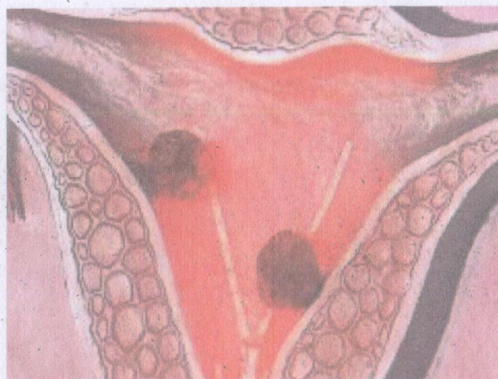


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

«БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИ»

Тиббиёт олий таълим муассасалари магистр талабалари учун
ўқув-услубий қўлланма



Тошкент – 2018

Асосий муассаса: Тошкент Тиббиёт Академияси

Ишлаб чикувчи: ТТА «Онкология» Кафедраси

ТУЗУВЧИЛАР:

Атаханова Н.Э. т.ф.д., профессор, ТТА «Онкология» кафедраси мудир

Турсунова Н.И. ТТА «Онкология» кафедраси ассистенти

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Ниязметов Р.Э. т.ф.д., профессор, Тошкент врачлар
малакасини ошириш Институтини,
Акушерства ва гинекология кафедраси.

Файзиев Ф.Ш. т.ф.н., ТТА «Онкология» кафедраси доценти.

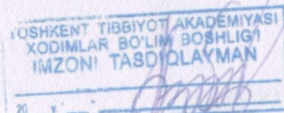
Тошкент тиббиёт академиясининг Кенгашда муҳокама қилинди ва
тасдиқланди

Мажлислар баёни № 4 “ 28. 09 ”

2018 й.

ОТМ кенгаш котиби

Исмаилова Г.А.



КИРИШ.

Мазкур ўқув-услубий қўлланманинг мақсади: талаба магистрлар ва шифокорларни бачадон танаси саратонининг статистик маълумотлари, патологоанатомик классификацияси, TNM классификацияси билан таништиришдир. Шунингдек, касалликнинг клиник кечишини таърифлаш, диагностика ва дифференциал диагностика ва даволаш тамойиллари хақида маълумот беришдир. Тиббий ходимларда онкологик сергаклик малакасини ишлаб чиқиш, бачадон танаси хавфли ўсмасининг профилактикаси, касалликни эрта босқичларда ташхислашни билишни ва бачадоннинг бошқа касалликлари билан таққослама ташхис қила олишни ўргатишдир. Клиник ва лаборатор-инструментал текширув натижаларига асосланган холда касаллик босқичини аниқлаш ва даволаш тактикасини ишлаб чиқишни таърифлашдир.

Мазкур ўқув услубий қўлланмани ўрганиш учун зарур йўналишлар ва уларнинг қисмлари рўйхати.

Онкология фани патологик анатомия, тиббий биология ва генетика, гистология, физиология каби ўқув программалари билан изчиллик ва интеграцияни талаб қилади. Ушбу ўқув дастур кўп йиллик тажрибаларга асосланган холда теоретик онкологияни патологик анатомия ва патологик физиология фанларига боғлаб ўрганишни кўзда тутди. Онкология фанининг V курс даволаш ва тиббий-педагогика факультетларида ўқитилиши талабаларнинг ички касалликлар пропедевтикаси (касаллик анамнезини тўғри ва батафсил йиғиш, пальпация, перкуссия, аускультация орқали нормани патологиядан ажрата олиш), умумий жаррохлик (асептика, антисептика, абластика, аңтибластика тамойилларини билиш) каби фанларда ўзлаштирилган билим ва қўникмаларига асосланади.

**ЎҚУВ МАШҒУЛОТИДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ МОДЕЛИ
МАВЗУ: «БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИ»**

<i>Вақт: 240 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 6-8</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш қисм. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: -тестлар -графикли органайзерлар -аклий хужум усули 4. Амалий қисм
<i>Ўқув машғулоти мақсади :</i>	Талабаларга бачадон танаси саратони этиологияси, патогенезини, клиник кечишини ўргатиш, онкологик сергакликни ривожлантириш, уларни даволаш принципларидан хабардор қилиш.
<i>Педагогик вазифалар:</i> - бачадон танаси саратони тўғрисидаги умумий билимни мустаҳкамлаш, кенгайтириш; - онкологик даволаш принциплари тўғрисидаги тушунчани чуқурлаштириш ва кенгайтириш; -маълумотни таҳлил қилиш, умумлаштириш, қиёсий таққослаш, тизимлаштириш кўникмаларини ривожлантириш;	<i>Ўқув фаолияти натижалари:</i> <i>Талаба билиши керак: :</i> Бачадон танаси саратонини эрта босқичларда ташхислашни билиш; - бачадон танаси саратонини бошқа касалликлар билан қиёсий ташхисини ўтказиш; - бачадон танаси саратони қайси босқичда эканлигини баҳолай олиши керак. <i>Талаба бажара олиши лозим</i> – кин орқали бачадонни бимануал текшириш; - бачадони ва бачадон бўйнидан алохида алохида қирма олиш;
<i>Таълим усуллари</i>	Маъруза, амалий иш усули, “Аклий хужум” усули;
<i>Таълим шакли</i>	Гуруҳларда ишлаш, яқка тартибли
<i>Таълим воситалари</i>	Доска-стенд, тарқатма материал,

	видеороликлар.
<i>Таълим бериш шариоати</i>	Махсус жихозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров: тест

«БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИ»

мавзуси буйича амалий машғулот технологик харитаси

Иш босқичлари, Вақти	Таълим берувчи Фаолияти	Таълим олувчилар Фаолияти
1 босқич Машғулотнинг кириш қисми 10 дақиқа	1.1. Мавзунинг номи, мақсади ва қутилаётган ўқув натижалари билан таништириш, амалий машғулотни ўтказиш хусусиятини эълон қилиш. 1.2. Амалий машғулотни баҳолаш мезони ва кўрсаткичлари билан таништириш. 1.3. Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педогогик технологияни қўллаган ҳолда талабалар дастлабки билимини текшириш. 1.4. Муҳокамага яқун ясаш. Амалий иш бажаришлари учун кўрсатма бериш	Тинглайдилар, ёзиб борадилар, хал этадилар, савол борадилар, саволларга жавоб борадилар.
2 босқич Асосий қисм 60 дақиқа	2.1. Талабаларга мавзунини ўзлаштириш учун белгиланган интерактив усуллар ёрдамида тузилган саволлар билан таништириш, жавобларни тинглаш ва муҳокама қилиш. 2.2. Талабаларда кин орқали бимануал текшириш ва бачадондан алоҳида алоҳида қирма олиш кўникмаларини	Тинглайдилар, ёзиб борадилар, гуруҳларда ишлайдилар, “Шифокор - бемор” усулида

	<p>ишлаб чиқиш.</p> <p>2.3. Талабаларни вазиятли масалани ечиш учун кичик гуруҳларга бўлиш. “Шифокор - бемор” усулида ечилган вазиятли масалани гуруҳ ичида муҳокамаси, тақризчи талабалар фикри.</p> <p>2.4. таркатма материаллардаги белгиланган вазифани бажарилиш тартибини кузатиб бориш.</p>	<p>вазиятли масала ечадилар, тақризчилар камчиликлар бўйича фикрлар билдирадилар.</p>
<p>3 боскич</p> <p>Яқунловчи-хулоса қисми</p> <p>10 дақиқа</p>	<p>3.1. Талабалар диққатини мавзунини асосий қисмига йўналтириш, мавзунини бўйича хулоса бериш.</p> <p>3.2. Мавзунини ўзлаштирилган назарий билимлари ва амалий иш яқунлари бўйича қўлга киритилган ютуқларни муҳокама қилиш.</p> <p>3.3. Талабалар билимини баҳолаш мезони бўйича баҳолаб бориш.</p> <p>3.4. Кейинги мавзу номини бериш (эълон қилиш).</p>	<p>Ўз-ўзини ва ўзаро баҳолайдилар, мавзу бўйича савол берадилар, уй вазифасини ёзиб оладилар.</p>

Назарий қисм.

