

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
Илова

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

**"БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

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

**М. Н. Тилляшайхов**



**2025 йил**

**"БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ " НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## **Мундарижа**

<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>5</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>47</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИНГ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>61</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>80</b>

**"БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

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

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

- **Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавfli ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юқлаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

- **КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавfli ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавfli ўсмалари
Юқлаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

- **Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:**

2025/2030 йил.

**- Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:** Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази.

**- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ҲИССА ҚЎШГАНЛАР:**

**- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Абдорбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Маҳаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Муҳамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

**- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:**

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

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

**- Рецензентлар:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

Дениш Пендхаркар – профессор, Ҳиндистон онкологлари Ассоциацияси президенти, Сарвадоя институти директори, Фаридобод, Ҳиндистон;

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

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

**Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

Мазкур миллий клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари Шарипов Ф.Р., Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Алмардонов Ш.К., Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Нуримова Ш.Р., бош мутахассис Жумаева Г.Т. ва бўлим етакчи мутахассиси Раҳимова Н.Ф. раҳбарлиги остида ишлаб чиқилган.

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

## **ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:**

ЮҚТ	– Юрак-қон томир тизими
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭГС	– эзофагогастроскопия
ЭКГ	– электрокардиография
TNM	– Tumor Nodulus Metastasis – хавфли ўсма касалликлари босқичларининг халқаро таснифи
ЖССТ	– Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ЕСОГ	(ингл. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 балли тизим бўйича даволанишдан олдин, даволаниш пайтида ва ундан кейин онкологик беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш шкаласи (онкологик касалликларни ўрганиш учун Шарқий Қўшма гуруҳ томонидан тавсия этилган).
RW	– Вассерман реакцияси
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза
ОИВ	– Одам иммунтанқислиги вируси
Гр	– Грей
ХЎ	– Хавфли ўсма
ИГХ	– Иммуногистохимик (текшириш)
КСФ	– Колониестимулловчи факторлар (омиллар)
ЛД	– Лимфодиссекция
НТ	– Нур терапия
УЯ	– Умумий яшовчанлик

ҚБА	– Қорин бўшлиғи аъзолари
КҚА	– Кўкрак қафаси аъзолари
КЧА	– Кичик чаноқ аъзолари
ПЗР	– Полимераз занжир реакцияси
ПЭТ	– Позитрон-эмиссион томография
БМЎД	– Бир марталик ўчоқли доза
ПР	– Прогестерон рецепторлари
ЭР	– Эстроген рецепторлари
ҚЛТ	– Қўриқчи лимфа тугуни (тугунлари)
СЎД	– Суммар ўчоқли доза
УТДГ	– Ультратовуш доплерография
в/и	– Вена ичига
и/п	– Интраперитонеал
АФП	– Альфа-фетопротеин
ИГХ	– иммуногистохимия
КТ	– компьютер томография
ЛДГ	– лактатдигидрогиназа
ДВ	– Дори воситаси
МНН	– Халқаро патентланмаган номи
МРТ	– магнит-резонанс томография
ПХТ	– полихимиотерапия
НАПХТ	– неoadъювант полихимиотерапия
ББС	– Бачадон бўйни саратони
УТТ	– Ультратовуш текшируви
ДД	– Далиллар даражаси
GOG	– Гинеколог онкологлар гуруҳи (гинекологик саратонни ўрганиш кооперирланган гуруҳи, АҚШ)
FIGO	– Халқаро гинекологлар ва акушерлар Федерацияси
CIN	– Цервикал интраэпителиал неоплазия
ПАП	– Паппаниколау бўйича суртма

**- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:**

- Шифокор-онкологлар;
- Онкогинекологлар;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

**- Мазкур нозология бўйича беморларнинг тоифаси: (18 ёшдан) катталар.**

**- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:**

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

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

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

ДИД	Батавсил
-----	----------

1	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.
2	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки катор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-контрол» тадқиқотлари.
5	Аралашувнинг ҳаракат механизми учун фақат асос мавжудлиги (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси.

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

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

## 2. Асосий қисм.

### - Кириш

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури

ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юқидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафқашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти баравар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

### **Сабаблари**

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси хужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

### **Ўзбекистон Республикасидаги ҳолат**

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беи саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичда, 23.1% - III босқичда ва 4,6% - IV босқичда аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беи, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беи саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

### **- ББСнинг клиник таснифи [7]**

ББС ташҳиси фақат гистологик текширув натижалари асосида белгиланади.

Бачадон бўйни саратони босқичини аниқлаш учун ҳар қандай визуализация усуллари ва/ёки морфологик текширув маълумотларидан фойдаланиш мумкин. Бачадон бўйни саратонининг босқичи усулни танлаш ва даволаш режасини тузиш учун зарур бўлган махсус терапия бошланишидан олдин белгиланади. Бачадон бўйни саратони босқичи махсус даволаш бошланганидан кейин ўзгармайди. Босқични аниқ белгилашда қийинчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда, аввалгироғини танлаш керак бўлади. Жарроҳлик давоси олаётган беморларда морфологик топилмаларни алоҳида қайд этиш керак. Бунинг учун TNM номенклатураси мос келади (TNMдан олдинги ҳарф қисқартмаси қайси маълумотлар асосида бирламчи ўсма (T), лимфа тугунлари (N) ва узоқ метастазлар (M) ҳолати аниқланганлигини кўрсатиши керак: клиник маълумотлар (cTNM), нур текшируви усуллари маълумотлари (rTNM), операциядан кейинги морфологик экспертиза маълумотлар (pTNM).

Босқичини аниқлаш FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 й.да янгиланган) таснифи асосида белгиланади (1-жадвал).

**1-жадвал. ББСни босқичлар бўйича таснифланиши (FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 йилда янгиланган) бўйича таснифи).**

TNM	FIGO	
TX	Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ	
T0	Бирламчи ўсма аниқланмайди	
Tis	<sup>-1</sup>	<i>in situ</i> саратон, преинвазив саратон (ушбу ҳолатлар ББС билан касалланиш статистикасига киритилмаган)
T1	I босқич	Ўсма бачадон бўйни билан чегараланади (бачадон танасига тарқалиши ҳисобга олинмайди)
T1a	IA	Фақат микроскопик ташхисланувчи инвазив карцинома, энг кўп инвазия чуқурлиги $\leq 5$ мм <sup>2,3</sup>
T1a1	IA1	Стромал инвазия $\leq 3$ мм
T1a2	IA2	Стромал инвазия $> 3$ мм, лекин $\leq 5$ мм
T1b	IB	Инвазив карцинома, инвазии чуқурлиги $> 5$ мм (IA босқичидан катта), ўсма бачадон бўйни билан чегараланган
T1b1	IB1	Инвазив карцинома, инвазия чуқурлиги $> 5$ мм ва ўсма кесими энг катта ўлчамда $\leq 2$ см
T1b2	IB2	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 2$ см, лекин $\leq 4$ см
T1b3	IB3	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 4$ см
T2	II босқич <sup>4</sup>	Бачадондан ташқарига тарқалган ўсма, тос деворларига ўтмаган ва қиннинг пастки учдан бирини зарарламаган
T2a	IIA	Ўсма қиннинг юқори учдан икки қисмини зарарлайди, параметрийни шикастламадан
T2a1	IIA1	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $\leq 4$ см
T2a2	IIA2	Инвазив карцинома энг катта ўлчами $> 4$ см
T2b	IIB	Параметрийни шикастлаш билан, аммо тос деворларига тарқалмаган
T3	III босқич	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ва /ёки тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилади <sup>5</sup>

T3a	IIIA	Ўсма қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади, аммо тос деворига тарқалмайди	
T3b	IIIB	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ҳисобланади	
	IIIC	Бирламчи ўсманинг катталиги ва тарқалишидан қатъи назар, тос ва/ёки параорта лимфа тугунларининг шикастланиши (T1–T3) (r ва p индексларининг белгиланиши билан) <sup>5</sup>	
	IIIC1	Фақат тос лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IIIC2	Фақат параортал лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IV босқич	Тос суягидан ташқарига тарқалган ёки қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллик қаватига ўсиб ўтган ўсма (буллёз шиш ўсмани IV босқич деб таснифлашга имкон бермайди)	
T4	IVA	Қовуқ ёки тўғри ичакка ўсиб ўтиш <sup>6</sup>	
M1	IVB	Узоқ метастазлар <sup>7</sup>	
<b>Регионар лимфа тугунларининг ҳолати</b>		<b>Узоқ метастазлар</b>	
NX	Баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас	M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
N0	Регионар лимфа тугунларининг зарарланиш белгилари йўқ	M17	Узоқ метастазлар мавжуд
N1 <sup>8</sup>	Тос лимфа тугунларида метастазлар		
N2 <sup>8</sup>	Параортал лимфа тугунларида метастазлар (тос лимфа тугунларида метастазлар билан бирга ёки уларсиз)		

<sup>1</sup> FIGO таснифида 0 (Tis) босқич қўлланилмайди.

<sup>2</sup> Ўсма ўлчами ва унинг тарқалганлиги ҳақидаги клиник маълумотларга қўшимча қилишнинг барча босқичларида визуализация усуллари ва гистологик текширувдан фойдаланиши мумкин

<sup>3</sup> IA босқичда ўсманинг горизонтал тарқалиши энди ҳисобга олинмайди. Инвазия чуқурлиги ўсма юзаки эпителийдан ёки бездан келиб чиққанлигидан қатъи назар, базал мембранадан аниқланади. Қон ёки лимфа томирларида ўсма эмболиясини аниқлаш босқични ўзгартирмайди, аммо гистологик текширув хулосасида акс эттирилиши керак, чунки бу даволаш тактикасига таъсир қилиши мумкин

<sup>4</sup> Параметрий зарарланган III босқичда параметрийга инфилтрация тугун шаклига эга бўлганда ва тос деворига етиб борганида таъхис қилинади. Бошқа ҳолларда IIb босқич дея белгиланади. Шунини таъкидлаш керакки, гинекологик

текширув пайтида инфилтратнинг табиатини (яллигланиши ёки ўсма) баҳолаш мумкин эмас.

<sup>5</sup> "r" (визуализация усуллари) ва "p" (гистологик текширув) индексларини қўйиши ИС босқичи қўйилган усулни аниқлаштириши учун зарур. Мисол учун, агар тос лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши визуализация усуллари билан аниқланса, босқич ИС1r бўлади, тос лимфа тугунлари шикастланиши гистологик тасдиқланган бўлса — ИС1r бўлади. Визуализация усули ёки гистологик текшириши усули хулосада тавсифланиши керак. Агар босқични аниқ баҳолаш қийин бўлса, аввалроқдагиси қўйилади.

<sup>6</sup> Қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллиқ қаватига инвазия биопсия натижалари билан тасдиқланиши керак.

<sup>7</sup> Шу жумладан, чов лимфа тугунлари, шунингдек қорин пардага метастазлар. Кичик чаноқ аъзоларининг сероз қаватлари бундан мустасно. Қиндаги, кичик чаноқ аъзолари ва ортиқлар сероз қавати метастазлари бендан мустасно.

<sup>8</sup> Лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 0,2 мм, лекин 2 мм дан кам бўлганда "тi" қўшимчаси қўйилади; лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 2 мм бўлганда "та" қўшимчаси қўйилади; БСЛУ да метастаз аниқланса, "sn" қўшимчаси қўйилади.

Бачадон бўйни саратонидаги регионар лимфа тугунлари ташқи, ички, умумий ёнбош, парааортал, ёпқич, сакрал ва бел лимфа тугунлари ҳисобланади.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 70-80% да ясси хужайрали саратон, 10-20% да — аденокарцинома ва 10% да — паст дифференциаллашган саратон ташҳиси қўйилади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг морфологик таснифи 2-жадвалда келтирилган.

**2-жадвал. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларини морфологик таснифи (БЖССТ, 2020 й.).**

### **ЯССИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- ясси хужайрали интраэпителиал зарарланиш (ясси эпителийнинг зарарланиши (SIL)):
  - ясси эпителийнинг енгил зарарланиши (LSIL)
  - ясси эпителийнинг оғир зарарланиши (HSIL)
- ОПВ-ассоциирланган ясси хужайрали саратон
- ОПВ ассоциирланмаган ясси хужайрали саратон

- Носпецифик типдаги ясси ҳужайрали саратон

## **БЕЗЛИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- Аденокарцинома in situ
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланмаган
- Аденокарцинома носпецифик типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома ОПВ- ассоциирланмаган меъда типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган ёруғ ҳужайрали типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган мезонефроид типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган носпецифик типи
- Эндометриоид аденокарцинома носпецифик типи
- Карциносаркома носпецифик типи
- Безли-ясси ҳужайрали карцинома
- Мукоэпидермоид карцинома
- Аденоид-базал карцинома
- Дифференциаллашмаган карцинома носпецифик типи

## **АРАЛАШ ЭПИТЕЛИАЛ ВА МЕЗЕНХИМАЛ ЎСМАЛАР**

- Аденосаркома

## **ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР**

- Герминоген ўсмалар носпецифик типи
  - етилган тератома носпецифик типи
  - сариқлик халтаси ўсмаси неспецифик типдаги
  - эндодермал синус ўсмаси
  - хориокарцинома
  - дермоид киста носпецифик типи

## **НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАР**

- Нейроэндокрин карциномалар
  - майда ҳужайрали нейроэндокрин карцинома

– йирик хужайрали нейроэндокрин карцинома

- Аралаш нейроэндокрин-нейроэндокрин бўлмаган ўсмалар
- Аралаш аденокарцинома нейроэндокрин карцинома билан

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

#### **Ташхислаш мезонлари:**

##### **- Шикоятлари ва анамнез:**

- Жинсий йўллардан ациклик қонли, сувли, йирингсимон ажралмалар келишига;
- Қорин пастки қисми ва белдаги тортувчи оғриққа;
- Менопауза фонида қон келишига.

#### **Анамнез:**

- Бачадон бўйни карцинома учун патогномоник шикоятлар йўқ. Қоида тариқасида, касаллик 1 йилдан 5 йилгача ёки ундан кўпроқ давом этиши мумкин бўлган аниқ преинвазив босқичга эга. Микроинвазив бачадон бўйни карциномаси кўпинча тасодифий мурожат қилинганда топилади. Ib1- Pa2 босқичида бачадон бўйни саратони ташхиси қўйилган аёлларни гинеколог мурожатларининг сабаби жинсий йўллардан қон кетиш ҳисобланади. Кейинги кечироқ босқичларда (Ib-IVa) бел соҳасида, қориннинг пастки қисмида оғриқ шикоятлари кўшилади.

##### **- Физикал текширувлар [1, 3]:**

#### **Гинекологик кўрик:**

- Ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолати;
- кўзгуларда қин ва бачадон бўйни текшируви (қин инфилтрацияси, қин деворларида метастатик ўчоқлар мавжудлиги, ҳажми, бачадон бўйни ҳолати);
- патологик (йирингли, қонли) ажралмаларнинг мавжудлиги.

#### **Бимануал кўрик:**

- бачадон ўлчами ва шакли;
- ортиқларининг ҳолати;
- параметрийда инфилтратлар;
- олдинги ва орқа қин гумбазининг инфилтрацияси.

## Лаборатор текширувлар:

- цитологик текширувлар – ПАП тест (хужайра ҳажмининг гигантгача ўсиши, хужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражадаги етуклиги, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);
- гистологик текширув (кучли хужайра полиморфизми, хужайра ўлчамларининг катталашиси, кучли гипохромия, катта ядроларда бир ёки бир нечта ядрочалар мавжуд, розетка шаклида саратон хужайраларининг безли тузилмалари, митоз ҳолатидаги кўплаб хужайралар мавжуд);

## Инструментал текширувлар:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (агар бачадон бўйни саратонига шубҳа қилинган бўлса, бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кичик чаноқ аъзоларининг магнит-резонанс томографияси (ББСда бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кўкрак қафаси, қорин бшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳа лимфа тугунларини, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни баҳолаш);
- кўрсатмаларга кўра цистоскопия (ўсма жараёнининг қовуққа ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида) қовуққа ўсиб ўтишга гумон бўлганда буюрилади.
- кўрсатмаларга кўра ректороманоскопия ёки колоноскопия (ўсма жараёнининг йўғон ёки тўғри ичакка ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида);
- скелетни сцинтиграфияси (суякларга метастазлар бўлганда буюрилади);
- бутун тана ПЭК/КТси (бирламчи эндометрий саратонида ёки касалликнинг прогрессияланишида ўсма жараёнининг тарқалишини аниқлаш ёки махсус даволаш самарадорлиги динамикасини баҳолаш учун амалга оширилади).
- Ўсма материалида PD-L1 ва MSI ни аниқлаш (бирламчи радикал даволанишдан кейин касаллик прогрессияланганда ёки терапияни бошлашдан олдин бирламчи тарқалган жараён мавжуд бўлганда).

Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма препаратининг гистологик текшируви қуйидаги параметрларни акс эттириши керак:

1. Ўсманинг гистологик типи;

2. Ўсманинг дифференциация даражаси;
3. Ўсманинг ўлчамлари (уч ўлчами);
4. Ўсма инвазияси чуқурлиги;
5. Ўсманинг энг кўп инвазияланган жойида бачадон бўйнининг қалинлиги;
6. Қон ёки лимфа товларида ўсма эмболарининг мавжудлиги/мавжуд эмаслиги;
7. Қинни резекция қирғоқларида, параметрийда, бачадон бўйнининг резекция қирғоқларида ўсма (конизация/ампутация ёки трахелэктомия бажарилганда); резекция қирғоғи яқин бўлганда, резекция қирғоғидан ўсмагача бўлган масофа кўрсатилади;
8. Ўсманинг қинга ўтиши;
9. Параметрийнинг ўнгдан, чапдан ўсма билан зарарланиши;
10. ўнг ва чап параметрийдан олиб ташланган ва зарарланган лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/микрметастазлар/макрметастазлар);
11. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган тос лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
12. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган бел лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
13. ўсманинг бачадон танасига ўтиши;
14. тухумдонларининг метастатик зарарланиши;
15. ўсманинг қовуқ, тўғри ичак деворига ўсиб ўтиши (экцентерация ёки қўшни аъзолар резекцияси бажарилганда);
16. операциядан олдинги терапия бажарилган ҳолатларда, бирламчи ўсма ва лимфа тугунлари метастазларининг терапевтик патоморфоз даражаси, терапевтик патоморфоз даражаси баҳоланадиган таснифга асосан баҳоланади

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;

4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
13. Кольпоскопия, бачадон бўйнидаги барча шубҳали соҳалардан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
14. Комплекс ультратовуш ташхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт қопи, меъда ости беши, талоқ, буйраклар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чаноқ в/и контрастлаш билан магнит-резонанс томографияси;
16. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
19. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
20. Цистоскопия
21. Ректороманоскопия;
22. Экскретор урография, ренография;
23. ЭКГ;
24. ЭхоКГ;
25. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;
26. Контрастлаш билан МСКТ \*\*\*;

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (миқдорий);
3. COVID-19га ПЗР;

4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
10. Прокальцитонин
11. Антитромбин III, Д-димер
12. Қон зардобида ЛДГ, ХГ ва АФПни аниқлаш;
13. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
14. Миелограмма;
15. Периферик қон ИФТси;
16. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
17. Стандарт –цитогенетик текшириш;
18. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
19. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
20. Ортопантомограмма;
21. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
22. ФГДС;
23. Бронхоскопия;
24. Колоноскопия;
25. Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
26. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
27. Спирография;
28. Бош мия МРТси;
29. Скелет суяқларини рентгенографияси ёки сцинтиграфияси (суяқларни метастатик шикастланишига гумон бўлганда);
30. Плевра бўшлиқлари, периферик лимфа тугунлари, қалқонсимон без УТТси;
31. Ҳолтер – мониторинг билан ЭКГ

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

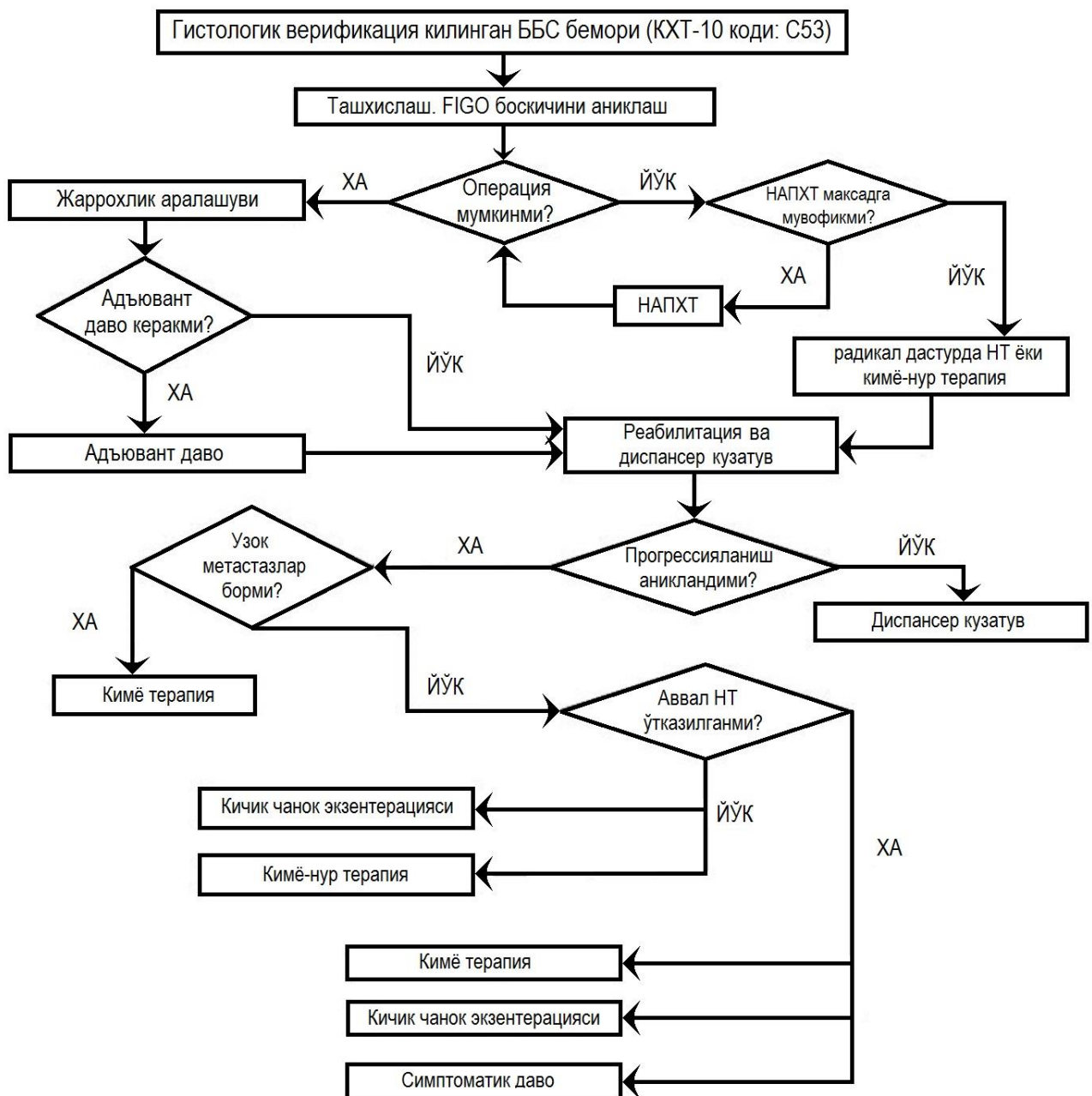
\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

\*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

**- Тор мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **Маммолог кўриги** (кўкрак беги томонидан патология бўлганда);
- **Кардилог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Абдоминал онколог кўриги** (қорин бўшлиғи аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- меъда саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, адъювант репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир мия касалликларида, шу жумладан инсульт, мия шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патология мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).

**- Диагностик алгоритм:**



- Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш [3, 4].

**3-жадвал. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш**

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асослаш	текшириш	Ташхисни инкор қилиш мезонлари
Бачадон бўйни эктопияси	<p>- жинсий йўлардан ажралмалар келиши</p> <p>- ёрқин қизил рангдаги псевдоэрозия ўчоғи</p>	<p>Кольпоскопия</p> <p>ПАП–тестга суртмалар олиш</p>	<p>Худуд кўплаб юмалоқ ёки чўзинчоқ қизил сўрғичлар билан қопланган бўлиб, бу бахмал юза эффектини яратади. Ёрқин қизил ранг бир қатор цилиндрсимон хужайралар қатори орқали кўринадиган пастдаги строма томирлари билан боғлиқ.</p> <p>«Трансформация соҳаси» эктопия соҳасидаги метаплазияланган ва етилмаган кўп қаватли ясси эпителий, безларнинг очиқ ва ёпиқ йўллари.</p>
CIN	<p>-бачадон бўйнининг кўринувчи ўзгарган соҳалари</p> <p>-Оғриқсиз</p> <p>-жинсий йўллардан ажралмалар.</p>	<p>-кольпоскопия</p> <p>- ПАП–тестга суртмалар олиш</p> <p>-биопсия</p>	<p>Кольпоскопик сурат: оқиш ялтироқ пленка кўринишидаги, эпителийнинг шоҳсимон қақати ҳисобига тахланган ёки ғадир-будир юзали йод негатив соҳа.</p> <p>Яқуний ташхис</p>

			гистологик текширув асосида қўйилади.
--	--	--	---------------------------------------

**4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси [10]:** йўқ.

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

**1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Верификация қилинган бачадон бўйни саратони;
- Курабел беморлар.

**2) Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилич ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган саратон касаллигининг асоратлари мавжудлиги;
- онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапия си ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

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

**1) Даволашдан мақсад:**

- хавфли ўсмани аъзо билан тўлиқ ёки қисман олиб ташлаш;
- ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессияси, стабилизациясига эришиш.

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулларини танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.

Беморда ҳамроҳ касалликларнинг (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) мавжудлиги муҳим омил ҳисобланади.

Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун жарроҳлик даволаш ва/ёки кимё терапия дан иборат бўлган индивидуал режа ишлаб чиқилади.

**4-жадвал. Босқичлар бўйича даволаш тактикаси [11,12]**

Босқич	Даво тури
CIN III	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA1	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия

IA2	Тотал гистерэктомия ортиқлар билан/ортиқларсиз +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича II тип) /трахелэктомия+тос лимфодиссекцияси/ Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда – нур терапияси
IB1	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича III тип) ёш аёлларда тухумдонлар транспозицияси билан / радикал дастур бўйича НТ ёки ХНТ. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IB2- IIA	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (III типда) ёш аёллардан тухумдонлар троанспозицияси билан / радикал дастур бўйича ХНТ / неoadъювант ХТ+ Радикал гистерэктомия III типда. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IIIB-IVA	Химионур терапия
IVA	Тизимли ХТ

### **Босқичларга қараб даво**

#### **Микроинвазив саратон:**

- IA1 ёки IA2 босқичидаги бачадон бўйни саратони ташхиси, фақат резекция қирралари манфий бўлган бачадон бўйни конусининг морфологик текширувида ёки трахелэктомия ёки гистерэктомиядан кейин олиб ташланган макропрепарат асосида қўйилади. Бачадон бўйни конизациясидан кейин қирраларда CIN III ёки инвазив саратон аниқланган тақдирда, касалликнинг IB1 босқичидаги каби беморни такрорий конизация қилиш ёки даволаш керак.

#### **IA1 босқич (инвазия ≤ 3 мм; горизонтал тарқалиш инобатга олинмайди):**

- ББСни ушбу босқичдаги асосий даволаш усули тотал абдоминал ёки қин гистерэктомияси ҳисобланади.

- Қин интраэпителиал неоплазия мавжуд бўлганда, қин найчасининг тегишли қисмини олиб ташлаш керак. Агар фертиллиқни сақлаб қолиш зарур бўлса, бачадон бўйни кенг конизация қилинганидан кейин, агар Пап тести ўтказилса, резекция қирралари манфий натижаси бўлса кузатув ўтказилиши мумкин. Пап тести 6, 12 ой ичида ва ундан кейин ҳар йили ўтказилади, агар олдинги иккита тест салбий бўлса (ДД –Б) [4,7].

- Лимфа ёриқларида эмболия бўлмаганда ББС IA1 босқичида жарроҳлик аралашувнинг етарли ҳажми - бачадон бўйни каналининг қолган қисмини ва кўрсатмаларга кўра бачадон бўшлиғини қириб олиш билан бачадон бўйни конизацияси ҳисобланади. Резекция қиррасида ва бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан қириндида ўсма бўлмаса, бачадонни экстирпация қилиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу даволаш натижаларини яхшиламайди.

- Агар бачадон бўйни резекциясининг чеккаларида ёки бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан олинган қириндида дисплази (CIN III) ёки саратон ҳужайралари топилса, такрорий конизация қилиш керак. Агар конизация қилишнинг иложи бўлмаса, даволаш IB1 босқичдаги каби амалга оширилади.

- Лимфоваскуляр инвазия мавжуд бўлганда ва туғиш функциясини сақлаб қолиш зарурати бўлмаса, бачадонни I типдаги жарроҳлик йўли билан экстирпация қилиш ёки ўзгартирилган бачадон экстирпацияси (II турдаги жарроҳлик ва тос лимфа диссекцияси (эхтимол БСЛУ) кўрсатма бўлади. Ёш беморларда (45 ёшгача) бачадонни олиб ташлашда уларнинг транспозициясини амалга ошириш орқали тухумдонларнинг функциясини сақлаб қолиш мумкин.

- Лимфоваскуляр инвазия мавжуд бўлганда ва бола туғиш функциясини сақлаб қолиш зарур бўлганда, бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан қиринди олиш ёки трахелэктомия (I ёки II турдаги жарроҳлик) ва тос лимфа диссекцияси (эхтимол БСЛУ билан) билан бачадон бўйни конизацияси кўрсатма бўлади.

### **IA2 босқич (инвазия > 3 мм ва ≤ 5 мм, горизонтал тарқалиш инобатга олинмайди)**

- IA2 босқич касаллиги бўлган беморларда лимфоген метастазланиш учун маълум бир потенциал мавжуд ва шунинг учун жарроҳлик даволаш пайтида тос лимфаденэктомиясини ўтказиш керак. Ушбу клиник ҳолатлар учун етарли операция икки томонлама тос лимфаденэктомияси билан тўлдирилган ўзгартирилган радикал гистерэктомия (2-типдаги амалиёт) ҳисобланади. Дастлабки биопсия маълумотларига кўра лимфоваскуляр инвазия бўлмаса, тос лимфаденэктомияси билан экстрафасциал экстирпация (1-турдаги жарроҳлик) бажарилиши мумкин [11] (ДД-С).

- Асосий жарроҳлик кириш йўли лапаротомия ҳисобланади. Агар бемор лапароскопик киришни талаб қилса, лапароскопик кириш билан кенгайтирилган бачадон экстирпациясини амалга оширишда унга узоқ муддатли онкологик даволаш натижаларининг ёмонлашиши хавфи ҳақида огоҳлантириш керак.

