



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

2024_yil 25-dekabr

№ 401

Toshkent sh.

Davolash-profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokol va davolash standartlarini tasdiqlash hamda amaliyotga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyev rahbarligida 2024-yil 5-fevralda kengaytirilgan tarzda o'tkazilgan videoselektor yig'ilishining 9-son bayoni ijrosini ta'minlash hamda 300 ta klinik protokol va standartlarni xalqaro mezonlarga moslashtirish maqsadida, **buyuraman:**

1. Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 29-apreldagi 107-son buyrug'iga muvofiq 30 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha 60 ta klinik protokol, 2024-yil 14-iyundagi 195-son buyrug'iga muvofiq 11 ta nozologiya bo'yicha klinik protokol va davolash standartlari hamda 2024-yil 9-sentabrdagi 290-son buyrug'iga muvofiq 38 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha 60 ta klinik protokol va davolash standartlari tasdiqlanganligi ma'lumot uchun qabul qilinsin.

2. 41 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha davolash-profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokol va davolash standartlari ro'yxati ilovaga muvofiq tasdiqlansin.

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.Fozilova), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi (Sh.Nurimova), Xususiy tibbiyot va JST masalalari bo'limi (Sh.Gulyamov), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan birgalikda:

mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini barcha davlat va nodavlat tibbiyot tashkilotlariga yetkazilishini ta'minlasin;

2025-yil 3-martdan boshlab mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga joriy qilsin, bunda:

milliy klinik protokol va davolash standartlaridan tashxislash va davolash jarayonida to'liq foydalanishni yo'lga qo'yish maqsadida joylarda baholash va monitoring o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari amalga oshirilsin;

milliy klinik protokol va davolash standartlarini amaliyotga joriy etishda milliy klinik protokol va davolash standartlarini qayta o'rganish orqali takomillashtirib borish choralari ko'rsin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi (Sh.Nurimova), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari rahbarlari bilan birgalikda:

yil yakuniga qadar 2025-yil davomida milliy klinik protokol va davolash standartlarini qayta ko'rib chiqish va tasdiqlash reja-grafikini ishlab chiqsin.

5. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar va viloyatlar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlari mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini ta'minlasin.

6. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) Respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari bilan birgalikda mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlari 2025/2026 o'quv yilidan boshlab Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek, shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

7. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarida mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarining tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi va ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

8. Raqamli texnologiyalarini joriy etish va muvofiqlashtirish boshqarmasi (N.Eshnazarov) mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirsin.

9. Matbuot xizmati (bo'limi) (F.Sanayev) mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarining mazmun mohiyatini yoritish bo'yicha tashviqot va targ'ibot ishlari o'tkazilishini ta'minlasin.

10. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining ilovalaridagi tegishli nozologiyalar bo'yicha klinik protokollar va standartlari o'z kuchini yoqotgan deb hisoblansin.

11. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir



A. Xudayarov

O‘zbekiston Respublika
Sog‘liqni Saqlash vazirining
2024 yil “25” dekabrda
401-son buyrug‘iga
ilova

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

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

TOSHKENT – 2024

"TASDIQLAYMAN"
Respublika ixtisoslashtirilgan
Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori

M. N. Tillyashayxov

2024 yil



"TUXUMDONLAR SARATONI " NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT – 2024

Mundarija

TUXUMDONLAR SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	5
TUXUMDONLAR SARATONI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	58
TUXUMDONLAR SARATONINING TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	72
TUXUMDONLAR SARATONI UCHUN PALLIATIV YORDAM BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	92

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

TOSHKENT – 2024

1. Kirish qismi

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

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

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK(MKB)-10 kodi (lar):

MKB-10:	
Kod	Nomi
C.48	Qorin parda orti soha va qorin parda xavfli o'smalari
C.48.0	Qorin parda orti sohasi
C.48.1	Qorin pada aniqlashtirilgan qismlari
C.48.2	Qorin pada aniqlashtirilmagan qismlari
C.56	Tuxumdonlar xavfli o'smalari
C.57	Boshqa va aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari
C57.0	Fallopiy naylari
C57.1	Keng bog'lam
C57.2	Yumaloq bog'lam
C57.3	Parametriy
C57.4	Bachadon ortiqlari aniqlashtirilmagan
C57.7	Boshqa aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolari
C57.8	Yuqorida ko'rsatilgan bir yoki ko'proq lokalizatsiyadan tashqariga chiqqan ayollar jinsiy a'zolarining shikastlanishi
C57.9	Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali ayollar jinsiy a'zolari
Yuklab olish (HKK (MKB) dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	

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

2023/2026 yil.

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

- MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA HISSA QO'SHGANLAR:

- Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari:

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

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

1. Zaxirova Nargiza Ne'matovna – t.f.d., Respublika ixtisoslashtirilgan Onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining onkologiya bo'limi rahbari;

2. Axmedov Odiljon Muhamedjanovich – t.f.n., RIOvaRIATM endovideoxirurgiya bo‘limi mudiri;
3. Otajonov Muzaffar Muxtarovich – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;
4. Nekova Gulshan Orziyevna – RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;
5. Saydaxmedova Viloyat Amirdinovna - RIOvaRIATM onkoginekologiya bo‘limining yetakchi mutaxassisi;

- Retsenzentlar:

Respublikadan:

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

Horiждан:

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

- Multidissiplinar ishchi guruh yig‘ilishida MILLIY KLINIK PROTOKOLni loyihasini muhokamasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi: ishchi guruhning 1-sonli yig‘ilishi 2024 yil 29 martda bo‘lib o‘tgan.

- Onkologiya tibbiyot yo‘nalishlari kengashlari yig‘ilishida AGREE usulida muhokamadan o‘tkazilganligi xulosasi va yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma: Ilmiy Kengashning 3-sonli yig‘ilishi 2024 yil 30 martda bo‘lib o‘tgan.

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

Respublikadan:

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

Horiждан:

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

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

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

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

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

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

QBA	–	Қорин бўшлиғи аъзолари
KQA	–	Ko‘krak qafasi a‘zolari
KCHA	–	Kichik chanoq a‘zolari
PZR	–	Polimeraz zanjir reaksiyasi
PET	–	Pozitron-emission tomografiya
BMO‘D	–	Bir martalik o‘choqli doza
PR	–	Progesteron retseptorlari
ER	–	Estrogen retseptorlari
QLT	–	Qo‘riqchi limfa tuguni (tugunlari)
SO‘D	–	Summar o‘choqli doza
UTDG	–	Ultratovush dopplerografiya
v/i	–	Vena ichiga
i/p	–	Intraperitoneal
AFP	–	Alfa-fetoprotein
BSO	–	Bilateral salpingovarioektomiya
IGX	–	immunogistoximiya
PKI	–	peritoneal kanseromatoz indeksi
KT	–	kompyuter tomografiya
LDG	–	laktatdigidroginaza
DV	–	Dori vositasi
MNN	–	Xalqaro patentlanmagan nomi
MRT	–	magnit-rezonans tomografiya
PXT	–	poliximioterapiya
PSXT	–	Platinaga sezgir kimyo terapiya
PSR	–	Platinasha sezgir retsidivlanuvchi
NAPXT	–	neoad’yuvant poliximioterapiya
BPS	–	Birlamchi peritoneal saraton
TS	–	Tuxumdonlar saratoni
FNS	–	Fallopiy nayi saratoni
REA	–	Saraton embrional antigen

SA-125	– saraton antigeni 125
HE-4	– human epididymis protein 4
TAG	– Chanoq abdominal gisterektomiya
UTT	– Ultratovush tekshirish
ID	– isbotlanganlik darajasi
XTT	– ximiotarget terapiya
XGCH	– Inson xorion gonadotropini
GOG	– Ginekolog onkologlar guruhi (ginekologik saratonni o‘rganish kooperirlangan guruhi, AQSH)
FIGO	– Xalqaro ginekologlar va akusherlar Federatsiyasi
VAC	– vinkristin, daktinomitsin, siklofosfamid sxemasida PXT
GemOx	– gemitabin, oksaliplatin sxemasida PXT
TIP	– paklitaksel, ifosamid, mesna, sisplatin sxemasida PXT
TGP	– paklitaksel, gemitabin, oksaliplatin sxemasida PXT
Second look	– «ikkinchi nazar» operatsiyasi
ROMA	– Risk of Ovarian Malignancy Algorithm

- Mazkur nozologiya bo‘yicha milliy protokolning foydalanuvchilari:

- Shifokor-onkologlar;
- Onkoginekologlar;
- Shifokor- kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- Shifokor-terapevtlar;
- OTM talabalari, magistrlar, ordinator va aspirantlar.
- **Mazkur nozologiya bo‘yicha bemorlarning toifasi: (18 yoshdan) kattalar.**

- Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi Chkalasi:

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

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

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

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

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

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

2. Asosiy qism.

- Kirish

Tuxumdonlar, bachadon naylari va qorin pardaning birlamchi saratoni - tegishli organlarning epiteliysidan kelib chiqadigan xavfli o'smalar guruhidir. Qorin parda va bachadon naylarining birlamchi saratonini klinik kechishi va davolash usullari Tuxumdonlar saratoniga o'xshaydi, shuning uchun nozologiyalar ushbu tavsiyalarda birgalikda ko'rib chiqiladi [1].

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-10.pdf>)

Tuxumdonlar o'smalari (xavfli va xavfsiz) har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha 40-50 yoshda kuzatiladi. Chastotasi bo'yicha ular ayollar jinsiy a'zolarining o'smalari orasida ikkinchi o'rinni egallaydi va xavfsiz formalari sezilarli (75-80%) ko'p uchraydi.

Tuxumdonlarning xavfli o'smalarini aniqlash muammosi eng dolzarb muammolardan biridir. Uning dolzarbligi so'nggi o'n yilliklarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida kuzatilgan ushbu patologiyadan kasallanish va o'limning shubhasiz oshishi bilan ham bog'liq. Tuxumdonlar xavfli o'smalari bilan bemorlarning aksariyati (75-87%) davolanishga kasallikning kechki bosqichlarida murojat qilishadi va 10-yillik yashovchanlik 10% dan oshmaydi. Tuxumdonlar xavfli o'smalarining kech tashxislanishi kasallikning o'ziga xos belgilarining yo'qligi va tibbiy yordam uchun ayollarning kech murojat qilishlari bilan bog'liq.

Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan bemorlarning 10 foizida kasallikning rivojlanishi ma'lum irsiy sindromlarning mavjudligi bilan bog'liq. BRCA genlari mutatsiyasi bilan bog'liq ko'krak bezi va tuxumdonlar saratonini irsiylanishi sindromi - eng keng tarqalgandir[1]. Tuxumdonlar saratoni qolgan bemorlarda sporadik xarakterga ega bo'ladi. Ushbu patologiyaning rivojlanishi uchun quyidagi xavf omillari hisobga olinadi: homiladorlikning yo'qligi, chekish; ortiqcha vazn; bepushtlik dori-darmonlarini ko'p qo'llash (tadqiqotlar ushbu xavf omili haqida aniq xulosa bermaydi); 10 yildan kam bo'lmagan muddatda faqat estrogenlarni o'z ichiga olgan gormon almashtiruvchi terapiyadan foydalanish (tadqiqotlar ushbu xavf omili to'g'risida aniq xulosa bermaydi) [2].

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida TS 7-o'rinni egallaydi va TS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 2,9 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida TS ko'krak bezi saratoni, bachadon bo'yni saratonidan keyin 3-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 5,8 ni tashkil qiladi. 2022 yilda TS bilan birinchi marta 1033 bemor aniqlandi. Ulardan 14,7% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. TSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 95,0% ni tashkil

qiladi. 13,5% holatlar kasallikning I bosqichida, 39,8% - II bosqichda, 35,3% - III bosqichda va 10,3% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,2% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 4783 bemor TS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 26,7 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 40,7% va 1 yillik o'lim darajasi 12,3% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 493 bemor tuxumdonlar saratonidan vafot etdi, bu 100 ming ayol aholiga 2,8 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, bachadon bo'yni va me'da saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi.

- Klinik tasnifi

Hozirgi kunda bosqichni aniqlash FIGO (2014) va TNM (8-chi nashr, 2017) tasnifi asosida amalga oshiriladi (1-jadval).

1-jadval. Tuxumdonlar saratonini TNM (8-chi nashr, 2017) va FIGO (2014) bo'yicha tasniflash [1].

Bosqich		Tushuncha
T1	I	Tuxumdonlar bilan chegaralangan
T1a	Ia	O'sma bitta tuxumdon bilan cheklangan, kapsula shikastlanmagan, tuxumdon yuzasida o'sma o'sishi yo'q, assitik suyuqlikda yoki qorin bo'shlig'idan yuvindisida xavfli hujayralar yo'q
T1b	Ib	O'sma ikkita tuxumdon bilan chegaralanadi, ularning kapsulalari shikastlanmagan, tuxumdonlar yuzasida o'sma o'sishi yo'q, assitik suyuqlikda yoki qorin bo'shlig'idan yuvindisida xavfli hujayralar yo'q
T1c	Ic	O'sma bir yoki ikkita tuxumdon bilan chegaralanadi va quyidagi omillardan biri bilan birga keladi:
T1c1	IC1	Kapsulaning operatsiya paytida shikastlanishi
T1c2	IC2	Kapsulaning operatsiyadan oldin shikastlanishi yoki o'sma tuxumdon/fallopdiy nayi yuzasida
T1c3	IC3	Assit suyayuqligida yoki qorin parda yuvindisida xavfli o'smalar
T2	II	O'sma bitta yoki ikkala tuxumdonlarni shikastlaydi va kichik chanoqqa tarqaladi
T2a	IIA	Tuxumdonga va/yoki fallopdiy nayiga tarqalishi va/yoki metastazlari
T2b	IIB	Kichik chanoqning boshqa to'qimalariga tarqalishi
T3 и/ил	III	Bir yoki ikkala tuxumdonni shikastlanishi, kichik chanoq tashqarisida o'sma implantlari va/yoki regionar limfa tugunlariga metastazlar. Jigardagi subkapsular metastazlar III bosqichga tegishlidir. Kichik

и N1		chanoqdagi o'sma, ammo ingichka ichakda yoki katta charvida gistologik tasdiqlangan mikrometastazlar bilan.
N1	-	(Qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar yoki kichik chanoqdan tashqarida mikrometastazlar)
T3a	IIIA2	IIIA1 – faqat qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar
T3b	IIIB	IIIA1(i) - metastazlar <10 mm
T3c	IIIC	IIIA1(ii) - метастазлар > 10 mm
M1	IV	Kichik chanoqdan tashqaridagi mikroskopik, gistologik shikastlangan qorin parda ichi metastazlar, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz
	IVA	Kichik chanoqdan tashqaridagi eng katta o'lchami 2 smgacha makroskopik qorin parda ichi metastazlari, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz
	IVB	Kichik chanoqdan tashqaridagi eng katta o'lchami 2 smdan katta qorin parda ichi metastazlari, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz (shu jumladan, a'zolar parenximasini shikastlamagan holda o'smaning jigar va taloq kapsulasiga tarqalishi)

Bosqichlashga qo'shimcha talablar:

- O'smaning gistotipi va differensiatsiya darajasi birlamchi bosqichlashda aniqlanishi kerak;
- O'smaning birlamchi manbasi (TS, BPS, FNS) har doim, imkon darajasida aniqlanishi kerak;
- 1 bosqich deya bosqichlanadigan o'smalar, agar zich bitishmalar bo'lsa va ularda gistologik tekshirish vaqtida o'sma aniqlansa, ikkinchi bosqich sifatida bosqichlanishi mumkin.

2-jadval. Tuxumdonlar saratonining asosiy gistologik turlari

Asosiy gistotiplar	Gistotiplar bo'yicha tasniflash
Epitelial	Seroz (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	Mutsinoz (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)

	Endometrioid (xavfsiz yoki chegaradosh, karsinosarkomalar, xavfli aralash mezenximal o'smalar, adenosarkomalar, endometrial stromal sarkomalar)
	Yorug' hujayrali (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	Brenner (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	O'tuvchi hujayrali (papillyar tipda, Brennersimon xavfli)
	Differensillashmagan karsinomalar
Jinsiy bitishma stromasi o'smalari	Granulez-teka hujayrali
	Sertoli-Leydig
	Ginandroblastoma
	Jinsiy bitishma stromasi annulyar tubulalar bilan
	Steroid-hujayrali
Germinogen o'smalar	Disgerminoma
	Entodermal sinus
	Embrional karsinomalar
	Poliembrioma
	Xoriokarsinoma
	Teratoma (yetilmagan – solid, yetilgan – kistoz)
	Aralash
Aralash germinogen va jinsiy bitishma stromasi	Gonadoblastoma
	Boshqa
Tuxumdonlarning boshqa xavfli o'smalari	Sarkomalar
	Xavfli limfomalar
	Mayda hujayrali karsinomalar
	Metastatik o'smalar
	Boshqalar

3-jadval. TSda patomorfologik xulosaga talablar

Preparatning makroskopik tavsifi (har bir tuxumdon uchun alohida)	Hajmi va vazni, rangi, kapsula holati, kesilgandagi ko‘rinishi, kistoz va solid komponentlarning taxminiy nisbati (%da), papillyar tuzilmalarning mavjudligi (agar mavjud bo‘lsa, taxminan % da) va boshqa zararlangan a‘zolar
O‘sma	Umumiy hajmi (3 o‘lcham: balandligi, kengligi, uzunligi), joylashuvi, turi, invaziya chuqurligi (miometriy/endometriy chegarasiga nisbatan), miometriyning qalinligi (mm), endometriy, bachadon seroz qavatining ishtiroki, bachadon bo‘ynining, ortiqlarning ishtiroki
Boshqa topilmalar	Boshqa a‘zolarga invaziyaning mavjudligi
Limfatik tugunlar	Ular mavjud bo‘lganda: o‘lchamlari, lokalizatsiyasi, eng katta limfa tugun o‘lchami, kassetalar soni
Mikroskopik tavsifi	Asosiy o‘sma: • gistologik tipi; • differensirovka darajasi; • invaziyasi; • kapsula/yuzasining zararlanganligi; • limfovaskulyar invaziya; • IGX markerlari. Metastazlar (imkon boricha alohida tavsiyalash kerak): Metastazlarning joylashgan joyi (shikastlangan limfa tugunlar/tugunlar soni, eng kattasini o‘lchamlari, limfa tugundan tashqariga tarqalganligi)

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

Tashxislash mezonlari [1]:

- Shikoyatlari va anamnez [2, 3]:

Barcha bemorlarga shikoyatlari va anamnezni batavsil yig‘ish tavsiya qilinadi. TS boshlang‘ich bosqichlarda simptomiz kechishi mumkin yoki biroz diskomfort kuzatilishi mumkin. Jarayon tarqalganda kasallik nospetsifik belgilar bilan manifestlanadi, bular:

- Qorin hajmining kattalashishi,

- Dispepsiya belgilari,
- Vazn yo‘qotish,
- Ishtaha yo‘qotish,
- kichik chanoq sohasida og‘riq sindromi,
- hansirash,
- umumiy holsizlik.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

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

- Fizikal tekshirishlar [1, 3]:

Batavsil fizikal tekshirish tavsiya etiladi.

Fizikal tekshirishlarga quyidagilar kiradi:

- rekto-vaginal tekshirish,
- qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini paypaslash,
- periferik limfa tugunlar barcha guruhlarini paypaslash,
- o‘pkalar auskultatsiya va palpatsiyasi,
- ko‘krak bezlarini paypaslash.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: *versiyasi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo‘yicha bemorning og‘irligini baholashga (1-2-ilovaga qarang), alimentar holatini baholash, og‘riq sindromi, tana harorati, gemodinamika, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, plevrit va assit mavjudligi alohida e’tibor qaratish lozim;*

Laborator tekshiruvlar:

Bajarish tavsiya etiladi:

- kengaytirilgan umumiy (klini) qon tahlili,
- jigar va buyraklar faoliyati ko‘rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili,
- peshobni umumiy (klinik) tahlili,

- bemorning ahvolini baholash, davolash taktikasi va algoritmini aniqlash va kasallikning prognozini baholash maqsadida TS barcha bemorlariga qon ivish tizimini tekshirish [1, 4-10].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 4).

Izohlar: XTning keyingi kursi boshlanishidan kamida 5 kun oldin klinik qon tekshiruvi o'tkaziladi (takrorlanadi) [1, 4-10]. Umumiy (klinik) batafsil qon tahlilida quyidagi parametrlarni baholash tavsiya etiladi:

- gemoglobin,
- gematokrit,
- eritrotsitlar,
- eritrotsitlarning o'rtacha hajmi,
- eritrotsitlarni kattaligi bo'yicha taqsimlanishi,
- eritrotsitlarda gemoglobinning o'rtacha miqdori,
- gemoglobinning eritrotsitlarda o'rtacha konsentratsiyasi,
- trombotsitlar,
- leykotsitlar,
- leykotsitar formula,
- eritrotsitlar cho'kish tezligi.

jigar va buyraklar faoliyati ko'rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlilida:

- umumiy oqsil,
- glyukoza,
- bilirubin,
- kreatinin,
- mochevina,
- temir,

- alaninaminotrasferaza,
- aspartataminotransferaza,
- umumiy bilirubin,
- laktataminotransferaza,
- ishqoriy fosfataza,
- plazma elektrolitlari (kaliy, natriy, xlor),

peshobni umumiy (klinik) tahlilida:

- rangini aniqlash,
- peshobning tiniqligi,
- uning og'irligi,
- peshobda oqsil,
- pH,
- glyukoza,
- keton tanachalar,
- urobilinogen,
- leykotsitar esterazalar,
- *epiteliy hujayralarini apparat mikroskopiyasi yo'li bilan, eritrotsitlar, silindrlar, tuzlar, shilliq, bakteriyalar va zamburug'larni aniqlash.*

Qon ivish tizimini tekshirish doirasida koagulogramma baholanadi (gomeostaz tizimini oriyentatsiyali tekshirish):

- fibrinogen,
- protrombin (Kvik bo'yicha),
- MNO,
- Protrombin vaqti,
- protrombin indeksi,

- *aktivlashgan qisman tromboplastin vaqti,*
- *trombin vaqti,*
- *ko'rsatmalarga ko'ra, qo'shimcha — antitrombin III, D-dimer, plazminogen, faollik foizi).*

• TS va uning retsidivlarini aniqlash maqsadida barcha bemorlarga qonda adenogen saratonlarning antigeni SA125 miqdorini tekshirish tavsiya etiladi [1,11,12].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

• Tashxisni morfologik verifikatsiyasi bo'lmasa, TSga gumon bo'lgan barcha bemorlarga TS ehtimolini baholash maqsadida qonda inson epididimisi sekretor oqsili 4 ni (HE4) aniqlash va ROMA indeksini aniqlash tavsiya etiladi

kompyuterga shubha qilingan barcha bemorlarga qondagi inson yepididimis 4 (HE4) sekretor oqsilini aniqlash va PC ehtimolini baholash uchun ROMA indeksini aniqlash tavsiya etiladi [13,14,15].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: Qonda NE4 va ROMA indeksini aniqlash tashxisni morfologik verifikatsiyasi zarurligini almashtirmaydi, ammo NE4 darajasining yuqoriligi TS tashxisining spetsifikligini oshiradi.

• Mutsinoz karsinomaga shubha qilingan taqdirda, qondagi adenogen saraton antigeni CA 125 darajasini o'rganishdan tashqari, differensial tashxislash maqsadida qondagi adenogen saraton antigeni CA 19-9 darajasini o'rganish va zardobda saraton embrional antigeni (REA) darajasini o'rganish tavsiya etiladi [16].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: Mutsinoz TSda REA va SA19-9 oshirishi mumkin va bu keyinchalik o'tkaziladigan davo samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi.

• Noepitelial o'smalar ehtimoli yuqori bo'lgan 40 yoshgacha bo'lgan ayollar uchun diagnostika bosqichida zardobdagi alfa-fetoprotein (AFP) darajasini o'rganish, xorion gonadotropin darajasini o'rganish, qonda ingibin B darajasini o'rganish tavsiya etiladi [17].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

Izoh: *tuxumdonlarning noepitelial o'smalari yoshlarda ko'p kuzatiladi (batavsil ma'lumotlar tuxumdonlar noepitelial o'smalari bo'limida keltirilgan).*

• Yuqori darajada xavfli seroz yoki endometrioid karsinomali barcha bemorlarga, kasallik natijasini bildiruvchi va bemorni davolash algoritmini tanlash uchun qondagi

yoki og‘iz shilliq qavatidan surtma va/yoki biopsiya (jarrohlik) materialida BRCA1 va BRCA2 genlaridagi mutatsiyalarni molekular genetik tekshirish tavsiya etiladi [2,18,19].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: ushbu gistologik o‘sma turlarida BRCA1 va BRCA 2 genlarining mutatsiyalar chastotasi taxminan 15% ni tashkil qiladi. BRCA mutatsiyasining mavjudligi haqidagi ma’lumotlar o‘smaning alkillovchi dorilar, platina hosilalari va PARP-ingibitorlari bilan davolashga yuqori sezuvchanligini aniqlash uchun foydalidir;

Instrumental tekshiruvlar:

- Diagnostika bosqichida TS bilan kasallangan yoki TSga gumon qilingan barcha bemorlarga o‘sma jarayonining tarqalishini aniqlash va davolash algoritmini rejalashtirish uchun ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va qorin parda olrti soha, buyraklar, tomir ichiga kontrast bilan yoki kontrastsiz kompyuter tomografiyasini o‘tkazish tavsiya etiladi. [18,20,21].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: KT (a) birlamchi o‘smanni tasavvur qilish, (b) kasallik metastazlarini aniqlash, (c) optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini o‘tkazish imkoniyatini baholash imkonini beradi. Agar KT tekshiruviga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa yoki uning ma’lumot tarkibi yetarli bo‘lmasa, tomir ichiga kontrast bilan MRT o‘tkazish mumkin. Agar uzoq metastazga shubha qilingan bo‘lsa, PET/KT o‘tkazilishi mumkin.

- O‘sma jarayonining tarqalishini aniqlash va diagnostika bosqichida davolash algoritmini rejalashtirish uchun kichik chanoq a‘zolarining magnit-rezonans tomografiyasini tomir ichiga kontrast bilan yoki kontrastsiz o‘tkazish tavsiya etiladi [18,20,21].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: MRT (a) birlamchi o‘smanni vizualizatsiya qilish, (b) kasallik metastazlarini aniqlash, (c) optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini o‘tkazish imkoniyatini baholash imkonini beradi. Agar MRT tekshiruviga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa yoki uning ma’lumot tarkibi yetarli bo‘lmasa, shuningdek MRT ni o‘tkazish imkoni bo‘lmasa, tomir ichiga kontrastli yoki kontrastsiz KT ko‘rsatma bo‘ladi. Agar uzoq metastazga shubha qilingan bo‘lsa, PET/KT o‘tkazilishi mumkin. [18,20,21]

- TS bemorlariga yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga diagnostika bosqichida, agar ko‘krak qafasi a‘zolarining kompyuter tomografiyasini o‘tkazish imkoni bo‘lmasa, ko‘krak qafasi rentgenogrammasini o‘tkazish tavsiya etiladi [18].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

Izoh: ko'krak qafasi a'zolari KTsi o'pkalarda, shuningdek, ko'ks oralig'i limfa tugunlaridagi metastazlarni yuqori sezgirlik va spetsifiklik bilan aniqlash imkoniyatiga ega.

- TS bo'lgan yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga diagnostika bosqichida, o'sma jarayonining tarqalishi va davolash algoritmini rejalashtirish maqsadida, KT/MRT/PET-KT o'tkazish imkoni bo'lmasa, bo'yin-o'mrov usti soha, qo'ltiq osti, chov limfa tugunlari, qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi, qorin parda orti soha va kichik chanoq ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi [22,23].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: UTT –qorin bo'shlig'ida, kichik chanoq bo'shlig'ida, limfa tugunlarining ikkilamchi shikastlanishlarida hosilalarni vizualizatsiya qilishning eng oddiy usulidir. Biroq, bu usul davolashning birinchi bosqichi to'g'risida qaror qabul qilish nuqtayi nazaridan KT/MRT/PET-KTdan sezilarli darajada pastdir. Ultratovush natijalari asosida RECIST 1.1 mezonlari bo'yicha kimyo terapiya ta'sirini baholash ham mumkin emas.