Долзарблиги, эпидемиологияси. Ҳозирги кунда бачадон танаси саратони (БТС) билан касалланиш кўрсаткичининг ўсиб бориши кузатилиб, бунинг сабабини ўртача ҳаёт давомийлигининг узайиши ва ановуляция, сурункали гиперэстрогенизм, бепуштлиқ, бачадон миомаси ва эндометриоз каби "цивилизация касалликлари" учраш сони ошиши билан тушунтириш мумкин. Бу касалликларнинг эндокрин функциянинг ва моддалар алмашинувининг бузилиши (семизлик, кандли диабет, гиперинсулинемия, гиерлипидемия) билан бирга учраши организмнинг репродуктив, алмашинув ва адаптацион тизимларида бузилиш синдромининг вужудга келишига сабабчи булади [4].

1970 йилда Россияда бачадон танаси саратони билан касалланиш курсаткичи 100.000 аҳоли сонига 6,4 ни ташкил қилган бўлса, 1980 йилда эса бу кўрсаткич 9,8 ни ташкил қилди, яъни 10 йил давомида бачадон танаси саратони билан касалланиш кўрсаткичи 53% га ўсди. Ҳозирги кунда бачадон танаси билан касалланиш кўрсаткичи 100.000 аҳолига 19,5 ни ташкил этади, охириги 30 йил ичида БТС касалланиш кўрсаткичи уч мартага ошди [5]. Эндометрий саратони Америка Қўшма Штатларида (АҚШ)да аёллар жинсий аъзолари онкологик касалликлари ўртасида биринчи ўринда туради. Россияда эса аёллар онкологик хасталиклари орасида сут бези саратонидан сўнг иккинчи ўринда бўлиб, жинсий аъзолар ўсмалари орасида биринчи ўринни эгаллайди. БТС билан касалланган аёллар орасида ёш беморлар сони интенсив ошиб бориши кузатилмоқда [6]. Репродуктив ва перименопаузал ёшда касалланган аёллар ҳажми умумий хасталанган аёллар ҳажмининг 40%ини ташкил қилади. Эндометрий саратони билан касалланиш кўрсаткичи 40 дан 49 ёшгача (29,24%) ва 50 дан 59 ёшгача (34,9%) бўлган гуруҳларда ўсиш темпининг тезлиги билан ажралиб туради. Охириги йилларда 29 ёшгача бўлган беморларда касалланиш кескин ошганлигини кузатишимиз мумкин (10 йилда 50%га) [7,8].

Surveillance, Epidemiology and Results дастури маълумотларига кўра 2000 йилда АҚШ аёл аҳолиси ўртасида эндометрий саратони билан касалланиш 100.000 аҳоли сонига 24,4 ни ташкил этган [9]. Аёллар жинсий аъзолари хавфли ўсмалари орасида бачадон танаси саратони кенг тарқалган булиб, ривожланган давлатларда тарқалганлиги бўйича биринчи ўринда, ривожланаётган давлатларда иккинчи ўринда туради. Америка Қўшма Штатларида (АҚШ) бачадон танаси саратони аёллар жинсий аъзолари хавфли ўсмалари орасида биринчи ўринни эгаллаб, ҳар йили бу касаллик 34 минг аёлда аниқланади ва шулардан 6 минги ҳаётдан кўз юмади. БТС билан ҳар йилги касалланиш АҚШ, Италия, Исроил, Швеция ва Германия давлатларида 20; 20; 20,6; 20,7; 23,2% кўрсаткичларга тенгдир. Касалланишининг энг паст кўрсаткичлари Японияга–1,4; Хиндистонга–2,0 ва Испанияга–7,1тўғри келади [10].

Қозғистонда бу патология аёллар ўртасидаги барча онкологик касалликлар орасида бешинчи ўринни эгаллайди. Касалланиш курсаткичи 100 минг аҳоли сонига 5,8 ни ташкил қилади [11].

Ўзбекистон Республикаси ихтисослаштирилган Онкология ва радиология илмий амалий тиббий маркази маълумотларига кўра 2014 йилда давлатимизда бачадон танаси саратони билан касаланиш 100.000 аҳоли сонига 1,6 ни ташкил этиб, ҳисобда турувчи беморлар сони 5572 га тенг эди. 2017й да эса бу кўрсаткич 100.000 аҳоли сонига 1,7 ни ташкил этди.

Бачадон танаси саратони учун ўлим сонига кўра янги аниқланишлар сони кўпроқ характерли бўлиб (188,8 минг дунё бўйлаб), бу БТСнинг нисбатан яхши прогнозли касаллик эканлигидан далолат беради. Россияда 2010 йилда БТС билан касалланган аёллар ўртача ёши 62 га тўғри келди (ўлганларучун— 68 ёш) [12]. Ривожланган давлатларда БТС билан касалланиш (12,9 - 100000 аёл аҳоли сонига) ривожланаётган давлатларга нисбатан 2,2 мартаба баланд ҳисобланади (5,9– 100000аёл аҳоли сонига) [13].

МДХ давлатлари ўртасида БТС касалланиш курсаткичи 100.000 аҳолига 4,5 - 9,9 дан (Азербайджан, Қирғизистон, Армения) 15,7 - 20,2 гачани (Россия, Беларусия, Украина) ташкил қилади. 1989 йилдан 2010 йилгача Россия Федерациясида стандартлаштирилган касалланиш кўрсаткичи 100.000 аҳоли сонига 9,6 дан 15,7 гача ўсди (ўсиш кўрсаткичи 63,5%ни ташкил этди) [14].

Постменопаузал кон кетишлар билан эрта манифестацияланувчи эндометрий саратони яхши прогноз билан тавсифлансада, лекин давоси қатъий баённомалар асосида, мультидисциплинар мутахассислар гуруҳи мавжуд бўлган махсус марказларда олиб борилиши керак.

Патогенези. БТС нинг иккита патогенетик варианты фаркланади. **I тип** (гормонга боғлиқ) 60-70% ҳолларда кузатилади. Касаллик одатда нисбатан ёш аёлларда узоқ муддат гиперэстрогения ва эндометрий гиперплазитяси фонида ривожланади. I патогенетик тип касаллик учрайдиган аёлларда асосан семизлик, қандли диабет, гипертоник касаллик қабилар ёндош касаллик сифатида учрайди. Шунингдек бу беморларда тухумдонларнинг эстроген секретацияловчи ўсмалари, тухумдонлар склерокистоз синдроми учраш частотаси юқоридир. Клиник кўриниши асосан ановулятор бачадондан қон кетиш, бепуштлиқ, менопаузакеч бошланиши билан намоён бўлади. I патогенетик вариант ўсмалари одатда юкоридифференцирланган, нисбатан яхши прогнозга эга касаллик ҳисобланади. Ўсманинг прогестагенларга сезувчанлиги билан характерланади.

II тип (автоном) 30-40% касалларда учрайди. Эндометрий ўсмаси одатда паст дифференцирлашган, нисбатан ёмон прогнозга эга ҳисобланиб, прогестагенлар самарасиздир. II патогенетик тип нисбатан кекса ёшда учраб, I типдан фарқли равишда гиперэстрогения кузатилмайди, аксинча эндометрий атрофияси фонида кузатилади.

80% касалларда эндометриоид аденокарцинома гистологик типни учраб, 5% ҳолларда БТС ирсий синдромлар, жумладан Линч синдромида учрайди [15,16].

Хавф омиллари:

- Эрта менархе
- Кеч менопауза
- Туғруқнинг йўқлиги
- Прогестогенларсиз фақат эстрогенлар билан ўрин босувчи гормоноте рапия
- Семизлик
- Склерокистоз тухумдонлар синдроми
- Тухумдонлар эстероген секрецияловчи ўсмалари
- Кичик тос нурланиши
- Линч II синдроми
- Анамнезда сут бези, йўғон ичак ёки тухумдон саратони бўлиши
- БТС оилавий анамнезда бўлиши
- Қандли диабет
- Тамоксифен қабул қилиш

КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Асосий симптомлари бўлиб бачадондан қон кетиш, жинсий йуллардан оқиш-сарғиш ажралма келиши (бели) ва оғриқ синдроми ҳисобланади. Шуни эслатиб ўтиш лозимки, 8% ҳолларда касалликнинг эрта босқичлари ҳеч қандай белгиларсиз, симптомларсиз кечиши кузатилади. БТСнинг клиник кечиши репродуктив ва норепродуктив ёшдаги аёлларда ҳар хил кечеди. Ациклик бачадондан қон кетишининг ҳар хил миқдори (оз миқдорда, суркалувчи, кўп миқдорда) касалликнинг 90% ҳолларида кузатилади.