Фертиликни сақлаб қолиш истаги бўлганда, қуйидагилар эхтимолий даволаш вариантлари ҳисобланади:

– бачадон бўйнини кенг конизацияси, қўшимча экстраперитонеал ёки

лапароскопик тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан;

– радикал трахелэктомия, тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан.

- Модификацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси (II/V типдаги жарроҳлик амалиёти ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан)) кўрсатилган. Ёшларда (45 ёшгача) тухумдонларнинг транспозициясини бажариш орқали уларнинг функциясини сақлаб қолиш мумкин.

- Лимфоваскуляр инвазиядан қатъи назар ва тос лимфа тугунларида метастазлар бўлмаса, фертилликни сақлаб қолишни истаган ёш беморларга кенгайтирилган трахелэктомия (II/V типи) таклиф қилиниши мумкин.

- Фертилликни сақлаб қолишни истаган ёш беморларда бачадон бўйни ампутацияси, бачадон бўйни каналининг қолган қисмини қириб олиш (резекция четида ва бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан олинган қириндида ўсма йўқлиги) ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан) миқдорида ультраконсерватив даволашни амалга ошириш мумкин.

- Репродуктив функцияни сақлаб қолишни истамайдиган беморларда лимфоваскуляр инвазия бўлмаса, бачадонни экстирпация қилиш (I/A типдаги жарроҳлик ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан)) миқдорида ультраконсерватив даволашни амалга ошириш мумкин.

- жарроҳлик давосига қарши кўрсатма бўлганда ёки бемор истагига кўра НТ ўтказилиши мумкин.

- Ушбу угурҳ беморларини кузатуви, энг аввало, ҳар 6 ва 12 ойда ўтказилган иккита манфий тестдан сўнг, ҳар йиллик Пап-тестга асосланган.

## **IV1-IV1 босқич**

### **Жарроҳлик давоси.**

- ББСнинг стантарт жарроҳлик давоси тос лимфадиссекцияси билан биргаликда радикал абдоминал гистерэктомия ҳисобланади. Жарроҳлик давосини фақат абдоминал кириш билан бажариш зарур.

### **Босқичлар бўйича нур терапияси: [6,8,9]**

## **IV2-IV3 босқич.**

**Конкурент кимё-нур терапия:** даволашнинг энг кенг тарқалган усули – платина препаратлари билан ҳар ҳафталик конкурент ким терапия билан биргаликда кўшма нур терапиядир.

- нур терапиянинг тавсия этилган дозаси А нуқтага 85 – 90 Грей, В нуқтага 55

– 60 Грей. Цисплатин 40 мг/м<sup>2</sup> дозада, ҳар ҳафта, нур терапиянинг дистанцион компоненти фонида. Парааортал ва умумий ёнбош лимфа тугунларига метастазли беморларда нурланиш майдонини парааортал соҳаларгача кенгайтириш зарур. Ҳозирги кунда нурланиш майдонини кенгайтириш билан конкурент кимё-нур терапиянинг токсиклиги ҳақидаги маълумотлар кам (ДД – А).

- Маҳаллий тарқалган бачадон бўйни саратони (касалликнинг II,III ва IV босқичларини ўз ичига олади).

- Стандарт нур терапиянинг конкурент кимё терапия билан бирга қўлланилиши стандарт даволаш усули ҳисобланади (ДД – А). ББСнинг I босқичида аэъювант нур/кимё-нур терапиянинг буюрилиши масаласи, принципиал жиҳатдан йирик патолог жарроҳлик тадқиқоти асосида ишлаб чиқилган GOG шкаласи асосида ҳал қилинади.

### 5-жадвал. GOGнинг балл шкаласи

Белги	Кўрсаткич	Нисбий ҳавф
Стромага инвазия чуқурлиги, мм да		
Юзаки	3	1.0
	4	3.0
	5	7.2
	6	14
	7	21
	8	26
	10	31
Ўрта	5	20
	6	22
	7	23
	8	25
	10	28
	12	32
	14	36
Чуқур	7	28
	8	30
	10	34
	12	37

	14	41
	16	45
	18	49
	20	54
Ўсманинг клиник ўлчами	кўринмас	1.0
	1	1.6
	2	1.9
	3	2.4
	4	2.9
	6	4.4
	8	6.6
Лимфо-васкуляр инвазия	Бор	1.7
	Йўқ	1.0

- Сумма баллов GOG баллари суммаси инвазия учун нисбий ҳавф, ўсманинг ўлчамлари ва лимфоваскуляр инвазия кўрсаткичларини кўпайтириш йўли билан ҳисобланади. Масалан, инвазия чуқурлиги 7,0 мм, ўлчамлари 2,0 см, ЛВИси бўлган юзаки ўсма, қуйидаги баллга эга бўлади:  $21 \times 1.9 \times 1.7 = 67.8$

- Баллар сони  $\leq 40$  бўлса, рецидив ривожланиши ҳавфи паст бўлади. Шунинг учун адъювант нур терапия талаб этилмайди. Баллар йиғиндиси 40 дан 120 гача бўлганда, ўрта ҳавфга, 120 дан юқори бўлганда эса – юқори эга бўлади. Бундай ҳолатларда адъювант терапия масаласини ҳал қилиш керак бўлади.

#### **IVA босқич:**

- Айниқса қовуқ ёки ректал окма мавжуд бўлганда, биринчи босқичда, тос аъзоларининг экзентерациясини амалга ошириш мумкин, аммо бу радикал дастурга мувофиқ кимё-нур терапияга қарши кўрсатма эмас. (ДД-С).

#### **IVB босқич ва рецидивлар:**

- Бирламчи радикал гистерэктомиядан кейин рецидивларни даволашнинг мумкин бўлган усуллари: радикал гистерэктомиядан кейин тос бўшлиғидаги рецидивларни нур терапияси билан ҳам, жарроҳлик йўли билан ҳам (тос аъзоларининг экзентерацияси) даволаш мумкин. Бирламчи жарроҳлик даволашдан сўнг локал тос аъзоларининг рецидивларини радикал дастурга мувофиқ нурланиш ( $\pm$  конкурент кимё терапия) беморларнинг катта қисмида самарали бўлади. Нур терапиясининг дозаси ва ҳажми касалликнинг тарқалиши билан аниқланиши керак. Ўсма ўлчамлари микроскопик бўлса одатдаги доза 50 Гр, БМЎД 1,8 – 2,0 Гр,

камайтирилган нурланиш майдонлари билан, катта ўлчамдаги ўсмаларда эса доза 64 – 66 Грейни ташкил қилади.

**6-жадвал. ББСни жарроҳик давосидан сўнг маҳаллий рецидивлар [10,11].**

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Нур терапия радикал гистерэктомиядан кейинги маҳаллий рецидивли беморларга кўрсатилган	C
Цисплатин қўшиш билан ва 5-Фторурацил билан/усиз конкурент кимё-нур терапия даволаш самарадорлигини яхшилайти	B
Тос экзентерацияси тос деворларига тарқалмаган нур ва кимё-нур терапияга алтернатива бўлиши мумкин	B

**Нур терапиянинг радикал курсидан сўнг маҳаллий рецидивларда:**

Марказда локализацияланган, қовуқ ва тўғри ичак жалб бўлган рецидивли беморларда, интраперитонеал диссеминация ва узоқ метастазлар йўқлигида, бачадон бўйни ва тос деворлари ўртасида бўш жой мавжуд бўлган беморлар тос бўшлиғи экзентерацияси учун потенциал номзодлар ҳисобланишади.

**Узоқ метастазлар:** Нур терапияси симптоматик ўсма метастазларида паллиатив даволаш сифатида кўрсатма бўлади, масалан, суяк метастазлари, катталашган парааортал, ўмров ости лимфа тугунларида ёки оғриқни йўқотиш учун мия метастазлари учун.

Касалликнинг прогрессияланишида ўсма материалида PDL1 ни аниқлаш тавсия этилади. Ўсмада PDL1 экспрессияси > 1% бўлганда пембролизумаб танланган дори ҳисобланади.

**ББСнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги топилмалари.**

Ушбу топилмалар асосан бошқа кўрсаткичларга асосан ўтказилган оддий гистерэктомиядан сўнг ташхис қўйилган инвазив ББС ҳолатларига тегишли. Бундай ҳолатларда даволанишни бошлашдан олдин, ҳажм бўйича қуйидаги қўшимча текширув зарур: тос ва қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ёки МРТси, жараённинг тарқалишини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси. Даволаш усули морфологик текширув маълумотлари ва рентгенологик топилмалар асосида белгиланиши керак.

Патологик топилмалар мавжуд бўлмаса:

IA1 босқичда қўшимча даво ўтказилмайди. IA2 ва ундан юқори босқичларда қуйидаги даво ўтказиш зарур.

а) резекция қирғоқлари мусбат бўлганда, чуқур стромал инвазияда, лимфаваскуляр соҳа зарарланганда конкурент кимё-нур терапия буюрилади [38].

б) чуқур стромал инвазияси бўлмаган, резекция қирғоқлари манфий ва лимфаваскуляр соҳа зарарланмаган беморларда конкурент кимё-нур терапияга алтернатива сифатида қиннинг юқори учлиги ёки лимфаденэктомия билан радикал параметрэктомия буюрилади (ДД –С).

### **Ҳомиладорлик вақтида ББС.**

- Ҳомиладорлик даврида бачадон бўйни саратонини даволаш ҳомиладор бўлмаган аёлларда бўлгани каби бир хил принципларга асосланади. Фақат бир нечта махсус тавсиялар мавжуд. Цервикал конизация фақат қон кетиш, ҳомиладорликнинг тугаши ёки эрта туғилиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли цитологик текширув ва колпоскопияга кўра инвазив ўсишга шубҳа қилинган тақдирда амалга оширилади. Бачадон бўйни саратони билан касалланган ҳомиладор аёлларни бошқариш тактикасини аниқлашнинг энг муҳим шарти рентгенолог ва кимётерапевтдан ташқари неонатолог ва акушер-гинекологни жалб қиладиган мултидисциплинар ёндашувдир.

- Қарор қабул қилишда аёлнинг ўзи ва унинг кумр йўлдоши қатнашиши зарур ва уларни ҳомиладорликни сақлаб қолиш истаклари инобатга олинishi керак.

- Микроинвазия ББСга гумон бўлган беморларда давони кечиктириш онага зарар етказмайди ва ҳомиланинг ҳаётга лаёқатини ишонарлим кўтарилиши билан намоён бўлади.

- Касалликнинг IA1 босқичидаги аёллар, конизация қилинганда ва резекция қирғоқлари манфий бўлганда, ҳомиладорликни олиб юришлари мумкин ва табиий туғруқ йўллари орқали туғишлари мумкин.

- Микроинвазив бачадон бўйни карциномасида туғриқни ҳал қилиш усули касалликнинг натижасига таъсир қилмайди. IA2 ва ундан юқори касалликнинг босқичида даволаниш индивидуал равишда танланиши керак, асосан даволаш усули ва унинг вақти тўғрисидаги қарор касалликнинг босқичига ва ҳомиладорликнинг давомийлигига асосланади. МРТ жараённинг тарқалишини баҳолаш учун амалга оширилади. Агар ҳомиладорликнинг 20 хафталигидан олдин ташхис қўйилса, даволанишни дарҳол бошлаш керак. Танлаш усули-ҳомила *in situ* билан радикал гистерэктомиядир. Кимё-нур терапия пайтида, қоида тариқасида, ҳомиладорликни тўхтатиш амалга оширилмайди, чунки даволаниш бошланганидан кейин ўз-ўзидан тушиш содир бўлади.

- Агар ҳомиладорликнинг 28 хафталигидан кейин бачадон бўйни саратони аниқланса, ҳаётга лаёқатли ҳомила олинмагунча даволанишни кечиктириш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг 20-28 хафталигида IA2 ва IB1 босқичларида бачадон бўйни саратонини даволаш онанинг прогнозига сезиларли таъсир кўрсатмасдан,

ҳаётий ҳомила олинмагунча қолдирилиши мумкин. Касалликнинг IV1 дан юқори босқичида даволанишнинг кечикиши прогнозни сезиларли даражада ёмонлаштиради ва беморларнинг яшовчанлигига таъсир қилади.

- Шунини таъкидлаш керакки, даволанишни бошлашни кечиктириш мумкин бўлган даврни аниқлаш учун стандартлар мавжуд эмас. Амалда, кечиктириш даври касалликнинг босқичига, морфологик топилмаларга, ҳомиладорликнинг давомийлигига ва ота-оналарнинг хоҳишига боғлиқ.

- Туғруқ гестациянинг 34 ҳафтасидан кечикмай амалга оширилади.

## **2) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

- ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

## **3) номедикаментоз даво:**

- консерватив даво пайтида беморнинг **режими** умумийдир. Операциядан кейинги эрта даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажмига ва ҳамроҳ патологияга қараб). Операциядан кейинги даврда – палата режими.

- диета стол - №15, хирургик даврдан сўнг – №1, қандли диабетли беморларга стол №9.

- Психолог кўриги.

## **4) медикаментоз даво**

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

## **Бир вақтли кимё-нур терапия:**

- Цисплатин – 40 мг/м<sup>2</sup> 60 дақиқали инфузия гидратация билан 1,8,15,22,29 ва 36-кунларнурланишдан 4 йоат олдин, ҳар ҳафта, 5 ҳафта давомида.

## **Кимё терапия.**

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

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

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

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

#### **кимё терапия га кўрсатмалар:**

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

#### **кимё терапия га қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

### **Кимё терапия схемалари:**

1. Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

3. Доксорубицин 50–60 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун. (ДД-А)

**NB!** Платина комбинацияларни қўллаш имкони бўлмаганда, но платинали комбинацияларни қўллаш мумкин.

Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> 1-3 кунлар (ДД-А).

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

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

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

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

#### **7-жадвал. Бачадон бўйни саратонида тавсия этиладиган режимлар.**

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

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1)
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин<sup>2</sup> 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин<sup>2</sup> AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Ифосфамид 5000 мг/м<sup>2</sup> в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м<sup>2</sup>)<sup>3</sup> 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда ҳужайрали турида мақсадга мувофиқ)

#### **Кимё терапия II линияси<sup>4</sup>**

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)
- Митомицин 7,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.
- Иринотекан 125 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.
- Гемцитабин 800–1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Капецитабин 2500 мг/м<sup>2</sup> ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Топотекан 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.
- Ифосфамид 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар)<sup>1</sup>, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган

рецидивларда)

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

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

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

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

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

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

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

Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>
---	---

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

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

Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
Хлоргексидин	Ташқи	-	
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>		

### 5) Хирургик аралашувлар [11,17,19,23,26].

Жадвалда ББСда жарроҳлик аралашувлари типларининг Piver M.S., Rutledge F. (1974 й.) ва Querleu D., Morrow C.P. (2017 й.) бўйича 2 ҳил таснифи келтирилган.

### 10-жадвал. ББСда жарроҳлик аралашувлари типларининг таснифи.

Piver M. S, Rutledge F. (1974 й.) таснифи	
I тип	Бачадонни экстрафасциал экстирпацияси

II тип	Модификацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси деганда кардинал, қовуқ-бачадон ва тос-бачадон боғламларининг медиал учлигини, қин юқори учлигини олиб ташлашни ва тос лимфаденэктомиясини ўз ичига олади. Уретралар туннеллаштирилади, лекин пастки латерал ярим доирасида мобилизация қилинмайди. Бачадон қон томирлари уретра даражасида кесилади.
III тип	Мейгс бўйича бачадоннинг кенгайтирилган экстирпацияси тос суяги деворларидан кардинал ва тос-бачадон боғламларини, қовуқ деворидан қовуқ-бачадон боғламларини, қиннинг юқори учдан бир қисмини тўлиқ олиб ташлашни ва тос лимфаденэктомиясини назарда тутади. Уретра қовуқ билан қўшилиш нуқтасига тўлиқ мобилизация қилинади. Бачадон томирлари ички ёнбош томирларидан чиқиб кетиш нуқтасида кесилади
IV тип	Кенгайтирилган бачадон экстирпацияси юқори қовуқ артериясини кесиш, парауретрал тўқимани ва қиннинг 3/4 қисми клетчаткасини олиб ташлашни ўз ичига олади
V тип	Комбинацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси уретранинг дистал қисмларини олиб ташлаш ва қовуқни резекция қилишни ўз ичига олади

**Querleu D., Morrow C. P. (2017 й.) таснифи**

Тип	Латерал параметрий	Олидинги параметрий	Орқа параметрий
A	Бачадон бўйни ва уретра орасидаги масофа (уретра мобилизация қилинмайди)	Минимал	Минимал
B1	Уретра соҳасида (уретра латерал параметрийдан мобилизация қилинади)	Қисман олиб ташлаш	Қисман олиб ташлаш
B2	B1 + парацервикал лимфа тугунлар	B1	B1
C1	Юқори қисм тос деворларигача (латерал) ва чуқур бачадон венасигача (вертикал)	Юқори қисм (уретрадан юқори) қовуқ соҳасида	Юқори қисми тўғри ичак соҳасигача (гипогастрал нервлар сақлаб қолинади)
C2	Тўлиқ тос деворларигача	Тўлиқ қовуққача	Тўлиқ чанокқача

D1	Ички ёнбош томирлари ва улар остидаги тўқимани олиб ташлаш	C2	C2
D2	Тос девори ёндош фасциал ва мушак структуралари резекцияси	C2	C2

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулини танлаш индивидуал равишда белгиланади ва ўсма жараёнининг тарқалишига ва ҳамроҳ соматик патологиянинг оғирлигига боғлиқ.

### **Жарроҳлик аралашув турлари:**

- Бачадон бўйнини кенг конизацияси;
- Тотал абдоминал ёки қин гистерэктомияси;
- Абдоминал модификацияланган ёки радикал гистерэктомия, тос /парааортал лимфаденоэктомия билан;
- Абдоминал трахелэктомия;
- Жарроҳлик (лапароскопик) босқичлаш;
- Радикал трахелэктомия, қўшимча тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан;
- Кичик чаноқ аъзоларининг модификацияланган экстраперитонеал тотал (орқа ёки олдинги) экзентерацияси;

### **б) Кейинги даволаш:**

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.
- Ўпкаларни рентгенологик текшируви дастлабки 3 йил давомида ярим йилда 1 марта, кейинчалик ҳар йили ўтказилиши керак;
- Назорат текширишлари кўламига киради: МРТ ОМТ, ҚБА КТси ва КҚА КТси, ПЭТ/КТ;
- КЧА МРТси, ҚБА КТси ва КҚА КТси – дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, учинчи йил давомида ҳар 4 ойда ўтказилади;
- ПЭТ/КТ – ҳар йили.

**7) Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

**Прогрессия** - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиви ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши [32] (ИД – А).

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

## 7. Иловалар

1-илова

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

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

Балл	Батавсил
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани беморлигидан аввалгидек бажара олади (Карновский шкаласи бўйича 90–100%)
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, аммо енгил, ўририб қилинувчи ишларни бажара олади (масалан, енгил уй ва канцеллярий ишларини, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор даволанади, ўз-ўзига хизмат кўрсата олади, лекин ишлай олмайди. 50% дан ортиқ вақтини тик оёқда, вертикал ҳолатда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 50–60 %)
3	Бемор фақатгина чегараланган ўз-ўзига хизмат қила олади, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки ётиқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30–40 %)
4	Ногирон, ўз-ўзига хизмат қилишга умуман лаёқатсиз, кресло ёки ётоққа бутунлай михланиб қолган (Карновский шкаласи бўйича 10–20 %)

**Карновский шкаласи**

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

90— Меъёрий фаолият юритади, касалликнинг сезиларсиз симптом ва белгилари мавжуд.

80—Зўриқиш билан нормал фаолият, касалликнинг биров симптом ва белгилари мавжуд.

70— Ўзига мустақил хизмат қилади, лекин нормал фаолиятга ёки фаол меҳнатга лаёқатсиз.

60— Баъзан у ёрдамга муҳтож, лекин у эҳтиёжларининг кўп қисмини ўзи қондира олади.

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

40— Ногирон, махсус ёрдамга, шу жумладан тиббий ёрдамга муҳтож.

30— Оғир ногиронлик, касалхонага ётқизиш кўрсатилади, гарчи ўлим кутилмаётган бўлса ҳам.

20 — Оғир бемор. Фаол даволаниш ва касалхонага ётқизишга муҳтож.

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

**«БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

**- КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## **1. Асосий қисм.**

**- Кириш (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)**

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни

саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафкашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти барабар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуаносиб равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистенувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистенувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10% ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва

ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

## **2. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажанинг қўлланилиши тартиби.**

### **1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:**

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

### **2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:**

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

### **3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар;**

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

#### **Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:**

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- Бачадон бўйни саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, бачадон бўйни саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулини танлаш индивидуал равишда белгиланади ва ўсма жараёнининг тарқалишига ва ҳамроҳ соматик патологиянинг оғирлигига боғлиқ.

#### **Хирургик давога кўрсатмалар:**

- Бачадон бўйнининг гистологик верификацияланган операбел ва резектабел хавфли ўсмалари (ББСни жарроҳлик давоси бўлимига қаранг);
- Хирургик давога қарши кўрсатмалар бўлмаганда.

#### **Бачадон бўйни хавфли ўсмаларида хирургик даволашга қарши кўрсатмалар:**

- Беморда нооперабеллик белгилари ва оғир ҳамроҳ касалликлари мавжуд бўлса;
- сурункали декомпенсирланган ва/ёки ўткир функционал нафас, юрак-қон томир, пешоб ажратиш тизимининг бузилишлари;
- умумий анестезияда қўлланилувчи препаратларга аллергия.

### **кимё терапия га кўрсатмалар:**

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

### **кимё терапия га қарши кўрсатмалар:**

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

#### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

#### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

- 16-18 ҳафталик ҳомиладорлик;
- аъзоизм интоксикацияси;

- фаол ўпка туберкулези;
- қон таркибининг турғун патологик ўзгаришлари (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- кахексия.

#### **4) Амалиёт ёки аралашув ўтказадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:**

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг онкогинекологик, кимётерапевтик ва радиологик бўлимларида ишлайдиган ходимлар зарур ҳужжатлар билан тасдиқланган тегишли билим ва малакага эга бўлиши ва А гуруҳи ходимларига тегишли бўлиши ва операцион блокда ишлаш, радиоактив ва ионлаштирувчи манбалар билан ишлаш имкониятига эга бўлиши, радиация, шунингдек, онкогинекология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «онкогинекология», «Кимё терапия», «нур терапия» (радиацион онкология) мутахассисликлари бўйича сертификати бўлган, ихтисослиги бўйича камида 5 йиллик стажи бўлган, сўнгги 5 йил ичида камида 216 соат давомида онкогинекология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширирган мутахассис;

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

#### **5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

**Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;

8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
13. Кольпоскопия, бачадон бўйнидаги барча шубҳали соҳалардан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
14. Комплекс ультратовуш ташхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт қопи, меъда ости беzi, талоқ, буйраклар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чаноқ в/и контрастлаш билан магнит-резонанс томографияси;
16. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
19. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
20. Цистоскопия
21. Ректороманоскопия;
22. Экскретор урография, ренография;
23. ЭКГ;
24. ЭхоКГ;
25. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;
26. Контрастлаш билан МСКТ \*\*\*;

**Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

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

7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
  8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
  9. ProBNP
  10. Прокальцитонин
  11. Антитромбин III, Д-димер
  12. Қон зардобиди ЛДГ, ХГ ва АФПни аниқлаш;
  13. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
  14. Миелограмма;
  15. Периферик қон ИФТси;
  16. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
  17. Стандарт –цитогенетик текшириш;
  18. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
  19. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
  20. Ортопантомограмма;
  21. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
  22. ФГДС;
  23. Бронхоскопия;
  24. Колоноскопия;
  25. Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
  26. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
  27. Спирография;
  28. Бош мия МРТси;
  29. Скелет суякларини рентгенографияси ёки сцинтиграфияси (суякларни метастатик шикастланишига гумон бўлганда);
  30. Плевра бўшлиқлари, периферик лимфа тугунлари, қалқонсимон без УТТси;
  31. Ҳолтер – мониторинг билан ЭКГ
- \* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.
- \*\* Қасалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.
- \*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

**б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:**

## **Онкологик муассасанинг жарроҳлик (онкогинекологик) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари**

Ушбу қоидалар онкологик шифохонанинг (онкологик марказ ва унинг филиаллари), онкологик касалликларга чалинган беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган бошқа тиббий ташкилотнинг (кейинчалик - тиббиёт ташкилотлари) жарроҳлик даволаш усуллари онкологик бўлимлари (кейинчалик - бўлим) фаолиятини ташкил этиш тартибини белгилайди.

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген мамография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;

- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

Бўлим беморларни доимий равишда кузатиб бориш учун онколог ва бўлим ҳамширасидан иборат навбатчи гуруҳ томонидан кечаю кундуз назорат билан таъминланиши керак.

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- Кўрув хонаси;
- Бўлим мудири хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- кичик жарроҳлик хонаси (онкоурология, онкогинекология, бош ва бўйин ўсмалари бўлимлари учун);
- ҳамширалар хонаси.

### **Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари**

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ

тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

**А) Малакали персонал [8].**

**11-жадвал. Онкогинекология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи**

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

**Б) Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари [8]:** Ўзбекистон Республикасининг норматив-ҳуқуқий ҳужжатларига мувофиқ жарроҳлик шифохонасининг барча санитария нормалари ва қоидаларига, кимёвий ва радиацион хавфсизликка риоя қилиш.

#### **Нур терапия ўтказиш учун:**

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;

- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.
- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

## **7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

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

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

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

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

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

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

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясини ўтказиш тўғрисида қарор беморни кенг қамровли текширувдан, аниқ ташхисдан сўнг қабул қилинади. Жараён олдидан бемор премедикация қилинади — организмга қилиниши кутилаётган даволанишни яхши кўтариши учун бир қатор дорилар қўлланилади:

- гепатопротекторлар;
- қайт қилишга қарши дорилар;
- иммуномодуляторлар;
- пробиотиклар ва бошқалар.

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясининг ҳар бир курсидан олдин бемор бир қатор қон ва сийдик синовларидан ўтади, агар керак бўлса, муайян ҳолатга қараб баъзи органларнинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

### **8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.**

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

**- КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## **1. Асосий қисм**

### **- Кириш**

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек,

жинс, гендер тарафкашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти барабар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типигади онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни

эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беzi, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беzi саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

### - Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](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)) (профилактология, греч. Πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» [35] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир [36][37].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [38]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [38].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [36] [39] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [40], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [41] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [42] [43].

Профилактик чора-тадбирлар соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим таркибий қисми бўлиб, аҳоли ўртасида тиббий-ижтимоий фаоллик ва соғлом турмуш тарзини рағбатлантиришга қаратилган.

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [44][45].

**Тиббий реабилитация** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) (от лат. *rehabilitatio*, тиклаш [49]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [50] [51] [52].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [53].

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

## 2. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[48]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни

ривожлангириш мақсадларини тўлдиради [48]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади ) [47].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончли мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [46].

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

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

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

**Реабилитациянинг III босқичи** – реабилитация, физиотерапия, даволовчи физкультура, рефлексология, мануал терапия, психотерапия, тиббий психология, логопед хоналарида (ўқитувчи-дефектолог) амбулатория шароитида, кундузги касалхоналар шароитида тиббий ёрдам кўрсатадиган бўлимларда (кабинетларда), шунингдек уйда ташриф буюрадиган бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт

ташкilotлари шароитида) томонидан реабилитациянинг эрта ва кеч даврларида, шунингдек, касаллик кечишининг қолдиқ белгилари даврида реабилитация.

#### **4) Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:**

##### **Бачадон бўйни саратонининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.**

Аҳолининг хабардорлигини ошириш ва маълумот ва хизматлардан фойдаланишни таъминлаш ҳаёт давомида инфекцияни олдини олиш ва назорат қилишнинг асосий омиллари ҳисобланади.

- 9-14 ёшда эмлаш - одам папиллома вируси (ОПВ), бачадон бўйни саратони ва ОПВ билан боғлиқ бошқа саратон касалликларини олдини олишнинг юқори самарали усули ҳисобланади.
- 30 ёшдан бошлаб (ОИВ инфекциясига чалинган аёллар учун 25 ёшдан бошлаб) скрининг текшируви бачадон бўйни касалликларини аниқлаш имконини беради ва уларни даволаш эса бачадон бўйни саратонининг олдини олади.
- Агар аломатлар ёки хавотирлар пайдо бўлганда, у эрта босқичда ташхис қўйилса ва дарҳол юқори сифатли даволаш бошланса, бачадон бўйни саратони ҳар қандай ёшда даволаниши мумкин.

##### **Учламчи профилактика:**

- рецидивлар, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва даволаш;
- витаминлар, оқсилларга бой тўлиқ диетадан фойдаланиш, зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, онколог томонидан мунтазам профилактик текширувлар, мунтазам диагностика муолажалардан (ўпка рентгенограммаси, жигар, буйраклар, бўйин лимфа тугунларининг ультратовуш текшируви) ўтиб туриш.

### **3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:**

#### **1) профилактиканинг мақсади:**

Бачадон бўйни саратони пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилиш, даволанишдан кейин касалликнинг асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

#### **2) Бирламчи профилактика –**

Дисплазия ва бачадон бўйни саратони учун хавф гуруҳига қуйидагилар киради:

- Жинсий фаолиятнинг эрта бошланиши.
- Эрта биринчи ҳомиладорлик.
- Жинсий шерикларнинг тез-тез ўзгариши.
- Аёлларда ёки унинг жинсий шеригида папилломовирус ёки герпес инфекциясининг мавжудлиги.
- Анамнезида тез-тез аборт қилиш.
- Чекиш.
- Бачадон бўйни патологиясини ўз вақтида даволамаслик (эрозия, дисплазия, лейкоплакия, полиплар).
- Оғир ирсият.
- Иммунитет танқислиги ҳолатлари.

Бачадон бўйни саратонининг профилактикаси бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Бирламчи профилактика қуйидаги хавф омилларини бартараф этишдан иборат:

- Эрта жинсий ҳаёт, эрта никоҳнинг олдини олиш;
- Жинсий шерикларнинг тез-тез ўзгаришини истисно қилиш;
- Жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг олдини олиш учун жинсий алоқа пайтида шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш (презерватив);
- Эмлаш. Эмлашдан сўнг, турли ёшдаги аёллар барқарор иммунитетни ривожлантирадилар ва бутун кузатув даврини сақлаб қоладилар.

2023 йилдан бошлаб дунё бўйлаб олтига ОПВ вакцинаси мавжуд. Уларнинг барчаси бачадон бўйни саратонининг кўп қисмини келтириб чиқарадиган юқори хавфли ОПВ 16 ва 18 турларидан ҳимоя қилади ва ОПВ ва бачадон бўйни саратони инфекциясини хавфсиз ва самарали олдини олиш қобилиятини намоёйиш этди.