- Ikkilamchi (metastatik) tuxumdon shikastlanishlarini yoki birlamchi ko'plab xavfli o'smalarni istisno qilish uchun diagnostika bosqichida TS bo'lgan yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga ko'krak bezini tekshiruvi tavsiya etiladi [24, 25-27].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izohlar: 40 yoshgacha bo'lgan ayollar, agar xayz kechaytgan bo'lsa hayz davrining birinchi bosqichida sut bezlarining ultratovush tekshiruvidan o'tadilar, 40 yoshdan oshgan ayollarga, agar xayz mavjud bo'lsa, hayz davrining birinchi bosqichida mammografiya qilish tavsiya etiladi. Sut bezlarini tekshirish sut bezlarining xavfli o'smalari uchun klinik ko'rsatmalarda belgilangan tamoyillarga muvofiq amalga oshiriladi.

- TS bilan og'rikan bemorlarga jarayonning tarqalishini aniqlash, tashxisni morfologik tekshirish va rezektivlikni baholash uchun, shuningdek, kichikroq invaziv usullar samarasiz bo'lib, bosqichlash uchun optimal sitoreduksiyanı bajarish shubhali bo'lgan hollarda yoki oldingi sitoreduksiya yetarli darajada bajarilmagan bo'lsa, shuningdek, agar tashxisni morfologik tasdiqlash uchun diagnostik laparoskopiya tavsiya etiladi [18,28].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda asosiy tekshirish usullari:

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;

2. Qon biokimyoviy tahllyoki (natriy, kaliy, kalsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (ACHTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha filtratsiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infeksiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
12. Qonda SA-125, REA, AFP onkomarkerlarini aniqlash;
13. Kompleks ultratovush tashxislash (bachadon bo'yni, tanasi, ortiqlari, tuxumdonlar, jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar va periferik limfa tugunlari);
14. Kichik chanoq magnit-rezonans tomografiyasi;
15. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti kompyuter tomografiyasi;
16. Biopstatni sitologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
17. Biopstatni gistologik tekshirish (limfa tuguni, hosilani)*
18. Biopstatni immunogistoximik tekshirish (limfa tugunini, hosilani, trepano biopstatni)
19. EKG;
20. ExoKG.
21. Butun tana PET/KT si**
22. KT kontrastlash bilan***

- Muolaja va aralashuvga tayyorlashda qo'shimcha tekshirish usullari:

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19ga PZR;

4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekular-genetik tekshirish;
8. Ferritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokalsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
- 13.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGCHni aniqlash;
- 14.Miyelogramma;
- 15.Periferik qon IFTsi;
- 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 17.Standart –sitogenetik tekshirish;
- 18.FISH va PZR usulida molekular-genetik tekshirish;
- 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 20.Ortopantomogramma;
- 21.Ko‘krak segmentini kompyuter tomografiyasi;
- 22.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- 23.FGDS;
- 24.Bronxoskopiya;
- 25.Kolonoskopiya;
- 26.Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining kontrast rentgen tekshiruvi;
- 27.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- 28.Spirografiya;
- 29.Bosh miya MRTsi;
- 30.Plevral bo‘shliq, plevra, bo‘yin UTTsi;
- 31.Holter – monitorlash bilan EKG

* Agar avval o‘tkazilmagan bo‘lsa.

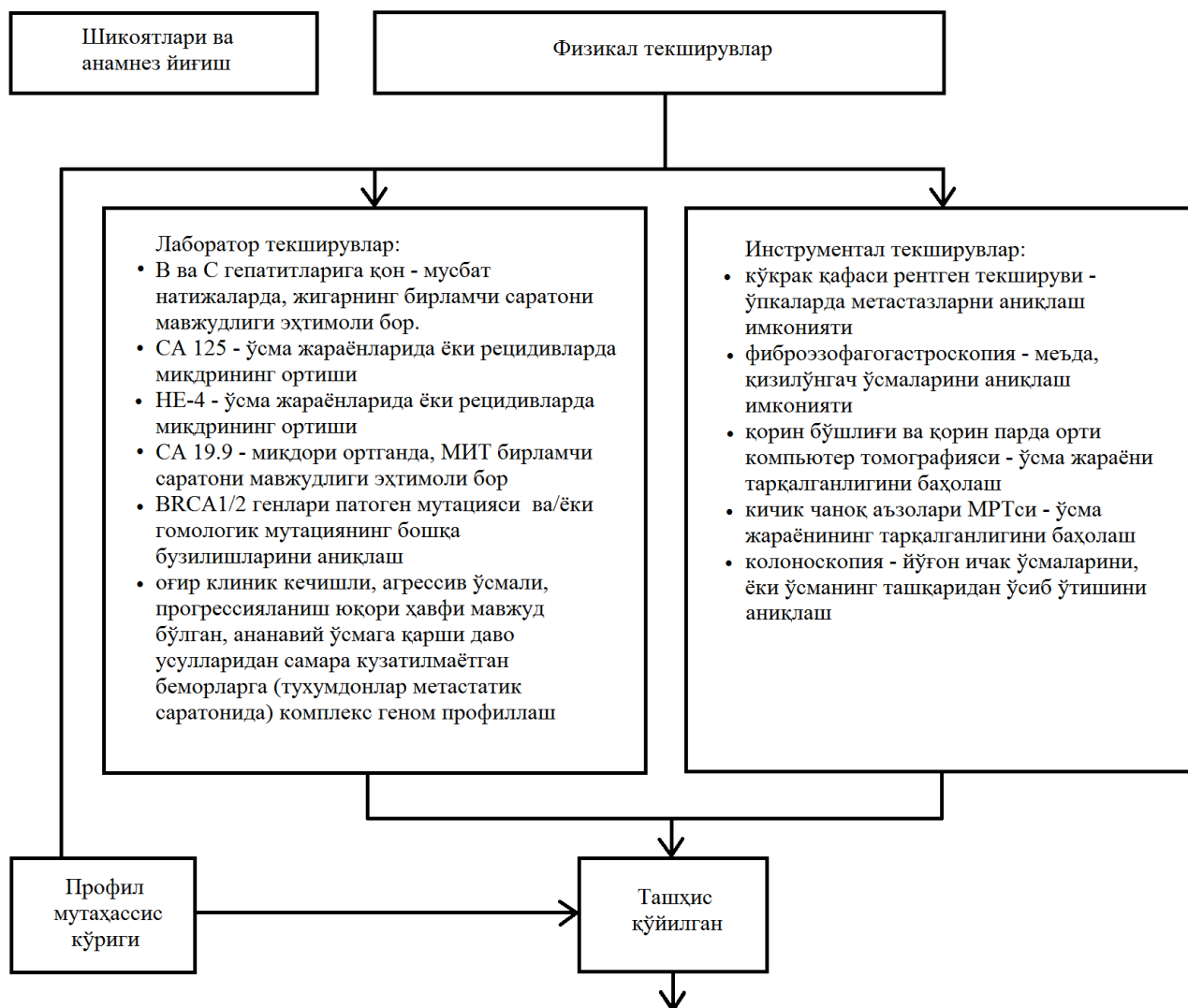
** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

- Mutaxassislarning konsultativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- **Kardilog ko'rigi** (50 yosh va undan katta bemorlarda, shuningdek, YUQT da patologiyasi bo'lgan 50 yoshdan kichik bemorlar);
- **Abdominal ko'rigi** (qorin bo'shlig'i a'zolarida hajmli hosila belgilari bo'lgan ayollarda, oilaviy, birgalikda keluvchi saraton turlarini istisno qilish maqsadida);
- me'da saratonini davolash boshlanishidan oldin **akusher-ginekolog/reproduktologning maslahati** zarur, agar bemor kelajakda farzand ko'rishni xohlasa, ad'yuvant reproduktiv texnologiyalarning mumkin bo'lgan variantlarini muhokama qilish, shuningdek, tug'ish yoshidagi bemorlarda o'smaga qarshi dori terapiya si davrida, yaqin kelajakda va undan keyin istalmagan homiladorlikning oldini olish uchun ishonchli kontratseptiv vositalardan foydalanish masalasida [5];
- **nevropatolog ko'rigi** (qon tomir miya kasalliklarida, shu jumladan insult, miya shikastlanishi, epilepsiya, miasteniya, neyroinfeksion kasalliklar, shuningdek, ongni yo'qotishning barcha holatlarida);
- **endokrinolog ko'rigi** (endokrin a'zolari tomonidan hamroh kasalliklari bo'lgan taqdirda);
- **qon-tomir jarrohi ko'rigi** (varikoz kasallik, tug'ma/orttirilgan tomirlar patologiya mavjud bo'lgan hollarda);
- **pulmonolog ko'rigi** (o'pka parenximasida qoldiq patologiyalar mavjud bo'lganda, bakterial / virusli / noaniq genezli yallig'lanish jarayonidan keyin).
- hamroh patologiyalar mavjud bo'lganda, boshqa mutaxassislar ko'riklari: ftiziatr (anamnezdagi sil kasalligi bo'lsa), yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis (surunkali gepatit bo'lsa) va boshqalar.
- **nefrolog ko'rigi** (buyrak patologiyasi, giperazotemiya mavjud bo'lganda).

- Diagnostik algoritm:



- Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

4-jadval. Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asoslash	tekshirish	Tashxisni inkor qilish mezonlari
Jigar sirrozi	Assitning borligi	Qon biokimyoviy tahlili, B va C, SA 125, NE-4, SA 19.9 ga qon tahlili, qorin bo‘shlig‘i va qorin parda orti KTsi, kichik chanoq a‘zolari MRTsi	Sirroznining KT belgilarining yo‘qligi, qon biokimyoviy tahlillarida jigar sinamallari ko‘rsatkichlarning me‘yoriyligi
Ko‘krak bezi	Tuxumdonlar hajmli	SA 125, NE-4, SA	Tekshirish natijalarida

saraton	hosilasi	19.9, mammografiya, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti KTsi, kichik chanoq a'zolari MRTsi	ko'krak bezida saratonga hos belgilarning yo'qligi
Me'da saraton, yo'g'on ichak saraton	Tuxumdonlar hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, SA 19.9, fibroezofagogastroskopiya, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti KTsi, kichik chanoq a'zolari MRTsi, kolonoskopiya.	Tekshirish natijalarida me'dada va ichakda saratonga hos belgilarning yo'qligi
Endometriy saraton	Tuxumdonlar hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, SA 19.9, qorin bo'shlig'i va qorin parda orti KTsi, kichik chanoq a'zolari MRTsi, kolonoskopiya.	Tekshirish natijalarida bachadon tanasida saratonga hos belgilarning yo'qligi
Tuxumdonlar xavfsiz o'smalari	Tuxumdonlar hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, kichik chanoq a'zolari MRTsi	SA 125, NE-4 darajalarining yuqori ko'rsatkichlarda bo'lishi, tuxumdonlar xavfli o'smasining MRT belgilari
Bachadondan tashqari homiladorlik	Ortiqlar hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, kichik chanoq a'zolari MRTsi, XGCH darajasi	SA 125, NE-4 darajalarining yuqori ko'rsatkichlarda bo'lishi, tuxumdonlar xavfli o'smasining MRT belgilari, XGCH ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi
Oriqlarning tuboovarial hosilalari	Ortiqlar hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, kichik chanoq a'zolari MRTsi.	SA 125, NE-4 darajalarining yuqori ko'rsatkichlarda

			bo'lishi, tuxumdonlar xavfli o'smasining MRT belgilari, yallig'lanishga qarshi davoning samarasizligi
Ortiqlar tuberkulezi, qorin bo'shlig'i tuberkulezi	Ortiqlar hajmli hosilasi. Assit mavjudligi	SA 125, NE-4, kichik chanoq a'zolari MRTsi. Diagnostik laparoskopiya.	SA 125, NE-4 darajalarining yuqori ko'rsatkichlarda bo'lishi, tuxumdonlar xavfli o'smasining MRT belgilari
Bachadon miomasi	Ortiqlar sohasi hajmli hosilasi	SA 125, NE-4, kichik chanoq a'zolari MRTsi.	SA 125, NE-4 darajalarining yuqori ko'rsatkichlarda bo'lishi, tuxumdonlar xavfli o'smasining MRT belgilari

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi.

Tuxumdonlar saratonini ambulator darajada davolash kunduzgi statsionar sharoitida o'tkaziladi. Faqat PXT o'tkaziladi.

1) Nomedikamentoz davo:

Rejim – umumiy.

Diyeta – stol – №15, xirurgik davodan so'ng – №1, stol qandli diabet bemorlarida - №9.

2) Medikamentoz davo:

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

kimyo terapiya – bu maxsus dorilar, sitostatiklar yordamida saraton hujayralarining o'sishini yo'q qilish yoki sekinlashtirishga qaratilgan xavfli o'smalarni tibbiy usulda davolashdir. kimyo terapiya bilan saratonni davolash individual ravishda tanlangan ma'lum bir sxema bo'yicha muntazam ravishda amalga oshiriladi. O'sma kimyo

terapiya si sxemalari dorilarning ma’lum kombinatsiyalarini qabul qilishning bir necha kurslaridan iborat bo’ladi va odatda shikastlangan tana to’qimalarini tiklash uchun dozalar orasidagi pauzalar bilan amalga oshiriladi.

5-jadval. Tuxumdonlar saratonini ambulator medikamentoz davolashda qo’llaniluvchi preparatlar

№ t/r	Preparatlar	Dozasi va yuborilish yo’li	Sikllar soni	Takrorlash chastotasi
1	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3 soatlik infuziya	6	Har 3 haftada
	karboplatin	AUC 5-6, v/i, paklitakseldan so’ng 1 soatlik infuziya		
2	paklitaksel	135 mg/ m ² , v/i, 3 yoki 24 soatlik infuziya 1-kun	6	Har 3 haftada
	sisplatin	75-100 mg/ m ² , i/p, paklitakseldan so’ng 2-kuni		
	paklitaksel	60 mg/ m ² , i/p, 8-kun		
3	paklitaksel	zich dozali rejim 80 mg/ m ² , v/i, 1 soatlik infuziya 1, 8, 15-kunlar	6	Har 3 haftada
	karboplatin	birinchi kun AUC 5-6 v/i, paklitakseldan so’ng 1 soatlik infuziya		
4	paklitaksel	v/i 1 soatlik infuziya 60 mg/m ² keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC2 30 daqiqa davomida	18	Har hafta
	karboplatin			
5	dosetaksel	60-75 mg/ m ² , v/i, 1 soatlik infuziya keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC5-6 v/i 1 soatlik infuziya birinchi kun	6	Har 3 haftada
	karboplatin			
6	paklitaksel		6	

	karboplatin	175 mg/m ² , v/i, 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC 5-6 v/i, paklitakseldan so‘ng 1 soatlik infuziya va 30-90 daqiqalik infuziya bevatsizumab 7,5 mg/kg		Har 3 haftada, bevatsizumab yana 12 siklgacha davom ettirish
	bevatsizumab			
7	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC6 v/i paklitakseldan so‘ng 1 soatlik infuziya	6	Har 3 haftada
	karboplatin			
	bevatsizumab	XTning 2-kursining 1 kunidan bevatsizumab 7,5-15 mg/kg v/i 30-90 daqiqalik infuziya	22 siklgacha	
8*	Pemetreksed	500 mg/m ² v/i 21 kunlik siklning 1-kuni;	4-6	Har 3 haftada

6-jadval

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo‘llash tartibi	ID
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3 soatlik infuziya	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin	AUC 5-6, v/i, paklitakseldan so‘ng 1 soatlik infuziya	
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	135 mg/ m ² , v/i, 3 yoki 24 soatlik infuziya 1-kun	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75-100 mg/ m ² , i/p, paklitakseldan so‘ng 2-kuni	
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	60 mg/ m ² , i/p, 8-kun	A

Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	zich dozali rejim 80 mg/ m2, v/i, 1 soatlik infuziya 1, 8, 15- kunlar	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin	birinchi kun AUC 5-6 v/i, paklitakseldan so‘ng 1 soatlik infuziya	
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	v/i 1 soatlik infuziya 60 mg/ m2 keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC2 30 daqiqa davomida	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin		
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	dosetaksel	60-75 mg/m2, v/i, 1 soatlik infuziya keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC5-6 v/i 1 soatlik infuziya birinchi kun	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin		
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	175 mg/m2, v/i, 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC 5- 6 v/i, paklitakseldan so‘ng soatlik infuziya va 30-90 daqiqalik infuziya bevatsizumab 7,5 mg/kg	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin		
O‘shish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab		
Mikronaycha ingibitorlari– taksanlar	paklitaksel	175 mg/m2, v/i 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC6 v/i paklitakseldan so‘ng 1 soatlik infuziya	A
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin		
O‘shish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab	XTning 2-kursining 1 kunidan bevatsizumab 7,5-15 mg/kg v/i 30-90 daqiqalik infuziya	A
O‘smaga qarshi vositalar, antimetabolit	Pemetreksed	500 mg/m2 v/i 21 kunlik siklning 1-kuni;	A

Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://nrchd.kz/ru/
--	---

7-jadval

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
O'smaga qarshi vositalarning toksikligini kamaytiruvchi dori vositalari	Allopurinol	Ichishga	-
Antibakterial vositalar	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol	Vena ichiga Ichishga	A
Zamburug'ga qarshi dori vositalari	/trimetoprim	Vena ichiga Ichishga	B
	Vorikonazol	Ichishga	B
	Itrakonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Flukonazol	Ichishga	B
Virosqa qarshi dori vositalari	Pozakonazol	Vena ichiga Ichishga	A
Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Asiklovir	Teri ostiga	C
	Nadroparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Enoksaparin	Mahalliy qo'llash	D

	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Vena ichiga Ichishga	A
	Omeprazol	Vena ichiga	A
	Famotidin	Ichishga	
	Ambroksol	Ichishga	B
	Amlodipin	Vena ichiga	
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	B
	Povidon – yod	Tashqariga	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliyevaya kislota	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
	Xlorgeksidin	Ichishga	-
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://medvestnik.ru/content/medarticles/Rekomendaci i-osnovannye-na-dokazatelstvah.html		

3) Jarrohlik aralashuvi: yo‘q.

4) Keyingi davolash:

Birlamchi davodan so‘ng bemorning kuzatuvi:

TS bemorlari birlamchi davodan so‘ng ginekolog onkolog (kimyo terapevt yoki mahsus tayyorlangan ginekolog) tomonidan quyidagi muddatlarda kuzatilishi kerak:

- 1 va 2 yillar – har 3 oyda 1 marta.
- 3 va 4 yillar – har 4 oyda 1 marta.
- 5 yil – yarim yilda 1 marta.
- 6 yil va undan so‘ng – yiliga 1 marta.

Agar davodan oldin miqdori ko‘tarilgan bo‘lsa, SA 125 ni aniqlash yuqori prognostik ahamiyatga ega bo‘ladi va har ko‘rib vaqtida aniqlanishi kerak [29,30,31].

UTT, KT, MRT va PET kabi vizualizatsiya usullari qo‘llaniladi. Kundalik amaliyotda ular agar kasallikni klinik (retsdim/oyetastaz) va/yoki biokimyoviy (SA

125ni ko'tarilishi) progressiyalanishiga gumon bo'lsa qo'llaniladi. Olingan natijalarni interpretatsiya qilish uchun o'smaning terapiya ga javob zamonaviy mezonlari - RECIST 1.1. mezonlaridan foydalanish kerak.

Baholashning RECIST 1.1 mezonlari (2009y):

Qisman javob (Partial Response - PR) - har bir o'choqning eng katta diametrlari yig'indisini 30% dan ortiq kamaytirish.

To'la javob (Complete Response - CR) - barcha o'sma o'qchoqlarining yo'qolishi. Dastlab kattalashgan har qanday limfa tugun 10 mmdan kichik bo'lgan qisqa o'qga ega bo'lishi kerak.

Kasallik progressiyalanishi (Progressive Disease - PD) – asosiy o'choqlar diametrlari summasining 20% va undan ko'pga kattalashishi (> 5 mm); bitta yoki bir nechta yangi o'choqlarning paydo bo'lishi; nishonlanmagan o'choqlarning shubhasiz kattalashishi.

Kasallik stabilizatsiyasi (Stable Disease - SD) – boshqa barchasi yo'q.

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

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

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

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

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

Progressiya - bir yoki bir nechta o'smalar o'lchamlarining 25% dan ko'p kattalashishi yoki yangi shikastlanish o'choqlarining paydo bo'lishi.

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

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

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

- Verifikatsiya qilingan tuxumdonlar saratoni;

- Verifikatsiya qilinmagan tashxis, kichik chanoq hajmli hosilasining, yoki assitning MRT belgilari mavjud bo'lsa, SA 125 va/yoki NE 4 darajasining ko'tarilishida;
- Kurabel bemorlar.

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

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

6. Statsionar darajasida davolash taktikasi.

1) Davolashdan maqsad:

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

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

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

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

TS, FNS va BPK va chegaradosh o'smalarning erta bosqichlari bo'lgan barcha bemorlarda batavsiya xirurgik bosqichlash o'tkazilishi kerak. Xirurgik bosqichlash muolajasi qorin bo'shlig'idan yuvindi olishni o'z ichiga olishi kerak.

- Qorin pardaning butun yuzasini, shu jumladan diafragma, ichak yuzasi va Duglas bo'shlig'ini to'liq tekshirish.
- Qorin bo'shlig'idagi barcha shubhali hosilalarining biopsiyasi.
- Katta charvini olib tashlash va qorin bo'shlig'idan biopsiyani olib tashlash.
- Tekshirish uchun yetarli miqdordagi kichik chanoq va paraaorta limfa tugunlarini olib tashlash.
- Appendiksni olib tashlash, mutsinoz o'smalarda ichak va oshqozon osti bezini yaxshilab qayta reviziyasi [34-36].

Erta bosqichlardagi bemorlarni davolash xavf omillari bilan belgilanadi [7].

TSni bosqichlash xirurgik baholashga asoslanadi.

8-jadval. TSning erta bosqichlarida va chegaradosh o'smalarda bemorlarni olib borish algoritmi [1].

Operatsiya	Nomlanishi	Olib borish taktikasi
Laparotomiya, bosqichlash + TAG + BSO	Invaziv TS, past xavf	Kuzatuv
	Invaziv TS, yuqori xavf	Ad'yuvant kimyo terapiya
	Chegaradosh o'sma, invaziv implantlar yo'q	Kuzatuv
	Chegaradosh o'sma, invaziv implantlar bor	Ad'yuvant kimyo terapiya

9-jadval. Xavf guruhleri

FIGO	Xavf
Past xavf	1a G1
O'rta xavf	Ib yoki Ic, G1, Ia G2
Yuqori xavf	I G3, Ib yoki Ic, G2 yoki 3
Tuxumdonlar yorug' hujayrali saratoni, IIa	

10-jadval. O'smaning bosqichi va morfologik xususiyatlariga qarab kimyo terapiya buyurish algoritmi.

O'smaning bosqichi va morfologik xususiyatlari	Davolash variantlari
yorug' hujayrali bo'lmagan gistologik tipi va xavflilik darajasini pastligi bilan birga kelgan IA va IB bosqichlar	Ad'yuvant XT ko'rsatilmagan

yorug' hujayrali gistologik tipi va xavflilik darajasini yuqoriligi bilan birga kelgan IA va IB bosqichlar	4–6 sikl ad'yuvant platina saqlovchi XT
to'liq xirurgik bosqichlash muolajasi bo'lmaganda IA va IB bosqichlar	6 sikl ad'yuvant platina saqlovchi XT yoki to'liq xirurgik bosqichlash bilan qayta jarrohlik amaruvi, keyinchalik ko'rsatmalarga qarab XT bilan
O'smaning gistologik tipidan qat'iy nazar IC–IV bosqichlar	6 sikl davolovchi platina saqlovchi XT

Fertillikni saqlab qolish niyatida bo'lgan premenopauza bosqichidagi ayollar, xavf omillar yo'q bo'lsa va o'smaning yaxshi morfologik shakli bo'lsa, a'zo saqlovchi jarrohlik amaliyoti va kechinchalik dinamik kuzatuv tavsiya etiladi [37-39].

Birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv operatsiyani amalga oshirishga imkon beradigan o'smaning tarqalishi va bemorning ahvoli bilan to'liq yoki optimal sitoreduksiya miqdorida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi [2, 40-42].

Optimal sitoreduktiv operatsiyani amalga oshirishga imkon beradigan holatda bo'lgan o'smaning tarqalgan holatidagi bemorlarga birinchi bosqichda to'liq yoki optimal sitoreduksiya miqdorida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi [2, 40-42].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Chegaradosh o'smalar:

- Chegaradosh o'smalarni davolash patologning ekspert xulosasiga asoslanadi [60]. Har qanday o'sma metastazlarini Bell, Weinstock & Scully mezonlariga muvofiq hujjatlashtirish kerak [61].
- Invaziv implantlar bo'lmasa, ad'yuvant kimyo terapiya yashovchanlik ko'rsatkichlarini yaxshilashiga ishonarli dalillar yo'q [38,62]. Ad'yuvant kimyo terapiya invaziv implantlar mavjud bo'lganda amalga oshirilishi lozim.

FIGO bo'yicha kasallikning II-IV bosqichida bo'lgan tarqalgan TS :

Tarqalgan TS bilan og'rigan barcha bemorlar sitoreduktiv jarrohlik va kimyo terapiya kombinatsiyasi bilan davolanadi.

Qorin bo'shlig'ida metastazlarning ko'pligi tufayli birinchi bosqichda sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish imkonsiz bo'lgan yoki umumiy holati agressiv jarrohlik aralashuvga yo'l qo'ymaydigan bemorlar (kuchli plevrit va boshqalar.) neoad'yuvant kimyo terapiya uchun nomzodlardir.

Tarqalgan TS, FNS va BPS operabelligini aniqlashda peritoneal karsinomatoz indeksini aniqlash yordma berishi mumkin. Indeks vizual ko'rik paytida birlamachi o'smaning integratsiyalangan ma'lumotlari va uni qorin bo'shlig'iga tarqalganligi asosida aniqlanadi [63, 64].

Germinogen o'smalar.

NB! Germinogen o'smalar ko'pincha yoshlarda uchraydi va bunda fertillikni saqlab qolish masalasi turadi. Ularning kimyo terapiya ga yuqori sezuvchanligi esa, a'zo saqlidovchi operatsiyalarni bajarishga imkon beradi. Shu bilan birga, kimyo terapiya boshlanishida kechikishlarning oldini olish uchun jarrohlik davolash natijasida yuzaga keladigan asoratlarni oldini olish juda muhimdir.

Jarrohlik davosi birinchi bosqichda bajariladi.

NB! Umumiy germinogen tuxumdon o'smalarida sitoreduktiv jarrohlikning roli hali aniqlanmagan.

«1A» bosqichli disgerminoma bo'lgan va toza «1A, G1» bosqichli yetilmagan teratomali bemorlarda, yuqorida tavsiflangan algoritmgaga muvofiq, bitta jarrohlik davolashi bilan cheklanish mumkin edi. Ammo, bunda uzoq vaqt davomida ehtiyotkorlik bilan dinamik kuzatuv o'tkazish zarur bo'ladi. Chunki retsidivlanish ehtimoli 20 yil davomida saqlanib qoladi. Boshqa barcha holatlarda operatsiyadan keyingi kimyo terapiya ko'rsatma bo'ladi.

Granuloz hujayrali o'smalarning retsidivi yuqori xavfida (tuxumdon kapsulasining yorilishi, kasallikning kech bosqichlari), 1-liniya kimyo terapiya standarti *etopozid* va *sisplatin* (EP) yoki *bleomitsin*, *etopozid*, *sisplatin* (VER) kombinatsiyasidagi sxemalardir [107].

kimyo terapiya paytida og'iz kontratseptivlarini albatta buyurish, homiladorlikdan himoya qiladi va tuxumdonlar faoliyatini bostiradi, ularni himoya qiladi va reproduktiv funksiyani saqlashni ta'minlaydi.

