

BACHADON BO'YNI SARATONINI TASHXISLASH VA INDIVIDUAL DAVOLASH MUAMMOLARI

Sobirjonova Roziya Azamatbek Qizi

Qo'qon universiteti Andijon filiali

Tibbiyot fakulteti Davolash ishi ta'lim yo'nalishi

2-kurs Di-24-02-guruh talabasi

Sobirjonovaroziya666@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20122273>

Annotatsiya. Ushbu maqolada bachadon bo'yni saratoni butun dunyoda keng tarqalgan xavfli kasallik sifatida tasvirlangan, bu birinchi navbatda inson papillomavirusi infeksiyasidan kelib chiqadi. So'nggi ilmiy yutuqlar erta tashxis qo'yish, oldini olish va davolash usullarini takomillashtirdi. HPV ga qarshi emlash va skrining dasturlari Germaniya kabi rivojlangan mamlakatlarda kasallikning tarqalishini kamaytirishda muhim rol o'ynaydi. Tadqiqotda diagnostika usullari, kasallik patogenezi va zamonaviy davolash usullari, jumladan jarrohlik, radiatsiya terapiyasi, kimyoterapiya va immunoterapiya hamda ularning klinik natijalari tahlil qilinadi.

Kalit so'zlar: bachadon bo'yni saratoni; Inson papillomavirusi infeksiyasi; asabni tejaydigandir radikal isterik tomy; kimyora diyoterapiya; immunitetni nazorat qiluvchi inhibitor dorilar.

Kirish Bachadon bo'yni saratoni (BBS) holatlarining taxminan 90% kam va o'rta daromadli mamlakatlarda uchraydi. Bu ayollar orasida butun dunyo bo'ylab saratonning to'rtinchi eng keng tarqalgan turi (ko'krak, yo'g'on ichak va o'pka saratonidan keyin). 2020 yilda Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ) butun dunyo bo'ylab 604 000 ta yangi holat va 342 000 o'lim haqida xabar berdi. Kasallik ko'pincha 55 yoshda tashxis qilinadi, ammo so'nggi 25 yil ichida bu yosh 15 yilga kamaydi. Taxminan 25% hollarda 35 yoshgacha bo'lgan ayollarda uchraydi. BBS homiladorlik davrida eng keng tarqalgan ginekologik xavfli o'sma hisoblanadi. 1971 yildan beri pap testini skrining qilish va 2006 yildan beri HPVga qarshi emlash joriy etilishi rivojlangan mamlakatlarda kasallanish va o'lim ko'rsatkichlarini sezilarli darajada kamaytirdi. Biroq, so'nggi 10 yil ichida global o'lim ko'rsatkichlarida sezilarli pasayish kuzatilmadi.

Bachadon bo'yni saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash ko'p tarmoqli yondashuv asosida amalga oshiriladi. Davolash jarayoni ginekolog-onkologlar, radioterapevtlar, rentgenologlar va patologlarni o'z ichiga oladi. Eng muhim omillardan biri bemorning tug'ilish qobiliyatini (fertillikni) saqlab qolish istagi. Bemorning umumiy salomatligi, xavf omillari, menopauza holati va hayotiy sharoitlari ham hisobga olinadi. Davolash usullari sifatida jarrohlik yoki birlamchi radio(kimyoviy) terapiya qo'llaniladi.(1- 925.)

Hozirgi tavsiyalar haddan tashqari davolash yoki kam davolash va keraksiz multimodal terapiyadan qochishni taklif qiladi. Bachadon bo'yni saratonida limfa tugunlarining holati eng muhim prognostik ko'rsatkichlardan biridir. Limfa tugunlarida metastazlarning mavjudligi yoki yo'qligi kasallikning bosqichini va davolash taktikasini aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. KT, MRI va PET-KT kabi tasvirlash testlari informatsion usullar bo'lsa-da, limfa tugunlarini aniq baholash ko'pincha jarrohlik paytida amalga oshiriladi va bu usul aniqroq hisoblanadi. Bachadon bo'yni saratonining dastlabki bosqichini davolash uchun sentinel limfa tugunlari biopsiyasi qo'llaniladi. Ushbu usul pT1a1, pT1a2 va pT1b1 bosqichlari uchun tavsiya