9-14 ёшдаги барча қизларга жинсий ҳаётни бошлашдан олдин ОПВга қарши эмлаш билан эришиш устувор вазифалардан биридир. Вакцина бир марталик ёки икки томонлама режимда қўлланилиши мумкин. Оптимал ҳимоя қилиш учун иммунитетни заиф шахслар 2 ёки 3 дозани олишлари керак. Баъзи мамлакатларда аҳоли орасида ОПВ тарқалишини янада камайтириш ва эркакларда ОПВ келтириб чиқарадиган саратон ривожланишининг олдини олиш учун ўғил болаларни ҳам эмлашга қарор қилинди.

ОПВ инфекцияси профилактикасининг бошқа муҳим усуллари:

- чекишни бошламаслик ёки ташлаш;
- презервативлардан фойдаланиш;
- Эркакларда ихтиёрий суннатни бажаринг.

### **3) Скрининг:**

30 ёшдан бошлаб ҳар 5-10 йилда аёллар бачадон бўйни саратонига текширилиши керак. ОИВ билан касалланган аёллар ҳар 3 йилда 25 ёшдан бошлаб текширилиши керак. Глобал стратегиянинг бир қисми сифатида юқори самарали ОПВ тестидан фойдаланган ҳолда скрининг 35 ёшида умр бўйи камида икки марта ва яна 45 ёшида ўтказилиши тавсия этилади. Саратон олди касалликлар камдан-кам ҳолларда аломатлар билан кечиши сабабли, ОПВга қарши эмланган бўлса ҳам, бачадон бўйни саратонини мунтазам равишда текшириш муҳимдир.

Аёллар учун афзал вариант бўлиши мумкин бўлган ОПВ тести учун ўз-ўзидан намуна олиш, тиббиёт мутахассислари томонидан намуна йиғиш каби ишончли эканлиги исботланган.

Ижобий ОПВ тестидан (ёки бошқа скрининг усулидан) сўнг, шифокор бачадон бўйни патологик ўзгаришларини (масалан, саратон олди касалликлари) аниқлаши мумкин, агар даволанмаса, бачадон бўйни саратонига айланиши мумкин. Саратон олди касаллигини даволаш - бу бачадон бўйни саратони ривожланишига тўсқинлик қилувчи оддий муолажадир. Даволашни шифокор билан биринчи учрашувда ("скрининг ва даволаш" усули) ёки такрорий тестдан сўнг ("скрининг, трияж ва даволаш" усули) таклиф қилиш мумкин. Иккинчи ёндашув айниқса ОИВ билан яшовчи аёллар учун тавсия этилади.

Саратон олди касалликларини даволаш тез ва қоида тариқасида оғриқсиз ва камдан-кам ҳолларда асоратларни келтириб чиқаради. Даволаш босқичлари шикастланишни аниқлаш ва баҳолаш учун колпоскопия ёки бачадон бўйни визуал текширувини ўз ичига олади ва шундан сўнг қуйидагилар амалга оширилади:

- термик абляция. Бунда хужайраларни куйдириш учун йўлланиладиган қиздирилган зонд қўлланилади;
- криотерапия. Бунда хужайраларга музлатувчи таъсир қилувчи совуқ зонд қўлланилади;
- LLETZ (трансформация зонасининг катта ҳалқа эксизияси), бу электр ёрдамида иситиладиган ҳалқа ёрдамида аномал тўқималарни олиб ташлашни ўз ичига олади; ва/ёки
- конус биопсия. Бунда скальпель ёрдамида конуссимон тўқима элементи олиб ташланади.

### **4) Иккиламчи профилактика:**

Бачадон бўйни саратонидан олдинги касалликларни ва тўлиқ даволаш мумкин бўлган бачадон бўйни саратонининг дастлабки симптомсиз босқичларини аниқлаш

учун суртмани цитологик текшируви ва колпоскопия (20 ёшдан ошган аёлларда) билан профилактик тиббий кўриклар.

Бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва эрта аниқлаш учун ҳар бир аёл ҳар 6 ойда бир марта профилактик текширувдан ўтиши керак.

Бачадон бўйни саратонидан оптимал ҳимоя-бу аёлнинг соғлиғини сақлайдиган эмлаш билан биргаликда суртмаларни цитологик текшириш билан мунтазам текширувлардир.

## **5) Учламчи профилактика:**

Учламчи профилактика бачадон бўйни саратонини даволашни (жарроҳлик, нур терапияси, кимётерапия ва бошқа усуллар), шунингдек, аёлнинг даволаниш курсидан кейин тўлиқ ҳаётга қайтишига имкон берадиган чораларни ўз ичига олади. Бунга терапевтик тадбирлар, жисмоний ва ижтимоий реабилитация киради.

- Учламчи профилактика: ҳар қандай ёшдаги аёллар учун саратон касаллигини даволаш ва бошқариш, шу жумладан жарроҳлик, кимётерапия ва радиотерапия усуллари дир.
- Радикал даволаниш ёрдам бера олмаса, паллиатив ёрдамга киришиш жуда муҳимдир.

Ушбу тавсияларнинг турли элементларини амалга ошириш учун турли хил соғлиқни сақлаш хизматлари ва дастурлари зарур. Кўрсатмалар бачадон бўйни саратонининг муваффақиятли профилактикаси учун соғлиқни сақлаш хизматларининг барча даражаларида ишлайдиган тармоқлар, соғлиқни сақлаш дастурлари ва мутахассислар ўртасидаги ҳамкорликнинг муҳимлигини таъкидлайди.

Кўрсатмалар, шунингдек, бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва назорат қилишни мавжуд соғлиқни сақлаш тизимларига, жумладан, оилани режалаштириш, туғруқдан кейинги парвариш ва ОИВ/ОИТСга қандай киритиш мумкинлигини кўрсатади. Масалан, ўспиринларни эмлаш уларга соғлиқ учун қўшимча маълумот ва жинсий хулқ-атвор ва соғлом турмуш тарзи бўйича тавсиялар бериш имконияти сифатида ишлатилиши мумкин.

Аёллар саломатлигини яхшилашнинг глобал имконияти БМТ Бош қотибининг 2010 йилги аёллар ва болалар саломатлиги бўйича Глобал стратегиясига асосланган бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва назорат қилиш дастурларини амалга оширишдир. Бачадон бўйни саратони 2011 йилда БМТ Бош Ассамблеясининг юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш ва назорат қилиш бўйича олий даражадаги йиғилишининг сиёсий Декларациясига киритилган юқумли бўлмаган касалликлар қаторига киради.

2013 йилда Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ассамблеяси бачадон бўйни саратонини Аъзо давлатлар томонидан тасдиқланган 2013-2020 йилларга мўлжалланган ноинфекцион касалликларнинг олдини олиш ва назорат қилиш бўйича ҳаракатлар режасининг устувор йўналишларидан бири сифатида аниқлади ва шу билан бачадон бўйни саратони ва бошқа ноинфекцион касалликларга қаратилган тадбирларни миллий соғлиқни сақлаш режаларига киритишга тайёрлигини билдирди.

## **3.2. реабилитациянинг усули ва муолажалари:**

### **Пререабилитация**

Пререабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, операциядан кейин стационарда қолиш муддатини қисқартиради ва саратон касаллигини даволаш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Пререабилитация жисмоний тарбия (ЛФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш ва беморларни хабардорлигини ўз ичига олади [54].

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

Жарроҳлик амалиётидан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликнинг ошиши операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатини яхшилайти, бу операциядан 3 ҳафта ўтгач тўлиқ кундалик фаолиятга қайтишга имкон беради [55].

Жисмоний фаолликнинг юқори даражаси ББС билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ва яшовчанлигини сезиларли даражада яхшилайти [67].

- операциядан кейинги асоратлар частотаси ва эҳтимолини камайтириш мақсадида операциядан олдинги босқичда ЛФК ўтказиш тавсия этилади [56].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- операциядан кейинги ўпка асоратларини ва стационарда бўлиш давомийлигини камайтириш мақсадида пререабилитация вақтида беморларга нафас мушакларини машқ қилдириш тавсия этилади [57].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).

- Пререабилитация доирасида беморларга руҳий қўллаб-қувватлов тавсия этилади, чунки у кайфиятни кўтаради, беморларда хавотир ва депрессия даражасини пасайтиради. Руҳий реабилитациядан ўтган беморлар хирургик даврдан кейинги кундалик ҳаётга яхшироқ адаптацияланади [56].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- беморларни психологик реабилитацияси ва кўллаб – қувватловида стресс билан ишлов ишлари (релаксация усуллари, позитив кайфиятни барпо этиш), ҳафтасига 6 марта 40-60 дақиқа давомида олиб бориш керак. Улар операциядан 5 кун олдин бошланади ва операциядан кейин 30 кун давом эттирилади. Бу эса беморлар ҳаёт сифатини сезиларли яхшиланишига сабаб бўлади [58].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

### **Хирургик даволашда реабилитация**

- беморларни стационарда бўлишини камайтириш мақсадида ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун, беморларни хирургик даволашда fast track rehabilitation («тезкор йўл») и ERAS («early rehabilitation after surgery» – «операциядан кейинги эрта реабилитация») усулларида реабилитация қилиш тавсия этилади. Бунда комплекс оғриқсизлантириш, эрта энтрал озиқлантириш, мунтазам зонд ва дренажлардан фойдаланишни камайтириш, операциядан кейинги 1-2 кунлардаёқ эрта мобилизация (активизация ва вертикализация). Бу беморларда операциядан кейинги эрта асоратлар ва такрорий госпитализация хавфини кўпайтирмайди [59, 60].

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

- Беморларни эрта реабилитация қилиш доирасида беморларнинг жисмоний чидамлилигини ошириш учун дастурга аэробик, куч машқлари ва чўзиш машқларини киритиш билан машқлар терапияси комплексини эрта бошлаш тавсия этилади. Жисмоний терапияни эрта бошлаш операциядан кейинги асоратларнинг частотасини оширмайди, ҳаёт сифатини яхшилайдди [61].

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

- Рағбатлантирувчи спирометриядан фойдаланиш, тўшакнинг бош қисмини 30 даражадан юқори кўтариш, нафас олиш гимнастикасини эрта бошлаш, оғиз гигиенаси кунига 2 марта ва операциядан кейинги даврда ўпкада димланиш ва операциядан кейинги пневмонияни олдини олиш учун беморларни эрта фаоллаштириш тавсия этилади [62].

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

- Операциядан кейинги даврда барча беморларда веноз тромбоэмболиянинг олдини олиш тавсия этилади (эрта фаоллаштириш, профилактика мақсадида антикоагулянтларни буюриш ва сиқилган трикотажд кийиш) – беморларнинг 75% дан кўпроғида операциядан 7 кундан ортиқ вақт ўтгач аниқланади, бундан ташқари, ББС билан оғриган беморлар, узоқ вақт касалхонага ётиши ва анамнезида

венотромбознинг бўлиши, унинг ривожланиш хавфини оширади. [63].

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

- Операциядан кейинги даврда психологик коррекция ва релаксация усуллари ўтказиш тавсия этилади, бу беморларнинг хавотирини, зўриқишини, оғриқсизлантириш вақти частотасини камайтиришга ва онкогинекологик беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради [64].

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

- Беморларга даволаниш тугагандан сўнг фаол ҳаёт тарзини олиб бориш тавсия этилади – бачадон бўйни саратонини комплекс даволашдан кейин семириш ва ҳаракатсиз турмуш тарзи беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган, қайғуга олиб келадиган мустақил омиллардир [65].

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

- Жисмоний фаоллик барча беморларга тавсия этилади – булар, куч машқлари, аэробик, чўзиш машқларининг комбинацияси. Булар беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди, вазни назорат қилиш имконини беради [66].

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, тўлиқ шишга қарши терапия, шу жумладан мануал лимфа дренажи, сиқилган трикотаж кийиш, физиотерапия комплексини бажариш, терини парвариш қилиш тавсия этилади [68, 69].

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, қуйидагиларни буюриш тавсия этилади: - тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда оёқларнинг галма-гал пневмокомпрессияси [69].

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

### **Кимё терапия ва нур терапияда реабилитация**

- Барча беморларга комбинацияланган даволаниш пайтида ва у тугагандан сўнг кундалик машқлар терапияси комплексини бажариш тавсия этилади – кундалик жисмоний фаоллик мушакларнинг кучини оширади, юрак-қон томир тизимининг фаолиятини яхшилайдди, ташвиш ва тушкунлик хавфини камайтиради, заифлик, кўнгил айнаши, қусишни камайтиради., оғриқ, кайфиятни яхшилайдди

[70].

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

Изоҳлар: Дозаланган, секин ўсиб боровчи жисмоний юклама, онкогинекологик беморларда кимё терапияни кўтара оишликни яхшилади [71].

• кимё терапия фонида кардиал асоратлар частотасини каматириш мақсадида барча беморларга ЛФК комплексини бажариш тавсия этилади [72].

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

Бачадон бўйни саратонини даволашнинг радикал усулларининг аёл ҳаётининг деярли барча соҳаларига аниқ салбий таъсири туфайли бундай беморларни бошқариш режасига самарали реабилитация чораларини киритиш энг долзарб масала ҳисобланади. Самарали тикланиш фақат кўп тармоқли реабилитация мутахассислари гуруҳининг мувофиқлаштирилган иши билангина мумкин бўлади, булар: онкологлар, гинекологлар, жарроҳлар, жисмоний ва реабилитация тиббиёти шифокорлари, неврологлар, психологлар, сексологлар, эндокринологлар, гастроэнтерологлар, урологлар. Бундай фанлараро ёндашув бачадон бўйни саратонини даволашнинг радикал усуллари натижасида азият чекадиган барча соҳаларга ҳар томонлама таъсир кўрсатишга имкон беради. Морфофункционал бузилишларни тузатиш билан бир вақтда, аёлнинг психо-эмоционал ҳолати билан ҳам ишлаш керак.

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

Реабилитациядан олдинги босқичда тос бўшлиғи мушакларини нормаллаштириш учун жисмоний машқлар билан шуғулланиш профилактика ролини ўйнаши ва нур терапиясидан 1 ой кейин пешоб тута олмасликнинг олдини олиши мумкин [74].

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

Қин микробиоценози вагинал муҳитнинг тўғри рН даражасини ҳосил қилади, бу уrogenитал трактнинг нормал ишлашига ёрдам беради, патоген микроорганизмларнинг фаоллашувидан ва инфекциянинг ривожланишидан ҳимоя қилади, бузилган трофик шароитда эпителия тикланиш жараёнларини тезлаштиради. Шундай қилиб, вагинал флорани тузатиш кенг қамровли реабилитация дастурининг муҳим таркибий қисмидир [73] [76].

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

Қиннинг микробиомаси ва рН қийматини тиклаш учун биринчи навбатда ВА ҳодисаларини зарарсизлантириш ва лактобактерияларнинг маҳаллий таркибини ошириш керак. Онкогинекологик беморларда тизимли гормонларни алмаштириш терапиясининг (ГАТ) салбий таъсирининг юқори хавфини ҳисобга олган ҳолда, мутахассислар вагинал мойлаш материаллари, намловчи, жел ва мойлаш материаллари кўринишидаги гормонал бўлмаган маҳсулотларни афзал кўришади. Замонавий мойлаш материаллари вагинада куруклик, тирнаш хусусияти, ноқулайлик намоён бўлишини йўқ қилади ёки камайтиради, шунингдек кўшимча таъсир сифатида маҳаллий рН ни камайтиради ва маҳаллий микробиомани нормаллаштиради [73][76].

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

Менопаузадаги АГТ учун мутлақ қарши кўрсатмалар бўлмаса, индивидуал беморларга эстриол маҳаллий равишда шам, крем ва капсулалар шаклида буюрилиши мумкин, бу АВА учун "олтин" даволаш стандарти ҳисобланади. Эстроген рецепторлари билан боғланиб, препарат эпителияни тиклашга, пролифератив қатламлар туфайли унинг қалинлигини тиклашга ёрдам беради; коллаген ва эластин синтезини нормаллаштириш туфайли тос суяги таянч-ҳаракат тизимининг етарли ишлаши; вагинал микробиомада лактобактерияларнинг тарқалиши учун мақбул бўлган мос рН қийматлари камайишига олиб келади [76].

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

#### **4. 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (улар профилга мувофиқ белгиланади).**

Бачадон бўйни саратонининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали ББС билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика бачадон бўйни саратонини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда ББСни тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган бачадон бўйни саратони бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

Самарадорликни баҳолаш ва профилактика режимини тузатиш зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник ва лаборатория профилактик терапиясини кузатиш тавсия этилади. Клиник назоратда профилактик алмаштириш терапиясининг етарли даражада самарадорлиги тўғрисида қарор клиник тест натижалари меъёридан четга чиқиш ва специфик цитостатик терапия

пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

### **3.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари);**

- Бачадон бўйни саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади [1, 3]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Бачадон бўйни саратони ва / ёки касалликнинг оғир клиник турлари бўлган барча беморларга ногиронлик ва беморларнинг ўлимини ривожланишига йўл қўймаслик учун махсус терапия асоратларининг олдини олиш тавсия этилади [4, 11]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади [20, 27]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

### **3.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, хаёт фаолиятини чеклаш ва соғлиқнинг Халқаро таснифига кўра халқаро шкалалар).**

- Физикал текширувлар, жумладан гинекологик кўрик — дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили. В/и контрастлаш билан кичик чанок, қорин бўшлиғи аъзолари КТ / МРТси / қорин бўшлиғи, кичик к чанок ва қорин парда орти соҳа УТТси ва дастлаб миқдјори кўтарилган бўлса, SCC даражасини аниқлаш (ясси хужайрали саратонда) — 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йиллар давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.

- Қон умумий таҳлили ва қоннинг биокимёвий таҳлили 1-чи йил давомида ҳар 3 ойда, 2-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили ўтказилиб турилиши керак.

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5);*

## **5. Этапи и объёмы реабилитации:**

Бачадон бўйни саратони беморлари бачадон бўйни саратони беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, онкогинеколог, педиатр, онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан

назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўрикдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг диспансер мониторинги қуйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, цитостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, ошқозон-ичак тракти, МИТ аъзолари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. Бачадон бўйни саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

## **6. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган ҳолда ташхислаш тадбирлари:**

- 1) Далиллар даражаси киритилган ҳолда асосий ташхислаш тадбирлари
  - Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
  - Кольпоскопия, бачадон бўйнининг барча шубҳали соҳаларидан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
  - Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
  - Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
  - ҚБА + буйраклар, кичик чанок, қовуқ ва периферик лимфа тугунлар УТТси;
  - Кўкрак қафаси рентген текшируви;
  - Кўкрак қафаси МСКТси ёки бутун тана ПЭТ/КТси;

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)*

2) Далиллар даражаси киритилган ҳолда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Гепатит В, С вирусларига ПЗР (миқдорий)
- Қон КИХ ва газларини аниқлаш;
- Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ХГЧ ни аниқлаш;
- Бош, бўйн, қорин бўшлиғи, қорин бўшлиғини контрастли КТси;
- Бронхоскопия;
- Цистоскопия;
- Ректоскопия;
- Колоноскопия;
- Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- Спирография.
- Бош мия МРТси;
- Плевра бўшлиқлари УТТси;
- Ҳолтер – мониторингчи ЭКГ
- Контрастли КТ

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

## **7. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:**

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

- Физикал текширувлар, шу жумладан гинекологик кўрик — дастлабки 2 йилда ҳар 3 ойда, 3-чи ва -4чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.
- Рецидивга гумон бўлганда, гистологик текширув билан биопсия тавсия қилинади.

В/и контрастлаш билан кичик чаноқ, қорин бўшлиғи аъзолари КТ / МРТси / қорин бўшлиғи, кичик к чаноқ ва қорин парда орти соҳа УТТси ва дастлаб миқдори кўтарилган бўлса, SCC даражасини аниқлаш (ясси хужайрали саратонда) — 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йиллар давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.

- Кўкрак қафаси рентген графияси/КТси — ҳар йили.
- ПЭТ КТ — кўрсатмаларга асосан.

• Қон умумий таҳлили ва қоннинг биокимёвий таҳлили 1-чи йил давомида ҳар 3 ойда, 2-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили ўтказилиб турилиши керак. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

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

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

## **8. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:**

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

Код	Номланиши
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

**- КХТ-11 коди (лари):**

Код	Номланиши
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## 1. Асосий қисм.

### - Кириш

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида,

Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафқашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти баравар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беги саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беги, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беги саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

**Бачадон бўйни саратонини паллиатив даволаш** беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, асосий касаллик билан курашиш усуллариининг имкониятлари деярли тугаганида ва тўлиқ даволаниш эҳтимоли минимал бўлганида унинг аҳволини енгиллаштиришга қаратилган. Етарли ва ўз вақтида паллиатив ёрдам касал аёлга бир неча қўшимча ҳаёт йилларини бериши мумкин. Бу беморларнинг 60% дан кўпроғида сезиларли ижобий таъсир кўрсатади, 25-30% эса кузатилган прогрессни муҳим деб тавсифлаш мумкин.

### **3) Таснифи (Паллиатив ёрдамга мос) [7]**

ББС ташхиси фақат гистологик текширув натижалари асосида белгиланади.

Бачадон бўйни саратони босқичини аниқлаш учун ҳар қандай визуализация усуллари ва/ёки морфологик текширув маълумотларидан фойдаланиш мумкин. Бачадон бўйни саратонининг босқичи усулни танлаш ва даволаш режасини тузиш учун зарур бўлган махсус терапия бошланишидан олдин белгиланади. Бачадон бўйни саратони босқичи махсус даволаш бошланганидан кейин ўзгармайди. Босқични аниқ белгилашда қийинчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда, аввалгироғини танлаш керак бўлади. Жарроҳлик давоси олаётган беморларда морфологик топилмаларни алоҳида қайд этиш керак. Бунинг учун TNM номенклатураси мос келади (TNMдан олдинги ҳарф қисқартмаси қайси маълумотлар асосида бирламчи ўсма (T), лимфа тугунлари (N) ва узоқ метастазлар (M) ҳолати аниқланганлигини кўрсатиши керак: клиник маълумотлар (cTNM), нур

текшируви усуллари маълумотлари (rTNM), операциядан кейинги морфологик экспертиза маълумотлар (pTNM).

Босқичини аниқлаш FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 й.да янгиланган) таснифи асосида белгиланади (12-жадвал).

**12-жадвал. ББСни босқичлар бўйича таснифланиши (FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 йилда янгиланган) бўйича таснифи).**

TNM	FIGO	
TX	Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ	
T0	Бирламчи ўсма аниқланмайди	
Tis	- <sup>1</sup>	<i>in situ</i> саратон, преинвазив саратон (ушбу ҳолатлар ББС билан касалланиш статистикасига киритилмаган)
T1	I босқич	Ўсма бачадон бўйни билан чегараланади (бачадон танасига тарқалиши ҳисобга олинмайди)
T1a	IA	Фақат микроскопик ташхисланувчи инвазив карцинома, энг кўп инвазия чуқурлиги $\leq 5$ мм <sup>2,3</sup>
T1a1	IA1	Стромал инвазия $\leq 3$ мм
T1a2	IA2	Стромал инвазия $> 3$ мм, лекин $\leq 5$ мм
T1b	IB	Инвазив карцинома, инвазии чуқурлиги $> 5$ мм (IA босқичидан катта), ўсма бачадон бўйни билан чегараланган
T1b1	IB1	Инвазив карцинома, инвазия чуқурлиги $> 5$ мм ва ўсма кесими энг катта ўлчамда $\leq 2$ см
T1b2	IB2	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 2$ см, лекин $\leq 4$ см
T1b3	IB3	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 4$ см
T2	II босқич <sup>4</sup>	Бачадондан ташқарига тарқалган ўсма, тос деворларига ўтмаган ва қиннинг пастки учдан бирини зарарламаган
T2a	IIA	Ўсма қиннинг юқори учдан икки қисмини зарарлайди, параметрийни шикастламасдан
T2a1	IIA1	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $\leq 4$ см
T2a2	IIA2	Инвазив карцинома энг катта ўлчами $> 4$ см
T2b	IIB	Параметрийни шикастлаш билан, аммо тос деворларига тарқалмаган
T3	III босқич	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади ва/ёки гидронефроз ёки

		ишламайдиган буйракнинг сабаби ва /ёки тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилади <sup>5</sup>	
T3a	IIIA	Ўсма қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади, аммо тос деворига тарқалмайди	
T3b	IIIB	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ҳисобланади	
	IIIC	Бирламчи ўсманинг катталиги ва тарқалишидан қатъи назар, тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши (T1–T3) (r ва p индексларининг белгиланиши билан) <sup>5</sup>	
	IIIC1	Фақат тос лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IIIC2	Фақат парааортал лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IV босқич	Тос суягидан ташқарига тарқалган ёки қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллик қаватига ўсиб ўтган ўсма (буллёз шиш ўсмани IV босқич деб таснифлашга имкон бермайди)	
T4	IVA	Қовуқ ёки тўғри ичакка ўсиб ўтиш <sup>6</sup>	
M1	IVB	Узоқ метастазлар <sup>7</sup>	
<b>Регионар лимфа тугунларининг ҳолати</b>		<b>Узоқ метастазлар</b>	
NX	Баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас	M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
N0	Регионар лимфа тугунларининг зарарланиш белгилари йўқ	M17	Узоқ метастазлар мавжуд
N1 <sup>8</sup>	Тос лимфа тугунларида метастазлар		
N2 <sup>8</sup>	Парааортал лимфа тугунларида метастазлар (тос лимфа тугунларида метастазлар билан бирга ёки уларсиз)		

<sup>1</sup> FIGO таснифида 0 (Tis) босқич қўлланилмайди.

<sup>2</sup> Ўсма ўлчами ва унинг тарқалганлиги ҳақидаги клиник маълумотларга қўшимча қилишнинг барча босқичларида визуализация усуллари ва гистологик текширувдан фойдаланиш мумкин

<sup>3</sup> IA босқичда ўсманинг горизонтал тарқалиши энди ҳисобга олинмайди. Инвазия чуқурлиги ўсма юзаки эпителийдан ёки бездан келиб чиққанлигидан қатъи назар, базал мембранадан аниқланади. Қон ёки лимфа томирларида ўсма эмболиясини аниқлаш босқични ўзгартирмайди, аммо гистологик текширув хулосасида акс эттирилиши керак, чунки бу даволаш тактикасига таъсир қилиши мумкин

<sup>4</sup> Параметрий зарарланган III босқичда параметрийга инфильтрация тугун шаклига эга бўлганда ва тос деворига етиб борганида таъхис қилинади. Бошқа ҳолларда II босқич дея белгиланади. Шунини таъкидлаш керакки, гинекологик текширув пайтида инфилтратнинг табиатини (яллигланиши ёки ўсма) баҳолаш мумкин эмас.

<sup>5</sup> "r" (визуализация усуллари) ва "p" (гистологик текширув) индексларини қўйиши III босқичи қўйилган усулни аниқлаштириши учун зарур. Мисол учун, агар тос лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши визуализация усуллари билан аниқланса, босқич IIIr бўлади, тос лимфа тугунлари шикастланиши гистологик тасдиқланган бўлса — IIIp бўлади. Визуализация усули ёки гистологик текшириши усули хулосада тавсифланиши керак. Агар босқични аниқ баҳолаш қийин бўлса, аввалроқдагиси қўйилади.

<sup>6</sup> Қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллиқ қаватига инвазия биопсия натижалари билан тасдиқланиши керак.

<sup>7</sup> Шу жумладан, чов лимфа тугунлари, шунингдек қорин пардага метастазлар. Кичик чаноқ аъзоларининг сероз қаватлари бундан мустасно. Қиндаги, кичик чаноқ аъзолари ва ортиқлар сероз қавати метастазлари бендан мустасно.

<sup>8</sup> Лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 0,2 мм, лекин 2 мм дан кам бўлганда "t1" қўшимчаси қўйилади; лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 2 мм бўлганда "t2" қўшимчаси қўйилади; БСЛУ да метастаз аниқланса, "sn" қўшимчаси қўйилади.

Бачадон бўйни саратонидаги регионар лимфа тугунлари ташқи, ички, умумий ёнбош, парааортал, ёпқич, сакрал ва бел лимфа тугунлари ҳисобланади.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 70-80% да ясси хужайрали саратон, 10-20% да — аденокарцинома ва 10% да — паст дифференциаллашган саратон ташхиси қўйилади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг морфологик таснифи 13-жадвалда келтирилган.

**13-жадвал. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларини морфологик таснифи (БЖССТ, 2020 й.).**

### **ЯССИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

• ясси хужайрали интраэпителиал зарарланиш (ясси эпителийнинг зарарланиши (SIL)):

– ясси эпителийнинг енгил зарарланиши (LSIL)

– ясси эпителийнинг оғир зарарланиши (HSIL)

- ОПВ-ассоциирланган ясси хужайрали саратон
- ОПВ ассоциирланмаган ясси хужайрали саратон
- Носпецифик типдаги ясси хужайрали саратон

### **БЕЗЛИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- Аденокарцинома in situ
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланмаган
- Аденокарцинома носпецифик типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома ОПВ- ассоциирланмаган меъда типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган ёруғ хужайрали типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган мезонефроид типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган носпецифик типи
- Эндометриоид аденокарцинома носпецифик типи
- Карциносаркома носпецифик типи
- Безли-ясси хужайрали карцинома
- Мукоэпидермоид карцинома
- Аденоид-базал карцинома
- Дифференциаллашмаган карцинома носпецифик типи

### **АРАЛАШ ЭПИТЕЛИАЛ ВА МЕЗЕНХИМАЛ ЎСМАЛАР**

- Аденосаркома

### **ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР**

- Герминоген ўсмалар носпецифик типи
  - етилган тератома носпецифик типи
  - сариқлик халтаси ўсмаси неспецифик типдаги
  - эндодермал синус ўсмаси
  - хориокарцинома
  - дермоид киста носпецифик типи

### **НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАР**

- Нейроэндокрин карциномалар
  - майда хужайрали нейроэндокрин карцинома
  - йирик хужайрали нейроэндокрин карцинома
- Аралаш нейроэндокрин-нейроэндокрин бўлмаган ўсмалар
- Аралаш аденокарцинома нейроэндокрин карцинома билан

## **2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:**

### **1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;**

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

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

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

## **3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):**

### **1) Шикоятлар ва анамнез:**

- Жинсий йўллاردан ациклик қонли, сувли, йирингсимон ажралмалар келишига;
- Қорин пастки қисми ва белдаги тортувчи оғриққа;
- Менопауза фонида қон келишига.
- Қорин ҳажмининг катталашиши,
- Диспепсия белгилари,
- Вазн йўқотиш,
- Иштаҳа йўқотиш,
- кичик чаноқ соҳасида оғриқ синдроми,
- ҳансираш,

- умумий ҳолсизлик.

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 1).*

*Изоҳ: Шикоятлар ва касаллик анамнези тафсилотлари, шу жумладан оилавий анамнези ҳақида маълумот тўплаш даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади;*

## **2) Физикал текширишлар [1, 3]:**

### **Гинекологик кўрик:**

- Ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолати;
- кўзгуларда қин ва бачадон бўйни текшируви (қин инфилтрацияси, қин деворларида метастатик ўчоқлар мавжудлиги, ҳажми, бачадон бўйни ҳолати);
- патологик (йирингли, қонли) ажралмаларнинг мавжудлиги.