Jinsiy bitishma stromasi o'smalari

Erta bosqichlar («1» - bosqich): Yosh ayollarda 1-bosqichda, agar ular reproduktiv funksiyani saqlab qolishni xohlasalar, bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'ining alohida diagnostik qirish bilan bir tomonlama SOEni bajarish kifoya. Postmenopozal ayollarda ikki tomonlama SOE bilan TAG ko'rsatiladi [108, 109]. 1-bosqichda ad'yuvant davolash ko'rsatilmaydi.

II-IV bosqichlar (tarqalgan bosqichlar). Tarqalgan bosqichlarini davolashda tanlov usuli nur yoki kimyo terapiya hisoblanadi [110]. Jinsiy bitishma stromasi o'smalari uchun turli xil kimyo terapiya rejimlarini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar yo'qligi sababli,

odatda germinogen o'smalar uchun ishlatiladigan sxemalar qo'llaniladi [111].

Retsidivlar. 12 oy yoki undan ko'proq vaqt o'tgach va davolanish tugagandan so'ng yuzaga keladigan lokal va rezektabel retsidivlarda sitoreduktiv jarrohlik ko'rsatma bo'ladi. Retsidivni erta tashxislash uchun zardob ingibini ishlatilishi mumkin [112].

2) Bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutizatsiyasi: yo'q.

3) nomedikamentoz davo:

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

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

TSda nur terapiya – qorin bo'shlig'ini to'liq nurlash usuli keng qo'llanish uchun atvsiya etilmagan [33].

4) medikamentoz davo

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

kimyo terapiya .

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

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

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

o'tkaziladi.

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

kimyo terapiya ga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan tuxumdonlar saratoni;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- uzoq a'zolarida va uzoq limfa tugunlarida metastazlar;
- o'sma retsidivi;
- bemorda qon surati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit ko'rsatkichlarining me'yoriy bo'lishi;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o'tkazilganlik ehtimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;
- o'sma yomon gistotipga ega bo'lganda (past differensiallashgan, differensiallashmagan), davolashning uzoq natijalarini yaxshilash.

kimyo terapiya ga qarshi ko'rsatmalar:

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

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

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

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

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

1-jadval. Yuqori xavf guruhiga mansub TS erta bosqichlarini kimyo терапия схемалари ва дозалаш режимлари

Sikl kuni	Preparatlar	Dozasi va yuborilish yo'li	Sikllar soni	Takrorlash chastotasi
1	Paklitaksel	175 mg/m ² v/i	4	Har 3 haftada
	Karboplatin	AUC 5-6 v/i		
1	Karboplatin	AUC 5-6 v/i	3-6	Har 3 haftada

Yuqori xavf o'smalarida platina saqlovchi ad'yuvant kimyo terapiya retsidiv ehtimolini kamaytiradi va yashovchanlik natijalarini yaxshilaydi [58, 59]. Eng keng tarqalgan ad'yuvant kimyo terapiya rejimi karboplatinning paklitaksel bilan kombinatsiyasidir, chunki bu rejimdan foydalanish oson va boshqa dorilarga nisbatan yengilroq toksiklikka egadir (11-jadval).

Bosqichlanmagan 1-bosqich kasalligiga shtaxmin qilingan bemorlar ham, bosqichlash uchun ad'yuvant kimyoviy terapiya yoki qayta operatsiyaga muhtojdir. Ad'yuvant kimyo terapiya nafaqat nooptimal bosqichlangan bemorlarga, balki retsidiv xavfi o'rtacha yoki yuqori bo'lgan optimal bosqichli bemorlarga ham berilishi kerak. Yuqori darajada differensiallashgan (G1) IA-Ib bosqich o'smali bemorlarga optimal bosqichlangan bo'lsa, operatsiyadan keyin qo'shimcha davolash talab qilmaydi.

Epiteliya tuxumdonlar saratonida 1-qator kimyo terapiya platina preparatlarini o'z ichiga olishi kerak. Karboplatin va sisplatin bilan kimyo terapiyadan keyin omon qolish darajasida sezilarli farq yo'q. Foydalanish qulayligi va toksikligi sezilarli darajada pastligini hisobga olgan holda, karboplatin birinchi raqamli dori bo'lib qolmoqda [69-71].

NB! Farmakologik egrilik (AUC) ostida karboplatin dozasini hisoblash Kalvert

formulasi (1989) bo'yicha amalga oshiriladi. Kalvert formulasi quyidagicha: Doza (mg) = AUC x (SKF + 25). Mono kimyo terapiyada va ilgari davolanmagan bemorlarda AUC 5-7, karboplatinni birgalikda qo'llashda va ilgari davolangan bemorlarda AUC 4-6.

Tarqalgan TS, FYS va BPS uchun tavsiya etilgan birinchi liniya kimyo terapiya sxemalari quyidagi 12-jadvalda keltirilgan:

12-jadval. Tarqalgan (FIGO bo'yicha II-IV) TS, FNS va BPK ni kimyo terapiya sxemalari va dozalash rejimlari [1].

№ t/r	Preparatlar	Dozasi va yuborilish yo'li	Sikllar soni	Takrorlash chastotasi
1	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3-soatlik infuziya	6	Har 3 haftada
	karboplatin	AUC 5-6, v/i, paklitakseldan so'ng 1 soatlik infuziya		
2*	paklitaksel	135 mg/m ² , v/i, 3 yoki 24 soatlik infuziya 1-kun	6	Har 3 haftada
	sisplatin	75-100 mg/m ² , i/p, paklitakseldan so'ng 2-kuni		
	paklitaksel	60 mg/m ² , i/p, 8-kun		
3	paklitaksel	zich dozali rejim 80 mg/m ² , v/i, 1 soatlik infuziya 1, 8, 15-kunlar	6	Har 3 haftada
	karboplatin	birinchi kun AUC 5-6 v/i, 1 soatlik infuziya paklitakseldan so'ng		
4	paklitaksel	v/i 1 soatlik infuziya 60 mg/m ² keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC 2 30 daqiqa davomida	18	Har hafta
	karboplatin			
5	dosetaksel	60-75 mg/m ² , v/i, 1 soatlik infuziya keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC 5-6 v/i 1 soatlik infuziya birinchi kun	6	Har 3 haftada
	karboplatin			

6	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC 5-6 v/i, paklitakseldan so'ng soatlik infuziya va 30-90 daqiqalik infuziya bevatsizumab 7,5 mg/kg	6	Har 3 haftada, bevatsizumab yana 12 sikl davomida davom ettirish
	Karboplatin			
	Bevatsizumab			
7	paklitaksel	175 mg/ m ² , v/i 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC6 v/i soatlik infuziya paklitakseldan so'ng	6	Har 3 haftada
	karboplatin			
	bevatsizumab	XTning 2-kursining 1 kunidan bevatsizumab 7,5-15 mg/kg v/i 30-90 daqiqalik infuziya	22 siklgacha	
8*	Pemetreksed	500 mg/m ² v/i 21 kunlik siklning 1-kuni;	4-6	Har 3 haftada

NB! * - texnik sharoitlar va o'qitilgan personal mavjud bo'lganda o'tkaziladi.

NB! * - XTning 3-4 liniyasida o'tkaziladi (platina saqllovchi preparatlar bilan kombinatsiyada + target komponent, bevatsizumab bilan kombinatsiyada qilinadi).

GOG0218 va ICON7 ikki yirik tadqiqotlar tarqalgan tuxumdonlar saratonida kimyo terapiyaning birinchi liniyasida bevatsizumabning samaradorligini tasdiqladi. Bunda progressiylanishgacha mediananing va umumiy yashovchanlik medianasining uzayishi kuzatilgan [72, 73].

III-IV bosqich yuqori darajali xavflilikdagi seroz TS bemorlariga, agar quyidagi shartlar bajarilsa, olaparib bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasini buyurish tavsiya etiladi:

- BRCA1/2 genining germinal va somatik mutatsiyasi mavjud bo'lganda;
- birinchi liniya kimyo terapiya sida o'smaga qarshi javob (to'la yoki qisman).

Olaparib * (tabletkalarda) bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasi 300 mg +sut dozada, 2 tmarta ichishga, 2 yil davomida yoki progressiylanishgacha yoki chidab bo'lmas toksiklikkacha amalga oshiriladi. Agar terapiya boshlanganidan 2 yil o'tgach qisman javob saqlanib qolsa, shifokorning fikriga ko'ra, bu bemorga foyda keltirishi mumkin bo'lsa, davolanishni 2 yildan ortiq davom ettirish mumkin. KT tugaganidan keyin 8 hafta ichida olaparib bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasini boshlash maqsadga muvofiqdir.

Yuqori darajada xavflilikdagi tarqalgan epiteliya tuxumdon saratoni, fallopiy naylari

yoki birlamchi peritoneal saratoni bilan kasallangan, birinchi liniyada platina saqllovchi kimyo terapiyaga javob bergan (to'la yoki qisman) katta yoshli bemorlarda qo'llab-quvvatlovchi terapiya sifatida olaparib bevatsizumab bilan birgalikda ko'rsatma bo'ladi. Ularda saraton BRCA1/2 mutatsiyasi va/yoki genom nostabillik mavjudligi bilan belgilanuvchi gomologik rekombinatsiya buzilishi musbat statusi bilan assotsiatsiyalanadi [57].

Neoad'yuvant kimyo terapiya .

Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan bemorlarning hammasi ham o'sma jarayonining keng tarqalganligi (asosan kuchli assit va ekssudativ plevrit, ekstraperitoneal metastazlar) yoki umumiy somatik holatning sustligi (ECOG $\geq$ 3) tufayli birlamchi sitoreduktiv jarrohlik amaliyoti uchun nomzod bo'lavermaydi. Bunday bemorlar uchun tashxisni morfologik tasdiqlangandan va bosqichlangandan so'ng, tanlov usuli NAXT hisoblanadi [6].

Bunday bemorlarda NAXT 2-3 kursidan so'ng ECOG bo'yicha umumiy somatik holatning ≤ 2 ga yaxshilanishi va yaxshi klinik javob kuzatilganda (bu assit va ekssudativ plevritning regressiyasi, o'smaning kichrayishi va qonda CA-125 darajasining sezilarli regressiyasi (agar u dastlab ko'paygan bo'lsa) bilan belgilanadi.), intervalli (oraliq) sitoreduktiv jarrohlik amaliyoti amalga oshirilishi mumkin.

Ko'plab tadqiqotlarda NAXT o'zini sitoreduktiv amaliyotdan yomon bo'lmagan ravishda o'zini ko'rsatdi [75-77].

Kasallikning progressiyalanishi va retsidiylari.

Tuxumdonlar saratonini progressiyalanishini konstatatsiyasi mezonlari:

- 1) progressiyalanishni klinik yoki rentgenologik tasdiqlanishi;
- 2) quyidagi shartlarga rioya qilgan holda, kamida 1 hafta interval bilan qayta analiz bilan tasdiqlangan SA 125 darajasining o'sishi bo'yicha progressiyalanish:
 - SA 125 ning me'yorning yuqori chegarasidan 2 marotaba o'sishi (agar avval u me'yor chegarasida bo'lgan bo'lsa);
 - SA 125 ning o'tkazilayotgan davo vaqtida registratsiya qilingan eng kam qiymatidan 2 marotaba o'sishi (agar davo vaqtida SA 125 ning me'yorlashishi kuzatilmagan bo'lsa).

Ushbu klinik holatlarda davolash bemor sog'aygancha olib borilmaydi. Ushbu klinik holatlarda davolash bemorlarning tuzalishiga olib kelmaydi. Shuning uchun, bunday davolashning asosiy maqsadi hayot sifatini yaxshilash va bemorni olib borishning umumiy rejasi bilan integratsiyadir.

kimyo terapiya .

Platina preparatlariga sezgirlik. Agar bemorlarda davodan so'ng

progressiyanishgacha bo'lgan vaqt (platina o'z ichiga olgan kimyo terapiya tugagandan so'ng) 6 oydan ko'p bo'lsa, davo platina preparatlari bilan tiklanishi kerak [96, 97]. Platinaga sezgir retsidiv uchun afzal davolash sxemalari quyidagilar bo'lishi mumkin [81-90]:

- карбоплатин монорежимда;
- karboplatin/dosetaksel;
- karboplatin/gemcitabin;
- karboplatin/gemcitabin/bevatsizumab;
- sisplatin/gemcitabin;
- karboplatin/liposomal doksorubitsin;
- karboplatin/paklitaksel (har 3 haftada yoki har hafta);
- sisplatin;
- topotekan/karboplatin;
- topotekan/sisplatin.

Platinaga sezgir refidivlanuvchi (PSR) yuqori daraja xavflilikdagi, platina saqlovchi kimyo terapiya ga javob bergan (to'liq yoki qisman) tuxumdonlar, bachadon nayi epitelial saratonida yoki birlamchi peritonel saratonda qo'llab-quvvatlovchi monoterapiya sifatida Olaparib. TS retsidivlarini davolashda olaparib BRCA1/2 genlarining mutatsion holatidan qat'i nazar buyurilishi mumkin.

Olaparib 300 mgni sutkasiga 2 mahal qabul qilish, 8 hafta davomida boshlash tavsiya qilinadi. Platina saqlovchi XT tugagandan so'ng, preparat bilan davolash progressiyanishga qadar yoki chidab bo'lmas toksiklikning rivojlanishi yoki paydo bo'lguncha davom ettirilishi kerak [91, 92].

Platinaga sezgir retsidiv uchun ishlatiladigan target dorilar bevatsizumab bo'lishi mumkin, agar birlamchi davolash usiz amalga oshirilgan bo'lsa [93-95].

Platina preparatlariga rezistentli turlari.

kimyo terapiya yakunlanganidan so'ng 6 oy ichida retsidiv rivojlangan holatlarni platinarezistent kasallik deyiladi. Platina preparatlarini qo'llash bilan kimyo terapiya fonida retsidiv rivojlansa – platinorefrektar kasallik deyiladi.

Ushbu guruh bemorlari uchun tanlov preparatlari bo'lib, quyidagilar hisoblanishi mumkin [93-103]:

- dosetaksel;
- peroral etopozid;
- gemcitabin;

- liposomal doksorubitsin;
- liposomal doksorubitsin/bevatsizumab;
- har haftalik paklitaksel;
- har haftalik paklitaksel/bevatsizumab;
- topotekan;
- vinorelbin.
- pembrolizumab* (MSI-H yoki dMMR solid o'smalari bo'lgan bemorlar uchun, yoki TMB-H ≥ 10 mutatsiya/megabaza o'smalari uchun) [104].

**O'zR da registratsiya qilingandan so'ng qo'llanilsin.*

Cheklangan qo'llanishga ega bo'lishi mumkin - tamoksifen [105-106].

Ikkinchi liniya kimyo terapiyaning ketma-ket ikki kursidan so'ng, davolanishga serologik yoki klinik javob bo'lmagan taqdirda, davolashni to'xtatish to'g'risida qaror qabul qilinishi mumkin.

Tuxumdonlar yorug' hujayrali va mutsinoz adenokarsinomasida (harm 1-liniyada, ham retsidivlarda) quyidagi rejimlar qo'llaniladi [72, 73]:

- irinotekan/sisplatin;
- oksaliplatin/kapetsitabin;
- irinotekan/mitomitsin.

13-jadval. Germinogen o'smali bemorlarni davolashda VER rejimi

Sikl kuni	Preparat	Doza	Sikllar soni	Chastota
1 kun	bleomitsin	30 mg (ME), v/i	12	har hafta
1-5 kunlar	etopozid	100 mg/m ² , v/i	3	har 3 haftada
1-5 kunlar	sisplatin	20 mg/m ² , v/i		har 3 haftada

Shuningdek tanlov preparatlari bo'lishi mumkin: vinblastin, ifosfamid, karboplatin.

Germinogen o'smalarda kimyo terapiya ikkinchi liniyasi sxemasi bo'lishi mumkin quyidagi kombinatsiyalar (NB! * O'zR hududida registratsiya qilingandan so'ng qo'llanilsin):

- VAC (vinkristin, daktinomitsin*, siklofosfamid);
- TIP (paklitaksel, ifosamid, mesna, sisplatin).

kimyo terapiya ning uchinchi liniyasi quyidagilar:

- TGP (paklitaksel, gemitabin, oksaliplatin*);
- GemOx (gemitabin, oksaliplatin*).

II va III darajali xavflilikdagi yetilmagan teratomalar uchun VAC sxemasi yoki boshqa vinblastinli kombinatsiyalar yang yaxshi hisoblanadi.

Jinsiy bitishma stromasi o'smalari.

Erta bosqich («1» bosqich): Kasallikning 1-bosqichi bo'lgan yosh ayollarda, agar ular reproduktiv funksiyani saqlab qolishni istasalar, bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'ining alohida diagnostik tozalash bilan bir tomonlama SOEni bajarish kifoya. Postmenopoza bosqichidagi ayollarda ikki tomonlama SOE bilan TAG ko'rsatma bo'ladi [96,97]. 1-bosqichda ad'yuvant davolash ko'rsatma bo'lmaydi.

II-IV bosqichlar (tarqalgan bosqichlar). Tarqalgan bosqichlarini davolashda tanlov usuli nur yoki kimyo terapiya hisoblanadi [98]. Jinsiy bitishma stromasi o'smalari uchun turli xil kimyo terapiya rejimlarini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar yo'qligi sababli, odatda germinogen o'smalar uchun ishlatiladigan sxemalar qo'llaniladi [99].

Retsidivlar. 12 oy yoki undan ko'proq vaqt o'tgach va davolanish tugagandan so'ng yuzaga keladigan lokal va rezektabel retsidivlarda sitoreduktiv jarrohlik ko'rsatma bo'ladi. Retsidivni erta tashxislash uchun zardob ingibini ishlatilishi mumkin [100].

14-jadval

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	ID
Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	sisplatin	75 mg/m ² , 1-chi kun, v/i	A
	karboplatin	AUC 5-6, 1-chi kun, v/i	A
Mikronaychalar ingibitorlari– taksanlar	dosetaksel	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	paklitaksel	175 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Pirimidin antagonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletkalar, ichishga	A
Mikronaychalar ingibitorlari – barvink alkaloidlari	vinorelbin	25 mg/m ² 1,8, 15 kunlar, v/i	A

Inson poli (ADF riboza) polimerazalar (PARP) fermenti ingibitori	olaparib	300 mg, sutkada 2 marta, tabletkalar, uzoq vaqt, ichishga	A
O'sish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab	7,5-15 mg/kg 3 haftada 1 marta progressiyagacha, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – antratsiklinlar	Pegilirlangan liposomal doksorubitsin	50-60 mg/m ² , 1-chi kun, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	bleomitsin	30 mg, v/i, m/o, 1,3 kunlar	A
Alkillovchi agentlar – xloretilaminlar	ifosfamid	1500 mg/m ² , 1-5 kunlar , v/i	A
Akrolein antidoti	mesna	400 mg/m ² , kuniga 3 marta 1-5 kunlar, v/i	A
Antimetabolitlar – sitidin analoglari	gemsitabin	1000 mg/m ² 1-, 8- va 15-chi kunlar, v/i	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	topotekan	0,75-1,25 mg/m ² 1-3 kunlar, v/i	A
	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Topoizomeraza 11 ingibitori	etopozid	100 mg/m ² 1-5 kunlar , v/i	A
Platina kompleks birikmalari	oksaliplatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Gormonlar va antigormonlar. Antiestrogenlar	tamoksifen	40 mg/sut, ichishga	B
Immunoonkologik preparatlar	pembrolizumab	200 mg v/i har 3 haftada yoki 400 mg v/i har 6 haftada	A
Bisfosfonatlar guruhiga mansub suyak rezorbsiyasi ingibitori	pamidron kislota	90mg v/i 4 soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	B
	zoledron kislota	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B

Suyak rezorbsiyasi ingibitori.	denosumab	120 mg teri ostiga	A
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://diseases.medelem.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%8F%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B0%D1%8F-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%8B-%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C-%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17465		

15-jadval.

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	ID
O'smaga qarshi preparatlar toksik ta'sirini susaytiruvchi dori vositalari	Allopurinol	Ichishga	-
Antibakterial vositalar	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	C
	Sulfametoksazol	Vena ichiga Ichishga	A
Zamburug'ga qarshi dori vositalari	/trimetoprim	Vena ichiga Ichishga	B
	Vorikonazol	Ichishga	B
	Itrakonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Flukonazol	Ichishga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Pozakonazol	Vena ichiga Ichishga	A

Qon ivish tizimiga ta'sir qiluvchi dori vositalari	Asiklovir	Teri ostiga	C
	Nadroparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Enoksaparin	Mahalliy qo'llash	D
	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Vena ichiga Ichishga	A
	Omeprazol	Vena ichiga	A
	Famotidin	Ichishga	
	Ambroksol	Ichishga	B
	Amlodipin	Vena ichiga	
	Drotaverin	Ichishga	B
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	-
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%8F%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B0%D1%8F-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%8B-%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C-%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17465		

5) Jarrohlik aralashuvi:

Tuxumdonlar saratonining I–II bosqichlarini xirurgik davolash:

- Kasallikning I-II bosqichlarida, qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziyasi paytida, jarrohlik bosqichlashining barcha amaliyotlarini bajarish tavsiya etiladi [43-47].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izohlar: TSni xirurgik bosqichlash uchun quyidagi muolajalar bajariladi:

1. Qorin va kichik chanoq a'zolarini to'liq reviziyasi va katta charviga yetarli kirishni ta'minlash uchun o'rta laparotomiya bajariladi. Erta bosqichlarida (I bosqich) bosqichlash maqsadida laparoskopik jarrohlik amaliyotlari yirik onkologik markazlarda tayyorlangan mutaxassislar va yetarli darajada texnik jihozlanish mavjud bo'lganda bajarilishi mumkin [48].

2. Agar tashxisni morfologik verifikatsiyasi mavjud bo'lmasa, laparotomiya biopsiya (jarrohlik) materialini shoshilinch intraoperativ patologik anatomik tekshirish bilan amalga oshirilishi kerak.

3. Agar astsit aniqlansa, suyuqlik sitologik tekshirish uchun aspiratsiya qilinadi. Astsit bo'lmasa, qorin parda (shu jumladan uning diafragma yuzasidan, yon kanallardan va kichik chanoqdan) olingan yuqindi sitologik tekshiruvi amalga oshiriladi.

4. Qorin bo'shlig'ining barcha qismlari, kichik chanoq, shu jumladan diafragma osti sohasi, katta va kichik charvi, ingichka va yo'g'on ichak va ularning tutqichi, pariyetal va visseral qorin pardaning yuzasi, qorin parda orti soha diqqat bilan va metodik tekshiriladi, qorin pardaning barcha joylari va metastazlarga shubhali bitishmalar biopsiya qilinadi. Qorin pardaning butun yuzasini tekshirish kerak. Revizisga to'sqinlik qiladigan bitishma jarayonlari belgilanishi kerak.

5. Agar reviziya metastazlar mavjudligini tasdiqlamagan bo'lsa, kichik chanoq devorlari qorin pardasining tasodifiy tanlangan joylari, to'g'ri ichak-bachadon chuqurchasi, siydik pufagi, yonbosh kanallar, shuningdek diafragmaning o'ng va chap gumbazlari biopsiyasi amalga oshiriladi (diafragma yuzalaridan qirindi olinishi mumkin).

6. Katta charvini olib tashlash majburiydir va tarqalgan TSda bu oshqozonning katta egriligi darajasida amalga oshiriladi.

7. Tuxumdonlar saratonining I bosqichida (mutsinoz adenokartsinomadan tashqari) ad'yuvant kimyoviy terapiya zarurligini hal qilish uchun buyrak tomirlari darajasiga qadar kichik chanoq va yonbosh limfadenektomiyasi majburiydir, boshqa barcha holatlarda u individual ravishda hal qilinadi.

8. Appendiksni olib tashlash maqsadga muvofiq bo'ladi, agar uning shikastlanishiga gumon bo'lsa.

Fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarda, past darajada xavflilikdagi seroz kartsinomasida, IA yoki IC1 bosqich endometrioid yoki mutsinoz kartsinomada, agar ehtiyotkorlik bilan kuzatib borish imkoniyati mavjud bo'lsa va kasallikning isbotlangan irsiy tabiati bo'lmasa, istisno tariqasida a'zo saqlovchi jarrohlik aralashuvi (bir tomonlama adneksektomiya ikkinchi tuxumdonni rezektsiya qilish, omentektomiya, kichik chanoq va yonbosh limfadenektomiyasi va bosqichlash muolajalari bilan) bajarilishi mumkin.

Kam invaziv jarrohlik aralashuvlar, xususan laparoskopik aralashuvlar faqat tashxisni morfologik verifikatsiya qilish, bosqichni aniqlash yoki sitoreduktiv jarrohlik hajmini prognozlash uchun qo'llanilishi mumkin.

Agar birinchi operatsiya paytida kasallikning erta (I-II) bosqichlariga shubha qilingan taqdirda bosqichlash muolajalari bajarilmasa, restadiyalash maqsadida takroriy jarrohlik aralashuvni amalga oshirish tavsiya etiladi [49-51].

Tuxumdonlar saratonining III-IV bosqichlarini xirurgik davolash

- Tarqalgan o'smalarda va birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish uchun bemorning ahvoli imkon bersa, to'liq yoki optimal sitoreduktsiya, ya'ni kasallikning barcha ko'rinadigan belgilarini olib tashlash hajmida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi, [2,52].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

- birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv amaliyot bajarish imkonsi bo'lsa, davoni kimyo terapiya (XT) dan boshlash tavsiya etiladi [53-55].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: operatsiyadan oldingi XT ko'rsatma bo'lgan bemorlarga og'ir somatik holatga ega bemorlar, shuningdek, optimal sitoreduktsiyani amalga oshirish imkonsiz bo'lgan o'sma jarayonining juda kuchli tarqalishi bo'lgan bemorlar kirishi mumkin. Ushbu bemorlarga imkon qadar tezroq (induksion XT 2-3 kursidan keyin) oraliq sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish kerak. Jarrohlik amaliyotidan so'ng bemorlarga xuddi shu sxema bo'yicha qo'shimcha 3-4 kurs XT o'tkaziladi.

- TS ning III-IV bosqichida, to'liq sitoreduktsiya bajarilgan taqdirda, operatsiyadan oldingi tekshiruv yoki intraoperatsion reviziyaga ko'ra metastatik shikastlanishga gumon qilingan kattalashgan limfa tugunlari mavjud bo'lganda, limfadenektomiya bajarilishi tavsiya etiladi [56,57].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: buyrak tomirlari darajasigacha bo'lgan ichki, tashqi, umumiy yonbosh, yopqich, preaortal, paraaortal, aortakaval, prekaval va parakaval limfa tugunlari olib tashlanadi.

Retsidivlarni xirurgik davolash.

Ikkilamchi sitoreduktiv amaliyotlar retsidivli katta bo'lmagan bemorlar guruhida o'zini oqlaydi, qachonki [90]:

Uzoq vaqtli retsidivsiz davr bo'lsa (odatda > 2 yil);

- retsidiv o'smani butunlay olib tashlash mumkin bo'lsa.

Davom etayotgan kimyo terapiya fonida erta kasallik progressiyasi kuzatilgan bemorlarga jarrohlik davolash tanlangan usul bo‘lmasligi kerak [108].

Jarrohlik usulida davolash ko‘pincha palliativ xarakterga ega bo‘lishi mumkin (ayniqsa, ichak tutilishida hayot sifatini yaxshilash uchun).

"Second Look" amaliyoti. Odatda kombinatsiyalangan yoki kompleks davolashdan keyin o‘sma jarayonining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun amalga oshiriladi.

6) Keyingi davolash:

Birlamchi davolashdan so‘ng bemorni kuzatish.