Агар беморда хали менопауза бошланмаган бўлса, менструал циклниң бузилишлари орқали эндометрийнинг хавфли ўсмасига шубҳа қилиш мумкин. Лекин репродуктив ёшдаги аёллар учун ациклик қон кетишлар носпецифик белги ҳисобланиб, бир қатор касалликлар, жумладан тухумдонлар патологияси, нейроэндокрин регуляция бузилишлари ва бошқаларда учрайди, шунинг учун ҳам аксарият ҳолларда тўғри аниқ ташхис кеч қолиб қўйилади.

Бачадондан қон кетиш

Постменопаузадаги аёлларда бачадондан қон кетиши эндометрий саратонининг классик симптоми ҳисобланади, шу белгини ўз вақтида аниқлаб шифокорга тезкор мурожаат қилиш касалликни эрта босқичларда ташхисланишига асос бўлади.

Оқиш-сарғиш ажралмалар (Бели)

Бу ажралмалар келиши асосан ўсманнинг нисбатан каттагина ҳажмга етганида номоён буладиган симптомлардан ҳисобланади. Баъзи ҳолатларда ажралмалар жуда кўп миқдорда келиши мумкин (лейкорейя). Бу ажралмаларнинг бачадон бўшлиғида йиғилиб қолиши хайз вақтида учрайдиган оғриқ синдромига ўхшаш белгини, яъни қорин пастада тортувчи оғриқларни номоён қилиши мумкин.

Йирингли ажралмалар

Бачадон бўйни стенозида ажралмалар бачадон бўшлиғида йиғилишидан ташқари йиринглаши ва пиометра ҳосил қилиши мумкин (йирингни бачадон бўшлиғида йиғилиши). Бундай ҳолатларда кучайиб борувчи оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, ваража, бемор умумий ҳолатининг оғирлашиши кузатилади.

Сувли ажралмалар

Жинсий йўллардан сувли ажралмалар келиши бачадон саратонига ҳос белгилардан бири ҳисобланади, лекин тажрибалар шуни кўрсатадики хавфли ўсма ўзини қонли, қонли-йирингли, йирингли ажралмалар (иккиламчи инфекцияни кўшилиши ҳисобига) келиши билан ҳам номоён қилади. Саратоннинг парчаланishi даврида ажралмалар гўшт ювиндиси тусига киради ва жуда қўланса хидли бўлади. Қон кетиш ва лейкорея билан боғлиқ бўлмаган оғриқлар касалликнинг кечки босқичларида номоён бўлади. Ўсманнинг бачадоннинг сероз қаватигача ўсиб ўтишида кучли ғижимловачи оғриқлар пайдо бўлиб, беморларни кўпинча тунда безовта қилади.

Оғриқ

Аксарият ҳолларда оғриқ саратоннинг тарқалган босқичларида, кичик тосда кўплаб инфильтрациялар мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Агар ўсма сийдик йўлини эзиб қўйса белда оғриқлар ва буйрак коликаси (уретерогидронефроз) белгилари бошланиши мумкин. Ўсманнинг сезиларли катта ҳажмларида оғриқлар сийдик ажратиш ва дефекациянинг бузилиши билан қўшилиб келади:

- Сийдик ажратиш ёки дефекацияда оғриқлар;
- Тез-тез оғриқли сийдик чиқаришга қисташи;
- тенезмлар (дефекацияга оғриқли қисташ, лекин ахлатнинг чиқмаслиги).

САРАТОН БОСҚИЧИНИ АНИҚЛАШ

БТСнинг босқичи интраоперацион ревизия натижалари ва TNM классификацияси (UICC, 7-қайта кўрик, 2009й) ёки FIGO классификацияси (2009 й.) ёрдамида жаррохликдан кейинги гистологик текширув хулосасига таянган ҳолда аниқланади.

Регионар лимфатик тугунлар: бачадон танаси саратони учун регионар лимфатик тугунлар бўлиб параметрал, гипогастрал (обтуратор, ички ёнбош), умумий ёнбош, ташқи ёнбош, сакрал ва парааортал лимфа тугунлар ҳисобланади. Бошқа қорин ичи лимфа тугунларининг, шунингдек ўмров усти ва чов лимфа тугунларининг зарарланиши узоклашган метастаз каби баҳоланади.

Ташхис эндометрийнинг аспирацион биопсияси, гистероскопия билан ёки усиз бачадон ва бачадон бўйнидан алоҳида қирма олиш ва ўсманнинг гистологик тури ва дифференцировка даражасини кўрсатувчи гистологик хулоса асосида қўйилади.

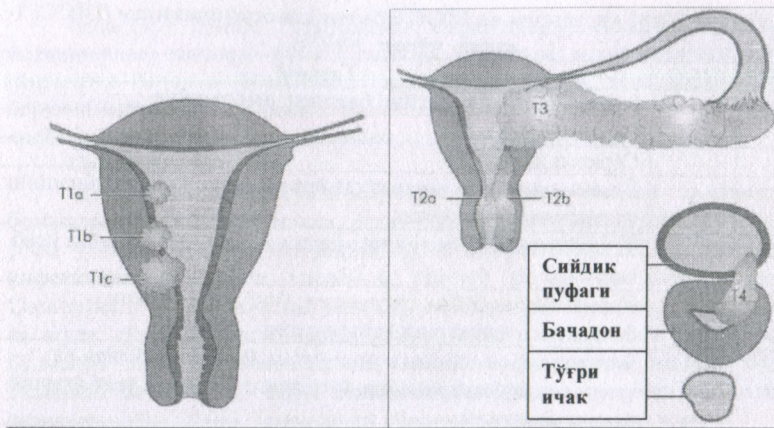
FIGO–TNM КЛАССИФИКАЦИЯСИ

**БТС нинг TNM системаси ва FIGO бўйича классификацияси (UICC, 7-
кайта кўрик, 2009й)**

<i>TNM</i>	<i>FIGO</i>	<i>Таъриф</i>
Tx		Бирламчи ўсма холатини баҳолаш имкони йўқ
T0		Бирламчи ўсма йўқ
Tis		Саратон in situ
T1a	IA	Ўсма эндометрий чегарасида ёки миометрий калинлигининг яримигача ўсиб кирган.
T1b	IB	Ўсма миометрий калинлигининг ярмидан кўп қисмига ўсиб кирган
T2	II	Ўсма бачадон бўйни стромасига ўсиб ўтган, лекин бачадондан ташқарига тарқалмаган
T3a	IIIA	Бачадон сероз қобиғига ўсиб ўтган, бачадон найлари ва тухумдонлар зарарланиши (ўсманинг бевосита ўсиб ўтиши ёки метастазлар)
T3b	IIIB	Қин ёки параметрий зарарланиши (ўсманинг бевосита ўсиб ўтиши ёки метастазлар)
T4	IVA	Сийдик пуфағи ёки тўғри ичак шиллик қаватига ўсиб ўтиши
Nx		Регионар лимфа тугунлар холатини баҳолаш имконияти йўқ
N0		Регионар лимфа тугунларда метастазлар йўқ (тос ёки бел л/т)
N1	IIIC	Регионар лимфа тугунларда метастазлар бор (тос ёки бел л/т)
	IIIC1	Тос лимфа тугунларида метастазлар
	IIIC2	Бел лимфа тугунларида метастазлар
M0		Узоқлашган метастазлар йўқ
M1	IVB	Узоқлашган метастазлар бор (тос ва бел лимфа тугунларидан ташқари қорин бўшлиғи л/т га ва чов л/т га метастазлар; қин, бачадон ортиклари ва тос қорин пардасига метастазлардан ташқари)

Дифференцировка даражаси (G):

1. Gx –дифференцировка даражасини аниқлаш имкони йўқ.
2. G1 –юкоридифференцирлашган.
3. G2 –ўртадифференцирлашган.
4. G3 –пастдифференцирлашган.



Бачадон танаси ўсмаларининг асосий гистологик типлари

Ўсманинг мавжудлиги ҳар доим морфологик верификацияни талаб қилади. Бачадон танаси ўсмаларини типларга бўлиш ЖССТ/гинекологияда патоморфологлар халқаро жамияти классификациясига асосан олиб борилади:

1. Эпителиал:

- эндометриоид карцинома (аденокарцинома, ясси хужайра метаплазияли аденокарцинома);
- муциноз аденокарцинома;
- сероз-папилляр аденокарцинома;
- ёрқин хужайрали аденокарцинома;
- дифференцирлашмаган аденокарцинома;
- аралаш карцинома.