etiladi (≤ 2 sm). Jarayon texnetsiy-99 izotopi va bo'yoqlar yordamida yoki hozirda keng qo'llaniladigan indosiyenin yashilidan foydalangan holda amalga oshiriladi. Ushbu usul limfa tugunlarida kichik hajmdagi metastazlarni aniqlash imkonini beradi va klassik limfa tugunlarini olib tashlash bilan solishtirganda asoratlarni, xususan, oyoqlarda shish (limfedema) rivojlanish xavfini kamaytiradi. Ba'zi hollarda tizimli limfa tugunlarini olib tashlash amalga oshiriladi, ya'ni limfa tugunlari butunlay olib tashlanadi. Odatda, 15-20 ta tos limfa tugunlari va 8-10 ta para-aorta limfa tugunlari tekshiriladi yoki olib tashlanadi. Minimal invaziv jarrohlik usullari (laparoskopiya va robotli jarrohlik) uzoq vaqtdan beri keng qo'llanilgan bo'lsa-da, 2018 yilgi LACC tadqiqoti sezilarli natijalarni ko'rsatdi. Ushbu tadqiqotga ko'ra, ochiq jarrohlik (laparotomiya) bilan davolangan bemorlar minimal invaziv usullar bilan davolanganlarga qaraganda yaxshiroq omon qolish va kasallikning qaytalanish ko'rsatkichlariga ega. Shu sababli, hozirgi tavsiyalar bachadon bo'yni saratonini birinchi navbatda ochiq jarrohlik yo'li bilan davolash kerakligini, minimal invaziv usullar faqat tanlangan holatlarda qo'llanilishini ko'rib chiqadi. So'nggi yillarda robotli jarrohlik va laparoskopik usullarning xavfsizligi bo'yicha turli tadqiqotlar olib borilmoqda. (2-547-554.)

Ba'zi natijalar ushbu usullarning ochiq jarrohlik amaliyotiga yaqin samaradorlikka ega bo'lishi mumkinligini ko'rsatsa-da, aniq klinik tavsiyalar berish uchun hali ham keng ko'lamli ilmiy tadqiqotlar talab etiladi. Bachadon bo'yni saratonini jarrohlik yo'li bilan davolashning asosiy maqsadi nafaqat o'simtani butunlay olib tashlash, balki organlar faoliyatini va muhim nerv tuzilmalarini saqlab qolishdir. Zamonaviy magnit-rezonans tomografiya (MRI) tos bo'shlig'ining uch o'lchamli anatomik tasvirini beradi, bu jarrohlik rejalashtirish uchun muhimdir. Bemorlarning taxminan 40 foizi reproduktiv yoshda bo'lganligi sababli, onkologik jihatdan xavfsiz bo'lsa, tug'ilishni saqlab qolish ayniqsa muhimdir. Xalqaro tavsiyalarga (NCCN, ESGO/ESTRO/ESP va Germaniya klinik ko'rsatmalari) ko'ra, organlarni saqlovchi davolash odatda IA1 bosqichidan IB1 bosqichigacha bo'lgan skuamoz hujayrali karsinoma va adenokarsinoma holatlarida qo'llanilishi mumkin. Biroq, oshqozon adenokarsinomasi, kichik hujayrali neyroendokrin o'smalari va HPV bilan bog'liq bo'lmagan adenokarsinomalar uchun organlarni saqlab qolish bo'yicha jarrohlik tavsiya etilmaydi. (3-5425-5430.)

Fertillikni saqlashga qaratilgan jarrohlik usullariga konizatsiya, oddiy yoki radikal traxelektomiya (qorin bo'shlig'i, vaginal, laparoskopik yoki robot texnikasi orqali) kiradi. Ushbu muolajalar odatda bachadon bo'yni doimiy sirkulyatsiyasi bilan birgalikda amalga oshiriladi. IA1-IA2 bosqichlarida konizatsiya yoki oddiy traxelektomiyadan keyin homiladorlik darajasi 70-75% ga yetishi mumkin. Radikal traxelektomiya IA1 L1 V0, IA2 V0 yoki IB1 bosqichlarida va kichik hajmdagi IIA1 (< 2 sm) da qo'llaniladi. IA1 bosqichidan boshlab limfa tugunlarida metastazlar mavjudligini istisno qilish majburiydir, bu qo'riqchi limfa tugunlari biopsiyasi (SLNB) yoki limfa tugunlarini olib tashlash orqali amalga oshiriladi. Agar limfovaskulyar invaziya mavjud bo'lsa yoki IA1 bosqichida qo'shimcha xavf omillari mavjud bo'lsa, SLNB tavsiya etiladi. Fertillikni saqlab qolish usullari faqat onkologik xavfsizlik tasdiqlangandagina qo'llaniladi. IB1 ≥ 2 sm bosqichlarida ba'zi hollarda neoad'yuvant kimyoterapiya o'tkazilishi mumkin, keyin esa traxelektomiya qilinadi, lekin bu standart terapiya hisoblanmaydi. Bemorni tanlash jarayonida o'simtaning patologik bosqichi, metastaz xavfi, umumiy somatik holat, homiladorlik ehtimoli va bemorning individual istaklari hisobga olinadi. Davolash to'g'risida qaror ko'p tarmoqli kengash tomonidan qabul qilinadi. Bemorni davolashning xavf-xatarlari, foydalari va muqobil usullari haqida to'liq xabardor qilish kerak.