TS bemorlari birlamchi davodan so‘ng ginekolog onkolog (ximioterapevt yoki mahsus tayyorlangan ginekolog) tomonidan quyidagi muddatlarda kuzatilishi kerak

- 1 va 2 yillar – 3 oyda 1 bor;
- 3 va 4 yillar – to‘rt oyda 1 marta;
- 5 yil – yarim yilda 1 marta;
- 6 yil va undan keyin – yiliga 1 marta.
- CA-125 ni aniqlash, agar u davolanishdan oldin oshgan bo‘lsa, yuqori prognostik ahamiyatga ega bo‘ladi va har bir ko‘rikda aniqlanishi kerak bo‘ladi. CA - 125 dan foydalanish mezonlari batafsil tavsiflangan [29,113,114].
- Davolash tugagandan so‘ng, epiteliya saratoni bilan bir xil chastotada barcha bemorlar zardob markerlarini muntazam ravishda aniqlash va ginekologik tekshiruv bilan kuzatilishi kerak. Retsidivni erta tashxislash uchun XGCh, LDG, AFP, REA va SA-125 marker sifatida qo‘llaniladi, agar dastavval ular oshgan bo‘lsa. Ko‘pgina bemorlarda hayz ko‘rish va reproduktiv funktsiya tiklanadi [94].
- Ultratovush, KT, MRT va PET kabi tibbiy vizualizatsiya usullari ham qo‘llaniladi. Muntazam amaliyotda ular faqat kasallikning rivojlanishiga klinik (retsidiv/metastaz) va/yoki biokimyoviy (SA125 ortishi) shubhalar mavjud bo‘lgandagina buyuriladi.

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

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

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

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

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

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

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

7. Ilovalar

1-ilova

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

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

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

Tip: baholash shkalasi

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

Tarkibi:

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

2-ilova

Karnovskiy shkalasi

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

Manba (rasmiy ishlab chiquvchi sayt):

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

Tip: baholash shkalasi.

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

Tarkibi (shablon):

Karnovski shkalasi

100— Holati normal, shikoyatlari yo'q

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

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

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

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

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

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

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

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

10— O'layotgan bemor.

0— O'lim.

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

TOSHKENT – 2024

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK(MKB)-10 kodi (lar):

MKB-10:	
Kod	Nomi
C.48	Qorin parda orti soha va qorin parda xavfli o'smalari
C.48.0	Qorin parda orti sohasi
C.48.1	Qorin pada aniqlashtirilgan qismlari
C.48.2	Qorin pada aniqlashtirilmagan qismlari
C.56	Tuxumdonlar xavfli o'smalari
C.57	Boshqa va aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari
C57.0	Fallopiy naylari
C57.1	Keng bog'lam
C57.2	Yumaloq bog'lam
C57.3	Parametriy
C57.4	Bachadon ortiqlari aniqlashtirilmagan
C57.7	Boshqa aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolari
C57.8	Yuqorida ko'rsatilgan bir yoki ko'proq lokalizatsiyadan tashqariga chiqqan ayollar jinsiy a'zolarining shikastlanishi
C57.9	Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali ayollar jinsiy a'zolari
Yuklab olish (HKK (MKB) dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	

1. Asosiy qism.

- Kirish

- **Киршиш** (foydalanilgan manba'ga havola:

<https://rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-10.pdf>)

Tuxumdonlar, bachadon naylari va qorin pardaning birlamchi saratoni - tegishli organlarning epiteliysidan kelib chiqadigan xavfli o'smalar guruhidir. Qorin parda va bachadon naylarining birlamchi saratonini klinik kechishi va davolash usullari Tuxumdonlar saratoniga o'xshaydi, shuning uchun nozologiyalar ushbu tavsiyalarda birgalikda ko'rib chiqiladi [1].

Tuxumdonlar o'smalari (xavfli va xavfsiz) har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha 40-50 yoshda kuzatiladi. Chastotasi bo'yicha ular ayollar jinsiy

a'zolarining o'smalari orasida ikkinchi o'rinni egallaydi va xavfsiz formalari sezilarli (75-80%) ko'p uchraydi.

Tuxumdonlarning xavfli o'smalarini aniqlash muammosi eng dolzarb muammolardan biridir. Uning dolzarbligi so'nggi o'n yilliklarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida kuzatilgan ushbu patologiyadan kasallanish va o'limning shubhasiz oshishi bilan ham bog'liq. Tuxumdonlar xavfli o'smalari bilan bemorlarning aksariyati (75-87%) davolanishga kasallikning kechki bosqichlarida murojat qilishadi va 10-yillik yashovchanlik 10% dan oshmaydi. Tuxumdonlar xavfli o'smalarining kech tashxislanishi kasallikning o'ziga xos belgilarining yo'qligi va tibbiy yordam uchun ayollarning kech murojat qilishlari bilan bog'liq.

Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan bemorlarning 10 foizida kasallikning rivojlanishi ma'lum irsiy sindromlarning mavjudligi bilan bog'liq. BRCA genlari mutatsiyasi bilan bog'liq ko'krak bezi va tuxumdonlar saratonini irsiylanishi sindromi - eng keng tarqalgandir[1]. Tuxumdonlar saratoni qolgan bemorlarda sporadik xarakterga ega bo'ladi. Ushbu patologiyaning rivojlanishi uchun quyidagi xavf omillari hisobga olinadi: homiladorlikning yo'qligi, chekish; ortiqcha vazn; bepushtlik dori-darmonlarini ko'p qo'llash (tadqiqotlar ushbu xavf omili haqida aniq xulosa bermaydi); 10 yildan kam bo'lmagan muddatda faqat estrogenlarni o'z ichiga olgan gormon almashtiruvchi terapiyadan foydalanish (tadqiqotlar ushbu xavf omili to'g'risida aniq xulosa bermaydi) [2].

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida TS 7-o'rinni egallaydi va TS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 2,9 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida TS ko'krak bezi saratoni, bachadon bo'yni saratonidan keyin 3-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 5,8 ni tashkil qiladi. 2022 yilda TS bilan birinchi marta 1033 bemor aniqlandi. Ulardan 14,7% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. TSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 95,0% ni tashkil qiladi. 13,5% holatlar kasallikning I bosqichida, 39,8% - II bosqichda, 35,3% - III bosqichda va 10,3% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,2% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 4783 bemor TS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 26,7 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 40,7% va 1 yillik o'lim darajasi 12,3% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 493 bemor tuxumdonlar saratonidan vafot etdi, bu 100 ming ayol aholiga 2,8 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, bachadon bo'yni va me'da saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi.

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

1) Muolaja yoki aralashuvning maqsadi:

- o'sma o'sishini stabillashtirish va og'ir hamroh simptomlarni bartaraf etish uchun o'sma jarayonining to'liq yoki qisman regressiyasiga erishish va palliativ davolanish maqsadida jarrohlik usuli, kimyoterapiya va/yoki nur terapiyasi o'tkaziladi.

2) Muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar:

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

3) Muolaja yoki aralashuvga ko'rsatmalar;

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

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

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

Jarrohlik davolash tamoyillari

1. Qorin va kichik chanoq a'zolarini to'liq reviziyasi va katta charviga yetarli kirishni ta'minlash uchun o'rta laparotomiya bajariladi. Erta bosqichlarida (I bosqich) bosqichlash maqsadida laparoskopik jarrohlik amaliyotlari yirik onkologik markazlarda tayyorlangan mutaxassislar va yetarli darajada texnik jihozlanish mavjud bo'lganda bajarilishi mumkin [48].
2. Agar tashxisni morfologik verifikatsiyasi mavjud bo'lmasa, laparotomiya biopsiya (jarrohlik) materialini shoshilinch intraoperativ patologik anatomik tekshirish bilan amalga oshirilishi kerak.
3. Agar astsit aniqlansa, suyuqlik sitologik tekshirish uchun aspiratsiya qilinadi. Astsit bo'lmasa, qorin parda (shu jumladan uning diafragma yuzasidan, yon kanallardan va kichik chanoqdan) olingan yuqindi sitologik tekshiruvi amalga oshiriladi.
4. Qorin bo'shlig'ining barcha qismlari, kichik chanoq, shu jumladan diafragma osti sohasi, katta va kichik charvi, ingichka va yo'g'on ichak va ularning tutqichi, pariyetal va visseral qorin pardaning yuzasi, qorin parda orti soha diqqat bilan va metodik tekshiriladi, qorin pardaning barcha joylari va metastazlarga shubhali bitishmalar biopsiya qilinadi. Qorin pardaning butun yuzasini tekshirish kerak. Revizisga to'sqinlik qiladigan bitishma jarayonlari belgilanishi kerak.
5. Agar reviziya metastazlar mavjudligini tasdiqlamagan bo'lsa, kichik chanoq devorlari qorin pardasining tasodifiy tanlangan joylari, to'g'ri ichak-bachadon chuqurchasi, siydik pufagi, yonbosh kanallar, shuningdek diafragmaning o'ng va chap gumbazlari biopsiyasi amalga oshiriladi (diafragma yuzalaridan qirindi olinishi mumkin).
6. Katta charvini olib tashlash majburiydir va tarqalgan TSda bu oshqozonning katta egriligi darajasida amalga oshiriladi.
7. Tuxumdonlar saratonining I bosqichida (mutsinoz adenokartsinomadan tashqari) ad'yuvant kimyoviy terapiya zarurligini hal qilish uchun buyrak tomirlari darajasiga qadar kichik chanoq va yonbosh limfadenektomiyasi majburiydir, boshqa barcha holatlarda u individual ravishda hal qilinadi.
8. Appendiksni olib tashlash maqsadga muvofiq bo'ladi, agar uning shikastlanishiga gumon bo'lsa.

Fertillikni saqlab qolishni istagan yosh bemorlarda, past darajada xavflilikdagi seroz kartsinomasida, IA yoki IC1 bosqich endometrioid yoki mutsinoz kartsinomada, agar ehtiyotkorlik bilan kuzatib borish imkoniyati mavjud bo'lsa va kasallikning isbotlangan irsiy tabiati bo'lmasa, istisno tariqasida a'zo saqlovchi jarrohlik aralashuvi (bir tomonlama adneksektomiya ikkinchi tuxumdonni rezektsiya qilish, omentektomiya,

kichik chanoq va yonbosh limfadenektomiyasi va bosqichlash muolajalari bilan) bajarilishi mumkin.

Kam invaziv jarrohlik aralashuvlar, xususan laparoskopik aralashuvlar faqat tashxisni morfologik verifikatsiya qilish, bosqichni aniqlash yoki sitoreduktiv jarrohlik hajmini prognozlash uchun qo'llanilishi mumkin.

Agar birinchi operatsiya paytida kasallikning erta (I-II) bosqichlariga shubha qilingan taqdirda bosqichlash muolajalari bajarilmasa, restadiyalash maqsadida takroriy jarrohlik aralashuvni amalga oshirish tavsiya etiladi [49-51].

Tuxumdonlar saratonining III-IV bosqichlarini xirurgik davolash

- Tarqalgan o'smalarda va birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish uchun bemorning ahvoli imkon bersa, to'liq yoki optimal sitoreduktsiya, ya'ni kasallikning barcha ko'rinadigan belgilarini olib tashlash hajmida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi, [2,52].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

- birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv amaliyot bajarish imkoni bo'lsa, davoni kimyo terapiya (XT) dan boshlash tavsiya etiladi [53-55].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: operatsiyadan oldingi XT ko'rsatma bo'lgan bemorlarga og'ir somatik holatga ega bemorlar, shuningdek, optimal sitoreduktsiyani amalga oshirish imkonsiz bo'lgan o'sma jarayonining juda kuchli tarqalishi bo'lgan bemorlar kirishi mumkin. Ushbu bemorlarga imkon qadar tezroq (induktsion XT 2-3 kursidan keyin) oraliq sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish kerak. Jarrohlik amaliyotidan so'ng bemorlarga xuddi shu sxema bo'yicha qo'shimcha 3-4 kurs XT o'tkaziladi.

- TS ning III-IV bosqichida, to'liq sitoreduktsiya bajarilgan taqdirda, operatsiyadan oldingi tekshiruv yoki intraoperatsion reviziyaga ko'ra metastatik shikastlanishga gumon qilingan kattalashgan limfa tugunlari mavjud bo'lganda, limfadenektomiya bajarilishi tavsiya etiladi [56,57].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: buyrak tomirlari darajasigacha bo'lgan ichki, tashqi, umumiy yonbosh, yopqich, preaortal, paraaortal, aortakaval, prekaval va parakaval limfa tugunlari olib tashlanadi.

Retsidivlarni xirurgik davolash.

Ikkilamchi sitoreduktiv amaliyotlar retsidivli katta bo'lmagan bemorlar guruhida o'zini oqlaydi, qachonki [90]:

Uzoq vaqtli retsidivsiz davr bo'lsa (odatda > 2 yil);

- retsidiv o'smani butunlay olib tashlash mumkin bo'lsa.

Davom etayotgan kimyo terapiya fonida erta kasallik progressiyasi kuzatilgan bemorlarga jarrohlik davolash tanlangan usul bo'lmashligi kerak [108].

Jarrohlik usulida davolash ko'pincha palliativ xarakterga ega bo'lishi mumkin (ayniqsa, ichak tutilishida hayot sifatini yaxshilash uchun).

"Second Look" amaliyoti. Odatda kombinatsiyalangan yoki kompleks davolashdan keyin o'sma jarayonining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun amalga oshiriladi.

Xirurgik davoga ko'rsatmalar:

- Tuxumdonlarning gistologik verifikatsiyalangan operabel xavfli o'smalari;
- Xirurgik davoga qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda.

Tuxumdonlar xavfli o'smalarida xirurgik davolashga qarshi ko'rsatmalar:

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

4) Amaliyot yoki aralashuv o'tkazadigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar [8]:

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

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

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

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

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

1. QUT leykoformula va trombositlar miqdorini hisoblash bilan;
2. Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, umumiy oqsil, al'bumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
3. AVO tizimi bo'yicha qon tuguhini aniqlash;
4. Rezus-faktorni aniqlash;
5. Peshob umumiy tahlili;
6. Koagulogramma (AChTV, PV, MNO, PTI, fibrinogen);
7. Koptokcha fil'tratsiyasi tezligini aniqlash;
8. IFA yoki IXL usulida virusli gepatit B va C markerlarini aniqlash
9. IFA usulida OIV-infektsiyani aniqlash (HIVAg/anti-HIV);
10. B va C virusli gepatitlari uchun PZR (sifatli)
11. Zahmga serologik reaksiyalar majmuasi;
12. SA-125, REA, AFP onkomarkerlarini aniqlash;
13. Kompleks ultratovush diagnostikasi (bachadon bo'yni, tanasi, ortiqlari, tuxumdonlar, jigar, o't qopi, me'da osti bezi, taloq, buyraklar, o'mrov usti limfa tugunlari);
14. Kichik chanoq a'zolari magnit-rezonans tomografiyasi;
15. Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi kompyuter tomografiyasi;
16. Biopstatni sitologik tekshirish (limfa tugunni, hosilani)*
17. Biopstatni gistologik tekshirish (limfa tugunni, hosilani)*
18. Biopstatni immunogistokimyoviy tekshiruvi (limfa tugunlari, hosilani);
19. EKG;
20. ExoKG;
21. Butun tana PET/KTsi**
22. Kontrastlash bilan KT ***

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

1. PZR usulida Ebshteyn-Barr virusi, 1-2 tip herpes, sitomegalovirus, toksoplazmoz;
2. B va C gepatit viruslariga PZR (miqdoriy);
3. SOVID-19na PZR;
4. Qonni kislota ishqoriy holati (KIH) va gazlarga aniqlash;
5. Bevosita va bilvosita Kumbs reaksiyasi;
6. Standart sitogeneti tekshirish;
7. FISH usulida va molekulyar-genetik tekshirish;
8. Qerritin, folatlar, zardob temiri, Vitamin V12ni aniqlash;
9. ProBNP
- 10.Prokaltsitonin
- 11.Antitrombin III, D-dimer
- 12.Qon zardobida LDG, XG va AFPni aniqlash;
- 13.Fertil yoshidagi ayollarda – homiladorlikka test, XGChni aniqlash;
- 14.Miyelogramma;
- 15.Periferik qon IFTsi;
- 16.Inson T-limfotrop virusi I/II-IgG ga antitana;
- 17.Standart –tsitogenetik tekshirish;
- 18.FISH va PZR usulida molekulyar-genetik tekshirish;
- 19.Burun yondosh bo‘liqlari rentgenografiyasi;
- 20.Ortopantomogramma;
- 21.Ko‘krak segmentini komp’yuter tomografiyasi;
- 22.Bosh, bo‘yin va qorin bo‘shlig‘ini kontrastli KTsi;
- 23.FGDS;
- 24.Bronxoskopiya;
- 25.Kolonoskopiya;
- 26.Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- 27.Spirografiya;

28.Bosh miya MRTsi;

29.Plevral bo'shliq, periferik limfa tugunlar, qalqonsimon bez UTTsi;

30.Holter – monitorlash bilan EKG

31.Agar avval o'tkazilmagan bo'lsa.

** Kasallikning boshlanishida (agar u ilgari bajarilmagan bo'lsa) va qayta bosqichlash paytida (suyak iligi dastlabki shikastlanganda).

*** Kasallikning boshlanishida va qayta bosqichlash paytida bajarish kerak.

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

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

Onkologik muassasaning jarrohlik (onkoginekologik) bo'limi faoliyatini tashkil etish qoidalar

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

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

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

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

- Rentgen diagnostikasi bo'limi, shu jumladan rentgen tekshiruvi qoidalariga muvofiq tashkil etilgan rentgen xonasi, rentgen mamografiya xonasi, rentgen kompyuter tomografiyasi xonasi <1>;
- Funktsional tadqiqotlar qoidalariga muvofiq tashkil etilgan funktsional diagnostika bo'limi <1>;
- Ultratovush qoidalariga muvofiq tashkil etilgan ultratovush diagnostikasi xonasi (bo'limi), <1>;

- endoskopik tekshiruvlarni o'tkazish qoidalariga muvofiq tashkil etilgan endoskopik bo'lim <1>;
- klinik-diagnostik laboratoriyalar;
- "anesteziologiya va reanimatologiya" profilida kattalar aholisiga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan kattalar aholisi uchun reanimatologiya va intensiv terapiya bo'limlari yoki anesteziologiya-reanimatsiya bo'limlari yeanimatologiya va intensiv terapiya palatalari bilan <2>;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan operatsion bo'linma;
- Buyruq bilan tasdiqlangan onkologik kasalliklarga chalingan kattalarga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan o'smaga qarshi dori terapiyasi bo'limi;
- "Transfuziologiya" profilida aholiga tibbiy yordam ko'rsatish tartibiga muvofiq tashkil etilgan transfuziologiya kabineti <3>;

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

Bo'lim strukturasida quyidagilar bo'lishi nazarda tutilishi kerak:

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

Jarrohlik bloni tashkil etish qoidalari

Jarrohlik blokida strukturasida quyidagilar bo'lishi nazarda tutilishi kerak:

- sanuzel bilan sanitar o'tkazgich (xojatxona va dushlar);

- jarrohlik oldi xonasi;
- jarrohlik xonasi;
- yuvinish xonasi;
- donorlik qonini va (yoki) uning tarkibiy qismlarini qon quyish uchun saqlash va tayyorlash uchun xona;
- tibbiy asboblarni saqlash uchun xonalar;
- kiyim almashtirish uchun xona;
- bemorning operatsiyadan keyingi vaqtinchalik bo‘lish xonasi;
- sterilizatsiya;
- protokol xonasi (agar 4 dan ortiq jarrohlik xonasi bo‘lsa);
- Katta hamshira xonasi;
- operatsiyadan keyingi chiqindilarni saqlash xonasi;
- gipsli bandajlarni saqlash va tayyorlash uchun xona (suyaklar va yumshoq to‘qimalarning o‘smalari bo‘limi uchun);

A) Malakali personal [8].

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

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

		30 o‘ringa 2 ta
--	--	-----------------

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

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

Nur terapiya o‘tkazish uchun:

- chiziqli tezlatkich yoki gamma terapevtik uskuna;
- baraban fantom (qurilmaning ishlashini tekshirish va kalibrlash uchun);
- CVCT tasvirlash tizimining Xaunsfild birliklarini kalibrlash uchun fantom;
- termoplastik niqoblar uchun termoregulyatsiyalangan vanna/pech;
- vakkum matraslar uchun nasos;
- o‘rnatilgan, to‘liq integratsiyalashgan dozimetrik rejalashtirish tizimi;
- dozimetrik uskunalarining standart to‘plami;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan KT;
- Virtual simulyatsiya funksiyasi va stolda maxsus moslashtirilgan tekis deka bilan kamida 80 sm apertura bilan MRT.
- podgolovnik;
- vakuumli matras;
- kaplar, zagubniklar;
- indeksli ramka;
- tizza ostika qo‘yish moslamalari;
- termoplastik plastinlar (maskalar)

7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TOSHKENT – 2024

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK(MKB)-10 kodi (lar):

MKB-10:	
Kod	Nomi
C.48	Qorin parda orti soha va qorin parda xavfli o'smalari
C.48.0	Qorin parda orti sohasi
C.48.1	Qorin pada aniqlashtirilgan qismlari
C.48.2	Qorin pada aniqlashtirilmagan qismlari
C.56	Tuxumdonlar xavfli o'smalari
C.57	Boshqa va aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari
C57.0	Fallopiy naylari
C57.1	Keng bog'lam
C57.2	Yumaloq bog'lam
C57.3	Parametriy
C57.4	Bachadon ortiqlari anilashtirilmagan
C57.7	Boshqa aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolari
C57.8	Yuqorida ko'rsatilgan bir yoki ko'proq lokalizatsiyadan tashqariga chiqqan ayollar jinsiy a'zolarining shikastlanishi
C57.9	Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali ayollar jinsiy a'zolari
Yuklab olish (HKK (MKB) dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Tuxumdonlar, bachadon naylari va qorin pardaning birlamchi saratoni - tegishli organlarning epiteliysidan kelib chiqadigan xavfli o'smalar guruhidir. Qorin parda va bachadon naylarining birlamchi saratonini klinik kechishi va davolash usullari Tuxumdonlar saratoniga o'xshaydi, shuning uchun nozologiyalar ushbu tavsiyalarda birgalikda ko'rib chiqiladi [1].

Tuxumdonlar o'smalari (xavfli va xavfsiz) har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha 40-50 yoshda kuzatiladi. Chastotasi bo'yicha ular ayollar jinsiy a'zolarining o'smalari orasida ikkinchi o'rinni egallaydi va xavfsiz formalari sezilarli (75-80%) ko'p uchraydi.

Tuxumdonlarning xavfli o'smalarini aniqlash muammosi eng dolzarb muammolardan biridir. Uning dolzarbligi so'nggi o'n yilliklarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida kuzatilgan ushbu patologiyadan kasallanish va o'limning shubhasiz oshishi bilan ham bog'liq. Tuxumdonlar xavfli o'smalari bilan bemorlarning aksariyati (75-87%) davolanishga kasallikning kechki bosqichlarida murojat qilishadi va 10-yillik yashovchanlik 10% dan oshmaydi. Tuxumdonlar xavfli o'smalarining kech tashxislanishi kasallikning o'ziga xos belgilarining yo'qligi va tibbiy yordam uchun ayollarning kech murojat qilishlari bilan bog'liq.

Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan bemorlarning 10 foizida kasallikning rivojlanishi ma'lum irsiy sindromlarning mavjudligi bilan bog'liq. BRCA genlari mutatsiyasi bilan bog'liq ko'krak bezi va tuxumdonlar saratonini irsiylanishi sindromi - eng keng tarqalgandir[1]. Tuxumdonlar saratoni qolgan bemorlarda sporadik xarakterga ega bo'ladi. Ushbu patologiyaning rivojlanishi uchun quyidagi xavf omillari hisobga olinadi: homiladorlikning yo'qligi, chekish; ortiqcha vazn; bepushtlik dori-darmonlarini ko'p qo'llash (tadqiqotlar ushbu xavf omili haqida aniq xulosa bermaydi); 10 yildan kam bo'lmagan muddatda faqat estrogenlarni o'z ichiga olgan gormon almashtiruvchi terapiyadan foydalanish (tadqiqotlar ushbu xavf omili to'g'risida aniq xulosa bermaydi) [2].

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida TS 7-o'rinni egallaydi va TS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 2,9 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida TS ko'krak bezi saratoni, bachadon bo'yni saratonidan keyin 3-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 5,8 ni tashkil qiladi. 2022 yilda TS bilan birinchi marta 1033 bemor aniqlandi. Ulardan 14,7% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. TSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 95,0% ni tashkil qiladi. 13,5% holatlar kasallikning I bosqichida, 39,8% - II bosqichda, 35,3% - III bosqichda va 10,3% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,2% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 4783 bemor TS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 26,7 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 40,7% va 1 yillik o'lim darajasi 12,3% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 493 bemor tuxumdonlar saratonidan vafot etdi, bu 100 ming ayol aholiga 2,8 o'limni tashkil etadi va ko'krak bezi, bachadon bo'yni va me'da saratonidan keyin 4-o'rinni egallaydi.

- Profilaktika yoki reabilitatsiya tushunchasi

Profilaktik tibbiyot (manbani yuklab olish uchun havola: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B>

[B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](#)) (profilaktologiya, grech. Πρόφύλακτικός — «ehtiyot qiluvchi» [114] i λόγος — «ta'limot, fan») — tibbiyotdagi fan va amaliyot, kasalliklar va shikastlanishlar paydo bo'lishining oldini olish, ularning rivojlanishi uchun xavf omillarini oldini olish va yo'q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui dir [115][116].

Aslida profilaktika quyidagilarga bo'linadi [117]:

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

Profilaktika doirasida yuqumli kasalliklar va psixoprofilaktikaning spetsifik profilaktikasi ham mavjud [117].

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo'nalishi hisoblanadi[115] [118] va sog'liqni saqlashning yuqori holatini ta'minlash va kasalliklarning oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyenik va terapevtik-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o'z ichiga oladi. Bu nafaqat tibbiy manipulyatsiyalarni, balki Qonunchilik, tashkiliy, ekologik [119], me'moriy va rejalashtirish, sanitariya-texnik, aholining tibbiy masalalari bo'yicha ta'lim [120] tadbirlarni ham nazarda tutadi. Bu omillar va xavflarning kasalliklar bilan bog'liqligini ilmiy statistik sababiy tahliliga asoslangan [121] [122].

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

Amaldagi profilaktika choralari bir kishining tanasida keyingi kasalliklarga olib kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan maqsadli choralarni ko'rish orqali to'liq sog'lom inson hayotini uzaytirishga intiladi. Kasallikning oldini olishga bunday individual yondashuv profilaktika tibbiyoti tomonidan ko'rib chiqiladi [123][124].

Tibbiy reabilitatsiya (manbani yuklab olish uchun havola: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>) (ot lat. rehabilitatio, tiklash [128]) — kasallik yoki shikastlanish natijasida buzilgan yoki butunlay yo'qolgan inson tanasining normal aqliy va fiziologik funktsiyalarini (ehtiyojlarini) maksimal darajada tiklash yoki qoplashga qaratilgan tibbiy, pedagogik, psixologik va boshqa turdagi chora-tadbirlar majmuasidir. Ehtiyojlarga misollar: sog'lom

bo'lish, jismoniy faollik, harakat yerkinligi, harakatlarning mustaqilligi, odamlar bilan muloqot qilish, zarur ma'lumotlarni olish, mehnat va boshqa faoliyat orqali o'zini o'zi anglash [129][130][131].

Davolashdan farqli o'laroq, reabilitatsiya tanadagi patologik jarayonning o'tkir bosqichi bo'lmaganda amalga oshiriladi [132].

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

2.1. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari.

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

1. **Birlamchi profilaktika** — kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo'lishi va ta'sirini oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinfeksiya, emlash, oqilona ish va dam olish, oqilona sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish)dir. Bir qator birlamchi profilaktika choralari milliy miqyosda amalga oshirilishi mumkin. Kasalliklarning oldini olish va farovonlikni yaratish umr ko'rish davomiyligini uzaytiradi[127]. Salomatlikni mustahkamlash tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni mustahkamlashga hissa qo'shadi. Boshqa tomondan, maxsus himoya kasalliklarning bir turi yoki guruhiga qaratilgan va sog'liqni saqlashni rivojlantirish maqsadlarini to'ldiradi [127]. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika choralarining uzluksizligi (antenatal davrdan boshlab hayot davomida); 2) profilaktika choralarining tabaqalashtirilgan tabiati; 3) profilaktikaning ommaviy tabiati; 4) profilaktikaning ilmiy tabiati; 5) profilaktika choralarining kompleksligi (profilaktikada tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholi ishtirok etadi) [126].
2. **Ikkilamchi profilaktika** — muayyan sharoitlarda (stress, immunitetning zaiflashishi, tananing boshqa har qanday funktsional tizimlariga ortiqcha yuk) kasallikning boshlanishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatuv, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning keng qamrovli usuli sifatida tibbiy ko'rikdir.
3. Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchlamchi iprofilaktika**" atamasini to'liq ishlash imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasi sifatida taklif qilishadi. Uchlamchi profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy tayyorgarligiga ishonchni mustahkamlash), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash

imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faoliyatini tiklash) va tibbiy (organlar va tana tizimlarining funktsiyalarini tiklash) reabilitatsiyasiga qaratilgan bo‘ladi [125].