2. Нозителиал:

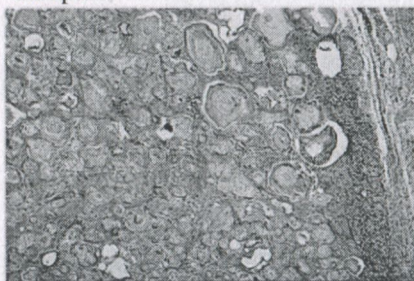
- эндометриал, стромал (стромал тугун, кам хавфли стромал саркома, паст дифференцирлашган саркома);
- хавфли ёки потенциали аниқланмаган силлик мушакли ўсмалар;
- лейомиосаркома (эпителиал, аралаш);
- аралаш эндометриал, стромал ва силлик мушакли ўсмалар;
- пастдифференцировкали (дифференцирлашмаган) эндометриоид саркома;
- юмшоқ тўқималар бошқа ўсмалари (гомологик; гетерологик).

3. Эпителиал ва нозителиал аралаш ўсмалар:

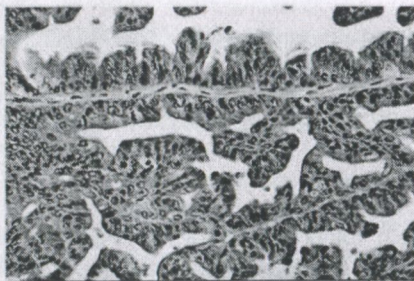
- аденосаркома (гомологик; гетерологик; юкори даража стромал ўсишли);
- карциносаркома – хавфли аралаш мезодермал ўсма ва хавфли аралаш мезенхимал ўсма (гомологик; гетерологик);
- карцинофиброма.

4. Бошқалар:

- стромал-хужайрали;
- герминоген;
- нейроэндокрин;
- лимфома.



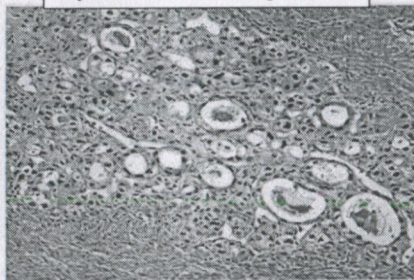
Сероз цистаденокарцинома



Муциноз цистаденокарцинома



Эндометрионд карцинома



Ёркин хужайрали карцинома

ТЕКШИРУВЛАР

Мажбурий текширувлар рўйхати

- Гинекологик кўрув;
- Бимануал вагинал ва ректовагинал текширув
- Бачадон бўйни юзаси ва цервикал каналдан цитологик текширув учун суртма олиш;
- Кольпоскопия;
- Эндометрий аспирацион биопсияси;
- Цервикогистероскопия;
- Бачадон бўшлиғи ва цервикал каналдан алохида - алохида диагностик кирма олиш;
- Қорин бўшлиғи, кичик тос аъзоларини, қорин парда орти соҳасини УТТ.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси;
- ЭКГ
- Сут безларини текшируви (35 ёшдан ёшларга – УТТ, 35 ёшдан ошганларга – маммография);

- Интраоперацион тезкор морфологик текширув (корин бўшлиғидаги суюкликдан, бачадон ортикларидан, л/тугуллардан).
- Бўлим мудирининг консултацияси
- Онкогинеколог, радиолог, химиотерапевт Консилиуми
- Анестезиолог консултацияси
- Иммуногистохимик текширув (кирмада ва жаррохликдан кейинги бачадонда): ўсмадаги рецепторлар (прогестерон, эстрогены) ва апоптоз генлари: p53, bcl-2.

Кўшимча текширувлар

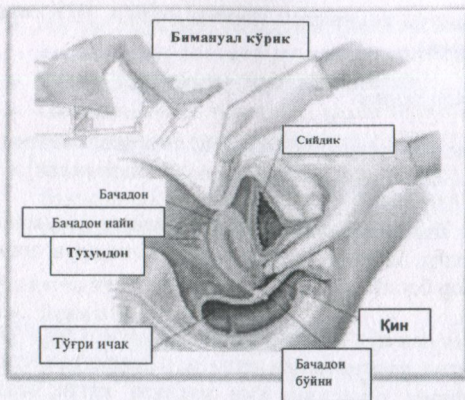
- Вена ичи урографияси
- Кўкрак қафаси КТси;
- Қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзолари КТ/ МРТ си контрастлаш билан
- Цистоскопия
- Ректороманоскопия
- Ирригоскопия
- Колоноскопия
- Кўрсатма бўлганда Тана суякларини Сканирлаш
- Кўрсатма бўлганда тор мутахассислар консултацияси (кардиолог, эндокринолог, уролог ва бошқалар)
- Спирометрия

Лаборатор текширувлар

- Қон гурухини аниқлаш
- Резус-факторга қонни текшириш
- Гепатит В,С ва ОИВ га антителаларни аниқлаш
- Вассерман Реакцияси (RW)
- Умумий қон анализи 3 мартаба: (жаррохликдан олдин, жаррохликдан кейин, уйга чиқаришдан олдин)
- Нур терапияси ва химиотерапия вақтида умумий қон тахлили бутун курс давомида ҳар ҳафтада қаида 1 мартаба
- Умумий сийдик анализи 3 мартаба: (жаррохликдан олдин, жаррохликдан кейин, уйга чиқаришдан олдин)
- Нур терапияси ва химиотерапия вақтида умумий сийдик тахлили бутун курс давомида ҳар ҳафтада қаида 1 мартаба
- Қон биокимёвий анализи (2мартаба)
- Коагулограмма
- Қонда қанд миқдорини аниқлаш
- Бачадон бўшлиғидан олинган аспиратни цитологик текшируви
- Цитологик препаратларни консултацияси ва қайта кўруви
- Бачадон бўшлиғидан олинган қирмани патоморфологик текшируви
- Жаррохликдан кейинги материални патоморфологик текшируви
- Гистологик препаратларни консултацияси ва қайта кўруви

Аёлларда кин орқали текширув техникаси (ташқи кўрув, кўзгуларда текширув, бимануал текширув)

1. Кўлни ювиб, куришиб, кўлкоп тақиш.
2. Беморни гинекологик креслога оёқларни очган ва сон-чанок бўғимида буюклаган холатда ётқизиш (сийдик пуфағи бўшатиш билан керак).
3. Тукланиш турига ахамият бериш (аёлларга хос, эркакларга хос, аралаш типда), ташқи жинсий аъзолар, оралик соҳаси ва орқа чиқарув тешиғи тўғри ривожланишига эътибор бериш.
4. Қин дахлизини кўриш учун чап кўл бош ва кўрсаткич бармоқлари билан жинсий лабларни очиш. Клитор, уретра ташқи тешиғи, парауретрал йуллар, кизлик пардаси, орқа битишма соҳасини, қин дахлизи катта безлари чиқарув йўллари кўздан кечириш.
5. Кўзгуларда текшириш. Куско кўзгуларини ёпиқ холатда қинга киритилади, кўзгулар очилади ва шу холатда котирилади. Бачадон бўйнининг хажми, шакли, холати тарифланади, ташқи бўғоз шакли ва холатига эътибор берилади, патологик жараёнлар бор-йўқлиғи аниқланади, цервикал каналдан чиқувчи ажралмалар характери ўрганилади.
6. Секин-аста кўзгулар олинади ва қин деворлари кўздан кечирилади.
7. Қин орқали текширув ўнг кўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоқлари билан амалга оширилади.
8. Чап кўл бармоқлари билан жинсий лаблар очилади. Ўнг кўл икки бармоғи (2- ва 3- бармоқ) қинга киритилади. Катта ва кўрсаткич бармоқлар билан бартолиниев безлари жойлашган ўрни пайпасланади.
9. Кўл бармоқларини турли томонларга йўналтириб (ўнг, чап, орқага) тос туби мушаклари холати аниқланади.
10. Қин хажми (тор, кенг), унинг эластиклиғи, чўзилувчанлиғи, шиллик қавати релефи (бурмалар бор ёки йўқлиғи) ва унинг ҳаракатчанлиғи, қин гумбазлари холати (чуқурлиғи, кенглиғи, қалинлиғи, бўртиб чиққанлиғи, ҳаракатчанлиғи) аниқланади.
11. Бачадон бўйнининг қин қисми шакли, холати, консистенцияси, ташқи бўғоз холати, ҳаракатчанлиғи палпация қилинади.
12. Қорин деворига чап кўлнинг қафт тарафи қўйилади ва икки кўллаб текширув бошланади.



