol. 12, № 3. P. 611.
8. Герминогенноклеточные опухоли // Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями. 2009. P. 525–538.
9. Gray A. et al. Persistence of parvovirus B19 DNA in testis of patients with

- testicular germ cell tumours // J. Gen. Virol. Microbiology Society, 1998. Vol. 79, № 3. P. 573–579.
10. Cecchetto G. Gonadal germ cell tumors in children and adolescents // Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. Medknow Publications, 2014. Vol. 19, № 4. P. 189–194.
 11. Göbel U. et al. Germ-cell tumors in childhood and adolescence // Annals of Oncology. 2000. Vol. 11, № 3. P. 263–271.
 12. Варфоломеева С.Р. Экстракраниальные герминогенноклеточные опухоли. Стандарты обследования и терапевтические подходы. [Electronic resource]. P. 27.
 13. Hussain H.K. et al. Imaging-guided core biopsy for the diagnosis of malignant tumors in pediatric patients // Am. J. Roentgenol. American Roentgen Ray Society, 2001. Vol. 176, № 1. P. 43–47.
 14. Panchansky L. Bone marrow biopsy in the metastatic work-up of solid tumors in children. //Cancer. 1984. Vol. 54, № 7. P. 1447–1448.
 15. Piazza M.J., Urbanetz A.A. Germ Cell Tumors in Dysgenetic Gonads // Clinics. Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, 2019. Vol. 74.
 16. Cunha S.C. et al. Early development of a gonadal tumor in a patient with mixed gonadal dysgenesis // Arch. Endocrinol. Metab. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2018. Vol. 62, № 6. P. 644–647.
 17. Marina N. et al. Treatment of childhood germ cell tumors: Review of the St. Jude experience from 1979 to 1988 // Cancer. 1992. Vol. 70, № 10. P. 2568–2575.
 18. Thorsteinsson T. et al. Study protocol: Rehabilitation including social and

physical activity and education in children and teenagers with cancer (RESPECT) // BMC Cancer. BioMed Central, 2013. Vol. 13. P. 544.

19. Румянцев А.Г., Самочатова Е.В. Практическое руководство по детским болезням. Гематология/онкология детского возраста. Медпрактика-М, Москва, 2004.

20. Marina N.M. et al. Complete surgical excision is effective treatment for children with immature teratomas with or without malignant elements: A Pediatric Oncology Group/Children's Cancer Group Intergroup Study. // J. Clin. Oncol. 1999. Vol. 17, № 7. P. 2137–2143.

21. Владимирова Л.Ю. et al. Практические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных // Практические рекомендации Российского общества клинической онкологии. Лекарственное лечение злокачественных опухолей. Поддерживающая терапия в онкологии. 2018. P. 502–511.

22. Wu J.T., Book L., Sudar K. Serum alpha fetoprotein (AFP) levels in normal infants // Pediatr.Res. Nature Publishing Group, 1981. Vol. 15.