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

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

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

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

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

TSning birlamchi profilaktikasi – bu etiologik omillar va xavf omillarini o‘rganish yo‘li bilan kasallikni oldini olishdir.

- oilaviy hayotni normallashtirish;
- bola tug‘ish funktsiyasini o‘z vaqtida bajarish;
- chaqaloqni emizish;
- onkologik xavf bo‘lgan nikohlarni istisno qilish.

TSni ikkilamchi profilaktikasi:

- tuxumdonlarni o‘sma oldi kasalliklarini erta aniqlash va davolash;

Uchlamchi profilaktika:

- retsidivlar, metastazlarning oldini olish, erta tashxis qo‘yish va davolash;

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

Tuxumdonlarning xavfli o'smasi har qanday yoshdagi ayollarda rivojlanishi mumkin. Tuxumdon saratoni holatlari hatto yosh bolalarda ham kuzatilgan, ammo asosan saratonning bu turi menopauza va menopauzadan oldingi yoshdagi ayollarga kuzatiladi. Tuxumdonlar saratonining oldini olish birinchi navbatda ushbu kasallikning rivojlanishining xavf omillarining oldini olishdan iborat.

Tuxumdonlar saratoni rivojlanishi xavfi quyidagi ayollarda yuqori:

- Tuxumlarning yetilishini tezlashtiruvchi dori-darmonlarni qabul qilish;
- Ushbu kasallikning oilaviy anamnezi bo'lsa, ya'ni, agar yaqin qarindoshlari undan aziyat cheksa: onasi, opa-singillari va boshqalar. Shuningdek, tuxumdon saratoni rivojlanish xavfi oilaviy anamnezda tuxumdonlar saratoni xavfini oshiradi;
- Ular jiddiy ortiqcha vaznga ega bo'ladi — o'n besh qo'shimcha kilogrammdan va undan yuqori;
- Gormonlarni almashtirish terapiyasini qabul qiladi, unda estrogen oladi, lekin progesteron olmaydi;
- Kech yoshda birinchi marta homilador bo'lish;
- Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan;
- Bachadon miomasi bo'lgan bemorlar.

Tuxumdon saratoni belgilari kasallikning kech bosqichlarigacha juda spetsifik va kam ifodalanganligini bilish muhimdir. Ular orasida quyidagilarni keltirib o'tish mumkin:

- Astsit (suyuqlik yig'ilishi) sababli qorinda dam bo'lish;
- Ovqat hazm qilish traktining buzilishlari;
- Defektsiyaning buzilishi;
- Noregulyar menstrual qon kkketish.

Shuning uchun, ushbu alomatlarining paydo bo'lishi ginekolog bilan bog'lanish va tegishli to'liq tashxis qo'yishni talab qilishi kerak.

Ushbu kasallikning oldini olishning tan olingan usullaridan biri bu ayol hali o'ttiz yoshga to'lmagan hayot davrida kamida besh yil davomida kontratseptiv vositalardan foydalanishdir. Keng ko'lamli tadqiqotlar ushbu davrda kontratseptivlarni qabul qilish va

ayolning butun hayoti davomida tuxumdon saratoni xavfini taxminan 50% ga kamaytirish o'rtasidagi bog'liqlikni aniq ko'rsatadi.

Bundan tashqari, tuxumdonlar saratonining oldini olish uchun vaznni kuzatish va to'g'ri ovqatlanish tamoyillariga rioya qilish juda muhimdir. Yog' miqdorini minimal darajaga tushirish va kundalik ratsionni omega-3 yog' kislotalari, to'liq donali, yangi sabzavotlar va mevalar kabi ovqatlar bilan boyitish tavsiya etiladi.

Tekshirish, tuxumdonlar saratorining profilaktikasi sifatida

Ushbu kasallikning oldini olish chorasi sifatida, shuningdek, uni davolashni sezilarli darajada osonlashtiruvchi - erta aniqlash sifatida bolalari bor yoki yo'qligidan qat'i nazar, o'ttiz yoshdan oshgan ayollarga, muntazam ravishda ma'lum ginekologik tekshiruvlardan o'tish tavsiya etiladi.

Odatda, bunday tekshirishlarga kiradi:

- SA-125 ga tahlil — ushbu tahlillar tuxumdonlar xavfli o'smasi hujayralari tomonidan ishlab chiqariluvchi protein darajasi qanday ekanligini bildiradi.

- Transvaginal ultratovush tekshiruv.

- Tegishli sohaning kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiyasi.

Shuningdek, **genetik tekshiruvlar**, pozitron emissiya tomografiyasini o'tkazish va agar o'sma aniqlansa, namunani o'rganish va uning tabiatini tavsiflash uchun biopsiya o'tkazish mumkin.

Tuxumdon saratonining oldini olish bo'yicha tekshiruvlar ginekolog ko'rigidan boshlanadi. Shifokorning onkologik ginekologik kasalliklar bo'yicha spetsializatsiyasi bo'lishi ma'qul. Bunday tekshiruvlar, aksariyat hollarda, invaziv emas va taxminan 6-10 ish kunini oladi.

Shuni yesda tutish kerakki, tuxumdon saratoni kasallik dastlabki bosqichlarda aniqlanganda kurashish oson va bu saratoni rivojlanishining kechki bosqichlarida yengish esa juda qiyin. Shuning uchun tuxumdon saratonining oldini olish har bir ayolning sog'lig'ini saqlash uchun zaruratdir

2.3. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) profilaktikaning maqsadi:

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

2) Birlamchi profilaktika –

Tuxumdonlar saratonining spetsifik profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Quyidagi tavsiyalarga rioya qilish ushbu patologiyani rivojlanish xavfini kamaytirishga yordam beradi:

- Kantserogen moddalar bilan aloqa qilmaslik.
- Yuqumli kasalliklarni o'z vaqtida davolash.
- Emlash, immunitetni mustahkamlash choralari.
- Zararli odatlardan voz kechish, sog'lom turmush tarzini olib borish.
- Profilaktik tekshiruvlardan o'tish.
- Shubhali alomatlar paydo bo'lganda, ayniqsa xavf ostida bo'lgan bemorlar uchun onkologga tashrif buyurish.
- Xavf omillarini aniqlash uchun skrining tekshiruvlaridan o'tish.

Ular har bir kishi uchun mo'ljallangan, individual ravishda, hamma joyda va har doim amalga oshiriladi (ayniqsa, radikal davolanishdan keyin va xavf omillari mavjud bo'lganda kasallik remissiyaga uchragan taqdirda).

3). Profilaktika va dispanser nazorati, profilaktika usullarini qo'llash bo'yicha tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

- Davolash tugagandan so'ng bemorni dinamik ravishda kuzatib borish tavsiya etiladi, bu bemorni dastlabki 2 yil davomida har 12-16 haftada, keyinchalik har 6 oyda tekshirishni nazarda tutadi [133-135].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: birlamchi davolanishdan keyin bemorni kuzatish tamoyillari to'liq belgilanmagan. MRC OV05 ning yirik xalqaro tadqiqot natijalari [136] retsidiyning iloji boricha erta aniqlash uchun to'liq instrumental tekshiruvga ehtiyoj yo'qligini ko'rsatdi. Ikkinchi liniya XT ni boshlash klinik belgilar paydo bo'lganda tavsiya etiladi. Ikkinchi liniya XTni erta boshlash, masalan, marker retsidiyida, umr ko'rish davomiyligini oshirmaydi, ammo davolanishning nojo'ya ta'siri tufayli uning sifatini yomonlashtiradi.

Shu bilan birga, optimal hajmdagi takroriy sitoreduktiv aralashuvlar ilgari optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini o'tkazgan bemorlarda uzoq muddatli davolash natijalarini yaxshilashi mumkin va kimyoterapiya tugaganidan keyin platinasiz intervalning davomiyligi > 6 oy hisoblanadi. Shu sababli, ishchi guruh a'zolari bemorlarni kuzatish uchun quyidagi algoritmnı taklif qilishadi:

- qondagi CA 125 adenogen saratoni antigeni darajasini tekshirish, ginekolog tomonidan tekshirish va qorin bo'shlig'i va kichik chanoqni ultratovush tekshiruvi

dastlabki 2 yil davomida har 3 oyda 1 marta, 3 yil davomida har 4 oyda 1 marta, keyin har 6 oyda;

- CA-125 ko'tarilganda, shikoyatlar paydo bo'lganda yoki ginekologik tekshiruvda yoki ultratovush tekshiruvi paytida patologiya aniqlanganda chuqurlashtirilgan tekshiruv (qorin bo'shlig'i va kichik chanoqing KT yoki MRTsi, ko'krak qafasining rentgenografiyasi/KTsi)

4) Tibbiy reabilitatsiya, reabilitatsiya usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

4.1. Prereabilitatsiya

Prereabilitatsiya funktsional tiklanishni sezilarli darajada tezlashtiradi, operatsiyadan keyin statsionarda qolish muddatini qisqartiradi va saraton kasalligini davolash paytida asoratlari va o'lim holatlarini kamaytiradi. Prereabilitatsiya jismoniy tarbiya (LFK), psixologik va nutritiv qo'llab-quvvatlash va bemorlarni xabardorligini o'z ichiga oladi [137].

Jismoniy prereabilitatsiya aerob va anaerob yuklamalar kombinatsiyasidan iborat. Bu kombinatsiya fizik zo'riqlashlarga tolerantlikni yaxshilaydi, hayot sifatini yaxshilaydi va mushaklarning tonusini oshiradi.

Jarrohlik amaliyotidan 2 hafta oldin jismoniy faollikning oshishi operatsiyadan keyingi davrda hayot sifatini yaxshilaydi, bu operatsiyadan 3 hafta o'tgach to'liq kundalik faoliyatga qaytishga imkon beradi [138].

Jismoniy faollikning yuqori darajasi TS bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini va yashovchanligini sezilarli darajada yaxshilaydi [152].

- operatsiyadan keyingi asoratlari chastotasi va ehtimolini kamaytirish maqsadida operatsiyadan oldingi bosqichda LFK o'tkazish tavsiya etiladi [139].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- operatsiyadan keyingi o'pka asoratlari va statsionarda bo'lish davomiyligini kamaytirish maqsadida prereabilitatsiya vaqtida bemorlarga nafas mushaklarini mashq qildirish tavsiya etiladi [140].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

- Prereabilitatsiya doirasida bemorlarga ruhiy qo'llab-quvvatlov tavsiya etiladi, chunki u kayfiyatni ko'taradi, bemorlarda xavotir va depressiya darajasini pasaytiradi. Ruhiy reabilitatsiyadan o'tgan bemorlar xirurgik davodan keyingi kundalik hayotga yaxshiroq adaptatsiyalanadi [139].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

- bemorlarni psihologik reabilitatsiyasi va qo‘llab – quvvatlovida stress bilan ishlov ishlari (relaksatsiya usullari, pozitiv kayfiyatni barpo etish), haftasiga 6 marta 40-60 daqiqa davomida olib borish kerak. Ular operatsiyadan 5 kun oldin boshlanadi va operatsiyadan keyin 30 kun davom ettiriladi. Bu esa bemorlar hayot sifatini sezilarli yaxshilanishiga sabab bo‘ladi [141].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 3).

4.2. Xirurgik davolashda reabilitatsiyaning I bosqichi

- bemorlarni statsiyaonarda bo‘lishini kamaytirish maqsadida va operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish uchun, bemorlarni xirurgik davolashda fast track rehabilitation («tezkor yo‘l») i ERAS («early rehabilitation after surgery» – «operatsiyadan keyingi erta reabilitatsiya») usullarida reabilitatsiya qilish tavsiya etiladi. Bunda kompleks og‘riqsizlantirish, erta entnral oziqlantirish, muntazam zond va drenajlardan foydalanishni kamaytirish, operatsiyadan keyingi 1-2 kunlardayoq erta mobilizatsiya (aktivizatsiya va vertikalizatsiya). Bu bemorlarda operatsiyadan keyingi erta asoratlar va takroriy gospitalizatsiya xavfini ko‘paytirmaydi [142, 143].

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

- Bemorlarni erta reabilitatsiya qilish doirasida bemorlarning jismoniy chidamliligini oshirish uchun dasturga aerobik, kuch mashqlari va cho‘zish mashqlarini kiritish bilan mashqlar terapiyasi kompleksini erta boshlash tavsiya etiladi. Jismoniy terapiyani erta boshlash operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasini oshirmaydi, hayot sifatini yaxshilaydi [144].

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

- Rag‘batlantiruvchi spirometriyadan foydalanish, to‘shakning bosh qismini 30 darajadan yuqori ko‘tarish, nafas olish gimnastikasini erta boshlash, og‘iz gigiyenasi kuniga 2 marta va operatsiyadan keyingi davrda o‘pkada dimlanish va operatsiyadan keyingi pnevmoniyani oldini olish uchun bemorlarni erta faollashtirish tavsiya etiladi [145].

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

- Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarda venoz tromboemboliyaning oldini olish tavsiya etiladi (erta faollashtirish, profilaktika maqsadida antikoagulyantlarni buyurish va siqilgan trikotaj kiyish) – bemorlarning 75% dan ko‘prog‘ida operatsiyadan 7 kundan ortiq vaqt o‘tgach aniqlanadi, bundan tashqari, TS bilan og‘rigan bemorlar, uzoq vaqt kasalxonaga yotishi va anamnezida venoz tromboemboliyaning bo‘lishi, uning rivojlanish xavfini oshiradi. [146].

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

- Operatsiyadan keyingi davrda og‘riqni fanlararo yondashuv yordamida

yengillashtirish tavsiya etiladi va medikamentoz korrektsiyadan tashqari quyidagi usullardan foydalaniladi – jismoniy reabilitatsiya (mashqlar terapiyasi), pozitsiya bilan davolash, og‘riqni korrektsiya qilishning psixologik usullari (relaksatsiya), teri orqali elektr stimulyatsiyasi, akkupunktura [147].

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

- Og‘riq sindromi, bezovtalik, zo‘riqish intensivligini kamaytirish va bemorning hayot sifatini yaxshilash uchun operatsiyadan keyingi 2-kundan boshlab tibbiy massaj mashg‘ulotlarini o‘tkazish tavsiya etiladi [148].

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

- Operatsiyadan keyingi davrda psixologik korrektsiya va relaksatsiya usullarini o‘tkazish tavsiya etiladi, bu bemorlarning xavotirini, zo‘riqishini, og‘riqsizlantirish vaqti chastotasini kamaytirishga va onkogeneologik bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi [149].

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

4.3. Xirurgik davolashda reabilitatsiyaning II bosqichi

- Bemorlarga davolanish tugagandan so‘ng faol hayot tarzini olib borish tavsiya etiladi - tuxumdonlar saratonini kompleks davolashdan keyin semirish va harakatsiz turmush tarzi bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradigan, qayg‘uga olib keladigan mustaqil omillardir [150].

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

- Jismoniy faollik barcha bemorlarga tavsiya etiladi – bular, kuch mashqlari, aerobik, cho‘zish mashqlarining kombinatsiyasi. Bular bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi, vaznni nazorat qilish imkonini beradi [151].

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

- Bemorda oyoqlarning limfedemasi bo‘lsa, to‘liq shishga qarshi terapiya, shu jumladan manual limfa drenaji, siqilgan trikotaj kiyish, fizioterapiya kompleksini bajarish, terini parvarish qilish tavsiya etiladi [153, 154].

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

- Bemorda oyoqlarning limfedemasi bo‘lsa, quyidagilarni buyurish tavsiya etiladi: - to‘liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda oyoqlarning galma-gal pnevmokompressiyasi [154].

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

- to‘liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda past intensiv lazeroterapiya [155].

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

- to‘liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda elektroterapiya [156]. Tavsiyalarning

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

- to‘liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda past chastotali magnitoterapiya [157]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5);

- to‘liq shishga qarshi terapiya bilan birgalikda chuqur ostsillyatsiya (o‘zgaruvchan elektr maydon bilan massaj) [158]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi – C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 5)

- Barcha bemorlarga akkupunktura seanslari tavsiya qilinadi, chunki u holsizlikni sezilarli kamaytiradi va hayot sifatini yaxshilaydi [159].

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

4.4. Xirurgik davolashda reabilitatsiyaning III bosqichi

Kichik chanoq a'zolarining funktsional buzilishlari ayollarning reproduktiv tizimining o'smalari bo'lgan bemorlarning ijtimoiy moslashuvini sezilarli darajada murakkablashtiradi, ularni jismoniy va psixologik nogironlikka olib keladi [164].

Sog'lom turmush tarzi, kundalik jismoniy faollik menopauzaning depressiya, holsizlik kabi klinik ko'rinishlarini nazorat qilish, shuningdek, xavfli o'smalarni kombinirlangan davolashdan keyin bemorlarda yurak-qon tomir asoratlari va osteoporoz bilan bog'liq asoratlarning oldini olish imkonini beradi [160, 161]. Jismoniy faollik darajasining oshishi ginekologik saraton bilan og'rigan bemorlarda jinsiy funktsiyaga ijobiy ta'sir ko'rsatadi [163].

- Bemorlarni psixologik qo'llab – quvvatlash va xabardor qilish tavsiya etiladi - ular ginekologik saraton bilan og'rigan bemorlarda menopauza fonida hayot sifatini yaxshilashi mumkin [164].

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

- Tibbiy massajning davriy kurslarini o'tkazish tavsiya etiladi, chunki ular onkoginekologik bemorlarda hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi, zaiflik, depressiya va menopauzaning klinik ko'rinishini kamaytiradi [164].

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

4.5. Kimyo terapiyada reabilitatsiya

- Barcha bemorlarga kombinatsiyalangan davolanish paytida va u tugagandan so'ng kundalik mashqlar terapiyasi kompleksini bajarish tavsiya etiladi – kundalik jismoniy faollik mushaklarning kuchini oshiradi, yurak-qon tomir tizimining faoliyatini yaxshilaydi, tashvish va tushkunlik xavfini kamaytiradi, zaiflik, ko'ngil aynishi, qusishni kamaytiradi., og'riq, kayfiyatni yaxshilaydi [167].

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

Izohlar: Dozalangan, sekin o'sib boruvchi jismoniy yuklama, onkoginekologik

bemorlarda kimyo terapiyani ko‘tara oishlikni yaxshilaydi [167].

- Anemiya bilan og‘rigan bemorlarga yuqori dozali kimyoterapiya fonida aerob mashqlarini qo‘llash tavsiya etiladi, chunki aerob mashqlari gemoglobin va eritrotsitlar darajasiga ijobiy ta'sir ko‘rsatadi va leykotsitopeniya va trombotsitopeniya davomiyligini kamaytiradi [168].

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

- Kimyo terapiya fonida charchoq, holsizlik va depressiyani kamaytirish uchun fizioterapiya tavsiya etiladi. Kimyo terapiya fonida holsizlik va ruhiy tushkunlik davolashda psihologik qo‘llab-quvvatlash bilan jismoniy davolash uyg‘unligi faqat medikamentoz davodan ko‘proq samarali bo‘ladi [169].

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

- Kombinatsiyalangan davolanish fonida 6 hafta davomida tibbiy bemorlarga massaj kursini o‘tkazish orqali charchoq, holsizlik va depressiyani kamaytirish tavsiya etiladi [170].

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

Izoh: Ushbu tavsiya massajning tuxumdonlar saratoni bilan og‘rigan bemorlarning ahvoliga ta'sirini o‘rganish natijalariga asoslangan, bu terapiya tuxumdonlar saratoni bilan og‘rigan bemorlarda samarali bo‘lmaydi deb taxmin qilish uchun hech qanday sabab yo‘q.

- Polineyropatiyani tuzatish uchun muvozanatni korektsiya mashqlari tavsiya etiladi, chunki ular chidamlilik mashqlari va kuch mashqlarining kombinatsiyasidan ko‘ra samaraliroqdir [171].

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

- XT olgan bemorlarga polineyropatiyaning klinik ko‘rinishini nazorat qilish uchun 6 hafta davom etadigan torren davolash kursi (yurish bilan davolash) tavsiya etiladi [172].

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

- kimyo terapiya fonida periferik polineyropatiyani davolashda past intensivlikdagi lazer terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi [173].

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

- kimyo terapiya fonida periferik polineyropatiyani davolashda past intensivlikdagi magnit terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi [174].

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

- sisplatin asosida XT olgan bemorlarda ko‘ngil aynish va qayt qilishni nazorat qilish uchun standart qayt qilishga qarshi terapiyaga qo‘shimcha ravishda teri orqali elektrostimulyatsiya 20 daqiqa davomida haftada 4 kun tavsiya etiladi [175].

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

- bemorla XT fonida og‘iz bo‘shlig‘i mukozitlarini profilaktikasi maqsadida past intensivlikdagi lazeroterapiya tavsiya etiladi [176].

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

- alopetsiyaning profilaktikasi maqsadida kimyo terapiya o‘tkazish vaqtida boshni sovutish tizimini (XT da alopetsiyaning profilaktikasi uskunasi) qo‘llash tavsiya etiladi [177, 178].

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

- kimyo terapiya fonida kardial asoratlarning chastotasini kamatirish maqsadida barcha bemorlarga LFK kompleksini bajarish tavsiya etiladi [179].

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

5) Skrining:

Tuxumdonlar saratoni skriningi

Tuxumdonlar saratoni skriningi saratonni o‘lishi, tarqalishi yoki shikoyatlarni keltirib chiqarishdan oldin uni erta bosqichda aniqlash usulidir. Biroq, tuxumdon saratoni skriningi aslida kasallikning prognozini va umr ko‘rish davomiyligini yaxshilashi haqida ishonchli dalillar yo‘q.

Skrining o‘tkazish uchun shifokorga «CA 125» ga qon tahlili, ultratovush tekshiruv va ikkalasi ham tavsiya etilishi mumkin.

- SA 125 – bu qondagi oqsil bo‘lib, uning miqdori tuxumdonlar saratonida ortadi. Ushbu oqsilning miqdori saraton bilan bog‘liq bo‘lmagan boshqa kasalliklarda ham ortishi mumkin va shuning uchun u har doim ham saraton borligini aniq ko‘rsatmaydi.

- Kichik chanoq a‘zolarining ultratovush tekshiruvi tuxumdonlarda va qorin bo‘shlig‘ida anomal shakllanishlarni aniqlashga imkon beradi, ammo ular saraton kasalligidan kelib chiqqanligini aniqlay olmaydi.

Ushbu testlar har doim ham saraton borligi haqida ishonchli ma‘lumot bermaganligi sababli, ular faqat saraton rivojlanish xavfi yuqori bo‘lgan odamlar uchun tavsiya etiladi. Ushbu guruhga kirmaydiganlarga ushbu tekshirishlar buyurilmaydi.

Tuxumdonlar saratoni rivojlanish xavfi past bo‘lgan ayollar skriningga muhtoj emas. Bu guruhga tuxumdonlar saratoni va ko‘krak bezi saratoni bo‘lmagan oilaviy anamnezga (onasi, buvisi, holasi, singlisiga) ega bo‘lganlar kiradi.

Tuxumdonlar saratoni rivojlanish xavfi yuqori bo‘lgan ayollar vaqti-vaqti bilan tekshirilishi kerak. Ushbu guruhga oilada TS bilan kasallanganlar kiradi. Bunday holda, genetik testlar quyidagilar uchun buyuriladi:

- BRCA 1,2 genlarida mutatsiyalarni tashuvchiligi.

Linch sindromi (irsiy nopolipoz kolorektal saratoni deb nomlanuvchi) uchun mas'ul bo'lgan MMR genlari guruhida mutatsiyalarni tashuvchiligi.

Agar oilada saraton kasalligi bo'lsa yoki uning rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan genlarda mutatsiyalar tashuvchisi tasdiqlangan bo'lsa, shifokor bilan skriningning ijobiy va salbiy tomonlarini muhokama qilish kerak.

Asosiy kamchilik - bu yolg'on ijobiy natijalardir. Bunda, skrining tekshiruvi saraton mavjudligini ko'rsatsa-da, aslida yo'qligidir. Bu bemorlar uchun asossiz tashvishlanishga, qo'shimcha tekshiruvlarga olib keladi va ba'zi hollarda keraksiz operatsiyaga ham olib kelishi mumkin.

O'zbekistonda tuxumdonlar saratoni skriningi milliy dasturi yo'q.

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

Tuxumdonlar saratonining birlamchi profilaktikasi xavf omillarini oldini olish, surunkali yuqumli kasalliklar va asoratlarni davolash orqali TS bilan kasallanish ehtimolini pasayishiga olib keladi.

Ikkilamchi profilaktika tuxumdonlar saratonini simptomsiz va klinikadan oldingi bosqichlarda erta aniqlashga olib keladi, bunda TSni to'liq davolash ehtimoli yuqori.

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

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

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

- Tuxumdonlar saratoni rivojlanishining oldini olish uchun aholining barcha qatlamlari, ayniqsa yoshlar uchun birlamchi profilaktika tavsiya etiladi [1, 3]. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*
- Tuxumdonlar saratoni va / yoki kasallikning og'ir klinik turlari bo'lgan barcha bemorlarga nogironlik va bemorlarning o'limini rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun

maxsus terapiya asoratlarning oldini olish tavsiya etiladi [4, 11]. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*

- Maxsus sitostatik terapiya tugagandan so‘ng, barcha bemorlarga uchlamchi reabilitatsiya profilaktikasini o‘tkazish tavsiya etiladi [20, 27]. *Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4);*

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

- qonda adenogen saratonlar antigeni CA 125 miqdorini tekshirish, shifokor-ginekolog ko‘rigi va qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq UTTsi dastlabki 2 yilda har 3 oyda 1 marta, 3-yil davomida har 4 oyda 1 marta, keyinchalik – har 6 oyda;

- SA-125 ko‘tarilganda, shikoyatlar paydo bo‘lganda yoki ginekologik tekshirish yoki UTT da patologiya aniqlanganda chuqurlashtirilgan tekshirish (qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq KT yoki MRT si, ko‘krak qafasi rentgenografiya/KT si).

4. Reabilitatsiya bosqichlari va ko‘lami:

Tuxumdonlar saratoni bemorlari tuxumdonlar saratoni bemorlari bilan ishlash tajribasiga ega bo‘lgan onkolog, onkoginekolog, pediatr, onkolog, tibbiy psiholog, shu jumladan, turli profil mutaxassislar guruhi tomonidan nazorat qilinishi kerak [1,24]. Bemorlarni onkolog tomonidan tekshirish yiliga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak; boshqa mutaxassislar tomonidan - agar kerak bo‘lsa. Bemorlarni yiliga bir marta yetarli klinik va laboratoriya jihozlariga ega ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish maqsadga muvofiqdir [1,6].