13. Ўнг қўл икки бармоғи билан бачадон бўйнини олдинги қин гумбази томонга кўтариш, бу вақтда чап қўл билан юмшоқ, форсирланмаган ҳаракатлар билан ков усти соҳаси пайпасланади, ички қўлга томон йўналтирилади. Ички қўл билан бачадон бўйнини юқорига кўтариб, бачадон танасини ташқи қўл томонга узатиб берилади. Бачадон икки қўл орасида бўлганида унинг катталиги, ҳажми, ҳаракатчанлиги, консистенцияси ҳақида маълумот олиш мумкин.

14. Бачадондан ўнг ва чап томонга силжиб унинг ортикларини пайпаслаш. Нормал бачадон ортиклари қўлга унамайди.

15. Барча ишлатилган материалларни: қўлқоп, инструментларни дезинфекцияловчи эритмага солиш, қўлни совунлаб ювиш.

Алоҳида – алоҳида диагностик қирма олиш – бу цервикал канал, сўнг бачадон танаси шиллик қаватини инструмент билан қириб олишдир. Қарши кўрсатмалар: жинсий аъзоларнинг ўткир яллиғланиш касалликлари.

Техникаси:

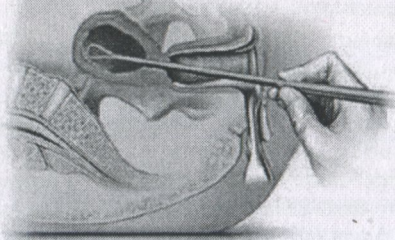
1. Диагностик қирма олиш стационар шароитида асептика ва антисептика коидаларига қатъий риоя қилган ҳолда амалга оширилади.

2. Оғрикисизлантириш: маҳаллий парацервикал анестезия новокаиннинг 0,25% ли эритмаси билан ёки никобли наркоз (азот оксиди, фторотан).

3. Ташқи жинсий аъзолар ва кинни дезинфекциялагандан сўнг бачадон бўйнини кўзгулар ёрдамида очилади. Спирт билан ишлов берилади, олдинги лаби ўқ кискичлар (пулевые щипцы) га олинади. Агар бачадон ретрофлексия ҳолатида булса унда орқа лабни кискичга олинади.

4. Бачадон бўшлиғи зонд билан ўлчанади ва бачадон бўйни Гегар кенгайтиргичларининг №9-10 хажмдагисигача кенгайтирилади. Кенгайтиргичларни кичик ўлчамдагиси билан бошлаб, қўл кучи эмас фақат бармоқ кучи ишлатилади. Кенгайтиргич бачадон тубигача киргизилмайди, фақат ички бўғоздан ўтса етарли бўлади. Хар бир кенгайтиргични цервикал каналда бир неча сония колдириш лозим.

5. Кюретка билан аввал цервикал канал шиллик кавати кирилади, ички бўғозга кирилмайди. Қирма алохида формалинли пробиркага йиғилади.



6. Сўнг бачадон бўшлиғини киришга ўтилади. Кюреткани дастагига босмаган холда эркин ушлаш керак. Инструментни бачадон бўшлиғининг тубигача киритилади, юкоридан пастга қараб қирма олинади. Орка деворни кириш учун кюреткани бўшлиқдан чиқармасдан туриб 180° га бурилади. Дастлаб олдинги, кейин чап ёнбош, орка, ўнг ёнбош деворлар ва бачадон бурчаклари кириб қирма олинади. Қирмани алохида формалинли пробиркага солинади. Иккала пробирка номерланади, йулланма билан гистологик текширув учун юборилади.

КАСАЛЛИК ПРОГНОЗ ФАКТОРЛАРИ

Касалликни асосий прогностик фактори бу унинг босқичидир. БТСнинг эрта босқичларида 25% холларда прогрессланиш кузатилади. Шунингдек ёмон прогностик факторларга беморнинг ёши, кам учровчи гистологик типлари (ёркин хужайрали карцинома, сероз-папиллар карцинома), ўсманинг паст дифференцирлашгани, миометрийга чуқур инвазияси, ўсманинг бачадон бўйнига ўсиб ўтганлиги, кон ва лимфа томирларда ўсма эмболларининг мавжудлиги, тухумдонлар ва лимфа тугунларда метастазлар борлиги, корин пардага диссеминацияси борлиги, ўсма ўлчамларининг катталиги, корин бўшлиғи ювинди суюқлигида ўсма хужайраларининг мавжудлиги, ўсмада эстроген ва прогестерон рецепторларининг кам бўлиши, апоптоз регулятор генлар экспрессиясининг юкори бўлиши (p53, bcl-2), ўсма анеуплоидияси.

БТСнинг метастазланиши асосан ўсма дифференцировкаси ва миометрийга инвазиси билан боғлиқ бўлади. Юкоридифференцирлашган эндометриоид ўсмалар юзаки инвазияли бўлса лимфоген ва имплантацион метастазлар кам беради. Эстроген ва прогестерон рецептерларининг юкори даражада бўлиши яхши прогностик белги бўлса, мутант ген p53 ва апоптоз регулятори bcl-2 нинг юкори даражаси аксинча ёмон прогностик белги хисобланади. Регионар метастаз зонаси ёнбош ва парааортал лимфа тугунлар хисобланади. Юкоридифференцирлашган, миометрийга инвазияси йўқ саратонда лимфоген метастазланиш <5% хисобланади. Ўрта- ва пастдифференцирлашган аденокарциномаларда, миометрийга инвазияси 50% дан кам булган холатларда 5-10 % холларда тос лимфа тугунларига, 4% холда эса парааортал лимфа тугунига метастаз беради; пастдифференцирлашган саратон ва нозндометриоид карциномаларда, чуқур инвазияга эга бўлган холатда ва интраперитонеал тарқалиш мавжуд бўлса метастазланиш тос л/тугунларига 20 дан 60% гача, парааортал л/тугунларига 10-30 % холларда юз беради. Узоқлашган метастазлар ўпкаларга, чов ва ўмров усти л/тугунларига, жигарга, суякларга, бош миёга тарқалади.

ДАВОЛАШ

БТСнинг энг самарали даво усули бўлиб жаррохлик амалиёти - мустақил ёки бошқа усуллар билан комбинацияда қўлланиши хисобланади. Жаррохлик амалиёти лозим бўлганда тос ва бел лимфаденэктомияси бажарилишига имконият берувчи лапаротом, лапароскопик ва қин орқали ассистирланувчи лапароскопик йўллар билан амалга оширилиши мумкин. Жаррохлик амалиётига абсолют қарши кўрсатмалар бўлганда радикал дастур бўйича нур терапияси ўтказилади [1,2,3].



БТС I БОСҚИЧИ ДАВОСИ

Давони жаррохлик амалиётидан бошланади. Ёмон прогностик факторлар бўлганда, апоптоз регулятор генлари юкори экспрессиясида (p53 ва bcl-2) операция олди брахитерапияси ўтказилади. Қорин бўшлиғи ювинди сувларидан цитологик текширув учун материал олинади ва экстрафасциал бачадон ортиклари билан экстирпацияси амалга оширилади. Сероз-папиллар,

ёркин хужайрали аденокарциномаларда, карциносаркомаларда Вертгейм типдаги амалиёт бажарилади. Тухумдонларда ўзгаришлар бўлганда имплантацион метастазланиш хавфи юқорилигини инобатга олган холда катта чарви резекцияси ёки экстирпацияси қилинади. Макроскопик катталашган регионар лимфа тугунлар бўлганда бел ва тос лимфаденэктомияси бажарилади, бу беморлар яшовчанлигини ошириши исботланган. Лекин метастатик ўзгарган лимфа тугунлар фақат 10-40% беморлардагина жаррохлик амалиёти вақтида катталашган бўлади. БТС нинг босқичини тўғри қўйиш учун регионар зона л/тугунлари морфологик текшируви талаб қилинсада, бутун жаҳонда I босқич БТС учун уч ёндошув мавжуд:

- лимфаденэктомиядан воз кечиш;
- кўрсатмага кўра тос лимфаденэктомиясини бажариш, бел лимфаденэктомиясини эса – фақат тос лимфа тугунларида ёки тухумдонларда метастаз аниқланганда, ўсманинг бачадон танасидан ташқарига чиққанлигида, ёрқин хужайрали, сероз- папилляр, ясси хужайрали, дифференцирлашмаган саратонларда, карциносаркомада бажарилади;

Тос лимфаденэктомиясига кўрсатмалар:- пастдифференцирлашган БТС;

- миометрийга инвазия унинг яримидан кўп қисмига етган;

- ўсма ўлчамларининг 2см дан ошиқлиги;

- тос ва бел лимфаденэктомияси БТСнинг I босқичида деярли ҳаммага бажарилиши (юқори-, ўртадифференцирлашган миометрийга инвазиясиз саратон IA босқичидан ташқари).