Fertillikni saqlab qolish bo'yicha operatsiyadan keyingi homiladorlik yuqori xavf hisoblanadi. Homilaning tushishi va erta tug'ilish xavfi 31-57% ga yetishi mumkin va ko'pincha sezaryen talab qilinadi. Jarrohlikdan keyin bachadon bo'yni stenoz 5-15% hollarda yuzaga kelishi mumkin va bepushtlikka olib keladi. Kasallik bosqichiga qarab davolash strategiyasi IA1 bosqichi konizatsiya yoki oddiy histerektomiya bilan boshlanadi. IA1 L1 bosqichida sentinel limfa tugunlari biopsiyasi majburiydir. IA2 bosqichida kamida ikkita xavf omili mavjud bo'lsa, tug'ilishni saqlab qolish ehtimoli cheklangan va radikal jarrohlik ko'rib chiqiladi.(4-115.)

Radikal histerektomiya yoki tug'ilishni saqlab qoluvchi radikal traxelektomiya IB1 bosqichida (<2 sm) qo'llaniladi. IIA1 bosqichida radikal histerektomiya (Piver II) tavsiya etiladi, ba'zi hollarda Piver III va qo'shimcha ooforektomiya ham amalga oshirilishi mumkin. Ilg'or bosqichlarda (IB2, IIA2, IIB va undan yuqori) radikal kimyoterapiya ko'pincha asosiy davolash usuli hisoblanadi. III bosqichda limfa tugunlari jarrohlik yoki rentgenologik yo'l bilan baholanadi va IVA bosqichida radioterapiya yoki alohida holatlarda eksentratsiya ko'rib chiqiladi. IVB bosqichidagi davolash palliativ xarakterga ega bo'lib, kimyoterapiya, maqsadli terapiya va simptomatik yordamni o'z ichiga oladi. Radikal histerektomiya paytida muhim avtonom nervlarni - gipogastrik nervni, pastki gipogastrik pleksusni va tos a'zolarining splanchnik nervlarini saqlab qolish muhimdir. Klassik jarrohlikda bu nervlar shikastlanishi mumkin, buning natijasida siydik pufagi faoliyati buziladi, ichak faoliyati buziladi va jinsiy funktsiya pasayadi. Nervlarni saqlab qolgan holda radikal histerektomiya bu asoratlarni kamaytiradi. Ushbu texnikada avtonom nerv tuzilmalari aniq ko'rinadi va operatsiya davomida ehtiyotkorlik bilan saqlanadi. Natijada, operatsiyadan keyin hayot sifati sezilarli darajada yaxshilanadi, siydik pufagi va jinsiy funktsiyalar nisbatan yaxshi saqlanadi. Umuman olganda, zamonaviy onkologiyada bachadon bo'yni saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash individual yondashuvga asoslanadi, uning asosiy maqsadi bemorning hayot sifatini va funktsional holatini maksimal darajada saqlab, onkologik radikalizmni ta'minlashdir.(5-84)

Xulosa. Bachadon bo'yni saratoni (CC) zamonaviy onkologiyadagi eng muhim va murakkab muammolardan biri bo'lib, uni davolash strategiyasi ko'plab klinik, patologik va individual omillarga qarab shakllanadi. Ushbu kasallikning asosiy etiologik omili inson papillomavirusi (HPV) hisoblanadi, shuning uchun profilaktika va erta aniqlash tizimlari rivojlangan mamlakatlarda kasallik yukini sezilarli darajada kamaytirgan bo'lsa-da, rivojlanayotgan mintaqalarda u hali ham yuqori bo'lib qolmoqda. Shuning uchun BBS nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy va sog'liq muammosi sifatida ham katta ahamiyatga ega. Jarrohlik davolashning asosiy maqsadi bemorning hayot sifatini maksimal darajada saqlab qolgan holda o'simtani tubdan olib tashlashdir. Bu, ayniqsa, reproduktiv yoshdagi ayollar uchun juda muhim, chunki ushbu guruh bemorlarning katta qismi kelajakda homilador bo'lishni rejalashtirmoqda. Shu munosabat bilan klinik amaliyotda tug'ilishni saqlab qoluvchi jarrohlik usullari - konizatsiya, oddiy va radikal traxelektomiya muhim o'rin tutadi. Ushbu usullar onkologik xavfsizlikka putur etkazmasdan, to'g'ri tanlangan bemorlarda reproduktiv funktsiyani saqlab qolishga imkon beradi. Davolash strategiyalari kasallikning bosqichiga qarab sezilarli darajada farqlanadi. Dastlabki bosqichlarda (IA1-IB1) organlarni saqlab qolish usullaridan foydalanish mumkin bo'lsa-da, rivojlangan bosqichlarda radikal histerektomiya yoki kimyoterapiya asosiy davolash usuli hisoblanadi. Ayniqsa, IB2 va undan yuqori bosqichlarda kombinatsiyalangan radio-kimyoterapiya ko'pincha afzal ko'riladi. Bu shuni ko'rsatadiki, kasallikning biologik tajovuzkorligi oshgani sayin jarrohlik amaliyoti cheklangan. Limfa tugunlarining holati BBS