### **Бимануал кўрик:**

- бачадон ўлчами ва шакли;
- ортиқларининг ҳолати;
- параметрийда инфилтратлар;
- олдинги ва орқа қин гумбазининг инфилтрацияси.

## **3) Лаборатор текширувлар:**

Бажариш тавсия этилади:

- кенгайтирилган умумий (клини) қон таҳлили,
- жигар ва буйрақлар фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш билан биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили,
- пешобни умумий (клиник) таҳлили,
- беморнинг аҳволини баҳолаш, даволаш тактикаси ва алгоритмини аниқлаш ва касалликнинг прогнозини баҳолаш мақсадида ББС барча беморларига қон ивиш тизимини текшириш [1, 4-10].
- цитологик текширувлар – ПАП тест (хужайра ҳажмининг гигантгача ўсиши, хужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражадаги етуклиги, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);

- гистологик текширув (кучли хужайра полиморфизми, хужайра ўлчамларининг катталашishi, кучли гипохромия, катта ядроларда бир ёки бир нечта ядрочалар мавжуд, розетка шаклида саратон хужайраларининг безли тузилмалари, митоз ҳолатидаги кўплаб хужайралар мавжуд);

#### 4) Инструментал текширувлар:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (агар бачадон бўйни саратонига шубҳа қилинган бўлса, бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кичик чаноқ аъзоларининг магнит-резонанс томографияси (ББСда бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кўкрак қафаси, қорин бшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳа лимфа тугунларини, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни баҳолаш);
- кўрсатмаларга кўра цистоскопия (ўсма жараёнининг қовуққа ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида) қовуққа ўсиб ўтишга гумон бўлганда буюрилади.
- кўрсатмаларга кўра ректороманоскопия ёки колоноскопия (ўсма жараёнининг йўғон ёки тўғри ичакка ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида);
- скелетни сцинтиграфияси (суякларга метастазлар бўлганда буюрилади);
- бутун тана ПЭК/КТси (бирламчи эндометрий саратонида ёки касалликнинг прогрессияланишида ўсма жараёнининг тарқалишини аниқлаш ёки махсус даволаш самарадорлиги динамикасини баҳолаш учун амалга оширилади).
- Ўсма материалида PD-L1 ва MSI ни аниқлаш (бирламчи радикал даволанишдан кейин касаллик прогрессияланганда ёки терапияни бошлашдан олдин бирламчи тарқалган жараён мавжуд бўлганда).

Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма препаратининг гистологик текшируви қуйидаги параметрларни акс эттириши керак:

1. Ўсманинг гистологик типи;
2. Ўсманинг дифференциация даражаси;
3. Ўсманинг ўлчамлари (уч ўлчами);
4. Ўсма инвазияси чуқурлиги;
5. Ўсманинг энг кўп инвазияланган жойида бачадон бўйнининг қалинлиги;
6. Қон ёки лимфа товирларида ўсма эмболарининг мавжудлиги/мавжуд эмаслиги;

7. Қинни резекция қирғоқларида, параметрийда, бачадон бўйнининг резекция қирғоқларида ўсма (конизация/ампутация ёки трахелэктомия бажарилганда); резекция қирғоғи яқин бўлганда, резекция қирғоғидан ўсмагача бўлган масофа кўрсатилади;
8. Ўсманинг қинга ўтиши;
9. Параметрийнинг ўнгдан, чапдан ўсма билан зарарланиши;
10. ўнг ва чап параметрийдан олиб ташланган ва зарарланган лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/микрметастазлар/макрметастазлар);
11. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган тос лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
12. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган бел лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
13. ўсманинг бачадон танасига ўтиши;
14. тухумдонларининг метастатик зарарланиши;
15. ўсманинг қовуқ, тўғри ичак деворига ўсиб ўтиши (экцентерация ёки қўшни аъзолар резекцияси бажарилганда);
16. операциядан олдинги терапия бажарилган ҳолатларда, бирламчи ўсма ва лимфа тугунлари метастазларининг терапевтик патоморфоз даражаси, терапевтик патоморфоз даражаси баҳоланадиган таснифга асосан баҳоланади

#### **4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:**

- ✓ Оғриқ ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини енгиш учун;

#### **5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:**

- ўсма ўқоғи ва метастазларни кичрайтириш;

- ўсма жараёни қисман регрессияси ёки стабилизациясига эришиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ҳаёт давомийлигини узайтириш.
- Бачадон бўйни саратонини даволаш усуллари танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.
- Беморда ҳамроҳ касалликларнинг (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) мавжудлиги муҳим омил ҳисобланади.
- Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун жарроҳлик даволаш ва/ёки кимё терапия дан иборат бўлган индивидуал режа ишлаб чиқилади.

#### 14-жадвал. Босқичлар бўйича даволаш тактикаси [11,12]

Босқич	Даво тури
CIN III	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA1	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA2	Тотал гистерэктомия ортиқлар билан/ортиқларсиз +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича II тип) /трахелэктомия+тос лимфодиссекцияси/ Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда – нур терапияси
IB1	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича III тип) ёш аёлларда тухумдонлар транспозицияси билан / радикал дастур бўйича НТ ёки ХНТ. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IB2- IIA	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (III типда) ёш аёллардан тухумдонлар троанспозицияси билан / радикал дастур бўйича ХНТ / неoadъювант ХТ+ Радикал гистерэктомия III типда. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IIIB-IVA	Химионур терапия
IVA	Тизимли ХТ

## ББСнинг IVB босқичи ва рецидивларини даволаш:

• Бирламчи радикал гистерэктомиядан кейин рецидивларни даволашнинг мумкин бўлган усуллари: радикал гистерэктомиядан кейин тос бўшлиғидаги рецидивларни нур терапияси билан ҳам, жарроҳлик йўли билан ҳам (тос аъзоларининг экзентерацияси) даволаш мумкин. Бирламчи жарроҳлик даволашдан сўнг локал тос аъзоларининг рецидивларини радикал дастурга мувофиқ нурланиш ( $\pm$  конкурент кимё терапия) беморларнинг катта қисмида самарали бўлади. Нур терапиясининг дозаси ва ҳажми касалликнинг тарқалиши билан аниқланиши керак. Ўсма ўлчамлари микроскопик бўлса одатдаги доза 50 Гр, БМЎД 1,8 – 2,0 Гр, камайтирилган нурланиш майдонлари билан, катта ўлчамдаги ўсмаларда эса доза 64 – 66 Грейни ташкил қилади.

**15-жадвал. ББСни жарроҳик давосидан сўнг маҳаллий рецидивлар [10,11].**

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Нур терапия радикал гистерэктомиядан кейинги маҳаллий рецидивли беморларга кўрсатилган	C
Цисплатин қўшиш билан ва 5-Фторурацил билан/усиз конкурент кимё-нур терапия даволаш самарадорлигини яхшилайти	B
Тос экзентерацияси тос деворларига тарқалмаган нур ва кимё-нур терапияга алтернатива бўлиши мумкин	B

### Нур терапиянинг радикал курсидан сўнг маҳаллий рецидивларда:

Марказда локализацияланган, қовуқ ва тўғри ичак жалб бўлган рецидивли беморларда, интраперитонеал диссеминация ва узоқ метастазлар йўқлигида, бачадон бўйни ва тос деворлари ўртасида бўш жой мавжуд бўлган беморлар тос бўшлиғи экзентерацияси учун потенциал номзодлар ҳисобланишади.

**Узоқ метастазлар:** Нур терапияси симптоматик ўсма метастазларида паллиатив даволаш сифатида кўрсатма бўлади, масалан, суяк метастазлари, катталашган парааортал, ўмров ости лимфа тугунларида ёки оғриқни йўқотиш учун мия метастазлари учун.

Касалликнинг прогрессияланишида ўсма материалида PDL1 ни аниқлаш тавсия этилади. Ўсмада PDL1 экспрессияси  $> 1\%$  бўлганда пембролизумаб танланган дори ҳисобланади.

### ББСнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги топилмалари.

Ушбу топилмалар асосан бошқа кўрсаткичларга асосан ўтказилган оддий гистерэктомиядан сўнг ташхис қўйилган инвазив ББС ҳолатларига тегишли. Бундай ҳолатларда даволанишни бошлашдан олдин, ҳажм бўйича қуйидаги қўшимча текширув зарур: тос ва қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ёки МРТси, жараённинг тарқалишини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси. Даволаш усули морфологик текширув маълумотлари ва рентгенологик топилмалар асосида белгиланиши керак.

Патологик топилмалар мавжуд бўлмаса:

IA1 босқичда қўшимча даво ўтказилмайди. IA2 ва ундан юқори босқичларда қуйидаги даво ўтказиш зарур.

а) резекция қирғоқлари мусбат бўлганда, чуқур стромал инвазияда, лимфаваскуляр соҳа зарарланганда конкурент кимё-нур терапия буюрилади [38].

б) чуқур стромал инвазияси бўлмаган, резекция қирғоқлари манфий ва лимфаваскуляр соҳа зарарланмаган беморларда конкурент кимё-нур терапияга алтернатива сифатида қиннинг юқори учлиги ёки лимфаденэктомия билан радикал параметрэктомия буюрилади (ДД –С).

### **1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

### **2) Паллиатив номедикаментоз даво:**

• консерватив даво пайтида беморнинг **режими** умумийдир. Операциядан кейинги эрта даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажмига ва ҳамроҳ патологияга қараб). Операциядан кейинги даврда – палата режими.

• диета стол - №15, хирургик даврдан сўнг – №1, қандли диабетли беморларга стол №9.

- Психолог кўриги.

### **Трансфузион қўллаб қувватлаш.**

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг

олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.

- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.
- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

### **Эритроцитар масса/аралашма:**

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

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

### **Тромбоцитлар концентрати:**

- Тромбоцитлар даражасининг  $10 \times 10^9$ /л.дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;

- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам (20 x10<sup>9</sup>/л) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморрагик синдром (бурун, милқдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, тромбоцитлар концентратини қуйиш даволаш мақсадида амалга оширилади.

### **Янги музлатилган плазма:**

- ЯМПни трансфузияси қон кетишли беморларда ёки инвазив муолажалар ўтказишдан олдин ўтказилади.
- МНО  $\geq 2.0$  бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида  $\geq 1.5$ ) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун кандидат сифатида кўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки ичишга буюрилиши мумкин.

### **3) Паллиатив медикаментоз даво:**

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

### **Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:**

- цитологик ва гистологик тасдиқланган тухумдонлар саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узоқ аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон суратида гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар миқдорининг кониқарли бўлиши;
- жигар, буйраклар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- нооперабел жараённи операбел жараёнга ўтказилганлик эҳтимолида;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон фенотипларида (паст дифференциаллашган, дифференциаллашмаган турлари) узоқ даволаш натижаларини яхшилаш.

## **Кимё терапияга қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

### **Бир вақтли кимё-нур терапия:**

- Цисплатин – 40 мг/м<sup>2</sup> 60 дақиқали инфузия гидратация билан 1,8,15,22,29 ва 36-кунларнурланишдан 4 йоат олдин, ҳар ҳафта, 5 ҳафта давомида.

### **Кимё терапия схемалари:**

1. Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

3. Доксорубицин 50–60 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи

кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун. (ДД-А)

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

Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> 1-3 кунлар (ДД-А).

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

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

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

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

### 16-жадвал. Бачадон бўйни саратонида тавсия этиладиган режимлар.

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

пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин<sup>2</sup> 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин<sup>2</sup> AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Ифосфамид 5000 мг/м<sup>2</sup> в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м<sup>2</sup>)<sup>3</sup> 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада

- Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда ҳужайрали турида мақсадга мувофиқ)

#### **Кимё терапия II линияси<sup>4</sup>**

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)

- Митомицин 7,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.

- Иринотекан 125 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.

- Гемцитабин 800–1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Капецитабин 2500 мг/м<sup>2</sup> ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Топотекан 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.

- Ифосфамид 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар)<sup>1</sup>, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)
- Карбоплатин AUC5 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)

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

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

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

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

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

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Антрациклинлар	Доксорубицин	50–60 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Цисплатин	50–75 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Паклитаксел	175 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Карбоплатин	AUC 5–6 в/и 1-чи кун	А
Алкилловчи бирикмалар	Ифосфамид	1,6 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари 1 соатлик инфузия	В

Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Доцетаксел	75 мг/м <sup>2</sup> в/и ҳар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	Гемцитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> 1-чи ва 8-чи кунлар	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>		

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

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

	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиринолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>		

## 6. Жарроҳлик давоси.

Маҳаллий тарқалган ёки рецидив бачадон бўйни саратонида, асоратлар (оқмалар, қон кетиш), узоқ метастазлар (IV босқич) мавжуд бўлганда, паллиатив жарроҳлик давоси қўлланилмайди. Фақат бир томонлама ёки икки томонлама

перкутан нефростомия (уретерогидронефроз билан, ректо-вагинал ёки цисто-вагинал оқма мавжудлигида ва бошқаларда), цистостомия каби симптоматик операциялар, диагностик лапароскопия амалга оширилади. Ичак тутилиши билан асоратланган тақдирда, ҳаётий кўрсатмаларга асосан, ҳаёт учун хавфли бўлган асоратни бартараф этиш бўйича жарроҳлик давоси ўтказилиши мумкин.

## 7. Кейинги даволаш:

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

• дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;

• Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;

• 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

• Ўпкаларни рентгенологик текшируви дастлабки 3 йил давомида ярим йилда 1 марта, кейинчалик ҳар йили ўтказилиши керак;

• Назорат текширишлари кўламига киради: МРТ ОМТ, ҚБА КТси ва КҚА КТси, ПЭТ/КТ;

• КЧА МРТси, ҚБА КТси ва КҚА КТси – дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, учинчи йил давомида ҳар 4 ойда ўтказилади;

• ПЭТ/КТ – ҳар йили.

## 8. Паллиатив даволаш самарадорлигини индикаторлари:

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

**Прогрессия** - бир ёки бир нечта ўсмалар ўлчамларининг 25% дан кўп катталашиви ёки янги шикастланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши [32] (ИД – А).

• Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;

• «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий

фаолиятидан ташқари, бемор аъзоизмининг физик ҳолати ҳам киради.

## 9. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

- 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 қинly 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* 10<sup>th</sup> 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/](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](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](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](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/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>.

## **Мундарижа**

<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>5</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>47</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИНГ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>61</b>
<b>БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ УЧУН ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ .....</b>	<b>80</b>

**"БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

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

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

- **Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавfli ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

- **КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавfli ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавfli ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

- **Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:**

2025/2028 йил.

**- Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:** Республика ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази.

**- МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ҲИССА ҚЎШГАНЛАР:**

**- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари:**

1. Тилляшайхов Мирзагалёб Нигматович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директори;
2. Юсупбеков Абборбек Ахмеджанович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари;
3. Жураев Миржалол Дехканович – т.ф.д., профессор, РИОваРИАТМ абдоминал бўлими раҳбари;
4. Ибрагимов Шавкат Нарзиқулович – т.ф.д., РИОваРИАТМ радиология бўлими илмий раҳбари;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – т.ф.д., РИОваРИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари;
6. Камишов Сергей Викторович – т.ф.д., РИОваРИАТМ кимё терапия бўлими илмий раҳбари;
7. Рахимов Нодир Маҳаматович – т.ф.д., Самарқанд шаҳар ҳудудлар аро Хосписи директори;
8. Исмаилова Муножат Ҳаётовна – к.м.н., Тошкент Тиббиёт академияси онкология кафедраси мудири.
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – т.ф.д., РИОваРИАТМ бош бўйин ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – т.ф.д. РИОваРИАТМ таянч-ҳаракат аъзолари ўсмалари бўлими илмий раҳбари;
11. Ахмедов Одилжон Муҳамеджанович – т.ф.н., РИОваРИАТМ эндовизуал жарроҳлик бўлими мудири;

**- Мультидисциплинар муаллифлар рўйхати, қўшимча ҳаммуаллифлар жамоаси:**

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

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

**- Рецензентлар:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

Дениш Пендхаркар – профессор, Ҳиндистон онкологлари Ассоциацияси президенти, Сарвадоя институти директори, Фаридобод, Ҳиндистон;

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

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

**Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:**

**Республикадан:**

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

**Ҳориждан:**

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

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

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

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

### **ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:**

ЮҚТ	– Юрак-қон томир тизими
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭГС	– эзофагогастроскопия
ЭКГ	– электрокардиография
TNM	– Tumor Nodulus Metastasis – хавfli ўсма касалликлари босқичларининг халқаро таснифи
ЖССТ	– Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ESOG	(ингл. Eastern Cooperative Oncology Group) – 5 балли тизим бўйича даволанишдан олдин, даволаниш пайтида ва ундан кейин – онкологик беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш шкаласи (онкологик касалликларни ўрганиш учун Шарқий Қўшма гуруҳ томонидан тавсия этилган).
RW	– Вассерман реакцияси
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза
ОИВ	– Одам иммунтанқислиги вируси
Гр	– Грей
ХЎ	– Хавfli ўсма
ИГХ	– Иммуногистохимик (текшириш)
КСФ	– Колониестимулловчи факторлар (омиллар)
ЛД	– Лимфодиссекция

НТ	– Нур терапия
УЯ	– Умумий яшовчанлик
ҚБА	– Қорин бўшлиғи аъзолари
КҚА	– Кўкрак қафаси аъзолари
КЧА	– Кичик чаноқ аъзолари
ПЗР	– Полимераз занжир реакцияси
ПЭТ	– Позитрон-эмиссион томография
БМЎД	– Бир марталик ўчоқли доза
ПР	– Прогестерон рецепторлари
ЭР	– Эстроген рецепторлари
ҚЛТ	– Қўриқчи лимфа тугуни (тугунлари)
СЎД	– Суммар ўчоқли доза
УТДГ	– Ультратовуш доплерография
в/и	– Вена ичига
и/п	– Интраперитонеал
АФП	– Альфа-фетопротеин
ИГХ	– иммуногистохимия
КТ	– компьютер томография
ЛДГ	– лактатдигидрогиназа
ДВ	– Дори воситаси
МНН	– Халқаро патентланмаган номи
МРТ	– магнит-резонанс томография
ПХТ	– полихимиотерапия
НАПХТ	– неoadъювант полихимиотерапия
ББС	– Бачадон бўйни саратони
УТТ	– Ультратовуш текшируви
ДД	– Далиллар даражаси
GOG	– Гинеколог онкологлар гуруҳи (гинекологик саратонни ўрганиш кооперирланган гуруҳи, АҚШ)
FIGO	– Халқаро гинекологлар ва акушерлар Федерацияси
CIN	– Цервикал интраэпителиал неоплазия

- ПАП – Паппаниколау бўйича суртма  
 VAIN – Қин интраэпителиал неоплазияси

**- Мазкур нозология бўйича миллий протоколнинг фойдаланувчилари:**

- Шифокор-онкологлар;
- Онкогинекологлар;
- Шифокор- катталар жарроҳлари;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- Шифокор-терапевтлар;
- ОТМ талабалари, магистрлар, ординатор ва аспирантлар.

**- Мазкур нозология бўйича беморларнинг тоифаси: (18 ёшдан) катталар.**

**- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи:**

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

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

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

ДИД	Батавсил
-----	----------

1	Метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотларни мунтазам кўриб чиқиш.
2	Алоҳида тасодифий клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, метатаҳлил ёрдамида тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққослаб бўлмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки катор ҳодисалар тавсифи, «ҳодиса-контрол» тадқиқотлари.
5	Аралашувнинг ҳаракат механизми учун фақат асос мавжудлиги (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси.

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

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

## 2. Асосий қисм.

### - Кириш

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури

ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юқидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафқашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти барабар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номутаносиб равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

### **Сабаблари**

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси хужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

### **Ўзбекистон Республикасидаги ҳолат**

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беи саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичда, 23.1% - III босқичда ва 4,6% - IV босқичда аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беи, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беи саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

### **- ББСнинг клиник таснифи [7]**

ББС ташҳиси фақат гистологик текширув натижалари асосида белгиланади.

Бачадон бўйни саратони босқичини аниқлаш учун ҳар қандай визуализация усуллари ва/ёки морфологик текширув маълумотларидан фойдаланиш мумкин. Бачадон бўйни саратонининг босқичи усулни танлаш ва даволаш режасини тузиш учун зарур бўлган махсус терапия бошланишидан олдин белгиланади. Бачадон бўйни саратони босқичи махсус даволаш бошланганидан кейин ўзгармайди. Босқични аниқ белгилашда қийинчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда, аввалгироғини танлаш керак бўлади. Жарроҳлик давоси олаётган беморларда морфологик топилмаларни алоҳида қайд этиш керак. Бунинг учун TNM номенклатураси мос келади (TNMдан олдинги ҳарф қисқартмаси қайси маълумотлар асосида бирламчи ўсма (T), лимфа тугунлари (N) ва узоқ метастазлар (M) ҳолати аниқланганлигини кўрсатиши керак: клиник маълумотлар (cTNM), нур текшируви усуллари маълумотлари (rTNM), операциядан кейинги морфологик экспертиза маълумотлар (pTNM).

Босқичини аниқлаш FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 й.да янгиланган) таснифи асосида белгиланади (1-жадвал).

**1-жадвал. ББСни босқичлар бўйича таснифланиши (FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 йилда янгиланган) бўйича таснифи).**

TNM	FIGO	
TX	Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ	
T0	Бирламчи ўсма аниқланмайди	
Tis	- <sup>1</sup>	<i>in situ</i> саратон, преинвазив саратон (ушбу ҳолатлар ББС билан касалланиш статистикасига киритилмаган)
T1	I босқич	Ўсма бачадон бўйни билан чегараланади (бачадон танасига тарқалиши ҳисобга олинмайди)
T1a	IA	Фақат микроскопик ташхисланувчи инвазив карцинома, энг кўп инвазия чуқурлиги $\leq 5$ мм <sup>2,3</sup>
T1a1	IA1	Стромал инвазия $\leq 3$ мм
T1a2	IA2	Стромал инвазия $> 3$ мм, лекин $\leq 5$ мм
T1b	IB	Инвазив карцинома, инвазии чуқурлиги $> 5$ мм (IA босқичидан катта), ўсма бачадон бўйни билан чегараланган
T1b1	IB1	Инвазив карцинома, инвазия чуқурлиги $> 5$ мм ва ўсма кесими энг катта ўлчамда $\leq 2$ см
T1b2	IB2	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 2$ см, лекин $\leq 4$ см
T1b3	IB3	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 4$ см
T2	II босқич <sup>4</sup>	Бачадондан ташқарига тарқалган ўсма, тос деворларига ўтмаган ва қиннинг пастки учдан бирини зарарламаган
T2a	IIA	Ўсма қиннинг юқори учдан икки қисмини зарарлайди, параметрийни шикастламасдан
T2a1	IIA1	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $\leq 4$ см
T2a2	IIA2	Инвазив карцинома энг катта ўлчами $> 4$ см
T2b	IIB	Параметрийни шикастлаш билан, аммо тос деворларига тарқалмаган
T3	III босқич	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ва /ёки тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилади <sup>5</sup>

T3a	IIIA	Ўсма қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади, аммо тос деворига тарқалмайди	
T3b	IIIB	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ҳисобланади	
	IIIC	Бирламчи ўсманинг катталиги ва тарқалишидан қатъи назар, тос ва/ёки параорта лимфа тугунларининг шикастланиши (T1–T3) (r ва p индексларининг белгиланиши билан) <sup>5</sup>	
	IIIC1	Фақат тос лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IIIC2	Фақат параортал лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IV босқич	Тос суягидан ташқарига тарқалган ёки қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллик қаватига ўсиб ўтган ўсма (буллёз шиш ўсмани IV босқич деб таснифлашга имкон бермайди)	
T4	IVA	Қовуқ ёки тўғри ичакка ўсиб ўтиш <sup>6</sup>	
M1	IVB	Узоқ метастазлар <sup>7</sup>	
<b>Регионар лимфа тугунларининг ҳолати</b>		<b>Узоқ метастазлар</b>	
NX	Баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас	M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
N0	Регионар лимфа тугунларининг зарарланиш белгилари йўқ	M17	Узоқ метастазлар мавжуд
N1 <sup>8</sup>	Тос лимфа тугунларида метастазлар		
N2 <sup>8</sup>	Параортал лимфа тугунларида метастазлар (тос лимфа тугунларида метастазлар билан бирга ёки уларсиз)		

<sup>1</sup> FIGO таснифида 0 (Tis) босқич қўлланилмайди.

<sup>2</sup> Ўсма ўлчами ва унинг тарқалганлиги ҳақидаги клиник маълумотларга қўшимча қилишнинг барча босқичларида визуализация усуллари ва гистологик текширувдан фойдаланиши мумкин

<sup>3</sup> IA босқичда ўсманинг горизонтал тарқалиши энди ҳисобга олинмайди. Инвазия чуқурлиги ўсма юзаки эпителийдан ёки бездан келиб чиққанлигидан қатъи назар, базал мембранадан аниқланади. Қон ёки лимфа томирларида ўсма эмболиясини аниқлаш босқични ўзгартирмайди, аммо гистологик текширув хулосасида акс эттирилиши керак, чунки бу даволаш тактикасига таъсир қилиши мумкин

<sup>4</sup> Параметрий зарарланган III босқичда параметрийга инфилтрация тугун шаклига эга бўлганда ва тос деворига етиб борганида таъхис қилинади. Бошқа ҳолларда IIb босқич дея белгиланади. Шунини таъкидлаш керакки, гинекологик

текширув пайтида инфилтратнинг табиатини (яллиғланиши ёки ўсма) баҳолаш мумкин эмас.

<sup>5</sup> "r" (визуализация усуллари) ва "p" (гистологик текширув) индексларини қўйиши ИС босқичи қўйилган усулни аниқлаштириши учун зарур. Мисол учун, агар тос лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши визуализация усуллари билан аниқланса, босқич ИС1r бўлади, тос лимфа тугунлари шикастланиши гистологик тасдиқланган бўлса — ИС1r бўлади. Визуализация усули ёки гистологик текшириши усули хулосада тавсифланиши керак. Агар босқични аниқ баҳолаш қийин бўлса, аввалроқдагиси қўйилади.

<sup>6</sup> Қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллиқ қаватига инвазия биопсия натижалари билан тасдиқланиши керак.

<sup>7</sup> Шу жумладан, чов лимфа тугунлари, шунингдек қорин пардага метастазлар. Кичик чаноқ аъзоларининг сероз қаватлари бундан мустасно. Қиндаги, кичик чаноқ аъзолари ва ортиқлар сероз қавати метастазлари бендан мустасно.

<sup>8</sup> Лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 0,2 мм, лекин 2 мм дан кам бўлганда "t1" қўшимчаси қўйилади; лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 2 мм бўлганда "t2" қўшимчаси қўйилади; БСЛУ да метастаз аниқланса, "sn" қўшимчаси қўйилади.

Бачадон бўйни саратонидаги регионар лимфа тугунлари ташқи, ички, умумий ёнбош, параортал, ёпқич, сакрал ва бел лимфа тугунлари ҳисобланади.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 70-80% да ясси хужайрали саратон, 10-20% да — аденокарцинома ва 10% да — паст дифференциаллашган саратон ташхиси қўйилади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг морфологик таснифи 2-жадвалда келтирилган.

**2-жадвал. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларини морфологик таснифи (БЖССТ, 2020 й.).**

### **ЯССИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- ясси хужайрали интраэпителиал зарарланиш (ясси эпителийнинг зарарланиши (SIL)):
  - ясси эпителийнинг енгил зарарланиши (LSIL)
  - ясси эпителийнинг оғир зарарланиши (HSIL)
- ОПВ-ассоциирланган ясси хужайрали саратон
- ОПВ ассоциирланмаган ясси хужайрали саратон

- Носпецифик типдаги ясси хужайрали саратон

## **БЕЗЛИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- Аденокарцинома in situ
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланмаган
- Аденокарцинома носпецифик типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома ОПВ- ассоциирланмаган меъда типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган ёруғ хужайрали типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган мезонефроид типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган носпецифик типи
- Эндометриоид аденокарцинома носпецифик типи
- Карциносаркома носпецифик типи
- Безли-ясси хужайрали карцинома
- Мукоэпидермоид карцинома
- Аденоид-базал карцинома
- Дифференциаллашмаган карцинома носпецифик типи

## **АРАЛАШ ЭПИТЕЛИАЛ ВА МЕЗЕНХИМАЛ ЎСМАЛАР**

- Аденосаркома

## **ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР**

- Герминоген ўсмалар носпецифик типи
  - етилган тератома носпецифик типи
  - сариқлик халтаси ўсмаси неспецифик типдаги
  - эндодермал синус ўсмаси
  - хориокарцинома
  - дермоид киста носпецифик типи

## **НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАР**

- Нейроэндокрин карциномалар
  - майда хужайрали нейроэндокрин карцинома

– йирик хужайрали нейроэндокрин карцинома

- Аралаш нейроэндокрин-нейроэндокрин бўлмаган ўсмалар
- Аралаш аденокарцинома нейроэндокрин карцинома билан

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

#### **Ташхислаш мезонлари:**

##### **- Шикоятлари ва анамнез:**

- Жинсий йўллардан ациклик қонли, сувли, йирингсимон ажралмалар келишига;
- Қорин пастки қисми ва белдаги тортувчи оғриққа;
- Менопауза фонида қон келишига.

#### **Анамнез:**

- Бачадон бўйни карцинома учун патогномоник шикоятлар йўқ. Қоида тариқасида, касаллик 1 йилдан 5 йилгача ёки ундан кўпроқ давом этиши мумкин бўлган аниқ преинвазив босқичга эга. Микроинвазив бачадон бўйни карциномаси кўпинча тасодифий мурожат қилинганда топилади. Ib1- Pa2 босқичида бачадон бўйни саратони ташхиси қўйилган аёлларни гинеколог мурожатларининг сабаби жинсий йўллардан қон кетиш ҳисобланади. Кейинги кечироқ босқичларда (Ib-IVa) бел соҳасида, қориннинг пастки қисмида оғриқ шикоятлари қўшилади.

##### **- Физикал текширувлар [1, 3]:**

#### **Гинекологик кўрик:**

- Ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолати;
- кўзгуларда қин ва бачадон бўйни текшируви (қин инфилтрацияси, қин деворларида метастатик ўчоқлар мавжудлиги, ҳажми, бачадон бўйни ҳолати);
- патологик (йирингли, қонли) ажралмаларнинг мавжудлиги.

#### **Бимануал кўрик:**

- бачадон ўлчами ва шакли;
- ортиқларининг ҳолати;
- параметрийда инфилтратлар;
- олдинги ва орқа қин гумбазининг инфилтрацияси.