БТС I босқичида жаррохлик муолажаси хажми кейин қилинадиган адьювант нур терапияси тактикасини белгилайди. Адьювант дистанцион нур терапиясига кўрсатмалар лимфоген метастазланиш хавф факторлари борлиги билан белгиланади. Хозирги кунга қадар нашр этилган рандомизирланган тадқиқотлар натижалари тос лимфаденэктомияси беморлар яшовчанлигини оширишини исботланмаган булсада, регионар лимфаденэктомия қуйидаги вазибаларни бажаради: касаллик босқичини аниқлаштиради, лимфа тугунларда метастазлари бор беморлар яшовчанлигини оширади, кейинги даво тактикасини белгилаб беради. Эндометриоид БТС I босқичида адьювант нур терапиясига кўрсатмалар 3 ва 4 жадвалларда берилган. Қорин бўшлиғи ювиндисида ўсма хужайралари аниқланган БТСли беморлар жаррохлик муолажасидан кейинги тактика аниқ эмас.

БТС II БОСҚИЧИ ДАВОСИ

БТС нинг II босқичили беморларнинг тахминан 30% ида тос лимфа тугунларида метастазлар аниқланади. Бел лимфа тугунлари, тухумдонлар зарарланиши ва қорин пардаси бўйича диссеминация II босқичида I бюосқичга нисбатан кўпроқ учрайди. Танлов усули – I этапда неоадьювант нур терапияси, сўнг бачадон ортиклари билан экстирпацияси, тос ва бел лимфаденэктомияси хажмида жаррохлик муолажаси, кейин адьювант даво давом эттирилиши билан.

БТС I-II БОСҚИЧЛАРИДА АДЪЮВАНТ ДАВО

БТС эрта босқичларида адъювант гормонтерапияси самарасиздир. FIGO нинг аёллар жинсий аъзолари хавfli ўсмалари давоси хақидаги 26- навбатдаги хисоботида адъювант нур терапиясининг юкори-, ўрта дифференцирлашган эндометриоид БТС IA морфологик босқичида яшовчанликни оширмаслиги хақида маълумотлар берилди. Алохида холларда, масалан эндометриоид БТСнинг оралик прогнозли турларида нур терапиясини ўтказиш локорегионар рецидивлар частотасини камайтириши исботланган. Нур терапияси ESTRO (European Society for Radiotherapy and Oncology) тавсияларига кўра амалга оширилади. Сероз ва ёркин хужайрали БТСда паклитаксел ва карбоплатин комбинациясида адъювант химиотерапия (ХТ) қилиниши керак, кўпинча ички нур терапияси билан бирга қўшиб олиб борган холатда.

Жадвал 3. Эндометриоид БТС I-II босқичида лимфаденэктомиясиз бақадон ортиқлари билан экстирпацияси бақарилган беморларда даво тактикаси^а.

Босқич (FIGO, 2009 г.)	Дифференцировка даражаси					
	Юкори		Ўрта		Паст	
I A, миометри йга инвазияси 3	Кузатув		Кузатув		ЛТ-: ИНТ	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и
IA миометри йга инвазия билан	ЛТ-: кузатув. Хавф факторла ри булганда ИНТ ^а ёки ДНТ ^б	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: Кузатув. Хавф факторла ри булганда ИНТ ^а ёки ДНТ ^б	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: ДНТ. Хавф факторла ри булганда ИНТ + ДНТ	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и
IB	ЛТ-: ДНТ. Хавф факторла ри булганда ДНТ + ИНТ ^а	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: ДНТ. Хавф факторла ри булганда ДНТ + ИНТ ^а	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: ДНТ. Хавф факторла ри булганда ДНТ + ИНТ ^а	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и

II	ЛТ-: ДНТ+ ИНТ	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: ДНТ+ ИНТ	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и	ЛТ-: ДНТ ИНТ	+	ЛТ+: қайта жаррохл ик амалиёт и
----	---------------------	--	---------------------	--	--------------------	---	--

ИНТ – ички нур терапияси, ДНТ – дистанцион нур терапияси; ЛТ+ – регионар лимфа тугунларда зарарланиш визуализация усуллари ёрдамида аниқланган. ЛТ- – регионар лимфа тугунларда зарарланиш визуализация усуллари ёрдамида текширганда йўқ.

^a – ИНТ ўтказишга кўрсатма бўла оладиган хавф факторлари: ўсманинг ички бўғозга, бачадон бўйни безларига ўсиб ўтиши. ^b – ДНТ ўтказишга кўрсатма бўла оладиган хавф факторлари: лимфа йўлларида ўсма эмболларининг аниқланиши.

Жадвал 4. БТС I-II босқичи тўлиқ морфологик/жаррохлик босқичи кўйилган ҳолатларда даволаш тактикаси^a.

Босқич (FIGO, 2009 й.)	Дифференцировка даражаси		
	Юқори	Ўрта	Паст
I A, миометрийга инвазиясиз	Кузатув	Кузатув	Кузатув. Хавф факторлар и бўлганда ИНТ ^b
IA миометрийга инвазия билан	Кузатув. Хавф факторлари бўлганда ИНТ ^b	Кузатув. Хавф факторлари бўлганда ИНТ ^b	ИНТ
IB	ИНТ	ИНТ	ИНТ ёки IMRT
Цервикал безлар зараарланиш и	ИНТ	ИНТ	ИНТ
II, бачадон бўйни стромасига инвазия <50%	ИНТ	ИНТ	ИНТ
II, бачадон	IMRT	IMRT	IMRT

бўйни стромасига инвазия > 50%			
---	--	--	--

ИНТ– ички нур терапияси; IMRT – доза интенсивлигини модуляцияси билан нур терапияси (intensity modulated radiation therapy).^a Слоун ва Кеттеринг Мемориал онкологик марказ тавсияларига асосланган. ⁶ – Хавф факторлари: 60 ёшдан юқори ёш, лимфа йўлларида ўсма эмболлари.

БТС III-IV БОСҚИЧЛАРИ ДАВОСИ

Даво режаси индивидуал танланади.

Давони одатда жаррохлик муолажасидан бошланади. Бу ўсманнинг тарқалганлиги даражасини билишга ва циторедукция бажаришга имкон яратади.

- БТС III босқичи комбинирланган ва комплекс давоси натижалари кўшма нур терапияси натижаларидан яхшироқ.
- БТС IV босқичи давоси комплекс ҳисобланиб, жаррохлик, нур терапияси, химиотерапияни ўз ичига олади. Кам ҳолатларда узоклашган метастазлар йўқ бўлган ҳолатларда кичик тос экзентерациясини бажариш мумкин.
- Химиотерапия ва нур терапиясини қўшиб даволаганда, дастлаб бир неча курс ХТ кейин нур терапияси ва кейин яна ХТ давом эттирилгани маъқул ҳисобланади.

ДАВОМЛИ ЎСИШ (ПРОГРЕССИРЛАНИШДА) ДАВОЛАШ

Даво тактикаси прогрессирланиш локализацияси ва пайдо бўлиш вақти, мазкур сохани нурлангандиқлиги, ўсма гистологик типидан келиб чиқиб танланади. • Қин чўлтоғи рецидивда ёки қинда яққа метастаз бўлганда нур терапияси қўлланилмаган ҳолатларда кўшма нур терапияси ёки ўсмани олиб ташлаш ва сўнг кўшма нур терапияси қўлланилади.

Қин чўлтоғи рецидивда ички нур терапиясидан сўнг ўсмани олиб ташлаш ва ундан сўнг дистанцион нур терапияси қўллаш мумкин.