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

Kimyo-radioterapiya asoratlarni davolash: qon parametrlarini tuzatish, og‘iz gigiyenasi, oshqozon-ichak trakti, MIT organlari, yurak-qon tomir tizimi patologiyasi va boshqalar. va ixtisoslashgan mutaxassislarga murojaat qilish. Tuxumdjonlar saratoni bilan og‘rigan barcha bemorlarni ixtisoslashtirilgan onkologiya markazida ro‘yxatdan o‘tkazish va nazorat qilish tavsiya etiladi [1,3]. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

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

1) Dalillar darajasi kiritilgan holda asosiy tashxislash tadbirlari

- Trombotsitlar sonini hisoblash, leykoformula bilan UQT;
- Qon biokimyoviy tahlili (natriy, kaliy, kaltsiy, glyukoza, mochevina, kreatinin, peshob kislotasi, umumiy oqsil, albumin, umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, LDG, AST, ALT, SRB, ishqoriy fosfotaza);
- QBA + buyraklar, kichik chanoq, qovuq va periferik limfa tugunlar UTTsi;
- Ko'krak qafasi rentgen tekshiruvi;
- Ko'krak qafasi MSKTsi yoki butun tana PET/KTsi;

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

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

- Gepatit B, C viruslariga PZR (miqdoriy)
- Qon KIX va gazlarini aniqlash;
- Fertil yoshdagi ayollar uchun - homiladorlik testi, XGCh ni aniqlash;
- Bosh, bo'yn, qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'ini kontrastli KTsi;
- FGDS;
- Bronxoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Tomirlar (vena va/yoki arteriyalar) UTDGsi;
- Spirografiya.
- Bosh miya MRTsi;
- Plevra bo'shliqlari UTTsi;
- Holter – monitorlovchi EKG
- Kontrastli KT

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

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

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

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

qonda adenogen saratonlar antigeni CA 125 miqdorini tekshirish, shifokor-ginekolog ko'rigi va qorin bo'shlig'i va kichik chanoq UTTsi dastlabki 2 yilda har 3 oyda 1 marta, 3-yil davomida har 4 oyda 1 marta, keyinchalik – har 6 oyda;

SA-125 ko'tarilganda, shikoyatlar paydo bo'lganda yoki ginekologik tekshirish yoki UTT da patologiya aniqlanganda chuqurlashtirilgan tekshirish (qorin bo'shlig'i va kichik chanoq KT yoki MRT si, ko'krak qafasi rentgenografiya/KT si).

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

Bo'yin hududida nur terapiyasi (NT) o'tkazilgan bo'lsa, kamida har yili TTG ni kuzatib turish tavsiya etiladi [6] *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

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

Qo'shimcha profilaktika choralariga retsidiv xavfini kamaytirish va immunitetni oshirish uchun tavsiya etilgan dori-darmonlarni qabul qilish, to'g'ri ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish va salbiy tashqi omillarga ta'sir qilish, sog'lig'ingiz holatini hisobga olgan holda davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilish kiradi. *Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).*

7. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari:

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

- Kasallik retsidivining yo'qligi;
- Kasallik metastazlanishining yo'qligi;
- Sitostatik va nur terapiyaning kechki asoratlarning yo'qligi;
- Bemorning va bemorning yaqin qarindoshlarining ruhiy holatining boshlang'ich pozitsiyasiga to'liq qaytish;

- Bemorning zararli odatlardan voz kechishi, sog‘lom turmush tarziga rioya qilish, sog‘lom ovqatlanishi;
- Bemorning dinamik nazoratga o‘z vaqtida murojaat qilishi;
- Tuxumdonlar saratoni uchun xavf omili yoki fon kasalliklari bo‘lgan holatlar/kasalliklarni o‘z vaqtida davolash.

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

TOSHKENT – 2024

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK(MKB)-10 kodi (lar):

MKB-10:	
Kod	Nomi
C.48	Qorin parda orti soha va qorin parda xavfli o'smalari
C.48.0	Qorin parda orti sohasi
C.48.1	Qorin pada aniqlashtirilgan qismlari
C.48.2	Qorin pada aniqlashtirilmagan qismlari
C.56	Tuxumdonlar xavfli o'smalari
C.57	Boshqa va aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari
C57.0	Fallopiy naylari
C57.1	Keng bog'lam
C57.2	Yumaloq bog'lam
C57.3	Parametriy
C57.4	Bachadon ortiqlari anilashtirilmagan
C57.7	Boshqa aniqlashtirilmagan ayollar jinsiy a'zolari
C57.8	Yuqorida ko'rsatilgan bir yoki ko'proq lokalizatsiyadan tashqariga chiqqan ayollar jinsiy a'zolarining shikastlanishi
C57.9	Aniqlashtirilmagan lokalizatsiyali ayollar jinsiy a'zolari
Yuklab olish (HKK (MKB) dan havola): https://mkb-10.com/index.php?pid=1289	

1. Asosiy qism.

- Kirish

Tuxumdonlar, bachadon naylari va qorin pardaning birlamchi saratoni - tegishli organlarning epiteliysidan kelib chiqadigan xavfli o'smalar guruhidir. Qorin parda va bachadon naylarining birlamchi saratonini klinik kechishi va davolash usullari Tuxumdonlar saratoniga o'xshaydi, shuning uchun nozologiyalar ushbu tavsiyalarda birgalikda ko'rib chiqiladi [1].

- **Nozologiyaning umumiy tavsifi** (foydalanilgan manba'ga havola: <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2023/2023-10.pdf>)

Tuxumdonlar o'smalari (xavfli va xavfsiz) har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha 40-50 yoshda kuzatiladi. Chastotasi bo'yicha ular ayollar jinsiy a'zolarining o'smalari orasida ikkinchi o'rinni egallaydi va xavfsiz formalari sezilarli (75-80%) ko'p uchraydi.

Tuxumdonlarning xavfli o'smalarini aniqlash muammosi eng dolzarb muammolardan biridir. Uning dolzarbligi so'nggi o'n yilliklarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida kuzatilgan ushbu patologiyadan kasallanish va o'limning shubhasiz oshishi bilan ham bog'liq. Tuxumdonlar xavfli o'smalari bilan bemorlarning aksariyati (75-87%) davolanishga kasallikning kechki bosqichlarida murojat qilishadi va 10-yillik yashovchanlik 10% dan oshmaydi. Tuxumdonlar xavfli o'smalarining kech tashxislanishi kasallikning o'ziga xos belgilarining yo'qligi va tibbiy yordam uchun ayollarning kech murojat qilishlari bilan bog'liq.

Tuxumdonlar saratoni bilan og'rigan bemorlarning 10 foizida kasallikning rivojlanishi ma'lum irsiy sindromlarning mavjudligi bilan bog'liq. BRCA genlari mutatsiyasi bilan bog'liq ko'krak bezi va tuxumdonlar saratonini irsiylanishi sindromi - eng keng tarqalgandir[1]. Tuxumdonlar saratoni qolgan bemorlarda sporadik xarakterga ega bo'ladi. Ushbu patologiyaning rivojlanishi uchun quyidagi xavf omillari hisobga olinadi: homiladorlikning yo'qligi, chekish; ortiqcha vazn; bepushtlik dori-darmonlarini ko'p qo'llash (tadqiqotlar ushbu xavf omili haqida aniq xulosa bermaydi); 10 yildan kam bo'lmagan muddatda faqat estrogenlarni o'z ichiga olgan gormon almashtiruvchi terapiyadan foydalanish (tadqiqotlar ushbu xavf omili to'g'risida aniq xulosa bermaydi) [2].

RIOvaRIATMning 2022 yilgi statistik ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida umumiy saraton kasalligi tarkibida TS 7-o'rinni egallaydi va TS bilan kasallanish 100 ming aholiga nisbatan 2,9 ni tashkil etadi. Mamlakatning ayol aholisi orasida TS ko'krak bezi saratoni, bachadon bo'yni saratonidan keyin 3-o'rinni egallaydi va 100 000 ayol aholiga nisbatan 5,8 ni tashkil qiladi. 2022 yilda TS bilan birinchi marta 1033 bemor aniqlandi. Ulardan 14,7% holatlar profilaktik tekshiruvlar paytida faol ravishda aniqlangan. TSning morfologik tasdiqlanish ulushi bemorlarda 95,0% ni tashkil qiladi. 13,5% holatlar kasallikning I bosqichida, 39,8% - II bosqichda, 35,3% - III bosqichda va 10,3% - IV bosqichda aniqlangan. bemorlarning 1,2% da kasallikning bosqichini aniqlab bo'lmadi. 2023 yil boshida 4783 bemor TS bilan tibbiy nazorat ostida bo'lgan va kasalmandlik 100 ming aholiga nisbatan 26,7 ni tashkil qilgan. Respublikada 5 yillik yashovchanlik darajasi 40,7% va 1 yillik o'lim darajasi 12,3% ni tashkil qiladi. O'zbekiston Respublikasida 2022 yilda 493 bemor tuxumdonlar saratonidan vafot etdi,

bu 100 ming ayol aholiga 2,8 o‘limni tashkil etadi va ko‘krak bezi, bachadon bo‘yni va me‘da saratonidan keyin 4-o‘rinni egallaydi.

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

3) Tasnifi (Palliativ yordamga hos)

Hozirgi kunda bosqichni aniqlash FIGO (2014) va TNM (8-chi nashr, 2017) tasnifi asosida amalga oshiriladi (17-jadval).

17-jadval. Tuxumdonlar saratonini TNM (8-chi nashr, 2017) va FIGO (2014) bo‘yicha tasniflash [1].

Bosqich		Tushuncha
T1	I	Tuxumdonlar bilan chegaralangan
T1a	Ia	O‘sma bitta tuxumdon bilan cheklangan, kapsula shikastlanmagan, tuxumdon yuzasida o‘sma o‘sishi yo‘q, assitik suyuqlikda yoki qorin bo‘shlig‘idan yuvindisida xavfli hujayralar yo‘q
T1b	Ib	O‘sma ikkita tuxumdon bilan chegaralanadi, ularning kapsulalari shikastlanmagan, tuxumdonlar yuzasida o‘sma o‘sishi yo‘q, assitik suyuqlikda yoki qorin bo‘shlig‘idan yuvindisida xavfli hujayralar yo‘q
T1c	Ic	O‘sma bir yoki ikkita tuxumdon bilan chegaralanadi va quyidagi omillardan biri bilan birga keladi:
T1c1	IC1	Kapsulaning operatsiya paytida shikastlanishi
T1c2	IC2	Kapsulaning operatsiyadan oldin shikastlanishi yoki o‘sma tuxumdon/fallopdiy nayi yuzasida
T1c3	IC3	Assit suyuqligida yoki qorin parda yuvindisida xavfli o‘smalar
T2	II	O‘sma bitta yoki ikkala tuxumdonlarni shikastlaydi va kichik chanoqqa tarqaladi
T2a	IIA	Tuxumdonga va/yoki fallopdiy nayiga tarqalishi va/yoki metastazlari
T2b	IIB	Kichik chanoqning boshqa to‘qimalariga tarqalishi
T3 и/ил	III	Bir yoki ikkala tuxumdonni shikastlanishi, kichik chanoq tashqarisida o‘sma implantlari va/yoki regionar limfa tugunlariga metastazlar.

и N1		Jigardagi subkapsular metastazlar III bosqichga tegishlidir. Kichik chanoqdagi o'sma, ammo ingichka ichakda yoki katta charvida gistologik tasdiqlangan mikrometastazlar bilan.
N1	-	(Qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar yoki kichik chanoqdan tashqarida mikrometastazlar)
T3a	IIIA2	IIIA1 – faqat qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar
T3b	IIIB	IIIA1(i) - metastazlar <10 mm
T3c	IIIC	IIIA1(ii) - метастазлар > 10 mm
M1	IV	Kichik chanoqdan tashqaridagi mikroskopik, gistologik shikastlangan qorin parda ichi metastazlar, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz
	IVA	Kichik chanoqdan tashqaridagi eng katta o'lchami 2 smgacha makroskopik qorin parda ichi metastazlari, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz
	IVB	Kichik chanoqdan tashqaridagi eng katta o'lchami 2 smdan katta qorin parda ichi metastazlari, qorin parda orti limfa tugunlariga metastazlar bilan/metastazlarsiz (shu jumladan, a'zolar parenximasini shikastlamagan holda o'smaning jigar va taloq kapsulasiga tarqalishi)

Bosqichlashga qo'shimcha talablar:

- O'smaning gistotipi va differensiatsiya darajasi birlamchi bosqichlashda aniqlanishi kerak;
- O'smaning birlamchi manbasi (TS, BPS, FNS) har doim, imkon darajasida aniqlanishi kerak;
- 1 bosqich deya bosqichlanadigan o'smalar, agar zich bitishmalar bo'lsa va ularda gistologik tekshirish vaqtida o'sma aniqlansa, ikkinchi bosqich sifatida bosqichlanishi mumkin.

18-jadval. Tuxumdonlar saratonining asosiy gistologik turlari

Asosiy gistotiplar	Gistotiplar bo'yicha tasniflash
Epitelial	Seroz (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	Mutsinoz (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	Endometrioid (xavfsiz yoki chegaradosh, karsinosarkomalar, xavfli aralash mezenximal o'smalar, adenosarkomalar, endometrial stromal sarkomalar)

	Yorug' hujayrali (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	Brenner (xavfsiz, chegaradosh, adenokarsinomalar)
	O'tuvchi hujayrali (papillyar tipda, Brennersimon xavfli)
	Differensillashmagan karsinomalar
Jinsiy bitishma stromasi o'smalari	Granulez-teka hujayrali
	Sertoli-Leydig
	Ginandroblastoma
	Jinsiy bitishma stromasi annulyar tubulalar bilan
	Steroid-hujayrali
Germinogen o'smalar	Disgerminoma
	Entodermal sinus
	Embrional karsinomalar
	Poliembrioma
	Xoriokarsinoma
	Teratoma (yetilmagan – solid, yetilgan – kistoz)
	Aralash
Aralash germinogen va jinsiy bitishma stromasi	Gonadoblastoma
	Boshqa
Tuxumdonlarning boshqa xavfli o'smalari	Sarkomalar
	Xavfli limfomalar
	Mayda hujayrali karsinomalar
	Metastatik o'smalar
	Boshqalar

19-jadval. TSda patomorfologik xulosaga talablar

Preparatning makroskopik tavsifi (har	Hajmi va vazni, rangi, kapsula holati, kesilgandagi ko'rinishi, kistoz va solid komponentlarning taxminiy nisbati (%da), papillyar tuzilmalarning mavjudligi (agar
---------------------------------------	--

bir tuxumdon uchun alohida)	mavjud bo'lsa, taxminan % da) va boshqa zararlangan a'zolar
O'sma	Umumiy hajmi (3 o'lcham: balandligi, kengligi, uzunligi), joylashuvi, turi, invaziya chuqurligi (miometriy/endometriy chegarasiga nisbatan), miometriyning qalinligi (mm), endometriy, bachadon seroz qavatining ishtiroki, bachadon bo'ynining, ortiqlarning ishtiroki
Boshqa topilmalar	Boshqa a'zolarga invaziyaning mavjudligi
Limfatik tugunlar	Ular mavjud bo'lganda: o'lchamlari, lokalizatsiyasi, eng katta limfa tugun o'lchami, kassetalar soni
Mikroskopik tavsifi	Asosiy o'sma: • gistologik tipi; • differensirovka darajasi; • invaziyasi; • kapsula/yuzasining zararlanganligi; • limfovaskulyar invaziya; • IGX markerlari. Metastazlar (imkon boricha alohida tavsiyalash kerak): Metastazlarning joylashgan joyi (shikastlangan limfa tugunlar/tugunlar soni, eng kattasini o'lchamlari, limfa tugundan tashqariga tarqalganligi)

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

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

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

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

- Palliativ kimyoterapiya, target davo, nur terapiya va davolash boshqa turlarini o'tkazish muddatining kelishi;

- Hayot uchun xavf soluvchi xolatlarning bo‘lishi;

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

1) Shikoyatlari [2, 3]:

Barcha bemorlarga shikoyatlari va anamnezni batavsil yig‘ish tavsiya qilinadi. TS boshlang‘ich bosqichlarda simptomiz kechishi mumkin yoki biroz diskomfort kuzatilishi mumkin. Jarayon tarqalganda kasallik nospetsifik belgilar bilan manifestlanadi, bular:

- Qorin hajmining kattalashishi,
- Dispepsiya belgilari,
- Vazn yo‘qotish,
- Ishtaha yo‘qotish,
- kichik chanoq sohasida og‘riq sindromi,
- hansirash,
- umumiy holsizlik.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

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

2) Fizikal tekshirishlar [1, 3]:

Batavsil fizikal tekshirish tavsiya etiladi.

Fizikal tekshirishlarga quyidagilar kiradi:

- rekto-vaginal tekshirish,
- qorin bo‘shlig‘i a’zolarini paypaslash,
- periferik limfa tugunlar barcha guruhlarini paypaslash,
- o‘pkalar auskultatsiya va palpatsiyasi,
- ko‘krak bezlarini paypaslash.

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: versiyasi va/yoki Karnovskiy shkalasi bo‘yicha bemorning og‘irligini baholashga (1-2-ilovaga qarang), alimentar holatini baholash, og‘riq sindromi, tana harorati, gemodinamika, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, plevrit va assit mavjudligi alohida e’tibor qaratish lozim;

3) Laborator tekshiruvlar:

Bajarish tavsiya etiladi:

- kengaytirilgan umumiy (klini) qon tahlili,
- jigar va buyraklar faoliyati ko'rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili,
- peshobni umumiy (klinik) tahlili,
- bemorning ahvolini baholash, davolash taktikasi va algoritmini aniqlash va kasallikning prognozini baholash maqsadida TS barcha bemorlariga qon ivish tizimini tekshirish [1, 4-10].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 4).

Izohlar: XTning keyingi kursi boshlanishidan kamida 5 kun oldin klinik qon tekshiruvi o'tkaziladi (takrorlanadi) [1, 4-10]. Umumiy (klinik) batafsil qon tahlilida quyidagi parametrlarni baholash tavsiya etiladi:

- gemoglobin,
- gematokrit,
- eritrotsitlar,
- eritrotsitlarning o'rtacha hajmi,
- eritrotsitlarni kattaligi bo'yicha taqsimlanishi,
- eritrotsitlarda gemoglobinning o'rtacha miqdori,
- gemoglobinning eritrotsitlarda o'rtacha konsentratsiyasi,
- trombotsitlar,
- leykotsitlar,
- leykotsitar formula,
- eritrotsitlar cho'kish tezligi.

jigar va buyraklar faoliyati ko'rsatkichlarini baholash bilan biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlilida:

- umumiy oqsil,

- glyukoza,
- bilirubin,
- kreatinin,
- mochevina,
- temir,
- alaninaminotrasferaza,
- aspartataminotransferaza,
- umumiy bilirubin,
- laktataminotransferaza,
- ishqoriy fosfataza,
- plazma elektrolitlari (kaliy, natriy, xlor),

peshobni umumiy (klinik) tahlilida:

- rangini aniqlash,
- peshobning tiniqligi,
- uning og'irligi,
- peshobda oqsil,
- pH,

- glyukoza,
- keton tanachalar,
- urobilinogen,
- leykotsitar esterazalar,

•epiteliy hujayralarini apparat mikroskopiyasi yo'li bilan, eritrotsitlar, silindrlar, tuzlar, shilliq, bakteriyalar va zamburug'larni aniqlash.

Qon ivish tizimini tekshirish doirasida koagulogramma baholanadi (gomeostaz tizimini oriyentatsiyali tekshirish):

- fibrinogen,
- protrombin (*Kvik bo'yicha*),
- MNO,
- Protrombin vaqti,
- protrombin indeksi,
- aktivlashgan qisman tromboplastin vaqti,
- trombin vaqti,
- ko'rsatmalarga ko'ra, qo'shimcha — antitrombin III, D-dimer, plazminogen, faollik foizi).

• TS va uning retsidivlarini aniqlash maqsadida barcha bemorlarga qonda adenogen saratonlarning antigeni SA125 miqdorini tekshirish tavsiya etiladi [1,11,12].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

• Tashxisni morfologik verifikatsiyasi bo'lmasa, TSga gumon bo'lgan barcha bemorlarga TS ehtimolini baholash maqsadida qonda inson epididimisi sekretor oqsili 4 ni (HE4) aniqlash va ROMA indeksini aniqlash tavsiya etiladi

kompyuterga shubha qilingan barcha bemorlarga qondagi inson yepididimis 4 (HE4) sekretor oqsilini aniqlash va PC ehtimolini baholash uchun ROMA indeksini aniqlash tavsiya etiladi [13,14,15].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: Qonda NE4 va ROMA indeksini aniqlash tashxisni morfologik verifikatsiyasi zarurligini almashtirmaydi, ammo NE4 darajasining yuqoriligi TS tashxisining spetsifikligini oshiradi.

• Mutsinoz karsinomaga shubha qilingan taqdirda, qondagi adenogen saraton antigeni CA 125 darajasini o'rganishdan tashqari, differensial tashxislash maqsadida qondagi adenogen saraton antigeni CA 19-9 darajasini o'rganish va zardobda saraton embrional antigeni (REA) darajasini o'rganish tavsiya etiladi [16].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: Mutsinoz TSda REA va SA19-9 oshirishi mumkin va bu keyinchalik o'tkaziladigan davo samaradorligini nazorat qilish imkonini beradi.

• Noepitelial o'smalar ehtimoli yuqori bo'lgan 40 yoshgacha bo'lgan ayollar uchun diagnostika bosqichida zardobdagi alfa-fetoprotein (AFP) darajasini o'rganish, xorion

gonadotropin darajasini o'rganish, qonda ingibin B darajasini o'rganish tavsiya etiladi [17].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

Izoh: *tuxumdonlarning noepitelial o'smalari yoshlarda ko'p kuzatiladi (batavsil ma'lumotlar tuxumdonlar noepitelial o'smalari bo'limida keltirilgan).*

- Yuqori darajada xavfli seroz yoki endometrioid karsinomali barcha bemorlarga, kasallik natijasini bildiruvchi va bemorni davolash algoritmini tanlash uchun qondagi yoki og'iz shilliq qavatidan surtma va/yoki biopsiya (jarrohlik) materialida BRCA1 va BRCA2 genlaridagi mutatsiyalarni molekular genetik tekshirish tavsiya etiladi [2,18,19].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: *ushbu gistologik o'sma turlarida BRCA1 va BRCA 2 genlarining mutatsiyalar chastotasi taxminan 15% ni tashkil qiladi. BRCA mutatsiyasining mavjudligi haqidagi ma'lumotlar o'smaning alkillovchi dorilar, platina hosilalari va PARP-ingibitorlari bilan davolashga yuqori sezuvchanligini aniqlash uchun foydalidir;*

4) Instrumental tekshiruvlar:

- Diagnostika bosqichida TS bilan kasallangan yoki TSga gumon qilingan barcha bemorlarga o'sma jarayonining tarqalishini aniqlash va davolash algoritmini rejalashtirish uchun ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va qorin parda olrti soha, buyraklar, tomir ichiga kontrast bilan yoki kontrastsiz kompyuter tomografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. [18,20,21].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: *KT (a) birlamchi o'smani tasavvur qilish, (b) kasallik metastazlarini aniqlash, (c) optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkoniyatini baholash imkonini beradi. Agar KT tekshiruviga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa yoki uning ma'lumot tarkibi yetarli bo'lmasa, tomir ichiga kontrast bilan MRT o'tkazish mumkin. Agar uzoq metastazga shubha qilingan bo'lsa, PET/KT o'tkazilishi mumkin.*

- O'sma jarayonining tarqalishini aniqlash va diagnostika bosqichida davolash algoritmini rejalashtirish uchun kichik chanoq a'zolarining magnit-rezonans tomografiyasini tomir ichiga kontrast bilan yoki kontrastsiz o'tkazish tavsiya etiladi [18,20,21].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izoh: *MRT (a) birlamchi o'smani vizualizatsiya qilish, (b) kasallik metastazlarini aniqlash, (c) optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkoniyatini baholash imkonini beradi. Agar MRT tekshiruviga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa yoki uning ma'lumot tarkibi yetarli bo'lmasa, shuningdek MRT ni o'tkazish imkoni bo'lmasa, tomir*

ichiga kontrastli yoki kontrastsiz KT ko'rsatma bo'ladi. Agar uzoq metastazga shubha qilingan bo'lsa, PET/KT o'tkazilishi mumkin. [18,20,21]

- TS bemorlariga yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga diagnostika bosqichida, agar ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasini o'tkazish imkoni bo'lmasa, ko'krak qafasi rentgenogrammasini o'tkazish tavsiya etiladi [18].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).

Izoh: *ko'krak qafasi a'zolari KTsi o'pkalarda, shuningdek, ko'ks oralig'i limfa tugunlaridagi metastazlarni yuqori sezgirlik va spetsifiklik bilan aniqlash imkoniyatiga ega.*

- TS bo'lgan yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga diagnostika bosqichida, o'sma jarayonining tarqalishi va davolash algoritmini rejalashtirish maqsadida, KT/MRT/PET-KT o'tkazish imkoni bo'lmasa, bo'yin-o'mrov usti soha, qo'ltiq osti, chov limfa tugunlari, qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi, qorin parda orti soha va kichik chanoq ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi [22,23].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: *UTT –qorin bo'shlig'ida, kichik chanoq bo'shlig'ida, limfa tugunlarining ikkilamchi shikastlanishlarida hosilalarni vizualizatsiya qilishning eng oddiy usulidir. Biroq, bu usul davolashning birinchi bosqichi to'g'risida qaror qabul qilish nuqtayi nazaridan KT/MRT/PET-KTdan sezilarli darajada pastdir. Ultratovush natijalari asosida RECIST 1.1 mezonlari bo'yicha kimyo terapiya ta'sirini baholash ham mumkin emas.*

- Ikkilamchi (metastatik) tuxumdon shikastlanishlarini yoki birlamchi ko'plab xavfli o'smalarni istisno qilish uchun diagnostika bosqichida TS bo'lgan yoki TSga shubha qilingan barcha bemorlarga ko'krak bezini tekshiruvi tavsiya etiladi [24, 25-27].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

Izohlar: *40 yoshgacha bo'lgan ayollar, agar xayz kechaytgan bo'lsa hayz davrining birinchi bosqichida sut bezlarining ultratovush tekshiruvidan o'tadilar, 40 yoshdan oshgan ayollarga, agar xayz mavjud bo'lsa, hayz davrining birinchi bosqichida mammografiya qilish tavsiya etiladi. Sut bezlarini tekshirish sut bezlarining xavfli o'smalari uchun klinik ko'rsatmalarda belgilangan tamoyillarga muvofiq amalga oshiriladi.*

- TS bilan og'rigan bemorlarga jarayonning tarqalishini aniqlash, tashxisni morfologik tekshirish va rezektivlikni baholash uchun, shuningdek, kichikroq invaziv usullar samarasiz bo'lib, bosqichlash uchun optimal sitoreduksiyanı bajarish shubhali bo'lgan hollarda yoki oldingi sitoreduksiya yetarli darajada bajarilmagan bo'lsa, shuningdek, agar tashxisni morfologik tasdiqlash uchun diagnostik laparoskopiya tavsiya etiladi [18,28].

4. Palliativ tibbiy yordamning maqsadlari:

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

5. Palliativ tibbiy yordam ko‘rsatish taktikasi:

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

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

20-jadval. O‘smaning bosqichi va morfologik xususiyatlariga qarab kimyo terapiya buyurish algoritmi.

O‘smaning bosqichi va morfologik xususiyatlari	Davolash variantlari
yorug‘ hujayrali bo‘lmagan gistologik tipi va xavflilik darajasini pastligi bilan birga kelgan IA va IB bosqichlar	Ad’yuvant XT ko‘rsatilmagan
yorug‘ hujayrali gistologik tipi va xavflilik darajasini yuqoriligi bilan birga kelgan IA va IB bosqichlar	4–6 sikl ad’yuvant platina saqllovchi XT

to'liq xirurgik bosqichlash muolajasi bo'lganda IA va IB bosqichlar	6 sikl ad'yuvant platina saqlovchi XT yoki to'liq xirurgik bosqichlash bilan qayta jarrohlik amaruvi, keyinchalik ko'rsatmalarga qarab XT bilan
O'smaning gistologik tipidan qat'iy nazar IC–IV bosqichlar	6 sikl davolovchi platina saqlovchi XT

Optimal sitoreduktiv operatsiyani amalga oshirishga imkon beradigan holatda bo'lgan o'smaning tarqalgan holatidagi bemorlarga birinchi bosqichda to'liq yoki optimal sitoreduksiya miqdorida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi [2, 40-42].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

FIGO bo'yicha kasallikning II-IV bosqichida bo'lgan tarqalgan TS :

Tarqalgan TS bilan og'riq barcha bemorlar sitoreduktiv jarrohlik va kimyo terapiya kombinatsiyasi bilan davolanadi.