## Лаборатор текширувлар:

- цитологик текширувлар – ПАП тест (хужайра ҳажмининг гигантгача ўсиши, хужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражадаги етуклиги, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);
- гистологик текширув (кучли хужайра полиморфизми, хужайра ўлчамларининг катталашиси, кучли гипохромия, катта ядроларда бир ёки бир нечта ядрочалар мавжуд, розетка шаклида саратон хужайраларининг безли тузилмалари, митоз ҳолатидаги кўплаб хужайралар мавжуд);

## Инструментал текширувлар:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (агар бачадон бўйни саратонига шубҳа қилинган бўлса, бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кичик чаноқ аъзоларининг магнит-резонанс томографияси (ББСда бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кўкрак қафаси, қорин бшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳа лимфа тугунларини, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни баҳолаш);
- кўрсатмаларга кўра цистоскопия (ўсма жараёнининг қовуққа ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида) қовуққа ўсиб ўтишга гумон бўлганда буюрилади.
- кўрсатмаларга кўра ректороманоскопия ёки колоноскопия (ўсма жараёнининг йўғон ёки тўғри ичакка ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида);
- скелетни сцинтиграфияси (суякларга метастазлар бўлганда буюрилади);
- бутун тана ПЭК/КТси (бирламчи эндометрий саратонида ёки касалликнинг прогрессияланишида ўсма жараёнининг тарқалишини аниқлаш ёки махсус даволаш самарадорлиги динамикасини баҳолаш учун амалга оширилади).
- Ўсма материалида PD-L1 ва MSI ни аниқлаш (бирламчи радикал даволанишдан кейин касаллик прогрессияланганда ёки терапияни бошлашдан олдин бирламчи тарқалган жараён мавжуд бўлганда).

Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма препаратининг гистологик текшируви қуйидаги параметрларни акс эттириши керак:

1. Ўсманинг гистологик типи;

2. Ўсманинг дифференциация даражаси;
3. Ўсманинг ўлчамлари (уч ўлчами);
4. Ўсма инвазияси чуқурлиги;
5. Ўсманинг энг кўп инвазияланган жойида бачадон бўйнининг қалинлиги;
6. Қон ёки лимфа товларида ўсма эмболарининг мавжудлиги/мавжуд эмаслиги;
7. Қинни резекция қирғоқларида, параметрийда, бачадон бўйнининг резекция қирғоқларида ўсма (конизация/ампутация ёки трахелэктомия бажарилганда); резекция қирғоғи яқин бўлганда, резекция қирғоғидан ўсмагача бўлган масофа кўрсатилади;
8. Ўсманинг қинга ўтиши;
9. Параметрийнинг ўнгдан, чапдан ўсма билан зарарланиши;
10. ўнг ва чап параметрийдан олиб ташланган ва зарарланган лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/микрметастазлар/макрметастазлар);
11. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган тос лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
12. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган бел лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
13. ўсманинг бачадон танасига ўтиши;
14. тухумдонларининг метастатик зарарланиши;
15. ўсманинг қовуқ, тўғри ичак деворига ўсиб ўтиши (экцентерация ёки қўшни аъзолар резекцияси бажарилганда);
16. операциядан олдинги терапия бажарилган ҳолатларда, бирламчи ўсма ва лимфа тугунлари метастазларининг терапевтик патоморфоз даражаси, терапевтик патоморфоз даражаси баҳоланадиган таснифга асосан баҳоланади

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда асосий текшириш усуллари:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлики (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;

4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;
8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
13. Кольпоскопия, бачадон бўйнидаги барча шубҳали соҳалардан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
14. Комплекс ультратовуш ташхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт қопи, меъда ости беши, талоқ, буйраклар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чанок в/и контрастлаш билан магнит-резонанс томографияси;
16. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
19. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
20. Цистоскопия
21. Ректороманоскопия;
22. Экскретор урография, ренография;
23. ЭКГ;
24. ЭхоКГ;
25. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;
26. Контрастлаш билан МСКТ \*\*\*;

**- Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

1. ПЗР усулида Эбштейн-Барр вируси, 1-2 тип герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз;
2. В ва С гепатит вирусларига ПЗР (микдорий);
3. COVID-19га ПЗР;

4. Қонни кислота ишқорий ҳолати (КИХ) ва газларга аниқлаш;
5. Бевосита ва билвосита Кумбс реакцияси;
6. Стандарт цитогенети текшириш;
7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
9. ProBNP
10. Прокальцитонин
11. Антитромбин III, Д-димер
12. Қон зардобада ЛДГ, ХГ ва АФПни аниқлаш;
13. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
14. Миелограмма;
15. Периферик қон ИФТси;
16. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
17. Стандарт –цитогенетик текшириш;
18. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
19. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
20. Ортопантомограмма;
21. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
22. ФГДС;
23. Бронхоскопия;
24. Колоноскопия;
25. Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
26. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
27. Спирография;
28. Бош мия МРТси;
29. Скелет суяқларини рентгенографияси ёки сцинтиграфияси (суяқларни метастатик шикастланишига гумон бўлганда);
30. Плевра бўшлиқлари, периферик лимфа тугунлари, қалқонсимон без УТТси;
31. Ҳолтер – мониторинг билан ЭКГ

\* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.

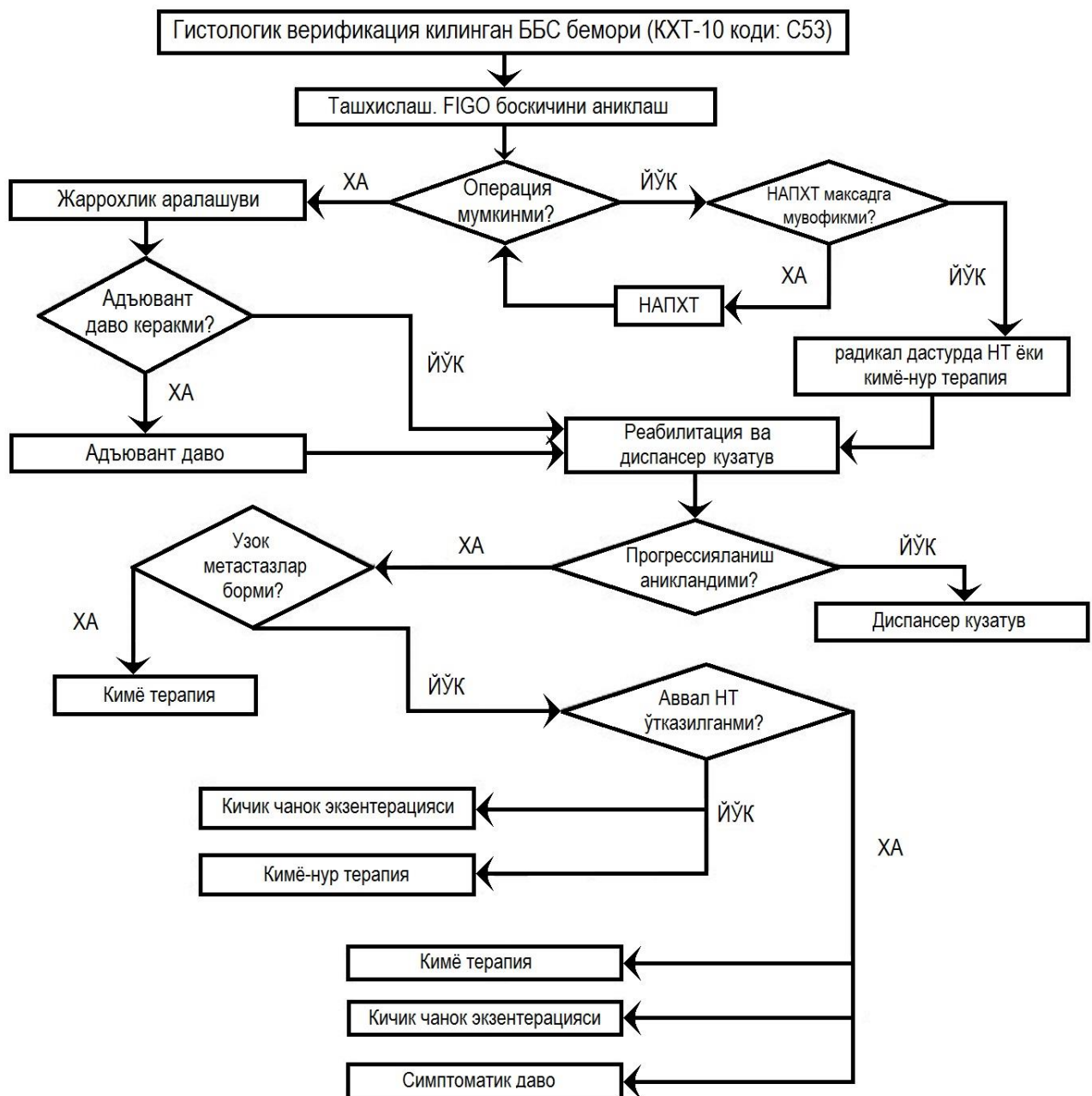
\*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.

\*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

**- Тор мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- **Маммолог кўриги** (кўкрак беши томонидан патология бўлганда);
- **Кардиолог кўриги** (50 ёш ва ундан катта беморларда, шунингдек, ЮҚТ да патологияси бўлган 50 ёшдан кичик беморлар);
- **Абдоминал онколог кўриги** (қорин бўшлиғи аъзоларида ҳажмли ҳосила белгилари бўлган аёлларда, оилавий, биргаликда келувчи саратон турларини истисно қилиш мақсадида);
- меъда саратонини даволаш бошланишидан олдин **акушер-гинеколог/репродуктологнинг маслаҳати** зарур, агар бемор келажакда фарзанд кўришни хоҳласа, адъювант репродуктив технологияларнинг мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш, шунингдек, туғиш ёшидаги беморларда ўсмага қарши дори терапияси даврида, яқин келажакда ва ундан кейин исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишончли контрацептив воситалардан фойдаланиш масаласида [5];
- **невропатолог кўриги** (қон томир миёса касалликларида, шу жумладан инсульт, миёса шикастланиши, эпилепсия, миастения, нейроинфекцион касалликлар, шунингдек, онгни йўқотишнинг барча ҳолатларида);
- **эндокринолог кўриги** (эндокрин аъзолари томонидан ҳамроҳ касалликлари бўлган тақдирда);
- **қон-томир жарроҳи кўриги** (варикоз касаллик, туғма/орттирилган томирлар патологияси мавжуд бўлган ҳолларда);
- **пульмонолог кўриги** (ўпка паренхимасида қолдиқ патологиялар мавжуд бўлганда, бактериал / вирусли / ноаниқ генезли яллиғланиш жараёнидан кейин).
- ҳамроҳ патологиялар мавжуд бўлганда, **бошқа мутахассислар кўриклари**: фтизиатр (анамнездаги сил касаллиги бўлса), юқумли касалликлар бўйича мутахассис (сурункали гепатит бўлса) ва бошқалар.
- **нефролог кўриги** (буйрак патологияси, гиперазотемия мавжуд бўлганда).

- **Диагностик алгоритм:**



- Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш [3, 4].

**3-жадвал. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш**

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асослаш	текшириш	Ташхисни инкор қилиш мезонлари
Бачадон бўйни эктопияси	- жинсий йўлардан ажралмалар келиши - ёрқин қизил рангдаги псевдоэрозия ўчоғи	Кольпоскопия ПАП–тестга суртмалар олиш	Худуд кўплаб юмалоқ ёки чўзинчоқ қизил сўрғичлар билан қопланган бўлиб, бу бахмал юза эффектини яратади. Ёрқин қизил ранг бир қатор цилиндрсимон хужайралар қатори орқали кўринадиган пастдаги строма томирлари билан боғлиқ. «Трансформация соҳаси» эктопия соҳасидаги метаплазияланган ва етилмаган кўп қаватли ясси эпителий, безларнинг очиқ ва ёпиқ йўллари.
CIN	-бачадон бўйнининг кўринувчи ўзгарган соҳалари -Оғриксиз -жинсий йўллардан ажралмалар.	-кольпоскопия - ПАП–тестга суртмалар олиш -биопсия	Кольпоскопик сурат: оқиш ялтироқ пленка кўринишидаги, эпителийнинг шоҳсимон қақати ҳисобига тахланган ёки ғадир-будир юзали йод негатив соҳа. Яқуний ташхис

			гистологик текширув асосида қўйилади.
--	--	--	---------------------------------------

**4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси [10]:** йўқ.

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

**1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Верификация қилинган бачадон бўйни саратони;
- Курабел беморлар.

**2) Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни шошилич ва кечиктириб бўлмайдиган турларини талаб қиладиган саратон касаллигининг асоратлари мавжудлиги;
- онкологик касалликларни даволаш (жарроҳлик аралашуви, НТ, дори терапия си ва бошқалар) нинг асоратлари мавжудлиги.

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

**1) Даволашдан мақсад:**

- хавфли ўсмани аъзо билан тўлиқ ёки қисман олиб ташлаш;
- ўсма жараёнининг тўлиқ ёки қисман регрессияси, стабилизациясига эришиш.

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулларини танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.

Беморда ҳамроҳ касалликларнинг (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) мавжудлиги муҳим омил ҳисобланади.

Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун жарроҳлик даволаш ва/ёки кимё терапия дан иборат бўлган индивидуал режа ишлаб чиқилади.

**4-жадвал. Босқичлар бўйича даволаш тактикаси [11,12]**

Босқич	Даво тури
CIN III	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA1	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия

IA2	Тотал гистерэктомия ортиқлар билан/ортиқларсиз +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича II тип) /трахелэктомия+тос лимфодиссекцияси/ Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда – нур терапияси
IB1	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича III тип) ёш аёлларда тухумдонлар транспозицияси билан / радикал дастур бўйича НТ ёки ХНТ. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адьювант ХНТ. Оралиқ хавф гуруҳида – адьювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адьювант даво ўтказилмайди
IB2- ПА	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (III типда) ёш аёллардан тухумдонлар троанспозицияси билан / радикал дастур бўйича ХНТ / неoadьювант ХТ+ Радикал гистерэктомия III типда. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адьювант ХНТ. Оралиқ хавф гуруҳида – адьювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адьювант даво ўтказилмайди
IB-IVA	Химионур терапия
IVA	Тизимли ХТ

### **Босқичларга қараб даво**

#### **Микроинвазив саратон:**

- IA1 ёки IA2 босқичидаги бачадон бўйни саратони ташхиси, фақат резекция қирралари манфий бўлган бачадон бўйни конусининг морфологик текширувида ёки трахелэктомия ёки гистерэктомиядан кейин олиб ташланган макропрепарат асосида қўйилади. Бачадон бўйни конизациясидан кейин қирраларда CIN III ёки инвазив саратон аниқланган тақдирда, касалликнинг IB1 босқичидаги каби беморни такрорий конизация қилиш ёки даволаш керак.

#### **IA1 босқич (инвазия ≤ 3 мм; горизонтал тарқалиш инобатга олинмайди):**

- ББСни ушбу босқичдаги асосий даволаш усули тотал абдоминал ёки қин гистерэктомияси ҳисобланади.

- Қин интраэпителиал неоплазия мавжуд бўлганда, қин найчасининг тегишли қисмини олиб ташлаш керак. Агар фертиллиқни сақлаб қолиш зарур бўлса, бачадон бўйни кенг конизация қилинганидан кейин, агар Пап тести ўтказилса, резекция қирралари манфий натижаси бўлса кузатув ўтказилиши мумкин. Пап тести 6, 12 ой ичида ва ундан кейин ҳар йили ўтказилади, агар олдинги иккита тест салбий бўлса (ДД –Б) [4,7].

- Лимфа ёриқларида эмболия бўлмаганда ББС IA1 босқичида жарроҳлик аралашувнинг етарли ҳажми - бачадон бўйни каналининг қолган қисмини ва кўрсатмаларга кўра бачадон бўшлиғини қириб олиш билан бачадон бўйни конизацияси ҳисобланади. Резекция қиррасида ва бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан қириндида ўсма бўлмаса, бачадонни экстирпация қилиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу даволаш натижаларини яхшиламайди.

- Агар бачадон бўйни резекциясининг чеккаларида ёки бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан олинган қириндида дисплази (CIN III) ёки саратон ҳужайралари топилса, такрорий конизация қилиш керак. Агар конизация қилишнинг иложи бўлмаса, даволаш IB1 босқичдаги каби амалга оширилади.

- Лимфоваскуляр инвазия мавжуд бўлганда ва туғиш функциясини сақлаб қолиш зарурати бўлмаса, бачадонни I типдаги жарроҳлик йўли билан экстирпация қилиш ёки ўзгартирилган бачадон экстирпацияси (II турдаги жарроҳлик ва тос лимфа диссекцияси (эҳтимол БСЛУ) кўрсатма бўлади. Ёш беморларда (45 ёшгача) бачадонни олиб ташлашда уларнинг транспозициясини амалга ошириш орқали тухумдонларнинг функциясини сақлаб қолиш мумкин.

- Лимфоваскуляр инвазия мавжуд бўлганда ва бола туғиш функциясини сақлаб қолиш зарур бўлганда, бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан қиринди олиш ёки трахелэктомия (I ёки II турдаги жарроҳлик) ва тос лимфа диссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан) билан бачадон бўйни конизацияси кўрсатма бўлади.

### **IA2 босқич (инвазия > 3 мм ва ≤ 5 мм, горизонтал тарқалиш инобатга олинмайди)**

- IA2 босқич касаллиги бўлган беморларда лимфоген метастазланиш учун маълум бир потенциал мавжуд ва шунинг учун жарроҳлик даволаш пайтида тос лимфаденэктомиясини ўтказиш керак. Ушбу клиник ҳолатлар учун етарли операция икки томонлама тос лимфаденэктомияси билан тўлдирилган ўзгартирилган радикал гистерэктомия (2-типдаги амалиёт) ҳисобланади. Дастлабки биопсия маълумотларига кўра лимфоваскуляр инвазия бўлмаса, тос лимфаденэктомияси билан экстрафасциал экстирпация (1-турдаги жарроҳлик) бажарилиши мумкин [11] (ДД-С).

- Асосий жарроҳлик кириш йўли лапаротомия ҳисобланади. Агар бемор лапароскопик киришни талаб қилса, лапароскопик кириш билан кенгайтирилган бачадон экстирпациясини амалга оширишда унга узоқ муддатли онкологик даволаш натижаларининг ёмонлашиши хавфи ҳақида огоҳлантириш керак.

Фертиликни сақлаб қолиш истаги бўлганда, қуйидагилар эҳтимолий даволаш вариантлари ҳисобланади:

- бачадон бўйнини кенг конизацияси, қўшимча экстраперитонеал ёки

лапароскопик тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан;

– радикал трахелэктомия, тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан.

- Модификацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси(II/V типдаги жарроҳлик амалиёти ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан)) кўрсатилган. Ёшларда (45 ёшгача) тухумдонларнинг транспозициясини бажариш орқали уларнинг функциясини сақлаб қолиш мумкин.

- Лимфоваскуляр инвазиядан қатъи назар ва тос лимфа тугунларида метастазлар бўлмаса, фертилликни сақлаб қолишни истаган ёш беморларга кенгайтирилган трахелэктомия (II/V типи) таклиф қилиниши мумкин.

- Фертилликни сақлаб қолишни истаган ёш беморларда бачадон бўйни ампутацияси, бачадон бўйни каналининг қолган қисмини қириб олиш (резекция четида ва бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан олинган қириндида ўсма йўқлиги) ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан) миқдорида ультраконсерватив даволашни амалга ошириш мумкин.

- Репродуктив функцияни сақлаб қолишни истамайдиган беморларда лимфоваскуляр инвазия бўлмаса, бачадонни экстирпация қилиш (I/A типдаги жарроҳлик ва тос лимфадиссекцияси (эҳтимол БСЛУ билан)) миқдорида ультраконсерватив даволашни амалга ошириш мумкин.

- жарроҳлик давосига қарши кўрсатма бўлганда ёки бемор истагига кўра НТ ўтказилиши мумкин.

- Ушбу угурҳ беморларини кузатуви, энг аввало, ҳар 6 ва 12 ойда ўтказилган иккита манфий тестдан сўнг, ҳар йиллик Пап-тестга асосланган.

## **IV1-IV1 босқич**

### **Жарроҳлик давоси.**

- ББСнинг стантарт жарроҳлик давоси тос лимфадиссекцияси билан биргаликда радикал абдоминал гистерэктомия ҳисобланади. Жарроҳлик давосини фақат абдоминал кириш билан бажариш зарур.

### **Босқичлар бўйича нур терапияси: [6,8,9]**

## **IV2-IV3 босқич.**

**Конкурент кимё-нур терапия:** даволашнинг энг кенг тарқалган усули – платина препаратлари билан ҳар ҳафталик конкурент ким терапия билан биргаликда кўшма нур терапиядир.

- нур терапиянинг тавсия этилган дозаси А нуқтага 85 – 90 Грей, В нуқтага 55

– 60 Грей. Цисплатин 40 мг/м<sup>2</sup> дозада, ҳар ҳафта, нур терапиянинг дистанцион компоненти фонида. Парааортал ва умумий ёнбош лимфа тугунларига метастазли беморларда нурланиш майдонини парааортал соҳаларгача кенгайтириш зарур. Ҳозирги кунда нурланиш майдонини кенгайтириш билан конкурент кимё-нур терапиянинг токсиклиги ҳақидаги маълумотлар кам (ДД –А).

- Маҳаллий тарқалган бачадон бўйни саратони (касалликнинг II,III ва IV босқичларини ўз ичига олади).

- Стандарт нур терапиянинг конкурент кимё терапия билан бирга қўлланилиши стандарт даволаш усули ҳисобланади (ДД – А). ББСнинг I босқичида аэъювант нур/кимё-нур терапиянинг буюрилиши масаласи, принципиал жиҳатдан йирик патолог жарроҳлик тадқиқоти асосида ишлаб чиқилган GOG шкаласи асосида ҳал қилинади.

### 5-жадвал. GOGнинг балл шкаласи

Белги	Кўрсаткич	Нисбий ҳавф
Стромага инвазия чуқурлиги, мм да		
Юзаки	3	1.0
	4	3.0
	5	7.2
	6	14
	7	21
	8	26
	10	31
Ўрта	5	20
	6	22
	7	23
	8	25
	10	28
	12	32
	14	36
Чуқур	7	28
	8	30
	10	34
	12	37

	14	41
	16	45
	18	49
	20	54
Ўсманинг клиник ўлчами	кўринмас	1.0
	1	1.6
	2	1.9
	3	2.4
	4	2.9
	6	4.4
	8	6.6
Лимфо-васкуляр инвазия	Бор	1.7
	Йўқ	1.0

- Сумма баллов GOG баллари суммаси инвазия учун нисбий ҳавф, ўсманинг ўлчамлари ва лимфоваскуляр инвазия кўрсаткичларини кўпайтириш йўли билан ҳисобланади. Масалан, инвазия чуқурлиги 7,0 мм, ўлчамлари 2,0 см, ЛВИси бўлган юзаки ўсма, қуйидаги баллга эга бўлади:  $21 \times 1.9 \times 1.7 = 67.8$

- Баллар сони  $\leq 40$  бўлса, рецидив ривожланиши ҳавфи паст бўлади. Шунинг учун адъювант нур терапия талаб этилмайди. Баллар йиғиндиси 40 дан 120 гача бўлганда, ўрта ҳавфга, 120 дан юқори бўлганда эса – юқори эга бўлади. Бундай ҳолатларда адъювант терапия масаласини ҳал қилиш керак бўлади.

#### **IVA босқич:**

- Айниқса қовуқ ёки ректал оқма мавжуд бўлганда, биринчи босқичда, тос аъзоларининг экзентерациясини амалга ошириш мумкин, аммо бу радикал дастурга мувофиқ кимё-нур терапияга қарши кўрсатма эмас. (ДД-С).

#### **IVB босқич ва рецидивлар:**

- Бирламчи радикал гистерэктомиядан кейин рецидивларни даволашнинг мумкин бўлган усуллари: радикал гистерэктомиядан кейин тос бўшлиғидаги рецидивларни нур терапияси билан ҳам, жарроҳлик йўли билан ҳам (тос аъзоларининг экзентерацияси) даволаш мумкин. Бирламчи жарроҳлик даволашдан сўнг локал тос аъзоларининг рецидивларини радикал дастурга мувофиқ нурланиш ( $\pm$  конкурент кимё терапия) беморларнинг катта қисмида самарали бўлади. Нур терапиясининг дозаси ва ҳажми касалликнинг тарқалиши билан аниқланиши керак. Ўсма ўлчамлари микроскопик бўлса одатдаги доза 50 Гр, БМЎД 1,8 – 2,0 Гр,

камайтирилган нурланиш майдонлари билан, катта ўлчамдаги ўсмаларда эса доза 64 – 66 Грейни ташкил қилади.

**6-жадвал. ББСни жарроҳик давосидан сўнг маҳаллий рецидивлар [10,11].**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Нур терапия радикал гистерэктомиядан кейинги маҳаллий рецидивли беморларга кўрсатилган	C
Цисплатин қўшиш билан ва 5-Фторурацил билан/усиз конкурент кимё-нур терапия даволаш самарадорлигини яхшилайти	B
Тос экзентерацияси тос деворларига тарқалмаган нур ва кимё-нур терапияга алтернатива бўлиши мумкин	B

**Нур терапиянинг радикал курсидан сўнг маҳаллий рецидивларда:**

Марказда локализацияланган, қовуқ ва тўғри ичак жалб бўлган рецидивли беморларда, интраперитонеал диссеминация ва узоқ метастазлар йўқлигида, бачадон бўйни ва тос деворлари ўртасида бўш жой мавжуд бўлган беморлар тос бўшлиғи экзентерацияси учун потенциал номзодлар ҳисобланишади.

**Узоқ метастазлар:** Нур терапияси симптоматик ўсма метастазларида паллиатив даволаш сифатида кўрсатма бўлади, масалан, суяк метастазлари, катталашган парааортал, ўмров ости лимфа тугунларида ёки оғриқни йўқотиш учун мия метастазлари учун.

Касалликнинг прогрессияланишида ўсма материалида PDL1 ни аниқлаш тавсия этилади. Ўсмада PDL1 экспрессияси >1% бўлганда пембролизумаб танланган дори ҳисобланади.

**ББСнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги топилмалари.**

Ушбу топилмалар асосан бошқа кўрсаткичларга асосан ўтказилган оддий гистерэктомиядан сўнг ташхис қўйилган инвазив ББС ҳолатларига тегишли. Бундай ҳолатларда даволанишни бошлашдан олдин, ҳажм бўйича қуйидаги қўшимча текширув зарур: тос ва қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ёки МРТси, жараённинг тарқалишини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси. Даволаш усули морфологик текширув маълумотлари ва рентгенологик топилмалар асосида белгиланиши керак.

Патологик топилмалар мавжуд бўлмаса:

IA1 босқичда қўшимча даво ўтказилмайди. IA2 ва ундан юқори босқичларда қуйидаги даво ўтказиш зарур.

а) резекция қирғоқлари мусбат бўлганда, чуқур стромал инвазияда, лимфаваскуляр соҳа зарарланганда конкурент кимё-нур терапия буюрилади [38].

б) чуқур стромал инвазияси бўлмаган, резекция қирғоқлари манфий ва лимфаваскуляр соҳа зарарланмаган беморларда конкурент кимё-нур терапияга алтернатива сифатида қиннинг юқори учлиги ёки лимфаденэктомия билан радикал параметрэктомия буюрилади (ДД –С).

### **Ҳомиладорлик вақтида ББС.**

- Ҳомиладорлик даврида бачадон бўйни саратонини даволаш ҳомиладор бўлмаган аёлларда бўлгани каби бир хил принципларга асосланади. Фақат бир нечта махсус тавсиялар мавжуд. Цервикал конизация фақат қон кетиш, ҳомиладорликнинг тугаши ёки эрта туғилиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли цитологик текширув ва колпоскопияга кўра инвазив ўсишга шубҳа қилинган тақдирда амалга оширилади. Бачадон бўйни саратони билан касалланган ҳомиладор аёлларни бошқариш тактикасини аниқлашнинг энг муҳим шарти рентгенолог ва кимётерапевтдан ташқари неонатолог ва акушер-гинекологни жалб қиладиган мултидисциплинар ёндашувдир.

- Қарор қабул қилишда аёлнинг ўзи ва унинг кумр йўлдоши қатнашиши зарур ва уларни ҳомиладорликни сақлаб қолиш истаклари инобатга олинishi керак.

- Микроинвазия ББСга гумон бўлган беморларда давони кечиктириш онага зарар етказмайди ва ҳомиланинг ҳаётга лаёқатини ишонарлим кўтарилиши билан намоён бўлади.

- Касалликнинг IA1 босқичидаги аёллар, конизация қилинганда ва резекция қирғоқлари манфий бўлганда, ҳомиладорликни олиб юришлари мумкин ва табиий туғруқ йўллари орқали туғишлари мумкин.

- Микроинвазив бачадон бўйни карциномасида туғриқни ҳал қилиш усули касалликнинг натижасига таъсир қилмайди. IA2 ва ундан юқори касалликнинг босқичида даволаниш индивидуал равишда танланиши керак, асосан даволаш усули ва унинг вақти тўғрисидаги қарор касалликнинг босқичига ва ҳомиладорликнинг давомийлигига асосланади. МРТ жараённинг тарқалишини баҳолаш учун амалга оширилади. Агар ҳомиладорликнинг 20 хафталигидан олдин ташхис қўйилса, даволанишни дарҳол бошлаш керак. Танлаш усули-ҳомила in situ билан радикал гистерэктомиядир. Кимё-нур терапия пайтида, қоида тариқасида, ҳомиладорликни тўхтатиш амалга оширилмайди, чунки даволаниш бошланганидан кейин ўз-ўзидан тушиш содир бўлади.

- Агар ҳомиладорликнинг 28 хафталигидан кейин бачадон бўйни саратони аниқланса, ҳаётга лаёқатли ҳомила олинмагунча даволанишни кечиктириш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг 20-28 хафталигида IA2 ва IB1 босқичларида бачадон бўйни саратонини даволаш онанинг прогнозига сезиларли таъсир кўрсатмасдан,

ҳаётий ҳомила олинмагунча қолдирилиши мумкин. Касалликнинг IV1 дан юқори босқичида даволанишнинг кечикиши прогнозни сезиларли даражада ёмонлаштиради ва беморларнинг яшовчанлигига таъсир қилади.

- Шунини таъкидлаш керакки, даволанишни бошлашни кечиктириш мумкин бўлган даврни аниқлаш учун стандартлар мавжуд эмас. Амалда, кечиктириш даври касалликнинг босқичига, морфологик топилмаларга, ҳомиладорликнинг давомийлигига ва ота-оналарнинг хоҳишига боғлиқ.

- Туғруқ гестациянинг 34 ҳафтасидан кечикмай амалга оширилади.

## **2) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

- ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

## **3) номедикаментоз даво:**

- консерватив даво пайтида беморнинг **режими** умумийдир. Операциядан кейинги эрта даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажмига ва ҳамроҳ патологияга қараб). Операциядан кейинги даврда – палата режими.