prognozida eng muhim omillardan biridir. Shu sababli, kasallikning aniq bosqichini belgilash va to'g'ri davolash strategiyasini tanlash uchun qo'riqchi limfa tugunlari biopsiyasi va limfa tugunlarini olib tashlash kabi usullar muhim ahamiyatga ega. Zamonaviy yondashuvlar limfa tugunlariga minimal invaziv, ammo yuqori aniqlikdagi diagnostika usullarini qo'llash orqali asoratlarni kamaytirishga qaratilgan. (6-320-325.) Bundan tashqari, jarrohlik texnikasida asabni tejaydigan yondashuvlarni joriy etish operatsiyadan keyin bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshiladi. Avtonom nerv tuzilmalarining saqlanishi siydik pufagi faoliyatini, ichak faoliyatini va jinsiy funktsiyani saqlashda muhim rol o'ynaydi. Bu shuni ko'rsatadiki, zamonaviy onkologik jarrohlik sof radikal emas, balki funktsional yo'naltirilgan. Bachadon bo'yni saratonini davolashda eng muhim yondashuvlardan biri bu ko'p tarmoqli qarorlar qabul qilish tizimidir. Ginekologik onkologlar, radiatsiya terapevtlari, patologlar va rentgenologlar o'rtasidagi hamkorlik kasallikni to'g'ri baholash va optimal davolashni tanlash imkonini beradi. Bundan tashqari, bemorning shaxsiy istaklari, reproduktiv rejalari va umumiy salomatligi ham davolash strategiyasida hal qiluvchi ahamiyatga ega. Umuman olganda, bachadon bo'yni saratonini davolashning zamonaviy kontseptsiyasi uchta asosiy tamoyilga asoslanadi: onkologik radikalizm, organ va funktsiyani saqlab qolish va individual yondashuv. Ushbu tamoyillarning uyg'unligi bemorning uzoq muddatli hayot sifatini va ijtimoiy faoliyatini saqlab qolishga xizmat qiladi, shu bilan birga kasallikni samarali nazorat qiladi. Kelajakda yangi texnologiyalar, jumladan robotli jarrohlik, ilg'or tasvirlash texnikasi va molekulyar diagnostika BBSni aniqroq va murakkabroq davolash imkoniyatlarini kengaytirishga yordam beradi.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Schubert, M., Bauerschlag, D. O., Muallem, M. Z., Maass, N. va Alkatout, I. (2023). Bachadon bo'yni saratonini tashxislash va individual davolashda qiyinchiliklar. *Medicina*, 59(1), 925.
2. D. K., Hashibe, M., Kepka, D., Maurer, K. A. va Verner, TL (2018). Ko'p ayollar bachadon bo'yni saratonidan vafot etmoqda: Muammolar va echimlar. *Ginekologik onkologiya*, 151(2), 547-554.
3. Beharee, N., Shi, Z., Wu, D. va Vang, J. (2019). Homilador ayollarda bachadon bo'yni saratonini tashxislash va davolash. *Saraton kasalligi*, 8(3), 5425-5430.
4. Midaksa, M., Destaw, A., Getachew, S., Tamrat, D., Lobi, H. H., Addissie, A., ... & Gizaw, M. (2026). Bachadon bo'yni saratoni bilan kasallangan bemorlarni tashxislash va davolash yo'lidagi sog'liqni saqlash tizimi muammolari: sifatli tadqiqot, *BMC Health Services Research*, 26(4), 115.
5. Kamau, RK, Osoti, AO va Njuguna, EM (2007). OPERATSIYASIZ BACHADON SARATONINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING UNGA TA'SIRI, *Sharqiy Afrika tibbiyot jurnali*, 84(5).
6. Tsikouras, P., Zervoudis, S., Manav, B., Tomara, E., Iatrakis, G., Romanidis, C., ... va Galazios, G. (2016). Bachadon bo'yni saratoni: skrining, diagnostika va bosqichlarni aniqlash. *J buon*, 21(6), 320-325.