- кўшма нур терапиясидан кейин қин чўлтоғида рецидив бўлганда ўсмани олиб ташлаш, сўнг ХТ ёки прогестагенлар билан гормонотерапия қўлланилади. Гормонотерапия фақат стероид гормонлар рецепторларини экспрессияловчи эндометриод БТСда қўллаш мумкин. Шунинг таъкидлаш жоизки, нурланган соҳада ўсманнинг давомли ўсиши химиотерапияга кам сезувчан бўлади.

• Регионар метастаз учраганда нур терапияси ёки лимфаденэктомия ва сўнг нур терапияси қўлланиши мумкин. Кўшимча химиотерапия курслари бажарилиши мумкин.

- БТСнинг кечки солитар узоклашган метастазларида жаррохлик муолажасини имкониятларини инобатга олиш лозим. Стероид гормонлар рецепторларини экспрессияловчи юкоридифференцирланган эндометриод БТС узоклашган метастазларида клиник белгилари йўқлигида гормонотерапия тайинланади (яна давомли ўсишида химиотерапия қилинади). Ўрта-, пастдифференцирланган БТСнинг узоклашган

метастазларида, катта ўлчамли метастазларда, шунингдек касалликнинг клиник белгилари номоён бўлганда химиотерапия тайинланади, паллиатив нур терапияси билан қўшма равишда қилса ҳам бўлади. Ундан кейинги прогрессланишда паллиатив ёрдам қилинади.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

3 йилгача хар 3 ойда, кейинги 2 йилда хар 6 ойда физикал текширув, гинекологик кўрув амалга оширилади.

• 3 йилгача хар 3 ойда, кейинги 2 йилда хар 6 ойда кин чўлтоғидан цитологик текширув учун суртма олинади.

• Йилига 1 маротаба кўкрак қафаси рентгенографияси.

• Сероз БТСли беморларда, БТСнинг кечки боскичларида, зардобда олдиндан СА-125 миқдори ошганда – хар шифокор кўригига келганда СА-125 миқдори аниқланади.

ХИМИОТЕРАПИЯ

НЕОАДЪЮВАНТ/АДЪЮВАНТ ДАВО (одатда 3 курс)

I ҚАТОР ДАВО:

(прогресслангунча ёки чидаб бўлмайдиган токсикликкача қилинади)

Минимал хажм

• Доксорубицин- 60 мг/м² 1-куни ва цисплатин- 75 мг/м² 1-куни, хар 3 хафтада.

Оптимал хажм • Паклитаксел- 175 мг/м² 1-куни ва карбоплатин- AUC 5-7 1-куни, хар 3 хафтада. Уч компонентли химиотерапия, паклитаксел, цисплатин ва доксорубицинли комбинация паклитаксел, карбоплатинли икки компонентли комбинациядан устунлигини исботламади (GOG-209).

• Ифосфамид-1,6 мг/м² 1-кундан 3-кунгача ва паклитаксел 135 мг/м² 3-куни, хар 3 хафтада (бачадон карциносаркомаларида қўлланилади).

• Гормонотерапия (Стероид гормонлар рецепторларини экспрессияловчи юкоридифферинцирлашган эндометриоид БТС узоклашган метастазларида клиник белгилари йўқлигида):

– медроксипрогестерон ацетат 200-400 мг/кунига. ичишга;

– мегестрол ацетат 160 мг/кунига. ичишга;

– тамоксифен 20 мг ичишга кунига 2 махал.

II ҚАТОР ДАВО

БТСнинг I қатор химиотерапия препаратларига прогрессирланиши кўп ҳолларда ўсманинг ХТга резистентлигидан далолат беради.

Минимал хажм

• Ифосфамид 1,2 г/м² 1-кундан 5-кунгача хар 4 хафтада.

• Топотекан 1,25 мг/м² 1-кундан 5-кунгача хар 3 хафтада.

• Оксалиплатин 130 мг/м² хар 3 хафтада.

Оптимал хажм

• Пегилирланган липосомал доксорубицин, 50-40 мг/м²

Хар 4 хафта.

• Доцетаксел 75 мг/м² 3 хафта интервали билан

Бачадон карциносаркомаларини ҳозирги кунда эпителиал табиатга эга БТС қаторига киритилади. Касаллик босқичи БТС учун ишлаб чиқилган

классификация бўйича аниқланади. Карциносаркома давоси БТС ёмон прогностик факторли турига ўхшаб олиб борилади. Текширув натижаларига кўра лимфаденэктомия нафақат касаллик босқичини аниқлашга, балки беморлар яшовчанлигини оширишга ҳам ёрдам беради.

НУР ТЕРАПИЯСИ (жаррохлик муолажасида кейин 14–21 кунда қилинади)
ЖАРРОХЛИК МУОЛАЖАСИДАН КЕЙИНГИ ҚЎШМА НУР ТЕРАПИЯСИ
ДИСТАНЦИОН НУР ТЕРАПИЯСИ: Олиб ташланган ўсма соҳасига
Конвенциал нур терапияси + метастазланиш регионар зонага СЎД (суммар ўчоқли доза) 40 Гр (КТ 2–2,5D).

Конформ нур терапия СЎД 40–50 Гр

ИЧКИ НУР ТЕРАПИЯСИ (брахитерапевтик аппаратларда):

HDR (192 Jg, 60 Co). Қин чўлтоғи соҳасига нур терапияси БЎД (бир марталик ўчоқли доза) 3-5-5,5 Гр. Хафтасига 2–3 маротаба, СЎД = 21–27,5 Гр.

МУСТАҚИЛ РАВИШДА ИШЛАТИЛАДИГАН ҚЎШМА НУР ТЕРАПИЯСИ
(ЖАРРОХЛИК МУОЛАЖАСИГА ҚАРШИ КЎРСАТМА БЎЛГАНДА).

ДИСТАНЦИОН НУР ТЕРАПИЯСИ

Бирламчи ўсма: кичик тос ва регионар метастазланиш зоналарига конвенциал нур терапияси БЎД 2 Гр, СЎД 30–40 Гр (КТ 2–2,5D).

Конформ нур терапияси БЎД 2 Гр, СЎД 50 Гр.

Регионар лимфа тугунлар: параметрал соҳа ва регионар метастазланиш зоналарига конвенциал нур терапияси БЎД 2 Гр, СЎД 12-20 Гр (КТ 2–2,5D).

ИЧКИ НУР ТЕРАПИЯСИ (брахитерапевтик аппаратларда)

HDR (192 Jg, 60 Co). БЎД 7–8 Гр А нуктага хафтасига 1 марта СЎД 28–32 Гр.

Қўшма нур терапиясидан суммар ўчоқли доза: А нуктага - 80-82 Гр, В нуктага - 60 Гр.



АНАЛИТИК ҚИСМ

Тестлар:

1. Бачадон танаси саратони рақ олди касалликларини кўрсатинг:
 - А) эндометрий безли гиперплазияси
 - Б) эндометрий полипи
 - С) эндометрий атипик гиперплазияси
 - Д) эндометрий безли-кистоз гиперплазияси
 - Е) эндометриоз
2. БТСнинг қайси морфологик варианты энг кўп учрайди?
 - А) аденокарцинома
 - Б) ясси хужайрали саратон
 - С) хориокарцинома

- Д) карциносаркома
Е) дифференцирланмаган саратон
3. Бачадон танаси саратони ташхиси қўйиш учун асосий текширув:
А) кўўзгуларда кўрик
Б) бимануал текширув
С) кичик тос УТТси
Д) 32Р билан радиоизотоп текширув
Е) бачадон бўшлиғини диагностик кириш, гистологик текширув билан
4. Пре- ва постменопаузал даврдаги беморларда атипик эндометрий гиперплазияси аниқланса сизнинг тактикангиз:
А) бачадон ортиклари билан экстирпацияси
Б) кин усти бачадон ортиклари билан ампутацияси
С) Вертгейм операцияси
Д) Қўшма нур терапияси
Е) химиотерапия
5. БТС нинг T1aNoMo, I A босқичли беморлар даво тактикаси:
А) бачадон ортиклари билан экстирпацияси
Б) кин усти бачадон ортиклари билан ампутацияси
С) Вертгейм операцияси
Д) Қўшма нур терапияси
Е) химиотерапия
6. БТС нинг асосий симптоми бўлиб хисобланади:
А) тана хароратининг кўтарилиши
Б) жинсий йўллардан қон кетиши
С) тез тез пешобга чиқиш
Д) аменорея
Е) ташки жинсий аъзоларда кичишиш
7. БТС T2NoMo, II босқичи саратоннинг цервикал каналга ўсиб ўтишида даво тактикаси:
А) бачадон ортиклари билан экстирпацияси
Б) кин усти бачадон ортиклари билан ампутацияси
С) Вертгейм операцияси + нур терапияси
Д) Дистанцион нур терапияси
Е) химиотерапия
8. БТСнинг қайси гистологик тури энг хавфли, прогностик ёмон тури хисобланади?
А) юкоридифференцирлашган аденокарцинома