- диета стол - №15, хирургик даврдан сўнг – №1, қандли диабетли беморларга стол №9.

- Психолог кўриги.

## **4) медикаментоз даво**

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

## **Бир вақтли кимё-нур терапия:**

- Цисплатин – 40 мг/м<sup>2</sup> 60 дақиқали инфузия гидратация билан 1,8,15,22,29 ва 36-кунларнурланишдан 4 йоат олдин, ҳар ҳафта, 5 ҳафта давомида.

## **Кимё терапия.**

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

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

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

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

#### **кимё терапия га кўрсатмалар:**

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

#### **кимё терапия га қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

### **Кимё терапия схемалари:**

1. Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

3. Доксорубицин 50–60 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун. (ДД-А)

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

Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> 1-3 кунлар (ДД-А).

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

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

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

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

#### **7-жадвал. Бачадон бўйни саратонида тавсия этиладиган режимлар.**

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

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1)
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин<sup>2</sup> 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин<sup>2</sup> AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Ифосфамид 5000 мг/м<sup>2</sup> в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м<sup>2</sup>)<sup>3</sup> 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда ҳужайрали турида мақсадга мувофиқ)

#### **Кимё терапия II линияси<sup>4</sup>**

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS ≥ 1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)
- Митомицин 7,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.
- Иринотекан 125 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.
- Гемцитабин 800–1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Капецитабин 2500 мг/м<sup>2</sup> ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада
- Топотекан 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.
- Ифосфамид 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар)<sup>1</sup>, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган

рецидивларда)

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

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

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

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

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

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

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

Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>
---	---

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

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

Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизимига таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
Хлоргексидин	Ташқи	-	
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>		

### 5) Хирургик аралашувлар [11,17,19,23,26].

Жадвалда ББСда жарроҳлик аралашувлари типларининг Piver M.S., Rutledge F. (1974 й.) ва Querleu D., Morrow C.P. (2017 й.) бўйича 2 ҳил таснифи келтирилган.

### 10-жадвал. ББСда жарроҳлик аралашувлари типларининг таснифи.

Piver M. S, Rutledge F. (1974 й.) таснифи	
I тип	Бачадонни экстрафасциал экстирпацияси

II тип	Модификацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси деганда кардинал, қовуқ-бачадон ва тос-бачадон боғламларининг медиал учлигини, қин юқори учлигини олиб ташлашни ва тос лимфаденэктомиясини ўз ичига олади. Уретралар туннеллаштирилади, лекин пастки латерал ярим доирасида мобилизация қилинмайди. Бачадон қон томирлари уретра даражасида кесилади.
III тип	Мейгс бўйича бачадоннинг кенгайтирилган экстирпацияси тос суяги деворларидан кардинал ва тос-бачадон боғламларини, қовуқ деворидан қовуқ-бачадон боғламларини, қиннинг юқори учдан бир қисмини тўлиқ олиб ташлашни ва тос лимфаденэктомиясини назарда тутади. Уретра қовуқ билан қўшилиш нуқтасига тўлиқ мобилизация қилинади. Бачадон томирлари ички ёнбош томирларидан чиқиб кетиш нуқтасида кесилади
IV тип	Кенгайтирилган бачадон экстирпацияси юқори қовуқ артериясини кесиш, парауретрал тўқимани ва қиннинг 3/4 қисми клетчаткасини олиб ташлашни ўз ичига олади
V тип	Комбинацияланган кенгайтирилган бачадон экстирпацияси уретранинг дистал қисмларини олиб ташлаш ва қовуқни резекция қилишни ўз ичига олади

**Querleu D., Morrow C. P. (2017 й.) таснифи**

Тип	Латерал параметрий	Олидинги параметрий	Орқа параметрий
A	Бачадон бўйни ва уретра орасидаги масофа (уретра мобилизация қилинмайди)	Минимал	Минимал
B1	Уретра соҳасида (уретра латерал параметрийдан мобилизация қилинади)	Қисман олиб ташлаш	Қисман олиб ташлаш
B2	B1 + парацервикал лимфа тугунлар	B1	B1
C1	Юқори қисм тос деворларигача (латерал) ва чуқур бачадон венасигача (вертикал)	Юқори қисм (уретрадан юқори) қовуқ соҳасида	Юқори қисми тўғри ичак соҳасигача (гипогастрал нервлар сақлаб қолинади)
C2	Тўлиқ тос деворларигача	Тўлиқ қовуққача	Тўлиқ чаноққача

D1	Ички ёнбош томирлари ва улар остидаги тўқимани олиб ташлаш	C2	C2
D2	Тос девори ёндош фасциал ва мушак структуралари резекцияси	C2	C2

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулини танлаш индивидуал равишда белгиланади ва ўсма жараёнининг тарқалишига ва ҳамроҳ соматик патологиянинг оғирлигига боғлиқ.

### **Жарроҳлик аралашув турлари:**

- Бачадон бўйнини кенг конизацияси;
- Тотал абдоминал ёки қин гистерэктомияси;
- Абдоминал модификацияланган ёки радикал гистерэктомия, тос /парааортал лимфаденоэктомия билан;
- Абдоминал трахелэктомия;
- Жарроҳлик (лапароскопик) босқичлаш;
- Радикал трахелэктомия, қўшимча тос лимфа тугунларини олиб ташлаш билан;
- Кичик чаноқ аъзоларининг модификацияланган экстраперитонеал тотал (орқа ёки олдинги) экзентерацияси;

### **б) Кейинги даволаш:**

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.
- Ўпкаларни рентгенологик текшируви дастлабки 3 йил давомида ярим йилда 1 марта, кейинчалик ҳар йили ўтказилиши керак;
- Назорат текширишлари кўламига киради: МРТ ОМТ, ҚБА КТси ва КҚА КТси, ПЭТ/КТ;
- КЧА МРТси, ҚБА КТси ва КҚА КТси – дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, учинчи йил давомида ҳар 4 ойда ўтказилади;
- ПЭТ/КТ – ҳар йили.

**7) Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

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

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

## 7. Иловалар

1-илова

### Карновский индекси/ ECOG-ЖССТ бўйича бемор аҳволи оғирлигини баҳолаш шкаласи

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

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

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

Тип: баҳолаш шкаласи

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

Таркиби:

Балл	Батавсил
0	Бемор тўлиқ фаол, ҳамма нарсани беморлигидан аввалгидек бажара олади (Карновский шкаласи бўйича 90–100%)
1	Бемор оғир ишларни бажара олмайди, аммо енгил, ўририб қилинувчи ишларни бажара олади (масалан, енгил уй ва канцеллярий ишларини, Карновский шкаласи бўйича 70-80 %)
2	Бемор амбулатор даволанади, ўз-ўзига хизмат кўрсата олади, лекин ишлай олмайди. 50% дан ортиқ вақтини тик оёқда, вертикал ҳолатда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 50–60 %)
3	Бемор фақатгина чегараланган ўз-ўзига хизмат қила олади, уйғоқ вақтининг 50% дан ортиғини креслода ёки ётиқда ўтказди (Карновский шкаласи бўйича 30–40 %)
4	Ногирон, ўз-ўзига хизмат қилишга умуман лаёқатсиз, кресло ёки ётоққа бутунлай михланиб қолган (Карновский шкаласи бўйича 10–20 %)

**Карновский шкаласи**

Оригинал номланиши (агар бўлса): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Манба (расмий ишлаб чиқувчи сайт):

Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

Тип: баҳолаш шкаласи.

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

Таркиби (шаблон):

Карновский шкаласи

100— Ҳолати нормал, шикоятлари йўқ

90— Меъёрий фаолият юритади, касалликнинг сезиларсиз симптом ва белгилари мавжуд.

80—Зўриқиш билан нормал фаолият, касалликнинг бироз симптом ва белгилари мавжуд.

70— Ўзига мустақил хизмат қилади, лекин нормал фаолиятга ёки фаол меҳнатга лаёқатсиз.

60— Баъзан у ёрдамга муҳтож, лекин у эҳтиёжларининг кўп қисмини ўзи қондира олади.

50— Кучли ёрдам ва тиббий хизмат кўрсатишга муҳтож.

40— Ногирон, махсус ёрдамга, шу жумладан тиббий ёрдамга муҳтож.

30— Оғир ногиронлик, касалхонага ётқизиш кўрсатилади, гарчи ўлим кутилмаётган бўлса ҳам.

20 — Оғир бемор. Фаол даволаниш ва касалхонага ётқизишга муҳтож.

10— Ўлаётган бемор.

0— Ўлим.

**«БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси

Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1297>

**- КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари

Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947>

## **1. Асосий қисм.**

**- Кириш (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)**

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни

саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафкашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти барабар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва

ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

## **2. Мазкур нозологияда танланган тиббий муолажанинг қўлланилиши тартиби.**

### **1) Муолажа ёки аралашувнинг мақсади:**

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

### **2) Муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:**

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

### 3) Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар;

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

#### **Кимё ва/ёки нур терапия қуйидаги мақсадди ўтказилади:**

- Ўсма хужайралари йўқ қилиш;
- Ўсма ўлчамларини кичрайтириш, уни ўсишдан тўхтатиш;
- Бачадон бўйни саратони рецидивини бартараф этиш;
- Даволашнинг асосий усули сифатида у бутун танага таъсир қиладиган тизимли хавфли ўсмалар, шу жумладан, бачадон бўйни саратони учун кўрсатма ҳисобланади. Мутахассислар препаратнинг дозасини диққат билан танлайдилар: агар у жуда кичик бўлса, даволаниш самарадорлиги камаяди, агар у юқори бўлса, ножўя таъсирлар хавфи ортади.

Бачадон бўйни саратонини даволаш усулини танлаш индивидуал равишда белгиланади ва ўсма жараёнининг тарқалишига ва ҳамроҳ соматик патологиянинг оғирлигига боғлиқ.

#### **Хирургик давога кўрсатмалар:**

- Бачадон бўйнининг гистологик верификацияланган операбел ва резектабел хавфли ўсмалари (ББСни жарроҳлик давоси бўлимига қаранг);
- Хирургик давога қарши кўрсатмалар бўлмаганда.

#### **Бачадон бўйни хавфли ўсмаларида хирургик даволашга қарши кўрсатмалар:**

- Беморда нооперабеллик белгилари ва оғир ҳамроҳ касалликлари мавжуд бўлса;
- сурункали декомпенсирланган ва/ёки ўткир функционал нафас, юрак-қон томир, пешоб ажратиш тизимининг бузилишлари;
- умумий анестезияда қўлланилувчи препаратларга аллергия.

### **кимё терапия га кўрсатмалар:**

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

### **кимё терапия га қарши кўрсатмалар:**

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

#### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

#### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

- 16-18 ҳафталик ҳомиладорлик;
- аъзоизм интоксикацияси;

- фаол ўпка туберкулези;
- қон таркибининг турғун патологик ўзгаришлари (анемия, лейкопения, тромбоцитопения);
- кахексия.

#### **4) Амалиёт ёки аралашув ўтказадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:**

Аҳолига онкологик ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасаларнинг онкогинекологик, кимётерапевтик ва радиологик бўлимларида ишлайдиган ходимлар зарур ҳужжатлар билан тасдиқланган тегишли билим ва малакага эга бўлиши ва А гуруҳи ходимларига тегишли бўлиши ва операцион блокда ишлаш, радиоактив ва ионлаштирувчи манбалар билан ишлаш имкониятига эга бўлиши, радиация, шунингдек, онкогинекология ва/ёки кимётерапия ва/ёки радиация хавфсизлиги курсларини ўташ муддати ўтмаган сертификатлари бор бўлиши керак.

- «Онкология», «онкогинекология», «Кимё терапия», «нур терапия» (радиацион онкология) мутахассисликлари бўйича сертификати бўлган, ихтисослиги бўйича камида 5 йиллик стажи бўлган, сўнгги 5 йил ичида камида 216 соат давомида онкогинекология ва/ёки кимё - ва/ёки нур терапиясининг юқори технологияли усуллари бўйича малака оширирган мутахассис;

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

#### **5) Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:**

**Амалиёт ёки аралашувга тайёргарлик кўришда мажбурий диагностика чоралари рўйхати:**

1. ҚУТ лейкоформула ва тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаш билан;
2. Қон биокимёвий таҳлёки (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, умумий оксил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
3. АВО тизими бўйича қон тугуҳини аниқлаш;
4. Резус-факторни аниқлаш;
5. Пешоб умумий таҳлили;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Коптокча фильтрацияси тезлигини аниқлаш;

8. ИФА ёки ИХЛ усулида вирусли гепатит Б ва С маркерларини аниқлаш
9. ИФА усулида ОИВ-инфекцияни аниқлаш (HIVAg/anti-HIV);
10. В ва С вирусли гепатитлари учун ПЗР (сифатли)
11. Заҳмга серологик реакциялар мажмуаси;
12. Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
13. Кольпоскопия, бачадон бўйнидаги барча шубҳали соҳалардан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
14. Комплекс ультратовуш ташхислаш (бачадон бўйни, танаси, ортиқлари, тухумдонлар, жигар, ўт қопи, меъда ости бези, талоқ, буйраклар ва периферик лимфа тугунлари);
15. Кичик чаноқ в/и контрастлаш билан магнит-резонанс томографияси;
16. Кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти компьютер томографияси;
17. Биоптатни цитологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
18. Биоптатни гистологик текшириш (лимфа тугуни, ҳосилани)\*
19. Биоптатни иммуногистохимик текшириш (лимфа тугунини, ҳосилани, трепано биоптатни)
20. Цистоскопия
21. Ректороманоскопия;
22. Экскретор урография, ренография;
23. ЭКГ;
24. ЭхоКГ;
25. Бутун тана ПЭТ/КТси\*\*;
26. Контрастлаш билан МСКТ \*\*\*;

**Муолажа ва аралашувга тайёрлашда қўшимча текшириш усуллари:**

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

7. FISH усулида ва молекуляр-генетик текшириш;
  8. Ферритин, фолатлар, зардоб темири, Витамин В12ни аниқлаш;
  9. ProBNP
  10. Прокальцитонин
  11. Антитромбин III, Д-димер
  12. Қон зардобда ЛДГ, ХГ ва АФПни аниқлаш;
  13. Фертил ёшидаги аёлларда – ҳомиладорликка тест, ХГЧни аниқлаш;
  14. Миелограмма;
  15. Периферик қон ИФТси;
  16. Инсон Т-лимфотроп вируси I/II-IgG га антитана;
  17. Стандарт –цитогенетик текшириш;
  18. FISH ва ПЗР усулида молекуляр-генетик текшириш;
  19. Бурун ёндош бўлиқлари рентгенографияси;
  20. Ортопантомограмма;
  21. Бош, бўйин ва қорин бўшлиғини контрастли КТси;
  22. ФГДС;
  23. Бронхоскопия;
  24. Колоноскопия;
  25. Қорин бўшлиғи аъзоларининг контраст рентген текшируви;
  26. Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
  27. Спирография;
  28. Бош мия МРТси;
  29. Скелет суяқларини рентгенографияси ёки сцинтиграфияси (суяқларни метастатик шикастланишига гумон бўлганда);
  30. Плевра бўшлиқлари, периферик лимфа тугунлари, қалқонсимон без УТТси;
  31. Ҳолтер – мониторинг билан ЭКГ
- \* Агар аввал ўтказилмаган бўлса.
- \*\* Касалликнинг бошланишида ва қайта босқичлаш пайтида бажариш керак.
- \*\*\* ПЭТ/КТ ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

**б) Муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:**

## **Онкологик муассасанинг жарроҳлик (онкогинекологик) бўлими фаолиятини ташкил этиш қоидалари**

Ушбу қоидалар онкологик шифохонанинг (онкологик марказ ва унинг филиаллари), онкологик касалликларга чалинган беморларга тиббий ёрдам кўрсатадиган бошқа тиббий ташкилотнинг (кейинчалик - тиббиёт ташкилотлари) жарроҳлик даволаш усуллари онкологик бўлимлари (кейинчалик - бўлим) фаолиятини ташкил этиш тартибини белгилайди.

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

Бўлимнинг ётоқ ўринлар ҳажми 25 дан 50 гача бўлиши керак.

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

- Рентген диагностикаси бўлими, шу жумладан рентген текшируви қоидаларига мувофиқ ташкил этилган рентген хонаси, рентген мамография хонаси, рентген компьютер томографияси хонаси <1>;
- Функционал тадқиқотлар қоидаларига мувофиқ ташкил этилган функционал диагностика бўлими <1>;
- Ультратовуш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган ультратовуш диагностикаси хонаси (бўлими), <1>;
- эндоскопик текширувларни ўтказиш қоидаларига мувофиқ ташкил этилган эндоскопик бўлим <1>;
- клиник-диагностик лабораториялар;
- "анестезиология ва реаниматология" профилида катталар аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган катталар аҳолиси учун реаниматология ва интенсив терапия бўлимлари ёки анестезиология-реанимация бўлимлари реаниматология ва интенсив терапия палаталари билан <2>;
- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган операцион бўлинма;

- Буйруқ билан тасдиқланган онкологик касалликларга чалинган катталарга тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган ўсмага қарши дори терапияси бўлими;
- "Трансфузиология" профилида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш тартибига мувофиқ ташкил этилган трансфузиология кабинети <3>;

Бўлим беморларни доимий равишда кузатиб бориш учун онколог ва бўлим ҳамширасидан иборат навбатчи гуруҳ томонидан кечаю кундуз назорат билан таъминланиши керак.

Бўлим структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- Кўрув хонаси;
- Бўлим мудир хонаси;
- Шифокорлар хонаси;
- палаталар;
- боғлам алмаштириш хонаси;
- муолажа хонаси;
- хукнахона;
- кичик жарроҳлик хонаси (онкоурология, онкогинекология, бош ва бўйин ўсмалари бўлимлари учун);
- ҳамширалар хонаси.

### **Жарроҳлик блони ташкил этиш қоидалари**

Жарроҳлик блокада структурасида қуйидагилар бўлиши назарда тутилиши керак:

- санузел билан санитар ўтказгич (хожатхона ва душлар);
- жарроҳлик олди хонаси;
- жарроҳлик хонаси;
- ювиниш хонаси;
- донорлик қонини ва (ёки) унинг таркибий қисмларини қон қуйиш учун сақлаш ва тайёрлаш учун хона;
- тиббий асбобларни сақлаш учун хоналар;
- кийим алмаштириш учун хона;
- беморнинг операциядан кейинги вақтинчалик бўлиш хонаси;
- стерилизация;
- протокол хонаси (агар 4 дан ортиқ жарроҳлик хонаси бўлса);
- Катта ҳамшира хонаси;
- операциядан кейинги чиқиндиларни сақлаш хонаси;
- гипсли бандажларни сақлаш ва тайёрлаш учун хона (суяклар ва юмшоқ

тўқималарнинг ўсмалари бўлими учун);

**А) Малакали персонал [8].**

**11-жадвал. Онкогинекология бўлимининг тавсия этиладиган штатлар нормативи**

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

**Б) Хавфсизлик чораларига риоя қилиш талаблари [8]:** Ўзбекистон Республикасининг норматив-ҳуқуқий ҳужжатларига мувофиқ жарроҳлик шифохонасининг барча санитария нормалари ва қоидаларига, кимёвий ва радиацион хавфсизликка риоя қилиш.

#### **Нур терапия ўтказиш учун:**

- чизиқли тезлаткич ёки гамма терапевтик ускуна;
- барабан фантом (қурилманинг ишлашини текшириш ва калибрлаш учун);
- СВСТ тасвирлаш тизимининг Хаунсфилд бирликларини калибрлаш учун фантом;
- термопластик ниқоблар учун терморегуляцияланган ванна/печ;
- вакуум матраслар учун насос;

- ўрнатилган, тўлиқ интеграциялашган дозиметрик режалаштириш тизими;
- дозиметрик ускуналарнинг стандарт тўплами;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан КТ;
- Виртуал симуляция функцияси ва столда махсус мослаштирилган текис дека билан камида 80 см апертура билан МРТ.
- подголовник;
- вакуумли матрац;
- каплар, загубниклар;
- индексли рамка;
- тизза остика қўйиш мосламалари;
- термопластик пластинлар (маскалар)

## **7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

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

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

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

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

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

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

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясини ўтказиш тўғрисида қарор беморни кенг қамровли текширувдан, аниқ ташхисдан сўнг қабул қилинади. Жараён олдида бемор премедикация қилинади — организмга қилиниши кутилаётган даволанишни яхши кўтариши учун бир қатор дорилар қўлланилади:

- гепатопротекторлар;
- қайт қилишга қарши дорилар;
- иммуномодуляторлар;
- пробиотиклар ва бошқалар.

Кимётерапия ва / ёки нур терапиясининг ҳар бир курсидан олдин бемор бир қатор қон ва сийдик синовларидан ўтади, агар керак бўлса, муайян ҳолатга қараб баъзи органларнинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ва бошқа бир қатор текширувлардан ўтади.

### **8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари.**

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

**- КХТ-11 коди (лари):**

<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## **1. Асосий қисм**

### **- Кириш**

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида, Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек,

жинс, гендер тарафкашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти барабар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типигади онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беи саратонидан кейин 2-ўринни

эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

### - Профилактика ёки реабилитация тушунчаси

**Профилактик тиббиёт** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](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)) (профилактология, греч. Πρόφύλακτικός — «эҳтиёт қилувчи» [35] и λόγος — «таълимот, фан») — тиббиётдаги фан ва амалиёт, касалликлар ва шикастланишлар пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи дир [36][37].

Аслида профилактика қуйидагиларга бўлинади [38]:

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

Профилактика доирасида юқумли касалликлар ва психопрофилактиканинг специфик профилактикаси ҳам мавжуд [38].

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши ҳисобланади [36] [39] ва соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Бу нафақат тиббий манипуляцияларни, балки Қонунчилик, ташкилий, экологик [40], меъморий ва режалаштириш, санитария-техник, аҳолининг тиббий масалалари бўйича таълим [41] тадбирларни ҳам назарда тутди. Бу омиллар ва хавфларнинг касалликлар билан боғлиқлигини илмий статистик сабабий таҳлилига асосланган [42] [43].

Профилактик чора-тадбирлар соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим таркибий қисми бўлиб, аҳоли ўртасида тиббий-ижтимоий фаоллик ва соғлом турмуш тарзини рағбатлантиришга қаратилган.

Амалдаги профилактика чоралари бир кишининг танасида кейинги касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган мақсадли чораларни кўриш орқали тўлиқ соғлом инсон ҳаётини узайтиришга интилади. Касалликнинг олдини олишга бундай индивидуал ёндашув профилактика тиббиёти томонидан кўриб чиқилади [44][45].

**Тиббий реабилитация** (манбани юклаб олиш учун ҳавола: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) (от лат. *rehabilitatio*, тиклаш [49]) — касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган ёки бутунлай йўқолган инсон танасининг нормал ақлий ва физиологик функцияларини (эҳтиёжларини) максимал даражада тиклаш ёки қоплашга қаратилган тиббий, педагогик, психологик ва бошқа турдаги чора-тадбирлар мажмуасидир. Эҳтиёжларга мисоллар: соғлом бўлиш, жисмоний фаоллик, ҳаракат еркинлиги, ҳаракатларнинг мустақиллиги, одамлар билан мулоқот қилиш, зарур маълумотларни олиш, меҳнат ва бошқа фаолият орқали ўзини ўзи англаш [50] [51] [52].

Даволашдан фарқли ўлароқ, реабилитация танадаги патологик жараённинг ўткир босқичи бўлмаганда амалга оширилади [53].

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

## 2. Профилактика ёки реабилитация турлари.

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

1. **Бирламчи профилактика** — касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона иш ва дам олиш, оқилона сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш)дир. Бир қатор бирламчи профилактика чоралари миллий миқёсда амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва фаровонликни яратиш умр кўриш давомийлигини узайтиради[48]. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлашга ҳисса қўшади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг бир тури ёки гуруҳига қаратилган ва соғлиқни сақлашни

ривожлангириш мақсадларини тўлдиради [48]. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чораларининг узлуксизлиги (антенатал даврдан бошлаб ҳаёт давомида); 2) профилактика чораларининг табақалаштирилган табиати; 3) профилактиканинг оммавий табиати; 4) профилактиканинг илмий табиати; 5) профилактика чораларининг комплекслиги (профилактикада тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳоли иштирок этади ) [47].

2. **Иккиламчи профилактика** — муайян шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, тананинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юк) касалликнинг бошланиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасидир. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг кенг қамровли усули сифатида тиббий кўрикдир.
3. Баъзи профилактика мутахассислари "**учламчи ипрофилактика**" атамасини тўлиқ ишлаш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси сифатида таклиф қилишади. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий тайёргарлигига ишончни мустаҳкамлаш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаолиятини тиклаш) ва тиббий (органлар ва тана тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитациясига қаратилган бўлади [46].

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

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

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

**Реабилитациянинг III босқичи** – реабилитация, физиотерапия, даволовчи физкультура, рефлексология, мануал терапия, психотерапия, тиббий психология, логопед хоналарида (ўқитувчи-дефектолог) амбулатория шароитида, кундузги касалхоналар шароитида тиббий ёрдам кўрсатадиган бўлимларда (кабинетларда), шунингдек уйда ташриф буюрадиган бригадалар (шу жумладан санаторий-курорт

ташкilotлари шароитида) томонидан реабилитациянинг эрта ва кеч даврларида, шунингдек, касаллик кечишининг қолдиқ белгилари даврида реабилитация.

#### **4) Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика ўтказиш тамойиллари:**

##### **Бачадон бўйни саратонининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.**

Аҳолининг хабардорлигини ошириш ва маълумот ва хизматлардан фойдаланишни таъминлаш ҳаёт давомида инфекцияни олдини олиш ва назорат қилишнинг асосий омиллари ҳисобланади.

- 9-14 ёшда эмлаш - одам папиллома вируси (ОПВ), бачадон бўйни саратони ва ОПВ билан боғлиқ бошқа саратон касалликларини олдини олишнинг юқори самарали усули ҳисобланади.
- 30 ёшдан бошлаб (ОИВ инфекциясига чалинган аёллар учун 25 ёшдан бошлаб) скрининг текшируви бачадон бўйни касалликларини аниқлаш имконини беради ва уларни даволаш эса бачадон бўйни саратонининг олдини олади.
- Агар аломатлар ёки хавотирлар пайдо бўлганда, у эрта босқичда ташхис қўйилса ва дарҳол юқори сифатли даволаш бошланса, бачадон бўйни саратони ҳар қандай ёшда даволаниши мумкин.

##### **Учламчи профилактика:**

- рецидивлар, метастазларнинг олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва даволаш;
- витаминлар, оқсилларга бой тўлиқ диетадан фойдаланиш, зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш), вирусли инфекциялар ва ҳамроҳ касалликларнинг олдини олиш, онколог томонидан мунтазам профилактик текширувлар, мунтазам диагностика муолажалардан (ўпка рентгенограммаси, жигар, буйраклар, бўйин лимфа тугунларининг ультратовуш текшируви) ўтиб туриш.

### **3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:**

#### **1) профилактиканинг мақсади:**

Бачадон бўйни саратони пайдо бўлишининг олдини олиш, уларнинг ривожланиши учун хавф омилларини олдини олиш ва йўқ қилиш, даволанишдан кейин касалликнинг асоратларини эрта аниқлаш ва олдини олиш.

#### **2) Бирламчи профилактика –**

Дисплазия ва бачадон бўйни саратони учун хавф гуруҳига қуйидагилар киради:

- Жинсий фаолиятнинг эрта бошланиши.
- Эрта биринчи ҳомиладорлик.
- Жинсий шерикларнинг тез-тез ўзгариши.
- Аёлларда ёки унинг жинсий шеригида папилломовирус ёки герпес инфекциясининг мавжудлиги.
- Анамнезида тез-тез аборт қилиш.
- Чекиш.
- Бачадон бўйни патологиясини ўз вақтида даволамаслик (эрозия, дисплазия, лейкоплакия, полиплар).
- Оғир ирсият.
- Иммунитет танқислиги ҳолатлари.

Бачадон бўйни саратонининг профилактикаси бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Бирламчи профилактика қуйидаги хавф омилларини бартараф этишдан иборат:

- Эрта жинсий ҳаёт, эрта никоҳнинг олдини олиш;
- Жинсий шерикларнинг тез-тез ўзгаришини истисно қилиш;
- Жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг олдини олиш учун жинсий алоқа пайтида шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш (презерватив);
- Эмлаш. Эмлашдан сўнг, турли ёшдаги аёллар барқарор иммунитетни ривожлантирадилар ва бутун кузатув даврини сақлаб қоладилар.

2023 йилдан бошлаб дунё бўйлаб олтига ОПВ вакцинаси мавжуд. Уларнинг барчаси бачадон бўйни саратонининг кўп қисмини келтириб чиқарадиган юқори хавфли ОПВ 16 ва 18 турларидан ҳимоя қилади ва ОПВ ва бачадон бўйни саратони инфекциясини хавфсиз ва самарали олдини олиш қобилиятини намоёйиш этди.

9-14 ёшдаги барча қизларга жинсий ҳаётни бошлашдан олдин ОПВга қарши эмлаш билан эришиш устувор вазифалардан биридир. Вакцина бир марталик ёки икки томонлама режимда қўлланилиши мумкин. Оптимал ҳимоя қилиш учун иммунитетни заиф шахслар 2 ёки 3 дозани олишлари керак. Баъзи мамлакатларда аҳоли орасида ОПВ тарқалишини янада камайтириш ва эркакларда ОПВ келтириб чиқарадиган саратон ривожланишининг олдини олиш учун ўғил болаларни ҳам эмлашга қарор қилинди.

ОПВ инфекцияси профилактикасининг бошқа муҳим усуллари:

- чекишни бошламаслик ёки ташлаш;
- презервативлардан фойдаланиш;
- Эркакларда ихтиёрий суннатни бажаринг.

### 3) Скрининг:

30 ёшдан бошлаб ҳар 5-10 йилда аёллар бачадон бўйни саратонига текширилиши керак. ОИВ билан касалланган аёллар ҳар 3 йилда 25 ёшдан бошлаб текширилиши керак. Глобал стратегиянинг бир қисми сифатида юқори самарали ОПВ тестидан фойдаланган ҳолда скрининг 35 ёшида умр бўйи камида икки марта ва яна 45 ёшида ўтказилиши тавсия этилади. Саратон олди касалликлар камдан-кам ҳолларда аломатлар билан кечиши сабабли, ОПВга қарши эмланган бўлса ҳам, бачадон бўйни саратонини мунтазам равишда текшириш муҳимдир.

Аёллар учун афзал вариант бўлиши мумкин бўлган ОПВ тести учун ўз-ўзидан намуна олиш, тиббиёт мутахассислари томонидан намуна йиғиш каби ишончли эканлиги исботланган.