Qorin bo'shlig'ida metastazlarning ko'pligi tufayli birinchi bosqichda sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish imkonsiz bo'lgan yoki umumiy holati agressiv jarrohlik aralashuvga yo'l qo'ymaydigan bemorlar (kuchli plevrit va boshqalar.) neoad'yuvant kimyo terapiya uchun nomzodlardir.

Tarqalgan TS, FNS va BPS operabelligini aniqlashda peritoneal karsinomatoz indeksini aniqlash yordma berishi mumkin. Indeks vizual ko'rik paytida birlamachi o'smaning integratsiyalangan ma'lumotlari va uni qorin bo'shlig'iga tarqalganligi asosida aniqlanadi [63, 64].

Jinsiy bitishma stromasi o'smalari

II-IV bosqichlar (tarqalgan bosqichlar). Tarqalgan bosqichlarini davolashda tanlov usuli nur yoki kimyo terapiya hisoblanadi [110]. Jinsiy bitishma stromasi o'smalari uchun turli xil kimyo terapiya rejimlarini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar yo'qligi sababli, odatda germinogen o'smalar uchun ishlatiladigan sxemalar qo'llaniladi [111].

Retsidivlar. 12 oy yoki undan ko'proq vaqt o'tgach va davolanish tugagandan so'ng yuzaga keladigan lokal va rezektabel retsidivlarda sitoreduktiv jarrohlik ko'rsatma bo'ladi. Retsidivni erta tashxislash uchun zardob ingibini ishlatilishi mumkin [112].

2) Palliativnoye nomedikamentoz davo:

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

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

Transfuzion qo'llab quvvatlash.

Transfuzion terapiya uchun ko'rsatmalar, birinchi navbatda, har bir bemor uchun yoshi, hamroh kasalliklari, kimyoterapiyaning tolerantligi va davolashning oldingi bosqichlarida asoratlarning rivojlanishini hisobga olgan holda individual ravishda klinik ko'rinishlar bilan belgilanadi.

Ko'rsatmalarni aniqlash uchun laboratoriya parametrlari yordamchi ahamiyatga ega bo'lib, ular asosan trombositlar konsentratini profilaktik quyish zarurligini baholash uchun qo'llaniladi.

Transfuziyalarga ko'rsatmalar, shuningdek, kimyoterapiya kursidan keyingi vaqtga bog'liq – keyingi bir necha kun ichida ko'rsatkichlarning taxmin qilingan pasayishi hisobga olinadi.

Eritrotsitar massa (DID):

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

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

Trombositlar konsentratini (UDD):

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

Yangi muzlatilgan plazma (UDD):

- YAMPni transfuziyasi qon ketishli bemorlarda yoki invaziv muolajalar o'tkazishdan oldin o'tkaziladi.
- $MNO \geq 2.0$ bo'lgan bemorlar (neyrojarrohlik aralashuvlarida ≥ 1.5) invaziv muolajalarni rejalashtirishda YAMP quyish uchun kandidat sifatida ko'riladi. Rejali amaliyotlarda amaliyotdan kamida 3 kun oldin fitomenadion 30 mg/sut dan kam bo'lmagan dozada vena ichiga yoki ichishga buyurilishi mumkin.

3) Palliativ medikamentoz davo:

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

Palliativ kimyo terapiyaga ko'rsatmalar:

- sitologik va gistologik tasdiqlangan TS;
- mahalliy tarqalgan o'smalarni davolashda;
- regionar limfa tugunlarida/uzoq a'zolarida (o'pka, jigar, bosh miya, suyaklarda) metastazlar;
- o'sma retsidivlari;
- bemorda qon ssurati qoniqarli bo'lishi: gemoglobin va gemokrit, granulotsitlar absolyut soni normal -200 dan ortiq bo'lganda, trombotsitlar -100000 dan ortiq bo'lganda;
- jigar, buyraklar, nafas tizimi va YUQT faoliyati saqlanganda;
- nooperabel jarayonni operabel jarayonga o'tkazilganlik extimolida;
- bemor operatsiyadan bosh tortganda;

- o‘smaning yomon fenotiplarida (uch karra negativ, Her2-negativ saratonda) uzoq davolash natijalarini yaxshilash.

Kimyo terapiyaga qarshi ko‘rsatmalar:

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

Absolyut qarshi ko‘rsatmalar:

- gipertermiya >38 gradus;
- dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar (yurak-qon tomir , nafas olish tizimi, jigar, buyraklar);
- o‘tkir infeksiyaon kasalliklarning mavjudligi;
- psixik kasalliklar;
- bitta yoki bir nechta mutahassislar tomonidan tasdiqlangan, ushbu davoning samaradorligi;
- o‘smanni parchalanishi (qon ketish havfi);
- Karnovskiy shkalasi bo‘yicha 50% va undan kam bemor umumiy ahvolining og‘irligi (1-ilovaga qarang).

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

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

21-jadval. Tarqalgan (FIGO bo‘yicha II-IV) TS, FNS va BPK ni kimyo terapiya sxemalari va dozalash rejimlari [1].

№ t/r	Preparatlar	Dozasi va yuborilish yo‘li	Sikllar soni	Takrorlash chastotasi
--------------	--------------------	-----------------------------------	---------------------	------------------------------

1	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3-soatlik infuziya	6	Har 3 haftada
	karboplatin	AUC 5-6, v/i, paklitakseldan so'ng 1 soatlik infuziya		
2*	paklitaksel	135 mg/m ² , v/i, 3 yoki 24 soatlik infuziya 1-kun	6	Har 3 haftada
	sisplatin	75-100 mg/m ² , i/p, paklitakseldan so'ng 2-kuni		
	paklitaksel	60 mg/m ² , i/p, 8-kun		
3	paklitaksel	zich dozali rejim 80 mg/m ² , v/i, 1 soatlik infuziya 1, 8, 15-kunlar	6	Har 3 haftada
	karboplatin	birinchi kun AUC 5-6 v/i, 1 soatlik infuziya paklitakseldan so'ng		
4	paklitaksel	v/i 1 soatlik infuziya 60 mg/m ² keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC 2 30 daqiqa davomida	18	Har hafta
	karboplatin			
5	dosetaksel	60-75 mg/m ² , v/i, 1 soatlik infuziya keyinchalik karboplatinni yuborish bilan AUC 5-6 v/i 1 soatlik infuziya birinchi kun	6	Har 3 haftada
	karboplatin			
6	paklitaksel	175 mg/m ² , v/i, 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC 5-6 v/i, paklitakseldan so'ng soatlik infuziya va 30-90 daqiqalik infuziya bevatsizumab 7,5 mg/kg	6	Har 3 haftada, bevatsizumab yana 12 sikl davomida davom ettirish
	Karboplatin			
	Bevatsizumab			
7	paklitaksel	175 mg/ m ² , v/i 3 soatlik infuziya va karboplatin AUC 6 v/i soatlik infuziya paklitakseldan so'ng	6	Har 3 haftada
	karboplatin			

	bevatsizumab	XTning 2-kursining 1 kunidan bevatsizumab 7,5-15 mg/kg v/i 30-90 daqiqalik infuziya	22 siklgacha	
8*	Pemetreksed	500 mg/m ² v/i 21 kunlik siklning 1-kuni;	4-6	Har 3 haftada

NB! * - texnik sharoitlar va o'qitilgan personal mavjud bo'lganda o'tkaziladi.

NB! * - XTning 3-4 liniyasida o'tkaziladi (platina saqllovchi preparatlar bilan kombinatsiyada + target komponent, bevatsizumab bilan kombinatsiyada qilinadi).

GOG0218 va ICON7 ikki yirik tadqiqotlar tarqalgan tuxumdonlar saratonida kimyo terapiyaning birinchi liniyasida bevatsizumabning samaradorligini tasdiqladi. Bunda progressiylanishgacha mediananing va umumiy yashovchanlik medianasining uzayishi kuzatilgan [72, 73].

III-IV bosqich yuqori darajali xavflilikdagi seroz TS bemorlariga, agar quyidagi shartlar bajarilsa, olaparib bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasini buyurish tavsiya etiladi:

- BRCA1/2 genining germinal va somatik mutatsiyasi mavjud bo'lganda;
- birinchi liniya kimyo terapiya sida o'smaga qarshi javob (to'la yoki qisman).

Olaparib * (tabletkalarda) bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasi 300 mg +sut dozada, 2 tmarta ichishga, 2 yil davomida yoki progressiylanishgacha yoki chidab bo'lmas toksiklikkacha amalga oshiriladi. Agar terapiya boshlanganidan 2 yil o'tgach qisman javob saqlanib qolsa, shifokorning fikriga ko'ra, bu bemorga foyda keltirishi mumkin bo'lsa, davolanishni 2 yildan ortiq davom ettirish mumkin. KT tugaganidan keyin 8 hafta ichida olaparib bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyasini boshlash maqsadga muvofiqdir.

Yuqori darajada xavflilikdagi tarqalgan epiteliya tuxumdon saratoni, fallopiy naylari yoki birlamchi peritoneal saratoni bilan kasallangan, birinchi liniyada platina saqllovchi kimyo terapiyaga javob bergan (to'la yoki qisman) katta yoshli bemorlarda qo'llab-quvvatlovchi terapiya sifatida olaparib bevatsizumab bilan birgalikda ko'rsatma bo'ladi. Ularda saraton BRCA1/2 mutatsiyasi va/yoki genom nostabillik mavjudligi bilan belgilanuvchi gomologik rekombinatsiya buzilishi musbat statusi bilan assotsiatsiylanadi [57].

Kasallikning progressiylanishi va retsidiylari.

Tuxumdonlar saratonini progressiylanishini konstatatsiyasi mezonlari:

- 1) progressiylanishni klinik yoki rentgenologik tasdiqlanishi;
- 2) quyidagi shartlarga rioya qilgan holda, kamida 1 hafta interval bilan qayta analiz bilan tasdiqlangan SA 125 darajasining o'sishi bo'yicha progressiylanish:

- SA 125 ning me'yorning yuqori chegarasidan 2 marotaba o'sishi (agar avval u me'yor chegarasida bo'lgan bo'lsa);

- SA 125 ning o'tkazilayotgan davo vaqtida registratsiya qilingan eng kam qiymatidan 2 marotaba o'sishi (agar davo vaqtida SA 125 ning me'yorlashishi kuzatilmagan bo'lsa).

Ushbu klinik holatlarda davolash bemor sog'aygancha olib borilmaydi. Ushbu klinik holatlarda davolash bemorlarning tuzalishiga olib kelmaydi. Shuning uchun, bunday davolashning asosiy maqsadi hayot sifatini yaxshilash va bemorni olib borishning umumiy rejasi bilan integratsiyadir.

kimyo terapiya .

Platina preparatlariga sezgirlik. Agar bemorlarda davodan so'ng progressiyalanishgacha bo'lgan vaqt (platina o'z ichiga olgan kimyo terapiya tugagandan so'ng) 6 oydan ko'p bo'lsa, davo platina preparatlari bilan tiklanishi kerak [96, 97]. Platinaga sezgir retsidiv uchun afzal davolash sxemalari quyidagilar bo'lishi mumkin [81-90]:

- карбоплатин монорежимда;
- karboplatin/dosetaksel;
- karboplatin/gemcitabin;
- karboplatin/gemcitabin/bevatsizumab;
- sisplatin/gemcitabin;
- karboplatin/liposomal doksorubitsin;
- karboplatin/paklitaksel (har 3 haftada yoki har hafta);
- sisplatin;
- topotekan/karboplatin;
- topotekan/sisplatin.

Platinaga sezgir refidivlanuvchi (PSR) yuqori daraja xavflilikdagi, platina saqlovchi kimyo terapiya ga javob bergan (to'liq yoki qisman) tuxumdonlar, bachadon nayi epitelial saratonida yoki birlamchi peritonel saratonda qo'llab-quvvatlovchi monoterapiya sifatida Olaparib. TS retsidivlarini davolashda olaparib BRCA1/2 genlarining mutatsion holatidan qat'i nazar buyurilishi mumkin.

Olaparib 300 mgni sutkasiga 2 mahal qabul qilish, 8 hafta davomida boshlash tavsiya qilinadi. Platina saqlovchi XT tugagandan so'ng, preparat bilan davolash progressiyalanishga qadar yoki chidab bo'lmas toksiklikning rivojlanishi yoki paydo bo'lguncha davom ettirilishi kerak [91, 92].

Platinaga sezgir retsidiv uchun ishlatiladigan target dorilar bevatsizumab bo'lishi mumkin, agar birlamchi davolash usiz amalga oshirilgan bo'lsa [93-95].

Platina preparatlariga rezistentli turlari.

kimyo terapiya yakunlanganidan so'ng 6 oy ichida retsidiv rivojlangan holatlarni platinarezistent kasallik deyiladi. Platina preparatlarini qo'llash bilan kimyo terapiya fonida retsidiv rivojlansa – platinorefrektar kasallik deyiladi.

Ushbu guruh bemorlari uchun tanlov preparatlari bo'lib, quyidagilar hisoblanishi mumkin [93-103]:

- dosetaksel;
- peroral etopozid;
- gemitabin;
- liposomal doksorubitsin;
- liposomal doksorubitsin/bevatsizumab;
- har haftalik paklitaksel;
- har haftalik paklitaksel/bevatsizumab;
- topotekan;
- vinorelbin.
- pembrolizumab* (MSI-H yoki dMMR solid o'smalari bo'lgan bemorlar uchun, yoki TMB-H ≥ 10 mutatsiya/megabaza o'smalari uchun) [104].

**O'zR da registratsiya qilingandan so'ng qo'llanilsin.*

Cheklangan qo'llanishga ega bo'lishi mumkin - tamoksifen [105-106].

Ikkinchi liniya kimyo terapiyaning ketma-ket ikki kursidan so'ng, davolanishga serologik yoki klinik javob bo'lmagan taqdirda, davolashni to'xtatish to'g'risida qaror qabul qilinishi mumkin.

Tuxumdonlar yorug' hujayrali va mutsinoz adenokarsinomasida (harm 1-liniyada, ham retsidivlarda) quyidagi rejimlar qo'llaniladi [72, 73]:

- irinotekan/sisplatin;
- oksaliplatin/kapetsitabin;
- irinotekan/mitomitsin.

22-jadval. Germinogen o'smali bemorlarni davolashda VER rejimi

Sikl kuni	Preparat	Doza	Sikllar soni	Chastota
1 kun	bleomitsin	30 mg (ME), v/i	12	har hafta
1-5 kunlar	etopozid	100 mg/m ² , v/i	3	har 3 haftada
1-5 kunlar	sisplatin	20 mg/m ² , v/i		har 3 haftada

Shuningdek tanlov preparatlari bo'lishi mumkin: vinblastin, ifosfamid, karboplatin.

Germinogen o'smalarda kimyo terapiya ikkinchi liniyasi sxemasi bo'lishi mumkin quyidagi kombinatsiyalar (NB! * O'zR hududida registratsiya qilingandan so'ng qo'llanilsin):

- VAC (vinkristin, daktinomitsin*, siklofosfamid);
- TIP (paklitaksel, ifosamid, mesna, sisplatin).

kimyo terapiya ning uchinchi liniyasi quyidagilar:

- TGP (paklitaksel, gemitabin, oksaliplatin*);
- GemOx (gemitabin, oksaliplatin*).

II va III darajali xavflilikdagi yetilmagan teratomalar uchun VAC sxemasi yoki boshqa vinblastinli kombinatsiyalar yang yaxshi hisoblanadi.

Jinsiy bitishma stromasi o'smalari.

II-IV bosqichlar (tarqalgan bosqichlar). Tarqalgan bosqichlarini davolashda tanlov usuli nur yoki kimyo terapiya hisoblanadi [98]. Jinsiy bitishma stromasi o'smalari uchun turli xil kimyo terapiya rejimlarini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar yo'qligi sababli, odatda germinogen o'smalar uchun ishlatiladigan sxemalar qo'llaniladi [99].

Retsidivlar. 12 oy yoki undan ko'proq vaqt o'tgach va davolanish tugagandan so'ng yuzaga keladigan lokal va rezektabel retsidivlarda sitoreduktiv jarrohlik ko'rsatma bo'ladi. Retsidivni erta tashxislash uchun zardob ingibini ishlatilishi mumkin [100].

23-jadval

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	ID
	sisplatin	75 mg/m ² , 1-chi kun, v/i	A

Alkillovchi agentlar – platina kompleks birikmalari	karboplatin	AUC 5-6, 1-chi kun, v/i	A
Mikronaychalar ingibitorlari– taksanlar	dosetaksel	75 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
	paklitaksel	175 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Pirimidin antagonistlari – ftorpirimidinlar	kapetsitabin	2000 mg/m ² , 1-14 kunlar, tabletkalar, ichishga	A
Mikronaychalar ingibitorlari – barvink alkaloidlari	vinorelbin	25 mg/m ² 1,8, 15 kunlar, v/i	A
Inson poli (ADF riboza) polimerazalar (PARP) fermenti ingibitori	olaparib	300 mg, sutkada 2 marta, tabletkalar, uzoq vaqt, ichishga	A
O'sish omili va ularning retseptorlariga monoklonal antitanalar	bevatsizumab	7,5-15 mg/kg 3 haftada 1 marta progressiyagacha, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – antratsiklinlar	Pegilirlangan liposomal doksorubitsin	50-60 mg/m ² , 1-chi kun, v/i	A
O'smaga qarshi antibiotiklar – fleomitsinlar	bleomitsin	30 mg, v/i, m/o,1,3 kunlar	A
Alkillovchi agentlar – xloretilaminlar	ifosfamid	1500 mg/m ² , 1-5 kunlar , v/i	A
Akrolein antidoti	mesna	400 mg/m ² , kuniga 3 marta 1-5 kunlar, v/i	A
Antimetabolitlar – sitidin analoglari	gemsitabin	1000 mg/m ² 1-, 8- va 15-chi kunlar, v/i	A
Topoizomeraza 1 ingibitorlari	topotekan	0,75-1,25 mg/m ² 1-3 kunlar, v/i	A
	irinotekan	140 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A
Topoizomeraza 11 ingibitori	etopozid	100 mg/m ² 1-5 kunlar , v/i	A
Platina kompleks birikmalari	oksaliplatin	130 mg/m ² 1-chi kun, v/i	A

Gormonlar va antigormonlar. Antiestrogenlar	tamoksifen	40 mg/sut, ichishga	B
Immunoonkologik preparatlar	pembrolizumab	200 mg v/i har 3 haftada yoki 400 mg v/i har 6 haftada	A
Bisfosfonatlar guruhiga mansub suyak rezorbsiyasi ingibitori	pamidron kislota	90mg v/i 4 soatlik infuziya 3-4 haftada 1 marta	B
	zoledron kislota	v/i tomchilab 15 daqiqa davomida 4 mg 3-4 haftada 1 marta	B
Suyak rezorbsiyasi ingibitori.	denosumab	120 mg teri ostiga	A
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://diseases.medelem.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%8F%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B0%D1%8F-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%8B-%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%83%D1%8E-%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2022/17465		

24-jadval.

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining XPN	Qo'llash tartibi	ID
O'smaga qarshi preparatlar toksik ta'sirini susaytiruvchi dori vositalari	Allopurinol	Ichishga	-
Antibakterial vositalar	Ofloksatsin	Vena ichiga	C
	Sefoperazon sulbaktam	Vena ichiga	C
	Metronidazol	Vena ichiga Ichishga	A
	Levofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	-
	Siprofloksatsin	Vena ichiga Ichishga	C

	Sulfametoksazol	Vena ichiga Ichishga	A
Zamburug‘ga qarshi dori vositalari	/trimetoprim	Vena ichiga Ichishga	B
	Vorikonazol	Ichishga	B
	Itrakonazol	Vena ichiga Ichishga	C
	Flukonazol	Ichishga	B
Virusga qarshi dori vositalari	Pozakonazol	Vena ichiga Ichishga	A
Qon ivish tizimiga ta’sir qiluvchi dori vositalari	Asiklovir	Teri ostiga	C
	Nadroparin	Teri ostiga	C
Boshqa dori vositalari	Enoksaparin	Mahalliy qo‘llash	D
	Bupivakain, Lidokain, Prokain	Vena ichiga Ichishga	A
	Omeprazol	Vena ichiga	A
	Famotidin	Ichishga	
	Ambroksol	Ichishga	B
	Amlodipin	Vena ichiga	
	Drotaverin	Ichishga	B
	Kaptopril	Ichishga	B
	Lizinopril	Ichishga	B
	Laktuloza	Ichishga	B
	Spironolakton	Ichishga	-
	Povidon – yod	Tashqi	-
	Tobramitsin	Vena ichiga	-
	Torasemid	Ichishga	-
	Foliy kislotasi	Ichishga	-
	Furosemid	Vena ichiga	-
Ma'lumotlarni yuklab olish uchun (havolalar)	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%8F%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B0%D1%8F-%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%8B-%D0%B8-		

6. Jarrohlik aralashuvi.

Tuxumdonlar saratonining III-IV bosqichlarini xirurgik davolash

- Tarqalgan o'smalarda va birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish uchun bemorning ahvoli imkon bersa, to'liq yoki optimal sitoreduktsiya, ya'ni kasallikning barcha ko'rinadigan belgilarini olib tashlash hajmida jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi, [2,52].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1).

- birinchi bosqichda optimal sitoreduktiv amaliyot bajarish imkonsi bo'lsa, davoni kimyo terapiya (XT) dan boshlash tavsiya etiladi [53-55].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: operatsiyadan oldingi XT ko'rsatma bo'lgan bemorlarga og'ir somatik holatga ega bemorlar, shuningdek, optimal sitoreduktsiyani amalga oshirish imkonsiz bo'lgan o'sma jarayonining juda kuchli tarqalishi bo'lgan bemorlar kirishi mumkin. Ushbu bemorlarga imkon qadar tezroq (induksion XT 2-3 kursidan keyin) oraliq sitoreduktiv jarrohlik amaliyotini bajarish kerak. Jarrohlik amaliyotidan so'ng bemorlarga xuddi shu sxema bo'yicha qo'shimcha 3-4 kurs XT o'tkaziladi.

- TS ning III-IV bosqichida, to'liq sitoreduktsiya bajarilgan taqdirda, operatsiyadan oldingi tekshiruv yoki intraoperatsion reviziyaga ko'ra metastatik shikastlanishga gumon qilingan kattalashgan limfa tugunlari mavjud bo'lganda, limfadenektomiya bajarilishi tavsiya etiladi [56,57].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

Izoh: buyrak tomirlari darajasigacha bo'lgan ichki, tashqi, umumiy yonbosh, yopqich, preaortal, paraaortal, aortakaval, prekaval va parakaval limfa tugunlari olib tashlanadi.

Retsidivlarni xirurgik davolash.

Ikkilamchi sitoreduktiv amaliyotlar retsdivli katta bo'lmagan bemorlar guruhida o'zini oqlaydi, qachonki [90]:

Uzoq vaqtli retsdivsiz davr bo'lsa (odatda > 2 yil);

- retsdiv o'smani butunlay olib tashlash mumkin bo'lsa.

Davom etayotgan kimyo terapiya fonida erta kasallik progressiyasi kuzatilgan bemorlarga jarrohlik davolash tanlangan usul bo'lmasligi kerak [108].

Jarrohlik usulida davolash ko‘pincha palliativ xarakterga ega bo‘lishi mumkin (ayniqsa, ichak tutilishida hayot sifatini yaxshilash uchun).

"Second Look" amaliyoti. Odatda kombinatsiyalangan yoki kompleks davolashdan keyin o‘sma jarayonining tarqalganlik darajasini aniqlash uchun amalga oshiriladi.

7. Keyingi davolash:

Birlamchi davolashdan so‘ng bemorni kuzatish.

TS bemorlari birlamchi davodan so‘ng ginekolog onkolog (ximioterapevt yoki mahsus tayyorlangan ginekolog) tomonidan quyidagi muddatlarda kuzatilishi kerak

- 1 va 2 yillar – 3 oyda 1 bor;
- 3 va 4 yillar – to‘rt oyda 1 marta;
- 5 yil – yarim yilda 1 marta;
- 6 yil va undan keyin – yiliga 1 marta.
- CA-125 ni aniqlash, agar u davolanishdan oldin oshgan bo‘lsa, yuqori prognostik ahamiyatga ega bo‘ladi va har bir ko‘rikda aniqlanishi kerak bo‘ladi. CA - 125 dan foydalanish mezonlari batafsil tavsiflangan [29,113,114].
- Davolash tugagandan so‘ng, epiteliya saratoni bilan bir xil chastotada barcha bemorlar zardob markerlarini muntazam ravishda aniqlash va ginekologik tekshiruv bilan kuzatilishi kerak. Retsidivni erta tashxislash uchun XGCh, LDG, AFP, REA va SA-125 marker sifatida qo‘llaniladi, agar dastavval ular oshgan bo‘lsa. Ko‘pgina bemorlarda hayz ko‘rish va reproduktiv funktsiya tiklanadi [94].
- Ultratovush, KT, MRT va PET kabi tibbiy vizualizatsiya usullari ham qo‘llaniladi. Muntazam amaliyotda ular faqat kasallikning rivojlanishiga klinik (retsidiv/metastaz) va/yoki biokimyoviy (SA125 ortishi) shubhalar mavjud bo‘lgandagina buyuriladi.

8. Palliativ davolash samaradorligini indikatorlari:

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

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

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

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

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

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

9. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

- 1) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Ovarian Cancer Continue Including Fallopian Tube Cancer and Primary Перитонеал Cancer Version 1.2022 — February 22, 2022.
- 2) Pal T., Permuth-Wey J., Betts J.A. et al. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases // Cancer. – 2005. – V. 104. – N 12. – P. 2807– 16.
- 3) Ebell M.H., Culp M.B., Radke T.J. A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer // Am J Prev Med. – 2016. – V. 50. – N 3. – P. 384–94.
- 4) Zhou Q. et al. Clinicopathological and prognostic significance of platelet count in patients with ovarian cancer //Climacteric. – 2018. – T. 21. – №. 1. – C. 60-68.
- 5) Nomellini R. S. et al. Parameters of blood count and tumor markers: a retrospective analysis and relation to prognostic factors in ovarian cancer //Eur J Gynaecol Oncol. – 2017. – T. 38. – C. 364-67.
- 6) Ma X. et al. Prognostic significance of thrombocytosis, platelet parameters and aggregation rates in epithelial ovarian cancer //Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2014. – T. 40. – №. 1. – C. 178-183.
- 7) Qin Y. et al. The value of red cell distribution width in patients with ovarian cancer//Medicine. – 2017. – T. 96. – №. 17. 54.
- 8) Slabuszewska-Jozwiak A. et al. The prognostic significance of thrombocytosis in ovarian cancer //Annals of Agricultural and Environmental Medicine. – 2015. – T. 22. –№. 4.
- 9) Yang Z. et al. Preoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio is a predictor of survival of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies //Oncotarget. – 2017. – T. 8. – №. 28. – C. 46414.
- 10) Schneider D. et al. Перитонеал fluid lactate dehydrogenase in ovarian cancer //Gynecologic oncology. – 1997. – T. 66. – №. 3. – C. 399-404.