- Б) ўртадифференцирлашган аденокарцинома
 С) пастдифференцирлашган аденокарцинома
 Д) ясси хужайрали саратон
 Е) безли ясси хужайрали саратон
9. БТС нинг қайси гистологик тури нисбатан кам хавфли ҳисобланади?
 А) юкоридифференцирлашган аденокарцинома
 Б) ўртадифференцирлашган аденокарцинома
 С) пастдифференцирлашган аденокарцинома
 Д) ясси хужайрали саратон
 Е) безли ясси хужайрали саратон
10. БТС келиб чиқишида аҳамиятга эга асосий фактор бу:
 А) жинсий гигиенанинг йўқлиги
 Б) жинсий партнерларни тез тез алмаштириш
 С) папилломавирус инфекциянинг мавжудлиги
 Д) чекиш
 Е) нейроэндокрин, моддалар алмашинувида бузилишлар

**Машғулот жараёнида қўлланиладиган янги педагогик технология
 усуллари: “Ақлий хужум”**

Усулни асосий қоидалари:

- фикрлаш қобилиятини шакллантиришини тўхтатиб қўядиган танбех ва камчиликларни айтмаслик;
- ўзига хос сифатли ғояларни шаклланишни рағбатлантириш;
- турли таклифларни ечиш;
- ғояларни комбинациялаш, уларни ривожлантириш;
- қиска жавоблар, аргументациясиз;
- гуруҳни икки гуруҳга бўлиш: фикр берувчилар ва фикрни ривожлантириш;

Ушбу уйин ўзининг фикрини, нуктаи назарини шакллантиришга, оптимал ечим ҳосил қилишга қаратилган.

Мавзуга оид асосий саволлар:

1. Бачадон танаси саратони эпидемиологияси хақида маълумот беринг.
2. Бачадон танаси саратонига олиб келувчи хавф факторларини санаб ўтинг.
3. Бачадон танаси саратони патогенетик вариантлари хақида маълумот беринг.
4. Бачадон танаси саратони қандай морфологик вариантлари бор?
5. Бачадон танаси саратони қандай йўллар билан метастазланади?
6. Бачадон танаси саратонининг TNM система ва FIGO бўйича клиник классификацияни айтиб беринг.
7. Бачадон танаси саратони диагностика хақида маълумот беринг.
8. БТС нинг даво усуллари хақида маълумот беринг.
9. Касаллик босқичига кўра даво методлари қандай ўзгариши мумкин?
10. Рецидивлар давоси қандай ўтказилади?
11. Бачадон танаси саратони ёмон прогностик факторларини санаб беринг.

Амалий қисми

Машғулотда фойдаланиладиган янги педагогик технологиялар:

- “Шифокор – бемор” усулида вазиятли масала тахлили

Вазиятли масала №1: Бемор Р., 54 ёшда, шифокор хузурига бир неча haftaдан буён жинсий йўллардан “гўшт ювиндиси” кўринишидаги ажралмалар келишига шикоят қилиб келди. 45 ёшдан бери менопаузада.

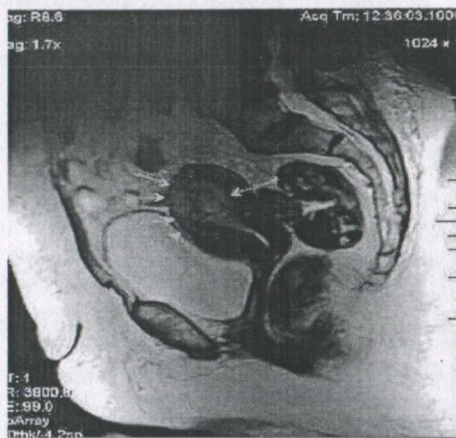
Анамнездан менопаузадан олдин ациклик қон кетиш ҳолатлари кузатилган бўлиб бир неча марта бачадондан қирма олинган ҳолда даволанган, гистология жавоби безли эндометрий гиперплазияси булган. Хозирда Семизлик III дар., гипертония касаллиги II дар, Қандли диабет – компенсация босқичи таъхислари билан даво олиб туради.

Status genitalis: ташки жинсий аъзолар нормал ривожланган. Тукланиш аёлларга хос. Кўзгуларда: бачадон бўйни туккан аёлларга хос, ташки бўғоз озгина очиқ, ажралмалар “гўшт ювиндиси” кўринишида. Per vaginum: бачадон танаси 7-8 haftaлик хомиладорлик катталигида, ҳаракати чегараланмаган, палпацияда бир оз огриқли. Бачадон ортиқлари алоҳида пайпасланмайди. Параметрийлар соҳасида бир оз инфилтратсия бор.

Лаборатор-инструментал текширув натижалари:

- УТТ: Эндометрий гиперплазияси. Ёғли гепатоз. Сур. Калкулез холецистит белгилари.
- ФЭГДС: катарал эзофагит. Гастродуоденит.
- RRS: Катарал ректит. Ташки геморрой.
- Кўкрак қафаси R-скопияси: Ўпка, юрак ва аорта- ёшга хос ўзгаришлар.
- Гистология: юкори дифференцирлашган аденокарцинома G1.

- Кичик тос аъзолари МРТси: бачадон танаси хажмли хосиласи МРТ белгилари структурасига кон куйилиши билан, параметрий инфилтрацияси белгилари.



- Умумий Қон Тахлили: Нв-112г/л, эр-3,9, лей-4,9; СОЭ-10 мм/с; кон ивиш вакти: бошланиши-3-55, тугаши.-4-10
- Қон биокимёвий тахлили: мочевина 7,8 креатинин 4,2, конда канд 6,8 умумий билирубин 19,8, Алт 0,50 Аст-0,25, оксил -64,8.
- Коагулограмма: фибриноген 2,4, тромботест IV-V, рекальцификация вакти 1,33, гематокрит 49.
- Умумий сийдик тахлили: миқдори 30,0мл тиниклиги-хира, ранги-сарғиш, солиштирма оғирлиги- 1018, эпителий 5-6/1, лейкоцитлар 13-14/1, шиллик+, тузлар- сийдик кислота.

Вазифалар:

1. Такқослама ташхисот ўтказинг
2. Клиник ташхис кўйинг
3. Даволаш тактикасини айтинг

Манба ва адабиётлар рўйхати:

1. Периодические протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований у взрослых МЗ РК (Приказ №883 от 25.12.2012)
2. Лечение рака тела матки, протокол, российский научный центр рентгенорадиологии С54/10 Приказ № 72-о от 08.07.2010; www.rncrr.ru
3. Клинический протокол диагностики и лечения злокачественные неоплазии тела матки МЗ Республики Казахстан, 30 ноябрь 2015 год, Протокол №14
4. Дилман В.М. Эндокринологическая онкология.,Москва. 2005. с. 262.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л., 2009.
6. Office of US National Statistics.
7. Козаченко В.П. Клиническая онкогинекология. М., 2016.-с.178-204.
8. Козаченко В.П. Гормоны в онкогинекологии // Практическая гинекология.-2009. Т.1, № 1. - с. 8-11
9. <http://www.seer.cancer.gov/202417007/8044> Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Electronic resource].
10. Алиев Д.А., Марданлы Ф.А. Эпидемиологический статанализ в онкогинекологии // Вопр.онкол. 2013 – Т.12.№5. – с.56.
11. Козгамбаева Л.Т. Злокачественные новообразования в Казахстане. М., 2006
12. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Эпидемиология злокачественных новообразований. –Москва. 2012 –с.58.
13. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М. "Медицина", 2008. с. 80-84.
14. Старинский В.В., Гарин А.М. Статистический анализ в онкологии. -М. "Медицина", 2007. – с.156.
15. Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И. «Метаболик синдром и рак тела матки» Журнал теоритической и клинической медицины, 2014 №5, стр 125-127
16. Атаханова Н.Э., Турсунова Н.И. «Роль гистологической структуры в общей пятилетней выживаемости у больных раком тела матки II стадии» Журнал «Вестник Академии», 2014 №3, стр 134-137