Ижобий ОПВ тестидан (ёки бошқа скрининг усулидан) сўнг, шифокор бачадон бўйни патологик ўзгаришларини (масалан, саратон олди касалликлари) аниқлаши мумкин, агар даволанмаса, бачадон бўйни саратонига айланиши мумкин. Саратон олди касаллигини даволаш - бу бачадон бўйни саратони ривожланишига тўсқинлик қилувчи оддий муолажадир. Даволашни шифокор билан биринчи учрашувда ("скрининг ва даволаш" усули) ёки такрорий тестдан сўнг ("скрининг, трияж ва даволаш" усули) таклиф қилиш мумкин. Иккинчи ёндашув айниқса ОИВ билан яшовчи аёллар учун тавсия этилади.

Саратон олди касалликларини даволаш тез ва қоида тариқасида оғриқсиз ва камдан-кам ҳолларда асоратларни келтириб чиқаради. Даволаш босқичлари шикастланишни аниқлаш ва баҳолаш учун колпоскопия ёки бачадон бўйни визуал текширувини ўз ичига олади ва шундан сўнг қуйидагилар амалга оширилади:

- термик абляция. Бунда хужайраларни куйдириш учун йўлланиладиган киздирилган зонд қўлланилади;
- криотерапия. Бунда хужайраларга музлатувчи таъсир қилувчи совуқ зонд қўлланилади;
- LLETZ (трансформация зонасининг катта ҳалқа эксизияси), бу электр ёрдамида иситиладиган ҳалқа ёрдамида аномал тўқималарни олиб ташлашни ўз ичига олади; ва/ёки
- конус биопсия. Бунда скальпель ёрдамида конуссимон тўқима элементи олиб ташланади.

### 4) Иккиламчи профилактика:

Бачадон бўйни саратонидан олдинги касалликларни ва тўлиқ даволаш мумкин бўлган бачадон бўйни саратонининг дастлабки симптомсиз босқичларини аниқлаш

учун суртмани цитологик текшируви ва колпоскопия (20 ёшдан ошган аёлларда) билан профилактик тиббий кўриклар.

Бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва эрта аниқлаш учун ҳар бир аёл ҳар 6 ойда бир марта профилактик текширувдан ўтиши керак.

Бачадон бўйни саратонидан оптимал ҳимоя-бу аёлнинг соғлиғини сақлайдиган эмлаш билан биргаликда суртмаларни цитологик текшириш билан мунтазам текширувлардир.

## **5) Учламчи профилактика:**

Учламчи профилактика бачадон бўйни саратонини даволашни (жарроҳлик, нур терапияси, кимётерапия ва бошқа усуллар), шунингдек, аёлнинг даволаниш курсидан кейин тўлиқ ҳаётга қайтишига имкон берадиган чораларни ўз ичига олади. Бунга терапевтик тадбирлар, жисмоний ва ижтимоий реабилитация киради.

- Учламчи профилактика: ҳар қандай ёшдаги аёллар учун саратон касаллигини даволаш ва бошқариш, шу жумладан жарроҳлик, кимётерапия ва радиотерапия усуллари дир.
- Радикал даволаниш ёрдам бера олмаса, паллиатив ёрдамга киришиш жуда муҳимдир.

Ушбу тавсияларнинг турли элементларини амалга ошириш учун турли хил соғлиқни сақлаш хизматлари ва дастурлари зарур. Кўрсатмалар бачадон бўйни саратонининг муваффақиятли профилактикаси учун соғлиқни сақлаш хизматларининг барча даражаларида ишлайдиган тармоқлар, соғлиқни сақлаш дастурлари ва мутахассислар ўртасидаги ҳамкорликнинг муҳимлигини таъкидлайди.

Кўрсатмалар, шунингдек, бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва назорат қилишни мавжуд соғлиқни сақлаш тизимларига, жумладан, оилани режалаштириш, туғруқдан кейинги парвариш ва ОИВ/ОИТСга қандай киритиш мумкинлигини кўрсатади. Масалан, ўспиринларни эмлаш уларга соғлиқ учун қўшимча маълумот ва жинсий хулқ-атвор ва соғлом турмуш тарзи бўйича тавсиялар бериш имконияти сифатида ишлатилиши мумкин.

Аёллар саломатлигини яхшилашнинг глобал имконияти БМТ Бош котибининг 2010 йилги аёллар ва болалар саломатлиги бўйича Глобал стратегиясига асосланган бачадон бўйни саратонининг олдини олиш ва назорат қилиш дастурларини амалга оширишдир. Бачадон бўйни саратони 2011 йилда БМТ Бош Ассамблеясининг юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш ва назорат қилиш бўйича олий даражадаги йиғилишининг сиёсий Декларациясига киритилган юқумли бўлмаган касалликлар қаторига киради.

2013 йилда Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ассамблеяси бачадон бўйни саратонини Аъзо давлатлар томонидан тасдиқланган 2013-2020 йилларга мўлжалланган ноинфекцион касалликларнинг олдини олиш ва назорат қилиш бўйича ҳаракатлар режасининг устувор йўналишларидан бири сифатида аниқлади ва шу билан бачадон бўйни саратони ва бошқа ноинфекцион касалликларга қаратилган тадбирларни миллий соғлиқни сақлаш режаларига киритишга тайёрлигини билдирди.

### **3.2. реабилитациянинг усули ва муолажалари:**

#### **Пререабилитация**

Пререабилитация функционал тикланишни сезиларли даражада тезлаштиради, операциядан кейин стационарда қолиш муддатини қисқартиради ва саратон касаллигини даволаш пайтида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Пререабилитация жисмоний тарбия (ЛФК), психологик ва нутритив қўллаб-қувватлаш ва беморларни хабардорлигини ўз ичига олади [54].

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

Жарроҳлик амалиётидан 2 ҳафта олдин жисмоний фаолликнинг ошиши операциядан кейинги даврда ҳаёт сифатини яхшилайти, бу операциядан 3 ҳафта ўтгач тўлиқ кундалик фаолиятга қайтишга имкон беради [55].

Жисмоний фаолликнинг юқори даражаси ББС билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ва яшовчанлигини сезиларли даражада яхшилайти [67].

- операциядан кейинги асоратлар частотаси ва эҳтимолини камайтириш мақсадида операциядан олдинги босқичда ЛФК ўтказиш тавсия этилади [56].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- операциядан кейинги ўпка асоратларини ва стационарда бўлиш давомийлигини камайтириш мақсадида пререабилитация вақтида беморларга нафас мушакларини машқ қилдириш тавсия этилади [57].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).

- Пререабилитация доирасида беморларга руҳий қўллаб-қувватлов тавсия этилади, чунки у кайфиятни кўтаради, беморларда хавотир ва депрессия даражасини пасайтиради. Руҳий реабилитациядан ўтган беморлар хирургик даврдан кейинги кундалик ҳаётга яхшироқ адаптацияланади [56].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

- беморларни психологик реабилитацияси ва кўллаб – қувватловида стресс билан ишлов ишлари (релаксация усуллари, позитив кайфиятни барпо этиш), ҳафтасига 6 марта 40-60 дақиқа давомида олиб бориш керак. Улар операциядан 5 кун олдин бошланади ва операциядан кейин 30 кун давом эттирилади. Бу эса беморлар ҳаёт сифатини сезиларли яхшиланишига сабаб бўлади [58].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси 3).

### **Хирургик даволашда реабилитация**

- беморларни стационарда бўлишини камайтириш мақсадида ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун, беморларни хирургик даволашда fast track rehabilitation («тезкор йўл») и ERAS («early rehabilitation after surgery» – «операциядан кейинги эрта реабилитация») усулларида реабилитация қилиш тавсия этилади. Бунда комплекс оғриқсизлантириш, эрта энтрал озиқлантириш, мунтазам зонд ва дренажлардан фойдаланишни камайтириш, операциядан кейинги 1-2 кунлардаёқ эрта мобилизация (активизация ва вертикализация). Бу беморларда операциядан кейинги эрта асоратлар ва такрорий госпитализация хавфини кўпайтирмайди [59, 60].

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

- Беморларни эрта реабилитация қилиш доирасида беморларнинг жисмоний чидамлилигини ошириш учун дастурга аэробик, куч машқлари ва чўзиш машқларини киритиш билан машқлар терапияси комплексини эрта бошлаш тавсия этилади. Жисмоний терапияни эрта бошлаш операциядан кейинги асоратларнинг частотасини оширмайди, ҳаёт сифатини яхшилайдди [61].

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

- Рағбатлантирувчи спирометриядан фойдаланиш, тўшакнинг бош қисмини 30 даражадан юқори кўтариш, нафас олиш гимнастикасини эрта бошлаш, оғиз гигиенаси кунига 2 марта ва операциядан кейинги даврда ўпкада димланиш ва операциядан кейинги пневмонияни олдини олиш учун беморларни эрта фаоллаштириш тавсия этилади [62].

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

- Операциядан кейинги даврда барча беморларда веноз тромбоэмболиянинг олдини олиш тавсия этилади (эрта фаоллаштириш, профилактика мақсадида антикоагулянтларни буюриш ва сиқилган трикотажд кийиш) – беморларнинг 75% дан кўпроғида операциядан 7 кундан ортиқ вақт ўтгач аниқланади, бундан ташқари, ББС билан оғриган беморлар, узоқ вақт касалхонага ётиши ва анамнезида

венотромбознинг бўлиши, унинг ривожланиш хавфини оширади. [63].

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

- Операциядан кейинги даврда психологик коррекция ва релаксация усуллари ўтказиш тавсия этилади, бу беморларнинг хавотирини, зўриқишини, оғриқсизлантириш вақти частотасини камайтиришга ва онкогинекологик беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради [64].

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

- Беморларга даволаниш тугагандан сўнг фаол ҳаёт тарзини олиб бориш тавсия этилади – бачадон бўйни саратонини комплекс даволашдан кейин семириш ва ҳаракатсиз турмуш тарзи беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган, қайғуга олиб келадиган мустақил омиллардир [65].

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

- Жисмоний фаоллик барча беморларга тавсия этилади – булар, куч машқлари, аэробик, чўзиш машқларининг комбинацияси. Булар беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди, вазни назорат қилиш имконини беради [66].

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, тўлиқ шишга қарши терапия, шу жумладан мануал лимфа дренажи, сиқилган трикотаж кийиш, физиотерапия комплексини бажариш, терини парвариш қилиш тавсия этилади [68, 69].

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

- Беморда оёқларнинг лимфедемаси бўлса, қуйидагиларни буюриш тавсия этилади: - тўлиқ шишга қарши терапия билан биргаликда оёқларнинг галма-гал пневмокомпрессияси [69].

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

### **Кимё терапия ва нур терапияда реабилитация**

- Барча беморларга комбинацияланган даволаниш пайтида ва у тугагандан сўнг кундалик машқлар терапияси комплексини бажариш тавсия этилади – кундалик жисмоний фаоллик мушакларнинг кучини оширади, юрак-қон томир тизимининг фаолиятини яхшилайдди, ташвиш ва тушкунлик хавфини камайтиради, заифлик, кўнгил айниши, қусишни камайтиради., оғриқ, кайфиятни яхшилайдди

[70].

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

Изоҳлар: Дозаланган, секин ўсиб боровчи жисмоний юклама, онкогинекологик беморларда кимё терапияни кўтара оишликни яхшилади [71].

• кимё терапия фонида кардиал асоратлар частотасини каматириш мақсадида барча беморларга ЛФК комплексини бажариш тавсия этилади [72].

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

Бачадон бўйни саратонини даволашнинг радикал усулларининг аёл ҳаётининг деярли барча соҳаларига аниқ салбий таъсири туфайли бундай беморларни бошқариш режасига самарали реабилитация чораларини киритиш энг долзарб масала ҳисобланади. Самарали тикланиш фақат кўп тармоқли реабилитация мутахассислари гуруҳининг мувофиқлаштирилган иши билангина мумкин бўлади, булар: онкологлар, гинекологлар, жарроҳлар, жисмоний ва реабилитация тиббиёти шифокорлари, неврологлар, психологлар, сексологлар, эндокринологлар, гастроэнтерологлар, урологлар. Бундай фанлараро ёндашув бачадон бўйни саратонини даволашнинг радикал усуллари натижасида азият чекадиган барча соҳаларга ҳар томонлама таъсир кўрсатишга имкон беради. Морфофункционал бузилишларни тузатиш билан бир вақтда, аёлнинг психо-эмоционал ҳолати билан ҳам ишлаш керак.

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

Реабилитациядан олдинги босқичда тос бўшлиғи мушакларини нормаллаштириш учун жисмоний машқлар билан шуғулланиш профилактика ролини ўйнаши ва нур терапиясидан 1 ой кейин пешоб тута олмасликнинг олдини олиши мумкин [74].

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

Қин микробиоценози вагинал муҳитнинг тўғри рН даражасини ҳосил қилади, бу уrogenитал трактнинг нормал ишлашига ёрдам беради, патоген микроорганизмларнинг фаоллашувидан ва инфекциянинг ривожланишидан ҳимоя қилади, бузилган трофик шароитда эпителия тикланиш жараёнларини тезлаштиради. Шундай қилиб, вагинал флорани тузатиш кенг қамровли реабилитация дастурининг муҳим таркибий қисмидир [73] [76].

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

Қиннинг микробиомаси ва рН қийматини тиклаш учун биринчи навбатда ВА ҳодисаларини зарарсизлантириш ва лактобактерияларнинг маҳаллий таркибини ошириш керак. Онкогинекологик беморларда тизимли гормонларни алмаштириш терапиясининг (ГАТ) салбий таъсирининг юқори хавфини ҳисобга олган ҳолда, мутахассислар вагинал мойлаш материаллари, намловчи, жел ва мойлаш материаллари кўринишидаги гормонал бўлмаган маҳсулотларни афзал кўришади. Замонавий мойлаш материаллари вагинада куруқлик, тирнаш хусусияти, ноқулайлик намоён бўлишини йўқ қилади ёки камайтиради, шунингдек қўшимча таъсир сифатида маҳаллий рН ни камайтиради ва маҳаллий микробиомани нормаллаштиради [73][76].

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

Менопаузадаги АГТ учун мутлақ қарши кўрсатмалар бўлмаса, индивидуал беморларга эстриол маҳаллий равишда шам, крем ва капсулалар шаклида буюрилиши мумкин, бу АВА учун "олтин" даволаш стандарти ҳисобланади. Эстроген рецепторлари билан боғланиб, препарат эпителияни тиклашга, пролифератив қатламлар туфайли унинг қалинлигини тиклашга ёрдам беради; коллаген ва эластин синтезини нормаллаштираш туфайли тос суяги таянч-ҳаракат тизимининг етарли ишлаши; вагинал микробиомада лактобактерияларнинг тарқалиши учун мақбул бўлган мос рН қийматлари камайишига олиб келади [76].

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

#### **4. 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (улар профилга мувофиқ белгиланади).**

Бачадон бўйни саратонининг бирламчи профилактикаси хавф омилларини олдини олиш, сурункали юқумли касалликлар ва асоратларни даволаш орқали ББС билан касалланиш эҳтимолини пасайишига олиб келади.

Иккиламчи профилактика бачадон бўйни саратонини симптомсиз ва клиникадан олдинги босқичларда эрта аниқлашга олиб келади, бунда ББСни тўлиқ даволаш эҳтимоли юқори.

Учламчи реабилитацион профилактик терапияси бемор ёши, гистологик кўриниш босқичидан қатъи назар, цитостатик терапияни олган ва/ёки тугатган бачадон бўйни саратони бўлган барча беморлар учун амалга оширилади.

Самарадорликни баҳолаш ва профилактика режимини тузатиш зарурлиги тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник ва лаборатория профилактик терапиясини кузатиш тавсия этилади. Клиник назоратда профилактик алмаштириш терапиясининг етарли даражада самарадорлиги тўғрисида қарор клиник тест натижалари меъёридан четга чиқиш ва специфик цитостатик терапия

пайтида ва ундан кейин беморнинг соматик ҳолатининг ёмонлашиши (яхшиланмаслиги) ҳолатларида қабул қилинади.

### **3.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари);**

- Бачадон бўйни саратони ривожланишининг олдини олиш учун аҳолининг барча қатламлари, айниқса ёшлар учун бирламчи профилактика тавсия этилади [1, 3]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Бачадон бўйни саратони ва / ёки касалликнинг оғир клиник турлари бўлган барча беморларга ногиронлик ва беморларнинг ўлимини ривожланишига йўл қўймаслик учун махсус терапия асоратларининг олдини олиш тавсия этилади [4, 11]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*
- Махсус цитостатик терапия тугагандан сўнг, барча беморларга учламчи реабилитация профилактикасини ўтказиш тавсия этилади [20, 27]. *Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси В (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4);*

### **3.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, хаёт фаолиятини чеклаш ва соғлиқнинг Халқаро таснифига кўра халқаро шкалалар).**

- Физикал текширувлар, жумладан гинекологик кўрик — дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили. В/и контрастлаш билан кичик чанок, қорин бўшлиғи аъзолари КТ / МРТси / қорин бўшлиғи, кичик к чанок ва қорин парда орти соҳа УТТси ва дастлаб миқдјори кўтарилган бўлса, SCC даражасини аниқлаш (ясси хужайрали саратонда) — 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йиллар давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.

- Қон умумий таҳлили ва қоннинг биокимёвий таҳлили 1-чи йил давомида ҳар 3 ойда, 2-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили ўтказилиб турилиши керак.

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5);*

## **5. Этапи и объёмы реабилитации:**

Бачадон бўйни саратони беморлари бачадон бўйни саратони беморлари билан ишлаш тажрибасига эга бўлган онколог, онкогинеколог, педиатр, онколог, тиббий психолог, шу жумладан, турли профил мутахассислар гуруҳи томонидан

назорат қилиниши керак. Беморларни онколог томонидан текшириш йилига камида 2 марта ўтказилиши керак; бошқа мутахассислар томонидан - агар керак бўлса. Беморларни йилига бир марта етарли клиник ва лаборатория жиҳозларига эга ихтисослаштирилган онкология марказида тиббий кўрикдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг диспансер мониторинги қуйидагиларни ўз ичига олади: касалликнинг қайталаниш ёки метастаз белгилари мавжудлигини баҳолаш билан беморнинг аҳволини динамик кузатиш, цитостатик терапиянинг тугалланган циклларида кейин умумий ресторатив терапия пайтида нохуш ҳодисалар мавжудлиги, индивидуал дори кўтара олишлиги мониторинги, вирусли контаминация, касалликнинг ўзгариши. беморнинг психологик ёки ижтимоий ҳолати, бошқа муҳим тизимларнинг ҳолатини баҳолаш талаб этилади.

Кимё-радиотерапия асоратларини даволаш: қон параметрларини тузатиш, оғиз гигиенаси, ошқозон-ичак тракти, МИТ аъзолари, юрак-қон томир тизими патологияси ва бошқалар. ва ихтисослашган мутахассисларга мурожаат қилиш. Бачадон бўйни саратони билан оғриган барча беморларни ихтисослаштирилган онкология марказида рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш тавсия этилади. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

## **6. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган ҳолда ташхислаш тадбирлари:**

- 1) Далиллар даражаси киритилган ҳолда асосий ташхислаш тадбирлари
  - Гинекологик кўрик ва ректовагинал текширув;
  - Кольпоскопия, бачадон бўйнининг барча шубҳали соҳаларидан биопсия, зарурат бўлса — бачадон бўйни конизацияси;
  - Тромбоцитлар сонини ҳисоблаш, лейкоформула билан УҚТ;
  - Қон биокимёвий таҳлили (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевина, креатинин, пешоб кислотаси, умумий оқсил, альбумин, умумий билирубин, бевосита билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ишқорий фосфотаза);
  - ҚБА + буйраклар, кичик чанок, қовуқ ва периферик лимфа тугунлар УТТси;
  - Кўкрак қафаси рентген текшируви;
  - Кўкрак қафаси МСКТси ёки бутун тана ПЭТ/КТси;

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)*

2) Далиллар даражаси киритилган ҳолда қўшимча ташхислаш тадбирлари:

- Гепатит В, С вирусларига ПЗР (миқдорий)
- Қон КИХ ва газларини аниқлаш;
- Фертил ёшдаги аёллар учун - ҳомиладорлик тести, ХГЧ ни аниқлаш;
- Бош, бўйн, қорин бўшлиғи, қорин бўшлиғини контрастли КТси;
- Бронхоскопия;
- Цистоскопия;
- Ректоскопия;
- Колоноскопия;
- Томирлар (вена ва/ёки артериялар) УТДГси;
- Спирография.
- Бош мия МРТси;
- Плевра бўшлиқлари УТТси;
- Ҳолтер – мониторингчи ЭКГ
- Контрастли КТ

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

## **7. Даражаси кўрсатилган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:**

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

- Физикал текширувлар, шу жумладан гинекологик кўрик — дастлабки 2 йилда ҳар 3 ойда, 3-чи ва -4чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.
- Рецидивга гумон бўлганда, гистологик текширув билан биопсия тавсия қилинади.

В/и контрастлаш билан кичик чаноқ, қорин бўшлиғи аъзолари КТ / МРТси / қорин бўшлиғи, кичик к чаноқ ва қорин парда орти соҳа УТТси ва дастлаб миқдори кўтарилган бўлса, SCC даражасини аниқлаш (ясси хужайрали саратонда) — 2 йил давомида ҳар 3 ойда, 3-чи ва 4-чи йиллар давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик – ҳар йили.

- Кўкрак қафаси рентген графияси/КТси — ҳар йили.
- ПЭТ КТ — кўрсатмаларга асосан.

• Қон умумий таҳлили ва қоннинг биокимёвий таҳлили 1-чи йил давомида ҳар 3 ойда, 2-чи йил давомида ҳар 6 ойда, кейинчалик ҳар йили ўтказилиб турилиши керак. *Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).*

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

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

## **8. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:**

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

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

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

**ТОШКЕНТ – 2025**

**- Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

Код	Номланиши
C.53	Бачадон бўйни хавфли ўсмалари
C.53.0	Ички қисми
C.53.1	Ташқи қисми
C53.8	Юқорида кўрсатилган битта ёки ундан кўп соҳалардан ташқари чиққан бачадон бўйнининг шикастланиши
C53.9	Бачадон бўйнининг аниқлаштирилмаган соҳаси
Юклаб олиш (ХКТ-10 дан ҳавола): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1297">https://mkb-10.com/index.php?pid=1297</a>	

**- КХТ-11 коди (лари):**

Код	Номланиши
2C77.0	Ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.1	Бачадон бўйни аденокарциномаси
2C77.2	Безли-ясси хужайрали бачадон бўйни саратони
2C77.3	Нейроэндокрин бачадон бўйни саратони
2C77.Y	Бачадон бўйнининг бошқа аниқланган хавфли ўсмалари
2C77.Z	Аниқланмаган бачадон бўйни хавфли ўсмалари
Юклаб олиш (ХКТ-11 дан ҳавола): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2009008947</a>	

## 1. Асосий қисм.

### - Кириш

Бачадон бўйни саратони (ББС) - дунёдаги аёлларда энг кенг тарқалган хавфли ўсмалардан биридир.

- **Нозологиянинг умумий тавсифи** (фойдаланилган манбага ҳавола: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бачадон бўйни саратони дунё бўйлаб аёлларда тўртинчи энг кенг тарқалган саратон тури ҳисобланади; 2020 йилда 604 000 янги ҳолатлар кузатилган. Бачадон бўйни саратонидан 342 000 ўлимнинг тахминан 90 фоизи кам ёки ўрта даромадли мамлакатларда содир бўлган. Бачадон бўйни саратонидан касалланиш ва ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка давлатларида,

Марказий Америка ва Жануби-Шарқий Осиёда кузатилади. Бачадон бўйни саратони юкидаги регионар фарқлар эмлаш, скрининг ва даволаш хизматларидан фойдаланишдаги тенгсизликлар, ОИВ тарқалишининг хавф омиллари, шунингдек, жинс, гендер тарафқашлиги ва қашшоқлик каби ижтимоий ва иқтисодий омиллар билан боғлиқ. ОИВ билан касалланган аёллар бачадон бўйни саратонига чалиниш эҳтимоли умумий аҳолига қараганда олти баравар кўп ва бачадон бўйни саратонининг барча ҳолатларининг 5% ОИВ билан боғлиқлиги тахмин қилинмоқда. Бачадон бўйни саратони ривожланишида ОИВнинг роли ёш аёллар орасида номуносив равишда юқори ва натижада болаларнинг онасини саратон касаллигидан маҳрум қилиш ҳолатларининг 20 фоизида бачадон бўйни саратони сабаб бўлади.

Одам папиллома вируси (ОПВ) тери, жинсий аъзолар ва томоқни зарарлаши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциядир. Жинсий фаол бўлган инсонларнинг деярли барчасига бир вақтнинг ўзида юқади ва одатда аломатларсиз бўлади. Кўпгина ҳолларда иммунитет тизими ОПВдан танани тозалайди. ОПВнинг персистирланувчи инфекцияси саратонга айланадиган аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириши мумкин.

Бачадон бўйнининг персистирланувчи ОПВ инфекцияси (бачадоннинг қинга очиладиган пастки қисми - туғилиш канали деб ҳам аталади) даволанмаса, 95% ҳолатларда бачадон бўйни саратонини келтириб чиқаради. Аномал ҳужайралар саратонга айланиши учун одатда 15-20 йил керак бўлади, аммо иммунитет тизимининг бузилиши билан, масалан, даволанмаган ОИВ инфекцияси бўлган аёлларда бу жараён тезроқ ўтиши ва 5-10 йил давом этиши мумкин. Саратон ривожланишининг хавф омиллари орасида ОПВ типидagi онкогенлик даражаси, иммунитет ҳолати, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларнинг мавжудлиги, туғилишлар сони, биринчи ҳомиладорлик даврида аёлнинг ёш бўлганлиги, гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва чекиш киради.

Бачадон бўйни саратонининг аксарият ҳолатларининг сабаби ОПВ онкоген субтипларининг персистенцияси (давом этиши) дир. Онкоген ОПВ нинг 16 ва 18 субтиплари бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 71% да учрайди, ОПВнинг 31, 33, 45, 52 ва 58 субтиплари эса беморларнинг 19% да аниқланади. Бачадон бўйни саратонидан ўлимни камайтириш стратегиясига иккиламчи профилактика (Суртмаларни Папаниколау бўйича цитологик текшируви ва/ёки ОПВга ДНК текшируви) ва бирламчи профилактика (ОПВга қарши эмлаш) киради.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан беморларнинг 70-80% ини, ясси ҳужайрали саратон, 10-20% ини аденокарцинома ва 10%ини — паст дифференциаллашган саратон ташкил этади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди.

РИОваРИАТМнинг 2022 йилги статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикасида умумий саратон касаллиги таркибида ББС 3-ўринни эгаллайди ва ББС билан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5,1 ни ташкил этади. Мамлакатнинг аёл аҳолиси орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва 100 000 аёл аҳолига нисбатан 10,3 ни ташкил қилади. 2022 йилда ББС билан биринчи марта 1851 бемор аниқланди. Улардан 46,6% ҳолатлар профилактик текширувлар пайтида фаол равишда аниқланган. ББСнинг морфологик тасдиқланиш улуши беморларда 99,0% ни ташкил қилади. 17,6% ҳолатлар касалликнинг I босқичида, 53,4% - II босқичида, 23,1% - III босқичида ва 4,6% - IV босқичида аниқланган. беморларнинг 1,3% да касалликнинг босқичини аниқлаб бўлмади. 2023 йил бошида 9918 бемор ББС билан тиббий назорат остида бўлган ва касалмандлик 100 минг аҳолига нисбатан 55,4 ни ташкил қилган. Республикада 5 йиллик яшовчанлик даражаси 42,4% ва 1 йиллик ўлим даражаси 9,2% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 2022 йилда 331 бемор бачадон бўйни саратонидан вафот этди, бу 100 минг аҳолига нисбатан 2,7 ўлимни ташкил этади ва кўкрак беши, меъда ва ўпка саратонидан кейин 4-ўринни эгаллайди. Аёл аҳолининг ўлими орасида ББС кўкрак беши саратонидан кейин 2-ўринни эгаллайди ва аёл аҳоли орасида саратондан ўлимнинг 12,7% ини ташкил қилади.

**Бачадон бўйни саратонини паллиатив даволаш** беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, асосий касаллик билан курашиш усулларининг имкониятлари деярли тугаганида ва тўлиқ даволаниш эҳтимоли минимал бўлганида унинг аҳволини енгилаштиришга қаратилган. Етарли ва ўз вақтида паллиатив ёрдам касал аёлга бир неча қўшимча ҳаёт йилларини бериши мумкин. Бу беморларнинг 60% дан кўпроғида сезиларли ижобий таъсир кўрсатади, 25-30% эса кузатилган прогрессни муҳим деб тавсифлаш мумкин.

### **3) Таснифи (Паллиатив ёрдамга мос) [7]**

ББС ташхиси фақат гистологик текширув натижалари асосида белгиланади.

Бачадон бўйни саратони босқичини аниқлаш учун ҳар қандай визуализация усуллари ва/ёки морфологик текширув маълумотларидан фойдаланиш мумкин. Бачадон бўйни саратонининг босқичи усулни танлаш ва даволаш режасини тузиш учун зарур бўлган махсус терапия бошланишидан олдин белгиланади. Бачадон бўйни саратони босқичи махсус даволаш бошланганидан кейин ўзгармайди. Босқични аниқ белгилашда қийинчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда, аввалгироғини танлаш керак бўлади. Жарроҳлик давоси олаётган беморларда морфологик топилмаларни алоҳида қайд этиш керак. Бунинг учун TNM номенклатураси мос келади (TNMдан олдинги ҳарф қисқартмаси қайси маълумотлар асосида бирламчи ўсма (T), лимфа тугунлари (N) ва узоқ метастазлар (M) ҳолати аниқланганлигини кўрсатиши керак: клиник маълумотлар (cTNM), нур

текшируви усуллари маълумотлари (rTNM), операциядан кейинги морфологик экспертиза маълумотлар (pTNM).

Босқичини аниқлаш FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 й.да янгиланган) таснифи асосида белгиланади (12-жадвал).