- 11) Gu P. et al. CA 125, PET alone, PET–CT, CT and MRI in diagnosing recurrent ovarian carcinoma: a systematic review and meta-analysis //European journal of radiology. – 2009. – T. 71. – №. 1. – C. 164-174.
- 12) Ferraro S. et al. Serum human epididymis protein 4 vs carbohydrate antigen 125 for ovarian cancer diagnosis: a systematic review //Journal of clinical pathology. – 2013. – T. 66. – №. 4. – C. 273-281.
- 13) Stiekema A., Boldingh Q.J., Korse C.M. et al. Serum human epididymal protein 4 (HE4) as biomarker for the differentiation between epithelial ovarian cancer and ovarian metastases of gastrointestinal origin // Gynecol Oncol. – 2015. – V. 136. – N 3. – P.562–6.
- 14) Cui, Ranliang et al. “Clinical value of ROMA index in diagnosis of ovarian cancer: meta-analysis.” Cancer management and research vol. 11 2545-2551. 28 Mar. 2019, doi:10.2147/CMAR.S199400
- 15) Dochez, V., Caillon, H., Vaucel, E. et al. Biomarkers and algorithms for diagnosis of ovarian cancer: CA125, HE4, RMI and ROMA, a review. J Ovarian Res 12, 28 (2019) doi:10.1186/s13048-019-0503-7
- 16) Santotoribio J.D., Garcia-de la Torre A., Cañavate-Solano C. et al. Cancer antigens 19.9 and 125 as tumor markers in patients with mucinous ovarian tumors // Eur J Gynaecol Oncol. – 2016. – V. 37. – N 1. – P. 26–9.
- 17) Colombo N., Peiretti M., Garbi A. et al. Non-Epithelial Ovarian Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines // Ann Oncol. – 2012. – V. 23 (Suppl 7). – P. vii20–vii26.
- 18) Ledermann J. A., Raja F. A., Fotopoulou C. et al. Newly Diagnosed and Relapsed Epithelial Ovarian Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines // Ann Oncol. – 2013. –V. 24 (Suppl 6). – P. vi24–vi32
- 19) Zhong Q. et al. Effects of BRCA1-and BRCA2-related mutations on ovarian and breast cancer survival: a meta-analysis //Clinical Cancer Research. – 2015. – T. 21. – №.1. – C. 211-220.
- 20) Roze J. F. et al. Positron emission tomography (PET) and magnetic resonance imaging (MRI) for assessing tumour resectability in advanced epithelial ovarian/fallopian tube/primary перитонеал cancer //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – №. 10.
- 21) Nam E. J. et al. Diagnosis and staging of primary ovarian cancer: correlation between PET/CT, Doppler US, and CT or MRI //Gynecologic oncology. – 2010. – T.116. – №. 3. – C. 389-394.
- 22) Sankaranarayanan R. Screening for cancer in low- and middle-income countries //Ann Glob Health. – 2014. – V. 80. – N 5. – P. 412–7.

- 23) Fischerova D. et al. Ultrasound in preoperative assessment of pelvic and abdominal spread in patients with ovarian cancer: a prospective study //Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2017. – T. 49. – №. 2. – C. 263-274.
- 24) Yadav B.S., Sharma S.C., Robin T.P. Synchronous primary carcinoma of breast and ovary versus ovarian metastases. // Semin Oncol. – 2015. – V. 42. – N 2. – P. e13–24.
- 25) Gøtzsche P. C., Jørgensen K. J. Screening for breast cancer with mammography //Cochrane database of systematic reviews. – 2013. – №. 6.
- 26) Wubulihasimu, M., Maimaitusun, M., Xu, X.-L., Liu, X.-D., & Luo, B.-M. (2018). The added value of contrast-enhanced ultrasound to conventional ultrasound in differentiating benign and malignant solid breast lesions: a systematic review and metaanalysis. Clinical Radiology.doi:10.1016/j.crad.2018.06.004
- 27) Hu, Q., Wang, X. Y., Zhu, S. Y., Kang, L. K., Xiao, Y. J., & Zheng, H. Y. (2015). Meta-analysis of contrast-enhanced ultrasound for the differentiation of benign and malignant breast lesions. Acta Radiologica, 56(1), 25–33. doi:10.1177/0284185113517115
- 28) van de Vrie R, Rutten MJ, Asseler J, Leeftang MMG, Kenter GG, Mol BJ, Buist M. Laparoscopy for diagnosing resectability of disease in women with advanced ovarian cancer. 57 Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD009786. DOI: 10.1002/14651858.CD009786.pub3
- 29) Stuart, G. C. E., Kitchener, H., Bacon, P. M., Friedlander, M., & Ledermann, J.(2011). 2010 Gynecologic Cancer InterGroup (GCIg) Consensus Statement on Clinical Trials in Ovarian Cancer Report From the Fourth Ovarian Cancer Consensus Conference, 21(4), 750–755. <http://doi.org/10.1097/IGC.0b013e31821b2568>
- 30) Jacobs I, Bast RC Jr. The CA 125 tumour-associated antigen: a review of the literature. Hum Reprod 1989; 4:1-12
- 31) Rustin GJ, Nelstrop AE, Tuxen MK, Lambert HE. Defining progression of ovarian carcinomaduring follow-up according to CA 125: a North Thames Ovary Group Study. Ann Oncol 1996; 7:361-364.
- 32) Young RC, Walton LA, Ellenberg SS, et al. Adjuvant therapy in stage I and stage II epithelial ovarian cancer. Results of two prospective randomized trials. N Engl J Med 1990; 322:1021- 1027.
- 33) Hacker, N. F., Berek, J. S., Juillard, G. J. F., Eisenkop, S., Burnison, C. M., & Lagasse, L. D. (1984). Whole abdominal radiation as salvage therapy for advanced stage ovarian cancer. Gynecologic Oncology, 17(2), 256–257. [http://doi.org/10.1016/0090-8258\(84\)90097-0](http://doi.org/10.1016/0090-8258(84)90097-0).

- 34) MS, Barlow JJ, Lele SB. Incidence of subclinical metastasis in stage I and II ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1978; 52:100-104.
- 35) Young RC, Decker DG, Wharton JT, et al. Staging laparotomy in early ovarian cancer. *JAMA* 1983; 250:3072-3076.
- 36) Stuart, G. C. E., Kitchener, H., Bacon, P. M., Friedlander, M., & Ledermann, J.(2011). 2010 Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) Consensus Statement on Clinical Trials in Ovarian Cancer Report From the Fourth Ovarian Cancer Consensus Conference, 21(4), 750–755. <http://doi.org/10.1097/IGC.0b013e31821b2568>
- 37) Zanetta G, Chiari S, Rota S, et al. Conservative surgery for stage I ovarian carcinoma in women of childbearing age. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1030-1035.
- 38) Schilder JM, Thompson AM, DePriest PD, et al. Outcome of reproductive age women with stage IA or IC invasive epithelial ovarian cancer treated with fertilitysparing therapy. *Gynecol Oncol* 2002; 87:1-7.
- 39) Seidman JD, Kurman RJ. Ovarian serous borderline tumors: a critical review of the literature with emphasis on prognostic indicators. *Human Pathology* 2000; 31:539-557.
- 40) 102. Elattar A. et al. Оптимальный primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer //Cochrane database of systematic reviews. – 2011. – №. 8. 2A
- 41) Huo Y. R. et al. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) and cytoreductive surgery (CRS) in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis //European Journal of Surgical Oncology (EJSO). – 2015. – Т. 41. – №. 12. – С. 1578-1589.
- 42) Cardenas-Goicoechea J. et al. Minimally invasive interval cytoreductive surgery in ovarian cancer: systematic review and meta-analysis //Journal of robotic surgery. – 2019. – Т. 13. – №. 1. – С. 23-33.
- 43) 12. Stuart G., Kitchener H., Bacon M. et al. 2010 Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) Consensus Statement on Clinical Trials in Ovarian Cancer *Int J Gynecol Cancer* 2011;21: 750Y755. 47
- 44) Trimbos J.B., Parmar M., Vergote I. et al. International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1 and Adjuvant ChemoTherapy In Ovarian Neoplasm trial: two parallel randomized phase III trials of adjuvant chemotherapy in patients with early-stage ovarian carcinoma. *J Natl Cancer Inst.* 2003 Jan 15;95(2):105–12.
- 45) Elattar A. et al. Оптимальный primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer //Cochrane database of systematic reviews. – 2011. – №. 8. 2A
- 46) Huo Y. R. et al. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) and cytoreductive surgery (CRS) in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis

//European Journal of Surgical Oncology (EJSO). – 2015. – T. 41. – №. 12. – C. 1578-1589.

- 47) Cardenas-Goicoechea J. et al. Minimally invasive interval cytoreductive surgery in ovarian cancer: systematic review and meta-analysis //Journal of robotic surgery. – 2019. – T. 13. – №. 1. – C. 23-33.
- 48) 5. NCCN guidelines panel. Epithelial Ovarian Cancer (including Fallopian Tube Cancer and Primary Перитонеал Cancer). Version 1.2016 // published online: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#ovarian. – 2016. –P. OV1.
- 49) Young R.C., Walton L.A., Ellenberg S.S. et al. Adjuvant therapy in stage I and stage II epithelial ovarian cancer // N Engl J Med. – 1990. – V. 322. – P. 1021–7.
- 50) Young R.C., Brady M.F., Nieberg R.M. et al. Adjuvant treatment for early ovarian cancer: a randomized phase III trial of intraперитонеал 32P or intravenous cyclophosphamide and cisplatin – A Gynecologic Oncology Group study // J Clin Oncol 2003. – V 21. – N 23. P. 4350–5.
- 51) Bolis G., Colombo N., Pecorelli S. et al. Adjuvant treatment for early epithelial ovarian cancer: results of two randomized clinical trials comparing cisplatin to no further treatment or chromic phosphate (32P). GICOG: Gruppo Interregionale Collaborativo in Ginecologia Oncologica // Ann Oncol. – 1995. – V. 6, N 9. – P. 887–93.
- 52) Elattar A. et al. Оптималь primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer //Cochrane database of systematic reviews. – 2011. – №. 8. 2A.
- 53) Vergote I., Trope C.G., Amant F. et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer // N Engl J Med. – 2010. – V. 363. – P. 943–53.
- 54) Yang L. et al. Neoadjuvant chemotherapy versus primary debulking surgery in advanced epithelial ovarian cancer: A meta-analysis of peri-operative outcome //PloS one. – 2017. – T. 12. – №. 10. – C. e0186725.
- 55) Harter P., Sehouli J., Lorusso D. et al. A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms // N Engl J Med. – 2019. – V. 380. – P. 822– 832.
- 56) Zhou J., Shan G., Chen Y. The effect of lymphadenectomy on survival and recurrence in patients with ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis //Japanese journal of clinical oncology. – 2016. – T. 46. – №. 8. – C. 718-726.
- 57) Xiao Y. et al. Platinum-Based Neoadjuvant Chemotherapy versus Primary Surgery in Ovarian Carcinoma International Federation of Gynecology and Obstetrics Stages

IIIc and IV: A Systematic Review and Meta-Analysis //Gynecologic and obstetric investigation. – 2018. – T. 83. – №. 3. – С. 209-219.

- 58) Colombo N, Guthrie D, Chiari S, et al. International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1: a randomized trial of adjuvant chemotherapy in women with earlystage ovarian cancer. J Natl Cancer Inst 2003; 95:125-132.
- 59) Trimbos JB, Vergote I, Bolis G, et al. Impact of adjuvant chemotherapy and surgical staging in early-stage ovarian carcinoma: European Association for Research and Treatment of Cancer- adjuvant chemotherapy in ovarian neoplasm trial. J Natl Cancer Inst 2003; 95:113-125.
- 60) Russell P. The pathological assessment of ovarian neoplasms. I. Introduction to the common epithelial tumors and analysis of benign epithelial tumors. Pathology 1979; 11:5-26.
- 61) Bell DA, Weinstock MA, Scully RE. Перитонеал implants of ovarian serous borderline tumors.Histologic features and prognosis. Cancer 1988; 62:2212-2222.
- 62) Trope C, Kaern J, Vergote IB, Kristensen G, Abeler V. Are borderline tumors of the ovary overtreated both surgically and systematically? A review of four prospective randomized trials including 253 patients with borderline tumors. Gynecol Oncol 1993; 51:236-243.
- 63) Sugarbaker, P. H. (2005). Technical Handbook for the Integration of Cytoreductive Surgery and Perioperative Intrapеритонеал Chemotherapy into the Surgical Management of Gastrointestinal and Gynecologic Malignancy 4 th Edition Technical Handbook for the Integration of Cytoreductive.
- 64) Berthet B, Sugarbaker TA, Chang D, Sugarbaker PH: Quantitative methodologies for selection of patients with recurrent abdominopelvic sarcoma for treatment. Eur J Cancer 35(3):413-419, 1999.
- 65) Berek, J. S., Crum, C., & Friedlander, M. (2012). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Journal of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 119 Suppl , S118–29. [http://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60025-3](http://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60025-3).
- 66) Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta- analysis. J Clin Oncol 2002; 20:1248-1259.
- 67) Griffiths CT. Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma. Natl Cancer Inst Monograph 1975; 42:101-104.
- 68) Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Nieberg RK, Elashoff RM. Primary cytoreductive surgeryfor epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1983; 61:413-420.

- 69) Du Bois A, Neijt JP, Thigpen JT. First line chemotherapy with carboplatin plus paclitaxel in advanced ovarian cancer – a new standard of care? *Ann Oncol* 1999; 10 (Suppl 1):35-41.
- 70) Bookman, M. a, Greer, B. E., & Ozols, R. F. (2003). Оптимальная терапия of advanced ovarian cancer: carboplatin and paclitaxel versus cisplatin and paclitaxel (GOG158) and an update on GOG0182-ICON5. *International Journal of Gynecological Cancer : Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 13 Suppl 2(suppl 2), 149–55. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656272>.
- 71) Neijt JP, Engelholm SA, Tuxen MK, et al. Exploratory phase III study of paclitaxel and cisplatin versus paclitaxel and carboplatin in advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18:3084- 3092.
- 72) Perren, T., Swart, A., Pfisterer, J., Ledermann, J., Pujade-Lauraine, E., Kristensen, G., Carey, M., et al. (2011). A phase 3 trial of бевацизумаб in ovarian cancer. *The New England journal of medicine*, 365(26), 2484-96. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/1335275/>
- 73) Burger, R. a, Brady, M. F., Bookman, M. a, Fleming, G. F., Monk, B. J., Huang, H., Mannel R. S., et al. (2011). Incorporation of бевацизумаб in the primary treatment of ovarian cancer. *The New England journal of medicine*, 365, 2473-83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22204724>.
- 74) Banerjee S, et al. Maintenance olaparib for patients (pts) with newly diagnosed, advanced ovarian cancer (OC) and a BRCA mutation (BRCAm): 5-year (y) follow-up (f/u) from SOLO1 // *Annals of Oncology* (2020) 31 (suppl_4): S551-S589. 10.1016/annonc/annonc276. Presented at ESMO Virtual Congress 2020. 19-21 September. Abstract #811MO.
- 75) Vergote, I. et al. Neoadjuvant Chemotherapy or Primary Surgery in Stage IIIC or IV Ovarian Cancer — *N. Engl. J. Med.* 363, 943–953 (2010). Retrieved November 1, 2015, from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0908806>.
- 76) Sehouli, J., Savvatis, K., Braicu, E.-I., Schmidt, S.-C., Lichtenegger, W., & Fotopoulou, C. (2010). Primary versus interval debulking surgery in advanced ovarian cancer: results from a systematic single-center analysis. *International Journal of Gynecological Cancer : Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 20(8), 1331–40.<http://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181f15714>.
- 77) Cibula, D., Verheijen, R., Lopes, A., & Dusek, L. (2011). Current clinical practice in cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer: a European survey. *International Journal of Gynecological Cancer : Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 21(7),1219–24. <http://doi.org/10.1097/IGC.0b013e318227c971>.

- 78) Cantu MG, Buda A, Parma G, et al. Randomized controlled trial of single-agent paclitaxel versus cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin in patients with recurrent ovarian cancer who responded to first-line platinum-based regimens. *J Clin Oncol* 2002; 20:1232-1237.
- 79) Rose PG, Blessing JA, Mayer AR, Homesley HD. Prolonged oral etoposide as second-line therapy for platinum-resistant and platinum-sensitive ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1998; 16:405-410.
- 80) ICON and AGO Collaborators. Paclitaxel plus cisplatin-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4 / AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 2003; 361:2099-2106.
- 81) Pfisterer J, Plante M, Vergote I, et al. Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG. *J Clin Oncol* 2006;24:4699-4707.
- 82) Strauss HG, Henze A, Teichmann A, et al. Phase II trial of docetaxel and carboplatin in recurrent platinum-sensitive ovarian, перитонеал and tubal cancer. *Gynecol Oncol* 2007;104:612- 616.
- 83) Kushner DM, Connor JP, Sanchez F, et al. Weekly docetaxel and carboplatin for recurrent ovarian and перитонеал cancer: a phase II trial. *Gynecol Oncol* 2007;105:358-364.
- 84) Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, et al. OCEANS: A randomized, double-blind, placebo- controlled phase III trial of chemotherapy with or without бевацизумаб in patients with platinum- sensitive recurrent epithelial ovarian, primary перитонеал, or fallopian tube cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:2039-2045.
- 85) Pujade-Lauraine E, Wagner U, Aavall-Lundqvist E, et al. Pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin compared with paclitaxel and carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol* 2010;28:3323-3329.
- 86) Parmar MK, Ledermann JA, Colombo N, et al. Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 2003;361:2099-2106.
- 87) Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:1331-1338.
- 88) Rose PG. Gemcitabine reverses platinum resistance in platinum-resistant ovarian and перитонеал carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:18-22.

- 89) J. Sehouli, V. Alfaro & A. González-Martín. Trabectedin plus pegylated liposomal doxorubicin in the treatment of patients with partially platinum-sensitive ovarian cancer: current evidence and future perspectives. *Annals of Oncology* 23: 556–562, 2012doi:10.1093/annonc/mdr321
- 90) Monk B.J., Dalton H., Benjamin I., Tanovic A. Trabectedin as a new chemotherapy option in the treatment of relapsed platinum sensitive ovarian cancer. *Curr. Pharm. Des.* 2012; 18 (25): 3754–3769.
- 91) Poveda A., Floquet A., Ledermann J.A., et al. Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a final analysis of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial // *Lancet Oncol* 2021; 22: 620–31. Published Online March 18, 2021. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00073-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00073-5).
- 92) Olaparib Treatment in BRCA Mutated Ovarian Cancer Patients After Complete or Partial Response to Platinum Chemotherapy. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01874353> (last accessed May 2020).
- 93) Burger RA, Sill MW, Monk BJ, et al. Phase II trial of бевацизумаб in persistent or recurrent epithelial ovarian cancer or primary перитонеал cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25:5165- 5171.
- 94) Cannistra SA, Matulonis UA, Penson RT, et al. Phase II study of бевацизумаб in patients with platinum-resistant ovarian cancer or перитонеал serous cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:5180- 5186.
- 95) Kaufman B, Shapira-Frommer R, Schmutzler RK, et al. Olaparib Monotherapy in Patients With Advanced Cancer and a Germline BRCA1/2 Mutation. *J Clin Oncol* 2015;33:244-250.
- 96) Rose PG, Blessing JA, Ball HG, et al. A phase II study of docetaxel in paclitaxel-resistant ovarian and перитонеал carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2003;88:130-135.
- 97) Rose PG, Blessing JA, Mayer AR, Homesley HD. Prolonged oral etoposide as second-line therapy for platinum-resistant and platinum-sensitive ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1998;16:405-410.
- 98) Mutch DG, Orlando M, Goss T, et al. Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:2811-2818.
- 99) Ferrandina G, Ludovisi M, Lorusso D, et al. Phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in progressive or recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:890-896.

- 100) Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, et al. Бевацизумаб combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: The AURELIA openlabel randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2014;32(13):1302-1308.
- 101) Markman M, Blessing J, Rubin SC, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel (80 mg/m²) in platinum and paclitaxel-resistant ovarian and primary перитонеал cancers: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2006;101:436-440.
- 102) Gordon AN, Tonda M, Sun S, Rackoff W. Long-term survival advantage for women treated with pegylated liposomal doxorubicin compared with topotecan in a phase 3 randomized study of recurrent and refractory epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2004;95:1-8.
- 103) Sehouli J, Stengel D, Harter P, et al. Topotecan weekly versus conventional 5-day schedule in patients with platinum-resistant ovarian cancer: A randomized multicenter phase II trial of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology Ovarian Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 2011;29:242-248.
- 104) 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
- 105) Markman M, Iseminger KA, Hatch KD, et al. Tamoxifen in platinum-refractory ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group ancillary report. *Gynecol Oncol* 1996; 62:4-6
- 106) Van de Laar, R., Zusterzeel, P. L. M., Van Gorp, T., Buist, M. R., van Driel, W. J., Gaarenstroom, K. N., Massuger, L. F. a G. (2014). Cytoreductive surgery followed by chemotherapy versus chemotherapy alone for recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian cancer (SOCceR trial): a multicenter randomised controlled study. *BMC Cancer*, 14, 22. <http://doi.org/10.1186/1471-2407-14-22>.
- 107) Moore, H. C. F., Unger, J. M., Phillips, K.-A., Boyle, F., Hitre, E., Porter, D., Albain, K. S. (2015). Goserelin for ovarian protection during breast-cancer adjuvant chemotherapy. *The New England Journal of Medicine*, 372(10), 923–32. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1413204>
- 108) Malstrom H, Hogberg T, Risberg B, Simonsen E. Granulosa cell tumors of the ovary:prognostic factors and outcome. *Gynecol Oncol* 1994; 52:50-55.
- 109) Pautier P, Lhomme C, Culine S, et al. Adult granulosa-cell tumor of the ovary: a retrospectivestudy of 45 cases. *Int J Gynecol Cancer* 1997; 7:58-65.
- 110) Wolf JK, Mullen J, Eifel PJ, et al. Radiation treatment of advanced or recurrent granulosa celltumor of the ovary. *Gynecol Oncol* 1999; 73:35-41.
- 111) Homesley HD, Bundy BN, Hurteau JA, Roth LM. Bleomycin, etoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal

- malignancies: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1999; 72:131-137.
- 112) Jobling T, Mamers P, Healy DL, et al. A prospective study of inhibin in granulosa cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 1994; 55:285-289.
- 113) Jacobs I, Bast RC Jr. The CA 125 tumour-associated antigen: a review of the literature. *Hum Reprod* 1989; 4:1-12
- 114) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 115) 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.
- 116) Профилактика (в медицине) // Большая советская энциклопедия. — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978).
- 117) Перейти обратно: 1 2 Профилактика // Большая российская энциклопедия : [в 35 т.] / гл. ред. Ю. С. Осипов. — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.
- 118) 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
- 119) Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды Архивная копия от 13 ноября 2018 на Wayback Machine // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года
- 120) 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.
- 121) 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.

- 122) 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.
- 123) А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему» // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. Архивировано 28 октября 2021 года.
- 124) Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко
- 125) 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
- 126) 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)
- 127) 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.
- 128) Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
- 129) 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.
- 130) Реабилитация Архивная копия от 12 мая 2022 на Wayback Machine // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте ВОЗ.
- 131) 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.).
- 132) 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).
- 133) Rooth C. Ovarian cancer: risk factors, treatment and management //Br J Nurs. — 2013. — V. 22. — N 17. — P. S23–30.

- 134) NCCN guidelines panel. Epithelial Ovarian Cancer (including Fallopian Tube Cancer and Primary Перитонеал Cancer). Version 1.2016 // published online: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#ovarian. – 2016. – P. OV1.
- 135) Ledermann J. A., Raja F. A., Fotopoulou C. et al. Newly Diagnosed and Relapsed Epithelial Ovarian Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines // *Ann Oncol*. – 2013. – V. 24 (Suppl 6). – P. vi24–vi32.
- 136) Rustin G.J., van der Burg M.E., Griffin C.L. et al. Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer (MRC OV05/EORTC 55955): a randomised trial // *Lancet*. – 2010. – V. 376, N 9747. – P. 1155–63.
- 137) 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.
- 138) 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.
- 139) 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.
- 140) 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
- 141) 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.
- 142) 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.
- 143) 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.
- 144) 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.
- 145) 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.
 - 146) 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.
 - 147) Swarm R., Abernethy A.P., Anghelescu D.L. et al. NCCN Adult Cancer Pain. Adult cancer pain. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8: 1046–1086.
 - 148) Ben-Arye E., Samuels N., Lavie O. Integrative Medicine for Female Patients with Gynecologic Cancer // *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. – Vol. 24, No. 9–10.
 - 149) 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.
 - 150) 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.
 - 151) 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
 - 152) 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.
 - 153) 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.
 - 154) 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.
 - 155) Borman P. Lymphedema diagnosis, treatment, and follow-up from the view point of physical medicine and rehabilitation specialists. *Turk J Phys Med Rehab* 2018;64(3):179– 197.

- 156) Piller N., Douglass J., Heidenreich B., Moseley A. Placebo controlled trial of mild electrical stimulation. *Journal of Lymphoedema*. – 2010. – Vol 5, No 1. – P. 15–25.
- 157) Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.
- 158) McNeely M.L., Peddle C.J., Yurick J.L., Dayes I.S., Mackey J.R. Conservative and dietary interventions for cancer-related lymphedema: A Systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2011 Mar 15;117(6):1136–48.
- 159) Zhang Y.L., Huiling L., Yan L., Li H., Tian B. Effects of acupuncture on cancerrelated fatigue: a meta-analysis // *Supportive Care in Cancer*. – 2018. – V. 26, Issue 2. – Pp. 415–425.
- 160) Carmody J.F., Crawford S., Salmoirago-Blotcher E., Leung K., Churchill L., Olendzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause*. 2011 June;18(6):611–20. DOI: 10.1097/gme.0b013e318204a05c.
- 161) Ferrandina G., Petrillo M., Mantegna G., Fuoco G., Terzano S., Venditti L., Marcellusi A., De Vincenzo R., Scambia G. Evaluation of quality of life and emotional distress in endometrial cancer patients: a 2-year prospective, longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2014 Jun;133(3):518-25. DOI: 10.1016/j.ygyno.2014.03.015.
- 162) Donoyama N., Satoh T., Hamano T. et al. Physical effects of Anma therapy (Japanese massage) for gynecologic cancer survivors: A randomized controlled trial. *Gynecol Oncol* 2016;142:531–538. Crossref, Medline, Google Scholar. 51
- 163) Armbruster S.D., Song J., Bradford A. et al. Sexual health of endometrial cancer survivors before and after a physical activity intervention: A retrospective cohort analysis. *Gynecol Oncol* 2016;143:589–595. Crossref, Medline, Google Scholar.
- 164) Huffman L.B., Hartenbach E.M., Carter J., Rash J.K., Kushner D.M. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol*. 2016 Feb;140(2):359-68. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.010. Epub 2015 Nov 7. PubMed PMID: 26556768; PubMed Central PMCID: PMC4835814.
- 165) Dumoulin C., Cacciari L.P., Hay-Smith E.J.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10.
- 166) 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.

- 167) 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.
- 168) Hu M., Lin W. Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. *Acta Haematol*. 2012;127(3):156–64. Epub 2012 Jan 31.
- 169) Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C. et al: Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017;3:961–968.
- 170) Kinkead B., Schettler P.J., Larson E.R., Carroll D., Sharenko M., Nettles J., Edwards S.A., Miller A.H1., Torres M.A., Dunlop B.W., Rakofsky J.J., Rapaport M.H. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: Results from a randomized early phase trial. *Cancer*. 2018 Feb 1;124(3):546–554. DOI: 10.1002/cncr.31064.
- 171) Streckmann F., Zopf E.M., Lehmann H.C. et al: Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. *Sports Med* 2014;44:1289–1304.
- 172) Kleckner I.R., Kamen C., Gewandter J.S. et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2018;26:1019–1028.
- 173) Muzi J.L., Look R.M., Turner C., Gardiner S.K., Wagie T., Douglas J., Sorenson L., Evans L., Kirchner S., Dashkoff C., Garrett K., Johnson N. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Oncology* 30, no. 15_suppl (May 2012) 9019–9019. 52
- 174) Rick O., von Hehn U., Mikus E., Dertinger H. & Geiger G. (2016). Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. *Bioelectromagnetics*, 38(2), 85–94.
- 175) Kılınç M., Livanelioğlu A., Yıldırım S.A., Tan E. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with peripheral and central neuropathic pain. *J Rehabil Med*. 2014 May;46(5):454-60. doi: 10.2340/16501977–1271.
- 176) Oberoi S., Zamperlini-Netto G., Beyene J., Treister N.S., Sung L. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *Send to PLoS One*. 2014 Sep 8;9(9):e107418. DOI: 10.1371/journal.pone.0107418. eCollection 2014.
- 177) Ross M., Fischer-Carlidge E. Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Apr 1;21(2):226-233. doi: 10.1188/17.CJON.226-233 .

- 178) Avci P., Gupta G.K., Clark J., Wikonkal N. & Hamblin M.R. (2013). Low-level laser (light) therapy (LLLT) for treatment of hair loss. *Lasers in surgery and medicine*, 46(2), 144–51.
- 179) Spence Rosalind R. et al. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*. – V. 36, Issue 2. – P. 185–194.