**12-жадвал. ББСни босқичлар бўйича таснифланиши (FIGO (2018 й.) ва TNM (8-нашр, 2021 йилда янгиланган) бўйича таснифи).**

TNM	FIGO	
TX	Бирламчи ўсмани баҳолаш учун етарли маълумотлар йўқ	
T0	Бирламчи ўсма аниқланмайди	
Tis	- <sup>1</sup>	<i>in situ</i> саратон, преинвазив саратон (ушбу ҳолатлар ББС билан касалланиш статистикасига киритилмаган)
T1	I босқич	Ўсма бачадон бўйни билан чегараланади (бачадон танасига тарқалиши ҳисобга олинмайди)
T1a	IA	Фақат микроскопик ташхисланувчи инвазив карцинома, энг кўп инвазия чуқурлиги $\leq 5$ мм <sup>2,3</sup>
T1a1	IA1	Стромал инвазия $\leq 3$ мм
T1a2	IA2	Стромал инвазия $> 3$ мм, лекин $\leq 5$ мм
T1b	IB	Инвазив карцинома, инвазии чуқурлиги $> 5$ мм (IA босқичидан катта), ўсма бачадон бўйни билан чегараланган
T1b1	IB1	Инвазив карцинома, инвазия чуқурлиги $> 5$ мм ва ўсма кесими энг катта ўлчамда $\leq 2$ см
T1b2	IB2	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 2$ см, лекин $\leq 4$ см
T1b3	IB3	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $> 4$ см
T2	II босқич <sup>4</sup>	Бачадондан ташқарига тарқалган ўсма, тос деворларига ўтмаган ва қиннинг пастки учдан бирини зарарламаган
T2a	IIA	Ўсма қиннинг юқори учдан икки қисмини зарарлайди, параметрийни шикастламасдан
T2a1	IIA1	Инвазив карцинома, энг катта ўлчами $\leq 4$ см
T2a2	IIA2	Инвазив карцинома энг катта ўлчами $> 4$ см
T2b	IIB	Параметрийни шикастлаш билан, аммо тос деворларига тарқалмаган
T3	III босқич	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади ва/ёки гидронефроз ёки

		ишламайдиган буйракнинг сабаби ва /ёки тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилади <sup>5</sup>	
T3a	IIIA	Ўсма қиннинг пастки учдан бир қисмини ўз ичига олади, аммо тос деворига тарқалмайди	
T3b	IIIB	Ўсма тос деворига тарқалади ва/ёки гидронефроз ёки ишламайдиган буйракнинг сабаби ҳисобланади	
	IIIC	Бирламчи ўсманинг катталиги ва тарқалишидан қатъи назар, тос ва/ёки парааорта лимфа тугунларининг шикастланиши (T1–T3) (r ва p индексларининг белгиланиши билан) <sup>5</sup>	
	IIIC1	Фақат тос лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IIIC2	Фақат парааортал лимфа тугунларининг зарарланиши	
	IV босқич	Тос суягидан ташқарига тарқалган ёки қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллик қаватига ўсиб ўтган ўсма (буллёз шиш ўсмани IV босқич деб таснифлашга имкон бермайди)	
T4	IVA	Қовуқ ёки тўғри ичакка ўсиб ўтиш <sup>6</sup>	
M1	IVB	Узоқ метастазлар <sup>7</sup>	
<b>Регионар лимфа тугунларининг ҳолати</b>		<b>Узоқ метастазлар</b>	
NX	Баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас	M0	Узоқ метастазлар мавжуд эмас
N0	Регионар лимфа тугунларининг зарарланиш белгилари йўқ	M17	Узоқ метастазлар мавжуд
N1 <sup>8</sup>	Тос лимфа тугунларида метастазлар		
N2 <sup>8</sup>	Парааортал лимфа тугунларида метастазлар (тос лимфа тугунларида метастазлар билан бирга ёки уларсиз)		

<sup>1</sup> FIGO таснифида 0 (Tis) босқич қўлланилмайди.

<sup>2</sup> Ўсма ўлчами ва унинг тарқалганлиги ҳақидаги клиник маълумотларга қўшимча қилишнинг барча босқичларида визуализация усуллари ва гистологик текширувдан фойдаланиш мумкин

<sup>3</sup> IA босқичда ўсманинг горизонтал тарқалиши энди ҳисобга олинмайди. Инвазия чуқурлиги ўсма юзаки эпителийдан ёки бездан келиб чиққанлигидан қатъи назар, базал мембранадан аниқланади. Қон ёки лимфа томирларида ўсма эмболиясини аниқлаш босқични ўзгартирмайди, аммо гистологик текширув хулосасида акс эттирилиши керак, чунки бу даволаш тактикасига таъсир қилиши мумкин

<sup>4</sup> Параметрий зарарланган III босқичда параметрийга инфильтрация тугун шаклига эга бўлганда ва тос деворига етиб борганида таъхис қилинади. Бошқа ҳолларда II босқич дея белгиланади. Шунини таъкидлаш керакки, гинекологик текширув пайтида инфилтратнинг табиатини (яллигланиши ёки ўсма) баҳолаш мумкин эмас.

<sup>5</sup> "r" (визуализация усуллари) ва "p" (гистологик текширув) индексларини қўйиши III босқичи қўйилган усулни аниқлаштириши учун зарур. Мисол учун, агар тос лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши визуализация усуллари билан аниқланса, босқич IIIr бўлади, тос лимфа тугунлари шикастланиши гистологик тасдиқланган бўлса — IIIp бўлади. Визуализация усули ёки гистологик текшириши усули хулосада тавсифланиши керак. Агар босқични аниқ баҳолаш қийин бўлса, аввалроқдагиси қўйилади.

<sup>6</sup> Қовуқ ёки тўғри ичакнинг шиллиқ қаватига инвазия биопсия натижалари билан тасдиқланиши керак.

<sup>7</sup> Шу жумладан, чов лимфа тугунлари, шунингдек қорин пардага метастазлар. Кичик чаноқ аъзоларининг сероз қаватлари бундан мустасно. Қиндаги, кичик чаноқ аъзолари ва ортиқлар сероз қавати метастазлари бендан мустасно.

<sup>8</sup> Лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 0,2 мм, лекин 2 мм дан кам бўлганда "ti" қўшимчаси қўшилади; лимфа тугунларида метастазлар ҳажми > 2 мм бўлганда "ta" қўшимчаси қўшилади; БСЛУ да метастаз аниқланса, "sn" қўшимчаси қўшилади.

Бачадон бўйни саратонидаги регионар лимфа тугунлари ташқи, ички, умумий ёнбош, парааортал, ёпқич, сакрал ва бел лимфа тугунлари ҳисобланади.

Инвазив бачадон бўйни саратони билан оғриган беморларнинг 70-80% да ясси хужайрали саратон, 10-20% да — аденокарцинома ва 10% да — паст дифференциаллашган саратон ташхиси қўйилади. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг бошқа гистологик турлари 1% дан ошмайди. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг морфологик таснифи 13-жадвалда келтирилган.

**13-жадвал. Бачадон бўйни хавфли ўсмаларини морфологик таснифи (БЖССТ, 2020 й.).**

### **ЯССИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- ясси хужайрали интраэпителиал зарарланиш (ясси эпителийнинг зарарланиши (SIL)):
  - ясси эпителийнинг енгил зарарланиши (LSIL)
  - ясси эпителийнинг оғир зарарланиши (HSIL)

- ОПВ-ассоциирланган ясси хужайрали саратон
- ОПВ ассоциирланмаган ясси хужайрали саратон
- Носпецифик типдаги ясси хужайрали саратон

### **БЕЗЛИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ**

- Аденокарцинома in situ
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома in situ ОПВ-ассоциирланмаган
- Аденокарцинома носпецифик типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланган
- Аденокарцинома ОПВ- ассоциирланмаган меъда типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган ёруғ хужайрали типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган мезонефроид типи
- Аденокарцинома ОПВ-ассоциирланмаган носпецифик типи
- Эндометриоид аденокарцинома носпецифик типи
- Карциносаркома носпецифик типи
- Безли-ясси хужайрали карцинома
- Мукоэпидермоид карцинома
- Аденоид-базал карцинома
- Дифференциаллашмаган карцинома носпецифик типи

### **АРАЛАШ ЭПИТЕЛИАЛ ВА МЕЗЕНХИМАЛ ЎСМАЛАР**

- Аденосаркома

### **ГЕРМИНОГЕН ЎСМАЛАР**

- Герминоген ўсмалар носпецифик типи
  - етилган тератома носпецифик типи
  - сариқлик халтаси ўсмаси носпецифик типдаги
  - эндодермал синус ўсмаси
  - хориокарцинома
  - дермоид киста носпецифик типи

### **НЕЙРОЭНДОКРИН ЎСМАЛАР**

- Нейроэндокрин карциномалар
  - майда хужайрали нейроэндокрин карцинома
  - йирик хужайрали нейроэндокрин карцинома
- Аралаш нейроэндокрин-нейроэндокрин бўлмаган ўсмалар
- Аралаш аденокарцинома нейроэндокрин карцинома билан

## **2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:**

### **1) Паллиатив ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизиш кўрсатмалари;**

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

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

- Паллиатив кимётерапия, таргет даво, нур терапия ва даволаш бошқа турларини ўтказиш муддатининг келиши;
- Ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларнинг бўлиши;

## **3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):**

### **1) Шикоятлар ва анамнез:**

- Жинсий йўллاردан ациклик қонли, сувли, йирингсимон ажралмалар келишига;
- Қорин пастки қисми ва белдаги тортувчи оғриққа;
- Менопауза фонида қон келишига.
- Қорин ҳажмининг катталашиши,
- Диспепсия белгилари,
- Вазн йўқотиш,
- Иштаҳа йўқотиш,
- кичик чаноқ соҳасида оғриқ синдроми,
- ҳансираш,

- умумий ҳолсизлик.

*Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси А (далилларнинг ишончлилиги даражаси 1).*

*Изоҳ: Шикоятлар ва касаллик анамнези тафсилотлари, шу жумладан оилавий анамнези ҳақида маълумот тўплаш даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади;*

## **2) Физикал текширишлар [1, 3]:**

### **Гинекологик кўрик:**

- Ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолати;
- кўзгуларда қин ва бачадон бўйни текшируви (қин инфилтрацияси, қин деворларида метастатик ўчоқлар мавжудлиги, ҳажми, бачадон бўйни ҳолати);
- патологик (йирингли, қонли) ажралмаларнинг мавжудлиги.

### **Бимануал кўрик:**

- бачадон ўлчами ва шакли;
- ортиқларининг ҳолати;
- параметрийда инфилтратлар;
- олдинги ва орқа қин гумбазининг инфилтрацияси.

## **3) Лаборатор текширувлар:**

Бажариш тавсия этилади:

- кенгайтирилган умумий (клини) қон таҳлили,
- жигар ва буйрақлар фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш билан биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили,
- пешобни умумий (клиник) таҳлили,
- беморнинг аҳволини баҳолаш, даволаш тактикаси ва алгоритмини аниқлаш ва касалликнинг прогнозини баҳолаш мақсадида ББС барча беморларига қон ивиш тизимини текшириш [1, 4-10].
- цитологик текширувлар – ПАП тест (хужайра ҳажмининг гигантгача ўсиши, хужайра ичидаги элементларнинг шакли ва сонининг ўзгариши, ядро ҳажмининг ошиши, унинг контурлари, ядро ва бошқа хужайра элементларининг турли даражадаги етуклиги, ядрочалар сони ва шаклининг ўзгариши);

- гистологик текширув (кучли хужайра полиморфизми, хужайра ўлчамларининг катталашishi, кучли гипохромия, катта ядроларда бир ёки бир нечта ядрочалар мавжуд, розетка шаклида саратон хужайраларининг безли тузилмалари, митоз ҳолатидаги кўплаб хужайралар мавжуд);

#### 4) Инструментал текширувлар:

- кичик чаноқ аъзолари УТТси (агар бачадон бўйни саратонига шубҳа қилинган бўлса, бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кичик чаноқ аъзоларининг магнит-резонанс томографияси (ББСда бачадон бўйни ўлчамлари нормал ёки катталашади, унинг тузилиши гетероген бўлиб, бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати ҳам баҳоланади);
- кўкрак қафаси, қорин бшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари компьютер томографияси (кичик чаноқ ва қорин парда орти соҳа лимфа тугунларини, кўкрак ва қорин бўшлиғи органларидаги органик ўзгаришларни баҳолаш);
- кўрсатмаларга кўра цистоскопия (ўсма жараёнининг қовуққа ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида) қовуққа ўсиб ўтишга гумон бўлганда буюрилади.
- кўрсатмаларга кўра ректороманоскопия ёки колоноскопия (ўсма жараёнининг йўғон ёки тўғри ичакка ўсиб ўтишини ташҳислаш мақсадида);
- скелетни сцинтиграфияси (суякларга метастазлар бўлганда буюрилади);
- бутун тана ПЭК/КТси (бирламчи эндометрий саратонида ёки касалликнинг прогрессияланишида ўсма жараёнининг тарқалишини аниқлаш ёки махсус даволаш самарадорлиги динамикасини баҳолаш учун амалга оширилади).
- Ўсма материалида PD-L1 ва MSI ни аниқлаш (бирламчи радикал даволанишдан кейин касаллик прогрессияланганда ёки терапияни бошлашдан олдин бирламчи тарқалган жараён мавжуд бўлганда).

Жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўсма препаратининг гистологик текшируви куйидаги параметрларни акс эттириши керак:

1. Ўсманинг гистологик типи;
2. Ўсманинг дифференциация даражаси;
3. Ўсманинг ўлчамлари (уч ўлчами);
4. Ўсма инвазияси чуқурлиги;
5. Ўсманинг энг кўп инвазияланган жойида бачадон бўйнининг қалинлиги;
6. Қон ёки лимфа товирларида ўсма эмболарининг мавжудлиги/мавжуд эмаслиги;

7. Қинни резекция қирғоқларида, параметрийда, бачадон бўйнининг резекция қирғоқларида ўсма (конизация/ампутация ёки трахелэктомия бажарилганда); резекция қирғоғи яқин бўлганда, резекция қирғоғидан ўсмагача бўлган масофа кўрсатилади;
8. Ўсманинг қинга ўтиши;
9. Параметрийнинг ўнгдан, чапдан ўсма билан зарарланиши;
10. ўнг ва чап параметрийдан олиб ташланган ва зарарланган лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/микрметастазлар/макрметастазлар);
11. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган тос лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
12. ўнг ва чап томондан олиб ташланган ва зарарланган бел лимфа тугунларининг умумий сони; метастазларнинг ҳажми мм да (изоляцияланган ўсма хужайралари/ микрметастазлар/ макрметастазлар);
13. ўсманинг бачадон танасига ўтиши;
14. тухумдонларининг метастатик зарарланиши;
15. ўсманинг қовуқ, тўғри ичак деворига ўсиб ўтиши (экцентерация ёки қўшни аъзолар резекцияси бажарилганда);
16. операциядан олдинги терапия бажарилган ҳолатларда, бирламчи ўсма ва лимфа тугунлари метастазларининг терапевтик патоморфоз даражаси, терапевтик патоморфоз даражаси баҳоланадиган таснифга асосан баҳоланади

#### **4. Паллиатив тиббий ёрдамнинг мақсадлари:**

- ✓ Оғриқ ва бошқа оғриқли аломатларнинг олдини олиш ва йўқ қилиш, беморнинг азобини енгиллаштириш;
- ✓ Саратон касаллигининг ривожланишини секинлаштириш ва беморнинг умрини узайтириш;
- ✓ Бемор ҳаёти фаровонлигини ошириш ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ✓ Психологик, ижтимоий, маънавий қўллаб-қувватлаш, психосоматик томонидан қўллаб-қувватлаш;
- ✓ Ўсмага қарши даволашнинг ножўя таъсирини енгиш учун;

#### **5. Паллиатив тиббий ёрдам кўрсатиш тактикаси:**

- ўсма ўқоғи ва метастазларни кичрайтириш;

- ўсма жараёни қисман регрессияси ёки стабилизациясига эришиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ҳаёт давомийлигини узайтириш.
- Бачадон бўйни саратонини даволаш усуллари танлаш кўплаб омилларга, шу жумладан ўсманинг ўлчамларига, бошқа аъзо, тўқималар ва лимфа тугунларининг жараёнга жалб қилинганлигига боғлиқ.
- Беморда ҳамроҳ касалликларнинг (оғир юрак, ўпка, буйрак касалликлари) мавжудлиги муҳим омил ҳисобланади.
- Мутахассислар бу омилларнинг барчасини ҳисобга олишади. Бемор учун жарроҳлик даволаш ва/ёки кимё терапия дан иборат бўлган индивидуал режа ишлаб чиқилади.

#### 14-жадвал. Босқичлар бўйича даволаш тактикаси [11,12]

Босқич	Даво тури
CIN III	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA1	Бачадон бўйнини кенг конизацияси / тотал гистерэктомия
IA2	Тотал гистерэктомия ортиқлар билан/ортиқларсиз +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича II тип) /трахелэктомия+тос лимфодиссекцияси/ Жарроҳлик давосига қарши кўрсатмалар бўлганда – нур терапияси
IB1	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (Priver бўйича III тип) ёш аёлларда тухумдонлар транспозицияси билан / радикал дастур бўйича НТ ёки ХНТ. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IB2- IIA	Радикал гистерэктомия +тос лимфодиссекцияси (III типда) ёш аёллардан тухумдонлар троанспозицияси билан / радикал дастур бўйича ХНТ / неoadъювант ХТ+ Радикал гистерэктомия III типда. Прогрессияланишнинг юқори хавфида – адъювант ХНТ. Оралик хавф гуруҳида – адъювант НТ. Паст хавф гуруҳида – адъювант даво ўтказилмайди
IIВ-IVA	Химионур терапия
IVA	Тизимли ХТ

## **ББСнинг IVB босқичи ва рецидивларини даволаш:**

• Бирламчи радикал гистерэктомиядан кейин рецидивларни даволашнинг мумкин бўлган усуллари: радикал гистерэктомиядан кейин тос бўшлиғидаги рецидивларни нур терапияси билан ҳам, жарроҳлик йўли билан ҳам (тос аъзоларининг экзентерацияси) даволаш мумкин. Бирламчи жарроҳлик даволашдан сўнг локал тос аъзоларининг рецидивларини радикал дастурга мувофиқ нурланиш ( $\pm$  конкурент кимё терапия) беморларнинг катта қисмида самарали бўлади. Нур терапиясининг дозаси ва ҳажми касалликнинг тарқалиши билан аниқланиши керак. Ўсма ўлчамлари микроскопик бўлса одатдаги доза 50 Гр, БМЎД 1,8 – 2,0 Гр, камайтирилган нурланиш майдонлари билан, катта ўлчамдаги ўсмаларда эса доза 64 – 66 Грейни ташкил қилади.

**15-жадвал. ББСни жарроҳик давосидан сўнг маҳаллий рецидивлар [10,11].**

<b>Тавсиялар</b>	<b>Далиллар даражаси</b>
Нур терапия радикал гистерэктомиядан кейинги маҳаллий рецидивли беморларга кўрсатилган	C
Цисплатин қўшиш билан ва 5-Фторурацил билан/усиз конкурент кимё-нур терапия даволаш самарадорлигини яхшилайти	B
Тос экзентерацияси тос деворларига тарқалмаган нур ва кимё-нур терапияга алтернатива бўлиши мумкин	B

### **Нур терапиянинг радикал курсидан сўнг маҳаллий рецидивларда:**

Марказда локализацияланган, қовуқ ва тўғри ичак жалб бўлган рецидивли беморларда, интраперитонеал диссеминация ва узоқ метастазлар йўқлигида, бачадон бўйни ва тос деворлари ўртасида бўш жой мавжуд бўлган беморлар тос бўшлиғи экзентерацияси учун потенциал номзодлар ҳисобланишади.

**Узоқ метастазлар:** Нур терапияси симптоматик ўсма метастазларида паллиатив даволаш сифатида кўрсатма бўлади, масалан, суяк метастазлари, катталашган парааортал, ўмров ости лимфа тугунларида ёки оғриқни йўқотиш учун мия метастазлари учун.

Касалликнинг прогрессияланишида ўсма материалида PDL1 ни аниқлаш тавсия этилади. Ўсмада PDL1 экспрессияси  $>1\%$  бўлганда пембролизумаб танланган дори ҳисобланади.

### **ББСнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги топилмалари.**

Ушбу топилмалар асосан бошқа кўрсаткичларга асосан ўтказилган оддий гистерэктомиядан сўнг ташхис қўйилган инвазив ББС ҳолатларига тегишли. Бундай ҳолатларда даволанишни бошлашдан олдин, ҳажм бўйича қуйидаги қўшимча текширув зарур: тос ва қорин бўшлиғи аъзоларининг КТ ёки МРТси, жараённинг тарқалишини аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси. Даволаш усули морфологик текширув маълумотлари ва рентгенологик топилмалар асосида белгиланиши керак.

Патологик топилмалар мавжуд бўлмаса:

IA1 босқичда қўшимча даво ўтказилмайди. IA2 ва ундан юқори босқичларда қуйидаги даво ўтказиш зарур.

а) резекция қирғоқлари мусбат бўлганда, чуқур стромал инвазияда, лимфаваскуляр соҳа зарарланганда конкурент кимё-нур терапия буюрилади [38].

б) чуқур стромал инвазияси бўлмаган, резекция қирғоқлари манфий ва лимфаваскуляр соҳа зарарланмаган беморларда конкурент кимё-нур терапияга алтернатива сифатида қиннинг юқори учлиги ёки лимфаденэктомия билан радикал параметрэктомия буюрилади (ДД –С).

### **1) Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

- дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;
- Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;
- 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

### **2) Паллиатив номедикаментоз даво:**

• консерватив даво пайтида беморнинг **режими** умумийдир. Операциядан кейинги эрта даврда – ётоқ ёки ярим ётоқ режими (операция ҳажмига ва ҳамроҳ патологияга қараб). Операциядан кейинги даврда – палата режими.

• диета стол - №15, хирургик даврдан сўнг – №1, қандли диабетли беморларга стол №9.

- Психолог кўриги.

### **Трансфузион қўллаб қувватлаш.**

- Трансфузион терапия учун кўрсатмалар, биринчи навбатда, ҳар бир бемор учун ёши, ҳамроҳ касалликлари, кимётерапиянинг толерантлиги ва даволашнинг

олдинги босқичларида асоратларнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда клиник кўринишлар билан белгиланади.

- Кўрсатмаларни аниқлаш учун лаборатория параметрлари ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, улар асосан тромбоцитлар концентратини профилактик қуйиш зарурлигини баҳолаш учун қўлланилади.
- Трансфузияларга кўрсатмалар, шунингдек, кимётерапия курсидан кейинги вақтга боғлиқ – кейинги бир неча кун ичида кўрсаткичларнинг тахмин қилинган пасайиши ҳисобга олинади.

### **Эритроцитар масса/аралашма:**

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

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

### **Тромбоцитлар концентрати:**

- Тромбоцитлар даражасининг  $10 \times 10^9$ /л.дан пасайиши ёки терида геморрагик тошмаларнинг пайдо бўлишида (петехиялар, кўкаришлар) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилади;

- Иситма билан, инвазив аралашув режалаштирилаётган беморларга юқорирок даражада ҳам (20 x10<sup>9</sup>/л) аферез тромбоцитлар билан профилактик трансфузия ўтказилиши мумкин;
- Петехиал-доғли типдаги геморрагик синдром (бурун, милкдан қон кетиш, мено-, метроррагия, бошқа локализация қон кетишлари) мавжуд бўлганда, тромбоцитлар концентратини қуйиш даволаш мақсадида амалга оширилади.

### **Янги музлатилган плазма:**

- ЯМПни трансфузияси қон кетишли беморларда ёки инвазив муолажалар ўтказишдан олдин ўтказилади.
- МНО  $\geq 2.0$  бўлган беморлар (нейрожарроҳлик аралашувларида  $\geq 1.5$ ) инвазив муолажаларни режалаштиришда ЯМП қуйиш учун кандидат сифатида кўрилади. Режали амалиётларда амалиётдан камида 3 кун олдин фитоменадион 30 мг/сут дан кам бўлмаган дозада вена ичига ёки ичишга буюрилиши мумкин.

### **3) Паллиатив медикаментоз даво:**

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

### **Паллиатив кимё терапияга кўрсатмалар:**

- цитологик ва гистологик тасдиқланган тухумдонлар саратони;
- маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволашда;
- регионар лимфа тугунларида/узок аъзоларда (ўпка, жигар, бош мия, суякларда) метастазлар;
- ўсма рецидивлари;
- беморда қон суратида гемоглобин ва гемокрит, гранулоцитлар миқдорининг қониқарли бўлиши;
- жигар, буйраклар, нафас тизими ва ЮҚТ фаолияти сақланганда;
- нооперабел жараённи операбел жараёнга ўтказилганлик эҳтимолида;
- бемор операциядан бош тортганда;
- ўсманинг ёмон фенотипларида (паст дифференциаллашган, дифференциаллашмаган турлари) узок даволаш натижаларини яхшилаш.

## **Кимё терапияга қарши кўрсатмалар:**

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

### **Абсолют қарши кўрсатмалар:**

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

### **Нисбий қарши кўрсатмалар:**

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

### **Бир вақтли кимё-нур терапия:**

- Цисплатин – 40 мг/м<sup>2</sup> 60 дақиқали инфузия гидратация билан 1,8,15,22,29 ва 36-кунларнурланишдан 4 йоат олдин, ҳар ҳафта, 5 ҳафта давомида.

### **Кимё терапия схемалари:**

1. Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва карбоплатин АУС 5–6 в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

3. Доксорубицин 50–60 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва цисплатин 50–75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи

кун ҳар 3 ҳафтада (ДД-А)

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

5. Гемцитабин 800-1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар ва цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-кун. (ДД-А)

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

Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун ва топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> 1-3 кунлар (ДД-А).

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

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

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

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

### 16-жадвал. Бачадон бўйни саратонида тавсия этиладиган режимлар.

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

пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1)

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–3-чи кунлари + бевацизумаб<sup>1</sup> 15 мг/кг в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + цисплатин<sup>2</sup> 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел<sup>2</sup> 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + карбоплатин<sup>2</sup> AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Ифосфамид 5000 мг/м<sup>2</sup> в/и 24 соатлик инфузия (+ месна 5000 мг/м<sup>2</sup>)<sup>3</sup> 1-чи кун + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун + топотекан 0,75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари, ҳар 3 ҳафтада

- Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Карбоплатин AUC5–6 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (режим ББСнинг майда хужайрали турида мақсадга мувофиқ)

#### **Кимё терапия II линияси<sup>4</sup>**

- Пембролизумаб 200 мг в/и 1-чи кун ҳар 3 ҳафтада ёки 400 мг в/и 1-чи кун ҳар 42 кунда (PD-L1 экспрессиясида CPS  $\geq$  1 ёки ўсмада MSI-H/dMMR)

- Митомицин 7,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 6 ҳафтада.

- Иринотекан 125 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 4 ҳафтада.

- Гемцитабин 800–1000 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи, 8-чи, 15-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Капецитабин 2500 мг/м<sup>2</sup> ичишга 1–14-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада

- Бевацизумаб 7,5–15 мг/кг в/и в 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада

- Топотекан 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар, ҳар 3–4 ҳафтада.

- Ифосфамид 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар (+ месна 1200–1500 мг/м<sup>2</sup> в/и 1–5-чи кунлар)<sup>1</sup>, ҳар 3 ҳафтада
- Винорелбин 30 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи ва 8-чи кунлар, ҳар 3 ҳафтада
- Цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)
- Карбоплатин AUC5 в/и 1-чи кун, ҳар 3 ҳафтада (платина унумлари қўшиб ўтказилган аввалги даво якунлангандан сўнг > 6 ой муддатда ривожланган рецидивларда)

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

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

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

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

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

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг ХПН	Қўллаш тартиби	ДД
Антрациклинлар	Доксорубицин	50–60 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Цисплатин	50–75 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Паклитаксел	175 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-чи кун	А
Платина унумлари	Карбоплатин	AUC 5–6 в/и 1-чи кун	А
Алкилловчи бирикмалар	Ифосфамид	1,6 мг/м <sup>2</sup> в/и 1-3-кунлари 1 соатлик инфузия	В

Таксан қатор ўсмага қарши препаратлар	Доцетаксел	75 мг/м <sup>2</sup> в/и ҳар 3 ҳафтада	А
Ўсмага қарши воситалар, антиметаболит	Гемцитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> 1-чи ва 8-чи кунлар	А
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="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">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</a>		

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

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

	Итраконазол	Ичишга	В
	Флуконазол	Вена ичига Ичишга	С
	Позаконазол	Ичишга	В
Вирусга қарши дори воситалари	Ацикловир	Вена ичига Ичишга	А
Қон ивиш тизими-га таъсир қилувчи дори воситалари	Надропарин	Тери остига	С
	Эноксапарин	Тери остига	С
Бошқа дори воситалари	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Маҳаллий қўллаш	Д
	Омепразол	Вена ичига Ичишга	А
	Фамотидин	Вена ичига	А
	Амброксол	Ичишга	
	Амлодипин	Ичишга	В
	Дротаверин	Вена ичига Ичишга	
	Каптоприл	Ичишга	В
	Лизиноприл	Ичишга	В
	Лактулоза	Ичишга	В
	Спиронолактон	Ичишга	В
	Повидон – йод	Ташқи	-
	Тобрамицин	Вена ичига	-
	Торасемид	Ичишга	-
	Фолий кислотаси	Ичишга	-
	Фуросемид	Вена ичига Ичишга	-
	Хлоргексидин	Ташқи	-
Маълумотларни юклаб олиш учун (ҳаволалар)	<a href="https://diseases.medelemet.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">https://diseases.medelemet.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</a>		

## 6. Жарроҳлик давоси.

Маҳаллий тарқалган ёки рецидив бачадон бўйни саратонида, асоратлар (оқмалар, қон кетиш), узоқ метастазлар (IV босқич) мавжуд бўлганда, паллиатив жарроҳлик давоси қўлланилмайди. Фақат бир томонлама ёки икки томонлама

перкутан нефростомия (уретерогидронефроз билан, ректо-вагинал ёки цисто-вагинал оқма мавжудлигида ва бошқаларда), цистостомия каби симптоматик операциялар, диагностик лапароскопия амалга оширилади. Ичак тутилиши билан асоратланган тақдирда, ҳаётий кўрсатмаларга асосан, ҳаёт учун хавфли бўлган асоратни бартараф этиш бўйича жарроҳлик давоси ўтказилиши мумкин.

## 7. Кейинги даволаш:

• ББС барча беморлари даво якунланганидан сўнг бириктирилган ҳудуди бўйича онколог-гинеколог, онколог, умумий амалиёт шифокори томонидан кузатувда бўлишлари керак.

• дастлабки 2 йил давомида – ҳар 3 ойда;

• Учинчи йил давомида – ҳар 6 ойда;

• 4-чи йилдан бошлаб – ҳар 12 ой (1 йил) да.

• Ўпкаларни рентгенологик текшируви дастлабки 3 йил давомида ярим йилда 1 марта, кейинчалик ҳар йили ўтказилиши керак;

• Назорат текширишлари кўламига киради: МРТ ОМТ, ҚБА КТси ва КҚА КТси, ПЭТ/КТ;

• КЧА МРТси, ҚБА КТси ва КҚА КТси – дастлабки 2 йил давомида ҳар 3 ойда, учинчи йил давомида ҳар 4 ойда ўтказилади;

• ПЭТ/КТ – ҳар йили.

## 8. Паллиатив даволаш самарадорлигини индикаторлари:

“ўсманинг жавоби” – ўтказилган даводан сўнг ўсманинг регрессияси;

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

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

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

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

• Рецидивсиз (уч ва беш йиллик) яшовчанлик;

• «Ҳаёт сифати» га инсоннинг психологик, эмоционал ва ижтимоий

фаолиятидан ташқари, бемор аъзоизмининг физик ҳолати ҳам киради.

## 9. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

- 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 қинлы 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* 10<sup>th</sup> 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 Cancer Statistics Review, 1975-2014*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2014/](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](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](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](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.ijso.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/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>.

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.